



**Diagnóstico social en el marco de los determinantes del envejecimiento activo con las personas beneficiarias de la Pastoral Social de las parroquias San Efrén, San Pedro Claver y San Eugenio de la Diócesis de Fontibón durante el año 2020**

**Autores**

Laura Valentina Hurtado Sánchez

[lvalentinahurtado@unicolmayor.edu.co](mailto:lvalentinahurtado@unicolmayor.edu.co)

Sandra Milena Escobar Valderrama

[smescobar@unicolmayor.edu.co](mailto:smescobar@unicolmayor.edu.co)

Sergio Andrés Coral Bernal

[scoral@unicolmayor.edu.co](mailto:scoral@unicolmayor.edu.co)

**PROGRAMA TRABAJO SOCIAL  
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES  
UNIVERSIDAD COLEGIO MAYOR DE CUNDINAMARCA  
BOGOTÁ D.C. 2020**



**Diagnóstico social en el marco de los determinantes del envejecimiento activo con las personas beneficiarias de la Pastoral Social de las parroquias San Efrén, San Pedro Claver y San Eugenio de la Diócesis de Fontibón durante el año 2020**

**Autores**

Laura Valentina Hurtado Sánchez

Sandra Milena Escobar Valderrama

Sergio Andrés Coral Bernal

**Trabajo de grado para optar al título de Trabajadores Sociales**

**Docente asesora**

Clara Janeth Cárdenas Fandiño

**PROGRAMA TRABAJO SOCIAL  
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES  
UNIVERSIDAD COLEGIO MAYOR DE CUNDINAMARCA  
BOGOTÁ D.C. 2020**

## **Diagnóstico social en el marco de los determinantes del envejecimiento activo con las personas beneficiarias de la Pastoral Social de las parroquias San Efrén, San Pedro Claver y San Eugenio de la Diócesis de Fontibón durante el año 2020**

### **Autores:**

Sandra Milena Escobar Valderrama

Laura Valentina Hurtado Sánchez

Sergio Andrés Coral Bernal

### **Objetivo general**

Establecer el diagnóstico social de las personas beneficiarias de la Pastoral Social de las parroquias San Efrén, San Pedro Claver y San Eugenio de la Diócesis de Fontibón en el marco de los determinantes del envejecimiento activo.

### **Objetivos específicos**

- Describir los determinantes del envejecimiento activo en las personas beneficiarias de la Pastoral Social.
- Priorizar las situaciones problema de las personas beneficiarias en relación con los determinantes del envejecimiento activo.
- Proponer acciones que fomenten el envejecimiento activo en los beneficiarios de la Pastoral Social de las parroquias a partir de las situaciones problema identificadas.

## Resumen

La presente investigación tiene como propósito general elaborar un diagnóstico social enmarcado en los determinantes del envejecimiento activo de las personas beneficiarias de la Pastoral Social de las parroquias San Efrén, San Pedro Claver y San Eugenio de la Diócesis de Fontibón durante el año 2020; corresponde a una investigación cuantitativa de alcance descriptivo, de tipo no experimental y de corte transversal, basado en la metodología de los autores Hernández Sampieri, Fernández Collado & Baptista Lucio.

Con el resultado del diagnóstico social se pretenden evidenciar las condiciones de las personas beneficiarias de la Pastoral Social en cada parroquia, permitiendo describir el estado de dichas personas en el marco de los siete determinantes del envejecimiento activo, para posteriormente desde Trabajo Social generar una cartilla orientada hacia el fortalecimiento del envejecimiento activo a medida que las personas envejecen.

En la investigación participaron 100 personas beneficiarias del apoyo alimentario entregado en cada Parroquia, con edades las cuales oscilan entre los 24 a 89 años. El método implementado en la recolección de información es por medio del cuestionario a través de la técnica de la encuesta realizada a los participantes principalmente vía telefónica debido a la situación presentada a causa de la pandemia de COVID- 19.

**Palabras clave:** Diagnóstico social, envejecimiento, determinantes del envejecimiento activo, Trabajo Social.

## **Abstract**

The general purpose of this research is to develop a social diagnosis framed in the determinants of active aging of the beneficiaries of the Social Pastoral of the San Efrén, San Pedro Claver and San Eugenio parishes of the Diocese of Fontibón during the year 2020; it corresponds to a quantitative, descriptive, non-experimental and cross-sectional investigation, based on the methodology of the authors Hernández Sampieri, Fernández Collado & Baptista Lucio.

With the result of the social diagnosis, it is intended to show the conditions of the beneficiaries of the Social Pastoral in each parish, allowing to describe the state of said people within the framework of the seven determinants of active aging, and later from Social Work to generate an oriented primer towards strengthening active aging as people age.

In the research, 100 beneficiaries of the food support provided in each Parish participated, with ages ranging from 24 to 89 years. The method implemented in the collection of information is through the questionnaire through the technique of the survey carried out to the participants mainly by telephone due to the situation presented due to the COVID-19 pandemic.

**Key words:** Social diagnosis, aging, determinants of active aging, Social Work.

## **Agradecimientos**

*A los párrocos y a los beneficiarios de la Pastoral Social de las parroquias San Efrén, San Pedro Claver y San Eugenio por permitirnos realizar el presente proyecto investigativo, el cual esperamos sea de gran aporte a los procesos desarrollados por la Pastoral contribuyendo así en la vida los beneficiarios.*

*A los diferentes docentes quienes desde la experiencia nos guiaron durante este proceso, permitiéndonos poner en práctica los conocimientos adquiridos durante la formación como Trabajadores sociales.*

*A familiares quienes, con paciencia, amor, apoyo y consejos acompañaron esta etapa de nuestras vidas.*

*Al equipo de trabajo por la dedicación, el compromiso y la paciencia en el desarrollo de la investigación.*

## Tabla de contenido

Introducción.....	1
1. Problema.....	3
1.1 Antecedentes .....	3
2. Planteamiento del problema de investigación .....	7
2.1 Pregunta de investigación.....	11
3. Objetivos .....	11
3.1 Objetivo General .....	11
3.2 Objetivos Específicos .....	11
4. Justificación.....	11
5. Viabilidad .....	15
6. Marcos de referencia .....	16
6.1 Marco institucional.....	16
6.2 Marco Legal .....	18
6.3 Marco geográfico .....	32
6.4 Marco profesional.....	34
6.5 Marco teórico-conceptual.....	39
6.5.1 Envejecimiento.....	39
6.5.2 Vejez.....	41
6.5.3 Envejecimiento activo. ....	44
6.5.4 Determinantes del envejecimiento activo.....	52
6.5.4.1 <i>Determinantes Transversales: Cultura y Género.</i> .....	53
6.5.4.2 <i>Determinantes relacionados con los sistemas sanitarios y los servicios sociales.</i> .....	56
6.5.4.3 <i>Determinantes conductuales.</i> .....	60
6.5.4.4 <i>Determinantes relacionados con los factores personales.</i> .....	67
6.5.4.5 <i>Determinantes del entorno físico.</i> .....	69
6.5.4.6 <i>Determinantes relacionados con el entorno social.</i> .....	73
6.5.4.7 <i>Determinantes económicos.</i> .....	77
7. Operacionalización de variables.....	79
8. Diseño metodológico.....	83
8.1 Enfoque .....	83
8.2 Paradigma.....	83
8.3 Alcance de investigación.....	84
8.4 Diseño de la investigación.....	85
8.5 Población.....	86

8.6 Técnicas e instrumentos de recolección de información .....	86
8.7 Prueba Piloto .....	88
9. Análisis e interpretación de los datos .....	89
10. Diagnóstico social en el marco de los determinantes del envejecimiento activo de las personas beneficiarias de la Pastoral Social de las parroquias San Efrén, San Pedro Claver y San Eugenio de la Diócesis de Fontibón .....	172
10.1 Caracterización de la población.....	172
10.2 Identificación de situaciones y oportunidades de mejora.....	179
10.3 Pronóstico de la situación en relación con los determinantes del envejecimiento activo.....	195
10.4 Priorización de las situaciones problema en relación con los determinantes. ....	204
11. Aportes a las funciones misionales de la universidad .....	210
12. Cartilla ¡A envejecer activamente! .....	210
13. Conclusiones .....	211
14. Recomendaciones .....	219
15. Cronograma.....	221
16. Presupuesto.....	222
17. Referencias .....	223
18. Anexos.....	230
18.1 Consentimiento informado .....	230
18.2 Cartilla.....	231
18.3 Instrumento de recolección de información .....	232

### Índice de tablas

Tabla 1 Normatividad legal vigente desde el ámbito internacional, nacional y distrital.....	19
Tabla 2 Ejes y estrategias de la Política Nacional de Envejecimiento y Vejez 2015- 2024 en las que se enmarca el proyecto de investigación.....	24
Tabla 3 Dimensiones, ejes y estrategias de la Política Pública Social para el Envejecimiento y la Vejez en el Distrito Capital 2010 - 2025 en las que se enmarca el proyecto de investigación.....	27
Tabla 4 Envejecimiento y vejez en el Plan de Desarrollo Distrital 2020-2024: “Un nuevo contrato social y ambiental para el siglo XXI”.....	29
Tabla 5 Operacionalización de variables.....	80
Tabla 6 Determinación de prioridades en relación con las situaciones problema detectadas. ....	205



## Índice de figuras

Figura 1. Estructura interna de la Diócesis de Fontibón.....	17
Figura 2. Relación de las parroquias en conexión con la Diócesis de Fontibón. ....	18
Figura 3. Mapa de la localidad de Kennedy, división por Unidades de Planeamiento Zonal (UPZ)....	33
Figura 4. Evolución de las concepciones anteriores al término de envejecimiento activo.....	46
Figura 5. Determinantes del envejecimiento activo. ....	52
Figura 6. Diseño de investigación. ....	85

## Índice de gráficas

Gráfica 1. Percepción de los beneficiarios sobre el envejecimiento. ....	90
Gráfica 2. Beneficiarios que conservan tradiciones de su lugar de procedencia o de infancia en cuanto a la vejez y el envejecimiento.....	91
Gráfica 3. Género de los beneficiarios. ....	91
Gráfica 4. Beneficiarios a cargo del cuidado del hogar según el género.....	92
Gráfica 5. Beneficiarios que reciben remuneración por el cuidado del hogar según el género.....	93
Gráfica 6. Equidad en las responsabilidades del hogar según el género. ....	94
Gráfica 7. Beneficiarios afiliados al sistema de salud. ....	95
Gráfica 8. Regímenes de los beneficiarios afiliados al sistema de salud.....	96
Gráfica 9. Beneficiarios que han recibido orientación respecto al cuidado de la salud. ....	96
Gráfica 10. Beneficiarios diagnosticados con enfermedades crónicas.....	97
Gráfica 11. Tipo de enfermedades crónicas de los beneficiarios según el género. ....	98
Gráfica 12. Tipo de enfermedades crónicas de los beneficiarios por grupo etario.....	99
Gráfica 13. Beneficiarios con tratamiento médico en la actualidad por grupo etario. ....	100
Gráfica 14. Tipo de tratamiento médico de los beneficiarios.....	101
Gráfica 15. Beneficiarios que han accedido al sistema de salud en los últimos seis meses.....	101
Gráfica 16. Atención a beneficiarios por áreas en el sistema de salud.....	102
Gráfica 17. Discapacidad de los beneficiarios en relación a su género.....	103
Gráfica 18. Beneficiarios que tienen a cargo el cuidado de una persona que no puede valerse por sí misma según el género. ....	104
Gráfica 19. Parentesco con las personas de quienes están a cargo algunos beneficiarios según el género. ....	105
Gráfica 20. Beneficiarios que tienen necesidad de un cuidador según el género.....	106
Gráfica 21. Beneficiarios que consideran saber sobre salud mental. ....	106
Gráfica 22. Beneficiarios diagnosticados con algún trastorno de salud mental. ....	107
Gráfica 23. Tipo de trastorno de salud mental de los beneficiarios según el género. ....	108

Gráfica 24. Beneficiarios que han accedido a servicios de psicología y psiquiatría en el último año según el género.....	109
Gráfica 25. Beneficiarios que consideran cuidar de su salud mental. ....	110
Gráfica 26. Beneficiarios que consumen tabaco respecto al género. ....	111
Gráfica 27. Beneficiarios que manifiestan tener una dieta equilibrada. ....	112
Gráfica 28. Forma en la que los beneficiarios obtienen sus alimentos.....	113
Gráfica 29. Beneficiarios diagnosticados con algún problema alimenticio según el género. ....	113
Gráfica 30. Beneficiarios que asistieron al nutricionista en el último año según el género. ....	114
Gráfica 31. Beneficiarios que realizan actividad física según el grupo etario.....	115
Gráfica 32. Frecuencia con que los beneficiarios realizan actividad física según el grupo etario. ....	116
Gráfica 33. Tiempo destinado por los beneficiarios para las actividades físicas según el grupo etario. ....	117
Gráfica 34. Beneficiarios que tienen espacios para realizar actividad física.....	118
Gráfica 35. Tiempo disponible por los beneficiarios para el ocio a la semana según el género. ....	119
Gráfica 36. Beneficiarios que asistieron a atención odontológica en el último año según el género..	120
Gráfica 37. Veces al día en que los beneficiarios cepillan los dientes. ....	121
Gráfica 38. Horas que duermen en promedio los beneficiarios según el género.....	122
Gráfica 39. Beneficiarios que consumen medicamentos para dormir según el género. ....	123
Gráfica 40. Beneficiarios que consumen bebidas alcohólicas.....	124
Gráfica 41. Beneficiarios a quienes prescribieron medicamentos en la última consulta médica según el grupo etario.....	125
Gráfica 42. Beneficiarios que recibieron medicamentos por parte de la EPS en la última consulta médica. ....	126
Gráfica 43. Consumo diario de medicamentos de los beneficiarios según el grupo etario. ....	127
Gráfica 44. Beneficiarios que siguen las recomendaciones médicas para el tratamiento de enfermedades según el género.....	128
Gráfica 45. Enfermedades hereditarias en los beneficiarios de la Pastoral Social según el género. ...	129
Gráfica 46. Tipo de enfermedad(es) por antecedentes familiares en los beneficiarios según el género. ....	130
Gráfica 47. Participación de los beneficiarios en las decisiones familiares según el género. ....	131
Gráfica 48. Libertad de los beneficiarios para opinar en el ámbito familiar según el género. ....	132
Gráfica 49. Acción de los beneficiarios ante una situación difícil. ....	133
Gráfica 50. Tipo de orientación que buscan los beneficiarios ante una situación difícil. ....	134
Gráfica 51. Orientación sexual de los beneficiarios. ....	135
Gráfica 52. Identidad sexual de los beneficiarios.....	136
Gráfica 53. Acceso de los beneficiarios al transporte público cerca de la vivienda.....	137

Gráfica 54. Beneficiarios que necesitan ayuda de otra persona para utilizar el medio de transporte según el género.....	138
Gráfica 55. Tipo de vivienda de los beneficiarios.....	139
Gráfica 56. Tenencia de la vivienda de los beneficiarios.....	140
Gráfica 57. Beneficiarios que se sienten seguros en el entorno donde está ubicada la vivienda según el género.....	141
Gráfica 58. Beneficiarios accidentados en el lugar de vivienda según el género.....	142
Gráfica 59. Acceso de los beneficiarios a servicios públicos en su vivienda.....	143
Gráfica 60. Número de personas que ocupan vivienda u habitación según el tipo de la misma.....	144
Gráfica 61. Caídas presentadas por los beneficiarios a causa de infraestructuras inadecuadas según el grupo etario.....	145
Gráfica 62. Lugares en los que han presentado caídas los beneficiarios.....	146
Gráfica 63. Identificación de los obstáculos para transitar por parte de los beneficiarios según el grupo etario.....	147
Gráfica 64. Zonas verdes cerca de la vivienda de los beneficiarios.....	148
Gráfica 65. Percepción de los beneficiarios sobre la contaminación del aire en su entorno.....	149
Gráfica 66. Acceso de los beneficiarios al agua potable.....	149
Gráfica 67. Relaciones familiares en el entorno de los beneficiarios según el género.....	150
Gráfica 68. Beneficiarios que manifiestan tener personas cercanas con quien compartir según el género.....	151
Gráfica 69. Participación de los beneficiarios en otra institución /organización diferente a la Pastoral Social según el género.....	152
Gráfica 70. Tipo de organización o institución en la cual participan los beneficiarios según el género.....	153
Gráfica 71. Relacionamiento de los beneficiarios con personas diferentes a la familia según el género.....	154
Gráfica 72. Beneficiarios que se sienten apartados y/o rechazados por familiares o amigos según el género.....	155
Gráfica 73. Tipo de violencia presentada en el entorno familiar de los beneficiarios según el género.....	156
Gráfica 74. Conocimiento de los beneficiarios acerca de las instituciones a las cuales pueden acudir en caso de abuso o violencia según el género.....	157
Gráfica 75. Percepción de abandono de los beneficiarios por parte de su familia según grupo etario.....	158
Gráfica 76. Nivel académico de los beneficiarios según el género.....	159
Gráfica 77. Beneficiarios inscritos a algún curso de aprendizaje según el género.....	160
Gráfica 78. Relación de los beneficiarios con personas de otras generaciones según el género.....	161
Gráfica 79. Fuente de ingresos de los beneficiarios según el género.....	162

Gráfica 80. Ingresos económicos mensuales de los beneficiarios según el género.....	163
Gráfica 81. Egresos económicos mensuales de los beneficiarios.....	164
Gráfica 82. Beneficiarios que actualmente trabajan según el grupo etario. ....	165
Gráfica 83. Personas que responden económicamente por los beneficiarios que no laboran. ....	166
Gráfica 84. Formalidad del Trabajo de los beneficiarios. ....	167
Gráfica 85. Beneficiarios que tienen prestaciones legales en su trabajo. ....	167
Gráfica 86. Número de personas que trabajan en el hogar de los beneficiarios. ....	168
Gráfica 87. Número de personas que tienen a cargo los beneficiarios según el género.....	169
Gráfica 88. Beneficiarios con pensión según el grupo etario. ....	169
Gráfica 89. Beneficiarios que reciben otros subsidios o apoyos según el género. ....	170
Gráfica 90. Tipo de subsidios o apoyos recibidos por parte de los beneficiarios.....	171
Gráfica 91. Grupos etarios y edades de los beneficiarios.....	173
Gráfica 92. Estado civil de los beneficiarios. ....	173
Gráfica 93. Lugar de procedencia de los beneficiarios. ....	174
Gráfica 94. Estrato socioeconómico de los beneficiarios.....	175
Gráfica 95. Tipo de población a la que pertenecen los beneficiarios. ....	176
Gráfica 96. Composición familiar de los beneficiarios. ....	176
Gráfica 97. Grupos etarios en los beneficiarios por parroquias. ....	178

## Introducción

La presente investigación aborda como tema principal el envejecimiento activo y sus respectivos determinantes en la población beneficiaria de la Pastoral Social de las parroquias San Efrén, San Pedro Claver y San Eugenio de la Diócesis de Fontibón en la ciudad de Bogotá. Es importante resaltar que la investigación se realizó en el marco de la pandemia del COVID- 19, por lo tanto se adaptó el proceso investigativo a las dinámicas generadas a partir de la emergencia sanitaria, en este sentido la información aquí plasmada y analizada se entenderá en relación a las nuevas dinámicas; esto, debido a que las medidas de prevención tomadas por el gobierno nacional y local generaron cambios en los hábitos de vida de todas las personas y dichos efectos se evidencian desde lo más íntimo del sujeto hasta lo más público.

El envejecimiento activo como paradigma de análisis de diferentes variables que influyen en el envejecimiento del ser humano constituye la optimización de oportunidades para las personas, en cuestión de seguridad, salud, aprendizaje y participación (OMS, 2002). Por lo tanto, el envejecimiento de una persona está dado por diferentes factores que tienen que ver con que la persona es un ser biopsicosocial. Dichos factores se traducen en el paradigma del envejecimiento activo como determinantes (económicos, entornos físicos, sociales, personales, conductuales, sistemas sanitarios y servicios sociales, género y cultura); estos permiten entender que el envejecimiento de una persona está dado por un lado, por las variables exógenas, es decir aquellos factores que dependen de entornos externos provenientes del medio ambiente y que influyen gran parte en la vida de las personas, por ejemplo el acceso al sistema de salud (factor exógeno). Por otro lado, se encuentran las variables endógenas, como aquellos aspectos y elementos internos que posee cada persona y se relacionan con su conducta, personalidad, hábitos de vida y cuidado saludable como el consumo frecuente de tabaco (factor endógeno); por lo tanto, la calidad de vida de las personas a lo largo de su curso de vida depende de la mezcla de factores tanto exógenos como endógenos.

De otra parte, es necesario afirmar que el paradigma del envejecimiento activo requiere acciones necesarias por parte del Estado que garanticen condiciones mínimas de vida a medida que las personas envejecen, además de la implementación de estrategias por parte de diferentes actores institucionales que permitan complementar el accionar del Estado y contribuir en el proceso de envejecimiento. Por consiguiente, si se genera una acción desde dicho paradigma es posible mitigar situaciones en relación al proceso de envejecimiento o al

momento de llegar a la etapa de la vejez. Dichas situaciones se pueden ver traducidas en enfermedades crónicas como la hipertensión o la diabetes y por ende la reducción de costos altos en los sistemas sanitarios, además de mejorar y extender la calidad de vida de las personas, fortalecer su participación en diferentes escenarios, así como su autonomía e independencia.

En este sentido, la investigación tiene el propósito general de diagnosticar en el marco de los determinantes del envejecimiento activo al grupo de personas beneficiarias de la Pastoral Social de las parroquias ya mencionadas de la Diócesis de Fontibón. Para lograr dicho objetivo se pretende describir cada uno de los determinantes con sus respectivos componentes en relación con la situación actual de las personas del grupo y a partir de los resultados arrojados en el diagnóstico social se realiza una propuesta desde Trabajo Social por medio de una cartilla dirigida hacia los párrocos y los beneficiarios orientada hacia el fortalecimiento del envejecimiento activo pertinente con la población y sus necesidades.

En lo correspondiente al proceso metodológico se retomaron los planteamientos de Hernández Sampieri, Fernández Collado & Baptista Lucio (2014) quienes de forma detallada y rigurosa expresan cada una de las etapas del proceso investigativo desde el enfoque cuantitativo, siguiéndolas de forma ordenada, con el fin de que los datos recolectados cumplan con los estándares de validez y poder generalizar dichos resultados en otros grupos.

Adicionalmente, el diseño de la investigación es de tipo no experimental ya que no se pretende manipular las variables, de acuerdo con Hernández et al. (2014) la no manipulación de las variables implica que el investigador no genera estímulos, de forma tal que dicha variable se estudia en su estado natural sin alterar su entorno. Además, este proceso investigativo se caracteriza por ser de corte transeccional debido a que la recolección de datos se realiza en un único momento, como en el caso de las encuestas realizadas para la presente investigación, ya que se comprende el fenómeno en relación a la temporalidad en la cual se recolectó la información.

En concordancia con el enfoque, esta investigación se enmarca de forma epistemológica en el paradigma explicativo-positivista el cual propone que el conocimiento se adquiere de, “modo empírico mediante métodos y procedimientos adecuados libres de enjuiciamientos de valor para ganar el conocimiento por la razón (...) dicho conocimiento es objetivo (medible), cuantifica los fenómenos observables que son susceptibles de análisis matemáticos y control experimental” (Ricoy, 2006, p.15).

En este sentido para la investigación se utilizó la encuesta como técnica de recolección de información, la cual se encuentra estructurada por 94 preguntas, divididas en bloques

correspondientes a cada uno de los determinantes del envejecimiento activo y su aplicación se realizó de forma virtual en la herramienta de *Google Formularios*, de manera que el investigador diligencia el formulario mientras los beneficiarios objeto de estudio a través de una llamada telefónica suministran la información. Así, se aplicaron 100 encuestas con el total de la población (100 personas), correspondiente a 87 mujeres y 13 hombres; las personas que participaron en la investigación son personas beneficiarias de cada una de las Pastorales Sociales de las parroquias mencionadas pertenecientes a la Diócesis de Fontibón, quienes reciben un bono alimentario en especie, el cual es suministrado mensualmente.

Por último, esta investigación se encuentra estructurada de la siguiente manera: en la primera parte del texto está todo lo relacionado con la fundamentación de la investigación, por lo tanto, allí se encontrarán los antecedentes, el planteamiento del problema, los propósitos de la investigación, la justificación, la viabilidad y los marcos de referencia. En un segundo apartado se ubica la operacionalización de las variables y la fundamentación metodológica de la investigación. En un tercer apartado se encuentra el análisis de los datos recolectados, como también el diagnóstico del grupo en relación a los determinantes del envejecimiento activo, las conclusiones y recomendaciones del proceso investigativo en relación a las pretensiones iniciales de la investigación y por último se encuentran el cronograma, presupuesto, bibliografía y anexos, dentro de los que se encuentra el link de acceso para la cartilla “¡A envejecer activamente!” la cual es producto de la presente investigación.

## **1.Problema**

### **1.1 Antecedentes**

Acerca de los antecedentes que guían el presente proyecto de investigación en torno al abordaje teórico de los determinantes en el marco del envejecimiento activo, se consultaron y recopilaron 15 documentos a nivel Internacional (España), 10 a nivel Latinoamericano (Cuba, México, Argentina y Chile) y 14 a nivel Nacional. Dichos documentos se consultaron en diversas fuentes y bases de datos, logrando consolidar 39 documentos, entre libros, artículos, y trabajos de grado, lo cual permitió realizar acercamientos en cuanto a los avances existentes de procesos e investigaciones realizadas o relacionadas con los determinantes del envejecimiento activo orientados a las personas a lo largo de su curso de vida, pero enfatizando en la población de personas mayores. Es así como a partir de la búsqueda

documental se precisaron los conceptos de envejecimiento y vejez, envejecimiento activo teniendo en cuenta sus pilares y los siete determinantes del envejecimiento activo.

A manera de compendio sobre el tema del envejecimiento, diversos autores refieren que el problema no es la cantidad de personas en el mundo sino la calidad en el transcurso vital de una persona y que indiscutiblemente influye en su proceso de envejecimiento, el cual a nivel mundial ya permite ver cifras de ese acelerado crecimiento poblacional, en el que se evidencia un elevado número de personas mayores en relación con el paso del tiempo, como lo mencionan Reyes y Castillo (2011) “las personas de 80 y más años son el elemento de la población total que más está aumentando en muchos países. Globalmente, esta población podría incrementarse en un 233 % entre 2008 y 2040” (p. 356) es por esta razón, que los gobiernos deben tomar medidas que permitan brindar una atención integral, debido a que,

actualmente se considera un problema de salud pública tanto a nivel nacional como internacional, ya que el cambio en la pirámide poblacional se ha volcado hacia el aumento de esta población y desafortunadamente los gobiernos no están preparados para las consecuencias físicas, mentales, sociales y sanitarias que esto implica, motivo por el cual se requiere ahondar en el conocimiento del mismo desde múltiples perspectivas. (Alvarado y Salazar, 2014, p. 57)

Enfatizando en las opiniones y conceptos consultados acerca de la vejez y el envejecimiento para la presente investigación y los cuales se retoman a profundidad en el marco teórico, a nivel Nacional se consultaron varios documentos, resaltando el documento titulado “Análisis del concepto de envejecimiento” en el que las autoras Alvarado y Salazar (2014) manifiestan algunos aportes para proponer un concepto de envejecimiento, para ello, en un primer momento, retoman la noción que se tiene del envejecimiento como un factor que acompaña a los individuos durante todo su curso de vida, por lo cual mencionan que,

es un fenómeno presente a lo largo del ciclo vital desde el mismo proceso de la concepción hasta la muerte. Sin embargo, a pesar de ser un fenómeno natural conocido por todos los seres humanos, es difícil de aceptar como una realidad innata del ser humano. (p. 57)

Adicionalmente, el proceso de envejecimiento presenta cambios condicionados por los factores sociales que rodean a las personas y en especial a las personas mayores,

estos cambios son inherentes a todo ser humano, pero a su vez son el resultado de contextos multidimensionales como la situación económica, estilos de vida, satisfacciones personales y entornos sociales que influyen de forma directa en el proceso de envejecer. El envejecimiento también se ve influido por las enfermedades



padecidas, el sufrimiento acumulado a lo largo de la vida, el tipo de vida que haya llevado la persona y los factores de riesgo y ambientales a los que ha estado sometida. (Alvarado y Salazar, 2014, p. 59)

Teniendo en cuenta lo mencionado anteriormente, a nivel latinoamericano son diversos los documentos que se encuentran entorno al envejecimiento, sin embargo, para el autor Marcelo Piña Morán (2004) en su libro “*Gerontología Social Aplicada: visiones estratégicas para el Trabajo Social*”, tanto el concepto de envejecimiento como de vejez se encuentran influenciados por las características propias de cada cultura y la percepción que se tiene acerca de las personas mayores, es por ello que “el envejecimiento es un proceso que está rodeado de muchas concepciones falsas, de temores, creencias y mitos; la vejez como etapa de vida, también es una palabra cargada de inquietud, de fragilidad y a veces de angustia” (p. 31).

Por otro lado, a nivel internacional, la totalidad de documentos consultados corresponden a España, y uno de ellos es el “*Libro Blanco sobre Envejecimiento Activo*” del Instituto de Mayores y Servicios Sociales- IMSERSO (2011) el cual pretende realizar un diagnóstico de las situaciones que viven las personas mayores en España. Esto con el fin de “implementar políticas y dirigir acciones para organizar el espacio político, social, económico y cultural aprovechando el caudal de experiencia, buen hacer e ilusión que aportan las personas mayores” (p. 17). En consecuencia, el IMSERSO (2011) refiere que el envejecimiento activo, “permite a las personas hacer que el potencial bienestar físico, social y mental se desarrolle plenamente a lo largo del curso vital y participar en la sociedad de acuerdo a sus necesidades, deseos y posibilidades” (p. 81).

Adicional a lo anterior, al consultar el tema de envejecimiento activo, la búsqueda arrojó múltiples documentos que retoman la definición planteada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) cuando a finales de los 90 acuñó el término de envejecimiento activo, sin embargo, cabe aclarar que desde antes ya se hablaba de envejecimiento, pero desde otras perspectivas como envejecimiento saludable o envejecimiento exitoso. De este modo se postulan desde las Asambleas Mundiales sobre el envejecimiento en Viena, 1982 y Madrid, 2002, los tres pilares bases del envejecimiento activo: *Participación, Salud y Seguridad*, aunque actualmente se ha ido introduciendo un cuarto pilar: *aprendizaje a lo largo de la vida*.

Es así como la OMS (2002) en el documento “*Envejecimiento activo: un marco político*”, define el envejecimiento activo como “el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a

medida que las personas envejecen” (p. 99), a partir de esta definición, varios autores convergen en que el envejecimiento activo es un proceso que no solo comprende el tema de la salud, sino que incluye un panorama holístico de varios aspectos, psicológicos, sociales, económicos y ambientales, cuya finalidad es extender la calidad de vida de las personas en la vejez y así mismo que estas sean más participativas permitiendo en lo posible mayor autonomía e independencia al tiempo que se les garantice seguridad en los diferentes ámbitos en los que lo requieran.

En cuanto a los antecedentes consultados referente a Diagnósticos Sociales e investigaciones o intervenciones relacionadas con el tema de envejecimiento activo, se consideró pertinente retomar de la base de datos de la Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca, principalmente cuatro trabajos de grado.

El primer documento, hace parte de una investigación titulada *“Diagnóstico social de la población mayor del municipio de Cachipay Cundinamarca enmarcado en los determinantes del envejecimiento activo durante el año 2016”* (Aponte, Ayala, Huertas, 2016), la cual tenía por objetivo “elaborar un diagnóstico social de la población mayor del municipio de Cachipay- Cundinamarca enmarcado en los determinantes del envejecimiento activo como aporte para la actualización de la Política Pública Municipal de Envejecimiento y Vejez durante el año 2016”.

Adicionalmente, se retomó el documento *“Diagnóstico Situacional de la persona mayor de Samacá, Boyacá con relación a los determinantes del envejecimiento activo en el año 2019”* (Mojica, Morales, Rodríguez, 2019) cuyo objetivo estaba orientado a “ identificar la situación de la persona mayor en el municipio de Samacá, Boyacá mediante un diagnóstico de los determinantes del Envejecimiento Activo” con el fin de elaborar una cartilla a partir de los resultados de la investigación como insumo para el Plan de Desarrollo Municipal.

En tercer lugar, se tuvo en cuenta el proyecto de intervención titulado *“Fortalecimiento de factores protectores en personas mayores vinculadas a trece parroquias de la Diócesis De Engativá que se encuentran en situación de aislamiento familiar durante el II periodo del año 2011”* (Martínez, Prieto, 2011), dentro de los objetivos principales del proyecto, se pretendió “promover la participación de 29 personas mayores vinculadas a 13 parroquias de la Diócesis de Engativá, mediante el fortalecimiento de factores protectores que permitieran mejores condiciones de vida”.

Y finalmente se consideró relevante el trabajo de grado *“Techos Verdes” análisis de la agricultura urbana como actividad de ocio y su contribución al envejecimiento activo de las personas mayores del barrio El Regalo de la localidad de Bosa”* (Acosta, Jiménez, Orozco,

2018) el cual consistió en investigar acerca de las prácticas de la agricultura urbana como una “actividad de ocio en la medida que generan bienestar y satisfacción a la persona mayor, así como los múltiples beneficios que la agricultura aporta al ambiente, salud y participación de esta población”.

## **2. Planteamiento del problema de investigación**

Hoy en día el envejecimiento poblacional es una realidad a nivel mundial de la cual no se pueden apartar los Estados y las personas, pues la transición demográfica ha hecho que en las últimas décadas se pase de altos índices de natalidad y mortalidad a bajos índices de natalidad y mortalidad, lo que ocasiona que los índices de envejecimiento y vejez sean cada vez más altos presentando “un aumento progresivo de la proporción de personas mayores de 60 años en relación con la población total” (Secretaría de Integración Social, 2010, p. 25).

A nivel mundial, entre 2015 y 2030 la población de 60 años y más se elevará de 900 millones a más de 1.400 millones de personas. Ello supone un incremento del 64% en tan solo 15 años, siendo el grupo de edad que más crece. En términos relativos, el porcentaje de población de 60 años y más pasará del 12,3% en 2015 al 16,4% en 2030. (Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (CEPAL, 2018, p. 11)

El envejecimiento demográfico es un proceso irreversible y continuo que “desde el punto de vista de sus implicancias económicas y sociales se trata quizás de la transformación más importante de esta época” (CEPAL, 2018, p. 11).

Las consecuencias del rápido envejecimiento de las sociedades en los países en desarrollo se manifiestan en cambios estructurales, tales como las modificaciones en la composición familiar, en los patrones de trabajo, en la migración de los jóvenes a la ciudad, en la profundización de los procesos de urbanización, en el mayor ingreso de las personas al mercado laboral y en la mayor sobrevivencia de las mujeres a edades avanzadas. (Ministerio de Salud, 2015 p. 12)

Para el caso de América Latina, la CEPAL (2018) expresa que,

aunque la situación de las regiones es marcadamente distinta, y Europa es y seguirá siendo el continente más envejecido del mundo, en nuestra región el proceso de envejecimiento se produce de manera más rápida, pasando de 70 millones de personas mayores a 119 millones en el mismo período, lo que supone un aumento del 59%. (p.11)

Por tanto, América Latina y el Caribe no son ajenas al proceso de envejecimiento poblacional, por lo cual se estima que para el año 2037, la cantidad de personas mayores superará a la cantidad de menores de 15 años.

En valores absolutos, la población de 60 años y más, compuesta en la actualidad por unos 76 millones de personas, tendrá un período de amplio incremento que la llevará a alcanzar las cifras de 147 millones de personas en 2037 y 264 millones en 2075. Si bien la región en su conjunto está entrando en una etapa de envejecimiento acelerado, en la mitad de los países —algunos de los cuales corresponden a los más pobres— el proceso es incipiente y moderado, y los mayores cambios ocurrirán de aquí a 2030. (CEPAL, 2018, p. 11)

En referencia a Colombia, si se observa desde el orden demográfico, se evidencia que el envejecimiento poblacional,

se está haciendo realidad en un marco social y económico muy complejo que llama especialmente la atención en la cuestión del cuidado, pues se presenta en situaciones de inequidad, pobreza, insuficiente desarrollo institucional, problemas con la seguridad social, y la preocupación frente a la probabilidad de menor apoyo familiar por la disminución en la fecundidad. (Secretaría de Integración Social, 2010, p. 26)

En relación a la fecundidad se han registrado cambios tanto en este aspecto como en la mortalidad, la cantidad de menores de 15 años empezó a disminuir y en contraste aumentar el resto de grupos etarios, asimismo los niños menores de 5 años continúan en descenso (CEPAL, 2007). Adicionalmente, la disminución en la fecundidad refleja un cambio cultural en las pautas reproductivas en el que se pasó de familias numerosas a “un nuevo modelo de fecundidad baja, en que el número de hijos se aproxima a dos por mujer” (CEPAL, 2009, p.50). Por consiguiente, el apoyo familiar en relación con los hijos se ve disminuido y se empieza a generar en mayor medida una relación de demandas de cuidado por parte de las instituciones y el Estado.

De acuerdo a lo anterior, la CEPAL (como se citó en la Secretaría de Integración Social, 2010),

la relación de dependencia de cuidados era elevada a inicios de esta década, y en el transcurso de los siguientes cuatro decenios mostrará una trayectoria descendente. Sin embargo, a partir de 2040 se aprecia una inflexión que marcará el comienzo de una nueva fase de expansión de la demanda de cuidados por efecto del aumento de la población de 75 años y más, que se habrá triplicado entre 2000 y 2050. (p. 26)

Colombia, entonces, como el resto de países latinoamericanos, ha experimentado desde mediados del siglo XX una rápida transición demográfica. Esta ha afectado drásticamente la estructura por edad de su población y se ha iniciado un claro proceso de envejecimiento (Fundación Saldarriaga Concha, 2015, p. 20).

En el proceso de transición demográfica la mayor longevidad de las mujeres es evidente a lo largo de todo el proceso de envejecimiento de la población: la proporción de mujeres mayores es superior que la de los hombres, (con relación al conjunto de la población) con incrementos sostenidos desde los años 70 hasta el año 2020 –proyectado–; lo que significa que hay más mujeres mayores que hombres y que la expectativa de vida de las mujeres es mayor que la de los hombres. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013, pp. 18- 19)

Así mismo, al interior de cada región el proceso de envejecimiento varía, pues, en cuanto a Bogotá el envejecimiento demográfico presenta cambios influenciado entre otras cosas por las condiciones sociales, económicas, ambientales y culturales de cada lugar,

no todas las entidades territoriales de un país envejecen al mismo ritmo, en el caso colombiano, los departamentos como Vaupés, Vichada y Guainía tienen porcentajes de mayores de 65 años entre 2 y 7%, mientras que, en Antioquia, Valle y Bogotá, este valor oscila entre 10 y casi 14%. (Secretaría de Integración Social, 2010, p. 26)

Por otro lado, y de acuerdo con las proyecciones del DANE, a nivel departamental, el grado de transición demográfica determina niveles y estructuras de fecundidad diferenciales, asociados con el desarrollo propio del ente territorial (Secretaría de Integración Social, 2010, p.26). Para el caso del Distrito Capital se proyecta que “en el 2050, Bogotá sería la región con mayor porcentaje de personas de 60 años o más, seguida por Antioquia y Valle del Cauca” (Fundación Saldarriaga Concha, 2015, p. 50).

De esta manera, y como era de esperarse de acuerdo con la teoría, las regiones que muestran un mayor envejecimiento son también las que tienen un mayor proceso de urbanización y modernización. Esta asociación entre modernización y urbanización con niveles más altos de envejecimiento en el mediano plazo se debe a un proceso de transición demográfica más adelantado (menor tasa global de fecundidad y mayor esperanza de vida) en las regiones más desarrolladas y urbanizadas. (Fundación Saldarriaga Concha, 2015, p. 50)

Teniendo en cuenta el envejecimiento poblacional, se reconoce la importancia de la implementación de políticas, programas, proyectos e investigaciones que respondan a esta realidad y que permitan identificar factores, necesidades e intereses enfocadas en la creación

de estrategias desde la promoción del envejecimiento activo con perspectiva de género que mitiguen los aspectos negativos de dicho cambio transicional, generando por el contrario aspectos positivos durante el proceso de envejecimiento y en especial para aquellas personas que se encuentran en la etapa de la vejez.

Por esto, el presente proyecto de investigación se enmarca en el área de envejecimiento y vejez específicamente en el marco de los determinantes del envejecimiento activo propuesto por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y retomados por el Centro Internacional de Longevidad Brasil, los cuales serán analizados desde el contexto de la población de adultos y personas mayores pertenecientes a la Pastoral Social de las parroquias San Efrén, San Pedro Claver y San Eugenio de la Diócesis de Fontibón.

Así, a partir de los diferentes acercamientos iniciales a los grupos de las Pastorales Sociales se logra identificar que su acción se enmarca en un apoyo asistencial, donde los integrantes únicamente son receptores de temáticas orientadas a la religión, la espiritualidad y un apoyo alimentario. En este sentido, los miembros de la Pastoral Social de las parroquias asisten para recibir charlas y el apoyo alimentario mensualmente, por lo tanto es posible afirmar que dentro de las diferentes ayudas que reciben los beneficiarios, no se concibe a las personas desde un enfoque del envejecimiento activo, que pueden seguir influyendo en su entorno, seguir aprendiendo, enseñando, participando y sobre todo que pueden seguir activos en los diferentes escenarios en los que las personas hacen presencia.

Por tal motivo, se hace necesario a futuro con los resultados arrojados en el diagnóstico social generar acciones encaminadas a fomentar un envejecimiento óptimo en los grupos, teniendo en cuenta cada uno de los aspectos claves de los determinantes del envejecimiento activo tanto en los adultos como en las personas mayores, lo cual permitirá que desde las parroquias y con la presente investigación, se logre demostrar la importancia de fortalecer el envejecimiento activo en la población durante el proceso de envejecimiento a la par que reciben los diferentes apoyos que les brinda la Pastoral Social.

Por último, es importante tener presente que debido a las circunstancias de la pandemia del COVID- 19 las dinámicas personales, familiares y sociales de las personas beneficiarias, así como en general de la población, se han visto afectadas en su cotidianidad por los cambios que han surgido a causa del aislamiento físico y las medidas que se han tomado entorno a la situación. Por esta razón es necesario plantear nuevas estrategias que permitan complementar el apoyo asistencial por parte de las parroquias y que contribuyan a aprender a envejecer en tiempos de aislamiento constituyendo otras alternativas para promover la

calidad durante ese proceso de envejecimiento y teniendo en cuenta los aspectos propios que se presentan en todas las personas sin importar su etapa de vida.

## **2.1 Pregunta de investigación**

¿A partir del diagnóstico social en qué condiciones envejecen las personas beneficiarias de la Pastoral Social de las parroquias San Efrén, San Pedro Claver y San Eugenio de la Diócesis de Fontibón en el marco de los determinantes del envejecimiento activo?

## **3. Objetivos**

### **3.1 Objetivo General**

Establecer el diagnóstico social de las personas beneficiarias de la Pastoral Social de las parroquias San Efrén, San Pedro Claver y San Eugenio de la Diócesis de Fontibón en el marco de los determinantes del envejecimiento activo.

### **3.2 Objetivos Específicos**

- Describir los determinantes del envejecimiento activo en las personas beneficiarias de la Pastoral Social.
- Priorizar las situaciones problema de las personas beneficiarias en relación con los determinantes del envejecimiento activo.
- Proponer acciones que fomenten el envejecimiento activo en los beneficiarios de la Pastoral Social de las parroquias a partir de las situaciones problema identificadas.

## **4. Justificación**

La justificación del presente proyecto de investigación se enmarca bajo cinco (5) criterios propuestos por Hernández *et al.* (2014), estos son: conveniencia, relevancia social, valor teórico, implicaciones prácticas y utilidad metodológica, los cuales se amplían a continuación. Así mismo, se tiene presente el aspecto epistemológico desde una de las líneas de investigación de la Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca, desde la cual se permite contribuir a los procesos investigativos de la Institución al enmarcar la investigación en una línea propia que contribuya a la generación de conocimiento.

Por lo anterior, desde el aspecto de conveniencia cabe resaltar que el envejecimiento de la población constituye un hecho universal a lo cual se enfrentan la mayoría de los países, pues los índices de envejecimiento poblacional van en aumento y esto representa una transformación social significativa y un reto para la sociedad independiente el país del cual se hable y Colombia no es la excepción, por tal razón resulta conveniente realizar un estudio desde el punto de vista del envejecimiento activo que permita comprender las condiciones en las cuales las personas envejecen para posteriormente tomar acciones individuales y comunitarias, teniendo en cuenta el acelerado proceso bajo el cual la sociedades envejecen cada vez más rápido.

En cuanto al aspecto de relevancia social, a partir de la investigación se pretende realizar un diagnóstico social desde los determinantes del envejecimiento activo (cultura y género; sistemas sanitarios y servicios sociales; conductuales; relacionados con los factores personales; relacionados con el entorno físico; con el entorno social; y económicos) que permitan generar un conocimiento en relación a la manera cómo envejecen las personas pertenecientes a la Pastoral Social con la finalidad de identificar las necesidades, potencialidades y exigencias de estas personas teniendo en cuenta estos determinantes y así poder responder a las demandas de los que envejecen.

Cabe mencionar que a partir de la investigación, la cual tiene una proyección social, se pretende compartir los resultados a otras parroquias para que desde las dependencias de la Pastoral Social puedan replicar acciones entorno a la promoción y el fortalecimiento del envejecimiento activo en las personas beneficiarias de los apoyos, en aspectos como hábitos de vida saludables, redes de apoyo, ingresos económicos, entre otros, permitiendo y fomentando la participación de las personas a medida que envejecen y particularmente de las personas mayores en espacios provechosos para su bienestar; teniendo en cuenta la coyuntura de la pandemia la participación social se ha visto modificada, por lo cual los hogares de las personas beneficiarias constituyen una oportunidad para maximizar o limitar dicha participación.

Desde el valor teórico, a partir de acercamientos y experiencias con personas mayores en diferentes contextos, se considera importante investigar acerca del envejecimiento activo ya que representa un tema relevante para el Trabajo Social teniendo en cuenta la transición demográfica en Colombia y particularmente en Bogotá donde se tienen índices de envejecimiento superior a otras ciudades. Por lo anterior, resultan necesarias investigaciones que aporten a la disciplina del Trabajo Social Gerontológico que permitan mejorar la calidad de vida de las personas a medida que envejecen, a partir de una investigación que



posteriormente trascienda en una intervención en la cual se promueva el fortalecimiento del capital social de las personas teniendo en cuenta los enfoques teóricos, metodológicos y epistemológicos.

Así mismo, en relación a las implicaciones prácticas, a lo largo de la historia la acción de la iglesia católica en términos sociales ha tenido un enfoque asistencialista, por lo cual se hace necesario forjar nuevas formas de contribuir al desarrollo de la Pastoral que complemente su accionar asistencialista. Por ello, para las parroquias San Efrén, San Pedro Claver y San Eugenio es importante conocer las condiciones de las personas beneficiarias del apoyo alimentario que permitan generar estrategias y acciones a futuro, en este caso a partir de los determinantes del envejecimiento activo. En lo que corresponde al ejercicio profesional, este proyecto de diagnóstico social contribuirá al reconocimiento de la profesión en contextos eclesiales, pues a partir de los fundamentos de Trabajo Social se pretende aportar al fortalecimiento de las acciones realizadas por las parroquias en las que se reconozcan múltiples aspectos en la vida de las personas teniendo como base el proceso del envejecimiento.

Adicionalmente, se considera importante llevar a cabo esta investigación en pro de la población de personas beneficiarias, debido a que el programa de la Pastoral Social no trabaja algún tema en específico y tampoco tiene estructurado un plan de acción para las personas que asisten a las parroquias más allá de otorgarles un apoyo alimentario. Por lo tanto, este diagnóstico es importante para que en la Pastoral de cada parroquia se logren conocer las condiciones, necesidades y potencialidades de los beneficiarios y así logren enfocar su accionar hacia metas que beneficien e impacten más en la vida y la cotidianidad de estas personas a medida que envejecen.

En cuanto al criterio de utilidad metodológica, el diagnóstico social es innovador en el contexto de la Diócesis de Fontibón, pues en indagaciones realizadas por los investigadores no existen procesos investigativos ni acciones relacionadas en torno al envejecimiento activo desde Trabajo Social en dicha Diócesis, por ello se pretende construir un instrumento de recolección de información que permita medir e identificar la situación desde los determinantes del envejecimiento activo en las personas beneficiarias de las parroquias, pues actualmente no existe un instrumento definido o reconocido para tal fin, el cual pueda ser utilizado a futuro en otras investigaciones similares y replicado en otras parroquias como aporte de los investigadores.

Es importante en términos epistemológicos enmarcar el presente proyecto de investigación en una de las 16 líneas de investigación institucional propuestas por la

Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca (2017), cuyo fin es apoyar en “la construcción, promoción, fomento, divulgación y transformación de productos de investigación, mediante la definición de mecanismos y estrategias de apoyo al talento humano asociado con la investigación, conducentes a estimular la creatividad, innovación y ampliar las opciones de trabajo conjunto” (párr. 1).

De acuerdo con lo mencionado anteriormente, a pesar de que en las líneas propuestas por la Universidad no se encuentra una cuyas temáticas estén orientadas a persona mayor, la línea de investigación que se considera pertinente y a la cual se pretende contribuir con este proyecto de investigación es a la “*Línea 02. Sociedad y cultura*” debido a que esta línea pretende,

promover el conocimiento de las manifestaciones sociales y culturales, desde el ámbito fraternal hasta el oficial, que permiten destacar la identidad y reconocimiento de los diversos grupos dentro de un contexto determinado, con el fin de entender sus expresiones políticas, económicas y religiosas, entre otras. (Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca, 2016, párr. 1)

Por tal motivo, teniendo en cuenta el propósito de la línea de investigación Sociedad y Cultura, se pretende que la presente investigación de cuenta del reconocimiento e identificación de las condiciones y aspectos bajo los cuales las personas beneficiarias de las tres parroquias están llevando a cabo su proceso de envejecimiento a partir de cada uno de los factores que retoman los determinantes del envejecimiento activo, así mismo evidenciar en qué medida el contexto en el que se encuentran las personas influye durante ese proceso y conocer de igual manera sus sentires acerca del envejecimiento y la etapa de la vejez.

A partir de lo anterior, se pretende con los resultados del diagnóstico social contribuir a la Pastoral Social desde la cartilla como insumo base que permita reconocer la situación de sus beneficiarios, la importancia de promover y fomentar el envejecimiento activo en las personas, creando así estrategias y programas propios los cuales teniendo en cuenta las condiciones de las personas, a futuro generen beneficios en su calidad de vida mitigando muchas de las problemáticas ocasionadas a partir de los cambios propios del proceso de envejecimiento, en muchos casos negativos.

## 5. Viabilidad

Para la viabilidad de la investigación representa un aspecto importante como lo señalan Hernández *et al.* (2014), identificar y comprender los alcances de la investigación en términos de tiempo, recursos financieros y humanos, así mismo se considera pertinente retomar los aspectos personales, metodológicos y sociales, los cuales permiten tener una visión más amplia en cuanto a la viabilidad de la investigación.

En referencia con los aspectos personales, el envejecimiento activo es un tema que como investigadores se considera importante abordar, pues a partir de acercamientos y experiencias con personas mayores en diferentes contextos e incluso por fuertes vínculos a nivel familiar con este tipo de población, nace la iniciativa de llevar a cabo un diagnóstico social con las personas pertenecientes a la Pastoral Social de las parroquias San Efrén, San Pedro Claver y San Eugenio, teniendo en cuenta el interés que ellos mismos manifiestan por participar en el desarrollo de la temática del envejecimiento activo y sus determinantes.

En relación con el tiempo y los recursos financieros para desarrollar la investigación, específicamente en cuanto a materiales (de tipo papelería y tecnológicos) éstos serán cubiertos con recursos propios de los investigadores, así como los recursos monetarios necesarios para llevar a cabo la recolección y análisis de la información, sin embargo, teniendo en cuenta la situación de la pandemia del COVID-19, es importante mencionar que solo se tuvo acceso a la población de beneficiarios de manera presencial durante los contactos iniciales y posteriormente se dieron a través de vía telefónica. De otra parte, se dispone del tiempo necesario para llevar a cabo la investigación, pues se cuentan con los espacios y tiempos necesarios para la recolección de la información y así lograr llevar a cabo el diagnóstico social. Teniendo en cuenta que para dicha investigación la población total es de 100 personas se cuenta con el recurso humano para el desarrollo de la investigación, considerando que es posible corresponder con la recolección y análisis de la información.

La metodología para llevar a cabo el diagnóstico social con el grupo de personas de la Pastoral Social se retoma desde la propuesta metodológica de Roberto Hernández Sampieri, Carlos Fernández Collado y María del Pilar Baptista Lucio en el libro “Metodología de la Investigación”, que de forma detallada concibe el proceso investigativo desde el planteamiento del problema hasta el análisis de resultados. Teniendo en cuenta que la propuesta de los autores es detallada y de fácil entendimiento, se considera que dicha metodología para investigar es coherente con los tiempos e intereses tanto de la investigación como de los investigadores.

Adicionalmente, en cuanto al núcleo temático referente a envejecimiento activo, se han encontrado múltiples documentos a nivel Internacional, a nivel Latinoamericano y a nivel Nacional, los cuales han permitido realizar mayores acercamientos al tema e ir delimitando el envejecimiento activo respecto a sus determinantes, aspectos en los cuales se pretende profundizar para el desarrollo del presente proyecto investigativo.

En términos sociales, se considera que los resultados de la propuesta de investigación aportarán por un lado al contexto eclesial en el que se desarrolla, teniendo en cuenta que en indagaciones preliminares se logró evidenciar que ninguna parroquia de la Diócesis de Fontibón se han realizado procesos universitarios desde Trabajo Social, y por otro lado, se pretende que los resultados aporten mayores aprendizajes y den paso a otros proyectos de investigación o intervención que aborden las problemáticas de los grupos, permitiendo impulsar nuevos procesos en el área del Trabajo Social y el envejecimiento activo.

## **6. Marcos de referencia**

### **6.1 Marco institucional**

Para entender la labor de la Pastoral Social es necesario comprender lo que ha sido denominado como Doctrina Social de la Iglesia, que se caracteriza por ser un conjunto de normas que según el Vaticano (2004),

el cristiano sabe que puede encontrar en la doctrina social de la Iglesia los principios de reflexión, los criterios de juicio y las directrices de acción como base para promover un humanismo integral y solidario. Difundir esta doctrina constituye, por tanto, una verdadera prioridad pastoral, para que las personas, iluminadas por ella, sean capaces de interpretar la realidad de hoy y de buscar caminos apropiados para la acción: «La enseñanza y la difusión de esta doctrina social forma parte de la misión evangelizadora de la Iglesia». (párr. 25)

Por lo tanto, la acción de la iglesia católica se encuentra enmarcada en principios cristianos que procuran el bien común; el seguimiento de las normas y pautas plasmadas en la doctrina social de la iglesia permite,

afrontar adecuadamente las cuestiones sociales de nuestro tiempo, que exigen ser tomadas en consideración con una visión de conjunto, porque son cuestiones que están caracterizadas por una interconexión cada vez mayor, que se condicionan mutuamente y que conciernen cada vez más a toda la familia humana. (Vaticano, 2004, párr. 2)

En ese sentido la Pastoral Social de Colombia (2016) es,

un organismo eclesial, sin ánimo de lucro, dependiente de la Conferencia Episcopal que busca la verdad, la reconciliación, la justicia y la caridad en las relaciones y estructuras básicas de nuestra sociedad. Nuestro actuar y trabajo siempre son iluminados por el Evangelio y por la doctrina social de la Iglesia Católica. Así consolidamos una labor eficiente y justa en pro de distintas comunidades de las Jurisdicciones Eclesiásticas de todo el territorio nacional. (Párr. 1)

Así, la Pastoral Social de Colombia (2016) tiene como misión “aportar al desarrollo humano, sostenible y solidario, sirviendo a la sociedad en la formación de comunidades capaces de enfrentar y transformar su realidad social, teniendo como fundamento el Evangelio y la Doctrina Social de la Iglesia” y como visión “animar y fortalecer los procesos de evangelización de lo social, a través de las jurisdicciones eclesásticas, para incidir en la transformación de la sociedad y en el desarrollo integral de la persona humana” (Párr. 2).

Es necesario aclarar que las Pastorales Sociales de cada una de las parroquias responden a la Doctrina Social de la Iglesia y a la pretensión de la Pastoral Social de Colombia. Las parroquias San Efrén, San Eugenio y San Pedro Claver pertenecen a la Diócesis de Fontibón la cual “es una jurisdicción eclesástica de la Iglesia Católica, fundada el 06 de agosto de 2003 por su Santidad Juan Pablo II” (Diócesis de Fontibón, s.f). A continuación, se presenta el organigrama de la Diócesis de Fontibón.

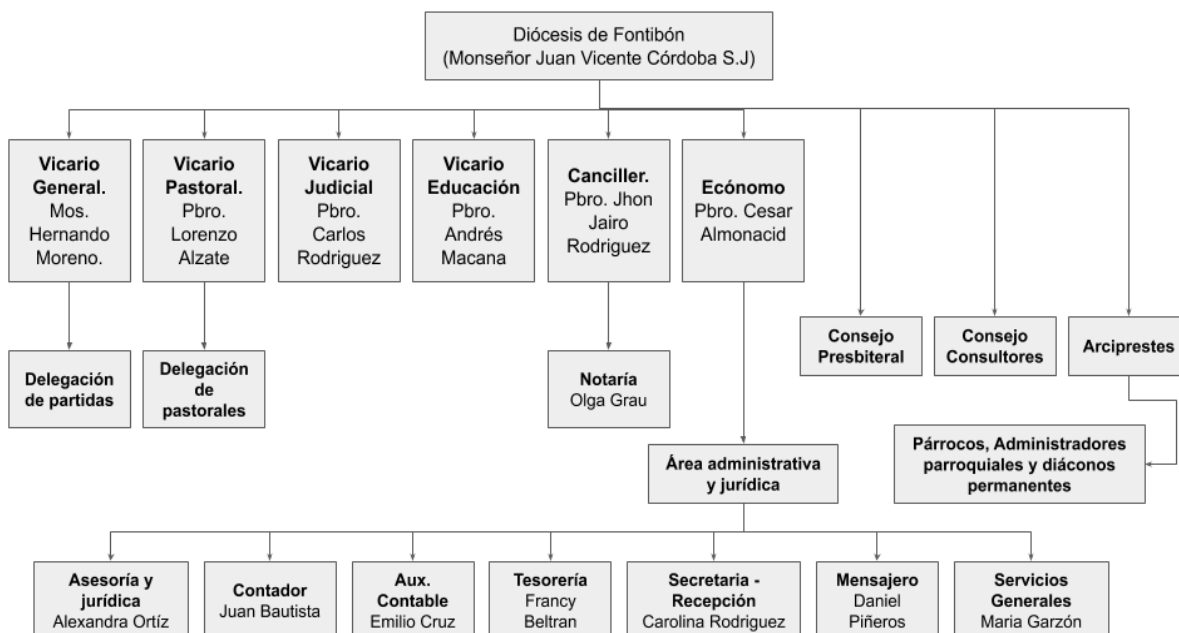
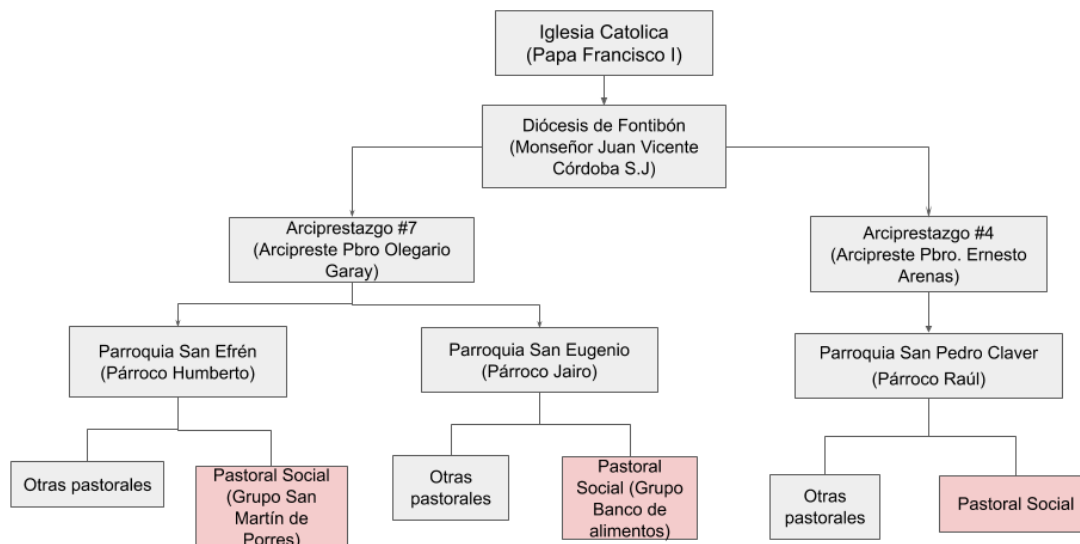


Figura 1. Estructura interna de la Diócesis de Fontibón.  
Fuente: Elaboración propia a partir de la Diócesis de Fontibón.

De acuerdo con el organigrama anterior, las parroquias se encuentran ligadas a la estructura de la Diócesis en el área de Arciprestazgos, la siguiente figura permite evidenciar la relación de las parroquias en conexión al organigrama de la Diócesis de Fontibón.



*Figura 2.* Relación de las parroquias en conexión con la Diócesis de Fontibón.  
Fuente: Elaboración propia a partir de información suministrada por los párrocos.

Como se referenció anteriormente la Diócesis se encuentra dividida territorialmente por arciprestazgos y parroquias, la parroquia San Efrén y la Parroquia San Eugenio pertenecen al Arciprestazgo #7 y la Parroquia San Pedro Claver pertenece al Arciprestazgo #4. Así, el proyecto de investigación se encuentra enmarcado en la Pastoral Social de cada una de las parroquias, de forma tal que también responde a las pretensiones de la Pastoral Social Colombiana y a la Doctrina Social de la Iglesia.

## 6.2 Marco Legal

Para la investigación es importante reconocer la normatividad legal vigente en relación al envejecimiento, pues posibilita establecer límites de accionar investigativo enmarcado en las normas. Asimismo, permite identificar leyes, acuerdos y/o políticas sobre los cuales se fundamenta la investigación.

Por lo anterior, a continuación, se presenta la normatividad a nivel internacional, nacional y distrital en relación con el envejecimiento y que se considera relevante para el presente proyecto.

Tabla 1

*Normatividad legal vigente desde el ámbito internacional, nacional y distrital.*

Normatividad	Descripción
<b>Ámbito internacional</b>	
<p>Declaración Política y Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento, 2002.</p> <p>ONU. 2003</p>	<p>La unión de los dos documentos, publicado por la ONU, es el resultado de la evolución del concepto y la importancia significativa que ha tenido el envejecimiento, la visión del mundo y de los países frente a éste. Es así, como en la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, realizada en Madrid, en el año 2002, son aprobados ambos documentos, ya que “marcan un punto de inflexión en la percepción mundial del desafío decisivo que supone la construcción de una sociedad para todas las edades” (ONU, 2003, p. IV).</p> <p>Ese desafío se encuentra mediado por la evolución y creciente importancia en todo lo que se refiere al envejecimiento, pues era catalogado hace algunos años como un problema y actualmente va tomando mayor importancia en la sociedad, en parte por el acelerado cambio poblacional, es así como ONU (2003) manifiesta que, “el envejecimiento se podía considerar entonces un problema aislado o una ocurrencia nueva, pero en la actualidad somos conscientes de que una transformación demográfica de tamaño magnitud tiene profundas repercusiones en todos los aspectos de la vida de las personas y las comunidades, así como en los planos nacional e internacional”. (p. IV)</p> <p>Teniendo en cuenta lo anterior, el Plan de Acción “se centra en tres ámbitos prioritarios: las personas de edad y el desarrollo, el fomento de la salud y el bienestar en la vejez y la creación de un entorno propicio y favorable” (ONU, 2003: IV). Es así como su objetivo principal “consiste en garantizar que en todas partes la población pueda envejecer con seguridad y dignidad y que las personas de edad puedan continuar participando en sus respectivas sociedades como ciudadanos con plenos derechos”, teniendo como objeto “ofrecer un instrumento práctico para ayudar a los encargados de la formulación de políticas a considerar las prioridades básicas asociadas con el envejecimiento de los individuos y de las poblaciones” (ONU, 2003, p. 11)</p> <p>Así mismo, la Declaración Política presenta 19 artículos orientados a fomentar y reconocer el adecuado desarrollo que se deben tener en todas las sociedades frente al proceso de envejecimiento y el reto que representa implementar estrategias y acciones óptimas que den respuesta a las múltiples necesidades que se presentan en la población.</p> <p>Por lo anterior es de vital importancia tener en cuenta, velar por la protección de los derechos humanos de las personas mayores los cuales les pueden garantizar un goce efectivo de las múltiples condiciones con las que logren tener una óptima calidad de vida, como el de acceder a un servicio de salud adecuado, la posibilidad de seguir trabajando de acuerdo con sus capacidades, participar en los diferentes escenarios que deseen, entre muchos otros y a cada uno de esos derechos deben poder acceder todas las personas durante su curso vital sin distinción alguna, pues es como se desarrolla un adecuado proceso de envejecimiento.</p>
<p>IV Conferencia Regional Intergubernamental sobre</p>	<p>Tuvo lugar en Asunción, Paraguay y entre los participantes estuvieron 18 Estados miembros de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe, entre ellos Colombia. En dicha conferencia se retoman aspectos relevantes en cuanto envejecimiento, en especial frente a la necesidad de reforzar el respeto y</p>

<p>Envejecimiento y Derechos de las Personas Mayores en América Latina y el Caribe 2017</p>	<p>la protección de los derechos humanos de las personas mayores.</p> <p>En relación al envejecimiento, se establecen proyecciones en referencia a los cambios demográficos que enfrenta la región por lo cual es necesario tomar acciones conjuntas entre las diferentes organizaciones del Estado que permitan “atender a las necesidades de todos los grupos etarios teniendo como principio la solidaridad intergeneracional. Asimismo, no es posible tener un efectivo accionar en las políticas públicas sin la voluntad de los Gobiernos”. (Viceministra de Salud Pública del Paraguay, 2017, p. 5). “Según las proyecciones, en 2052 la población de 60 años y más predominará en la región respecto de los grupos 0 a 19 años (jóvenes), 20 a 39 años (adultos jóvenes) y 40 a 59 años (adultos), lo que daría inicio a un período de sociedad envejecida, que sobrevendrá en diferentes momentos en cada país según las trayectorias heterogéneas de la transición demográfica” (CEPAL, 2017, p. 6)</p>
<p>Proclamación sobre el Envejecimiento. 1992</p>	<p>La transición demográfica impone retos para los Estados y la sociedad civil en general, pues resulta relevante enfrentar de manera propositiva, satisfactoria y equitativa para todos los grupos etarios estos cambios en las pirámides poblacionales, reconociendo a todas las personas como sujetos de derechos.</p> <p>El documento es aprobado por la Asamblea General de la ONU como motivo de la conferencia internacional sobre el envejecimiento en octubre de 1992 el cual estipula al inicio el reconocimiento que hace la Asamblea General por el envejecimiento poblacional, el cual constituye un desafío urgente para las sociedades, en materia de políticas y programas para los gobiernos, las organizaciones no gubernamentales y los grupos privados que tienen que velar porque se atiendan adecuadamente las necesidades de las personas de edad y porque se aproveche adecuadamente su potencial de recursos humanos. (ONU, 1992, p. 13)</p> <p>Así mismo reconoce que el envejecimiento es “un proceso que dura toda la vida y que la preparación para la vejez ha de iniciarse en la niñez y continuar durante toda la vida” (ONU, 1992, p. 13), por tanto insta a la comunidad internacional a promover, difundir y aplicar cada una de las estrategias y propuestas que resultan de los diferentes encuentros entorno al envejecimiento poblacional como lo es el Plan de Acción Internacional sobre envejecimiento, los Principios de las Naciones Unidas a favor de las personas de edad, entre otros, orientados a que preste especial atención al envejecimiento en las actividades futuras, las actividades en los sectores de los derechos humanos, la familia, la población, el adelanto de la mujer, la prevención del delito, los jóvenes y la propuesta reunión mundial en la cumbre sobre el desarrollo social. (ONU, 1992, p. 13)</p>
<p>Principios de las Naciones Unidas en favor de las Personas de Edad. 1991</p>	<p>Los Principios fueron expuestos por la Asamblea General de las Naciones Unidas en el año 1991, como una invitación "a los gobiernos a que incorporasen estos principios en sus programas nacionales cuando fuera posible" (ONU, 1991, párr. 1) Tales principios los constituyen 5 apartados: independencia, participación, cuidados, autorrealización y dignidad. De cada uno de ellos se exponen las premisas que según ONU (1991), los sustentan:</p> <p>Independencia: Las personas de edad deberán:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Tener acceso a alimentación, agua, vivienda, vestimenta y atención de salud adecuados, mediante ingresos, apoyo de sus familias y de la comunidad y su propia autosuficiencia;</li> <li>-tener la oportunidad de trabajar o de tener acceso a otras posibilidades de obtener ingresos;</li> </ul>



- 
- poder participar en la determinación de cuándo y en qué medida dejarán de desempeñar actividades laborales;
  - tener acceso a programas educativos y de formación adecuados;
  - tener la posibilidad de vivir en entornos seguros y adaptables a sus preferencias personales y a sus capacidades en continuo cambio;
  - poder residir en su propio domicilio por tanto tiempo como sea posible.

Participación: Las personas de edad deberán:

- Permanecer integradas en la sociedad, participar activamente en la formulación y la aplicación de las políticas que afecten directamente a su bienestar y poder compartir sus conocimientos y habilidades con las generaciones más jóvenes;
- poder buscar y aprovechar oportunidades de prestar servicio a la comunidad y de trabajar como voluntarios en puestos apropiados a sus intereses y capacidades;
- poder formar movimientos o asociaciones de personas de edad avanzada.

Cuidados: Las personas de edad deberán:

- Poder disfrutar de los cuidados y la protección de la familia y la comunidad de conformidad con el sistema de valores culturales de cada sociedad;
- tener acceso a servicios de atención de salud que les ayuden a mantener o recuperar un nivel óptimo de bienestar físico, mental y emocional, así como a prevenir o retrasar la aparición de la enfermedad;
- tener acceso a servicios sociales y jurídicos que les aseguren mayores niveles de autonomía, protección y cuidado;
- tener acceso a medios apropiados de atención institucional que les proporcionen protección, rehabilitación y estímulo social y mental en un entorno humano y seguro;
- poder disfrutar de sus derechos humanos y libertades fundamentales cuando residan en hogares o instituciones donde se les brinden cuidados o tratamiento, con pleno respeto de su dignidad, creencias, necesidades e intimidad, así como de su derecho a adoptar decisiones sobre su cuidado y sobre la calidad de su vida.

Autorrealización: Las personas de edad deberán:

- Poder aprovechar las oportunidades para desarrollar plenamente su potencial;
- tener acceso a los recursos educativos, culturales, espirituales y recreativos de la sociedad.

Dignidad: Las personas de edad deberán:

- Poder vivir con dignidad y seguridad y verse libres de explotaciones y de malos tratos físicos o mentales;
  - recibir un trato digno, independientemente de la edad, sexo, raza o procedencia étnica, discapacidad u otras condiciones, y han de ser valoradas independientemente de su contribución económica.
-

### Ámbito nacional

El documento actualiza la Política Nacional de Envejecimiento y Vejez, formulada a finales del año 2007 en cumplimiento de lo ordenado por la Ley 1151 de 2007.

La Política, está dirigida a todas las personas residentes en Colombia, en especial a las personas de 60 años o más, por lo cual, “reconoce e incorpora de manera integral el marco de derechos, crea condiciones para promover y garantizar condiciones de protección social integral, de integración social y facilita la participación de las personas adultas mayores como ciudadanos en la construcción de un proyecto colectivo de orden económico, político y social justo en Colombia”. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015, p. 15)

“La Política Colombiana de Envejecimiento Humano y Vejez avanza en las dimensiones conceptual, ética, normativa y política, y especialmente, en la estructuración de un plan de acción que delimita responsables y competencias en la Nación, los departamentos, distritos y municipios así como en la mejor sincronización de los tiempos de cumplimiento de metas de corto, mediano y largo plazo para la intervención de la situación de las personas adultas mayores, el envejecimiento humano y la vejez colombiana”. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015, p. 11)

Política Colombiana  
de Envejecimiento  
Humano y vejez  
2015-2024

Es así, como la Política Nacional de Envejecimiento y Vejez 2015- 2024 es una guía y referente para la protección, garantía, restablecimiento y materialización de la protección de los derechos de las personas a medida que envejecen reconociendo la igualdad entre hombres y mujeres, pero además con un enfoque especial en la protección de los derechos de las personas mayores.

Esta Política Nacional establece cuatro (4) ejes de acción estratégicos:

Eje 1: Promoción y Garantía de los Derechos Humanos de las Personas Adultas Mayores

Eje 2: Protección Social Integral

Eje 3: Envejecimiento Activo, Satisfactorio y Saludable

Eje 4: Formación del Talento Humano e Investigación; los cuales buscan propiciar, fomentar el talento humano, crear condiciones y oportunidades para el envejecimiento humano y que las personas mayores de “hoy y del futuro y alcancen una vejez autónoma, digna e integrada, dentro del marco de la promoción, realización y restitución de los derechos humanos” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015, p.26)

### Ámbito distrital

Política Pública  
Social para el  
Envejecimiento y la  
Vejez en el Distrito  
Capital 2010 - 2025.

El recorrido normativo realizado hasta este momento desde los niveles Internacional y Nacional da la pauta jurídica a partir de la cual se fundamenta la implementación de la Política Pública Social para el Envejecimiento y la Vejez en el Distrito Capital 2010 - 2025 (PPSEV) con la cual se pretende desde su objetivo principal: “Garantizar la promoción, protección, restablecimiento y ejercicio pleno de los derechos humanos de las personas mayores sin distingo alguno, que permita el desarrollo humano, social, económico, político, cultural y recreativo, promoviendo el envejecimiento activo para que las personas mayores de hoy y del futuro en el Distrito Capital vivan una vejez con dignidad, a partir de la responsabilidad que le compete al Estado en su conjunto y de acuerdo con los lineamientos nacionales e

---

internacionales”.(Alcaldía Mayor de Bogotá, 2010, p. 69).

A partir de lo anterior, esta Política se fundamenta bajo el principio de la Dignidad Humana, al reconocerla como un cimiento de los derechos humanos, por tanto, se considera como un “valor fundado a partir del cual se definen y estructuran los principios, marcos, dimensiones, ejes y líneas que componen la Política pública social para el envejecimiento y la vejez en el Distrito Capital” (Alcaldía Mayor de Bogotá, 2010, p. 70).

Se destaca así mismo, el hecho de que en la Política Pública Social para el Envejecimiento y la Vejez, “abordar a las personas en su proceso de envejecimiento y en la vejez significa proponer una perspectiva de desarrollo humano, entendiéndose como un proceso de relaciones integrales que cubre todos los aspectos que conciernen al mejoramiento de la calidad de vida, dirigido a la satisfacción de las necesidades de las personas en sus diferentes momentos del ciclo vital y de la sociedad en general. (Alcaldía Mayor de Bogotá, 2010, p. 11).

Teniendo como base el valor de la dignidad humana, y los principios de Igualdad, Diversidad y Equidad, la Política Pública Social para el Envejecimiento y la Vejez en el Distrito Capital, se encuentra estructurada por cuatro dimensiones y cada una de ellas enmarcadas en unos ejes desarrollados a partir de ciertas líneas:

**1. Dimensión: Vivir como se quiere en la vejez.**

Ejes: Decidiendo y viviendo a mi manera; Construyendo el bien común.

Líneas: Libre desarrollo de la personalidad; Libertad de conciencia, religiosa y de culto; Información, comunicación y conocimiento; Participación.

**2. Dimensión: Vivir bien en la vejez.**

Ejes: Techo, comida y sustento; Seres saludables y activos; Entorno sano y favorables.

Líneas: Seguridad económica; Trabajo; Vivienda; Alimentación y nutrición; Salud; Educación; Cultura; Recreación y deporte; Ambiente sano; Movilidad.

**3. Dimensión: Vivir sin humillaciones en la vejez.**

Ejes: Respetándonos y queriéndonos; Cuidándome y cuidándonos.

Líneas: Seguridad e integridad; Acceso a la justicia; Protección y cuidado.

**4. Dimensión: Envejecer juntos y juntas.**

Ejes: Escuchando nuestros saberes; Aprendiendo a envejecer; Cambiando para mejorar.

Líneas: Responsabilidad intergeneracional; Vínculos y relaciones familiares; Plan de vida; Gestión a la investigación; Imágenes del envejecimiento; Formación a cuidadores y cuidadoras.

---

Fuente: Elaboración propia con base en Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. (2010); CEPAL (2017); Ministerio de Salud y Protección Social (2015); Organización de las Naciones Unidas (1991), (1992) y (2003).

La tabla anterior permite establecer un panorama general sobre las diferentes asambleas, convenciones y políticas existentes en referencia al envejecimiento. A nivel internacional la Declaración Política y Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento publicado por la ONU, la IV Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento y Derechos de las Personas Mayores en América Latina y el Caribe, la Proclamación sobre el Envejecimiento y los Principios de las Naciones Unidas en favor de las Personas de Edad, son el resultado de la importancia que ha tomado la transición demográfica en los últimos años, reflejando los retos que implica para los países promover un envejecimiento activo en todas las etapas del curso vital, además de permitir a las personas que se encuentran en la vejez seguir contando con salud, protección, seguridad y sobre todo poder seguir participando proactivamente en la sociedad.

Así mismo, la Política Colombiana de Envejecimiento Humano y Vejez 2015-2024 y la Política Pública Social para el Envejecimiento y la Vejez en el Distrito Capital 2010 - 2025 permiten avanzar hacia la construcción de un marco conceptual y normativo para el abordaje del envejecimiento estableciendo diferentes estrategias que permiten mejorar la calidad de vida de las personas a medida que envejecen, teniendo en cuenta el carácter subjetivo de las relaciones de los individuos y lo que implica envejecer en la sociedad Colombiana. Por tanto, a continuación, se tendrán en cuenta los ejes y/o dimensiones de ambas políticas con el fin de ubicar en qué líneas se orienta la investigación.

Tabla 2

*Ejes y estrategias de la Política Nacional de Envejecimiento y Vejez 2015- 2024 en las que se enmarca el proyecto de investigación.*

<b>Política Colombiana de Envejecimiento Humano y Vejez 2015 - 2024</b>	
<b>Objetivos Generales</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Propiciar que las personas adultas mayores de hoy y del futuro alcancen una vejez autónoma, digna e integrada, dentro del marco de la promoción, realización y restitución de los derechos humanos con base en la incidencia activa, a nivel intersectorial y territorial, público y privado, sobre las condiciones de desarrollo social, político, económico y cultural de los individuos, las familias y la sociedad.</li> <li>2. Crear condiciones para el envejecimiento humano, entendido como el derecho de las y los colombianos, en condiciones de igualdad, a una vida autónoma, digna, larga y saludable, consistente con el principio de corresponsabilidad individual, familiar y social.</li> </ol>
<b>Objetivos Específicos</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Promover, desarrollar y garantizar los derechos humanos, económicos, sociales, culturales y ambientales de las personas adultas mayores y contribuir en la construcción de condiciones que garanticen la superación de desigualdades económicas y sociales en la vejez, en términos de seguridad de</li> </ol>

---

ingresos, servicios de salud adecuados, servicios sociales, educación a lo largo de la vida e igualdad de género, entre otros.

2. Fomentar, desarrollar y garantizar condiciones de protección social integral para los colectivos y personas adultas mayores, con enfoques diferencial y de género.

3. Promover un envejecimiento activo, satisfactorio y saludable orientado a la autonomía, integración, seguridad y participación efectiva de las y los colombianos, a lo largo de sus trayectorias vitales, que facilite la construcción de vidas dignas, humanizadas y con sentido.

4. Fomentar la formación de talento humano para la atención integral de las personas adultas mayores, el envejecimiento humano y la vejez, en todos sus niveles, así como facilitar el desarrollo de la investigación sobre envejecimiento humano y vejez con pertinencia social, territorial y cultural.

---

**Definición del eje:** Este eje estratégico de la Política Colombiana de Envejecimiento Humano y Vejez, se fundamenta en una visión de futuro, con el que se pretenden crear las condiciones para una vida autónoma, digna, larga, y saludable en condiciones de seguridad social integral para toda la población. Es un eje con visión de largo plazo, que debe permitir al país actuar en forma oportuna ante el crecimiento del índice de envejecimiento poblacional; pretende este eje que el aumento de las personas de 60 años o más, no se considere como una crisis social y económica. Es un proceso evidente, que trae consigo múltiples retos a la sociedad colombiana para garantizar mejores condiciones de vida a las personas adultas mayores.

**Eje  
Envejecimiento  
Activo,  
satisfactorio y  
saludable**

**Línea  
Estratégica**

**Promoción,  
incorporación y  
práctica de estilos de  
vida saludable:**  
Dirigida al conjunto de las y los colombianos, pretende desarrollar hábitos y estilos de vida saludable, a partir de la primera infancia, que perduren durante la juventud y la adultez, a fin de disminuir los riesgos de enfermar y morir prematuramente; y crear condiciones para un envejecimiento activo, satisfactorio y saludable.

**Metas**

- Programas de fomento a la actividad física en todas las etapas del curso de vida, implementados en los municipios del país, con ampliación de cobertura de programas de actividad física para personas adultas mayores, al año 2024.
- Programas de autocuidado y reducción de factores de riesgo dirigidos al fomento de estilos de vida saludable en los diferentes momentos del curso de vida, al año 2024.
- Estrategia intersectorial de promoción de entornos saludables, adecuados y seguros durante el curso de vida humano, 2024.

---

**Eje Formación  
de Recurso  
Humano e**

**Definición del eje:** Es indispensable para Colombia la producción y uso de conocimiento válido, pertinente y sólido sobre envejecimiento humano y vejez

<b>Investigación</b>	para mejorar la capacidad de aprender, generar nuevo conocimiento sobre el tema, producir, sistematizar, divulgar y desarrollar capacidades en las personas, colectivos e instituciones para generar un talento humano suficiente y con capacidad de gestionar individual, y colectivamente, el proceso de envejecimiento humano y vejez.	
<b>Línea Estratégica</b>	<b>Desarrollo de investigación sobre envejecimiento humano y vejez</b> Esta línea de acción está dirigida a promover e impulsar la investigación tanto nacional como territorial sobre envejecimiento humano y vejez en Colombia, con pertinencia cultural, regional y territorial.	<b>Metas</b>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>● Agenda estratégica de investigación sobre envejecimiento humano y vejez para Colombia, e impulso a la investigación con pertinencia social sobre envejecimiento humano y vejez urbano-rural, tanto a nivel nacional, regional y territorial, al año 2019.</li> </ul>

Fuente: Elaboración propia con base en el Ministerio de Salud y Protección Social (2015).

Teniendo en cuenta la tabla 2 la cual hace referencia a la *Política Colombiana de Envejecimiento Humano y Vejez 2015 - 2024*, se considera que el presente proyecto se enmarca en dos sentidos a dicha política, un aporte investigativo y un aporte de acción.

En lo que corresponde al componente investigativo se considera que el presente proyecto responde al eje de Formación de recurso humano e investigación en la línea estratégica de *Desarrollo de investigación sobre envejecimiento humano y vejez*, teniendo en cuenta que uno de los propósitos de esta línea es generar procesos investigativos en relación al envejecimiento humano y la vejez en todo el territorio nacional.

En cuanto al componente de acción se considera que desde la cartilla producto resultante del diagnóstico, esta se encuentra enmarcada en el eje de envejecimiento activo en la línea estratégica de *Promoción, incorporación y práctica de estilos de vida saludables*, teniendo en cuenta que uno de los propósitos generales de dicha línea es que desde un enfoque del curso vital se logre que las personas incorporen estilos y hábitos de vida saludable.

Tabla 3

*Dimensiones, ejes y estrategias de la Política Pública Social para el Envejecimiento y la Vejez en el Distrito Capital 2010 - 2025 en las que se enmarca el proyecto de investigación.*

<b>Política Pública Social para el Envejecimiento y la Vejez en el Distrito Capital 2010 - 2025</b>			
<b>Objetivos Generales</b>	Garantizar la promoción, protección, restablecimiento y ejercicio pleno de los derechos humanos de las personas mayores sin distinción alguna, que permita el desarrollo humano, social, económico, político, cultural y recreativo, promoviendo el envejecimiento activo para que las personas mayores de hoy y del futuro en el Distrito Capital vivan una vejez con dignidad, a partir de la responsabilidad que le compete al Estado en su conjunto y de acuerdo con los lineamientos nacionales e internacionales.		
<b>Objetivos Específicos</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Crear progresivamente entornos ambientales, económicos, políticos, sociales, culturales y recreativos favorables que garanticen a las personas mayores el acceso, calidad, permanencia y disfrute de bienes y servicios que brinden la seguridad económica requerida en la vejez, reduciendo los factores generadores de las desigualdades que ocasionan vulnerabilidad y fragilidad.</li> <li>2. Movilizar, coordinar y articular las redes de protección y las acciones normativas e intersectoriales que generen tejido social en torno a la seguridad e integridad física, psicológica y moral de las personas mayores.</li> <li>3. Transformar las representaciones e imaginarios sociales adversos y acciones discriminatorias al envejecimiento y la vejez, mejorando las relaciones intergeneracionales y promoviendo la cultura del envejecimiento activo.</li> </ol>		
<b>D i m e n s i o n e s</b>	<b>Vivir como se quiere en la Vejez:</b> Reconoce y potencia la autonomía y la libertad individual en la construcción de proyectos de vida de las personas mayores; implica la capacidad de elegir y tomar decisiones frente a las situaciones que se presentan cotidianamente, marca el curso de las estrategias y acciones dirigidas a la garantía de la autonomía y la participación de las personas mayores.	<b>Construyendo el bien común:</b> Este eje articula las líneas/derechos que van dirigidas a fortalecer la participación informada, con incidencia y decisión de las personas mayores en los diferentes escenarios, fomentando la asociación y organización de las personas mayores.	<b>E s t r a t e g i a s</b>
	<b>Vivir bien la vejez:</b> Es la dimensión patrimonial de la dignidad humana, hace referencia a las condiciones materiales de existencia de las personas mayores; permite gozar de un real y efectivo acceso,	<b>Seres saludables y activos:</b> Este eje aborda la garantía al derecho a gozar de un cuerpo y mente saludable y dinámico, más allá de ver la salud como atención	
		<b>E s t r a t e g i a s</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promoción de programas dirigidos a fomentar la salud mental para todas las personas en proceso de envejecimiento.</li> <li>• Fomento de programas de alfabetización y educación continua a las personas mayores, potenciando y mejorando el desarrollo de capacidades a partir</li> </ul>

	<p>calidad, permanencia y disfrute de bienes y servicios que permita vivir bien y en sociedad teniendo en cuenta las condiciones y diversidades presentes en la vejez.</p>	<p>e a la enfermedad y en relación con otros ámbitos del ser humano.</p>	<p>s del reconocimiento de las diferencias en saberes, prácticas, identidades y subjetividades de las personas mayores, fundamentado en el ejercicio de las autonomías y las libertades.</p>
<p><b>D</b> <b>i</b> <b>m</b> <b>e</b> <b>n</b> <b>s</b> <b>i</b> <b>o</b> <b>n</b> <b>e</b> <b>s</b></p>	<p><b>Envejecer juntos y juntas:</b> Reconoce y visibiliza el envejecimiento como un proceso natural, diverso y continuo, relacionando y poniendo a dialogar la vejez con los demás momentos del ciclo vital con el fin de transformar los imaginarios y prácticas adversas y discriminatorias, implantando la cultura del envejecimiento activo que fortalezca valores, saberes y prácticas de las personas mayores de hoy y del futuro.</p>	<p><b>Escuchando nuestros saberes:</b> Este eje se centra en la necesidad de mejorar la comunicación e interacción entre los diferentes momentos del ciclo vital con el fin de comprender y visibilizar las capacidades de las personas mayores y de cada momento del ciclo.</p> <p><b>Envejecer:</b> Este eje resalta la importancia de proyectar la vejez como parte del envejecimiento activo y como un momento del ciclo donde se quiere llegar; para esto se enfatiza en un proceso social y cultural de auto reconocimiento de la vejez, también reclama los aportes de las investigaciones para conocer y profundizar en los temas del envejecimiento y la vejez.</p>	<p><b>E</b> <b>s</b> <b>t</b> <b>r</b> <b>a</b> <b>t</b> <b>e</b> <b>g</b> <b>i</b> <b>a</b> <b>s</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Reconocimiento de las diferentes estructuras y dinámicas familiares, que permitan visibilizar otros roles, relaciones y vínculos no hegemónicos en el proceso de envejecimiento.</li> <li>● Promoción de hábitos de vida saludables y factores protectores desde la infancia que inciden de manera positiva en la vivencia de la vejez, a través de la familia, la escuela, el Estado y los medios de comunicación.</li> <li>● Sensibilización en todas las edades y para todas las personas, acerca de la importancia y el valor de los planes de vida, teniendo en cuenta los principios de los derechos humanos y del envejecimiento activo.</li> </ul>

Fuente: Elaboración propia con base en la Alcaldía Mayor de Bogotá (2010).

La tabla 3, hace referencia a la Política Pública Social para el Envejecimiento y la Vejez en el Distrito Capital 2010 - 2025, de la cual se considera que el presente proyecto se enmarca, en las dimensiones: Vivir como se quiere en la vejez; Vivir bien en la vejez y Envejecer juntos y juntas, en las cuales se encuentran diferentes estrategias enfocadas a la



salud mental, familia, hábitos de vida saludable, redes de apoyo y participación y teniendo en cuenta que de esta política emanan directrices y posibilidades de abordar el envejecimiento humano y la vejez es posible anclar el presente proyecto a las estrategias referenciadas anteriormente.

*Tabla 4*

*Envejecimiento y vejez en el Plan de Desarrollo Distrital 2020-2024: “Un nuevo contrato social y ambiental para el siglo XXI”*

### Plan de Desarrollo Distrital 2020-2024

El Plan de Desarrollo Distrital se organiza en torno a 5 propósitos que se cumplen a través de 30 logros de ciudad mediante la articulación de acciones en torno a programas. Para la presente investigación se retoma únicamente el primer propósito, sus estrategias y sus logros de ciudad.

<p><b>Propósito 1.</b> <i>Hacer un nuevo contrato social con igualdad de oportunidades para la inclusión social, productiva y política.</i></p>	<p>Brindar las condiciones que garanticen el ejercicio pleno de los derechos y de deberes en aras de ejercer la agencia humana y disminuir los efectos negativos de la segregación socioeconómica, cultural y espacial en Bogotá-Región y que generen <b>nuevas y mejores oportunidades para mujeres y hombres de los diferentes sectores sociales y poblaciones vulneradas</b> en los ámbitos relacionados con educación, desarrollo humano y empleo, inclusión laboral y mercado, capital social y participación cívica y desarrollo y movilidad social, fortaleciendo la capacidad humana para la toma de decisiones en las diferentes transiciones de la vida y guiando el actuar de las personas.</p>
---	--

#### *Estrategias del Propósito 1*

Este propósito incluye la implementación del sistema distrital de cuidado y la estrategia de transversalización y territorialización de los enfoques de género, diferencial y de cultura ciudadana para garantizar la igualdad de género, los derechos de las mujeres y el desarrollo de capacidades de la ciudadanía en el nivel distrital y local. Alcanzar este propósito implica ejecutar las estrategias referidas a **generar condiciones de posibilidad**, en los ámbitos de las relaciones con la educación y el desarrollo humano, el empleo, la inclusión laboral y el mercado, los subsidios y contribuciones, la reducción de la pobreza y de la feminización de la misma, la salud, el hábitat y la vivienda, el capital social y cultural y la participación cívica y desarrollo y movilidad social, **para personas de los diferentes sectores sociales y poblaciones vulneradas, que induzcan el fortalecimiento de la capacidad humana para la toma de decisiones en las diferentes transiciones de la vida** y actuar con la intención de producir un cambio en los patrones negativos de la segregación socioeconómica y espacial en la ciudad y la región.

<p><b>Logros de ciudad para este propósito</b></p>	<p><b>1-</b> Rediseñar el esquema de subsidios y contribuciones de Bogotá para garantizar un ingreso mínimo por hogar, que reduzca el peso de los factores que afectan la equidad del ingreso de los hogares.</p> <p><b>2-</b> Reducir la pobreza monetaria, multidimensional y la feminización de la pobreza.</p> <p><b>3-</b> Implementar el <b>sistema distrital de cuidado</b> y la estrategia de transversalización y territorialización de los enfoques de género y diferencial para garantizar la igualdad de género, los derechos de las mujeres y el desarrollo de capacidades de la ciudadanía en el nivel distrital y local.</p> <p><b>4-</b> Completar la implementación de un modelo de salud con <b>enfoque poblacional diferencial</b>, de género, participativo, resolutivo y territorial que aporte a la modificación de los <b>determinantes sociales de la salud</b>.</p>
--	--

5- Cerrar las brechas de cobertura, calidad y **competencias a lo largo del ciclo de la formación integral**, desde la primera infancia hasta la educación superior y **continua para la vida**.

6- Disminuir el porcentaje de jóvenes que ni estudian ni trabajan con énfasis en jóvenes de bajos ingresos y vulnerables.

7- Aumentar la inclusión productiva y el acceso a las economías de aglomeración con emprendimiento y empleabilidad con enfoque poblacional-diferencial, territorial y de género.

8- Aumentar el acceso a vivienda digna, espacio público y **equipamientos de la población vulnerable** en suelo urbano y rural.

9- **Promover la participación, la transformación cultural, deportiva, recreativa, patrimonial y artística que propicien espacios de encuentro, tejido social y reconocimiento del otro.**

10- Apropiar el territorio rural desde su diversidad étnica y cultural como parte de Bogotá-Región.

**Programas  
estratégicos para  
los logros de  
ciudad**

1. Oportunidad de educación, salud y cultura para mujeres, jóvenes, niños, niñas y adolescentes
2. Mejores ingresos de los hogares y combatir la feminización de la pobreza
3. Sistema Distrital de cuidado y hábitat digno

*En el Plan de Desarrollo Distrital, los logros de ciudad mencionados se materializan en programas generales con metas definidas. Para el presente análisis se retoman únicamente los programas orientados en beneficio de los adultos y personas mayores, como se describen a continuación.*

Logro de ciudad N°2	<b>Programa:</b> Movilidad social integral	- Formular y acompañar la implementación de acciones para la <b>población adulta entre 45 y 60 años</b> para <b>promover, defender y garantizar progresivamente los derechos de las adultas y los adultos</b> urbanos y rurales que habitan en Bogotá D.C, a través de la movilización social y la transformación de los conflictos, que impacten las condiciones socioeconómicas, políticas, culturales y ambientales de la población adulta.
	<b>Programa:</b> Personas mayores con mejores ingresos	- Incrementar en un 57% la participación de personas mayores en procesos que fortalezcan su autonomía, el desarrollo de sus capacidades, el reentrenamiento laboral para la generación de ingresos y la integración a la vida de la ciudad a través de la ampliación, cualificación e innovación en los servicios sociales con enfoque diferencial.
Logro de ciudad N°3	<b>Programa:</b> Sistema Distrital de Cuidado	- Incrementar progresivamente en un 60% el valor del apoyo económico <b>contribuyendo a mejorar la calidad de vida de las personas mayores</b> e incrementar su autonomía en el entorno familiar y social. - Dinamizar la creación de 40 <b>redes de cuidado comunitario entre las personas mayores y actores del territorio</b> que promuevan la asociación, el acompañamiento, la vinculación a procesos de arte, cultura, recreación, deporte y hábitos de vida saludable y la disminución de la exclusión por razones de edad a través de estrategias móviles en la ciudad.
		- Definir, implementar y liderar una política pública

---

distrital de atención al pensionado, que integre la oferta institucional dirigida a esta población.

---

Fuente: Elaboración propia con base en la Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. (2020).

La tabla 4 corresponde a la identificación de los principales propósitos trazados en el Plan de Desarrollo Distrital 2020- 2024 en torno a la vejez y el envejecimiento, por tanto, se retoman desde el propósito 1, los logros de ciudad y los programas orientados a beneficiar a la población adulta y adulta mayor de la ciudad de Bogotá. Para efectos del presente proyecto de investigación, tanto los resultados del diagnóstico social como la cartilla producto, se enmarcan principalmente en el primer propósito del Plan, específicamente a los logros de ciudad 2 y 3 mencionados en la tabla 4.

Desde el logro de ciudad No 2 teniendo en cuenta que se pretende contribuir en el mejoramiento de la calidad de vida de las personas mayores, fortaleciendo en ellos su autonomía, el desarrollo de sus capacidades, entre otros que les permita sentirse seguros en el entorno que se encuentren y fomentando así mismo su capacidad de participación en múltiples escenarios.

Igualmente, el proyecto se enmarca desde el logro de ciudad No 3, teniendo en cuenta que el propósito de este logro es crear diferentes redes de cuidado comunitario entre las personas mayores y los demás actores del territorio, que mitiguen la discriminación por razones de edad y promuevan una mayor vinculación entre los diferentes grupos de edad, generando más acompañamiento, nuevos aprendizajes y hábitos de vida más saludable entre otros; lo anterior teniendo en cuenta que durante el proceso del envejecimiento y particularmente en la etapa de la vejez se debe contar con diferentes redes de apoyo, y entre ellas son muy importantes las institucionales, debido a que las personas mayores constituyen una de las poblaciones con mayor vulnerabilidad.

Por tanto, es de vital importancia fortalecer en esta población diferentes aspectos que les permitan seguir siendo seres activos y participativos de la sociedad así no puedan seguir contribuyendo económicamente en sus hogares, pero sí desde otros escenarios y en este caso desde la labor de la Pastoral Social de las parroquias San Efrén, San Pedro Claver y San Eugenio, se pueden promover acciones orientadas a la población adulta y mayor, desde sus condiciones de vida y así lograr mitigar los efectos negativos de los imaginarios sociales que discriminan a la población mayor en Bogotá.

### 6.3 Marco geográfico

Es importante iniciar este apartado mencionando que para la investigación se hace necesario conocer el área geográfica a la cual pertenecen los beneficiarios de la Pastoral Social, pues permite reconocer las condiciones del territorio en el cual se encuentra inmersa esta población. Por lo anterior, esta contextualización geográfica se inicia desde la localidad, pasando por las Unidades de Planeamiento Zonal (UPZ) que la conforman, para luego finalizar en los barrios en los cuales se encuentran cada una de las parroquias; asimismo se resaltan algunos aspectos principales en cuanto a cuestiones demográficas y socioeconómicas de la localidad.

De acuerdo a lo anterior, la población con la que se lleva a cabo el proyecto de investigación de Diagnóstico social en el marco de los determinantes del envejecimiento activo se encuentra ubicada en el contexto urbano de la ciudad de Bogotá en la localidad de Kennedy, específicamente en la Pastoral Social de las parroquias San Efrén, San Eugenio y San Pedro Claver con los beneficiarios del apoyo alimentario.

Bogotá como capital de Colombia cuenta con una división administrativa de 20 localidades y dentro de ellas se encuentra la No 8 correspondiente a Kennedy, la cual está ubicada en el sur occidente de la sabana de Bogotá y se localiza entre las localidades de Fontibón al norte, Bosa al sur, Puente Aranda al oriente y un pequeño sector colinda con las localidades de Tunjuelito y Ciudad Bolívar, por la Autopista Sur con Avenida Boyacá, hasta el río Tunjuelito. (Alcaldía Local de Kennedy, 2020, párr. 1)

En cuanto a la extensión del territorio la Alcaldía Local de Kennedy (2020) indica que esta localidad cuenta con un área de 3855.45 hectáreas representadas en un 98.1% para el área urbana y 1.8% para el área rural, siendo la tercera localidad con mayor extensión.

En esta localidad, según la Subred Sur Occidente (2018) se encuentran presentes los estratos socioeconómicos 1, 2, 3 y 4, siendo predominante el estrato 2 representado en un 48 %, el estrato 3 ocupa el segundo puesto con un 38% y finalmente los estratos 4 y 1 representan un bajo porcentaje. Por otro lado, en relación a la distribución económica de los predios, la principal destinación es del 89% para uno residencial, el 7.17% es para el sector comercial y el 0.43% corresponde al sector industrial.

En cuanto a la Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), la Alcaldía Mayor de Bogotá (2018) indica que la localidad “registró que el 5,1% se encuentra en pobreza por NBI. El aspecto que más influye en el indicador de necesidades básicas insatisfechas es alta dependencia económica” (p. 9).

En relación a los grupos poblacionales de acuerdo a la Alcaldía Mayor de Bogotá (2018) esta refiere que los grupos de adultos entre las edades de 25 a 59 años al 2017 representaba un total de 650.174 y personas mayores de 60 años y más correspondía a 116.286 personas.

En Kennedy los grupos adultos son los que presentan un peso mayor dentro del total de población, en contraste con el grupo de personas de primera infancia y adolescencia que tiene una menor participación el total de la población, debido a la reducción de la fecundidad que experimenta la localidad. (Alcaldía Mayor de Bogotá 2018, p. 89)

Lo anterior permite observar el envejecimiento poblacional presente en esta localidad como resultado de la disminución de la fecundidad. A continuación, se muestra el mapa de la localidad y sus divisiones de acuerdo a las Unidades de Planeamiento Zonal:

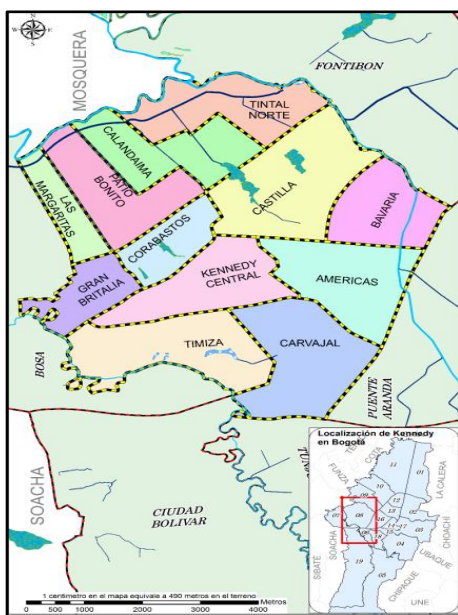


Figura 3. Mapa de la localidad de Kennedy, división por Unidades de Planeamiento Zonal (UPZ).

Fuente: Alcaldía Mayor de Bogotá. Atlas de salud pública Localidad de Kennedy, 2016.

Como se puede observar en el mapa anterior, la localidad de Kennedy cuenta con doce UPZ: Las Margaritas, Patio Bonito, Calandaima, Tintal Norte, Gran Britalia, Corabastos, Castilla, Timiza, Kennedy Central, Carvajal, Américas y Bavaria.

De acuerdo con la Alcaldía Mayor de Bogotá (2019) debido a la extensión de la localidad concentradas en las 12 UPZ, existe una población de 1.187.315 habitantes aproximadamente convirtiéndola en una de las localidades más pobladas.

Por último, “la localidad tiene cerca de 438 barrios. Las UPZ Castilla y Timiza tienen el mayor número de barrios: 49 cada una” (Secretaría de Cultura, Recreación y Deporte, 2020, párr. 25), de los cuales para la investigación son importantes resaltar los barrios del Tintal,

Tierra Buena y Pío XII, los cuales corresponden a los territorios donde se ubican las parroquias San Efrén, San Pedro Claver y San Eugenio respectivamente, zonas donde se encuentra la población beneficiaria del apoyo alimentario y a quienes se pretende hacer partícipes de la investigación.

#### **6.4 Marco profesional**

Este marco está orientado a delimitar el campo de acción profesional de Trabajo Social, por consiguiente, resulta importante definirlo, pues permite clarificar el área de investigación reconociendo la especificidad desde el área gerontológica, debido a que en la Pastoral Social de las parroquias San Efrén, San Eugenio y San Pedro Claver los beneficiarios del apoyo alimentario son en su mayoría personas mayores a 60 años o cercanas a esta edad, por lo tanto la investigación se enmarca desde el área del Trabajo Social Gerontológico.

De acuerdo a lo anterior, la investigación en Trabajo Social debe partir de la comprensión de la realidad la cual resulta ser compleja, cambiante y dinámica, como los cambios que se han venido gestando en las últimas décadas en el que el envejecimiento poblacional entendido como el “aumento general del número de personas mayores frente a una totalidad” (MinSalud, 2013, p. 17) ha incrementado a nivel mundial y nacional; para estimar esto basta con solo revisar datos y cifras de diferentes informes. En este sentido el Ministerio de Salud y Protección Social (2013) expresa que desde “que se registró la transición demográfica en el país (1951) y (...) en futuro próximo (2020), el índice de envejecimiento se ha cuadruplicado, al pasar de 12 a 49 personas de 60 años o más por cada 100 menores de 15 años” (p.18). Por ello y atendiendo a los cambios de transición demográfica que se presentan tanto a nivel nacional como internacional, el campo gerontológico es de suma relevancia para el trabajador social pues cada vez se hace más necesario generar procesos de investigación y abordaje con la población a medida que envejece que permitan atender sus necesidades, problemáticas y/o potencialidades.

Es importante partir de la conceptualización del campo gerontológico entendiendo la gerontología según lo expresa Filardo (2011) como,

la ciencia que estudia el proceso de envejecimiento de los seres vivos y de las personas en particular desde todos sus aspectos: biológico, psicológico, socio – económico y cultural. En este sentido, las principales disciplinas científicas que intervienen en el envejecimiento son la geriatría, la gerontología social, la

antropología de la vejez, la psicología de la vejez, la sociología de la vejez, la tanatología, y el trabajo social gerontológico. (p. 206)

Lo anterior permite resaltar la importancia de los trabajadores sociales en el campo gerontológico tanto en investigación como en intervención, reconociendo la relevancia en esta área como medio para desarrollar estrategias y acciones para abordar la realidad de las personas a medida que envejecen.

Así mismo, para Filardo (2011) es igualmente importante que los trabajadores sociales cuenten con los medios e identifiquen a partir de un adecuado diagnóstico las necesidades de las personas mayores y desde ahí generar un accionar que dé respuestas óptimas frente a ese contexto, es por esto que la autora afirma que el trabajador social,

realiza la valoración de la demanda y diseña la intervención en función de las necesidades existentes y de los recursos disponibles. En este sentido, es necesario poseer mayor número posible de datos para poder realizar un buen diagnóstico y orientación, que permita dar respuesta a las carencias o demandas que presenta la persona mayor. (p.214)

Dentro de la gerontología es igualmente importante reconocer e identificar las funciones del trabajador social, las cuales según Filardo (2011) “comprenden tanto funciones de atención directa como de atención indirecta” (p. 214) retomadas a continuación.

**- Funciones de atención directa:**

- Función preventiva: Detección precoz y prevención de los problemas sociales que dificultan la integración social de las personas mayores.
- Función promocional: Desarrollo de las capacidades naturales de las personas mayores para prevenir o paliar su problemática social, fomentando su participación activa.
- Función asistencial: Aumento de la capacidad de la persona mayor y promoción de la utilización de recursos para satisfacer sus necesidades sociales.
- Función rehabilitadora: Rehabilitación y reinserción social de aquellas personas mayores que han sufrido algún tipo de disminución física, psíquica o social.
- Función informativa: Información sobre derechos y recursos sociales para las personas mayores, así como asesoramiento ante las demandas planteadas.

**- Funciones de atención indirecta:**

- Coordinación: Optimización de recursos y planificación de alternativas de intervención.

- Trabajo comunitario: potenciación de los recursos de la comunidad en la resolución y prevención de problemática social.
- Gestión orientada a la tramitación de recursos para la atención e intervención social.
- Documentación: Diseño, elaboración y cumplimentación de los diferentes instrumentos propios del Trabajo Social (ficha social, historia social, informe social, y registro de intervenciones).
- Planificación y evaluación: diseño de planes, programación, servicios y políticas sociales.
- Formación, docencia e investigación.
- Dirección, gestión, planificación y organización de centros de mayores.

Todas estas funciones tanto directas como indirectas, se desarrollan en la intervención socio-sanitaria, y van dirigidas a movilizar los recursos formales e informales del entorno de la persona en la tercera edad con la finalidad de dar una respuesta de calidad a las necesidades y demandas planteadas por su dependencia y prevenir el incremento de la discapacidad. Es decir, es fundamental velar por la calidad de los servicios ofertados, así como impulsar la creación de apoyos para los familiares que se ocupan del cuidado de los ancianos en general, y de las personas mayores dependientes en particular. (Filardo, 2011, p. 214)

Por su parte, Morán (2004) teniendo en cuenta el contexto actual manifiesta que,

surge la preocupación por la intervención social de los trabajadores sociales gerontólogos, quienes requieren contar con una formación gerontológica que les permita reflexionar y analizar el proceso de envejecimiento desde una perspectiva multidisciplinaria, generando las bases para un trabajo inter y transdisciplinario, donde el rol del Trabajo Social no solo se sitúa a nivel de la implementación de la política social, sino que también asuma funciones en el diseño de políticas gerontológicas dirigidas a este segmento de la población. (p. 85)

A partir de la intervención que manifiestan ambos autores, Morán retoma a Moragas (2000) quien describe algunos valores importantes que deben así mismo guiar al profesional en su quehacer con las personas mayores, “fomentando un envejecimiento activo caracterizado por el mantenimiento de su autonomía e independencia” (Morán, 2004, p.87), estos valores se conocen como las seis “ies”:

- Individualidad: cada sujeto envejece de forma única.
- Independencia: Hay que facilitar al máximo la autonomía y libertad de cada persona para que no dependa de otras personas y pueda tomar sus propias decisiones.



- Integración: El envejecimiento no debe segregar al individuo de su medio ambiente material y social habitual.
- Ingresos: El anciano debe tener recursos materiales suficientes para resolver por sí mismo sus necesidades básicas.
- Interdisciplinariedad: En el envejecimiento intervienen muchos factores por lo que las soluciones idóneas requieren la intervención de varias disciplinas y de distintos profesionales.
- Innovación: Los retos del envejecimiento son únicos en la historia de la humanidad y requieren soluciones innovadoras, no sirviendo los esquemas asistenciales del pasado. (Moragas, citado en Morán, 2004, p. 86)

De otra parte, no solo resulta fundamental identificar las funciones del trabajador social en el área gerontológica, sino que también, se considera importante referenciarlas en el ámbito eclesial, teniendo en cuenta el marco institucional en el que se ubica el presente proyecto, en este sentido Carrido (2002) plantea las siguientes:

- Debe organizar grupos de pro mejoramiento en los lugares donde sea necesaria la autogestión para la adquisición de servicios, infraestructura, mejoramiento de calles y/o de vivienda.
- Promover la organización de grupos y comunidades en apoyo a las actividades de la Iglesia Católica, como medio para alcanzar el desarrollo humano integral de los comunitarios.
- Promover la educación popular, la capacitación y la autogestión en los comunitarios. Su trabajo debe desarrollarse con grupos de niños, jóvenes y adultos, con personas de la tercera edad porque en la Pastoral Social se cuenta con personas de todas las edades.
- Utiliza el método de familia e individuo para interactuar con las personas y familias con el fin de promocionar capacidades y valores orientados hacia el mejoramiento de las relaciones.
- A través del método grupal proporcionará a los integrantes la satisfacción de sentirse miembro del grupo, a través de actividades sociales, culturales y educativas en beneficio de los comunitarios, a manera de que el trabajo realizado tenga frutos. (pp. 54 -56)

En este sentido Carrido (2002) afirma que la labor del trabajador social en el contexto eclesial se fundamenta en “propiciar los cambios necesarios a través de la educación a

manera que la dignidad de la persona humana, derechos humanos y sociabilidad sean reconocidas para propiciar cambios en las comunidades” (p. 54). En concordancia con lo anterior, el trabajador social es fundamental para la creación de nuevos programas orientados hacia la solución de problemas que aquejan a la comunidad, es importante recalcar que el trabajador social no da soluciones sino que las descubre junto a la comunidad, así lo referencia Carrido (2002) donde afirma que el trabajador social debe “coordinar y promover iniciativas orientadas a viabilizar la solución de los problemas, particularmente de los sectores más necesitados, cooperando para ello, en la medida que sea posible y conveniente” (p. 55).

Por otro lado, el Proyecto Educativo del Programa de Trabajo Social (PEP) de la Universidad Colegio Mayor Cundinamarca (2018), tiene como propósito estipular y fundamentar el programa de Trabajo Social y articular las funciones de Formación, Investigación y Proyección Social desde las cuales los trabajadores sociales contribuyen al desarrollo de individuos, grupos y comunidades. Por tal motivo en el PEP se referencia el perfil ocupacional de un trabajador social:

- Gestionar el desarrollo humano y social, mediante el análisis del contexto, social, económico, político y cultural en el que se enmarcan los procesos de investigación e intervención social, en las áreas de salud, laboral, hábitat, educación, prevención y protección, rehabilitación, desarrollo comunitario, familia, medio ambiente, salud y seguridad en el trabajo, convivencia y paz, entre otros.
- Integrar nuevos conocimientos teóricos y prácticos que enriquezcan la profesión y les permitan enfrentar los retos de la realidad actual y futura.
- Participar activamente en el diseño, gestión y evaluación de políticas públicas.
- Liderar y participar en procesos de investigación e intervención social en equipos multidisciplinarios. (p. 36)

En definitiva, el marco profesional referenciado anteriormente, permite identificar las múltiples funciones que puede realizar un trabajador social desde el área gerontológica y eclesial. Así mismo, el Proyecto Educativo del Programa de Trabajo Social brinda orientaciones generales sobre el quehacer de un trabajador social en las diferentes áreas de acción, en las cuales se puede desempeñar. Por tanto, a partir del reconocimiento de las funciones mencionadas, estas permiten al trabajador social: 1) desde el área gerontológica abordar el fenómeno del envejecimiento individual y poblacional de manera tal que se logre mejorar la calidad de vida de las personas a medida que envejecen; 2) en el ámbito eclesial

las funciones permiten acompañar la labor de la iglesia de forma que se complemente el accionar asistencial con estrategias que conciben a los sujetos con capacidades de influir en su entorno; 3) en cuanto al PEP desde la formación académica este posibilita reconocer que el accionar del trabajador social debe ir más allá de un enfoque asistencialista que contribuya al desarrollo de individuos, grupos y comunidades.

## **6.5 Marco teórico-conceptual**

A continuación, se retoman elementos teórico conceptuales relevantes para el proceso investigativo permitiendo fundamentar y orientar el proyecto; dichos elementos teórico-conceptuales se abarcan desde envejecimiento, vejez, envejecimiento activo y sus determinantes.

### **6.5.1 Envejecimiento.**

Se comprende el envejecimiento como un proceso que inicia desde el momento de la concepción del ser humano hasta su muerte, no obstante, se tiende a relacionar el envejecimiento erróneamente solo con las personas que están próximas a ser personas mayores o con la vejez como última etapa del curso de la vida. Por consiguiente, es pertinente resaltar que el concepto de envejecimiento alude al proceso de cambios físicos, psicológicos y sociales que se desarrollan en todo momento de la vida.

Se reconocen diferentes tipos de envejecimiento, entre los que sobresalen el individual y el demográfico o poblacional. El envejecimiento individual es el proceso de evolución que experimenta cada persona en el transcurso de su vida, y envejecimiento poblacional, el incremento de la población de personas mayores con respecto al conjunto de la población a que pertenecen. (Jiménez, Pintado, Rodríguez, Guzmán y Clavijo, 2010, p. 239)

En relación con el envejecimiento individual, este es un proceso que está en constante cambio y el cual no solo está determinado por factores genéticos, sino que por el contrario engloba diferentes condiciones personales y sociales del individuo, Tortosa (como se citó en Carmona, 2012) define el envejecimiento individual como,

un proceso dinámico y no estático, es un proceso natural de cambio. Por lo tanto, no ocurre en forma repentina o accidental, sino que es gradual y progresivo. Se caracteriza por la existencia de condiciones biológicas, psicológicas y sociales determinadas en función del tiempo. (p. 13)

Por otro lado, Fernández y Ballesteros (como se citó en el Ministerio de Salud y Protección social, 2015) definen el envejecimiento humano como,

un proceso multidimensional de los seres humanos que se caracteriza por ser heterogéneo, intrínseco e irreversible; inicia con la concepción, se desarrolla durante el curso de vida y termina con la muerte. Es un proceso complejo de cambios biológicos y psicológicos de los individuos en interacción continua con la vida social, económica, cultural y ecológica de las comunidades, durante el transcurso del tiempo. (p.12)

Los autores Tortosa, Fernández y Ballesteros coinciden en que el envejecimiento es un proceso lleno de cambios a lo largo de la vida el cual culmina con la muerte, que trae consigo una serie de variaciones en las estructuras tanto biológicas, psicológicas como sociales de los seres humanos los cuales están en constante interacción con el medio que les rodea y por tanto su proceso de envejecimiento se ve influenciado por dichas interacciones y el contexto en el que se encuentran inmersos.

### **Características del envejecimiento**

El proceso de envejecimiento presenta una serie de características propias y que de acuerdo con Jiménez *et al.* (2010) estas corresponden a un proceso:

- **Universal:** propio de todos los seres vivos.
- **Irreversible:** a diferencia de las enfermedades, no puede detenerse ni revertirse.
- **Heterogéneo e individual:** cada especie tiene una velocidad característica de envejecimiento, pero la velocidad de declinación funcional varía enormemente de sujeto a sujeto, y de órgano a órgano dentro de la misma persona.
- **Deletéreo:** lleva a una progresiva pérdida de función. Se diferencia del proceso de crecimiento y desarrollo en el que la finalidad de éste es alcanzar una madurez en la función.
- **Intrínseco:** no debido a factores ambientales modificables. En los últimos 2.000 años se ha observado un aumento progresivo en la expectativa de vida de la población, pero la máxima sobrevivencia del ser humano se mantiene alrededor de los 118 años. A medida que se ha logrado prevenir y tratar mejor las enfermedades, y se han mejorado los factores ambientales, la curva de sobrevivencia se ha hecho más rectangular. Se observa que una mayoría de la población logra vivir hasta edades muy avanzadas con buena salud y muere generalmente cerca de los 80 años. (pp. 240-241)

Por tanto, el proceso de envejecimiento humano presenta una serie de aspectos que hacen que este proceso sea universal e inevitable en las personas de todas las edades, Alvarado y Salazar (2014) expresan que,

estos cambios son inherentes a todo ser humano, pero a su vez son el resultado de contextos multidimensionales como la situación económica, estilos de vida, satisfacciones personales y entornos sociales que influyen de forma directa en el proceso de envejecer. El envejecimiento también se ve influido por las enfermedades padecidas, el sufrimiento acumulado a lo largo de la vida, el tipo de vida que haya llevado la persona y los factores de riesgo y ambientales a los que ha estado sometida. (p. 59)

Por último, es relevante mencionar que paralelo al envejecimiento individual existe un envejecimiento poblacional, este último como se mencionó al inicio de este tópico se refiere al aumento de personas mayores que ha ocasionado que la transición demográfica varíe en los últimos años, lo cual ha traído consigo que haya personas cada vez más longevas en relación con el resto de la población, Limón (2018), expresa que este envejecimiento poblacional debe verse adicionalmente por las sociedades como un resultado positivo al lograr que cada vez más personas alcancen edades avanzadas implicando también un reto para los países, los cuales deben tener en cuenta las especificidades y necesidades que acompañan estos procesos de envejecimiento a fin de poder abordarlo de manera satisfactoria.

### **6.5.2 Vejez.**

Abordar la vejez como concepto requiere tener en cuenta que este ha sido abordado y conceptualizado desde diferentes perspectivas, y disciplinas, por lo tanto, no se puede hablar de un único concepto acerca de vejez sino por el contrario se permite generar múltiples reflexiones acerca de la diversidad de definiciones frente al estudio de la vejez. A partir de esa discusión es pertinente que desde las mismas disciplinas se generen aportes hacia los gobiernos, instituciones y sociedad en general que permitan visibilizar la importancia de trabajar en torno a la vejez como un aspecto relevante en el futuro de los seres humanos en términos de necesidades, cambios, impacto, entre otros, y aún más debido al aumento en cuanto a cifras relacionadas con la transición demográfica y el envejecimiento poblacional que se ha convertido en una realidad mundial.

Es por esto que además Colombia no es la excepción frente a ese crecimiento en el envejecimiento poblacional debido a constantes cambios en la estructura demográfica nacional, actualmente,

de los 48 millones de colombianos, aproximadamente 5,2 millones son mayores de 60 años (...). El envejecimiento, lejos de perder fuerza, será más acelerado: en el 2050 se espera que el porcentaje de personas mayores de 60 años llegue a 23%, el equivalente a 14 millones de personas” (Fundación Saldarriaga Concha, 2017, p. 20).

Por lo tanto, trabajar por la vejez representa un reto para la sociedad y todas sus instituciones, como lo manifiesta la Fundación Saldarriaga Concha (2017),

el resultado: una población en un acelerado proceso de envejecimiento que desafía la imagen de Colombia como un país joven al mismo tiempo que plantea serios retos para garantizar los derechos económicos, sociales y culturales a las personas mayores del presente y del futuro. (p. 20)

En relación con lo anterior, se retoman algunas consideraciones sobre la vejez planteadas por Ramos, Meza, Maldonado, Ortega y Hernández (2009) quienes expresan que el concepto de vejez no debe distinguirse al de envejecimiento ni deben estudiarse por separado en especial porque para ellos “la vejez es al mismo tiempo proceso y producto. Es decir, que no hay que hacer la distinción entre envejecimiento, cuya connotación se ha centrado principalmente en el ámbito biológico, sino asumir que la vejez implica ambas dimensiones” (p. 53).

Así mismo, Ramos *et al.* (2009) definen la vejez como una situación que se entiende desde lo biológico, lo social y lo psicológico desde un mirada holística e integral de estos tres aspectos,

la vejez es una situación del ser humano, expresada a través de la edad, en la que se sitúan una serie de cambios psicosociales y físicos. Estos cambios son también relativos a las características en que la situación se presenta a nivel personal, en función de la cultura y de las especificaciones orgánicas. Lo importante es resaltar que, como situación, la vejez no es una experiencia individual, sino social. (p. 53)

Estos autores expresan que la vejez no hace referencia necesariamente a una etapa del desarrollo, ya que también depende de las percepciones que tenga la persona sobre sí misma, además de aquellos imaginarios, percepciones y construcciones sociales que se crean en torno al término, es por esto que,

asumir a la vejez desde una perspectiva psicosocial implica el reconocimiento de que este fenómeno a estudiar está hecho de memoria colectiva, de representaciones

sociales, de significados, los cuales se originan en la interacción social y se construyen socialmente a través del lenguaje. (Ramos *et al.*, 2009, p. 54)

De acuerdo con lo señalado hasta el momento, se retoman tres concepciones de vejez que permiten comprender desde el punto de vista de Piña Morán lo que él establece como propio de esta etapa a partir de la gerontología social.

Por un lado, se encuentra la *vejez cronológica*, la cual Piña (2004) cataloga en términos de tiempo relacionada con la edad a la que llega una persona mayor para ser nombrado como tal, es por esto que,

se plantea que es objetiva en su medida, pues todos los individuos nacidos en una misma fecha comparten la misma edad cronológica y forman una categoría social, en este caso, Adultos Mayores. Sin embargo, la gran desventaja de esta definición se refiere al hecho de no considerar la historia de vida individual y la influencia del medio social en el proceso de envejecimiento, siendo un elemento clave al momento de analizar el impacto diferente del tiempo para cada persona. (pp. 43-44)

Seguido a esto, Piña (2004) define la *vejez funcional*, a partir de las capacidades que tienen las personas para realizar labores diarias por sí mismas, es por esto que,

esta definición utiliza el término “viejo” como homónimo de limitación y deficiencia, generando una percepción social errada respecto del proceso de envejecimiento, ya que considera que todos los adultos mayores formarían un segmento de la población incapaz de integrarse y participar activamente de las tareas y actividades cotidianas. (p. 44)

Finalmente, se retoma la concepción de *vejez, etapa vital* definida por Piña (2004) teniendo en cuenta la influencia que generan las características contextuales de las personas que llegan a esta etapa, es por esto que,

esta forma de entender la vejez, la considera sólo como una etapa distinta a las vividas previamente, donde las limitaciones surgen únicamente por las condiciones presentes en el contexto social, así como por las características individuales de los adultos mayores. Se acepta que es un periodo donde existen ciertas limitaciones, pero como también se deben resaltar sus potenciales, tales como: experiencia, madurez vital y serenidad de juicio. (p. 45)

Por otro lado, en torno al término vejez, Santos (2009) expresa que se considera como,

un periodo en el que la persona percibe una diversidad de cambios, que, si bien estriban en el estilo y calidad de vida que han tenido a lo largo de su existencia, así

como del sistema social y familiar en que se han desenvuelto, influyen en los diferentes ámbitos de su cotidianidad. (p. 165)

De acuerdo a lo anterior para esta autora y en relación con los demás nombrados anteriormente, la vejez hace parte de un periodo caracterizado por diferentes cambios que van desde lo físico y lo psicológico hasta aspectos como lo familiar, económico y social, por tal motivo, algunas veces esos cambios generan en los seres humanos al llegar a la vejez un impacto en la forma como se auto percibe, si las percepciones a su alrededor sobre este periodo son negativas o positivas influyen a su vez en aspectos relacionados con la salud, la participación, las relaciones sociales, e incluso en su independencia y autonomía.

### **6.5.3 Envejecimiento activo.**

El paradigma del envejecimiento activo cómo se entiende hoy día, hace referencia a la concepción que se ha generado a partir de lo que conlleva el proceso de envejecimiento, y la evolución de las teorías existentes anteriores a la aparición de este concepto como lo fueron en su momento el envejecimiento saludable, el envejecimiento satisfactorio y el envejecimiento productivo, es decir, que juntos representaban características básicas necesarias durante el envejecimiento y que con los años han evolucionado. Es por lo anterior que se hace necesario definir primero estas teorías, que sirvieron como base en la consolidación de lo que se empezó a conocer desde hace algunas décadas como envejecimiento activo.

En principio, se debe tener presente que como lo menciona Limón (2018), “el envejecimiento no es sólo un proceso biológico, sino un proceso determinado por una serie de factores biológicos, sociales, psicológicos y ecológicos” (p. 47), a partir de esta concepción se retoma el envejecimiento saludable como “el proceso de desarrollo y mantenimiento de la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez” (OMS, 2019, p. 1), es así mismo “el resultado de un proceso que dura toda la vida. Por consiguiente, es necesario optimizar el desarrollo del individuo desde la primera infancia” (Limón, 2018, p. 47), y desde entonces representa un reto para cada uno de los actores involucrados en la sociedad.

En esta misma línea, se encuentra el envejecimiento satisfactorio, el cual según Limón (2018), se relaciona con el “derecho a envejecer bien, con recursos que garanticen el bienestar personal y el mantenimiento de la calidad de vida conseguida” (p. 46) Así mismo, “aunque se van acumulando evidencias de que el envejecimiento satisfactorio se incuba desde



el vientre materno, hay unas cuantas recomendaciones útiles en la edad adulta y en la vejez” (Rodríguez y Artalejo citado en Limón, 2018, p. 47), las cuales se relacionan con hábitos de vida óptimos y saludables que pueden adoptar las personas a medida que envejecen como una sana alimentación, realizar actividad física, evitar el consumo de sustancias nocivas para la salud u otras en exceso que se desencadenan a futuro en enfermedades más graves, entre muchas otras recomendaciones.

Por último, en cuanto al envejecimiento productivo, IMSERSO (2008) cita a los autores Butler y Schechter quienes lo definieron como “la capacidad de un individuo o una población para servir en la fuerza de trabajo remunerada, en actividades de voluntariado, ayudar en la familia y mantenerse tan independiente como sea posible” (p. 11), por tanto este tipo de envejecimiento se relaciona principalmente con el impacto que pueden tener las actividades productivas que realizan las personas con cierto beneficio económico.

En conclusión, según IMSERSO (2008) el envejecimiento saludable se fundamenta principalmente con la salud, “el envejecimiento satisfactorio se preocupa por el bienestar individual (fisiológico y psicológico) y el envejecimiento productivo centra su interés en el bienestar colectivo y se pregunta qué pueden -o no pueden- hacer las personas mayores para contribuir a dicho bienestar” (p. 12)

Teniendo en cuenta estas concepciones en el año 2002 la OMS propuso el término de envejecimiento activo como una posibilidad más abarcativa de incluir los diferentes factores que influyen en el envejecimiento humano y la vejez y el cual sustenta los pilares de salud, participación, seguridad y aprendizaje continuo a lo largo de la vida. De acuerdo con lo planteado hasta el momento se encuentra a continuación la figura 4, la cual resume la evolución de las teorías mencionadas hasta el término de envejecimiento activo, el cual se profundiza más adelante.

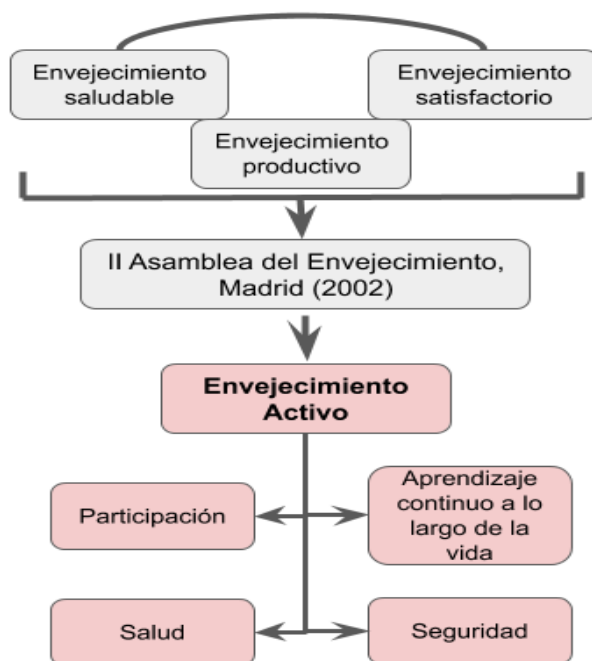


Figura 4. Evolución de las concepciones anteriores al término de envejecimiento activo.  
Fuente: Elaboración propia.

De acuerdo con lo anterior, se oficializa entonces el término de envejecimiento activo a partir de la II Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento en el año 2002, como una propuesta basada en la acelerada transición demográfica mundial que se evidencia en las sociedades más longevas, por lo cual empezó a representar un reto para los Estados y sus instituciones, la importancia de promover el bienestar y la calidad de vida durante el proceso del envejecimiento y no solo como una cuestión de la vejez.

Por tanto, la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su *Informe del Envejecimiento activo: un marco político* publicado en el 2002 afirma que el envejecimiento activo “es el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen” (p. 79). Adicionalmente la OMS (2002) indica que,

el envejecimiento activo se aplica tanto a los individuos como a los grupos de población. Es el proceso que permite a las personas realizar su potencial de bienestar físico, social y mental a lo largo de todo su ciclo vital y participar en la sociedad de acuerdo con sus necesidades, deseos y capacidades, mientras que les proporciona protección, seguridad y cuidados adecuados cuando necesitan asistencia. (p. 79)

Similar a lo anterior, Ludi (2013) se refiere a la perspectiva del envejecimiento activo desde la optimización de oportunidades, pero teniendo como objetivo el fomento por la mejora en la calidad de vida saludable y productiva, por eso lo define como,

un concepto superador, más abarcativo, ya que no se centra en aspectos sólo ligados a la salud. Comprende entre sus premisas: la optimización de las oportunidades de bienestar físico, social y mental; de participación y seguridad; con el objetivo de ampliar la esperanza de vida saludable, la productividad y mejorar la calidad de vida. (p. 4)

En complemento con las definiciones anteriores, dentro de lo que abarca el envejecimiento activo, la educación y el aprendizaje a lo largo de la vida (pilar que ha surgido en las últimas décadas) es fundamental que estén orientados a todos los grupos de edad, pero en especial a las personas mayores, bajo la premisa de que, así como envejecemos aprendemos, por tanto, “es necesario que invirtamos en los procesos formativos destinados a reforzar competencias y capacidades en las personas mayores a fin de favorecer el empoderamiento de las mismas” (Limón, 2018, p. 50). Adicionalmente Limón (2018) afirma que el envejecimiento activo,

representa, aborda y nos descubre valores sociales necesarios en la actualidad: autonomía, participación, solidaridad intergeneracional, convivencia, tolerancia, ciudadanía, diálogo. Con el envejecimiento activo, se buscan no solo objetivos de salud sino también objetivos sociales de independencia, de movilidad en el sentido más amplio de la palabra, de facilitar la posibilidad de desarrollar programas y trabajos que, constituyan una continuidad con lo que ha sido la vida previa de cada uno y contribuyan al bien común. (p. 45)

El envejecimiento activo es visto entonces como la posibilidad de poder enfrentar las diferentes situaciones relacionadas con el transcurso del envejecimiento y la vejez, debido a que dichas situaciones en muchos casos generan cambios en las personas a partir del contexto y de la calidad de vida a lo largo de su curso vital. Es por esto, que señala Martínez citado en Limón (2018) que “envejecer bien es envejecer activamente y esto implica fundamentalmente tres condiciones: envejecer teniendo un rol social, envejecer con salud y envejecer con seguridad” (p. 50) y en la medida en que esto sea posible, las personas podrán fortalecer entonces durante su envejecimiento múltiples habilidades con las cuales afrontar cada etapa de su vida, en especial la vejez.

La importancia de los factores psicológicos, emocionales, cognitivos y comportamentales, frente al envejecimiento activo implica el desarrollo de fortalezas humanas como autoestima, resiliencia, optimismo, vitalidad, bienestar subjetivo, satisfacción con la vida o felicidad, durante el curso de vida y particularmente en la vejez. (Política Colombiana de Envejecimiento Humano y Vejez, 2015, p. 17)

Así, se logra identificar que los autores convergen en la importancia de entender el envejecimiento activo como un proceso que aplica a todo el ciclo vital e implica variables psicológicas, sociales, biológicas, políticas, económicas, conductuales, y que a su vez se resumen en los pilares de salud, participación, seguridad y aprendizaje para toda la vida; debido que cuando se optimizan estas oportunidades es posible que la calidad de vida de las personas pueda mejorar. En este sentido, para abordar el envejecimiento activo en la población se requieren acciones políticas que dirijan el accionar de los profesionales e instituciones en los diferentes contextos; asimismo, se identifica que el envejecimiento activo aplica para todo el curso de vida, ya que diferentes estrategias o acciones van dirigidas hacia grupos etarios diferentes al de persona mayor o personas en la etapa de vejez.

- **Activo (de acuerdo con el término de “envejecimiento activo”)**

El término «activo» “hace referencia a una participación continua en aspectos sociales, económicos, culturales, espirituales y cívicos, no sólo a la capacidad para estar físicamente activo o participar en la mano de obra” (Alvarado y Salazar, 2014, p. 61). Las personas ancianas que se retiran del trabajo y las que están enfermas o viven en situación de discapacidad pueden seguir contribuyendo activamente con sus familias, semejantes, comunidades y naciones. El envejecimiento activo trata de ampliar la esperanza de vida saludable y la calidad de vida para todas las personas a medida que envejecen, incluyendo aquellas personas frágiles, discapacitadas o que necesitan asistencia. (OMS, 2002, p. 79).

Adicionalmente, en referencia al término Activo, Pinazo, Lorente & Limón, (como se citó en Limón y Ortega, 2011) mencionan que envejecer activamente,

- Expresa la idea de *la participación de las personas en las cuestiones sociales, económicas, culturales, espirituales y cívicas*, sin centrarse sólo en la capacidad para estar física o laboralmente activo.

- Establece un nuevo modelo de sociedad, en el que las personas han de tener la *oportunidad de envejecer, siendo protagonistas de su vida, en un quehacer proactivo* y no como meras receptoras de productos, servicios o cuidados.

- Implica un enfoque comunitario, en el que los ciudadanos mayores han de tener *oportunidad de participar en todo lo que le es propio*, entendiéndolo por ello no sólo lo circunscrito a su ocio o a servicios o entidades para mayores, sino a cualquier esfera relativa a su comunidad (p. 230).

Así, cada uno de los autores referenciados en los párrafos anteriores convergen en que el término activo hace referencia a la capacidad que tienen las personas de todas las edades de poder influenciar en su entorno y no solo hace alusión a la posibilidad de laborar o estar en condiciones físicas óptimas, sino que por el contrario el concepto “activo” es un aspecto mucho más amplio que incluye una serie de actuaciones e involucramientos en diversos ámbitos fuera de lo laboral que les permite a las personas a medida que envejecen realizar diferentes acciones estando inmersos en las esferas familiar y social.

Teniendo en cuenta las definiciones anteriores surgen los pilares del envejecimiento activo: salud, seguridad, participación y aprendizaje para toda la vida, cabe mencionar que este último ha surgido con el paso de tiempo y juntos representan una gran importancia durante el transcurso del envejecimiento en el bienestar y la calidad de vida de las personas. A continuación, se abordan cada uno de ellos.

- **Salud**

El envejecimiento activo adopta el objetivo de mejorar la salud de las poblaciones y reducir las desigualdades en salud para facilitar el logro del más completo potencial de salud a lo largo del ciclo vital(...). La salud debe ser vista en clave de inversión la cual será retribuida a lo largo del curso de vida, en ese sentido es de vital importancia promocionar estilos de vida saludable en la niñez y la adolescencia; teniendo en cuenta que existen estudios que afirman que en estas etapas es donde más se afecta la salud. (Centro Internacional de Longevidad Brasil, 2015, p. 44)

Por su parte, la OMS (2002) expresa que “cuando los factores de riesgo (tanto ambientales como conductuales) de las enfermedades crónicas y el declive funcional se mantienen en niveles bajos, y los factores protectores son elevados, las personas disfrutan de más años y más calidad de vida” (p.98), para que esto sea posible es necesario que se trabaje, según la OMS (2002),

en prevenir y reducir la carga del exceso de discapacidades, enfermedades crónicas y mortalidad prematura, reducir los factores de riesgo relacionados con las causas de enfermedades importantes y aumentar los factores que protegen la salud durante el ciclo vital, desarrollar una continuidad de servicios sociales y de salud asequible, accesible, de gran calidad y respetuoso con la edad, que trate las necesidades y los derechos de las mujeres y los hombres a medida que van envejeciendo, proporcionar formación y educación a los cuidadores. (p. 98)

Por lo tanto, la salud constituye un eje importante para que las personas tengan un envejecimiento óptimo y de calidad, ya que si la salud se ve afectada durante el curso de vida este tendrá repercusiones que se traducen en el aumento de enfermedades crónicas, aumento en tasas de suicidio, envejecimiento prematuro, entre otros.

- **Participación**

En cuanto al eje de participación, el Centro Internacional de Longevidad Brasil (2015) afirma que “la participación es mucho más que involucrarse en trabajos remunerados. Significa comprometerse en cualquier objetivo social, civil, recreativo cultural, intelectual o espiritual que le brinde sentido a su existencia, realización plena y sensación de pertenencia” (p. 47).

Así, la participación entendida refiere a todo tipo de actividades, oficios o labores que permitan que las personas puedan tener una permanente influencia en sus medios. En ese sentido es necesario “alentar una participación cívica más fuerte desde la juventud, a través de organismos como asociaciones voluntarias de jóvenes, serán cada vez más importantes para asegurar que su voz sea escuchada en un saludable diálogo intergeneracional sobre asuntos sociales.” (Centro Internacional de Longevidad Brasil, 2015, p. 48).

Por lo tanto, la participación se convierte en un factor importante del envejecimiento que debe ser promovido en las diferentes etapas del curso de vida y si la participación se fomenta a lo largo del curso de vida, según la OMS (2002),

las personas mayores seguirán haciendo una contribución productiva a la sociedad en actividades tanto remuneradas como sin remunerar cuando las políticas y los programas sociales, laborales, de empleo, de la educación y sanitarios fomenten su total participación en las actividades socioeconómicas, culturales y espirituales, de acuerdo con sus derechos humanos básicos, capacidades, necesidades y preferencias. (p. 98)

Para dar cumplimiento y propiciar la participación en la vejez como en todo el curso vital es necesario,

proporcionar oportunidades de educación y aprendizaje durante el ciclo vital, reconocer y permitir la participación activa de las personas en las actividades de desarrollo económico, el trabajo formal e informal y las actividades de voluntariado a medida que envejecen, de acuerdo con sus necesidades, preferencias y capacidades individuales, alentar a las personas a participar plenamente en la vida de la comunidad familiar a medida que envejecen. (OMS, 2002, p. 101)

Es importante resaltar que el pilar de la participación para el envejecimiento activo constituye una oportunidad para que las personas puedan tener mayores ingresos o mejorarlos, como también tener una mejor salud física y mental. Asimismo, se debe resaltar que la participación permite que las personas puedan influir en los diferentes escenarios políticos, sociales y económicos durante el curso de vida.

- **Seguridad**

La seguridad constituye la “más importante de las necesidades humanas. En su ausencia, no podemos desarrollar plenamente nuestro potencial ni envejecer activamente” (Centro Internacional de Longevidad Brasil, 2015, p. 48). Por lo tanto, la inseguridad constituye un elemento negativo que afecta la salud física, las emociones y el contexto social. En dicho sentido, la inseguridad trae consigo unos efectos negativos que se pueden ver traducidos en “conflicto, efectos del cambio climático, desastres naturales, enfermedades epidémicas, crimen organizado, trata de personas, victimización delictiva, violencia interpersonal, abuso y discriminación, así como recesiones económicas y crisis financieras tanto repentinas como prolongadas” (Centro Internacional de Longevidad Brasil, 2015, p. 48).

En consecuencia, la OMS (2002) afirma que “cuando las políticas y los programas aborden las necesidades sanitarias, sociales, económicas y de seguridad física y los derechos de las personas mayores, éstas verán garantizadas su protección, su dignidad y su asistencia” (p. 98). Para brindar la seguridad es necesario implementar,

la protección, la seguridad y la dignidad de las personas ancianas abordando los derechos y las necesidades de seguridad social, financiera y física de las personas a medida que envejecen y reducir las desigualdades en los derechos de seguridad y en las necesidades de las mujeres mayores. (OMS, 2002, p. 103)

Por lo tanto, la seguridad de la población es un eje fundamental en el proceso de envejecimiento, ya que debe propender acciones que brinden condiciones mínimas para poder envejecer, en ese sentido la seguridad constituye un marco de protección a la sociedad en dos sentidos: beneficio y compensación; cuando las personas no pueden valerse de sí mismas, por medio de subsidios se soportan las necesidades; o compensaciones por ahorros o aportes a entidades fruto del trabajo y ahorro.

- **Aprendizaje continuo a lo largo de la vida**

El Centro Internacional de Longevidad Brasil (2015) indica que el aprendizaje a lo largo de la vida, “es importante no solo para la empleabilidad sino también para reforzar el bienestar [...] de apoyo a otros pilares del envejecimiento activo. Nos equipa para mantenernos saludables, y permanecer competentes y comprometidos en la sociedad” (p. 46).

Aunque el aprendizaje se adquiere durante las primeras etapas de la vida con el pasar del tiempo se logra evidenciar que las personas en edad adulta siguen buscando oportunidades de aprendizaje, ya sea por seguir especializándose o por crecimiento personal. Por consiguiente, es posible afirmar que si se logra generar oportunidades de aprendizaje durante toda la vida esto se verá evidenciado positivamente en temas relacionados con la salud, la seguridad y la participación.

#### 6.5.4 Determinantes del envejecimiento activo.

La Organización Mundial de la Salud establece un conjunto de determinantes interrelacionados entre sí y que influyen en la manera en cómo las personas envejecen de manera activa. A continuación, se presentan de manera gráfica los determinantes del envejecimiento activo establecidos por la OMS.



*Figura 5.* Determinantes del envejecimiento activo.  
Fuente: Centro Internacional de Longevidad Brasil, (2015).

De acuerdo con la figura anterior, los determinantes del envejecimiento activo que se describen a continuación son promulgados por la OMS en el año 2002 como aporte de la Segunda Asamblea Mundial de las Naciones Unidas sobre el Envejecimiento celebrada en España el mismo año. Cada uno de estos determinantes están encaminados a la importancia de la prevención de factores negativos durante el proceso de envejecimiento y en general en



el transcurso del curso vital del ser humano como lo son las enfermedades, ya que según Limón (2018) “los orígenes del riesgo de enfermedad crónica comienzan en la primera infancia” (p. 48).

Así mismo, el Centro Internacional de Longevidad Brasil (2015) afirma que “todos los determinantes interactúan formando una red dinámica de condiciones de protección (...). Al mismo tiempo, cada determinante influye también, de manera concreta, en el envejecimiento activo”. Por tanto, “el envejecimiento activo es la interacción dinámica, a lo largo de toda la vida, del riesgo y la protección en la persona y en su entorno” (p. 51).

Adicionalmente, estos determinantes se encuentran relacionados con los pilares que se retoman en el tópico de envejecimiento activo, (salud, participación, seguridad, aprendizaje continuo a lo largo de la vida) ya que constituyen la base en la promoción de la calidad de vida de las personas en el proceso de envejecimiento, “las personas que permanecen sanas a medida que envejecen tienen menos impedimentos para continuar trabajando” (OMS, 2002, p. 81) y así poder seguir participando no solo a nivel económico, sino también a nivel educativo, cultural, político y social, además de evitar y prevenir factores negativos o de dependencia especialmente en las personas mayores.

#### ***6.5.4.1 Determinantes Transversales: Cultura y Género.***

La cultura y el género son determinantes transversales al proceso de envejecimiento activo, pues estos dos factores influyen sobre el resto de los determinantes, por lo tanto envejecer corresponde a un proceso que no es homogéneo para todas las personas sino que por el contrario depende de ciertos factores y está mediado en particular por la cultura y el género, pues “existen importantes diferencias en las formas de envejecer entre diferentes culturas y entre varones y mujeres” (Cobo y Espinosa, 2008, p. 305).

Lo anterior, ocasiona que envejecer sea un proceso diferente tanto para hombres como para mujeres dependiendo de la cultura en la que se encuentren inmersos. La OMS (2002) en relación a la cultura expresa que,

la cultura, que rodea a las personas y poblaciones, determina la forma en que envejecemos porque influye sobre todos los demás determinantes del envejecimiento activo (...). Los valores y las tradiciones culturales determinan en gran medida la forma en que una sociedad dada considera a las personas mayores y al proceso de envejecimiento. (p. 82)

Todas las culturas transmiten creencias sobre el envejecimiento y las personas mayores, tanto positivas como negativas. Estos estereotipos influyen en las actitudes y comportamientos de respuesta ante el propio envejecimiento y ante las personas mayores, tanto como grupo o como individuo. (Centro Internacional de Longevidad Brasil, 2015, p.53)

Por tanto, el envejecimiento está influenciado directamente por la cultura a la que se pertenezca, un ejemplo de esto son los imaginarios y creencias sobre este proceso lo cual puede dificultar que se logre tener un envejecimiento activo, ya que en ocasiones se tiende a pensar que el envejecimiento corresponde solo a la etapa del curso vital de la vejez y por ello en ocasiones no se llevan a cabo estrategias o actividades en etapas anteriores a esta que permita en todas las edades la optimización de oportunidades sobre la manera de lo que implica envejecer.

Existen investigaciones las cuales muestran de manera generalizada una percepción negativa en torno a la vejez lo cual tiene un impacto negativo en la autoestima de las personas que se encuentran en esta etapa y que a su vez influyen sobre la salud funcional, puesto que la discriminación por razones de edad se convierte en un factor de riesgo en personas de edades avanzadas (Centro Internacional de longevidad Brasil, 2015). Por consiguiente, para las personas que ya se encuentran en la vejez se convierte en muchas ocasiones un limitante la edad para generar acciones en torno al envejecimiento activo ya que, a raíz de las percepciones negativas, estas personas sienten que no pueden realizar actividades en pro de su bienestar físico, psicológico y social.

Por otro lado, en relación al género como se mencionó anteriormente este es “un determinante transversal del envejecimiento activo y refleja enormes desventajas de las mujeres” (Cobo y Espinosa, 2008, p. 305). Asimismo, Vidriales, Hernández, y Plaza (como se citó en Limón, 2018) señalan que,

el género es una construcción social que influye en la manera que cada grupo social determina las funciones, comportamientos esperados y deseados y los atributos que se asignan a los hombres y las mujeres en cada sociedad, a partir de las diferencias biológicas (sexo). Tanto el género como la cultura están ligados a factores sociales, y, por lo tanto, condicionan a la persona a lo largo de su vida. (p. 47)

Además, el Centro Internacional de Longevidad (2015) en relación a las diferencias existentes entre hombres y mujeres expresa que,

las suposiciones que se hacen sobre hombres y mujeres desde el nacimiento en adelante determinan las oportunidades y riesgos para el envejecimiento activo en todas las áreas de la vida. A pesar de los importantes avances realizados en muchos

países en las últimas décadas, aún se mantienen diferencias significativas entre mujeres y hombres. La acumulación de estas disparidades tiene un poderoso impacto en la salud y en el bienestar de las personas mayores en multitud de formas, siendo enormemente significativo en la sociedad en general. (p. 54)

Así mismo, Ramos, Yordi y Miranda (2016) indican que “el género tiene un profundo efecto en el estatus social, el acceso a la educación, el trabajo, la salud y la alimentación” (p.335). Así, el informe de la OMS Women, Ageing and Health (como se citó por el Centro Internacional de Longevidad Brasil, 2015) muestra severas inequidades específicas de género:

- Las niñas y las mujeres tienen menos acceso a los alimentos nutritivos, a actividad física saludable y a dormir adecuadamente.
- Las niñas y las mujeres tienen menos acceso a la educación y a oportunidades para la participación y el desarrollo personal fuera del hogar.
- En la educación y en el mercado laboral, los estereotipos de género restringen las oportunidades de elección de carreras por parte de las mujeres, así como el nivel de aspiraciones, salario y pensión por jubilación.
- Las mujeres pueden no estar facultadas para heredar los bienes familiares, o para recibir una compensación económica justa después de un divorcio.
- Las expectativas relacionadas con el papel tradicional de la mujer como cuidadora en la familia a menudo limitan sus posibilidades de desarrollo personal y profesional fuera del hogar, así como su seguridad financiera actual y futura. (p. 55)

Adicionalmente, en relación a este último ítem en cuanto al papel de las mujeres como cuidadoras la OMS (2002) establece que “también puede contribuir al aumento de la pobreza y a la mala salud en la ancianidad. Algunas mujeres se ven forzadas a renunciar a un empleo remunerado para hacerse responsables del papel de cuidadoras” (p. 82).

Lo anterior, ocasiona que muchas mujeres al desempeñar ese papel no tengan acceso a un empleo remunerado que les permita generar ingresos y tener un ahorro inmediato o a futuro para cubrir sus necesidades y por tanto al no contar con un empleo remunerado el acceso a seguridad social y prestaciones sociales también se ve limitado generando un factor de riesgo en comparación a los hombres, pues los ingresos económicos son significativamente inferiores en las mujeres y “el alto nivel económico es más protector en los varones que en las mujeres” (Cobos y Espinosa, 2008, p. 306).

Por último, el género es un factor que influye sobre la manera de envejecer y las condiciones en las que se envejece, por tanto el género tiene un efecto sobre la manera en que se materializa el envejecimiento activo, pues en algunas sociedades actuales se sigue dando mayor valor y superioridad al hombre lo que ocasiona un impacto a futuro sobre la mujer y en especial sobre las mujeres mayores pues como lo indica Cobos y Espinosa (2008) “la población de personas mayores, las mujeres son más numerosas que los varones y tienen unas características sociodemográficas y de salud definidas y diferentes. En la ancianidad, el hecho de ser mujer es un factor que genera importantes desigualdades” (p. 305).

#### ***6.5.4.2 Determinantes relacionados con los sistemas sanitarios y los servicios sociales.***

Para fomentar el envejecimiento activo, es necesario que los sistemas sanitarios tengan una perspectiva del ciclo vital completo y se orienten a la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades y el acceso equitativo tanto a una atención primaria como a una asistencia de larga duración de calidad. (OMS, 2002, p. 83)

Por lo anterior, es necesario que los servicios sociales y de salud sean accesibles y equitativos a todas las personas y tengan en cuenta el modelo de curso de vida y sus características, pues el envejecimiento activo incluye a las personas de todas las edades, como lo expresa el Centro Internacional de Longevidad Brasil (2015),

el modelo de curso de vida del envejecimiento activo es intrínseco al planteamiento de que el conjunto de servicios brindados en las sociedades que envejecen deben dirigirse a metas múltiples, tanto en relación a la capacidad funcional durante la vida de una persona, como a una amplia gama de enfermedades y niveles de discapacidad. (p. 72)

Los sistemas sanitarios y servicios sociales están comprendidos por los siguientes factores: promoción de la salud y prevención de las enfermedades, servicios curativos, asistencia de larga duración y servicios de salud mental.

#### ***-Promoción de la salud y prevención de las enfermedades***

La promoción de la salud es el proceso que permite a las personas controlar y mejorar su salud. La prevención de las enfermedades incluye la prevención y el tratamiento de las patologías que son especialmente frecuentes a medida que las personas envejecen: las enfermedades no transmisibles y las lesiones. La prevención se refiere tanto a la prevención

«primaria» (por ejemplo, evitar el tabaquismo) como a la prevención «secundaria» (por ejemplo, la detección selectiva precoz de las enfermedades crónicas), o a la prevención «terciaria» por ejemplo, el tratamiento clínico apropiado de las enfermedades. (OMS, 2002, p. 83)

Tanto la promoción de la salud como la prevención de las enfermedades resultan ser aspectos relevantes en el proceso de envejecimiento activo pues la promoción de la salud permite “proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma” (Centro Internacional de Longevidad Brasil, 2015, p. 76) y en la prevención de enfermedades permite a aquellas personas que no han sido diagnosticadas con alguna enfermedad poder generar estrategias para que a futuro no desarrollen patologías, lo cual conlleva a mejorar la calidad de vida.

#### *-Servicios curativos*

Los servicios curativos hacen referencia a la posibilidad de acceder a sistemas de tratamiento que permita a las personas complementar los procesos de curación de enfermedades o prevención para evitar llegar a padecerlas, estos servicios curativos pueden ser de diferente índole como terapias.

Asimismo, la OMS (2002) indica que “aunque se realicen los mejores esfuerzos en promover la salud y prevenir las enfermedades, las personas se ven expuestas a un riesgo creciente de desarrollar enfermedades a medida que envejecen” (p. 83). Por lo anterior, se hace necesario que todas las personas puedan acceder a los servicios curativos como forma de aumentar y mantener condiciones favorables de salud.

Por lo tanto, el acceso a atención primaria permite a las personas que tienen algún tipo de enfermedad llevar a cabo un proceso curativo por medio de tratamientos, la OMS (2002) indica que,

acceder a los servicios curativos se hace indispensable. Como la inmensa mayoría de las personas ancianas de un país determinado viven en la comunidad, el sector de asistencia sanitaria primaria debe ofrecer la mayoría de los servicios curativos. Este sector es el mejor equipado para remitir a los pacientes a los niveles de asistencia secundaria y terciaria, donde se proporciona la mayor parte de la atención de emergencia y de casos graves. (p. 83)

Por consiguiente, la atención primaria en salud es “la columna vertebral de todos los servicios de salud, (...) brindan los servicios en primera línea para la prevención, la detección

precoz, controlar enfermedades crónicas y manejar discapacidades” (Centro Internacional de Longevidad Brasil, 2015, p. 76). Así pues, la atención primaria es una pieza fundamental en los servicios curativos en salud, pues se convierten en la primer línea respondiente conformado por un grupo de profesionales que se encargan de prescribir los servicios curativos que sean necesarios, como de remitir a otros niveles de asistencia que permitan la prevención y/o control de enfermedades así como el manejo de personas que tengan alguna limitación física o mental, por ello este primer nivel de atención debe contar con unos medios aceptables que permitan a toda la comunidad acceder a estos servicios.

Por último, la OMS (2002) refiere que a medida que la población va envejeciendo se incrementa la demanda de personas que requieren fármacos como medio para detener, retrasar y/o tratar aquellas enfermedades que necesitan de medicamentos o como medio para aliviar dolencias, por ello se hace necesario garantizar a toda la población el acceso a los medicamentos básicos para atender sus necesidades particulares, resaltando la importancia de que el suministro de medicamentos se dé de forma eficiente.

#### *-Asistencia de larga duración*

La asistencia de larga duración permite a aquellas personas que por diferentes circunstancias tienen algún tipo de limitación poder contar con el apoyo y la asistencia de cuidadores ya sean profesionales del área de la salud o cuidadores informales como personas cercanas a su red social de apoyo, llevar a cabo actividades en pro de su salud como alternativa para complementar aquellos aspectos que la persona no pueda realizar por sí misma o que requiere de una medida especial, en particular la OMS (como se citó OMS, 2002) define la asistencia de larga duración como,

el sistema de actividades desarrolladas por cuidadores informales (familia, amigos, vecinos) o profesionales (servicios sanitarios y sociales) para garantizar que una persona que no pueda valerse por sí misma pueda llevar una vida con la mayor calidad posible, según sus gustos personales, y con el mayor grado posible de independencia, autonomía, participación, realización y dignidad humana. (p. 83)

De acuerdo a lo anterior, dicha asistencia puede ser desde dos perspectivas: formal o informal e incluyen aquellos tratamientos para acabar o retrasar la enfermedad o discapacidad y los cuales pueden ser de diferente índole como atención primaria, asistencia domiciliaria, servicios de rehabilitación y cuidados paliativos (OMS, 2002). Cabe mencionar como se ha evidenciado en las conceptualizaciones anteriores, el tratamiento de las enfermedades suele

ser un eje que está presente en los procesos y factores que influyen sobre los servicios de salud, por ello se debe garantizar que dichos tratamientos y medidas sean de carácter prevalente y asequible para todas las personas, independiente a aspectos sociales o económicos.

#### *-Servicios de salud mental*

La salud mental juega un papel importante en relación a los servicios sociales y de salud, pues la salud no solo se trata de la ausencia de patologías sino como lo expresa la OMS (2006) comprende “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (párr. 1). Por tanto, la salud mental incluye una serie de actividades relacionadas tanto de manera directa como indirecta con el aspecto de bienestar mental (OMS, 2020). Así, la salud mental según la OMS (2013) es “un estado de bienestar en el que la persona materializa sus capacidades y es capaz de hacer frente al estrés normal de la vida, de trabajar de forma productiva y de contribuir al desarrollo de su comunidad” (p. 42).

Los servicios de salud mental, que desempeñan un papel crucial en el envejecimiento activo, deben formar parte integral de la asistencia de larga duración. Es necesario prestar especial atención al insuficiente diagnóstico de las enfermedades mentales (sobre todo la depresión) y a los índices de suicidio entre las personas mayores (OMS, como se citó en OMS, 2002, p. 83).

En general las personas y en especial las personas mayores suelen dejar de lado el cuidado de su salud mental, pues se asocia erróneamente a estados de “locura” por lo que evitan buscar orientación profesional, lo cual puede ser un factor correspondiente al bajo porcentaje de casos diagnosticados con trastornos mentales en relación con todas las personas que quizás efectivamente padecen de estos, quedando así casos ocultos y sin ninguna asistencia.

Además de lo anterior, se debe tener en cuenta el efectivo acceso a tratamientos y/o psicoterapias para tratar la salud mental, pues como lo informa la OMS (como se citó en Rojas, Castaño y Restrepo, 2018),

muchos países solo se invierte el 2 % del total de los recursos de la salud, siendo el gasto anual promedio en salud mental inferior a US\$ 3 por habitante y en los países de bajos ingresos, US\$ 0,25 por habitante, donde la escasez de psiquiatras, enfermeras, psicólogos y trabajadores sociales son algunos de los principales obstáculos. (p. 131)

Por ello, los servicios de salud mental deben ser parte fundamental de la atención integral que se le brindan a todas las personas, reconociendo el acceso a estos servicios como un derecho pero que además cuente con una realización efectiva de los mismos garantizando a todos el adecuado y suficiente acceso a estos servicios, en especial a las personas mayores, Rojas *et al.* (2018) indican que para el 2050, “el porcentaje de personas mayores pasará del 8% al 19%, mientras que los niños descenderán del 33 % al 22 %. Este cambio demográfico plantea retos, entre ellos, atender las enfermedades mentales, principalmente la depresión, la ansiedad y el deterioro cognitivo” (p. 134).

Por lo tanto, con el actual envejecimiento demográfico en Colombia es necesario diseñar acciones multidisciplinarias que permitan atender estas situaciones, en especial a las personas mayores que experimentan trastornos de salud mental pues como lo refiere la OMS (2020) estas personas se ven en muchas ocasiones privadas de vivir una vida de manera independiente por diferentes circunstancias (problemas físicos, mentales, entre otros aspectos), además suelen presentar la pérdida de seres queridos, la disminución de ingresos lo cual puede conllevar a padecer problemas de salud mental relacionados con el aislamiento, soledad y angustia, lo que ocasiona que necesiten con mayor frecuencia de una asistencia de larga duración.

#### ***6.5.4.3 Determinantes conductuales.***

Los determinantes conductuales son un factor que influyen de manera considerable en el envejecimiento activo, pues a lo largo del curso vital las personas van desarrollando comportamientos y adquiriendo hábitos que inciden en la forma de envejecer y que en ocasiones llegan a reflejarse solo con el paso del tiempo y de los años, generando un impacto positivo o negativo principalmente en la vejez. No obstante, los hábitos adquiridos no son algo definitivo en vida de las personas, sino que por el contrario estos comportamientos pueden modificarse en pro del bienestar, la OMS (como se citó en Ramos *et al.*, 2016) expresa lo siguiente en relación a la etapa de la vejez,

una de las falsas creencias en relación a la vejez es pensar que es demasiado tarde para adoptar estilos de vida saludables y que los ancianos no pueden cambiar de comportamiento. Por el contrario, realizar una actividad física adecuada y regular, comer saludablemente, mantener hábitos sanos como el dejar de fumar, no abusar del alcohol y los medicamentos, se ha demostrado que previenen las enfermedades y



retardan el declinar funcional, con lo cual se prolonga la longevidad y mejora considerablemente la calidad de vida. (p. 334)

Lo anterior permite establecer que como lo indica la OMS (2002) “la adopción de estilos de vida saludables y la participación activa en el propio autocuidado son importantes en todas las etapas del curso vital” (p. 84).

Por ello, es importante adoptar estilos de vida saludable en todas las edades y no solo adquirirlos cuando ya se está próximo a la vejez o en esta etapa por cuestiones de salud. El Centro Internacional de Longevidad Brasil (2015) indica que “las conductas saludables promueven una vida más larga, una óptima capacidad funcional y bienestar, mientras que los comportamientos no saludables aumentan los riesgos de mortalidad, enfermedad y discapacidad” (p. 57).

A continuación, se señalan los factores que inciden en los determinantes conductuales y que se retoman para la investigación, pues se considera que dichos factores pueden ayudar de acuerdo con Limón y Ortega (2011) a “prevenir o retrasar el envejecimiento y prolongar la independencia de las personas en edades avanzadas” (p. 232).

#### *-Tabaquismo*

El tabaquismo es una de las principales causas de enfermedades no transmisibles y la OMS (2002) establece que “a medida que envejecen las personas, las enfermedades no transmisibles (ENT) se convierten en las principales causas de morbilidad, discapacidad y mortalidad en todas las regiones del mundo” (p. 80). Por ello, se debe promover estilos de vida y comportamientos que permitan a las personas evitar enfermedades no transmisibles.

El consumo de tabaco es un problema de salud que pone en riesgo tanto a aquellas personas que lo consumen como a quienes se encuentran presentes al momento que la persona fuma, generando un consumo pasivo a causa del humo. Esta pasividad en el consumo del tabaco puede llegar a ocasionar problemas respiratorios si se está expuesto constantemente.

Sin embargo, el tabaquismo puede ser modificado tanto en jóvenes como en las personas mayores, pues “fumar no sólo aumenta el riesgo de enfermedades como el cáncer de pulmón, sino que también está relacionado negativamente con factores que pueden llevar a importantes pérdidas de la capacidad funcional”. (OMS, 2002, p. 84)

En muchas regiones, fumar está asociado con una menor educación y con ingresos más bajos, especialmente entre hombres. Las personas con menor formación y más pobres pueden

estar menos al tanto de los riesgos para la salud que conlleva el uso del tabaco, pueden consumirlo como una forma de manejar el estrés, o fuman porque lo perciben como uno de los pocos placeres en una vida difícil. Su medio social es menos propenso a apoyar los esfuerzos para dejarlo. La trágica ironía es que el tabaco no sólo daña la salud, sino que financieramente empobrece a los ya empobrecidos. (Centro Internacional de Longevidad Brasil, 2015, p. 58)

### *-Alimentación sana*

Una alimentación saludable ayuda a prevenir enfermedades y proteger la salud, de acuerdo con Mariño, Núñez y Gámez (s.f) es uno de los principales aspectos en la promoción de la salud y que permite a su vez mantener una buena salud durante todo el curso de la vida.

Por el contrario, una mala nutrición acompañada de malos hábitos alimenticios, como comer a deshoras, tomar excesivamente bebidas gaseosas o alcohólicas, no tomar agua, evitar las frutas y/o consumir en grandes cantidades comidas rápidas, entre otros hábitos, representan riesgos considerables para la salud que pueden llegar a ocasionar enfermedades crónicas.

Los problemas de alimentación y seguridad alimentaria en todas las edades incluyen tanto la desnutrición (de forma especial, aunque no exclusiva, en los países menos desarrollados) como el consumo excesivo de calorías. En las personas mayores, la nutrición incorrecta puede estar causada por el acceso limitado a los alimentos, las penurias socioeconómicas, la falta de conocimientos e información sobre nutrición, la incorrecta elección de los alimentos (por ejemplo, comer comidas ricas en grasas), las enfermedades y el uso de medicamentos, la pérdida de los dientes, el aislamiento social y las discapacidades cognitivas o físicas que inhiban la propia capacidad para comprar alimentos y prepararlos, las situaciones de emergencia y la falta de actividad física. (OMS, 2002, p. 105)

Por lo anterior, se debe promover estilos de hábitos saludables que incentiven a tener una alimentación saludable y que permita a todas las personas tener una buena salud, disminuyendo así la vulnerabilidad de adquirir enfermedades relacionadas a la nutrición. No obstante, es importante reconocer que el tener una alimentación sana en ocasiones depende del acceso a los alimentos el cual se puede ver limitado por el poder adquisitivo de las personas lo que les impide mantener una alimentación balanceada, asimismo, la OMS (2020) afirma que, “las personas mayores que viven en viviendas comunitarias suelen comer mal debido al aislamiento social y la pobreza” (p. 85).

### *-Actividad física*

Los beneficios de realizar actividad física tienen impactos positivos sobre la salud física y mental, por ello es importante adoptar estilos de vida que conlleven a la realización de actividad física en todas las edades. El Centro Internacional de Longevidad Brasil (2015) establece que,

el ejercicio es una de las acciones más importantes para promover el envejecimiento activo. Nunca es demasiado tarde para cosechar los beneficios de la actividad física. Reduce los riesgos de enfermedades cardíacas y accidentes cerebrovasculares, diabetes, cáncer, depresión, caídas y deterioro cognitivo; preserva la movilidad, la fuerza muscular, la resistencia, la fuerza ósea, el equilibrio y la coordinación (p. 58).

Así mismo, la OMS (2002) indica que “la participación periódica en actividades físicas moderadas puede retrasar el declive funcional y reducir el riesgo de enfermedades crónicas tanto en los ancianos sanos como en aquellos que sufren enfermedades crónicas” (p. 84). Por tanto, la práctica de actividades físicas u ocupacionales permiten a las personas y en especial a las personas mayores aumentar su nivel de independencia generando mayores opciones de movilidad y evitando la aparición de enfermedades tanto físicas como mentales, pues en relación a esta última ayuda a prevenir y reducir aspectos como la ansiedad, estrés, la depresión y a su vez mejora la motivación y la confianza de las personas.

No obstante, existe un gran porcentaje de personas que no realizan ningún tipo de actividad física lo cual ocasiona sedentarismo y como se mencionó anteriormente a largo plazo puede llevar a la aparición de enfermedades no transmisibles, por ello es recomendable realizar constantemente actividades físicas o lúdicas, pues según la OMS (2002) “un estilo de vida activo mejora la salud mental y suele favorecer los contactos sociales (...). Las poblaciones con ingresos bajos, las minorías étnicas y las personas mayores con discapacidades son las que tienen una mayor probabilidad de permanecer inactivas” (p. 84).

Por lo anterior, se deben promover programas que permitan a todas las personas y en especial a grupos poblacionales con limitaciones económicas, físicas o cognitivas acceder a la actividad física y contar con espacios adecuados para la realización de la misma permitiéndoles contar con oportunidades de practicar el ejercicio o la actividad física como medio para envejecer activamente.

### *-Salud bucal*

La higiene dental es muy importante pues ayuda a eliminar bacterias y a prevenir enfermedades como caries, gingivitis o incluso la pérdida de dientes, lo cual puede conllevar a crear como lo indica la OMS (2002) “una carga financiera para las personas y la sociedad y pueden reducir la autoconfianza y la calidad de vida” (p. 85).

Por ello, se debe promover la higiene dental como una rutina diaria necesaria en todas las edades, contribuyendo a evitar la aparición de enfermedades no transmisibles relacionadas con problemas de salud bucal, además que dicha prevención, un hábito correcto de cepillado y visitas periódicas al odontólogo permiten evitar gastos a futuro por problemas dentales que en muchas ocasiones no son cubiertos por los sistemas de salud.

Adicionalmente, es importante mencionar que las enfermedades bucodentales en su mayoría corresponden a una mala higiene bucal más que al proceso de envejecimiento. No obstante, con la transición demográfica y el aumento en la esperanza de vida uno de los aspectos importantes a tener en cuenta en las personas mayores es la salud bucodental.

Para el caso de Latinoamérica de acuerdo con Sánchez (2009) “el 75% de los ancianos no visitan con frecuencia al dentista y es un hecho irrefutable que no se mantiene una buena salud bucodental durante esa etapa de la vida” (p. 134). Por ello, se requiere de acciones, estrategias y tratamientos que permitan a las personas a medida que envejecen contar con una adecuada salud bucodental, pues esta beneficia directamente la calidad de vida al poder comer y disfrutar los alimentos, además de aumentar la confianza de las personas.

### *-Descanso*

Lograr un sueño adecuado es un factor que contribuye a un envejecimiento activo y que suele ser ignorado. Dormir regularmente dos horas menos que las 8 horas recomendadas por noche aumenta el riesgo de obesidad, diabetes y enfermedad cardiovascular, y reduce la resistencia a las infecciones, a la vez que perjudica el aprendizaje, la memoria y la resolución de problemas. (Centro Internacional de Longevidad Brasil, 2015, p. 60)

Adicionalmente, Echávarri y Erro (2007) mencionan que a medida que se envejece la estructura del sueño cambia, ocasionado que la cantidad de horas en las que se duerme empiecen a disminuir conforme pasan los años, reduciendo así, la cantidad de sueño lento y aumentando el sueño ligero.

Asimismo, el Centro Internacional de Longevidad Brasil (2015) expresa que “las personas mayores suelen experimentar dificultad en conciliar un sueño adecuado como

resultado de los cambios normales relacionados con la edad, así como por situaciones que provocan perturbaciones secundarias en el sueño” (p. 60). Por tanto, es frecuente encontrar que las personas mayores a medida que envejecen duermen menos tiempo ocasionado principalmente por trastornos del sueño y quienes deben consumir fármacos para lograr conciliar dicho sueño, por tanto, también se aumenta el consumo de medicamentos a causa de este factor en este grupo etario.

Por lo anterior, “los adultos que experimentan una privación crónica del sueño pueden tener menos resiliencia y una mayor vulnerabilidad en su salud a medida que envejecen” (Centro Internacional de Longevidad Brasil, 2015, p. 60). Dichos problemas relacionados con la falta de sueño pueden conllevar a cambios en los estados de ánimo, agotamiento, dificultad para concentrarse, irritabilidad entre otros aspectos que ocasionan que la salud se vea comprometida.

#### *-Alcohol*

El consumo de alcohol es un factor que puede llegar a ocasionar problemas de salud si se ingiere en grandes cantidades y de manera frecuente, afectando a cualquier persona que exceda su consumo llegando incluso a generar dependencia. Asimismo, cabe resaltar que “en todos los rangos de edad, muchos más hombres son grandes bebedores en comparación con las mujeres. Los niños, adolescentes y personas mayores son más vulnerables a los efectos del alcohol” (Centro Internacional de Longevidad Brasil, 2015, p. 61).

El Centro Internacional de Longevidad Brasil (2015) indica que “beber está asociado a más de 200 problemas de salud, de acuerdo a la OMS, aunque las enfermedades cardiovasculares y la diabetes son las causas de muerte más frecuentes relacionadas con el alcohol” (p. 61). Por lo tanto, la mayor parte de estos trastornos son enfermedades no transmisibles, entre las cuales se encuentran distintos tipos de cáncer, las enfermedades cardiovasculares y la cirrosis hepática. En el grueso de las enfermedades y lesiones causadas por el alcohol hay una relación dosis-efecto: a mayor consumo, mayor riesgo de que haya una consecuencia negativa. (OPS como se citó en la OMS, 2014)

Por último, la OMS (2002) refiere que las personas mayores que consumen alcohol presentan un mayor riesgo de tener caídas y lesiones. Adicionalmente debido a que este grupo etario es caracterizado por consumir en la mayoría de ocasiones medicamentos para diferentes afecciones, este representa un factor de alto riesgo si se mezclan medicamentos y alcohol pues afecta la salud y puede ser un peligro para la vida misma.

### *-Medicamentos*

Existe una mayor probabilidad de consumo de medicamentos en personas mayores que otros grupos etarios, la OMS (2002) afirma que “puesto que las personas ancianas tienen habitualmente problemas de salud crónicos, tienen una mayor probabilidad que la gente joven de necesitar y usar medicamentos (tradicionales, sin receta y con receta)” (p. 85).

No obstante, en algunos países las personas mayores que cuentan con bajos ingresos tienen menor probabilidad de acceder a un sistema de salud que les garantice el acceso a los medicamentos necesarios, aunque existe un lado opuesto en el que en ocasiones se excede la cantidad de medicamentos formulados a dichas personas mayores que poseen un seguro médico (OMS, 2002).

Por lo anterior, además de garantizar a las personas el acceso a los medicamentos necesarios para atender las situaciones particulares, la prescripción de medicamentos debe realizarse de una manera ética y cuidadosa por el personal médico pues, en muchas ocasiones el consumo de fármacos es excesivo en especial en las personas mayores, pueden ser reemplazados por otro tipo de productos naturales o hábitos que no generen dependencia y que por el contrario contribuyan a mejorar el estado de salud de las personas.

### *- Cumplimiento terapéutico*

El cumplimiento terapéutico implica adoptar y mantener una amplia gama de conductas (por ejemplo, una dieta sana, la actividad física, no fumar), así como tomar los medicamentos bajo la dirección de un profesional sanitario (OMS, 2002, p. 86).

Este cumplimiento terapéutico es importante puesto que no se trata solo de tomar los medicamentos prescritos por el personal médico siguiendo todas las recomendaciones para su consumo, sino que por el contrario requieren de medidas adicionales que permitan complementar y garantizar la adhesión al tratamiento.

Por lo tanto, la adhesión al tratamiento debe ser vista desde una mirada integral y no sólo desde aspectos farmacológicos en términos de solo consumir medicamentos, sino que debe contemplar aspectos importantes como la dieta, la actividad física y en general adopción de estilos de vida saludable que permiten evaluar la adherencia de una manera integral.

Por último, el incumplimiento terapéutico como lo expresa la OMS (2002) disminuye la eficacia de los tratamientos, generando repercusiones en la calidad de vida de las personas y a nivel del Estado afecta en los presupuestos económicos de los sistemas de salud, pues genera

consecuencias en la salud pública, al recaer continuamente en problemas de salud a causa de no seguir las recomendaciones del personal de salud.

#### ***6.5.4.4 Determinantes relacionados con los factores personales.***

En estos determinantes según la OMS (2002) y el Centro Internacional de Longevidad Brasil (2015) se deben tener en cuenta los factores biológicos y/o genéticos, los factores psicológicos y los factores relacionados con la orientación y la identidad sexual. A continuación, se abordarán cada uno de ellos.

##### *-Biología y genética*

Si bien, “la biología y la genética influyen en gran medida en cómo envejece una persona” (OMS, 2002, p. 86) es posible afirmar “que los factores genéticos no representan más del 25% de diferencia en la edad de fallecimiento de los individuos, y que parte de la resistencia o de la tendencia a muchas enfermedades son también hereditarias” (Centro Internacional de Longevidad Brasil, 2015, p. 62).

Por tanto, los factores biológicos y genéticos influyen en el proceso de envejecimiento, sin embargo la OMS (2002) indica que “aunque los genes pueden estar involucrados en la causa de las enfermedades, en muchas de ellas la causa es medioambiental y externa en mayor grado que genética e interna” (p. 86), y aunque los factores biológicos y genéticos son innatos al envejecimiento humano es posible que “los factores ambientales y sociales influyen profundamente en el hecho de que estas disposiciones innatas se den o se manifiesten durante las etapas de desarrollo y envejecimiento” (Centro Internacional de Longevidad Brasil, 2015, p. 62).

##### *-Psicológico*

Para la OMS (2002) los factores psicológicos, “la inteligencia y la capacidad cognoscitiva (por ejemplo, la capacidad de resolver problemas y adaptarse a los cambios y a las pérdidas) son potentes predictores del envejecimiento activo y la longevidad” (p. 86). Aunque las capacidades para el aprendizaje y la memoria se ven afectadas de forma natural con el proceso de envejecimiento, es posible que estas pérdidas en gran medida se puedan causar mayormente por factores externos al envejecimiento (OMS, 2002), cabe mencionar, que el envejecimiento en sí mismo trae pérdidas cognitivas, las causas no son comparables en relación a otros factores.

En la etapa de la vejez las personas se pueden caracterizar por ser resilientes, más espirituales, emocionalmente más estables, altruistas, más optimistas, una mejor autoestima y autoaceptación (Centro Internacional de Longevidad Brasil, 2015). Lo anterior, es muestra de que en la etapa de la vejez existen prejuicios o estereotipos sobre las personas viejas, de tal forma que “muchas personas siguen teniendo capacidad de resistencia a medida que envejecen y, por lo general, los ancianos no se diferencian de los jóvenes, de modo significativo, en su capacidad de enfrentarse a la adversidad.” (OMS, 2002, p. 86)

Según el Centro Internacional de Longevidad Brasil (2015) existen seis dimensiones psicológicas que contribuyen a tener una vida más longeva y saludable, dichas dimensiones son “autonomía, dominio del entorno (habilidad para manejar el mundo que les rodea más inmediato), crecimiento personal, relaciones positivas con los demás, propósito en la vida y autoaceptación.” (p. 63). Por lo tanto, “estar en posesión de estas dimensiones puede brindar protección ante las variables sociales y económicas que tienen efectos negativos en la salud (como una baja educación y bajos ingresos)” (Centro Internacional de Longevidad Brasil, 2015, p. 63).

#### *-Orientación e identidad sexual*

La orientación e identidad sexual según el Centro Internacional de Longevidad Brasil (2015) durante todo el ciclo vital son características que fundamentan la diversidad de la humanidad y pueden ser experimentadas en diferentes contextos de cultura e historia. Estas características “repercuten en la autoestima, el estatus social, y en el bienestar físico y mental” (p. 63).

Aunque a lo largo de la historia a las personas LGBTI se les ha permitido expresarse cada vez más, el Centro Internacional de Longevidad Brasil (2015) identifica “un 82% de incidencia de victimización en LGBTI mayores al menos una vez en sus vidas y el 64% lo informaron un mínimo de tres veces” (p. 63). Adicionalmente, también se identifica que las personas mayores LGBTI “tienen un mayor riesgo de discapacidad (incluyendo VIH/sida, asma y diabetes) y angustia mental; además cuentan con tasas más altas de fumadores, uso alcohol/drogas, depresión y suicidio” (Centro Internacional de Longevidad Brasil, 2015, p. 63).



#### ***6.5.4.5 Determinantes del entorno físico.***

Los determinantes del entorno físico, como lo menciona el Centro Internacional de Longevidad Brasil (2015), son de vital importancia en el proceso de envejecimiento igual que los demás, pero se caracteriza por hacer parte de los “factores contextuales” o del entorno en el cual se encuentran todas las personas, especialmente las personas mayores, ya que permite establecer situaciones tanto de dependencia como de independencia teniendo en cuenta: las barreras físicas que les rodean, que tan posible es la movilidad en su entorno y que tan propensos son en adquirir nuevas enfermedades.

Unos entornos físicos que tengan en cuenta a las personas ancianas pueden establecer la diferencia entre independencia y dependencia para todas las personas, pero son de especial importancia para las que están envejeciendo. Por ejemplo, los ancianos que viven en un entorno inseguro o en zonas con múltiples barreras físicas son menos proclives a salir y, por tanto, son más propensas al aislamiento, a la depresión, y también a tener un peor estado físico y más problemas de movilidad. (OMS, 2002, p. 87)

Adicionalmente, el Centro Internacional de Longevidad Brasil (2015) afirma que el entorno físico debe propender por el bienestar en todas las etapas de la vida, pero en particular en la vejez,

los entornos físicos deben promover la actividad física individual y reducir los riesgos de lesiones, al mismo tiempo que alentar la participación, las relaciones sociales y apoyar la independencia. A nivel comunitario, un entorno físico acogedor fomenta las interacciones públicas, que crean cohesión social. (p. 64)

Dentro del entorno físico, la OMS (2002) retoma cuatro factores: el transporte; la seguridad de la vivienda; las caídas; agua limpia, aire puro y alimentos sanos, que de igual forma se tienen en cuenta para la elaboración del diagnóstico de la presente investigación y que se describen a continuación.

#### *-El transporte*

El primer factor importante en el entorno físico es el acceso a un transporte público adecuado teniendo en cuenta las capacidades de las personas mayores, esto influye en gran medida en sus oportunidades de movilización, ya que según el Centro Internacional de Longevidad Brasil (2015) “la movilidad personal depende en gran medida de que el transporte esté disponible, sea accesible, adecuado y asequible. Disponer de opciones de

transporte se hace cada vez más necesario cuando disminuyen las capacidades funcionales” (p.64).

Adicionalmente, el acceso de las personas mayores al transporte público se relaciona con la motivación que puedan tener por asistir y participar en actividades provechosas para su bienestar, frente a esto la OMS (2002) afirma que,

son necesarios unos servicios de transporte accesibles y asequibles para que las personas de todas las edades puedan participar plenamente en la vida familiar y comunitaria. Esto es de especial importancia en el caso de los ancianos que tienen problemas de movilidad. (p.87)

#### *-La seguridad de la vivienda*

En cuanto a este factor, la OMS (2002) afirma que tanto una vivienda como un vecindario adecuados y seguros influyen significativamente en la salud y la calidad de vida de las personas en cada etapa del curso de vida, pero especialmente en las personas mayores ya que pueden representar un obstáculo además de un riesgo cuando no se encuentran en entornos adecuados, lo cual genera el aumento en la dependencia y el aislamiento específicamente en esta población, además de una disminución en su capacidad de socializar e interactuar con su entorno y con otras generaciones. Para el Centro Internacional de Longevidad Brasil (2015) “las barreras arquitectónicas en el hogar constituyen una causa importante en la disminución de la capacidad funcional, incluyendo el funcionamiento cognitivo y el riesgo de caídas” (p. 65).

A lo anterior, se suma la posibilidad que tienen las personas mayores de acceder a varios servicios que necesiten o de tener cerca un apoyo familiar significativo al cual puedan acudir, “la ubicación, teniendo en cuenta la proximidad a los miembros de la familia, los servicios y el transporte pueden marcar la diferencia entre la interacción social positiva y el aislamiento” (OMS, 2002, p. 87).

Por otro lado, para que exista verdaderamente seguridad en la vivienda se deben realizar en ella modificaciones que aseguren espacios físicos óptimos, que así mismo garanticen especialmente a las personas mayores que puedan movilizarse de acuerdo a sus capacidades, como afirma Limón (2018) “es preciso, que se ajuste a las características y necesidades funcionales de estas, para que se desenvuelvan en un entorno libre de barreras, inclusivo y promotor de la vida independiente” (p. 48).

Adicional a lo anterior, las reformas que se realicen en la vivienda en pro del bienestar de las personas mayores representan a futuro múltiples beneficios para su salud, en términos de independencia por las labores que puedan realizar por sí mismos y una mayor prevención de accidentes y caídas.

Las modificaciones en el hogar pueden influir muy positivamente en el envejecimiento en el entorno habitual con una mejora en el uso de la vivienda, el aumento de la independencia en actividades cotidianas y una reducción medible en el número de caídas. Sin embargo, las adaptaciones en el hogar o de otras habitaciones alternativas pueden desencadenar un sentido de pérdida de control en las personas mayores si dichos cambios no son aceptados. (Centro Internacional de Longevidad Brasil, 2015, p. 65)

#### *-Las Caídas*

En cuanto a la capacidad funcional o de movilidad que tienen las personas mayores, un riesgo significativo al que se enfrentan son las caídas, debido a un entorno físico inadecuado o débil, ya sea interno (vivienda) o externo (entorno público) y representa un mayor riesgo para ellos teniendo en cuenta que son propensos a “lesiones debilitantes y dolorosas como consecuencia de caídas, incendios y accidentes de tráfico” (OMS, 2002, p. 87).

Adicionalmente, las caídas representan un problema de salud pública no sólo para las personas mayores por ser la población de mayor riesgo sino también para otros grupos etarios, esto se debe a que constituyen una de las mayores causas de accidentalidad cuando genera lesiones o fracturas, además de muertes en el mundo, principalmente de personas mayores, como lo definen algunas cifras de OMS (2018),

las caídas son un importante problema mundial de salud pública. Se calcula que anualmente se producen 646. 000 caídas mortales, lo que convierte a las caídas en la segunda causa mundial de muerte por lesiones no intencionales, por detrás de los traumatismos causados por el tránsito. Más del 80% de las muertes relacionadas con caídas se registran en países de bajos y medianos ingresos, y un 60% de esas muertes se producen en las Regiones del Pacífico Occidental y Asia Sudoriental. Las mayores tasas de mortalidad por esta causa corresponden en todas las regiones del mundo a los mayores de 60 años. (párr. 2)

Así mismo, se debe tener en cuenta que “estas caídas se producen en el entorno doméstico y pueden evitarse” (OMS, 2002). Sin embargo, a pesar de ser un problema

alarmante por todas las consecuencias que puede tener una caída, no es un tema al cual se le preste la atención que merece y mucho menos las modificaciones requeridas en diferentes entornos para evitar esta situación, “la inmensa mayoría de las lesiones pueden prevenirse; sin embargo, la consideración tradicional de las lesiones como «accidentes» ha ocasionado el histórico abandono de este ámbito de la salud pública” (OMS, 2002, p. 87).

*-Agua limpia, aire puro y alimentos sanos*

Para la OMS (2002) “el agua limpia, el aire puro y el acceso a alimentos sanos son cuestiones especialmente importantes para los grupos de población más vulnerables, como los niños y las personas ancianas” (p. 87). No obstante, personas de todas las edades pueden no tener la oportunidad de acceder a esas condiciones óptimas por los elementos de riesgo que rodean el contexto en el que se encuentran y que se relaciona muchas veces con el estrato socioeconómico y el nivel de ingresos de un hogar, además de representar a futuro riesgos en la salud que pueden desencadenar diferentes enfermedades. Es por esto que el Centro Internacional de Longevidad Brasil (2015) menciona que,

es más probable que una persona de bajos ingresos viva en una casa con exposición a riesgos para la salud, como estar en una zona de amenazas geográficas (p. ej., laderas y costas), contaminación (p. ej., del tráfico o industrias), inclemencias del clima, materiales tóxicos, y escaso acceso a los servicios. El acceso a agua potable e instalaciones sanitarias es con razón una preocupación global. (pp. 64- 65)

Adicionalmente, el Centro Internacional de Longevidad Brasil (2015) retoma algunos componentes importantes con los cuales se relaciona este factor como los espacios públicos al aire libre y el entorno natural. Referente a estos componentes, por un lado, afirma que la oportunidad de acceso de las personas mayores a espacios públicos como parques, entornos verdes y naturales, representa múltiples beneficios en cuanto a salud, movilidad, socialización, participación, mayor actividad física entre otros, sin embargo, deben ser entornos cuidados y seguros.

Los espacios exteriores como los parques brindan oportunidades no sólo para el ejercicio y actividades recreativas, sino también para la socialización. Las características espaciales como su tamaño, atractivo y adecuación para el uso activo, así como su seguridad, comodidad, mantenimiento y proximidad están asociadas con un mayor uso de los mismos. La sola presencia de espacios verdes puede contribuir a una mejor salud física y mental, no sólo porque animan a caminar y mejoran la

calidad del aire, sino también porque reducen el estrés y elevan el estado de ánimo, facilitando los encuentros sociales. (p. 64)

Por otro lado, en cuanto al entorno natural, este retoma un aspecto importante para las poblaciones y la sociedad hoy en día como la contaminación y la polución, además de los múltiples cambios que se han venido presentando en el clima y el medioambiente en general que, por supuesto afectan a toda la población, pero principalmente a poblaciones vulnerables como las personas mayores en su calidad y esperanza de vida.

Los cambios en el medioambiente y el clima presentan desafíos tanto a corto como a largo plazo para la resiliencia de los individuos y para la capacidad de las comunidades de gestionar de manera exitosa eventos extremos. A largo plazo, la contaminación del aire crea o aumenta los problemas respiratorios y cánceres (...) Los grupos poblacionales más vulnerables para estos efectos del cambio climático a largo plazo incluyen a los niños, personas mayores, personas con poca salud o con discapacidades, y personas con bajos ingresos. La contaminación ambiental en China, por ejemplo, ha revelado tener consecuencias desastrosas para una esperanza de vida saludable y la longevidad. (Centro Internacional de Longevidad Brasil, 2015, p. 65)

#### ***6.5.4.6 Determinantes relacionados con el entorno social.***

Los determinantes del entorno social se encuentran principalmente mediados tanto por las relaciones como por las redes de apoyo óptimas y cercanas que rodean a las personas en el proceso de envejecimiento especialmente a las personas mayores, pues constituyen una oportunidad de seguir contribuyendo en su entorno a partir de sus capacidades además de seguir participando y compartiendo con otras generaciones. Es además importante mantener redes de apoyo adecuadas durante esa etapa por las múltiples necesidades que se van presentando debido a los cambios o situaciones que van surgiendo inicialmente en la salud ya sea por enfermedades, deterioro físico, dependencia funcional o económica, entre otros.

La OMS (2002) retoma como factores importantes que constituyen también el entorno social: la educación y el nivel de alfabetización de las personas mayores, el apoyo social y la protección hacia la violencia y el abuso. De igual forma que con los factores de cada uno de los determinantes, cuando las personas no gozan de un acceso apropiado a ellos en el transcurso de su curso vital genera diversas problemáticas que se desencadenan con mayor fuerza en la vejez. Es así como la OMS (2002) afirma que,

el apoyo social, las oportunidades para la educación y el aprendizaje continuo durante toda la vida, la paz y la protección frente a la violencia y el abuso, son factores fundamentales del entorno social que mejoran la salud, la participación y la seguridad a medida que las personas envejecen. La soledad, el aislamiento social, el analfabetismo y la falta de educación, el abuso contra las personas de edad avanzada y la exposición a situaciones de conflicto aumentan enormemente los riesgos de discapacidad y muerte prematura en las personas mayores. (p. 87)

### *-Apoyo Social*

En el transcurso de vida de los seres humanos el apoyo social en términos de ayuda o protección frente a diversas situaciones representa ventajas significativas para el proceso de envejecimiento, esto debido a los diferentes tipos de apoyo que pueden brindar todas las redes sociales que se encuentran en el entorno, principalmente la familia y que representan un gran beneficio en el bienestar de las personas, especialmente en las mayores.

Como lo afirma la OMS (2002) “el apoyo social inadecuado no sólo se asocia a un aumento de la mortalidad, la morbilidad y la angustia psicológica, sino también a una disminución de la salud general global y el bienestar. La interrupción de los vínculos personales, la soledad y las interacciones conflictivas son fuentes importantes de estrés” (p. 87). Lo anterior a su vez puede generar riesgos a causa del aislamiento, la soledad, problemas emocionales y relacionales entre otros que pueden enfrentar las personas mayores, pues “el aislamiento social y la soledad en la vejez están relacionados con un declive del bienestar tanto físico como mental” (OMS, 2002, p.88). Sin embargo, se deben tener en cuenta los conceptos de aislamiento social y soledad, para esto se retoman los que define el Centro Internacional de Longevidad Brasil (2015),

el concepto de aislamiento social hace referencia a una carencia objetiva de nexos sociales, mientras que la soledad se define como una evaluación individual y subjetiva sobre la adecuación de la propia red social. Tanto el aislamiento social como la soledad están comúnmente asociados con altos riesgos de morbilidad y mortalidad, así como con comportamientos poco saludables. (p. 67)

Adicional a lo anterior, el Centro Internacional de Longevidad Brasil (2015) afirma que,

las redes de apoyo sociales pueden brindar apoyo emocional, reforzar comportamientos saludables, mejorar el acceso a los servicios, empleo, información y recursos materiales (como el cuidado de los niños, transporte, comida, vivienda) (...)

Esta asociación tiene su continuidad en la vejez. Aquéllos/as con relaciones sociales fuertes tienen menos factores de riesgo para la salud, menor tasa de enfermedad cardíaca y menor tasa de mortalidad, además de mejores resultados en salud mental (pp. 66- 67)

*-Violencia y abuso*

Con el paso del tiempo y a medida que el ser humano envejece, hasta llegar a la etapa de la vejez, se enfrenta a múltiples problemas propios de cada etapa, entre ellos la violencia y el abuso, según el Centro Internacional de Longevidad Brasil (2015) el sufrimiento de estos en,

los primeros años de vida siguen influyendo en la salud y el bienestar durante el resto del ciclo vital (...). El impacto del abuso en el bienestar durante la vida adulta depende de muchos factores, como la severidad de dicho abuso, la edad cuando sucedió, la relación con el maltratador, número de maltratadores, así como su frecuencia y duración. (pp. 67-68)

Así mismo, en la etapa de la vejez la violencia y el abuso puede manifestarse como un acto repetitivo y algunas veces incluso propiciados por la familia o por los cuidadores de las personas mayores y que además “tiene múltiples consecuencias en la salud física, mental y la seguridad material” (Centro Internacional de Longevidad Brasil, 2015, p.68). Acerca de este factor, para la OMS (2002),

el abuso contra las personas de edad avanzada incluye el abuso físico, sexual, psicológico y económico, así como la desatención. Los propios ancianos perciben que en el abuso se incluyen los siguientes factores sociales: desatención (exclusión social y abandono), violación (derechos humanos, legales y médicos) y privación (elecciones, decisiones, condición, economía y respeto). El abuso de los ancianos se trata de una violación de los derechos humanos y una causa importante de lesiones, enfermedades, pérdida de productividad, aislamiento y desesperación. Habitualmente, se denuncia muy poco en todas las culturas. (p. 88)

Frente a esta problemática, un reto para los gobiernos, las organizaciones, los profesionales, en este caso para los Trabajadores sociales y para la sociedad en general es trabajar por la prevención y mitigación del crecimiento de cifras por abuso y maltrato que se presentan en todas las generaciones y especialmente en las personas mayores independientemente del contexto, pues como lo menciona el Centro Internacional de

Longevidad Brasil (2015) “el abuso en la vejez se da dentro de un contexto cultural, ya que en muchas sociedades los actos de violencia contra las personas mayores están integrados en las costumbres locales, por lo que tienen que ser identificados y combatidos” (p. 68).

*-Educación y alfabetización*

Finalmente, en cuanto al factor educativo, este se relaciona con el aprendizaje a lo largo de la vida del ser humano y se encuentra también mediado por la accesibilidad en cada etapa a oportunidades educativas que a futuro representan múltiples beneficios en las personas, como lo retoma la OMS (2002),

la educación en los primeros años de la vida, junto con las oportunidades de aprendizaje durante toda la vida, puede ayudar a las personas a desarrollar las aptitudes y la confianza que necesitan para adaptarse y seguir siendo independientes a medida que envejecen. (p. 88)

Así mismo, el acceso a la educación se relaciona con condiciones óptimas de bienestar para las personas en su cotidianidad, pero adicionalmente a futuro en varios aspectos relacionados con su salud, como lo afirma el Centro Internacional de Longevidad Brasil (2015),

las personas con cierta educación viven vidas más largas y saludables que aquellas con una formación inferior. A mayor educación, mayor nivel de ingresos, más seguridad en las ganancias y mejores condiciones de trabajo y vivienda, todo lo cual lleva, a su vez, a una mejor salud. Una formación más elevada influye en la alfabetización en salud, lo que conduce a estilos de vida más saludables. (p. 66)

Adicionalmente, esas oportunidades de aprendizaje a lo largo de la vida permiten en las personas mayores obtener un mayor bienestar relacionado con sus capacidades y motivación por aprender cosas nuevas y diferentes para su edad como las nuevas tecnologías, esto a su vez fomenta una mayor conexión de estas personas con generaciones a las cuales pueden compartir también sus conocimientos y experiencias fortaleciendo su salud, autoestima y participación, teniendo en cuenta que “a pesar del gran valor del aprendizaje en la vejez, la tasa de participación de las personas mayores disminuye con la edad” (Centro Internacional de Longevidad Brasil, 2015, p. 66). Es por esto que la OMS (2002) afirma que,

el aprendizaje intergeneracional salva las diferencias de edad, mejora la transmisión de los valores culturales y fomenta la valía de todas las edades. Los estudios han



mostrado que los jóvenes que aprenden con personas mayores tienen actitudes más positivas y realistas con respecto a la generación de más edad. (p. 88)

#### ***6.5.4.7 Determinantes económicos.***

Al igual que los otros determinantes del envejecimiento activo, los determinantes económicos son de suma importancia para el envejecimiento de la población ya que, dependiendo de los ingresos económicos de las personas a lo largo de su vida, se configuraría la seguridad económica de las personas en la vejez. Según CELADE (como se citó en Madrigal, 2010),

para las personas en edad avanzada, contar con seguridad económica es fundamental para disfrutar un envejecimiento en condiciones de dignidad e independencia; además de satisfacer las necesidades de los adultos mayores, permite que tomen decisiones y continúen participando activa y significativamente en la vida cotidiana, cumpliendo roles importantes dentro de las familias. (p. 119)

En este sentido, para lograr la seguridad económica y tener una vejez digna y sana es necesario que los Estados apliquen políticas relacionadas con la educación, el empleo, la asistencia y la economía, el Centro Internacional de Longevidad Brasil (2015) afirma que,

el capital financiero impacta en la salud, la seguridad y las oportunidades que van surgiendo para la participación activa y el aprendizaje. Los riesgos económicos y los factores de protección que entran en juego incluyen el estatus económico de las familias y la comunidad, las condiciones de empleo y del trabajo, el acceso a pensiones contributivas y no contributivas y las transferencias sociales. (p. 69)

Así mismo, la OIT (como se citó en Madrigal, 2010) identifica que existen tres pilares de protección económica los cuales corresponden al mercado, la familia y el Estado. Siendo el Estado y el Mercado las fuentes formales de ingreso, las cuales hacen referencia a salarios, subsidios, pensiones, etc.

Es necesario expresar que “existen tres aspectos del ámbito económico que tienen un efecto especialmente significativo sobre el envejecimiento activo: los ingresos, el trabajo y la protección social” (OMS, 2002, p. 109).

### *-Ingresos*

Los ingresos a lo largo de la vida constituyen un escenario favorable o poco favorable para que las personas puedan envejecer y vivir su vejez de la mejor forma. Por lo tanto, afirma la OMS (2002) que “es necesario que las políticas de envejecimiento activo se entrecrucen con planes más amplios para reducir la pobreza en todas las edades” (p. 109). De tal forma que según el Centro Internacional de Longevidad Brasil (2015) “los ingresos determinan las opciones de una persona en relación con la vivienda, la comida, la educación, el cuidado de la salud, etc.” (p. 69).

Por lo anterior, es necesario que las políticas de envejecimiento apunten hacia la reducción de la pobreza teniendo en cuenta que los ingresos influyen en el proceso de envejecimiento, puesto que las personas más pobres tienden a estar en riesgos de salud, discapacidad, adquisición de alimentos nutritivos, vivienda adecuada y accesos a atención sanitaria. (OMS, 2002). Así mismo se logra identificar que los bajos niveles de ingresos “persisten en la vejez y se reflejan en una mayor prevalencia de enfermedades crónicas, limitaciones funcionales, sufrimiento psicológico, y mayores tasas de muerte” (Centro Internacional de Longevidad Brasil, 2015, p. 69).

### *-El trabajo*

El acceso a un trabajo durante la vida permite garantizar diferentes oportunidades que mejoran la calidad de vida, el Centro Internacional de Longevidad Brasil (2015) indica que “un buen trabajo no sólo brinda un ingreso adecuado sino también acceso a oportunidades de aprendizaje, redes sociales de apoyo y beneficios psicológicos, como compromiso, sentido, autoestima y realización” (p. 70). En ese sentido, se puede afirmar que si no existe la garantía de un trabajo estable a lo largo de la vida se puede ver en mayor grado de riesgo el acceso a diferentes oportunidades especialmente en la etapa de la vejez, teniendo en cuenta que en esta etapa se esperaría que la mayoría de las personas dejen de laborar.

La OMS (2002) manifiesta que es necesario empezar a promover el trabajo en edades mayores de tal forma que así se reconozca la posibilidad de las personas mayores de seguir influyendo en su entorno y contribuyendo al sistema productivo y así también tener la oportunidad de tener ingresos. Por lo tanto, “los proyectos de desarrollo deben garantizar que las personas de edad avanzada puedan acogerse a planes de créditos y participar totalmente en actividades que generen ingresos” (OMS, 2002, p. 109).

Según el Centro Internacional de Longevidad Brasil (2015) para que el empleo apunte al envejecimiento activo debe ser un trabajo decente, entendido como lo expresa La Organización Internacional del Trabajo (como se citó en el Centro Internacional de Longevidad de Brasil, 2015) el cual debe,

brindar un ingreso justo, seguridad en el lugar de trabajo; protección social para las familias; oportunidades para un mejor desarrollo personal e integración social; igualdad en el trato para hombres y mujeres, trabajadores más mayores y personas con discapacidad; y la libertad de los trabajadores para expresar sus puntos de vista, para organizarse y tomar parte en decisiones relacionadas con el trabajo que les afecten. (p.70)

*-La protección social:*

La protección social constituye un escenario importante en el envejecimiento activo, teniendo en cuenta que procuran la protección de las personas en términos monetarios. Según la OMS (2002) las estrategias de protección pueden constituir planes de ahorro, cajas de compensación, pensiones, asistencia para el desempleo, seguros para discapacidad, etc. Por lo tanto, “este tipo de seguros sociales constituye una de las principales fuentes de ingresos para muchas familias pobres, así como para los adultos de edad avanzada que viven en estas familias” (OMS, 2002, p. 109).

## **7. Operacionalización de variables**

La operacionalización de variables consiste en pasar los conceptos de lo abstracto a lo concreto para así poderlos medir, según Solís (Citado en Hernández *et al.*, 2014) es “el paso de una variable teórica a indicadores empíricos verificables y medibles e ítems o equivalentes” (p. 211). A continuación, se muestra la operacionalización de variables.

Tabla 5  
Operacionalización de variables

Variable general	Variable específica	Dimensión	Indicador
Determinantes del Envejecimiento Activo	Cultura y Género	Tradiciones y Roles	Creencias Imaginario Masculino - Femenino Cuidado de hogar
		Promoción de la salud y prevención de enfermedades	Prevención, promoción y atención primaria, secundaria y terciaria en salud
	Sistemas sanitarios y servicios sociales	Servicios curativos	Acceso a servicios curativos y tratamientos
		Asistencia de larga duración	Cuidados formales e informales
		Servicios de salud mental	Bienestar mental
	Conductual	Tabaquismo	Consumo de tabaco Enfermedades no transmisibles Consumo pasivo tabaco
		Alimentación sana	Seguridad alimentaria Alimentación saludable Problemas alimenticios
		Actividad física	Participación en actividades ocupacionales, lúdicas y físicas
		Salud bucal	Higiene bucal Acceso a servicios odontológicos

---

	Descanso	Tiempo de sueño Medicamentos
	Alcohol	Consumo de bebidas alcohólicas Enfermedades no transmisibles
	Medicamentos	Consumo de medicamentos Acceso a los medicamentos
	Cumplimiento terapéutico	Adhesión al tratamiento
Factores personales	Biología y genética	Enfermedades hereditarias
	Psicológica	Autonomía Resiliencia
	Orientación e identidad sexual	Diversidad
Entorno físico	Transporte	Acceso a un transporte público adecuado
	Seguridad de la vivienda	Entorno habitacional Seguridad del entorno Acceso a servicios
	Caídas	Entorno físico inadecuado Accidentalidad
	Agua limpia, aire puro	Agua potable Calidad del aire y medioambiente Espacios públicos al aire libre

---

Entorno social	Apoyo social	Redes sociales de apoyo Apoyo emocional Aislamiento
	Violencia y abuso	Abuso Desatención
	Educación y alfabetización	Acceso a oportunidades educativas Aprendizaje durante toda la vida Aprendizaje intergeneracional
Económico	Ingresos	Seguridad económica
	Trabajo	Acceso a trabajo
	Protección Social	Seguros Sociales

Fuente: Elaboración propia.

## 8. Diseño metodológico

En términos metodológicos se retoman a los autores a Hernández Sampieri, Fernández Collado & Baptista Lucio en su libro Metodología de la investigación, los cuales ofrecen una secuencia lógica y ordenada para llevar a cabo el proyecto de investigación. Estos autores en su propuesta metodológica proponen las siguientes fases: I) idea, II) planteamiento del problema, III) revisión de la literatura y desarrollo del marco teórico, IV) visualización del alcance del estudio V) elaboración de hipótesis y definición de variables, VI) desarrollo del diseño de investigación VII) definición y selección de la muestra, VIII) recolección de los datos IX) análisis de los datos y X) elaboración del reporte de resultado.

Las anteriores fases permiten ver como lo indican Hernández *et al.* (2014),

un orden es riguroso, aunque desde luego, podemos redefinir alguna fase. Parte de una idea que va acotándose y, una vez delimitada, se derivan objetivos y preguntas de investigación, se revisa la literatura y se construye un marco o una perspectiva teórica. De las preguntas se establecen hipótesis y determinan variables; se traza un plan para probarlas (diseño); se miden las variables en un determinado contexto; se analizan las mediciones obtenidas utilizando métodos estadísticos, y se extrae una serie de conclusiones respecto de la o las hipótesis (pp. 4-5).

### 8.1 Enfoque

La investigación se aborda desde un enfoque cuantitativo el cual “utiliza la recolección de datos para probar hipótesis con base en la medición numérica y el análisis estadístico, con el fin de establecer pautas de comportamiento y probar teorías” (Hernández *et al.*, 2014, p.4), que permitan posteriormente generalizar los resultados a otros grupos.

Asimismo, este enfoque es probatorio y secuencial, pues muestra un conjunto de fases ordenadas del proceso y Hernández *et al.* (2014) expresan que “si se sigue rigurosamente el proceso y, de acuerdo con ciertas reglas lógicas, los datos generados poseen los estándares de validez y confiabilidad, las conclusiones derivadas contribuirán a la generación de conocimiento” (p.5).

### 8.2 Paradigma

Adoptar un paradigma en la investigación permite la observación y la comprensión de la realidad desde una postura en particular, es así como el paradigma en investigación permite

“situarnos y conocer mejor el modelo o modelos metodológicos en los que nos propongamos encuadrar un estudio empírico” (Ricoy, 2006, p. 12).

Por tanto, la realidad implica un proceso metodológico que es necesario conocer (...). La investigación de la realidad social ha de ser una actividad sistemática y planificada, cuyo propósito consiste en proporcionar información para la toma de decisiones con vistas a mejorar o transformar la realidad, facilitando los medios para llevarla a cabo. (Pérez, 1994, citado en Ricoy, p. 12)

Teniendo en cuenta lo anterior, la presente investigación se enmarca dentro del paradigma explicativo o positivista el cual parte de que el conocimiento puede darse de “un modo empírico mediante métodos y procedimientos adecuados libres de enjuiciamientos de valor para ganar el conocimiento por la razón (...) dicho conocimiento es objetivo (medible), cuantifica los fenómenos observables que son susceptibles de análisis matemáticos y control experimental” (Ricoy, 2006, p. 15).

Por lo tanto, a partir de este paradigma y enfoque se pretende orientar la investigación en relación con la metodología propia del proceso, pues permite brindar claridades sobre la manera de abordar la realidad. Además, dicha fundamentación epistemológica permite guiar la elección de las diferentes herramientas, instrumentos y metodologías a utilizar en el proyecto.

### **8.3 Alcance de investigación**

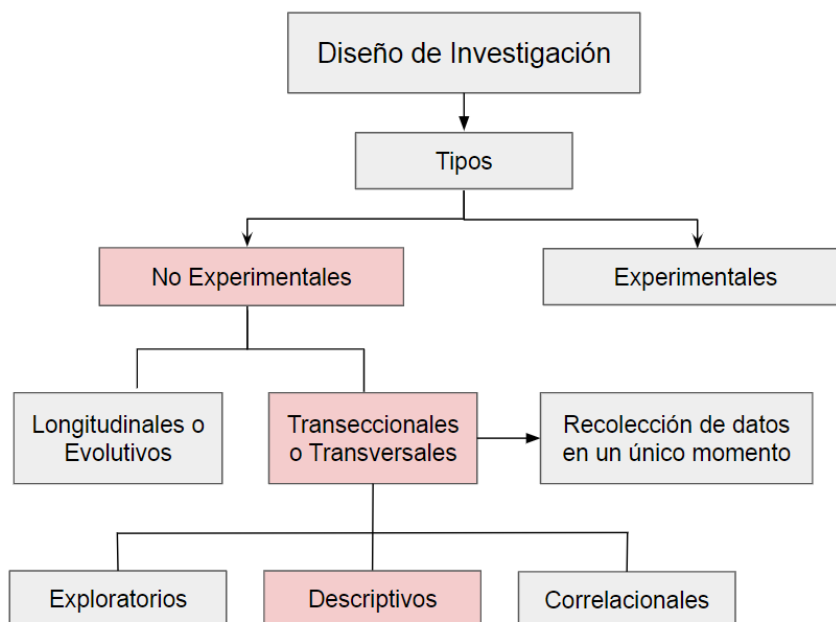
El alcance de la investigación de acuerdo a Hernández *et al.* (2014) “resulta de la revisión de la literatura y de la perspectiva del estudio y dependen de los objetivos del investigador para combinar los elementos en el estudio” (p. 89). Teniendo en cuenta lo anterior Hernández *et al.* (2014) indican que los alcances de una investigación cuantitativa pueden ser de carácter exploratorio, descriptivo, correlacional y explicativo.

A partir de los alcances definidos por los autores y teniendo en cuenta el estado de la cuestión, la investigación corresponde a un alcance descriptivo, el cual tiene como objetivo, especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis. Es decir, únicamente pretenden medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos o las variables a las que se refieren, esto es, su objetivo no es indicar cómo se relacionan éstas. (Hernández *et al.*, 2014, p. 92)



Lo anterior, permite describir el estado de las personas beneficiarias en el marco de los determinantes del envejecimiento activo, buscando especificar estas características en los grupos de la Pastoral Social de cada parroquia.

#### 8.4 Diseño de la investigación



*Figura 6.* Diseño de investigación.

Fuente: Elaboración propia a partir de Hernández *et al.* (2014).

El diseño de la investigación de acuerdo con Hernández *et al.* (2014) es el “plan o estrategia que se desarrolla para obtener la información que se requiere en una investigación y responder al planteamiento” (p. 128). Estos autores a su vez clasifican el diseño de la investigación en dos tipos: no experimental y experimental. De acuerdo a esta división la presente investigación corresponde a un diseño no experimental puesto que no se pretende manipular las variables y como lo indican Hernández *et al.* (2014) son “estudios que se realizan sin la manipulación deliberada de variables y en los que sólo se observan los fenómenos en su ambiente natural para analizarlos” (p. 152).

Cabe mencionar que el diseño no experimental se clasifica en transeccionales y longitudinales, para el caso de esta investigación corresponde a un diseño transeccional o de corte transversal puesto que “recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado. Es como “tomar una fotografía” de algo que sucede” (p. 154).

En conclusión, el diseño de la investigación permite establecer la manera en cómo se va a llevar a cabo la recolección de datos y cómo se analizarán las variables en la población elegida para el estudio, puesto que dicha recolección se realizará en un único momento.

### **8.5 Población**

La población seleccionada para la presente investigación corresponde al 100% de las personas beneficiarias de la Pastoral Social de las parroquias San Efrén (32 personas), San Eugenio (28 personas) y San Pedro Claver (40 personas) para un total de 100 personas, teniendo en cuenta que para la investigación cuantitativa son relevantes los términos de representatividad en relación a la cantidad de población, por ello no se toma una muestra.

En cuanto a las características del grupo objeto de estudio se identifica que el 87% de los encuestados son mujeres y el 13% son hombres, de los cuales 47 son personas mayores entre 60 y 89 años, 49 adultos entre 29 y 59 años y 4 jóvenes entre 24 y 28 años.

### **8.6 Técnicas e instrumentos de recolección de información**

Esta etapa de recolección de datos según Hernández *et al.* (2014) corresponde a diseñar un plan específico y minucioso de los procedimientos a utilizar, que permitan recolectar los datos de acuerdo a un objetivo. Lo anterior, posibilita establecer por qué medio y de qué manera se va a recoger dicha información y qué técnicas e instrumentos son los más idóneos para este proceso.

La recolección de información se realiza sobre la base de datos cuantitativos y objetivos los cuales permiten medir las variables de los determinantes del envejecimiento activo, a través de indicadores que se vinculan con las dimensiones y por ende con las variables específicas de los factores del envejecimiento activo, así, la medición se establece como “el proceso de vincular conceptos abstractos con indicadores empíricos” (Hernández *et al.*, 2014, p. 199). Por ello en este aspecto, el instrumento de recolección de información toma relevancia, pues es a través de este que se hace posible establecer dicha medición y su finalidad según Bostwick y Kyte (citado en Hernández *et al.*, 2014) es poder generar una relación entre el “mundo real” y el “mundo conceptual”.

Para Hernández *et al.* (2014) el instrumento de medición representa un “recurso (...) para registrar información o datos sobre las variables” (p. 199), esto permite capturar la realidad de las personas beneficiarias de la Pastoral Social de las parroquias anteriormente

descritas y articularlo con la teoría posibilitando describir su realidad a la luz de modelos teórico-conceptuales que permiten comprender dichas situaciones.

Por lo tanto, el instrumento que se utiliza para recolectar la información en esta investigación ([anexo 18.3](#)) es por medio del cuestionario a través de la técnica de la encuesta, esta última corresponde al procedimiento o estrategia sobre la cual se recoge la información y por tanto “el cuestionario es un instrumento aplicado durante la encuesta” (Hechavarría, 2012, p. 2).

Ferrando (citado en Casas, Repullo y Donado, 2003) expresa que la encuesta es,

una técnica que utiliza un conjunto de procedimientos estandarizados de investigación mediante los cuales se recoge y analiza una serie de datos de una muestra de casos representativa de una población o universo más amplio, del que se pretende explorar, describir, predecir y/o explicar una serie de características. (p. 528)

Lo anterior, permite establecer que la encuesta consiste en un procedimiento en el cual el investigador realiza una serie de preguntas de manera individual al investigado con el fin de recolectar unos datos y posteriormente reúne todos los registros para generar un análisis sobre la población, adicionalmente, la utilización de la técnica de la encuesta permite realizar un proceso de recolección de información generalizada y objetiva sobre la población.

Es importante mencionar que en el cuestionario diseñado para llevar a cabo esta investigación se realizan preguntas de tipo cerradas, las cuales “contienen categorías u opciones de respuesta que han sido previamente delimitadas” (p. 217), brindando a las personas posibilidades de respuestas y en una mínima cantidad se encuentran preguntas que dan la posibilidad al encuestado de justificar o explicar su respuesta.

Asimismo, el procedimiento de administración del cuestionario a la población se puede dar según Hernández *et al.* (2014) de dos formas fundamentales: una aplicación de manera autoadministrada o por entrevista la cual puede ser personal o telefónica. Para el caso particular de la investigación se aplicará por medio de la entrevista telefónica en la cual Hernández (citado en Castañeda y Jiménez, 2007) expresa que “es semejante a la entrevista personal, es decir el entrevistador aplica una guía de interrogantes a los respondientes, pero este proceso no es “cara a cara”, sino a través de la línea telefónica” (p. 142), por tanto, debido a la situación preventiva a causa del COVID- 19 y las particularidades de la pandemia, se dificulta el acceso de manera presencial a la población, pues la emergencia sanitaria ha llevado a una cuarentena provisional de los habitantes del país, por lo cual se hace necesario definir nuevas estrategias que permitan dar continuidad al proceso investigativo.

La aplicación del cuestionario por este medio permite reducir costos, contar con disponibilidad de tiempo y poder llegar a la totalidad de la población teniendo en cuenta la situación actual.

Por último, para la recolección de la información vía telefónica de las personas beneficiarias de la Pastoral Social, los números de contacto se gestionaron por medio de los párrocos, quienes cuentan con bases de datos de la población.

### 8.7 Prueba Piloto

Esta fase consiste en administrar el instrumento a una pequeña muestra de casos del total de la población seleccionada para probar su pertinencia y eficacia (incluyendo instrucciones), así como las condiciones de la aplicación y los procedimientos involucrados. A partir de esta prueba se calcula la confiabilidad y la validez iniciales del instrumento. (Hernández *et al.*, 2014, p. 210)

Así pues, la prueba piloto permite medir el nivel de claridad, validez y pertinencia del instrumento con el cual se va a llevar a cabo la recolección total de los datos de las personas beneficiarias de la Pastoral Social, una vez aplicada la prueba se procede a analizar los resultados obtenidos y se realizan todos los ajustes correspondientes, previos a la aplicación formal del instrumento.

De igual forma, Martínez (2012) expresa que este proceso tiene además como fin “conocer mejor la población, entrenar al entrevistador, determinar el tiempo que requiere la entrevista y en especial tener un mayor conocimiento acerca de algunos parámetros” (p.274). Para esta etapa, el autor retoma como criterio para la cantidad de personas seleccionadas un porcentaje que varía y “corresponde a una decisión del investigador, en algunos casos depende: del tamaño poblacional, tiempo y costos, nunca podrá ser mayor al 10%, el cual se considera grande” (p. 688).

Para calcular esa muestra, Martínez (2012) propone la siguiente operación matemática:

$$n_{\text{piloto}} = \% (n)$$

- Siendo el valor del % igual o inferior al 10%, este valor del porcentaje es asignado por los investigadores de acuerdo a su criterio
- n corresponde al total de la población.

Para el caso particular de la investigación se tomará como criterio del 10% sobre el total de la población, en donde  $n_{pilot}$  corresponde a:

$$n_{pilot} = \% (n) \quad n_{pilot} = 10\% \quad (114)$$

$$n_{pilot} = 0.10 \quad (114)$$

$$n_{pilot} = 11,4 \text{ personas aproximado a 12 personas}$$

De acuerdo a lo anterior, la aplicación de la prueba piloto se llevó a cabo durante la semana del 1 al 5 de junio de 2020 con 4 personas pertenecientes a cada una de las parroquias para un total de 12 personas, quienes fueron seleccionados a juicio de los respectivos párrocos.

La aplicación del cuestionario se realizó de forma telefónica, la cual tomó aproximadamente entre 25 a 35 minutos con cada una de las personas. En esta prueba se identificó que ciertas preguntas necesitan de una mayor orientación y ejemplificación para lograr una mejor comprensión por parte de algunas personas, en especial de las personas mayores; y asimismo se eliminaron preguntas que se consideraron innecesarias, pues existían otras que ya daban la misma respuesta al indicador. Por último, se ajustaron algunas categorías de respuesta, en el caso de las preguntas que posiblemente tenían varias opciones de respuesta y aquellas en las que era necesario especificar el porqué de esa respuesta.

## 9. Análisis e interpretación de los datos

En el análisis e interpretación de los datos cuantitativos de acuerdo con Hernández *et al.* (2014) se deben tener en cuenta dos aspectos, el primero es la elaboración de modelos estadísticos que permiten generar representaciones de la realidad y el segundo aspecto a tener en consideración, son los resultados numéricos los cuales deben ser siempre interpretados en contexto.

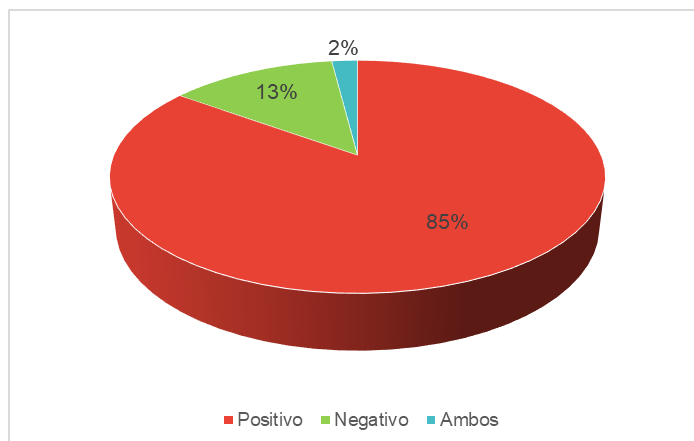
A continuación, se muestra el respectivo análisis e interpretación de los datos a partir de la información recolectada con las 100 personas beneficiarias de la Pastoral Social de las tres parroquias mencionadas y en relación con cada uno de los factores que se deben analizar dentro de los determinantes del envejecimiento activo, realizando en algunos casos un cruce de variables entre género y grupo etario dependiendo el tipo de pregunta, lo cual permite generar una mayor comprensión en relación con dichos determinantes. Cabe mencionar que la información como lo mencionan Hernández *et al.* (2014) está analizada desde el contexto actual de la emergencia sanitaria presentada por el COVID -19 y que ha generado cambios en

los estilos y condiciones de vida de las personas los cuales a su vez influyen sobre el proceso de envejecimiento de las personas.

### Determinantes Transversales: Cultura y Género

- **Dimensión cultura**

*Gráfica 1. Percepción de los beneficiarios sobre el envejecimiento.*



Fuente: Elaboración propia.

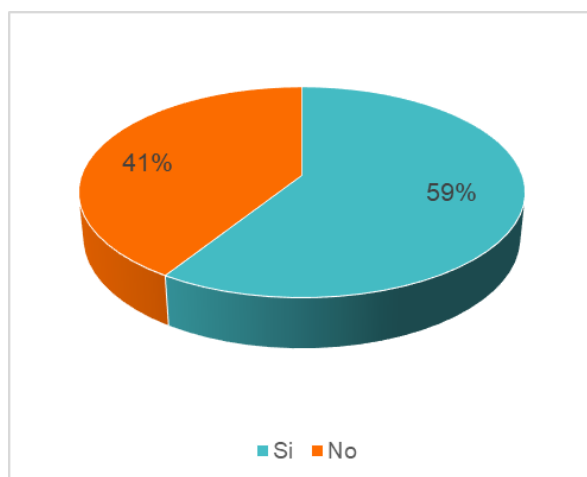
Si bien las tradiciones y costumbres se relacionan con la valoración que las personas tienen sobre el envejecimiento, la vejez y la persona mayor, para el Centro Internacional de Longevidad Brasil (2015) “la disconformidad personal con el envejecimiento puede llevar a la negación y a intentos para esconder la propia edad” (p. 54). En este sentido se logra evidenciar que el 85% de la población considera la vejez y el envejecimiento como positivo, los beneficiarios que tuvieron esta consideración afirman que es positivo debido a que es un proceso natural que experimentan todos los seres humanos además de ser una oportunidad de acumular experiencias y saberes a través del proceso de envejecimiento.

En cuanto a la percepción negativa del envejecimiento, solo el 13% lo considera así, para dichos beneficiarios la negatividad en el proceso de envejecimiento es atribuido a la pérdida de capacidades fisicomotoras y/o cognitivas, disminución de oportunidades laborales, la sensación de soledad y la carga sobre otras personas aumenta. Además es importante resaltar que solo el 2% de la población considera que lo positivo o lo negativo del envejecimiento depende de las condiciones en las cuales se viva.

Por lo tanto es posible afirmar que el grupo en su mayoría no encuentra disconformidades con el proceso de envejecimiento y aceptan de alguna manera que es un

proceso natural del ser humano dejando de lado la necesidad de esconder o negar su edad, ya sea en el discurso o en la interacción con otros.

**Gráfica 2. Beneficiarios que considera tener imaginarios acerca de la etapa de la vejez o el envejecimiento.**

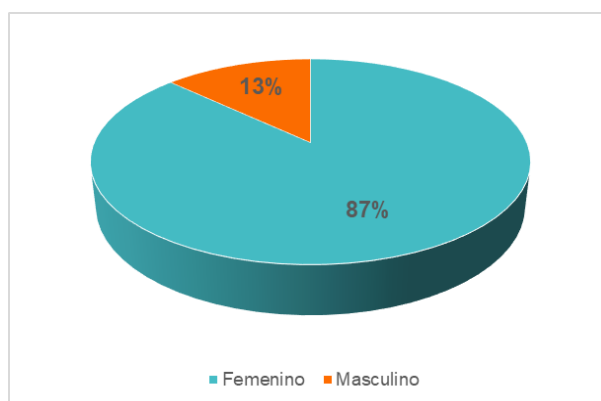


Fuente: Elaboración propia.

Las tradiciones y las costumbres llegan a determinar la valoración que las personas pueden hacer sobre el envejecimiento y la vejez (OMS, 2002), lo cual influye por un lado sobre la percepción que se ha inculcado acerca de la persona mayor y el respeto, aceptación y cuidado que se les debe dar y por otro lado dichas tradiciones impactan también en la respuesta ante el envejecimiento propio. Así la gráfica 2 muestra que el 59% de los beneficiarios encuestados consideran que conservan por tradición imaginarios en cuanto a la vejez y el envejecimiento en su mayoría positivos y el 41% considera que ya no las mantiene debido a que en el transcurso de su envejecimiento han sido más los aspectos negativos.

- **Dimensión género**

**Gráfica 3. Género de los beneficiarios.**

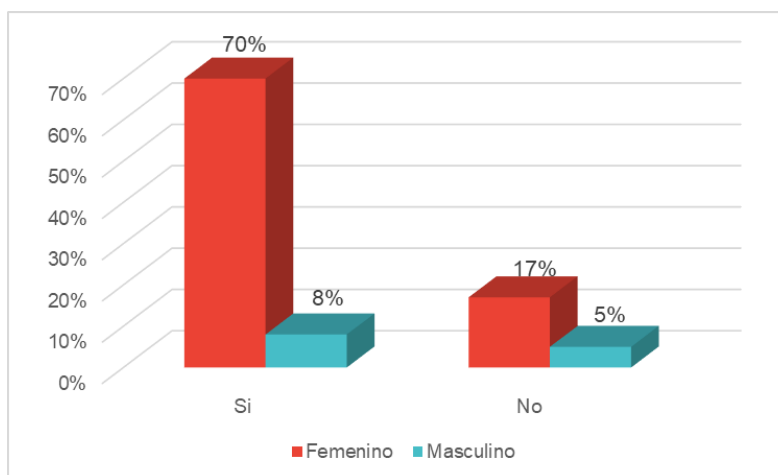


Fuente: Elaboración propia.

El Centro Internacional de Longevidad Brasil (2015) indica en referencia al género que “las suposiciones que se hacen sobre hombres y mujeres desde el nacimiento en adelante determinan las oportunidades y riesgos para el envejecimiento activo en todas las áreas de la vida” (p. 54).

Teniendo en cuenta lo anterior, en relación al género en la gráfica 3 se logra evidenciar que el 87% del total de la población corresponde al género femenino y el 13% restante al género masculino. Es posible afirmar que el alto número de mujeres en la población corresponda a que ellas son más susceptibles de converger en espacios religiosos y así mismo debido a que son quienes principalmente se encuentran a cargo del hogar, probablemente se ven más motivadas a buscar diferentes tipos de ayuda, en este caso desde un apoyo alimentario en comparación con los hombres debido a que para ellos es más difícil buscar ayuda teniendo en cuenta aspectos culturales en los que pedir ayuda muchas veces es sinónimo de debilidad o poca capacidad para solventar el hogar y que puede conllevar a futuro a un mayor riesgo para su bienestar, pues como lo indica el Centro Internacional de Longevidad Brasil (2015) “la socialización de los hombres debe ser “masculina” (p. ej., ser duro y autosuficiente), lo que genera una cantidad de riesgos para el bienestar físico, social y mental” (p. 56).

**Gráfica 4. Beneficiarios a cargo del cuidado del hogar según el género.**



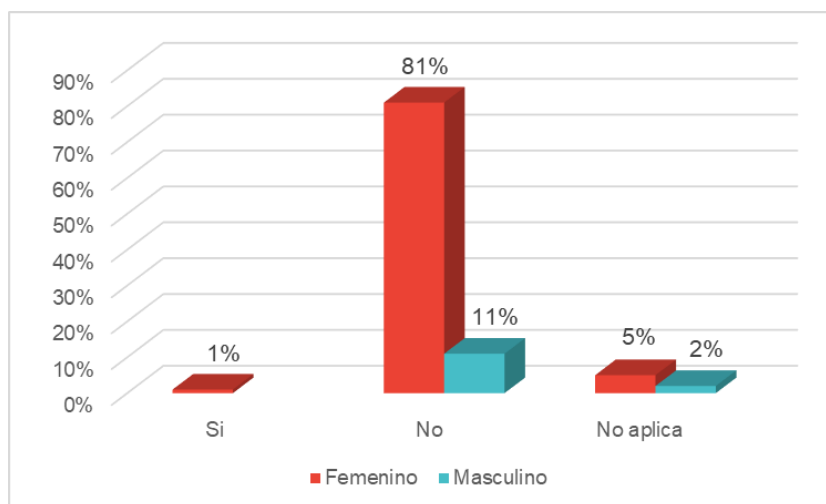
Fuente: Elaboración propia.

El cuidado es un tema importante en el envejecimiento activo, en relación sobre quien se recarga el cuidado, si es remunerado o no y las responsabilidades en el hogar. En la gráfica 4 se muestra que, el 78% de los beneficiarios afirman que se encuentran a cargo del hogar y el 22% no lo está, es importante mencionar que del total de los beneficiarios que indicaron estar a cargo del cuidado el 70% corresponde al género femenino mientras que el 8%



corresponde al género masculino. Según el Centro Internacional de Longevidad Brasil (2015) “las expectativas relacionadas con el papel tradicional de la mujer como cuidadora en la familia a menudo limitan sus posibilidades de desarrollo personal y profesional fuera del hogar, así como su seguridad financiera actual y futura” (p. 55).

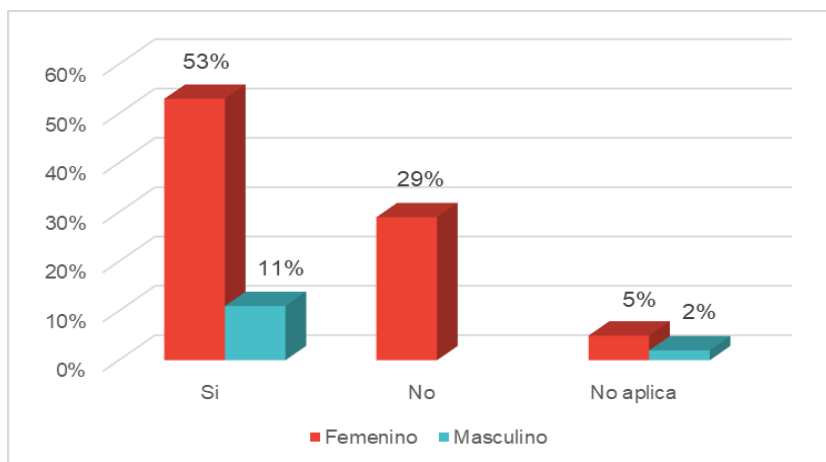
**Gráfica 5. Beneficiarios que reciben remuneración por el cuidado del hogar según el género.**



Fuente: Elaboración propia.

Teniendo en cuenta la gráfica anterior en la que el 70% de las personas a cargo del hogar son mujeres, en la gráfica 5 se logra evidenciar que solamente el 1% recibe remuneración por el cuidado del hogar representada en una mujer y el restante de las personas que están a cargo del cuidado del hogar no recibe ningún tipo de remuneración. Lo que implica que es posible que las mujeres que están a cargo del hogar y no reciben una remuneración, sean mujeres que dependen económicamente de su pareja u otros familiares y no hayan podido acceder al sistema de educación o laboral. Por último, el no aplica representado en 7%, son personas que corresponden a la tipología familiar unipersonal, por lo tanto, esta pregunta no aplica para ellos debido a que son quienes se encargan de cuidar su hogar o viven en habitaciones compartiendo áreas comunes con otras personas y no depende de ellos el cuidado de esos espacios.

**Gráfica 6. Equidad en las responsabilidades del hogar según el género.**



Fuente: Elaboración propia.

En la gráfica 6 se evidencia que el 64% de la población considera que sí son equitativas las responsabilidades en el hogar, del cual, el 53% corresponde a mujeres, sin embargo, aunque dichas mujeres consideren que las responsabilidades del hogar son equitativas se puede afirmar que el exceso de responsabilidades que recae sobre las mujeres se tiende a normalizar. En ese sentido, otro 29% de las mujeres expresan que las responsabilidades del hogar no son equitativas, lo que permite entender que las tareas del hogar en muchos casos son asumidas por las mujeres tengan o no otra labor. En lo que corresponde a los hombres, se evidencia en la gráfica que ningún hombre considera inequitativas las responsabilidades del hogar, al contrario, el 11% de los hombres considera que dichas responsabilidades si son equitativas; esto haciendo alusión a una creencia de que la única obligación del hombre puede ser proveer de recursos económicos en el hogar.

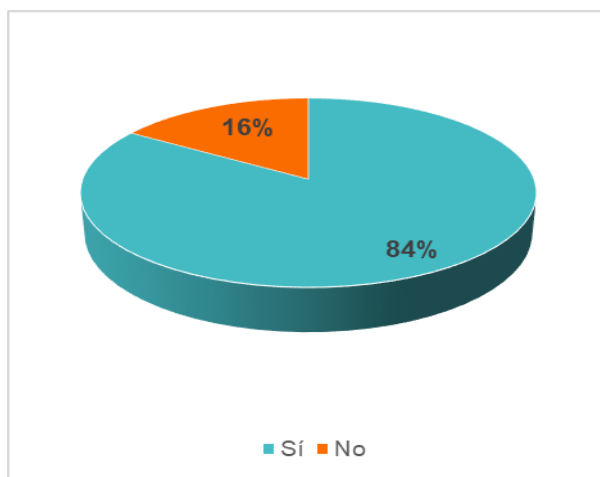
Así como la tarea del cuidado del hogar históricamente se le ha asignado a la mujer, de la misma forma muchas de las responsabilidades en el hogar no solo tienen que ver con el suministro de ingresos económicos, sino también con las tareas domésticas del hogar, como por ejemplo cocinar para el resto de los integrantes de la familia. En muchos casos la mujer debe cumplir con un horario laboral y al llegar a casa no descansa como posiblemente si lo puede hacer un hombre que trabaja, mientras que la mujer en la mayoría de los casos debe llegar a responder con diferentes labores del hogar. Según Álvarez y Gómez (2010) “el ingreso de la mujer al mercado de trabajo le ha exigido asumir un nuevo rol de carácter productivo, manteniendo el viejo rol de cuidadora” (p. 92).

Por último, cabe mencionar que el 7% de los beneficiarios viven solos conformando así, hogares unipersonales, por lo cual todas las responsabilidades del hogar recaen sobre ellos mismos y, por tanto, esta pregunta no aplica para estos beneficiarios.

### **Determinantes relacionados con los sistemas sanitarios y los servicios sociales**

- **Dimensión promoción de la salud y prevención de enfermedades**

*Gráfica 7. Beneficiarios afiliados al sistema de salud.*



Fuente: Elaboración propia.

En lo que corresponde a los servicios de salud la OMS (2002) afirma que “acceder a los servicios curativos se hace indispensable. Como la inmensa mayoría de las personas ancianas de un país determinado viven en la comunidad, el sector de asistencia sanitaria primaria debe ofrecer la mayoría de los servicios curativos” (p. 83). En este sentido en la gráfica 7 se logra evidenciar que el 84% de las personas encuestadas se encuentran afiliadas al sistema de salud y el 16% no lo está. Teniendo en cuenta que la salud es un derecho fundamental se supone que las personas deben estar afiliadas al sistema de salud tengan o no un trabajo, por lo anterior es importante resaltar que el 16% corresponde a personas extranjeras que no pueden afiliarse al sistema de salud y personas colombianas que no han hecho el debido proceso para afiliarse a dicho sistema.

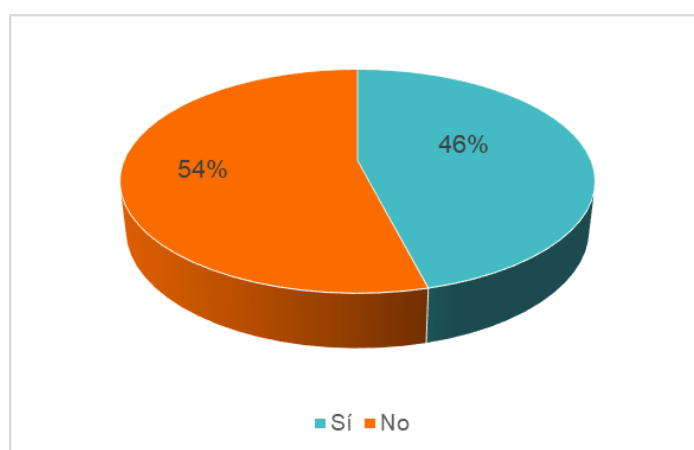
**Gráfica 8. Regímenes de los beneficiarios afiliados al sistema de salud.**



Fuente: Elaboración propia.

De los beneficiarios que se encuentran afiliados al sistema de salud (gráfica 7) el 43% se encuentran afiliados al régimen contributivo, lo que implica que posiblemente trabajan o alguna persona de su núcleo familiar los tenga afiliados como beneficiarios y por otro lado el 57% de los afiliados al sistema de salud se encuentra en el régimen subsidiado. Si bien debe haber un equilibrio entre los regímenes de salud, en el grupo el porcentaje mayor de los beneficiarios se encuentra en el régimen subsidiado posiblemente porque en su mayoría son personas que no tiene acceso a un empleo formal o no tienen los recursos para acceder al sistema de salud de manera independiente.

**Gráfica 9. Beneficiarios que han recibido orientación respecto al cuidado de la salud.**



Fuente: Elaboración propia.

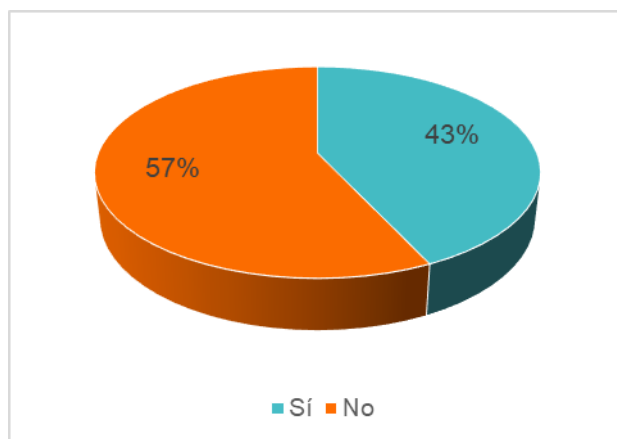
El acceso a servicio de salud también tiene que ver con el acceso a la promoción en el cuidado de la salud, y la OMS (2002) afirma que, la promoción de la salud es el proceso que permite a las personas controlar y mejorar su salud. La prevención de las enfermedades

incluye la prevención y el tratamiento de las patologías que son especialmente frecuentes a medida que las personas envejecen: las enfermedades no transmisibles y las lesiones. (p. 83)

Tal y como lo muestra la gráfica 9, en cuanto a la recepción de información para cuidados de la salud es posible identificar que solo el 46% de los encuestados ha recibido orientación para el cuidado de la salud, ya sea por medio de campañas, asistiendo a centros médicos, entre otros y el otra 54% de la población manifiesta no haber recibido orientaciones respecto al cuidado de la salud; sin embargo, en el marco de la pandemia del COVID – 19 se han intensificado las campañas por parte de los gobiernos para promocionar hábitos de cuidado para la salud, especialmente en personas mayores y población en riesgo.

- **Dimensión servicios curativos**

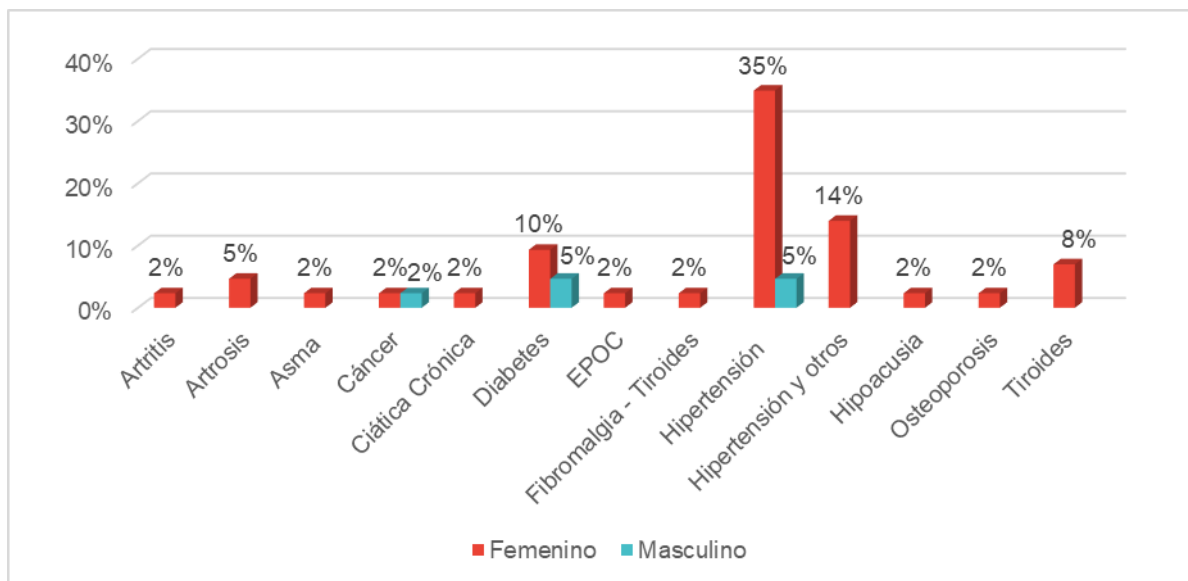
**Gráfica 10. Beneficiarios diagnosticados con enfermedades crónicas.**



Fuente: Elaboración propia.

En algunos casos el alto consumo de medicamentos en las personas puede conllevar a la existencia de enfermedades crónicas a medida a que se envejece. La OMS (2002) afirma que “una enfermedad crónica se caracteriza por ser de larga duración y su progresión es lenta” (par. 1). En este sentido en la gráfica 10 se logra constatar que el 43% de la población se encuentra diagnosticada con alguna enfermedad crónica y el 57% no tiene ningún tipo de diagnóstico. Existe una clara evidencia de que las enfermedades crónicas acarrearán el uso de servicios de salud más que la edad en sí misma, sin embargo, las enfermedades crónicas y las discapacidades prevalecen en la edad avanzada y el uso de cuidados de la salud, y sus gastos correspondientes, aumentan de manera conjunta. (Centro Internacional de Longevidad Brasil, 2015, p. 72)

**Gráfica 11. Tipo de enfermedades crónicas de los beneficiarios según el género.**



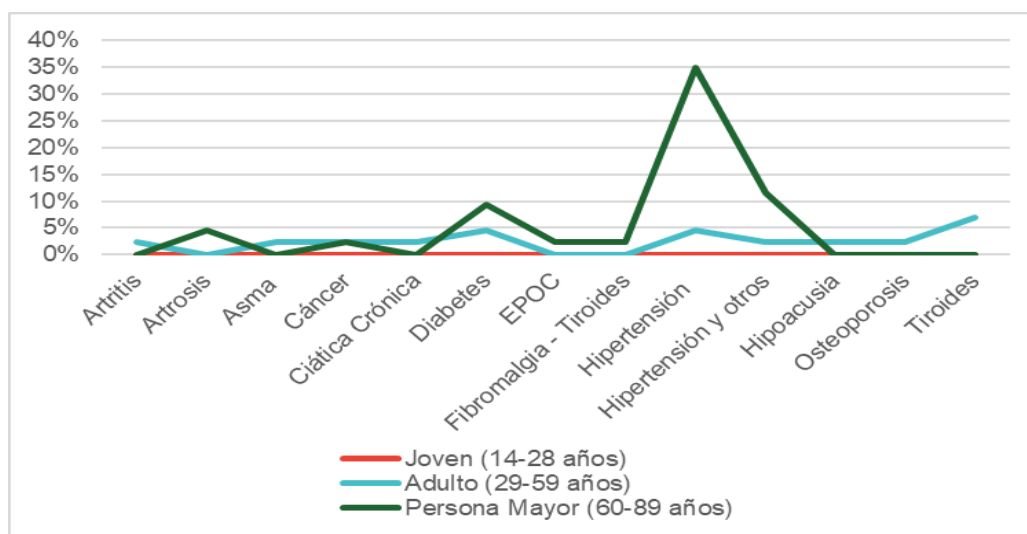
Fuente: Elaboración propia.

El Centro Internacional de Longevidad Brasil (2015) afirma que entre las enfermedades crónicas más comunes se encuentran enfermedades cardiovasculares, la diabetes, enfermedades obstructivas pulmonares crónicas y estas tienen que ver más con los hábitos y acciones de las personas durante su vida. Sin embargo, también hay enfermedades crónicas que devienen del proceso de envejecimiento como las relacionadas con el sistema musculoesquelético, por ejemplo, la artrosis y la artritis.

En ese sentido, la gráfica 11 muestra el tipo de enfermedad del 43% de beneficiarios (gráfica 10) afectados con enfermedades crónicas, de las cuales el 40% de las personas únicamente padecen de hipertensión representados en 15 mujeres y 2 hombres, siendo esta la enfermedad más prevalente en este grupo. Por otro lado, aunque la diabetes es una de las enfermedades que más afecta a la población, en el grupo de beneficiarios solo el 15% padece esta enfermedad, esto representado en 6 personas y en menor proporción en el grupo se presentan otras enfermedades crónicas como artrosis, artritis, asma, cáncer, osteoporosis y tiroides.

Si bien el grupo de mujeres es mayor al de hombres, guardando la proporción se logra evidenciar que de los 13 hombres del grupo 5 padecen enfermedades crónicas. En comparación, de las 87 mujeres del grupo 38 padecen enfermedades crónicas, lo que implica que las mujeres son las más afectadas.

**Gráfica 12. Tipo de enfermedades crónicas de los beneficiarios por grupo etario.**

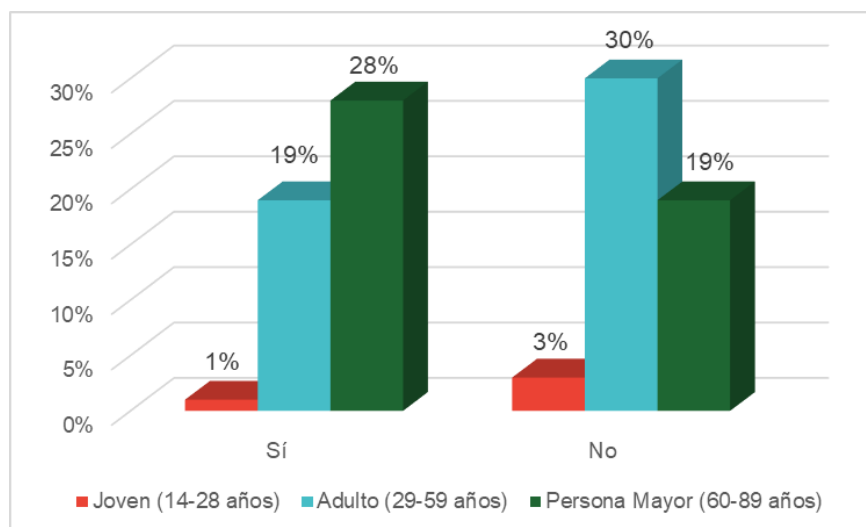


Fuente: Elaboración propia.

Así mismo, esta gráfica permite identificar el tipo de enfermedades en relación con el grupo etario y según el Centro Internacional de Longevidad Brasil (2015) afirma que “la prevalencia de enfermedades crónicas múltiples aumenta con la edad avanzada, afectando a dos tercios de las personas de 65 y más años y el 82% de las personas mayores de 85 años” (p. 75).

Así como se evidencia en la gráfica 12, los más afectados con enfermedades crónicas son las personas mayores (representado en 29 beneficiarios), las cuales se encuentran entre los 60 y 89 años siendo la enfermedad que más afecta a este grupo la hipertensión como única enfermedad o la hipertensión combinada con otras patologías como la diabetes o la tiroides. También es importante mencionar que de los jóvenes del grupo ninguno presenta alguna enfermedad crónica, contrario a lo que sucede con los adultos afectados de los cuales el 33% representados en 14 personas presentan enfermedades crónicas siendo la tiroides la enfermedad que más los afecta, seguido por la hipertensión.

**Gráfica 13. Beneficiarios con tratamiento médico en la actualidad por grupo etario.**



Fuente: Elaboración propia.

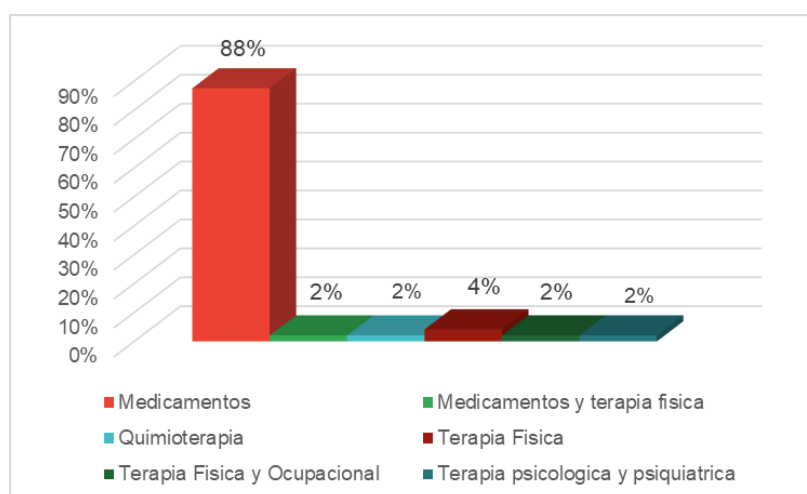
Aunque el acceso al servicio de salud es importante para tratar y prevenir patologías y enfermedades crónicas, es así mismo importante el acceso a los tratamientos médicos entre ellos los medicamentos. En relación a la gráfica 13 se logra evidenciar que el 48% de los beneficiarios encuestados actualmente están llevando a cabo algún tipo de tratamiento médico, que en la mayoría de casos tiene que ver con el procedimiento de enfermedades crónicas.

En este sentido el 52% de las personas encuestadas actualmente no están en ningún tratamiento médico; sin embargo, esto no indica que no tengan alguna enfermedad, es posible que necesiten de algún tratamiento pero que no tengan acceso al sistema de salud o al dinero para poder acceder a dichos tratamientos, esto puede ser más común en las personas extranjeras.

Adicionalmente la gráfica evidencia que la población que más necesita de un tratamiento médico es la correspondiente a la persona mayor representados con un 28%, seguidos por los adultos con un 19% y los jóvenes con un 1%.



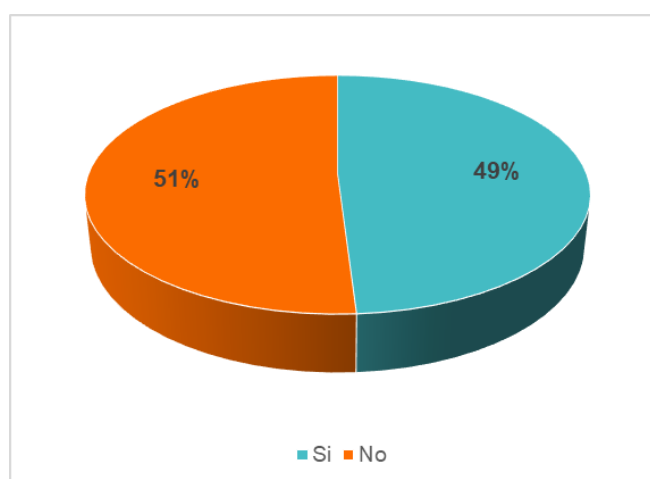
**Gráfica 14. Tipo de tratamiento médico de los beneficiarios.**



Fuente: Elaboración propia.

Según la OMS (2002) “a medida que la población envejece, continuará aumentando la demanda de medicamentos que se usan para retrasar y tratar las enfermedades crónicas, aliviar el dolor y mejorar la calidad de vida” (p. 83). Del 48% de beneficiarios que necesitan de un tratamiento médico en la actualidad (gráfica 13), se indagó sobre el tipo de tratamiento que necesitan esos beneficiarios. En la gráfica 14 se evidencia que el tratamiento médico más común es el medicamento, el cual representa el 88% con 42 personas que consumen fármacos. Entre los otros tipos de tratamiento se destaca la terapia física en un 4% con dos personas y el resto de tratamientos corresponden a quimioterapias, terapia psicológica o psiquiátrica y combinaciones entre medicamentos, terapias físicas y ocupacionales.

**Gráfica 15. Beneficiarios que han accedido al sistema de salud en los últimos seis meses.**

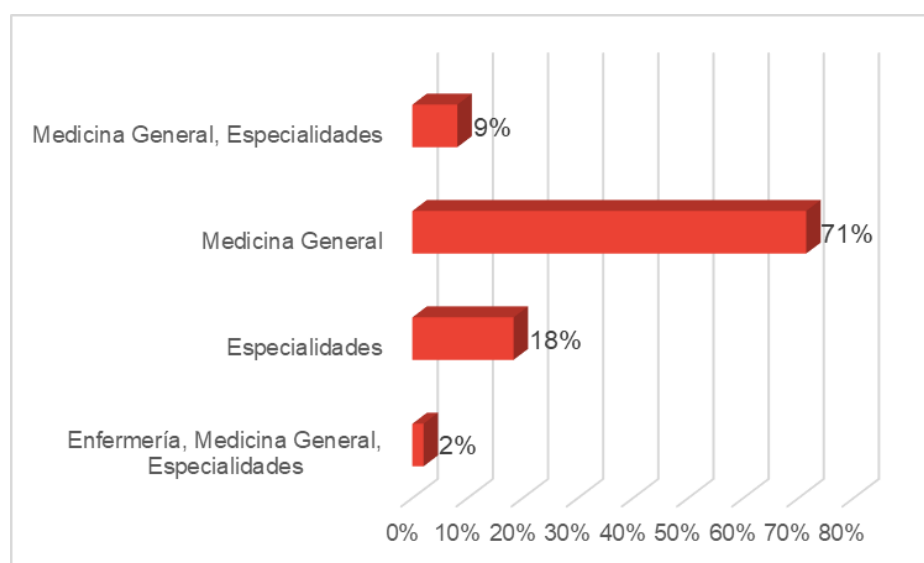


Fuente: Elaboración propia.

Adicional a lo mencionado anteriormente, el acceso a salud también se relaciona con la atención a servicios curativos, en ese sentido la gráfica 15 evidencia que el 49% de los beneficiarios han asistido en los últimos seis meses a un centro para la atención de su salud, mientras que el 51% restante no ha recibido atención en algún centro o institución de salud.

Según el Centro Internacional de Longevidad Brasil (2015), a medida que la salud de la población necesita evolucionar en el contexto de la revolución de la longevidad, la sostenibilidad y efectividad de los servicios sociales y de salud demandan un cambio radical para lograr un mejor balance entre “cuidado” y “cura”, “paliación” y “prevención” (p. 75). En ese sentido, el acceso a salud debe ampliarse también a una visión de prevención, a partir de la cual, se le inculque a la gente múltiples cuidados y hábitos que de manera individual se deben tener a lo largo del envejecimiento para evitar así la aparición pronta de enfermedades graves que pueden volver a las personas dependientes al sistema de salud o a sus familias y a cuidados paliativos.

**Gráfica 16. Atención a beneficiarios por áreas en el sistema de salud.**

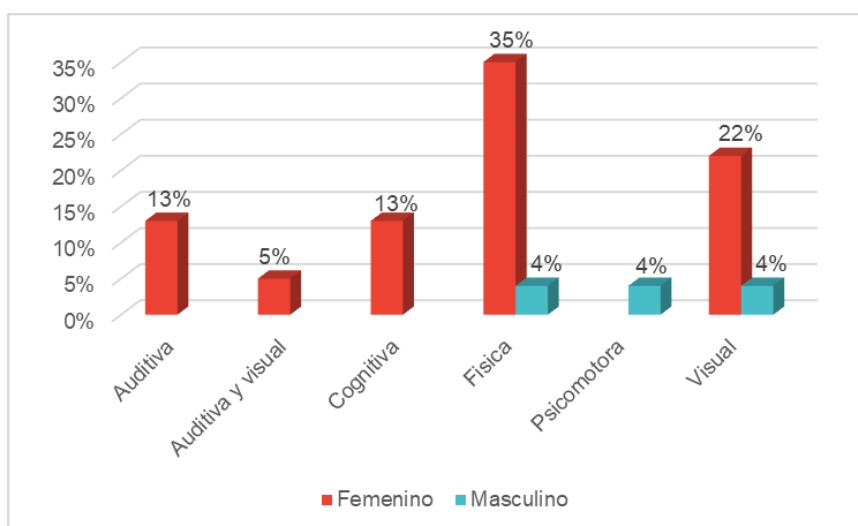


Fuente: Elaboración propia.

El Centro Internacional de Longevidad Brasil (2015) afirma que “una continuidad amplia de servicios incluye la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, cura, restablecimiento, manejo, prevención del declive y cuidados paliativos” (p. 75). Teniendo en cuenta que el 49% de los beneficiarios (gráfica 15) han asistido en los últimos seis meses al sistema de salud, en la gráfica 16 es posible identificar a que áreas de la salud han acudido los

beneficiarios, siendo la más frecuentada la medicina general representado en un 71% con 35 personas. Sin embargo, solo el 18% (9 beneficiarios) tuvieron acceso a alguna especialidad de la salud, esto permite evidenciar algunos de los problemas que presenta el sistema de salud colombiano en relación a la escasez de especialistas que limita el acceso a dichas áreas.

**Gráfica 17. Discapacidad de los beneficiarios en relación a su género.**

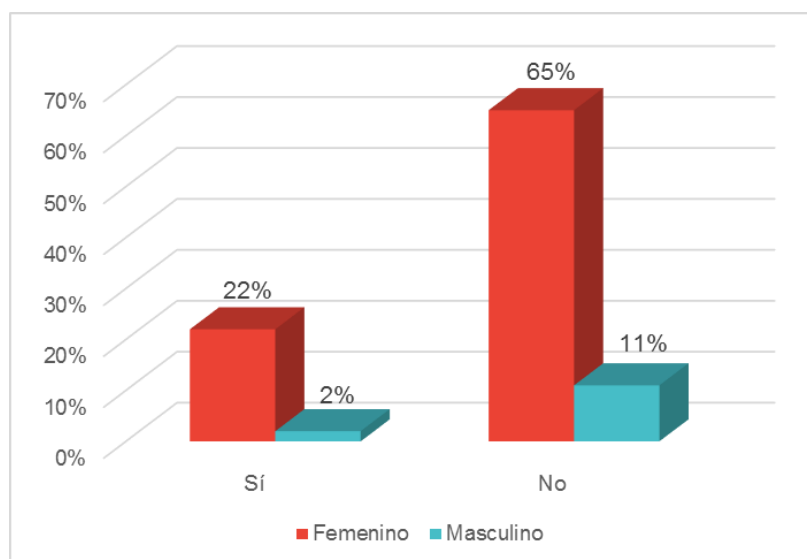


Fuente: Elaboración propia.

La discapacidad es una de las principales causas de dependencia, en este sentido el Centro Internacional de Longevidad Brasil (2015) plantea que “la pérdida de visión y audición son las causas de dependencia y reducción de la calidad de vida en la vejez más comunes y generalmente tratables” (p. 73). Por lo tanto, la gráfica 17 representa el total de la población con una discapacidad siendo en total 23 personas; en este sentido la discapacidad más común es la física con un 39% afectando a 9 personas, seguida por la visual en un 26% con 6 personas y la auditiva con 13% a 3 personas. Teniendo en cuenta la totalidad de mujeres solo 20 de ellas padecen de alguna discapacidad, mientras que, por el lado del género masculino, presentan discapacidad solo 3 hombres.

- **Dimensión asistencia de larga duración**

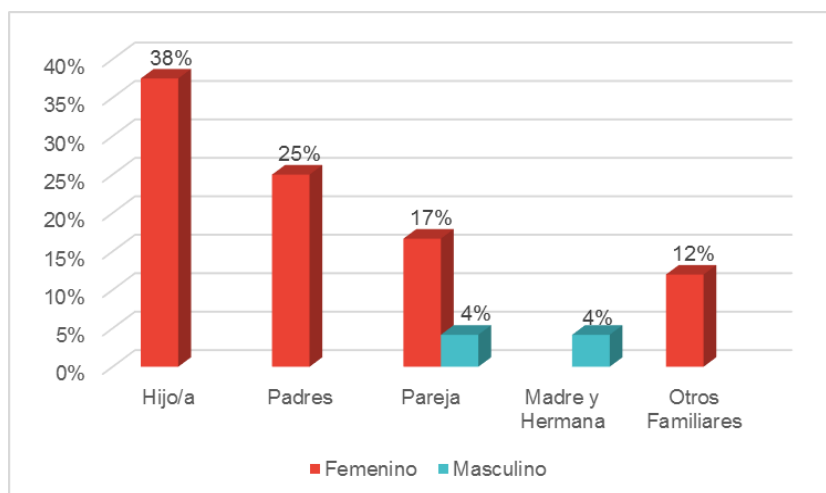
**Gráfica 18. Beneficiarios que tienen a cargo el cuidado de una persona que no puede valerse por sí misma según el género.**



Fuente: Elaboración propia.

Del 100% de la población beneficiaria encuestada, únicamente el 24% manifiesta estar a cargo de una persona que no puede valerse por sí misma, sin embargo es evidente un mayor porcentaje en el género femenino representado en 22 mujeres (una joven, doce adultas y nueve adultas mayores) en comparación con 2 hombres cuidadores (un adulto y una persona mayor) lo cual permite confirmar que son las mujeres por tradición quienes cumplen ese papel como cuidadoras en la familia, por tanto según la OMS (2002) son quienes “a menudo limitan sus posibilidades de desarrollo personal y profesional fuera del hogar, así como su seguridad financiera actual y futura” (p. 55), situación que durante el proceso de envejecimiento de las mujeres “puede contribuir al aumento de la pobreza y a la mala salud en la ancianidad” (OMS, 2002, p. 82), ya que debido a su responsabilidad desde el papel de cuidadoras, en el caso de las beneficiarias posiblemente deben renunciar a la oportunidad de un empleo remunerado que les represente mayor seguridad social y financiera.

**Gráfica 19. Parentesco con las personas de quienes están a cargo algunos beneficiarios según el género.**

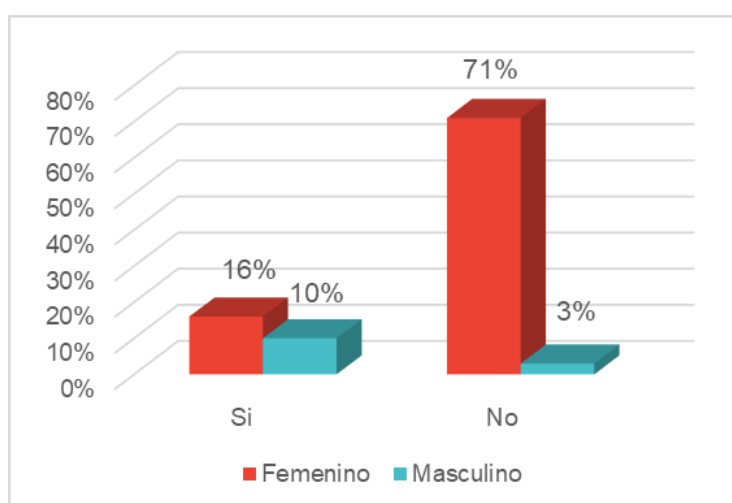


Fuente: Elaboración propia.

De acuerdo con lo anterior, la gráfica 19 permite evidenciar el parentesco de los 24 beneficiarios con las personas que no pueden valerse por sí mismas, es decir, a quienes cuidan. El género femenino como mayoría está representado por 22 mujeres correspondientes en un 38% a 9 mujeres que tienen a cargo el cuidado de sus hijos, en un 25% a 6 mujeres quienes tienen a cargo el cuidado de sus padres, en un 17% a 4 mujeres a cargo del cuidado de sus parejas y en un 12% a 3 mujeres las cuales tienen a cargo el cuidado de otros familiares (suegro, abuelo y sobrino). Por otro lado, del género masculino los únicos dos hombres cuidadores quienes además están próximos a ser personas mayores se encuentran representados cada uno en un 4%, uno de ellos está a cargo del cuidado de su pareja y el otro se encuentra a cargo del cuidado de su madre y hermana.

En su mayoría las personas encuestadas declaraban estar a cargo de estos familiares debido a situaciones relacionadas con la edad, con la salud o con algún tipo de discapacidad física o mental, por tanto les bridan lo que la OMS (2002) denomina asistencia de larga duración, que “permite a aquellas personas que por diferentes circunstancias tienen algún tipo de limitación poder contar con el apoyo y la asistencia de (...) cuidadores informales como personas cercanas a su red social de apoyo” (p. 83) llevando a cabo actividades básicas y necesarias para su bienestar.

**Gráfica 20. Beneficiarios que tienen necesidad de un cuidador según el género.**

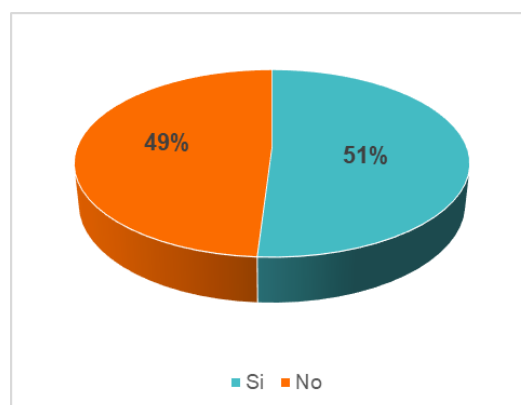


Fuente: Elaboración propia.

Adicionalmente, en lo que corresponde a los servicios de larga duración la OMS (2002) afirma que están compuestos por sistemas tanto formales como informales, siendo los informales amigos o familia y los formales, profesionales o instituciones de cuidado, dichos sistemas garantizan a las personas que no pueden valerse por sí mismas poder llevar una vida lo más óptima posible. En ese sentido solo el 26% de los beneficiarios tienen la necesidad de un cuidador, donde el 16% corresponden a mujeres y el 10% a hombres. Cuando se indagó sobre el tipo de cuidador de dichas personas se identifica que el 26% que necesita de cuidado se apoya en sistemas informales principalmente la familia y es posible que dicho sistema familiar siempre se vea representado en una mujer, sea madre, hermana, tía, abuela o hija, evidenciando culturalmente el rol de cuidadora en las mujeres.

- **Dimensión servicios de salud mental**

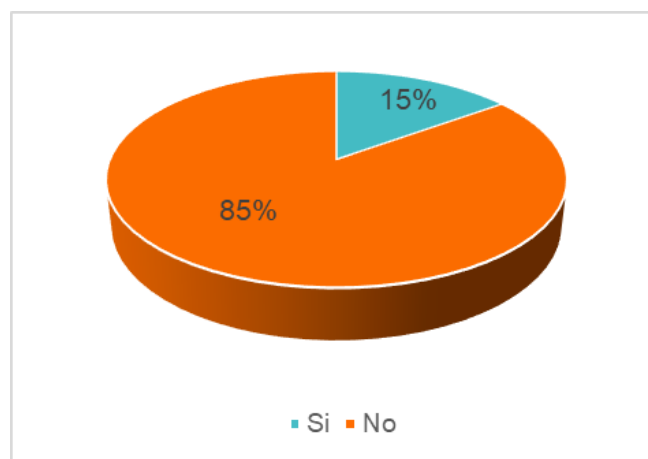
**Gráfica 21. Beneficiarios que consideran saber sobre salud mental.**



Fuente: Elaboración propia.

La OMS (2004) plantea que la salud mental abarca el bienestar completo físico, mental y social, por lo tanto, la gráfica 21 refleja que el 51% de las personas consideran saber que es la salud mental y el 49% restante considera no saber con claridad qué es, esto implica que el grupo no tenga un conocimiento suficiente y claro sobre lo que significa tener un completo estado de bienestar en cuanto a la salud mental. Teniendo en cuenta lo anterior, la OMS (2004) considera que “la salud mental es un pilar central en el bienestar general de los individuos, sociedades y naciones” (p. 7), lo que implica que los beneficiarios no brindan la atención necesaria a conocer sobre salud mental y lo que ello implica

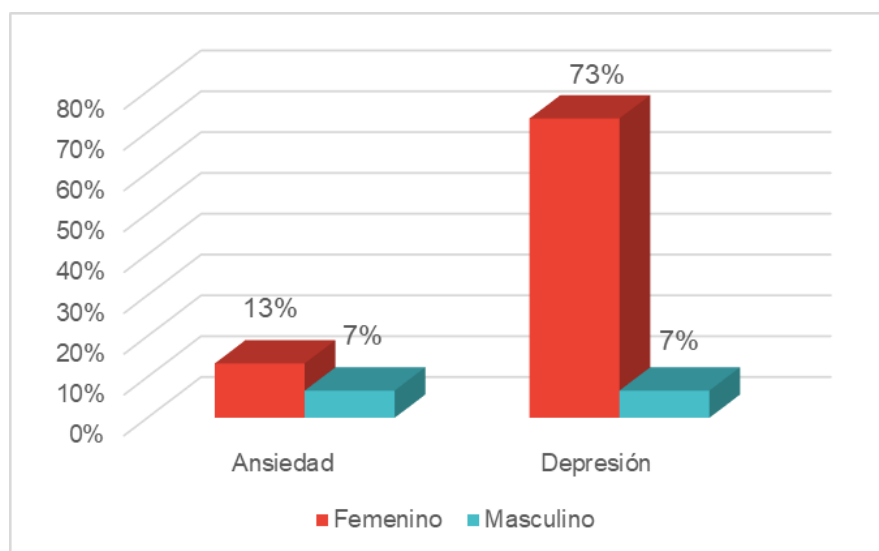
**Gráfica 22. Beneficiarios diagnosticados con algún trastorno de salud mental.**



Fuente: Elaboración propia.

En relación a la gráfica 22, se logra determinar que al 15% de personas se les ha diagnosticado un trastorno relacionado con su salud mental. Cabe mencionar que los trastornos mentales son una causa importante de discapacidad en el mundo, afectando el envejecimiento de las personas teniendo en cuenta que dichos trastornos no solo afectan el aspecto individual, sino también la parte relacional, de forma tal que pueden llevar a la persona a una situación de exclusión afectando la relación de la persona que padece el trastorno con el resto de redes que comprenden su contexto, como lo referencia la OMS (2004), “es cada vez más evidente que las funciones mentales están interconectadas con el funcionamiento físico y social, y con el estado de salud” (p. 9).

**Gráfica 23. Tipo de trastorno de salud mental de los beneficiarios según el género.**



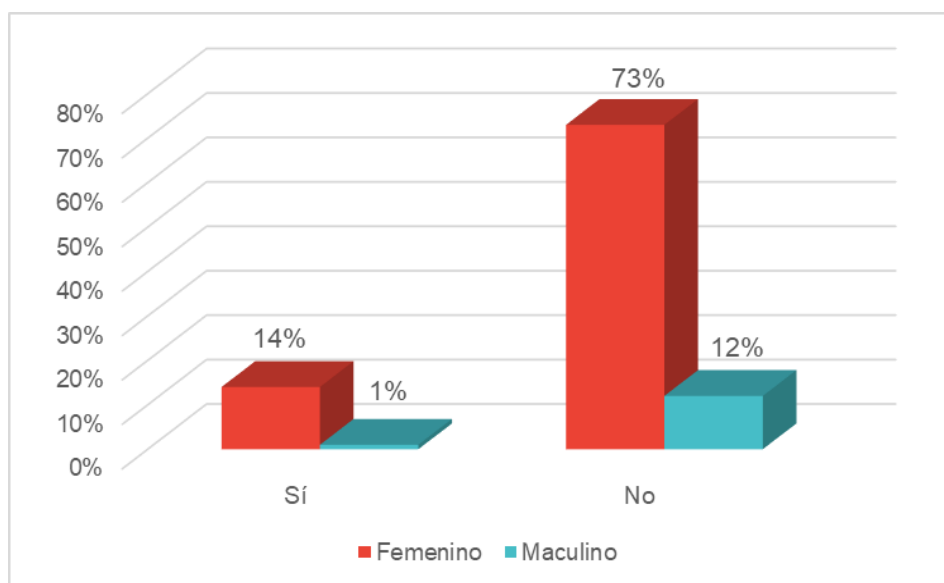
Fuente: Elaboración propia.

En relación a los beneficiarios del grupo se identifica en la gráfica 23 que de las personas diagnosticadas con algún trastorno mental se presentan únicamente dos trastornos los cuales corresponden a depresión y ansiedad. Según el Centro Internacional de Longevidad Brasil (2015) considera que el trastorno de la depresión es la principal causa de discapacidad en todo el mundo. Es el problema de salud mental más común que se sufre en la vejez, afectando a cerca del 15% de los adultos mayores que viven en residencias comunitarias, al 20% de los ingresados en hospitales y al 40% de los que viven en instituciones de cuidados de larga duración. (p. 74).

Teniendo en cuenta que solo el 15% de la población total padece un trastorno mental y en concordancia con lo propuesto por el Centro Internacional de Longevidad Brasil (2015), el trastorno que predomina en el grupo de beneficiarios es la depresión (80%) afectando a 12 personas; seguido por la ansiedad que afecta al 20% representado en 3 personas. Del total de mujeres solo 13 se encuentra afectada por un trastorno mental, 11 con depresión y 2 con ansiedad, mientras que del total de hombres solo 2 se encuentra afectado, uno con ansiedad y otro con depresión.



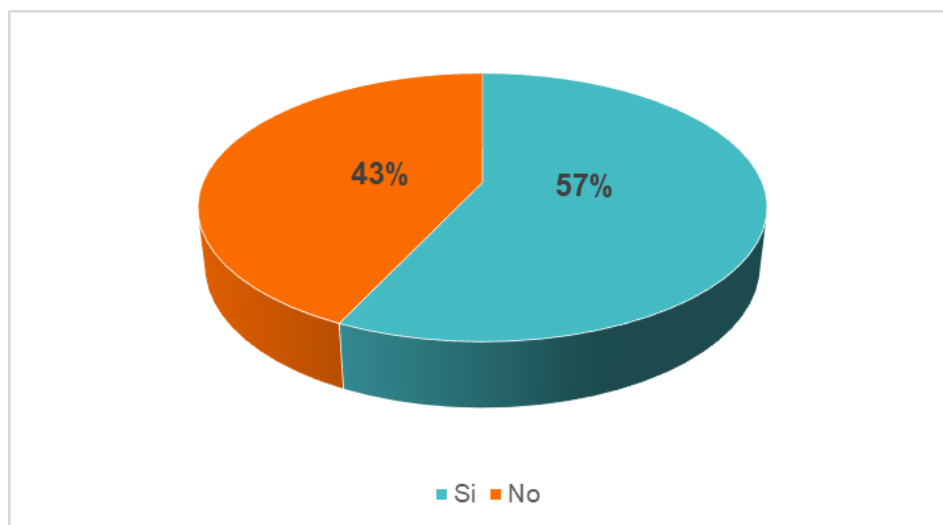
**Gráfica 24. Beneficiarios que han accedido a servicios de psicología y psiquiatría en el último año según el género.**



Fuente: Elaboración propia.

En relación al tema de salud mental para la OMS (2002) “los servicios de salud mental, que desempeñan un papel crucial en el envejecimiento activo, deben formar parte integral de la asistencia de larga duración” (p. 83). Por lo tanto, la gráfica 24 hace referencia al acceso a servicios de salud mental de los beneficiarios; allí se identifica que el 15% de las personas han sido atendidos con psicología o psiquiatría en el último año, el 14% de las mujeres y solamente el 1% de los hombres. Lo anterior, permite identificar que solo aquellas personas que ha sido diagnosticadas con algún tipo de trastorno mental (gráfica 22 y 23) son quienes asisten a estos servicios de salud y según el Centro Internacional de Longevidad Brasil (2015) “la importancia de la salud mental y social para el envejecimiento activo es pasada muchas veces por alto” (p. 44).

**Gráfica 25. Beneficiarios que consideran cuidar de su salud mental.**



Fuente: Elaboración propia.

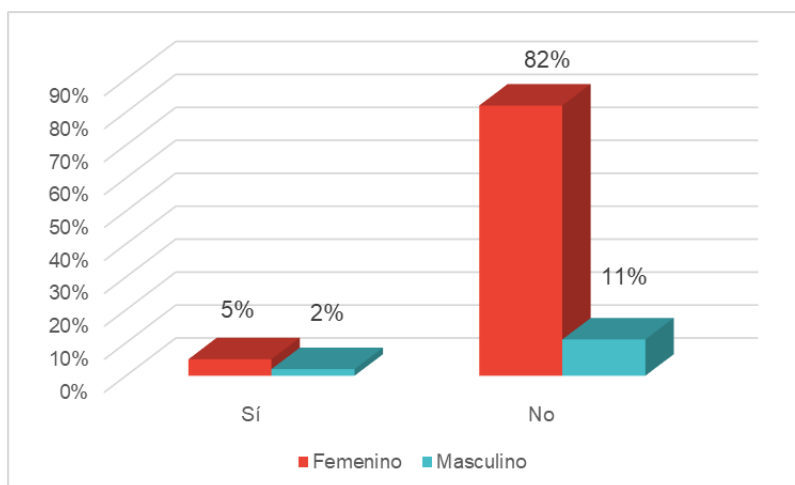
Respecto al cuidado de la salud mental Melgosa (2017) propone que para cosechar un buen estado de salud mental es necesario: mantener relaciones personales y sociales; cultivar los pensamientos positivos en relación a uno mismo, a los otros y al futuro; tener una vida activa, no solo en lo laboral; la práctica del altruismo; mejoramiento de la autoimagen; tratar de reconocer y cambiar sentimientos de culpa; y por último ver el futuro con esperanza.

En relación a esto la gráfica 25 muestra que el 57% de los beneficiarios consideran cuidar de su salud mental de la siguiente manera: realizando pasatiempos, evitando pensamientos negativos, haciendo manualidades, dedicando tiempo a la meditación y asistiendo con profesionales de la salud mental, entre otras. El 43% considera que no cuida de su salud mental, lo que implica que estos beneficiarios no han recibido la información necesaria o no se han interesado en conocer las implicaciones de no cuidar su salud mental, lo cual acarrea el padecimiento de trastornos mentales y el desarrollo de enfermedades secundarias como la hipertensión, esto teniendo en cuenta que el estado de la mente tiene que ver también con el estado de la salud física.

## Determinantes conductuales

- **Dimensión tabaquismo**

**Gráfica 26. Beneficiarios que consumen tabaco respecto al género.**



Fuente: Elaboración propia.

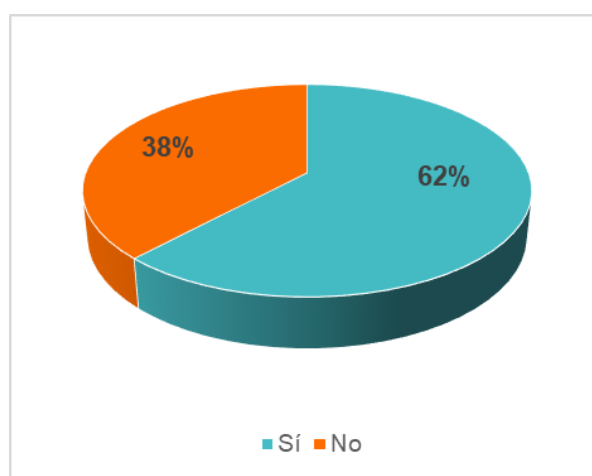
En relación al género en la grafica 26 se evidencia que del total de beneficiarios, unicamente el 7% son fumadores, de los cuales el 5% corresponde al género femenino y el 2% al género masculino. De los beneficiarios que fuman se indaga sobre las razones por las cuales lo hacen y se identifica que en la mayoría de casos es debido a la sensación de tranquilidad que esto produce a causa de sus niveles de ansiedad y estrés. En relación al grupo etario, de ese 7%, la mayoría de fumadores se concentra en los adultos, representados en un 5%, por lo tanto, estas personas se encuentran en un riesgo inminente de desarrollar enfermedades producto del consumo, afectando su proceso de envejecimiento. Según la OMS (2002), las enfermedades no trasmisibles (ENT) como “el consumo de tabaco es el factor de riesgo modificable más importante para las ENT tanto en los jóvenes como en los ancianos y una importante causa de muerte prematura que se puede evitar” (p. 84).

De los beneficiarios que consumen tabaco solo el 1% presenta una enfermedad a causa de dicho consumo, siendo representada en una mujer, persona mayor, sin embargo, actualmente no fuma. En relación a lo anterior la OMS (2002) afirma que el consumo de tabaco no solo aumenta el riesgo de enfermedades respiratorias “sino que también está relacionado negativamente con factores que pueden llevar a importantes pérdidas de la capacidad funcional. Por ejemplo, fumar acelera la tasa de reducción de la densidad ósea, de la fuerza muscular y de la función respiratoria” (p. 84). Por otro lado, según Samet (2002) los fumadores pasivos “absorben componentes del humo del tabaco a través de las vías

respiratorias y los alvéolos, y muchos de estos componentes, como el monóxido de carbono, entran después en la circulación y se distribuyen en general” (p. 148). En referencia a lo anterior, se identifica que otro 7% de los beneficiarios se encuentran expuestos al humo del tabaco al interior de sus hogares, lo que implica que estas personas, aunque no son fumadores activos, están propensas a desarrollar enfermedades a causa del consumo del tabaco indirecto.

- **Dimensión alimentación sana**

*Gráfica 27. Beneficiarios que manifiestan tener una dieta equilibrada.*

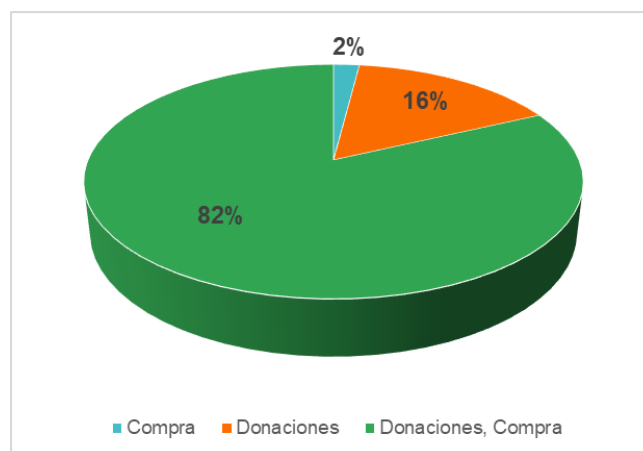


Fuente: Elaboración propia.

La alimentación juega un papel importante en el envejecimiento activo, por lo tanto, debe ser variada. Según Pinto y Carbajal (2017), se hace necesaria una dieta que incluya alimentos de diferentes grupos: cereales, frutas, hortalizas, aceites, lácteos, carnes, pescados, huevos, azúcares, (...) pues los nutrientes se encuentran amplia y heterogéneamente distribuidos en los alimentos y pueden obtenerse a partir de muchas combinaciones de los mismos. Esto ya es suficiente garantía de equilibrio nutricional (p. 16).

A partir de lo anterior, se puede evidenciar que el 62% de la población considera que tiene una dieta equilibrada y el 38% considera lo contrario. Si bien la cuestión económica tiene que ver con el acceso a la alimentación, esto no garantiza que las dietas sean equilibradas, en este sentido Pinto y Carbajal (2017) adicionalmente afirman que para que una dieta sea nutricionalmente equilibrada y así mismo correcta es necesario que “estén presentes en ella la energía y todos los nutrientes necesarios y en las cantidades adecuadas y suficientes para cubrir las necesidades nutricionales de cada persona y evitar deficiencias” (p.15); por lo tanto si una persona tiene los recursos suficientes y no invierte su dinero en alimentos con valor nutricional dará paso a un déficit nutricional.

**Gráfica 28. Forma en la que los beneficiarios obtienen sus alimentos.**

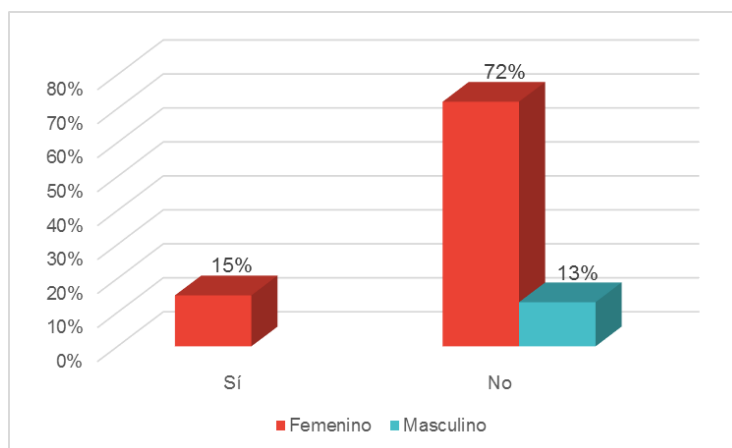


Fuente: Elaboración propia.

La OMS (2002) plantea que “los problemas de alimentación y seguridad alimentaria en todas las edades incluyen tanto la desnutrición (de forma especial, aunque no exclusiva, en los países menos desarrollados) como el consumo excesivo de calorías” (p. 85). En la gráfica 28 se evidencia que la forma en que los beneficiarios principalmente adquieren sus alimentos en un 82% es por medio tanto de donaciones como compras con sus propios ingresos. Solo el 16% depende exclusivamente de las donaciones para poderse alimentar y el 2% aunque recibe el apoyo alimentario su seguridad alimenticia es garantizada con sus propios recursos.

Por lo tanto, estos datos pueden indicar que los apoyos alimentarios no son suficientes para garantizar la alimentación de las familias incidiendo en su seguridad alimentaria, teniendo en cuenta que en muchos casos los alimentos donados no alcanzan a completar una dieta equilibrada, ni contienen otros alimentos de vital consumo como frutas y verduras.

**Gráfica 29. Beneficiarios diagnosticados con algún problema alimenticio según el género.**



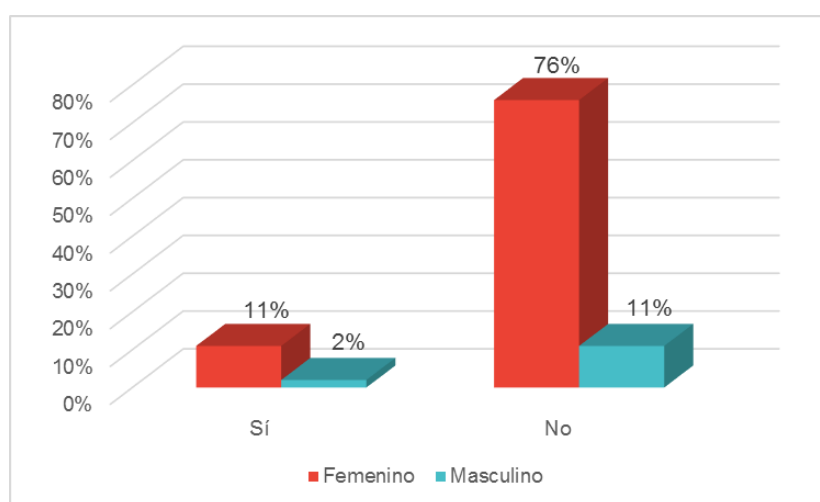
Fuente: Elaboración propia

Respecto a los problemas alimenticios que presenta la población beneficiaria, únicamente las mujeres representadas en un 15% manifestaron estar diagnosticadas con alguno de esos problemas, 9 de ellas con sobrepeso, 3 bajas de peso, 2 con obesidad y 1 con anemia. Las 15 mujeres se encuentran representadas en nueve adultas entre 29 y 59 años y seis adultas mayores entre 60 y 89 años.

Lo anterior permite evidenciar que “aunque se sabe mucho sobre alimentación saludable, el sobrepeso y la obesidad han alcanzado proporciones epidémicas en todo el mundo (...) La obesidad, en concreto, es un factor de riesgo para la diabetes tipo II, la hipertensión, las enfermedades cardíacas, algunos cánceres y la osteoartritis. Las enfermedades crónicas relacionadas con la obesidad se han duplicado desde 1990 y es posible que los avances logrados en la esperanza de vida saludable se pierdan debido a la obesidad” (Centro Internacional de Longevidad Brasil, 2015, pp. 58-59).

Por otro lado, y contrario a la obesidad, las personas mayores también pueden ser propensas a presentar bajo peso por desnutrición “especialmente en aquellos que viven solos en la comunidad” (Centro Internacional de Longevidad Brasil, 2015, p. 59) como es el caso de las 3 mujeres que manifestaron estar bajas de peso, una de ellas cuya composición familiar es monoparental y las otras dos mujeres con núcleo unipersonal.

**Gráfica 30. Beneficiarios que asistieron al nutricionista en el último año según el género.**



Fuente: Elaboración propia

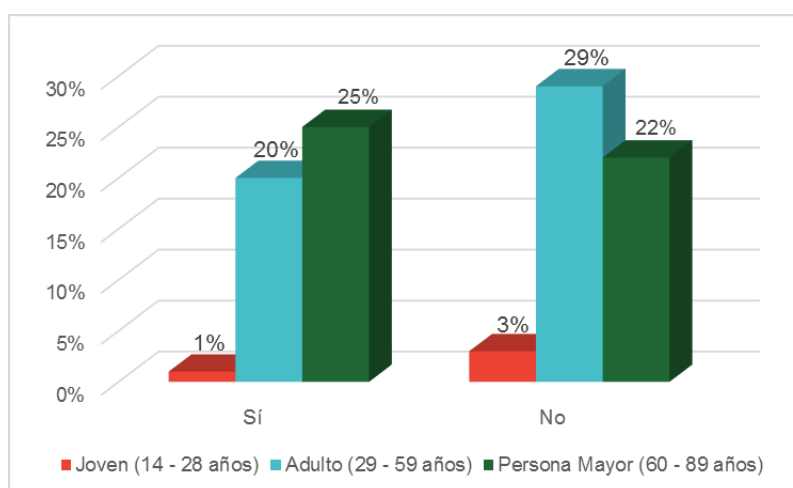
De la totalidad de beneficiarios encuestados, únicamente el 13% manifestó haber asistido al nutricionista en el último año, 11 mujeres de las 87 encuestadas y tan solo 2 hombres de los 13 encuestados.

Cabe aclarar que ese 13% no se relaciona directamente con las personas que manifestaron anteriormente presentar algún problema alimenticio, debido a que los motivos por los cuales estas personas asistieron fueron principalmente por controles en relación con enfermedades como la diabetes y otras circunstancias como el cuidado de los riñones y quimioterapias. Así mismo, otros encuestados sí fueron remitidos al nutricionista debido algunos problemas con su peso, ya sea porque se encuentran subiendo o bajando constantemente de peso, en el caso de las mujeres, sin embargo quienes en la pregunta anterior manifestaron estar diagnosticadas con obesidad, anemia y algunos otros problemas, declararon no haber asistido al nutricionista en el último año, lo cual permite entender que las personas durante el transcurso de su vida no suministran la atención que deberían a las enfermedades o problemas en relación con su peso, y por ende a los requisitos para tener una dieta equilibrada y una alimentación sana.

Es por esto que la OMS (2002) propone que se debe “fomentar la mejoría de las dietas y la obtención de pesos saludables en la vejez, proporcionando información (incluida la que se ocupe específicamente de las necesidades nutricionales de las personas ancianas), educación sobre la nutrición en todas las edades y políticas de alimentación sana que permitan a las mujeres, a los hombres y a las familias elegir alimentos sanos” (p. 99).

- **Dimensión actividad física**

**Gráfica 31. Beneficiarios que realizan actividad física según el grupo etario.**



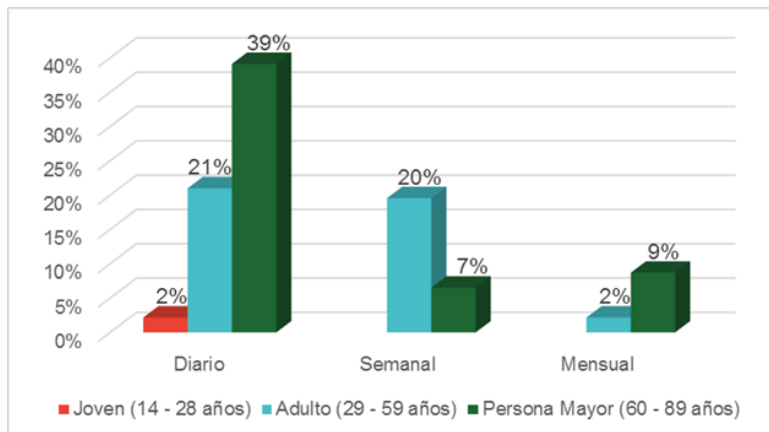
Fuente: Elaboración propia

En relación con la actividad física, el Centro Internacional de Longevidad Brasil (2015) manifiesta que “los niveles de actividad física son menores entre mujeres que en hombres y en la vejez en ambos sexos” (p. 60) sin embargo por la cantidad de personas encuestadas, se

evidencia que en la población beneficiaria de la Pastoral Social de las parroquias mencionadas, tan solo el 46% de las personas sí realiza actividad física y 54% no lo realiza, siendo en un 25% realizado por las personas mayores (19 mujeres – 6 hombres), seguido por los adultos en un 20% (16 mujeres – 4 hombres) y por los jóvenes en un 1% (1 mujer – 0 hombres).

Por lo anterior, es que se hace tan importante realizar actividad física durante todas las etapas del ciclo vital, pues se relaciona automáticamente con una adecuada salud lo cual promueve un envejecimiento activo que permitirá a futuro cosechar los beneficios de haber realizado esas actividades físicas o incluso ocupacionales, además permitirá reducir “los riesgos de enfermedades cardíacas y accidentes cerebrovasculares, diabetes, cáncer, depresión, caídas y deterioro cognitivo” además de preservar “la movilidad, la fuerza muscular, la resistencia, la fuerza ósea, el equilibrio y la coordinación” (Centro Internacional de Longevidad Brasil, 2015, p. 59), potenciando así la capacidad pulmonar, cardiovascular y muscular de las personas sin importar su edad.

**Gráfica 32. Frecuencia con que los beneficiarios realizan actividad física según el grupo etario.**



Fuente: Elaboración propia

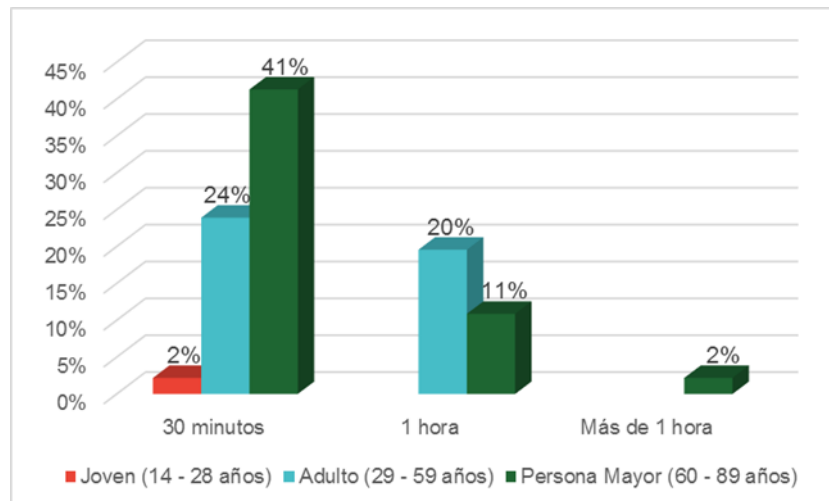
Teniendo en cuenta las 46 personas beneficiarias que manifestaron realizar actividad física, (36 mujeres – 10 hombres), la presente gráfica da cuenta de la frecuencia con que estas personas realizan dicha actividad. Es así como se hace evidente que el mayor porcentaje corresponde a las personas mayores en una frecuencia diaria del 39%, seguido en 21% por los adultos y en un 2% por los jóvenes en esta misma frecuencia. Lo contrario ocurre con la frecuencia semanal en la cual son los adultos con un 20% quienes realizan más ejercicio en comparación con los jóvenes y con las personas mayores. Finalmente, se observa que nuevamente son las personas mayores, quienes más se ejercitan en la frecuencia mensual con



un 9% comparado con los adultos representados en 2% y aunque son en mayor medida quienes más se ejercitan solo lo hacen una vez al mes lo cual trae repercusiones en la salud pues el tiempo que dedican a la actividad física suele ser esporádico.

Lo anterior permite evidenciar que “el hecho de mantenerse activas puede ayudar a las personas mayores a mantener la mayor independencia posible y durante el mayor período de tiempo, además de reducir el riesgo de caídas” (OMS, 2002, p. 84), y de las múltiples ventajas que genera el hecho de que las personas permanezcan activas físicamente gran parte de sus vidas disminuyendo así los gastos médicos considerablemente. Sin embargo, según el Centro Internacional de Longevidad Brasil (2015) “el nivel de actividad física está disminuyendo a nivel mundial en todas las edades como resultado de un incremento de los estilos de vida sedentarios”, afirmación que se puede evidenciar en las personas jóvenes y adultas beneficiarias de la Pastoral Social, pues su interés por realizar actividad física diaria es muy poca e inclusive nula teniendo en cuenta el 54% de personas que no realizan ningún tipo de ejercicio, evidentemente siendo menor en el género femenino.

**Gráfica 33. Tiempo destinado por los beneficiarios para las actividades físicas según el grupo etario.**



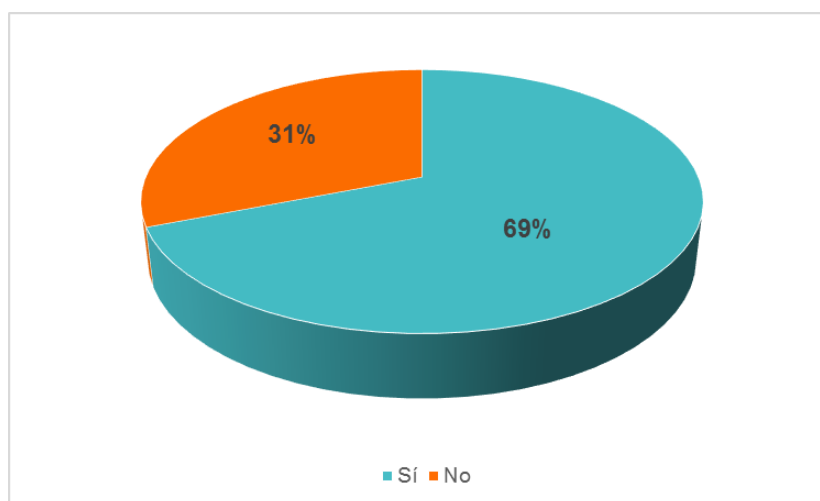
Fuente: Elaboración propia

Continuando con el análisis en relación con los beneficiarios que manifestaron realizar actividad física, la presente gráfica permite observar que son las personas mayores quienes más realizan dicho ejercicio 30 minutos al día representado en un 41%, seguido un 24% por los adultos y un 2% por los jóvenes, evidenciando así que solo una persona mayor (mujer) de las 100 encuestadas realiza actividad física más de 1 hora y en ese caso a diario.

Es por lo anterior, que en relación con las frecuencias definidas en la gráfica 32 (anterior) se puede observar que tales frecuencias no se relacionan directamente con el tiempo, es decir, hay personas que pueden realizar ejercicio 30 minutos al día, pero hay otras que realizan esos 30 minutos únicamente semanal o mensual, lo cual representa muy poco tiempo en comparación con la cantidad de horas que destinan en otras actividades que aumentan su sedentarismo.

Es así como el Centro Internacional de Longevidad Brasil (2015) retoma un estudio realizado el cual “reveló que 30 minutos de cualquier actividad física 6 días a la semana está asociado con un 40% de reducción de la mortalidad en mayores de 70 años. Además, mostró que el aumento de la actividad física es tan beneficioso en reducir los riesgos de mortalidad como dejar de fumar” (p. 59). Se puede inferir entonces que las 29 personas que realizan 30 minutos, 1 hora o más de actividad física a diario serán menos propensas a sufrir en un futuro de enfermedades, patologías u otros factores que pongan en riesgo su salud.

**Gráfica 34. Beneficiarios que tienen espacios para realizar actividad física.**



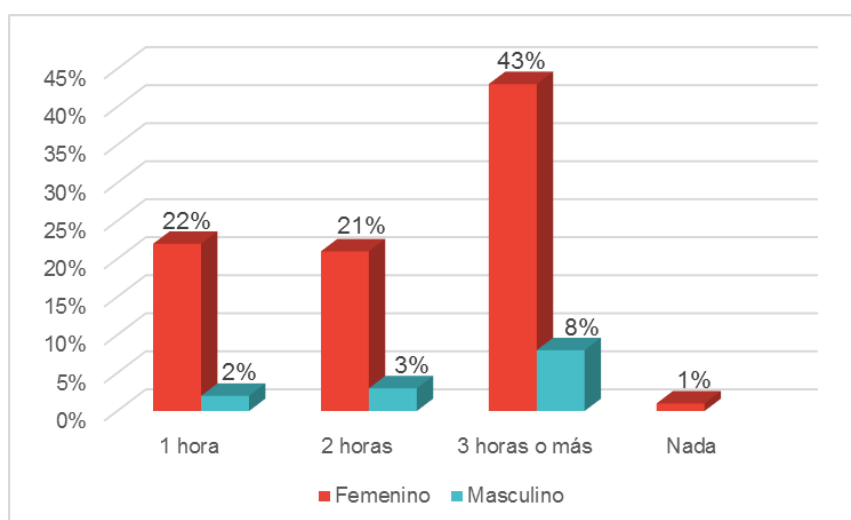
Fuente: Elaboración propia

La gráfica 34 permite evidenciar la opinión de los beneficiarios encuestados acerca de tener espacios para realizar actividad física, mientras que el 69% afirma tener dichos espacios haciendo referencia a su entorno cercano como áreas amplias en el hogar o zonas cercanas como parques, para el 31% restante en estos lugares no cuentan con espacios óptimos debido a características del entorno que los hace sentir inseguros como en la calle o por comodidad debido a espacios cerrados en sus viviendas.

Sin embargo, el contar o no con espacios para realizar actividad física no se relaciona con su motivación y frecuencia por realizar ejercicio como se analizó en las gráficas anteriores, puesto que hay personas que manifestaron no tener el espacio, pero aun así realizan ejercicio a diario 30 minutos.

De acuerdo con lo anterior, “algunos dispositivos del entorno urbano desalientan a la hora de salir a caminar como es la alta densidad de tráfico, la pobre calidad del aire, la violencia, y la ausencia de senderos, parques o lugares de recreo” (OMS, citado en Centro Internacional de Longevidad Brasil, 2015, p.60). A lo anterior se suma el hecho del fomento que ha existido durante mucho tiempo por utilizar el automóvil en lugar de otras formas de transporte que promuevan una saludable actividad física.

**Gráfica 35. Tiempo disponible por los beneficiarios para el ocio a la semana según el género.**



Fuente: Elaboración propia

Teniendo en cuenta la gráfica, se evidencia que, del total de los beneficiarios, en su mayoría el género femenino correspondiente al 43% y el género masculino en un 8% disponen de su tiempo 3 horas o más para el ocio a la semana, el cual según Montero y Bedmar (2010) “abordándolo de manera objetiva consiste, ante todo, en aquellos recursos o actividades que, de manera opcional, ocupan nuestro tiempo. Subjetivamente, supone además una experiencia gratificante, que refleja en cierta manera nuestras preferencias y también nuestra forma de ser y manifestarnos libremente” (p. 5) facilitando así exteriorizar sentimientos y deseos.

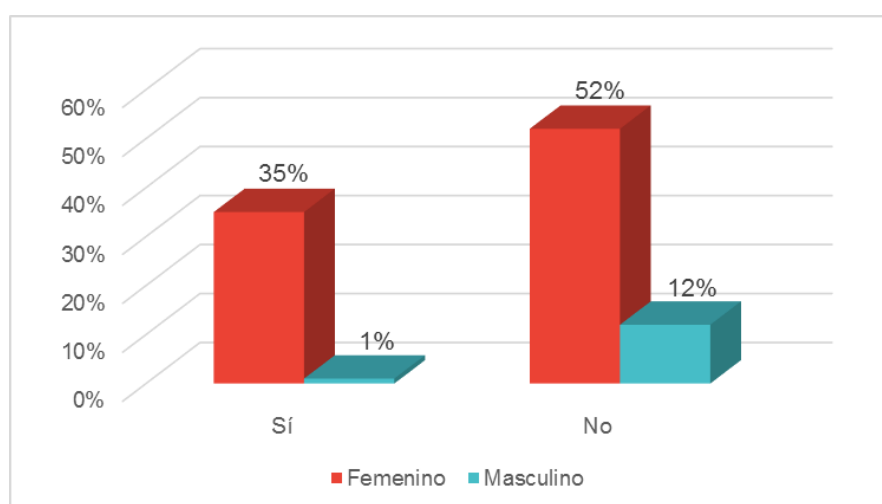
Dentro de las principales actividades manifestadas por los beneficiarios las que realizan con mayor frecuencia son escuchar música, leer y ver televisión, evidenciado así en un 85%,

sin embargo estas actividades no generan mayor provecho en la salud de los beneficiarios sino que por el contrario incrementan su sedentarismo, a pesar de eso, algunos de ellos manifestaron alternar esas actividades con otras que sí son más beneficiosas y que realizan con mayor gusto como tejer, hacer manualidades, pasatiempos, juegos de mesa, caminar, montar bicicleta, ente otros.

Adicional a lo anterior y teniendo en cuenta las actividades de preferencia manifestadas por los beneficiarios, las cuales les gusta desarrollar en su tiempo libre, varios encuestados afirmaron que el tiempo para realizar tales actividades ha incrementado debido a las circunstancias actuales por la pandemia del COVID- 19 teniendo en cuenta las restricciones para poder salir a desarrollar otras actividades lúdicas, deportivas o laborales, por tanto se ha hecho importante disponer tiempo para mantenerse ocupado en otras actividades e incrementándolo en actividades que antes ya se realizaban, sobre todo en compañía de la familia, sin embargo debido al escenario actual, algunos de los beneficiarios que viven solos y a causa del aislamiento físico por la pandemia, han tenido que restringir sus encuentros familiares y en otros casos algunos de los beneficiarios no dedican nada de tiempo para compartir con su familia por cuestiones labores pues las jornadas ocasionan que no cuenten con tiempo disponible para compartir y realizar otras actividades.

- **Dimensión salud bucal**

**Gráfica 36. Beneficiarios que asistieron a atención odontológica en el último año según el género.**



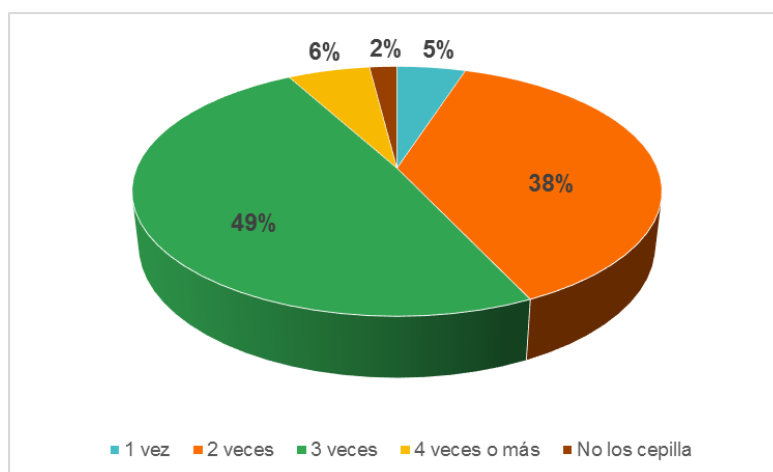
Fuente: Elaboración propia

Del total de la población beneficiaria encuestada, se obtuvo que tan solo el 36% han asistido al odontólogo en el último año mientras que el 64% restante no, siendo en su mayoría

los adultos entre 29 y 59 años, reflejando una mayor asistencia por parte de las mujeres en comparación con los hombres, demostrando además que durante su proceso de envejecimiento las personas no se preocupan por cuidar de su salud bucal y puede ser debido a la falta de enseñanza en el tema desde etapas más tempranas, hecho que de continuar así puede contribuir a aumentar en las cifras, por tanto, “los programas de promoción de la salud bucal y de prevención de la caries diseñados para animar a las personas a conservar su dentadura natural debe comenzar a edad temprana y continuar durante toda la vida” (OMS, 2002, p. 85).

Adicionalmente, las 36 personas que manifestaron haber asistido al odontólogo en el último año, declararon que el principal motivo fue por control en un 72%, seguido por un 11% debido a tratamientos con prótesis dentales y finalmente un 14% por situaciones especiales como cirugías u operaciones a causa de algún problema dental, es así como según la OMS (2002) “a causa del dolor y la reducción de la calidad de vida que se asocian con los problemas de la salud bucal, son necesarios unos servicios de tratamiento dental básico y un fácil acceso a las prótesis dentales” (p. 85).

**Gráfica 37. Veces al día en que los beneficiarios cepillan los dientes.**



Fuente: Elaboración propia

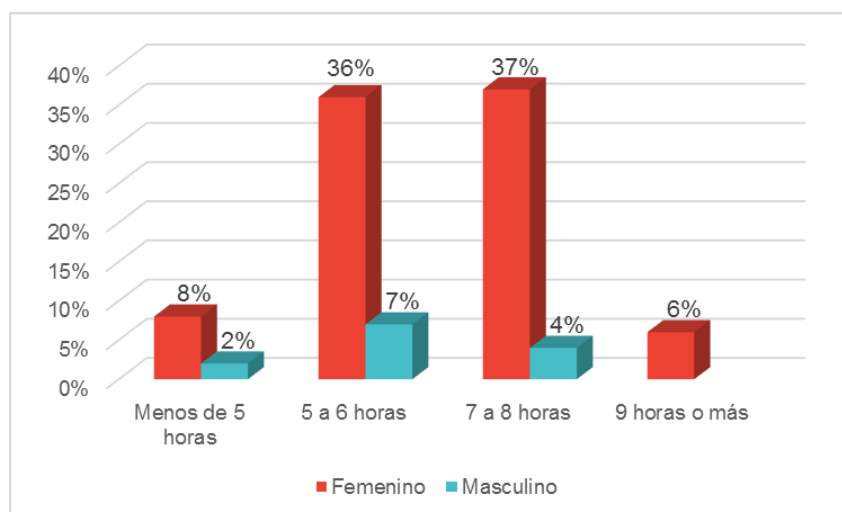
De acuerdo a la gráfica, se puede evidenciar que el 49% de las personas encuestadas manifiesta cepillar sus dientes 3 veces al día y tan solo un 2% no los cepilla, en algunos casos estas frecuencias también se ven relacionadas con problemas dentales de los beneficiarios.

Así mismo, la gráfica demuestra que únicamente el 6% de los beneficiarios cepilla sus dientes al día 4 veces o más, mientras que la población restante manifiesta una frecuencia que

está por debajo de lo estipulado a obligatoriamente tres veces al día, lo cual puede conllevar a problemas de salud bucal a medida que se envejece y generar una mayor carga en los servicios de salud.

- **Dimensión descanso**

**Gráfica 38. Horas que duermen en promedio los beneficiarios según el género.**



Fuente: Elaboración propia

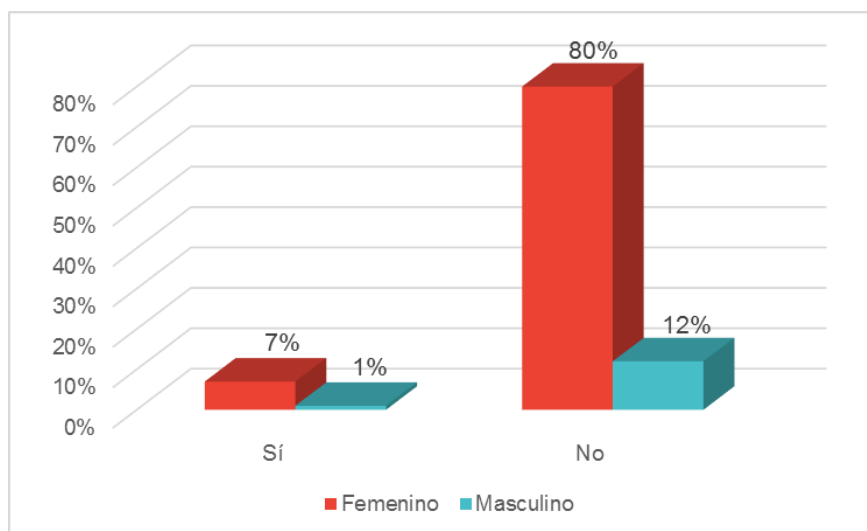
Según el Centro Internacional de Longevidad Brasil (2015), la privación crónica del sueño manifestada en los adultos puede generarles mayores problemas en su salud, así como en su capacidad de resiliencia a medida que envejecen, por tanto, el sueño representa un factor muy importante durante el proceso de envejecimiento activo debido a que contribuye en diferentes aspectos de la vida y en algunos casos suele ignorarse.

Es así como a partir de la gráfica puede evidenciarse por un lado que las mujeres en un 37% duermen en promedio de 7 a 8 horas, seguido de un 36% quienes duermen en promedio entre 5 a 6 horas. Por otro lado, los hombres en su mayoría con 7% duermen en promedio en esa misma frecuencia, seguido en un 4% por el promedio de 7 a 8 horas. Referente a lo anterior, el Centro Internacional de Longevidad Brasil (2015) afirma que “dormir regularmente dos horas menos que las 8 horas recomendadas por noche aumenta el riesgo de obesidad, diabetes y enfermedad cardiovascular, y reduce la resistencia a las infecciones, a la vez que perjudica el aprendizaje, la memoria y la resolución de problemas” (p. 60).

Finalmente, en un 8% mujeres y un 2% hombres, manifestaron dormir habitualmente menos de 5 horas, refiriendo que algunas veces los problemas personales, las labores o incluso la costumbre hacen que ya no puedan dormir más de ese tiempo, por tanto “dormir

cinco horas o menos puede aumentar los riesgos de mortalidad un 15%” (Centro Internacional de Longevidad Brasil, 2015, p. 60) en estos beneficiarios.

**Gráfica 39. Beneficiarios que consumen medicamentos para dormir según el género.**



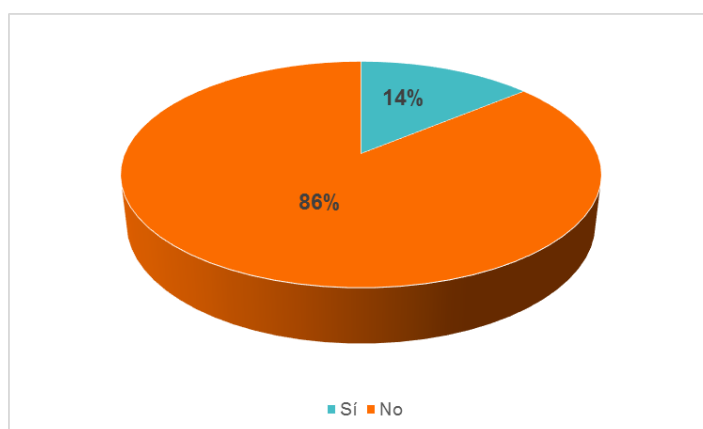
Fuente: Elaboración propia

La gráfica 39 da cuenta de los beneficiarios que manifestaron consumir medicamentos para dormir, 7% para el género femenino y tan solo 1% para el género masculino. Sin embargo el consumo de ese medicamento no se relaciona directamente con las frecuencias de sueño manifestadas en el análisis anterior, ni con las edades, pues usualmente se piensa que solo las personas mayores son quienes consumen este tipo de medicamentos, debido a que “suelen experimentar dificultad en conciliar un sueño adecuado como resultado de los cambios normales relacionados con la edad, así como por situaciones que provocan perturbaciones secundarias en el sueño, como la osteoartritis y el agrandamiento de la próstata” (Centro Internacional de Longevidad Brasil, 2015, p. 60).

A pesar de eso, del 8% de las personas que manifestaron consumir dicho medicamento, cinco son adultos entre 40 a 59 años y tres son personas mayores entre 60 a 89 años, las 8 personas con diferentes frecuencias en el sueño, aunque en su mayoría con una frecuencia de 5 a 6 horas.

- **Dimensión alcoholismo**

**Gráfica 40. Beneficiarios que consumen bebidas alcohólicas.**



Fuente: Elaboración propia

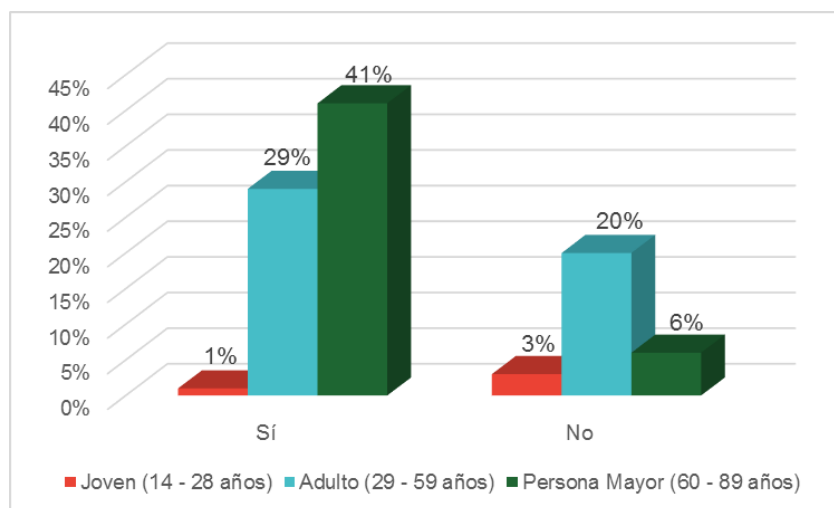
Respecto al consumo de alcohol en los beneficiarios encuestados, se obtuvo que únicamente el 14% del total de ellos lo consumen, mientras que el 86% restante no consume alcohol. Según el Centro Internacional de Longevidad Brasil (2015), “el consumo de alcohol está creciendo a la par que el desarrollo económico y está causando efectos negativos en la salud a todas las edades” (p. 61), sin embargo, en este caso debido a la cantidad de personas encuestadas por cada género, son las mujeres quienes parecen consumirlo más.

A partir de los datos obtenidos, las 14 personas que manifestaron consumir alcohol declararon hacerlo únicamente en ocasiones especiales y no con una periodicidad, motivo por el cual no presentan enfermedades a causa del consumo de bebidas alcohólicas, así mismo, dentro de este grupo, se encuentran 1 persona joven (entre 14 - 28 años), 9 personas adultas (entre 29 - 59 años), y 4 personas mayores (entre 60 – 89 años), “la cantidad de personas que bebe alcohol y la cantidad que se consume disminuyen con la edad, a medida que éstas se vuelven más sensibles a sus efectos, o toman medicación contraindicada con el alcohol” (Centro Internacional de Longevidad Brasil, 2015, p. 61).



- **Dimensión medicamentos**

**Gráfica 41. Beneficiarios a quienes prescribieron medicamentos en la última consulta médica según el grupo etario.**

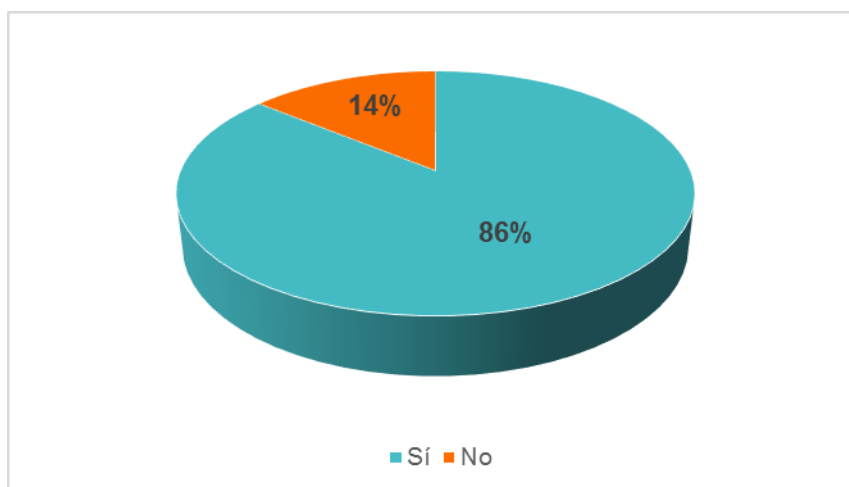


Fuente: Elaboración propia

En la gráfica 41 se evidencia que del 100% de los beneficiarios, al 71% de ellos se les prescribieron medicamentos en su última consulta médica, 1 joven, 29 adultos y 41 personas mayores, del total del grupo en su mayoría a las mujeres fue a quienes más se los prescribieron.

Lo anterior se puede evidenciar a partir de lo que afirma la OMS (2002), pues en ocasiones “se prescriben demasiados medicamentos a los mayores (sobre todo a las mujeres)” (p.85), en este caso son las mujeres adultas mayores a quienes más se les prescriben medicamentos debido a las enfermedades crónicas manifestadas por ellas relacionadas con cuestiones de la edad, en su mayoría la hipertensión o la diabetes, así como por otras enfermedades que no se relacionan con la edad sino con otro tipo de patologías que pueden tener relación con la forma en la que las personas han envejecido además de hábitos que han impactado en su salud.

**Gráfica 42. Beneficiarios que recibieron medicamentos por parte de la EPS en la última consulta médica.**



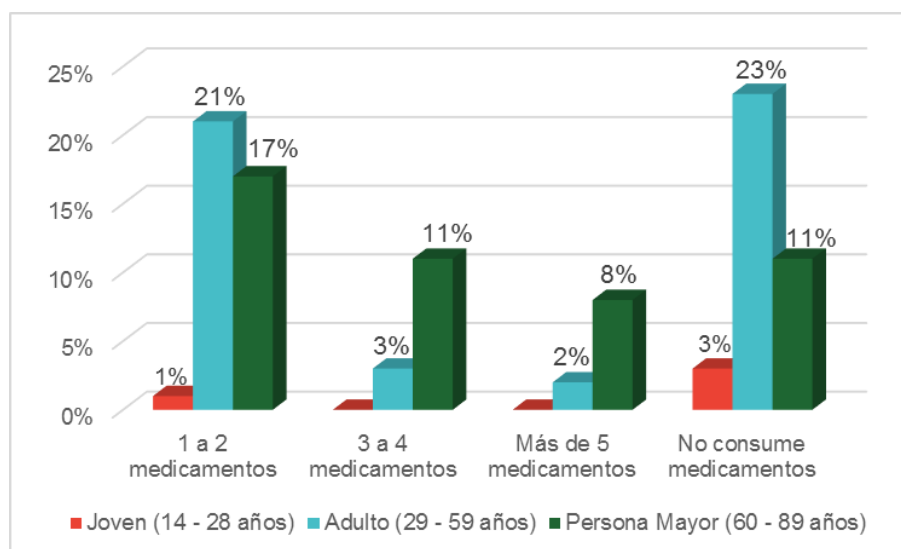
Fuente: Elaboración propia

En las personas beneficiarias encuestadas, se evidencia que del 71% que en el análisis anterior manifestaron les han prescrito medicamentos en la última consulta, la mayoría, correspondiente al 86% (61 personas) recibieron todos los medicamentos por parte de su EPS y el 14% restante (10 personas) no los recibió.

Según la OMS (2002), “en la mayoría de los países, las personas mayores con pocos ingresos tienen pocas posibilidades de acceder a un seguro médico que les proporcione medicamentos. En consecuencia, muchos han de prescindir de ellos o se gastan una proporción muy elevada de sus exiguos ingresos en fármacos” (p. 85).

Lo anterior en muchos casos hace que en consecuencia las enfermedades para las cuales están destinados esos medicamentos empeoren al no recibirlos o no poder acceder a ellos a tiempo debido a que con los propios ingresos no se pueden solventar, y esto sin duda puede generar un mayor deterioro en el proceso de envejecimiento de las personas beneficiarias y en varios aspectos de su salud tanto física como mental y emocional.

**Gráfica 43. Consumo diario de medicamentos de los beneficiarios según el grupo etario.**



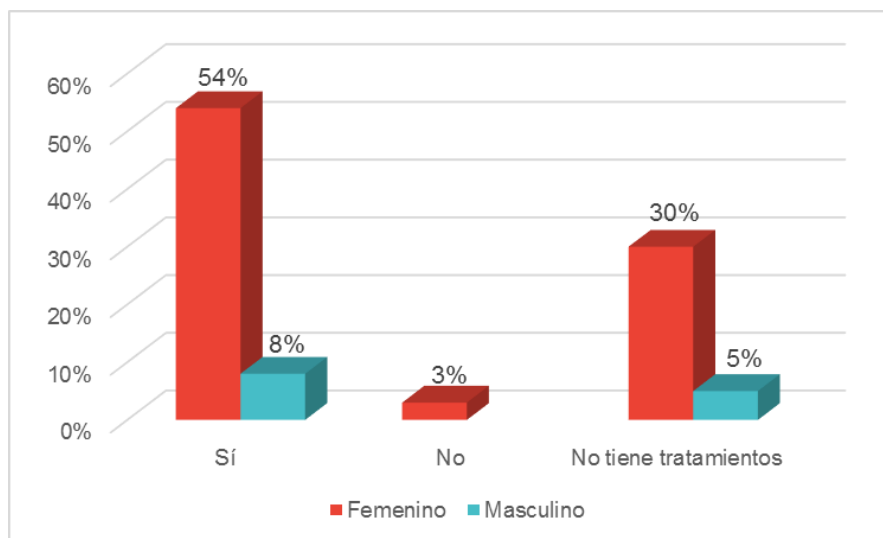
Fuente: Elaboración propia

La gráfica 43, establece la relación entre la cantidad de medicamentos que consumen los beneficiarios al día en comparación con su edad. Es así como se puede observar que en su mayoría (39%) las personas beneficiarias consumen entre 1 a 2 medicamentos al día. Así mismo, existe un porcentaje de beneficiarios que consumen 3 o más medicamentos al día, lo cual puede generar en ellos la yatrogenia, es decir, “los problemas de salud inducidos por los diagnósticos o los tratamientos, provocada por el uso de fármacos (...), debido a las interacciones farmacológicas, a una dosificación inadecuada” (p. 85), y que es más común en las personas mayores, de acuerdo con esto el 19% de las personas mayores consumen más de 3 medicamentos de los cuales el 8% consumen más de 5 fármacos lo cual puede incidir a futuro en el resultado de otras enfermedades o empeorar su salud incidiendo en su proceso de envejecimiento.

En contraste con lo anterior, otra gran parte de la población no consume medicamentos en el caso de los jóvenes en su mayoría representados en un 3%, seguido por los adultos en un 23% y un 11% restante para las personas mayores.

- **Dimensión cumplimiento terapéutico**

**Gráfica 44. Beneficiarios que siguen las recomendaciones médicas para el tratamiento de enfermedades según el género.**



Fuente: Elaboración propia

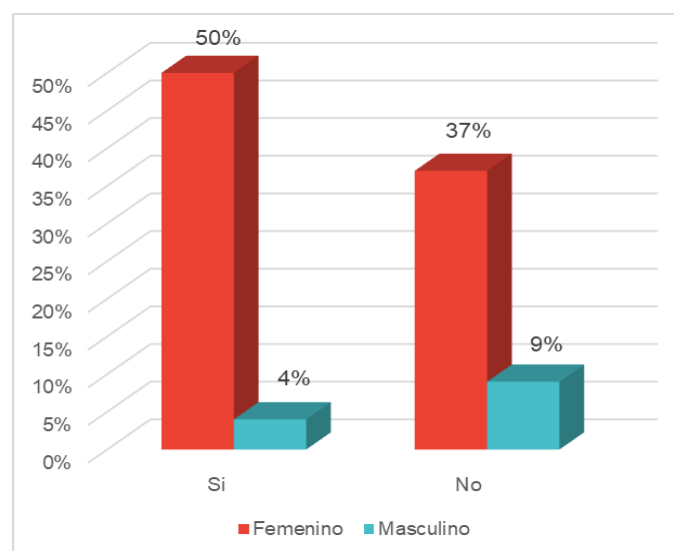
A partir de la gráfica se logra identificar que en un gran porcentaje representado en 54% del género femenino manifiesta seguir las recomendaciones médicas para el tratamiento de sus enfermedades, mientras que un 3% no lo hace y el 30% restante no tiene tratamientos. Por el lado del género masculino, un 8% afirma sí seguir dichas recomendaciones y el 5% restante no tiene tratamientos.

De acuerdo con lo anterior, “el cumplimiento terapéutico implica adoptar y mantener una amplia gama de conductas (por ejemplo, una dieta sana, la actividad física, no fumar), así como tomar los medicamentos bajo la dirección de un profesional sanitario” (OMS, 2002, p. 86). Es posible afirmar entonces que las personas beneficiarias que llevan a cabo tratamientos siguen las recomendaciones correspondientes que les generan múltiples beneficios en la mejoría de sus enfermedades y de esta manera que estas no impacten de una forma tan negativa en su proceso de envejecimiento, sin embargo muchas de estas enfermedades pueden ser prevenibles a etapas tempranas del desarrollo, adoptando hábitos de vida saludable que ayuden a mitigar la presencia de dichas complicaciones en relación con la salud y la independencia.

## Determinantes relacionados con los factores personales

- **Dimensión biología y genética**

**Gráfica 45. Enfermedades hereditarias en los beneficiarios de la Pastoral Social según el género.**



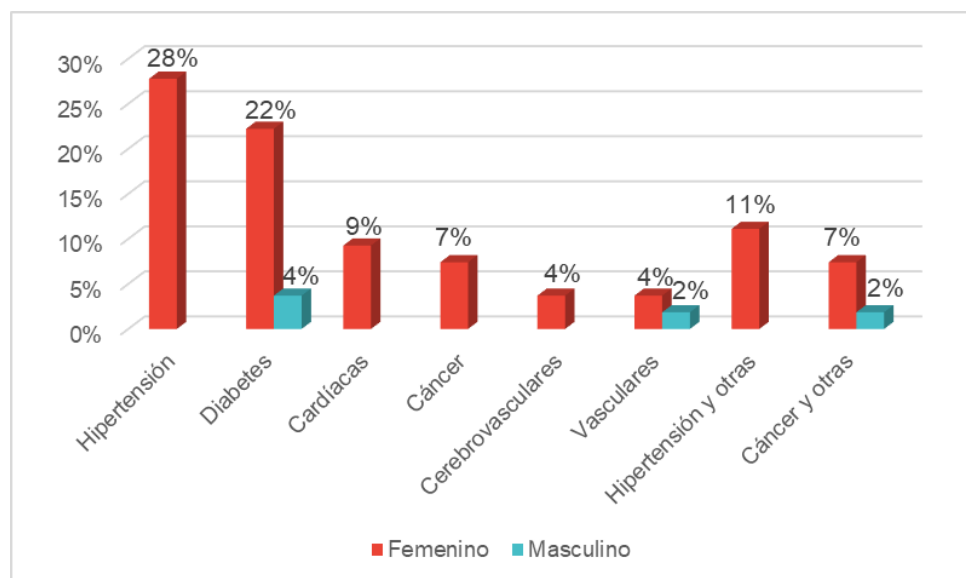
Fuente: Elaboración propia

La OMS (2002) expresa que los factores biológicos y genéticos influyen en el proceso de envejecimiento de las personas y en el desarrollo de enfermedades, de acuerdo con esto el 54% de los beneficiarios padecen o son propensos a sufrir de enfermedades por antecedentes en su familia, evidenciando una gran predisposición de los beneficiarios de la Pastoral Social en desarrollar o tener algún tipo de enfermedad en especial en las mujeres, puesto que se refleja que del total de estas más de la mitad ya sufren de alguna enfermedad hereditaria o están propensas a sufrirlas por lo cual el riesgo es más latente en este grupo que en comparación con los hombres, pues menos de la mitad (4%) de ellos indicaron no tener antecedentes familiares de alguna enfermedad o estarla sufriendo.

Asimismo, en referencia a este aspecto genético y biológico es importante resaltar que si bien los genes juega un papel importante en las causas de enfermedades las cuales influyen en el proceso de envejecimiento ya que producen un deterioro funcional, la OMS (2002) indica que en muchas ocasiones la causa principal de las enfermedades son relacionadas a factores conductuales, medioambientales y externos más que genéticos, pues la exposición a estos factores contribuye a que se desarrollen o no estas enfermedades, por ello es importante que los beneficiarios adopten estilos de vida saludable y cuenten con entornos físicos y

sociales óptimos que permitan modificar la influencia de la herencia genética y el inicio de la enfermedad.

**Gráfica 46. Tipo de enfermedad(es) por antecedentes familiares en los beneficiarios según el género.**

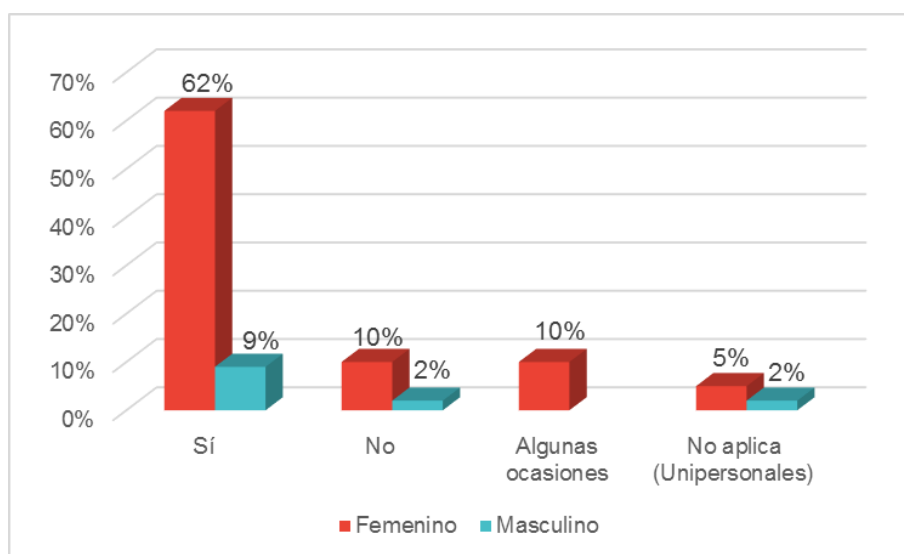


Fuente: Elaboración propia

La OMS (2002) manifiesta que el desarrollo de enfermedades además de estar ligadas a factores genéticos, se relaciona con la exposición a factores externos, medioambientales y estilos de vida adoptados durante la vida, frente a esto del total de los beneficiarios de la Pastoral Social de las tres parroquias el 54% (gráfica 46) manifestaron sufrir o ser propensos de tener enfermedades por antecedentes familiares, de los cuales la principal enfermedad hereditaria para las mujeres es la hipertensión representada en un 28%, seguida de la diabetes con un 22%. Para el caso de los beneficiarios del género masculino estos son más propensos a tener o sufrir de diabetes representado en un 4%. El resto de los beneficiarios de ambos géneros (20%) sufre o es propenso a desarrollar diferentes enfermedades acompañadas de la hipertensión y el cáncer como tiroides, alzhéimer, párkinson, glaucoma entre otras.

- **Dimensión psicológica**

**Gráfica 47. Participación de los beneficiarios en las decisiones familiares según el género.**



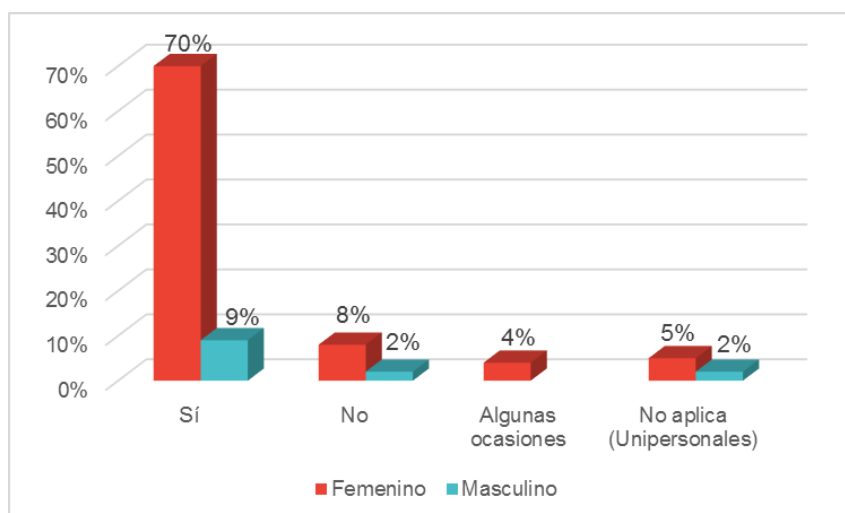
Fuente: Elaboración propia

La gráfica 47 da cuenta de la percepción que tienen los beneficiarios al considerar si son libres o no de participar en las decisiones dentro de su entorno familiar con el núcleo que conviven. Del 100% de la población beneficiaria encuestada, el género femenino en su mayoría representado por el 62% manifiesta ser libre de hacerlo, un 10% no participa en dichas decisiones, seguido por otro 10% que manifiesta participar en algunas ocasiones dependiendo la situación y un 5% que conforman un núcleo unipersonal no cuentan con un entorno familiar cercano. Por el lado del género masculino, en su mayoría representado por un 9% declaran ser partícipes en las decisiones familiares, un 2% no participa y el otro 2% restante conforman también núcleos unipersonales.

De acuerdo con los datos obtenidos, el 12% de las personas que manifiestan no participar en las decisiones familiares y el 10% que manifiesta hacerlo solo en algunas ocasiones, hacen parte de los grupos etarios de adulto y persona mayor entre 45 y 89 años, lo cual demuestra que estos beneficiarios no tienen vínculos tan estrechos con sus núcleos convivientes, igual que el 7% de hogares unipersonales siendo en su mayoría personas mayores por tanto no participan en las decisiones familiares, generando en algunos incremento en el deterioro de su salud, al no contar con una red fortalecida que les sea de apoyo durante su proceso de envejecimiento. El Centro Internacional de Longevidad Brasil (2015) afirma que “las investigaciones indican que las personas mayores que tienen más formación, participación social, actividades estimulantes, un estilo de vida saludable y una

salud mental positiva cuentan con una mayor “reserva cognitiva”, a pesar de la presencia de enfermedad mental (p. 62).

**Gráfica 48. Libertad de los beneficiarios para opinar en el ámbito familiar según el género.**



Fuente: Elaboración propia

Amplias investigaciones han mostrado que existen seis dimensiones psicológicas clave que contribuyen a una vida más longeva y saludable, y a un fuerte bienestar entre los mayores. Estas dimensiones son: autonomía, dominio del entorno (habilidad para manejar el mundo que les rodea más inmediato), crecimiento personal, relaciones positivas con los demás, propósito en la vida y autoaceptación. (Centro Internacional de Longevidad Brasil, 2015, p. 63). A partir de las dimensiones anteriores, tanto la participación como la libertad de opinar de las personas beneficiarias en su ámbito familiar, constituyen un fortalecimiento en cada una de las dimensiones mencionadas, en especial en el grupo de las personas mayores y en el que sus redes de apoyo tienen un papel muy importante.

Es así como se evidencia entonces que, del total de las personas encuestadas, el 79% manifiesta ser libre de opinar en su ámbito familiar, seguido por un 10% que no lo considera así, un 4% solo en algunas ocasiones y finalmente un 7% de beneficiarios son unipersonales. Es notable además el cambio que existe entre los datos de la gráfica 47 (anterior) en comparación con esta, sobre todo en el género femenino, pues existe un considerable aumento en las mujeres que manifiestan ser libres de opinar (70%) en comparación con las que participan en las decisiones familiares (62%), en ambos casos son en su mayoría los adultos y personas mayores entre 45 y 89 años.



**Gráfica 49. Acción de los beneficiarios ante una situación difícil.**

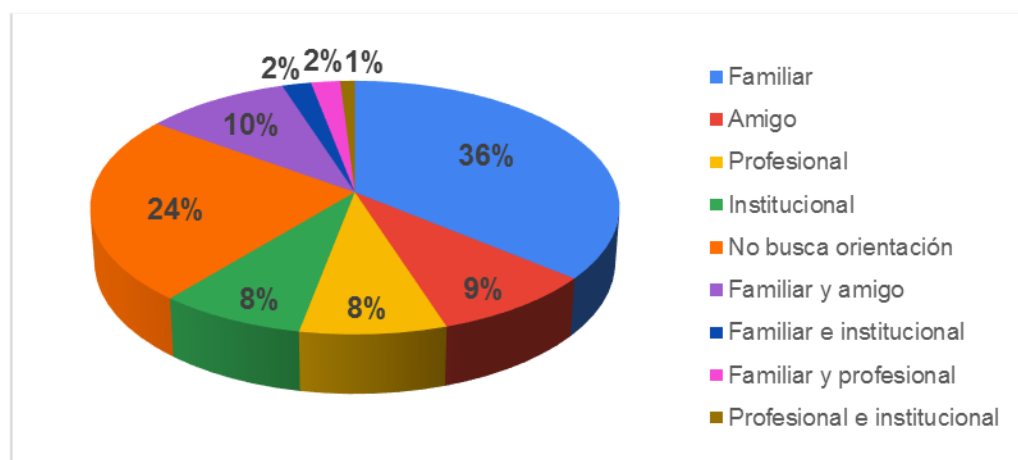


Fuente: Elaboración propia

Adicional a lo que se ha dicho hasta el momento en cuanto a los factores personales de los beneficiarios, otra característica muy importante son las acciones que ellos realizan ante una situación difícil, lo cual se relaciona con su nivel de autonomía y resiliencia. Como lo estipula el Centro Internacional de Longevidad Brasil (2015), “al enfrentarse con dificultades o pérdidas, las personas resilientes pueden reducir o transformar los sentimientos negativos a través de estrategias maduras para enfrentarlas, como el humor, ayudar a los otros, detener pensamientos estresantes o enfrentar la energía emocional negativa hacia fines constructivos” (p.62).

De acuerdo con lo anterior, los beneficiarios encuestados manifestaron en un 87% enfrentar las situaciones, representados por 75 mujeres y 12 hombres, siendo en su mayoría los adultos (46) y tan solo un 13% manifiesta apartarse siendo representados por 12 mujeres y 1 hombre, en gran parte las personas mayores (9). En muchos casos, las personas manifestaron que la decisión de apartarse o enfrentar se veía mediada por el tipo de situación o su gravedad, en este caso “la autoeficacia (la fe que tienen las personas en su capacidad para ejercer el control de sus vidas) está vinculada a las decisiones de conducta personal a medida que se envejece y a la preparación para la jubilación” (OMS, 2002, p. 86).

**Gráfica 50. Tipo de orientación que buscan los beneficiarios ante una situación difícil.**



Fuente: Elaboración propia

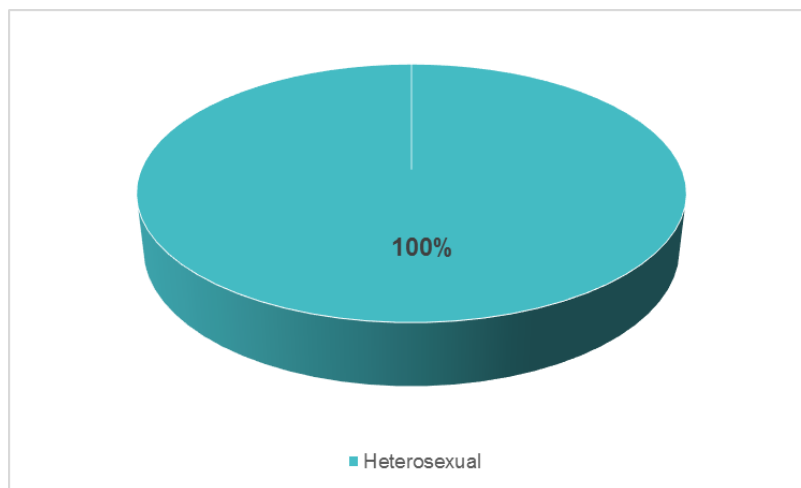
Todas las personas tienen recursos y capacidades para poder afrontar desafíos que la vida presenta. Sin embargo, algunas son particularmente vulnerables en situaciones críticas y pueden necesitar ayuda adicional, por ejemplo, por su edad (niños, mayores), por su discapacidad mental o física o por pertenecer a grupos marginales o expuestos a la violencia. (OMS, 2012. p.3)

De acuerdo con lo anterior, la gráfica 50 permite evidenciar el tipo de orientación que buscan los beneficiarios ante una situación difícil, del total de la población el 36% manifiesta acudir primero ante un familiar, el 9% busca a un amigo, 8% ante un profesional depende la situación o si ese profesional es conocido, seguido en ese mismo 8% por los que prefieren acudir a alguna institución para buscar dicha orientación y finalmente un 24% no busca orientación.

Dentro de las personas que manifestaron acudir ante una institución (8%), estas consideran a la parroquia a la cual asisten una institución muy importante y con la cual cuentan para gran parte de las situaciones de su vida, en especial a los párrocos pues los consideran un gran apoyo, siendo así para muchos beneficiarios sin importar su edad. “Muchas personas siguen teniendo capacidad de resistencia a medida que envejecen y, por lo general, los ancianos no se diferencian de los jóvenes, de modo significativo, en su capacidad de enfrentarse a la adversidad” (OMS, 2002, p. 86).

- **Dimensión orientación e identidad sexual**

*Gráfica 51. Orientación sexual de los beneficiarios.*

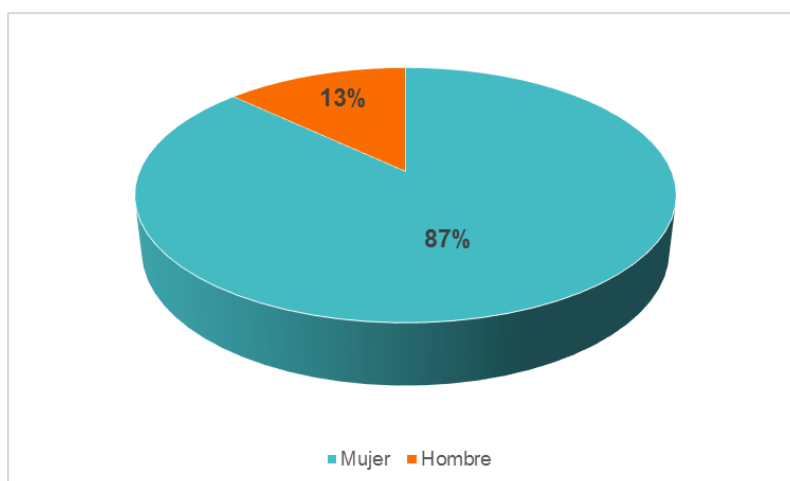


Fuente: Elaboración propia

De la totalidad de beneficiarios encuestados, el 100% manifestó que su orientación sexual corresponde a la heterosexual. El Centro Internacional de Longevidad Brasil (2015), afirma que “las investigaciones muestran que los LGBTI mayores permanecen mucho tiempo invisibles, con escasa atención por parte de los sistemas formales, e, incluso en las sociedades más tolerantes, tienen experiencias diferentes con respecto a las estructuras familiares y apoyos sociales informales” (p. 63).

La mayoría de las veces, para las personas adultas y mayores la orientación sexual se ve como algo normal o tal vez obvio en el sentido de su orientación heterosexual y que se relaciona para algunos con su religión y aquellas enseñanzas impartidas desde muy pequeños o en otras épocas como muchos lo manifiestan, siendo posible que durante otras etapas de su vida en el caso de que alguna persona no considerara su orientación como heterosexual no tuviera la oportunidad de declarar algún otro tipo de orientación con el que se sintiera más identificado posiblemente por miedo al rechazo u opinión de otras personas o su familia, sobre todo en el caso de las personas mayores.

**Gráfica 52. Identidad sexual de los beneficiarios.**



Fuente: Elaboración propia

Así mismo, en cuanto a la identidad sexual manifestada por el total de la población, las 87 mujeres encuestadas manifestaron identificarse con el mismo género que se les estableció al nacer y los 13 hombres encuestados de la misma forma.

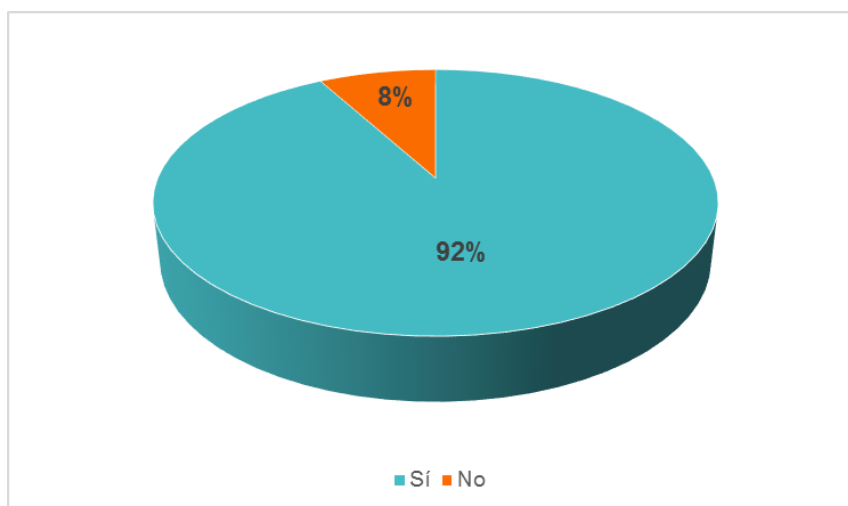
Según el Centro Internacional de Longevidad Brasil (2015), “la orientación e identidad sexuales son características fundamentales de la diversidad humana que a lo largo del curso de vida pueden ser vividas dentro de un amplio espectro de contextos culturales e históricos, además repercuten en la autoestima, el estatus social, y en el bienestar físico y mental”. (p. 63)

Sin embargo, con la evolución y el desarrollo del mundo actual, la adaptación de las personas ante nuevos sucesos es cada vez mayor, pues se dan a conocer otras percepciones, ideas o experiencias las cuales permiten evidenciar que la manera en que las personas ven el mundo es muy distinto en cada uno y en el tema de las orientaciones y las identidades sexuales se puede demostrar, es así como los aprendizajes intergeneracionales toman valor durante el envejecimiento y con los cuales las personas de todas las edades pueden generar una flexibilidad de pensamiento que les permita entender al otro.

## Determinantes del entorno físico

- **Dimensión transporte**

*Gráfica 53. Acceso de los beneficiarios al transporte público cerca de la vivienda.*

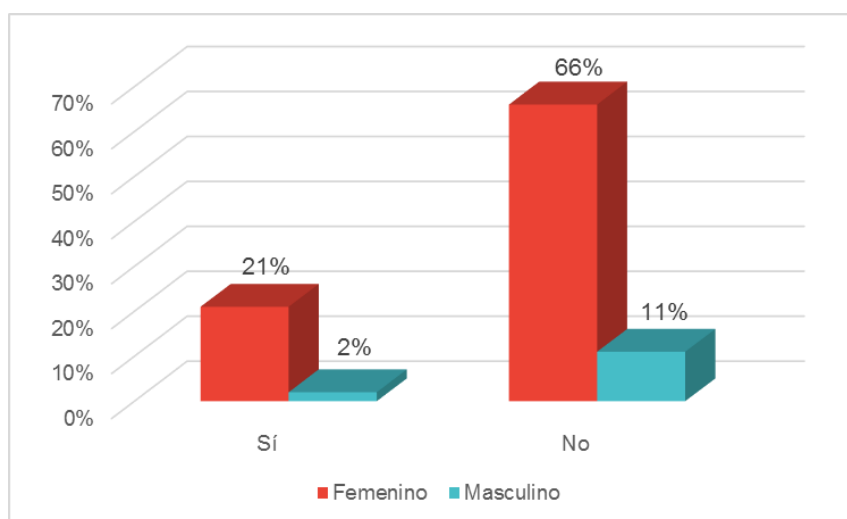


Fuente: Elaboración propia

Dentro del determinante del entorno físico, un factor muy importante es el acceso que pueden tener todas las personas al transporte público en especial las personas mayores teniendo en cuenta sus capacidades, pues esto influye en gran medida en sus oportunidades de movilización e independencia, ya que según el Centro Internacional de Longevidad Brasil (2015) “la movilidad personal depende en gran medida de que el transporte esté disponible, sea accesible, adecuado y asequible. Disponer de opciones de transporte se hace cada vez más necesario cuando disminuyen las capacidades funcionales” (p. 64).

De acuerdo con lo anterior, de las 100 personas encuestadas, el 92% manifestó tener fácil acceso al transporte público cerca de su vivienda mientras que el 8% restante no, haciendo referencia a que es difícil acceder a dicho transporte debido a la lejanía de sus hogares con alguna vía principal por la cual transita el transporte público, motivo por el que deben recurrir a transportes de tipo informal para poder acortar la distancia y llegar a paraderos o estaciones donde tomar el transporte necesario, además que en otros casos se dificulta así mismo por las múltiples rutas que deben tomar desde sus hogares para llegar a cualquier destino.

**Gráfica 54. Beneficiarios que necesitan ayuda de otra persona para utilizar el medio de transporte según el género.**



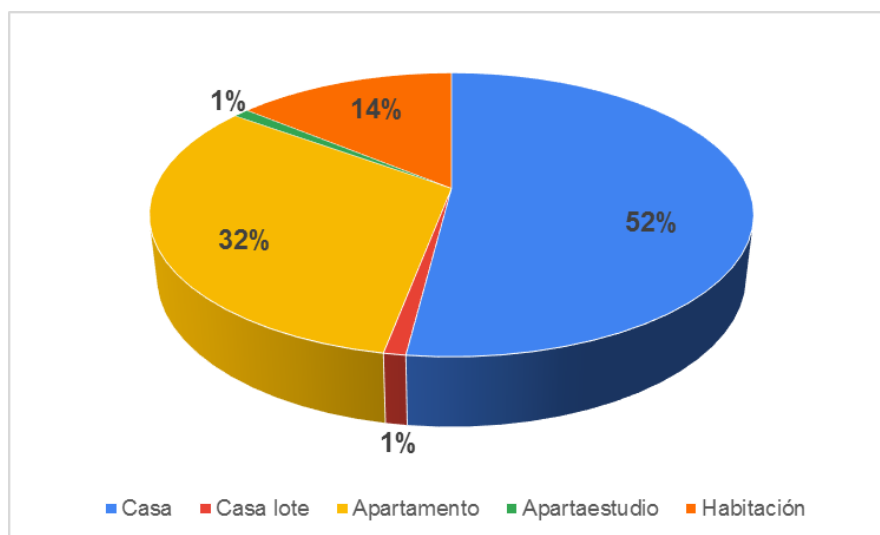
Fuente: Elaboración propia

Continuando con el análisis en relación con el acceso de los beneficiarios al transporte público, un factor para tener en cuenta es la ayuda que algunos de ellos necesitan por parte de otra persona para utilizar ese medio de transporte, casi siempre un familiar, en especial las personas con algún tipo de discapacidad o las personas mayores, teniendo en cuenta lo anterior, el 21% mujeres y 2% hombres manifestó necesitar ayuda de alguien más cuando sale y en especial para utilizar transporte público, siendo 14 personas mayores y 9 adultos y dentro de esas 23 personas, 12 presentan algún tipo de discapacidad.

En el caso de las personas mayores el acceso al transporte público a pesar de ser difícil puede resultar motivante si se ven interesados por acudir o participar en diferentes actividades lúdicas, familiares o deportivas útiles para su bienestar y durante su proceso de envejecimiento, frente a esto la OMS (2002) afirma que, “son necesarios unos servicios de transporte accesibles y asequibles para que las personas de todas las edades puedan participar plenamente en la vida familiar y comunitaria. Esto es de especial importancia en el caso de los ancianos que tienen problemas de movilidad” (p. 87). Sin embargo, muchas personas manifiestan que la inseguridad en el mismo transporte, el costo, la falta de respeto por parte de personas más jóvenes, además de la congestión en buses, estaciones y paraderos hace que su motivación disminuya y prefieran no salir de sus hogares a menos de que sea por alguna razón de fuerza mayor.

- **Dimensión seguridad de la vivienda**

*Gráfica 55. Tipo de vivienda de los beneficiarios.*

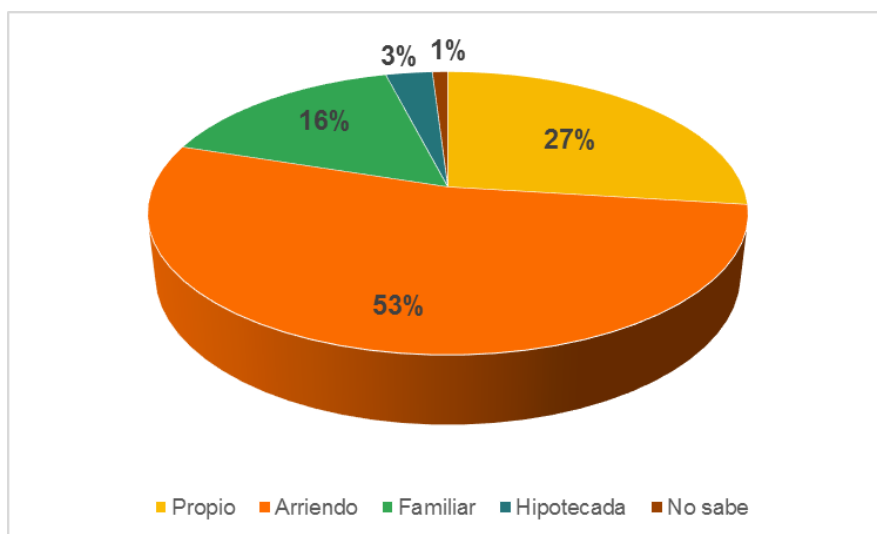


Fuente: Elaboración propia

En la actualidad, debido a múltiples censos realizados en los últimos años se ha evidenciado que los hogares que conviven en apartamentos han ido en aumento y continúan aumentando, sin embargo en el caso de la presente investigación, de la totalidad de las personas encuestadas, el 52% manifiesta vivir en casa, en comparación con un 32% que manifiesta vivir en apartamento, seguido por un 14% que vive en habitación motivo por el cual comparte otras áreas con diferentes personas y 1% de personas que viven en apartaestudio y casa lote respectivamente.

La Alcaldía Mayor de Bogotá en convenio con la Secretaría Distrital de Planeación (2018), dio a conocer los resultados de la “Encuesta Multipropósito 2017” a partir de la información de 320.000 personas en Bogotá y áreas aledañas. Uno de los resultados encontrados es el cambio del tipo de vivienda en los bogotanos, pues “entre el 2014 y el 2017, continúa cayendo el porcentaje de hogares que viven en casa al pasar de 35% a 28,9%, mientras que los que viven en apartamentos crecieron del 61,2% al 68,6%” (párr. 13) y Fontibón no es ajena a esa realidad, pues es una de las localidades en las que más se están presentando ese tipo de cambios.

**Gráfica 56. Tenencia de la vivienda de los beneficiarios.**



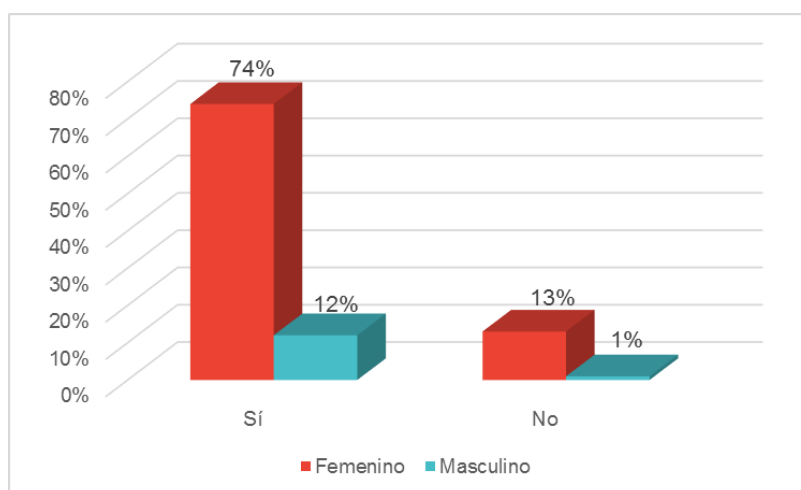
Fuente: Elaboración propia

Adicional al tipo de vivienda, la tenencia de la vivienda también representa múltiples datos importantes en la población beneficiaria de las parroquias mencionadas. Según el Centro de Estudios de la Construcción y el Desarrollo Urbano y Regional – CENAC (s.f) “en la totalidad del territorio nacional, en los últimos 20 años se ha venido presentando una disminución en la proporción de hogares propietarios de la vivienda pasando del 63,5% en 1993 al 48,1% en 2012, junto con un aumento en las proporciones de arrendatarios, y en mayor medida, de hogares que se encuentran con otro tipo de tenencia” (p. 6).

Lo anterior se puede observar en las personas beneficiarias, teniendo en cuenta los datos obtenidos, a partir de los cuales el 53% manifiesta vivir en arriendo, un 27% en un hogar propio, 16% en uno familiar, seguido por un 3% con vivienda hipotecada y tan solo un 1% no sabe el estado de la tenencia de su vivienda, debido que a presenta una discapacidad cognitiva. Estos datos permiten evidenciar que en su mayoría las personas beneficiarias no cuentan con un lugar estable en el cual puedan continuar llevando a cabo su proceso de envejecimiento y en especial al llegar a la etapa de la vejez, pues en lo posible se debería asegurar que en esta etapa se pueda contar con una vivienda estable en la cual permanecer hasta el final y junto a su familia, pues en muchos casos optan por institucionalizar a las personas mayores causando incremento en los problemas y deterioros en su salud sobre todo en la mental y su percepción acerca de muchos factores emocionales que los unen con su núcleo conviviente.



**Gráfica 57. Beneficiarios que se sienten seguros en el entorno donde está ubicada la vivienda según el género.**



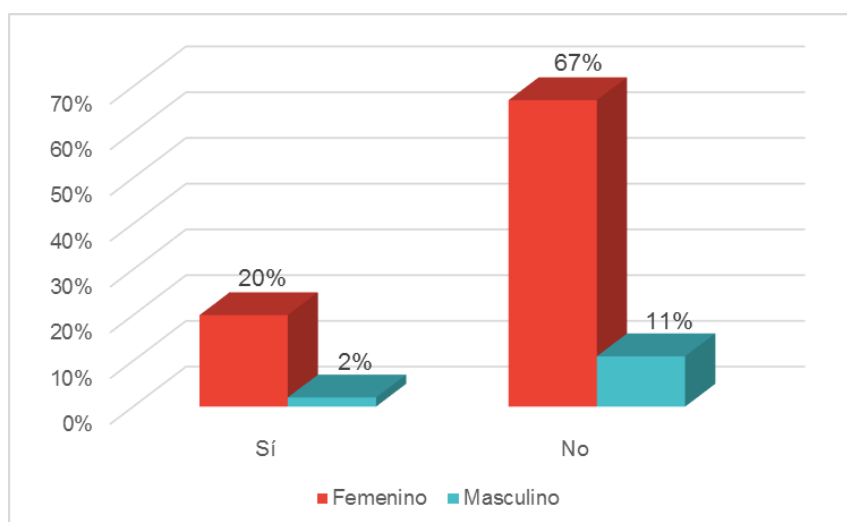
Fuente: Elaboración propia

Respecto a la seguridad en el entorno donde está ubicada su vivienda, del 100% de beneficiarios, el 74% de las mujeres manifiestan sentirse seguras mientras que el 13% restante no y en el caso de los hombres 12% de ellos también manifiestan sentirse seguros en dicho entorno y solamente un 1% no lo considera de igual forma. En ambos géneros, en su mayoría fueron las personas adultas entre 29 – 59 años quienes manifestaron no sentirse seguros.

Dentro de los motivos por los cuales el 13% de las personas manifestaron no sentirse seguros en su entorno, se encuentra principalmente la delincuencia, haciendo referencia también a muchas bandas delincuenciales y consumidoras de sustancias dentro del sector ubicadas en lugares como parques lo cual no les genera la tranquilidad para salir solos de sus hogares o incluso dejar salir a sus hijos o nietos más pequeños.

Por otro lado, el hecho de sentirse inseguros en su entorno se debía también a factores estructurales dentro de este, como calles o andenes con múltiples barreras que no les permiten transitar tranquilamente y en el caso de las personas mayores que los cohibe para poder salir a realizar múltiples actividades sin compañía, motivo por el cual no pueden hacer uso de su autonomía e independencia, “los ancianos que viven en un entorno inseguro o en zonas con múltiples barreras físicas son menos proclives a salir y, por tanto, son más propensas al aislamiento, a la depresión, y también a tener un peor estado físico y más problemas de movilidad” (OMS, 2002, p. 87).

**Gráfica 58. Beneficiarios accidentados en el lugar de vivienda según el género.**

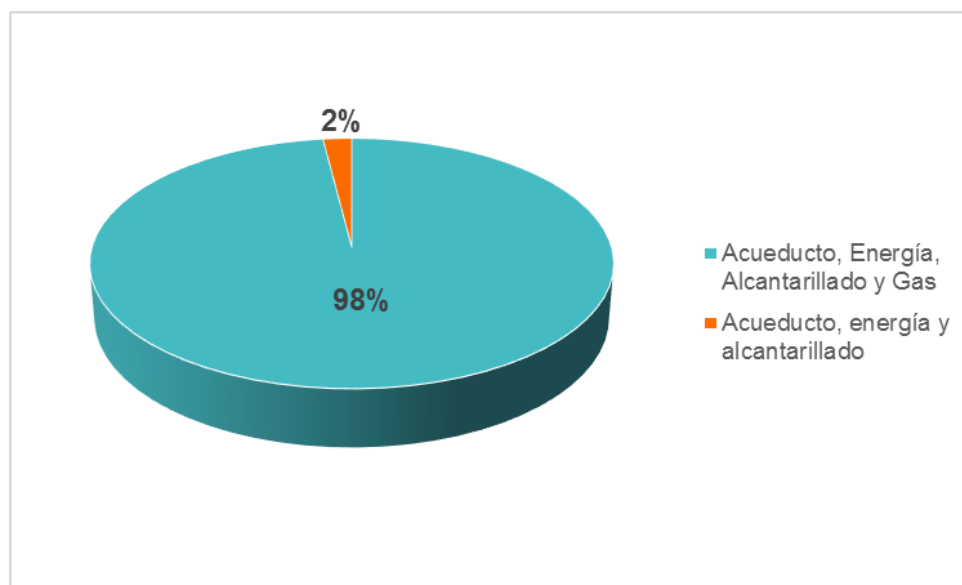


Fuente: Elaboración propia

Para el Centro Internacional de Longevidad Brasil (2015) “las barreras arquitectónicas en el hogar constituyen una causa importante en la disminución de la capacidad funcional, incluyendo el funcionamiento cognitivo y el riesgo de caídas” (p.65). Con respecto al riesgo de caídas, la presente gráfica da cuenta de las personas que manifestaron haber sufrido algún accidente en su hogar siendo así por un 22% (20 mujeres y 2 hombres), justamente a causa de una caída debido a estructuras de especial cuidado como las escaleras, sobre todo aquellas que no tienen algún soporte a los costados para sostenerse, lo cual representa un riesgo muy grande para todos pero en especial para las personas mayores, teniendo en cuenta las múltiples fracturas y problemas incluso fatales que conlleva un accidente de ese tipo y en mayor medida para quienes viven solos.

Por otro lado, para que exista verdaderamente seguridad en la vivienda se deben realizar en ella modificaciones que aseguren espacios físicos óptimos, que así mismo garanticen especialmente a las personas mayores poder movilizarse de acuerdo a sus capacidades, como afirma Limón (2018) “es preciso, que se ajuste a las características y necesidades funcionales de estas, para que se desenvuelvan en un entorno libre de barreras, inclusivo y promotor de la vida independiente” (p. 48).

**Gráfica 59. Acceso de los beneficiarios a servicios públicos en su vivienda.**

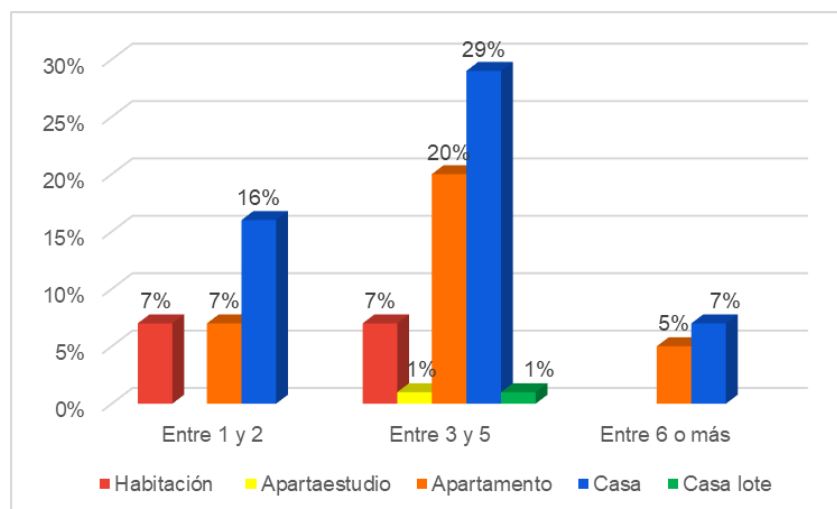


Fuente: Elaboración propia

Adicionalmente, en relación con el hogar, del 100% de beneficiarios encuestados, el 98% manifiesta tener en su vivienda acceso a todos los servicios públicos como acueducto, energía, alcantarillado y gas y tan solo un 2% de los hogares cuenta con los mismos servicios, pero sin el acceso a gas, sino que lo obtienen por la compra periódica de cilindros que les suministra dicho servicio.

Es así como Dulcey, Arrubla y Sanabria (2013) manifiesta que “los servicios públicos con los cuales cuenta una vivienda, como son acueducto y alcantarillado, energía eléctrica, gas, recolección de basuras y servicio telefónico, son factores fundamentales para mantener condiciones de vida coherentes con bienestar, autonomía y desarrollo personal” (p.33). Por tanto, se hace evidente la necesidad que tienen todas las personas sin distinción de edad para acceder a todos los servicios públicos en cada etapa de su vida y a medida que envejece pues estos les permitirán satisfacer necesidades básicas y obligatorias que generen así mismo estilos de vida saludable como en el caso de la actual pandemia en la que el acceso al agua se ha hecho fundamental, como una manera de prevenir el contagio junto con otras medidas para el óptimo lavado de manos, de alimentos y superficies.

**Gráfica 60. Número de personas que ocupan vivienda u habitación según el tipo de la misma.**



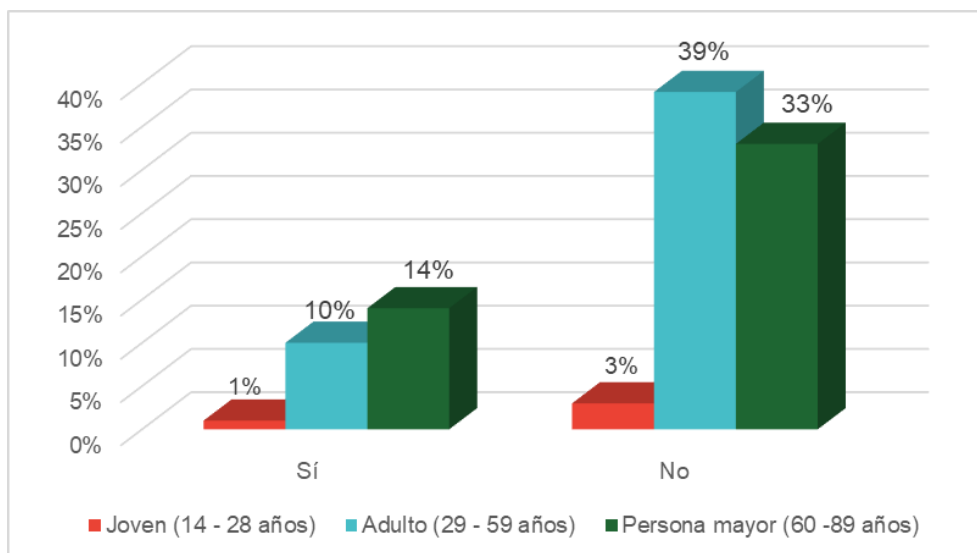
Fuente: Elaboración propia

La CEPAL (2009), indica que las viviendas deben permitir satisfacer las necesidades de seguridad, autonomía e independencia de las personas y contribuir en especial al bienestar de las personas mayores y del resto de las generaciones que convive con ellas. De acuerdo con lo anterior, se evidencia que el 58% de las personas beneficiarias del apoyo alimentario de la Pastoral Social comparten la vivienda con entre 3 y 5 personas y el 12% comparte la vivienda con más de 6 personas. Asimismo, realizando una relación entre variables en la gráfica 60, se observa que la mayoría (70%) de las personas beneficiarias comparte los espacios del hogar con más de 3 personas lo cual dependiendo del entorno habitacional y del tipo vivienda (casa, apartamento u habitación) en ciertos momentos pueden llegar a condicionar los espacios de privacidad, independencia, movilidad en su entorno y la calidad de vida, frente a esto se encuentra que hay un 8% de las personas beneficiarias que viven en habitación o apartaestudio y comparte los espacios con entre 3 y 5 personas y un 5% que viven en apartamento con más de 6 personas.

El Centro Internacional de Longevidad Brasil (2015) indica que los factores del entorno en el cual se encuentran todas las personas, especialmente las personas mayores, permite establecer situaciones de dependencia o independencia teniendo en cuenta: las barreras físicas que les rodean, que tan posible es la movilidad en su entorno, el diseño, la calidad y ubicación son aspectos que además influyen en la salud de las personas en todas las edades. Por ello resulta importante en el proceso de envejecimiento contar con espacios físicos y sociales propicios y accesibles para todas las edades y condiciones (Dulcey, Arrubla y Sanabria, 2013).

- **Dimensión de caídas**

**Gráfica 61. Caídas presentadas por los beneficiarios a causa de infraestructuras inadecuadas según el grupo etario.**

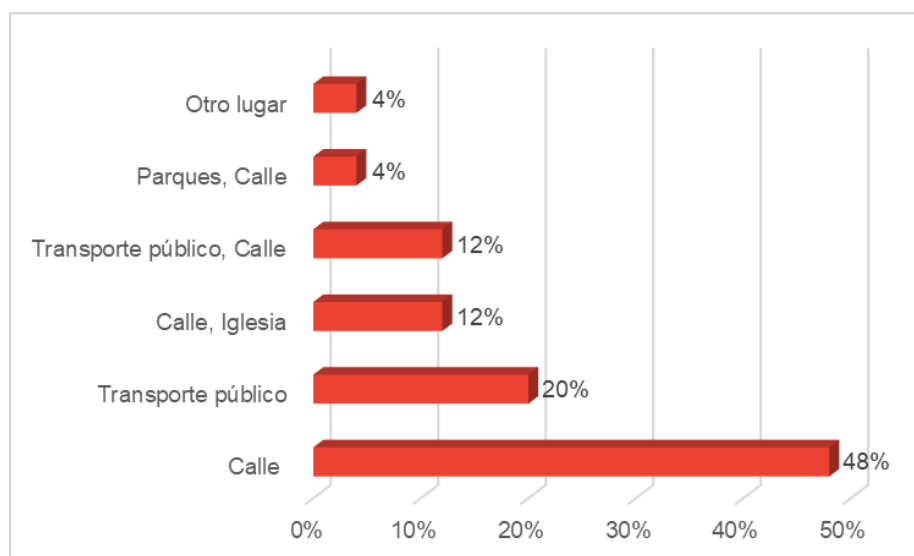


Fuente: Elaboración propia

La OMS (2018) indica que las caídas son un problema mundial de salud pública por las implicaciones que estas traen consigo las cuales van desde lesiones hasta la muerte. Todos los grupos etarios son propensos a sufrir caídas por infraestructuras inadecuadas, sin embargo, en las personas mayores representa un riesgo significativo y en concordancia con esto el Centro Internacional de Longevidad Brasil (2015) expresa que la posibilidad de presentar caídas y lesiones aumenta con la edad de las personas. De acuerdo con la gráfica 61 se refleja precisamente que quienes presentan mayor número de caídas corresponde a las personas entre 60 y 89 años de edad representado en un 14% y quienes menos han sufrido caídas son las personas menores a 28 años de edad representado en 1%.

Asimismo, en referencia al género la OMS (2018) ha observado que las mujeres sufren más caídas no mortales mientras que los hombres tienen mayor probabilidad de presentar caídas mortales. En contraste con lo anterior las caídas presentadas por infraestructura inadecuadas en los beneficiarios el total (25%) son mujeres, reflejando una mayor prevalencia en el género femenino de presentar este tipo de situaciones. El 75% de las personas beneficiarias indica no haber presentado caídas por infraestructuras inadecuadas, evidenciando que el total de hombres no ha presentado caídas.

**Gráfica 62. Lugares en los que han presentado caídas los beneficiarios.**

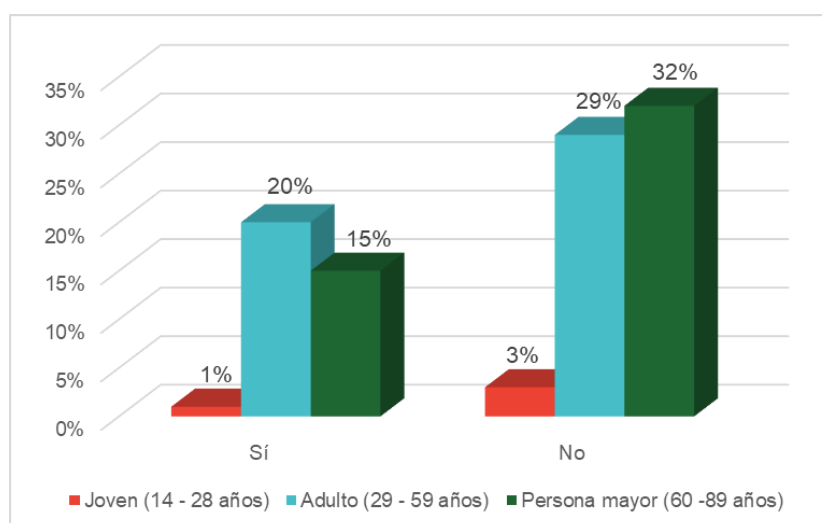


Fuente: Elaboración propia

Del total de las personas beneficiarias de la Pastoral Social que indicaron haber presentado caídas por infraestructuras inadecuadas (gráfica 62), el principal lugar en el cual se tuvo la caída fue en la calle representado en un 48% equivalentes a 12 mujeres, seguido del transporte público con un 20% representado en 5 mujeres y el restante de las personas manifestó haber tenido caídas en más de un lugar como la calle y la iglesia con un 12 % equivalente a 3 mujeres y transporte público y la calle con otro 12% representado en 3 mujeres. Así mismo, un 4% (1 mujer) tuvo caídas tanto en la calle como en un parque público y un 4% (1 mujer) en otro lugar diferente a los mencionados.

Lo anterior evidencia un factor de riesgo de presentar un mayor número de accidentalidad y lesiones a casusa de caídas por parte de los beneficiarios en espacios como la calle y el transporte público, la OMS (2002) manifiesta que los peligros del entorno aumenta el riesgo de caerse a razón de una mala iluminación, suelos irregulares y/o resbaladizos y la ausencia de barandas para apoyarse, sin embargo gran parte de estas caídas pueden prevenirse evitando lesiones, gastos de tratamiento e incluso la muerte.

**Gráfica 63. Identificación de los obstáculos para transitar por parte de los beneficiarios según el grupo etario.**



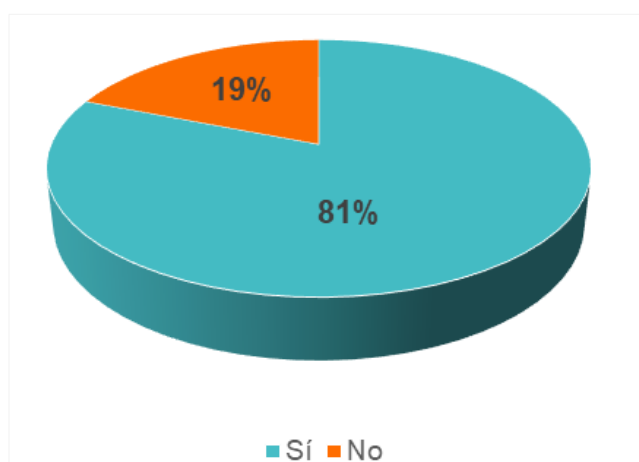
Fuente: Elaboración propia

Un entorno físico inadecuado o débil ya sea interno (vivienda) o externo (entorno público) representa un riesgo para sufrir caídas, accidentes y lesiones, las cuales representan mayor peligro a medida que las personas envejecen, según el Centro Internacional de Longevidad Brasil (2015), la frecuencia para caídas y la probabilidad de lesiones aumenta con la edad y el nivel de fragilidad, por ello la importancia de la adecuación de los diferentes entornos.

Frente a esto el 36% de las personas beneficiarias de la Pastoral Social principalmente comprendidas entre los grupos etarios de adultos (20%) y personas mayores (15%) mencionan que sí identifican obstáculos en diferentes lugares como lo son las calles, andenes estrechos y huecos en las vías los cuales ocasionan que la movilidad en ciertos momentos se vea restringida por entornos físicos inadecuados, solo el 1% de los jóvenes indicó identificar dichos obstáculos para transitar por lo cual puede afirmarse que a mayor edad más riesgo de caídas a causa de espacios inadecuados sumado a las pérdidas de las capacidades funcionales normales que trae consigo el proceso de envejecimiento.

- **Dimensión agua limpia y aire puro**

*Gráfica 64. Zonas verdes cerca de la vivienda de los beneficiarios.*



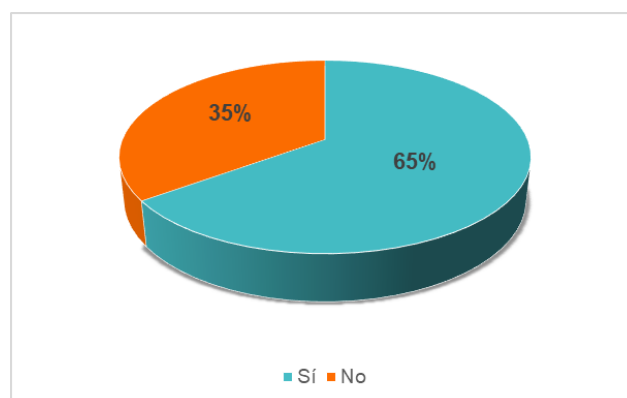
Fuente: Elaboración propia

Contar con entornos físicos óptimos y espacios públicos al aire libre próximos al lugar de vivienda permiten fomentar la participación y el bienestar de las personas. El Centro Internacional de Longevidad Brasil (2015), manifiesta que la presencia de lugares verdes contribuye tanto a la salud física como mental, puesto que no solo alientan a la caminata, mejoran la calidad del aire, sino que también reducen el estrés mejorando los estados de ánimo y permitiendo encuentros sociales.

Frente a lo anterior el 81% de las personas beneficiarias refieren que cuentan con zonas verdes cerca de su vivienda, lo cual puede convertirse en un espacio protector de acuerdo a lo anteriormente mencionado. No obstante, cabe resaltar que a pesar de que cuentan con estos espacios al aire libre que normalmente posibilitan la interacción con otras personas, practicar deporte y caminar, debido a la situación actual de la pandemia estos espacios han dejado ser un lugar de encuentro e interacción. Así mismo, el 19% restante de los beneficiarios manifiesta no tener cerca de su vivienda zonas verdes debido a la distancia entre estos lugares y su vivienda, convirtiéndose en un factor negativo pues limita la posibilidad de realizar actividades saludables.



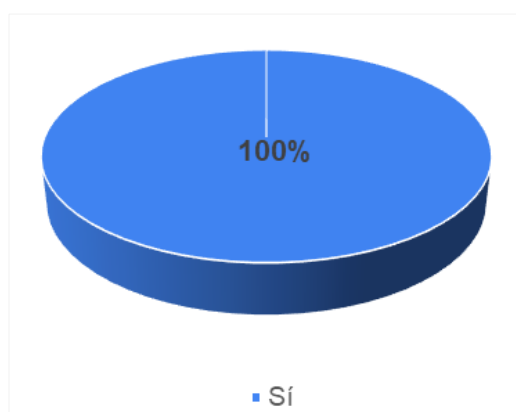
**Gráfica 65. Percepción de los beneficiarios sobre la contaminación del aire en su entorno.**



Fuente: Elaboración propia

La contaminación del aire es un factor que influye a largo plazo en la salud de las personas pues aumentan los riesgos de padecer problemas respiratorios y cáncer (Centro Internacional de Longevidad Brasil, 2015), además de afectar la calidad de vida a medida que se envejece. En relación con esto, el 65% de las personas beneficiarias consideran que el aire de su entorno está contaminado a causa de la gran afluencia vehicular de motos, buses y camiones en la localidad, los cuales producen una gran cantidad de emisiones de material particulado, lo cual a futuro y en especial para las personas mayores puede representar un problema de salud, afectando su proceso de envejecimiento.

**Gráfica 66. Acceso de los beneficiarios al agua potable.**



Fuente: Elaboración propia

El 100% de las personas beneficiarias de la Pastoral Social indicaron tener en su vivienda acceso a agua potable esto se debe a que todas las personas se encuentran viviendo en un sector urbano de la ciudad de Bogotá, permitiéndoles contar con el acceso a los servicios públicos domiciliarios. La CEPAL (2009), expresa que el acceso al servicio de agua

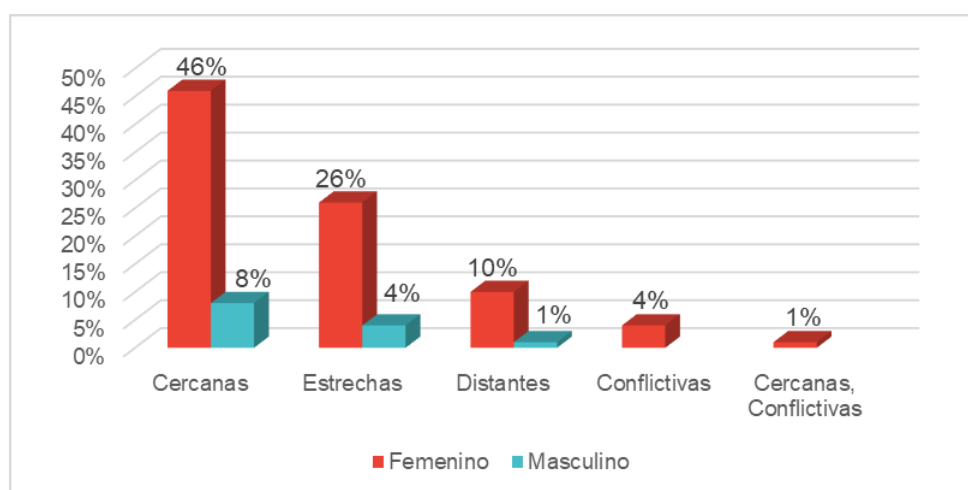
potable permite satisfacer necesidades básicas y disponer de instalaciones sanitarias adecuadas teniendo en cuenta cuestiones de higiene, dignidad humana y salud pública.

Así mismo, en referencia a la emergencia sanitaria producida por el COVID-19 resulta en este momento indispensable para las familias y las personas beneficiarias de la Pastoral poder contar con este servicio domiciliario, pues permite reducir los riesgos de contraer el virus, además de cumplir adecuadamente con las recomendaciones dadas tanto a nivel personal como en el entorno habitacional para evitar el contagio.

### Determinantes relacionados con el entorno social

- **Dimensión apoyo social**

*Gráfica 67. Relaciones familiares en el entorno de los beneficiarios según el género.*



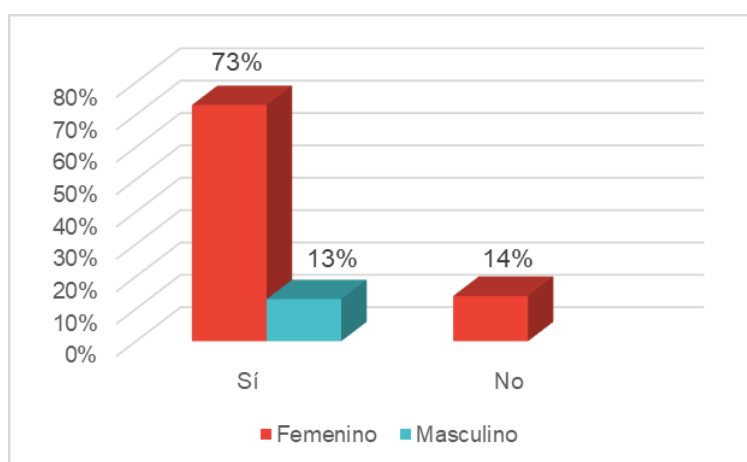
Fuente: Elaboración propia

Una de las principales redes sociales de apoyo es la familia, la cual constituye una red primaria, por ello resulta importante identificar el tipo de relaciones que se configuran al interior de las familias de los beneficiarios de la Pastoral Social ya que según Dulcey, Arrubla y Sanabria (2013), este microsistema es fundamental pues “puede ser fuente de posibilidades de desarrollo y crecimiento personal y social, como también de estancamiento, limitaciones y frustraciones” (p. 33). De acuerdo a lo anterior, se evidencia que el 84% tanto de mujeres como hombres manifiestan tener relaciones cercanas y estrechas debido a que los vínculos con sus familiares son constantes, reflejando en general relaciones positivas en el entorno familiar.

Así mismo, el 11% refiere que la relación con su familia es distante y el 4% de las mujeres expresan tener relaciones conflictivas al interior de su hogar, esto puede incidir en la compañía y el apoyo emocional que reciben estas personas por parte de su familia, la OMS

(2002) indica que "el apoyo social inadecuado no sólo se asocia a un aumento de la mortalidad, la morbilidad y la angustia psicológica, sino también a una disminución de la salud general global y el bienestar. La interrupción de los vínculos personales, la soledad y las interacciones conflictivas son fuentes importantes de estrés" (p. 107). Adicionalmente, el hecho de que algunas de las relaciones de los beneficiarios con la familia sean distantes o conflictivas dentro del hogar puede ocasionar que a futuro estos beneficiarios presenten situaciones de abandono o exclusión social limitando sus posibilidades de apoyo.

**Gráfica 68. Beneficiarios que manifiestan tener personas cercanas con quien compartir según el género.**



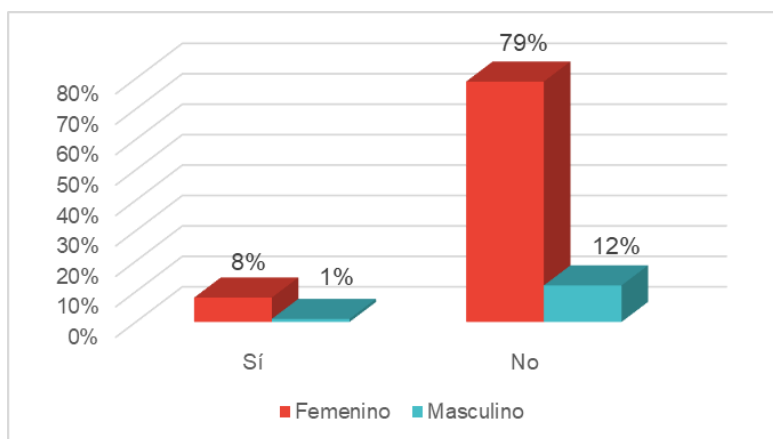
Fuente: Elaboración propia

El Centro Internacional de Longevidad Brasil (2015), manifiesta que las redes sociales de apoyo pueden ofrecer apoyo emocional, lo cual resulta importante ante situaciones difíciles. En referencia a esto el 86% de las personas beneficiarias indican contar con alguien con quien divertirse, hablar, expresar sus emociones y situaciones, siendo un factor protector ante situaciones diversas de la vida, dicha red está conformada principalmente por familiares, vecinos y amigos. Mientras que el 14% de las mujeres indicaron no contar con nadie, lo cual puede resultar como un factor negativo y conducir a futuro a la soledad, según Ávila (2012) "la red social auxilia al individuo ante el aislamiento contribuyendo a un adecuado nivel de integración social" (p. 50), por ello, al no contar con redes sociales se limitan los procesos de asistencia, apoyo y aumentar la carga emocional, morbilidad y mortalidad.

Así mismo, es de resaltar que el total de los hombres manifestaron contar con personas como amigos y familiares a las cuales pueden acudir para expresar sus situaciones y emociones; según la OMS (2002), "en la mayoría de las sociedades, los hombres suelen tener menos redes sociales de apoyo que las mujeres" (p. 108), sin embargo, para el caso concreto

de los hombres beneficiarios de la Pastoral sucede lo contrario, lo cual resulta ser un aspecto positivo en su proceso envejecimiento al contar con dicho apoyo social y emocional.

**Gráfica 69. Participación de los beneficiarios en otra institución /organización diferente a la Pastoral Social según el género.**



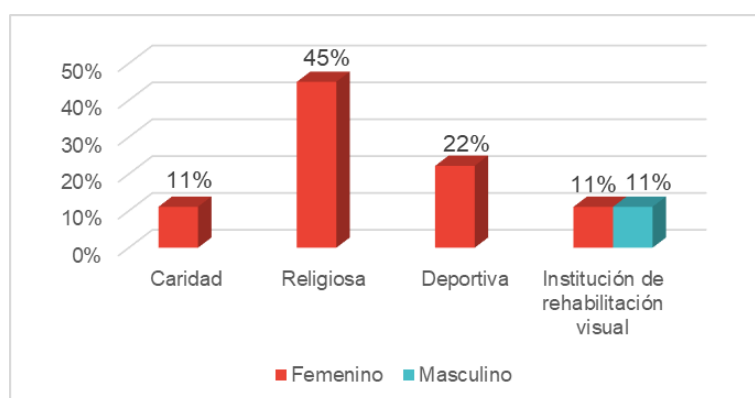
Fuente: Elaboración propia

El Centro Internacional de Longevidad Brasil (2015) expresa que la participación va más allá de involucrarse en trabajos remunerados, permitiendo generar sentido a la existencia, realización plena y sensación de pertenencia. La participación respalda su vez la salud positiva al brindar un compromiso social e intelectual, flujo de experiencias, interacciones sociales positivas y disminuye los niveles de mortalidad en todas las edades al tener un sentido de compromiso en un objetivo social. De acuerdo a lo anterior, los niveles de participación de las personas beneficiarias en otras instituciones u organizaciones diferente a la Pastoral Social es bajo pues solo el 9% participa en otras organizaciones, frente a esto el 91% de las personas que no participa en otras instituciones refieren que es debido a la falta de tiempo, poco interés de integrarse en otras actividades, el desconocimiento de las diferentes ofertas culturales, cívicas y deportivas que brinda el Distrito.

Así mismo, se observa que los hombres tienen un nivel de participación más bajo que las mujeres, pues solo el 1% de los hombres hace parte de alguna institución u organización. La poca participación en otros grupos puede influir en los procesos de bienestar emocional y físico de los beneficiarios pues el "contar con redes reducidas con pocos niveles de participación social y un margen estrecho de intercambios, implican una reducción de la posibilidad de acceder a recursos sociales provechosos para los individuos, desde los cuales se pueda favorecer a la adaptación y contrarrestar las adversidades" (Sluzki como se citó en Ávila, 2012, p. 50).

Cabe mencionar que la baja participación en otras instituciones puede estar influenciada adicionalmente por la emergencia sanitaria, pues el aislamiento físico ha ocasionado que la mayoría de las actividades culturales, deportivas y cívicas queden suspendidas o incluso se realicen a través de la implementación de herramientas comunicativas virtuales, lo cual limita el acceso de las personas.

**Gráfica 70. Tipo de organización o institución en la cual participan los beneficiarios según el género.**



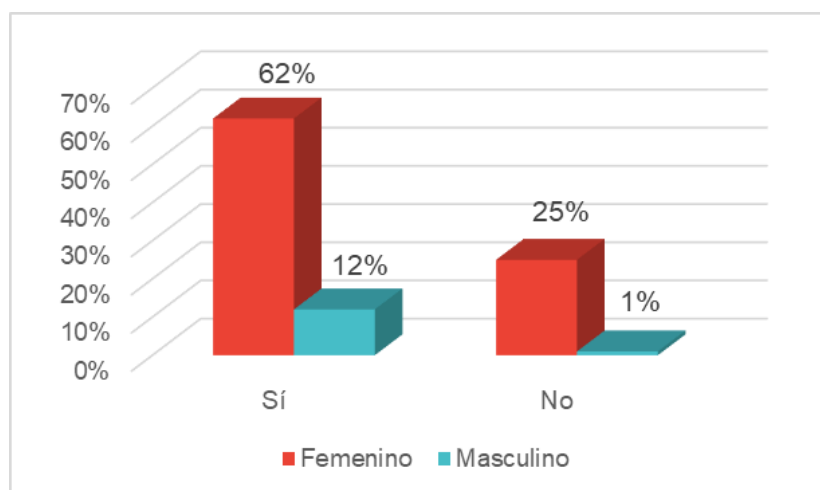
Fuente: Elaboración propia

Del total de los beneficiarios de la Pastoral Social que manifiesta participar en otra institución u organización (gráfica 69), el 45% (4 mujeres) pertenece a organizaciones religiosas, el 22% (2 mujeres) a grupos deportivos, otro 22% hacen parte de una institución de rehabilitación visual (1 hombre y 1 mujer) en donde realizan diferentes actividades para la inclusión social y ocupacional de estas personas, y finalmente un 11% (1 mujer) participa en una institución de caridad.

Asimismo, es importante mencionar de acuerdo con Cobos y Espinosa (2008) "un punto fuerte de las mujeres mayores (...) es la tendencia a realizar trabajo voluntario en su comunidad" (p.306) y como se muestra en la gráfica el 55% de las beneficiarias participa en actividades religiosas o de caridad equivalentes a 5 mujeres, de las cuales la mayoría son personas mayores, evidenciando un mayor interés en las mujeres de esta etapa del curso vital por participar en actividades en pro de la comunidad ya sea por medio de ayuda material o espiritual. Adicionalmente, cabe resaltar que a pesar de que la pregunta está enfocada a identificar la participación en otras instituciones, se logra evidenciar que el 87% de las personas que participan en el grupo de la Pastoral Social son mujeres y solo el 13% son

hombres, evidenciando una mayor prevalencia de las mujeres en participar en grupos religiosos.

**Gráfica 71. Relacionamiento de los beneficiarios con personas diferentes a la familia según el género.**

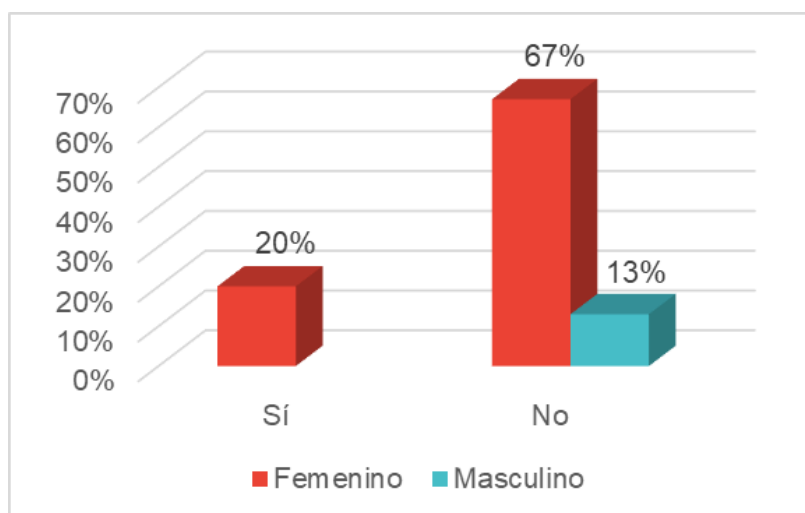


Fuente: Elaboración propia

El Centro Internacional de Longevidad Brasil (2015) expresa que el aislamiento social y la soledad están asociados a aspectos como la morbilidad, mortalidad y comportamientos poco saludables durante el envejecimiento. De acuerdo con esto se observa que el 74% de hombres y mujeres pertenecientes a la Pastoral Social se relacionan con otras personas diferentes a su núcleo conviviente o familiar, evidenciando un factor positivo en la construcción de redes sociales de apoyo al contar con otras personas como amigos y vecinos.

Por otro lado, el 25% del género femenino manifiesta no relacionarse con otras personas diferentes a su familia, lo cual reduce la posibilidad de contar con otras redes de apoyo social y aumenta los factores de riesgo. Así, una red social pobre, en la cual hay pocos vínculos o son distantes dificulta sobrellevar las condiciones de vulnerabilidad, pobreza, desventaja social, desfavoreciendo la adaptabilidad y posibilidades de afrontamiento ante situaciones de adversidad (Ávila, 2012), no obstante, este porcentaje está influenciado en la actualidad por el aislamiento que viven las personas a causa de la pandemia.

**Gráfica 72. Beneficiarios que se sienten apartados y/o rechazados por familiares o amigos según el género.**



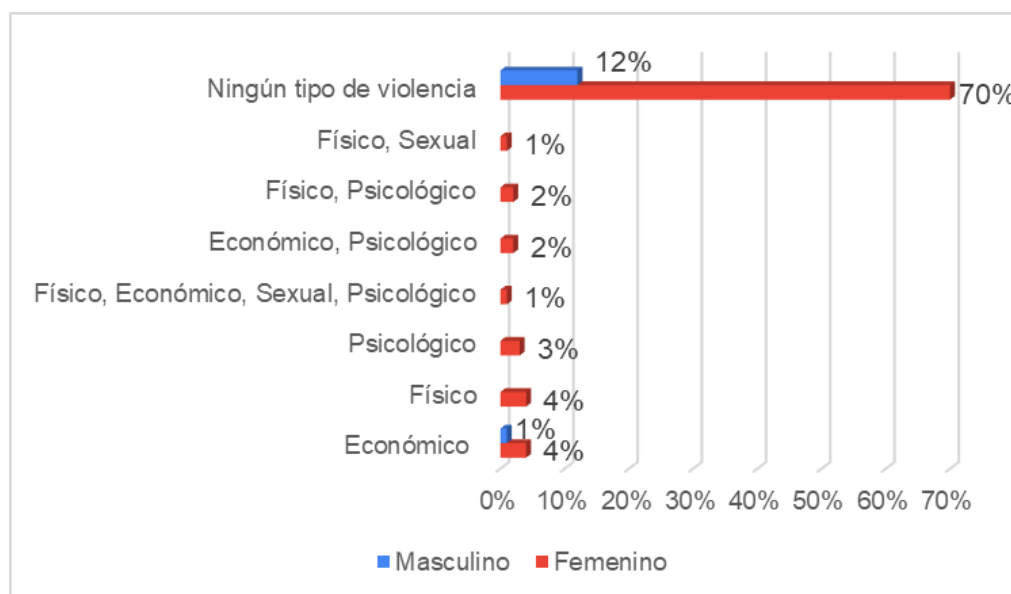
Fuente: Elaboración propia

El 67% de las mujeres y el 13% de los hombres no se sienten apartados o rechazados por familiares y/o amigos y solo el 20% de las mujeres afirman sentirse así, reflejando un mayor grado de este sentimiento de rechazo o abandono por parte de su familia, pues ningún hombre indicó sentirse de esta manera, lo cual evidencia que para las personas beneficiarias de la Pastoral Social hay una mayor prevalencia en las mujeres en sentirse apartadas y/o rechazadas.

En referencia al 20% de las mujeres que se sienten rechazadas o apartadas por la familia o amigos, esto representa un factor de riesgo para la soledad, de acuerdo con el Centro Internacional de Longevidad Brasil (2015) la soledad es un sentimiento subjetivo de la persona en relación con la red social; dicho sentimiento puede estar influenciado en parte por el tiempo dedicado para compartir con la familia o amigos. Adicionalmente de ese 20%, el 12% son personas mayores y según del Centro Internacional de Longevidad Brasil (2015) la probabilidad de la soledad aumenta con la edad de acuerdo a un estudio internacional realizado, asimismo, las personas mayores con pocas relaciones sociales, movilidad reducida y trastornos mentales son más propensos al aislamiento y la soledad siendo un mayor riesgo en las mujeres que en los hombres.

- **Dimensión violencia y abuso**

**Gráfica 73. Tipo de violencia presentada en el entorno familiar de los beneficiarios según el género.**



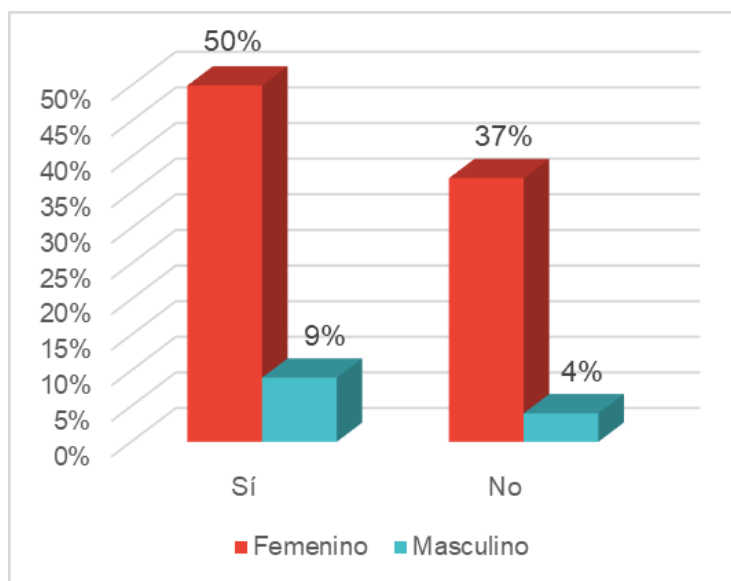
Fuente: Elaboración propia

El Centro Internacional de Longevidad Brasil (2015) manifiesta que las mujeres y las niñas son más probables de sufrir violencia doméstica y abuso sexual que los niños u hombres, de acuerdo con esto en la gráfica 73 se puede observar que las mujeres son quienes principalmente sufren de violencias, pues el 17% de las mujeres han sufrido algún tipo de hecho violento al interior del hogar en comparación con los hombres que es del 1%.

El tipo de violencia más frecuente en las mujeres es la violencia de tipo económica y física representada en ambos casos en un 4% respectivamente, seguido de la violencia psicológica reflejado en un 3%. Asimismo, hay varias mujeres del grupo de la Pastoral Social quienes han sufrido más de un hecho violento, representado de la siguiente manera: violencia económica y psicológica un 2%; violencia física y psicológica un 2%; violencia física y sexual un 1% y un 1% de las mujeres indico haber sufrido violencia física, económico, sexual y psicológica; esto hechos traen implicaciones en la salud física y mental de las mujeres, además de seguir perpetuando situaciones de discriminación y desigualdades de género. El Centro Internacional de Longevidad Brasil (2015), indica que el impacto del hecho violento y el momento de la vida en el cual fue cometido influyen en la salud y en el bienestar durante el resto del curso vital. Adicionalmente, el hecho de que las mujeres sean las principalmente afectadas por actos de violencia al interior del hogar es reflejo de una cultura machista aún vigente en la sociedad colombiana.



**Gráfica 74. Conocimiento de los beneficiarios acerca de las instituciones a las cuales pueden acudir en caso de abuso o violencia según el género.**



Fuente: Elaboración propia

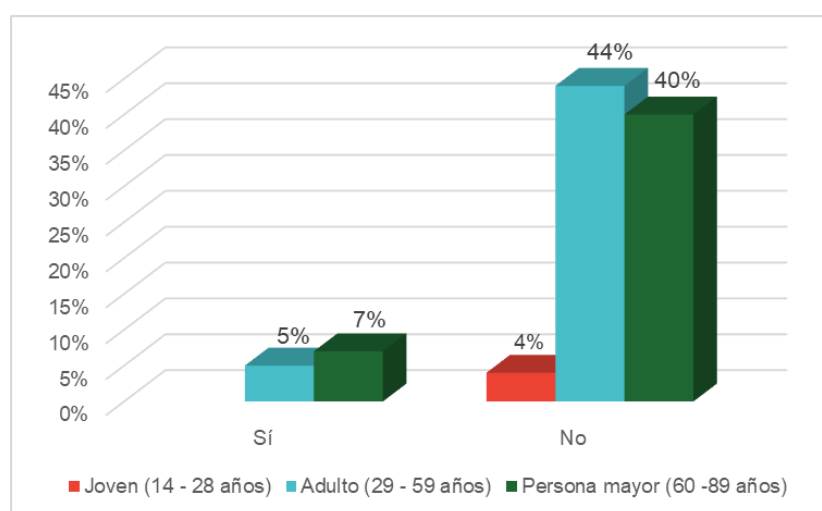
Referente al conocimiento de las instituciones a las cuales se puede acudir en caso de presentar situaciones de violencia o abuso, el 59% de las personas beneficiarias de la Pastoral Social saben a qué lugar deben dirigirse en caso de presentar un hecho de abuso refiriendo principalmente la policía y la línea de atención purpura de la alcaldía por las campañas televisivas realizadas principalmente en este tiempo de cuarentena a causa de la pandemia y el aumento de casos de violencia intrafamiliar, no obstante a pesar de que más de la mitad identifica donde puede recurrir, se observa que el 37% de las mujeres y el 4% de los hombres no saben a dónde acercarse a denunciar el hecho, podría decirse que esto se debe a factores como falta de difusión de información que permita conocer a las personas sobre las diferentes rutas de atención e instituciones del distrito que prestan sus servicios frente a estos hechos, fallas en el sistema de justicia y en otros casos se debe a legitimación de la violencia.

Según Gómez, Murad y Calderón (2013) “las razones para no denunciar se asocia con el microsistema, ocasionadas por la intimidación de la pareja (vergüenza y humillación, miedo a la separación, miedo a recibir más golpes); al exosistema pertenecen las fallas del sistema de justicia (no sabe a dónde ir, no cree en la justicia y ha tenido experiencias negativas al denunciar); y al macrosistema pertenecen las razones expuestas que indican que la víctima acepta la violencia como forma legítima de relación es parte de la vida normal, siente que merece el abuso, siente que los daños no fueron fuertes)” (p. 79).

La falta de conocimiento y las razones para no denunciar que tienen las víctimas de violencia sobre las instancias a las que pueden acudir para solicitar ayuda sigue aumentando

las desigualdades de género. Adicional a lo que se mencionó con anterioridad, culturalmente existe una legitimación de la violencia que ocasiona que muchas personas desconozcan sus derechos entre ellos el derecho a una vida libre de violencias, las respuestas respecto a los patrones tradicionales de crianza, y la naturalización de la violencia es mencionada en mayor porcentaje por mujeres en mejores condiciones socioeconómicas (más educación, que trabajan, en hogares con jefatura masculina, en la zona rural y en el quintil más alto de la riqueza) (Gómez, Murad y Calderón, 2013, p. 79).

**Gráfica 75. Percepción de abandono de los beneficiarios por parte de su familia según grupo etario.**

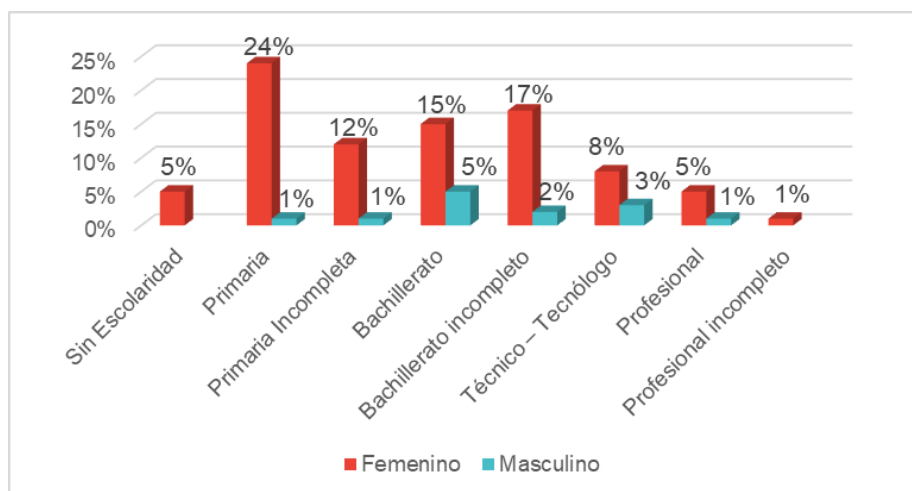


Fuente: Elaboración propia

El 12% de personas beneficiarias que indicaron presentar abandono por parte de la familia pertenecen al género femenino, lo cual representa un hecho de desatención y exclusión social para estas personas y que en el caso de las personas mayores estos hechos representan una violación a los derechos humanos, aumento de lesiones, enfermedades, desesperación y soledad que normalmente poco se denuncia en todas las culturas (Centro Internacional de Longevidad Brasil, 2015), pues como se evidencia del 12% de las mujeres que presentan abandono el 7% son mujeres adultas mayores.

- **Dimensión educación y alfabetización**

**Gráfica 76. Nivel académico de los beneficiarios según el género.**

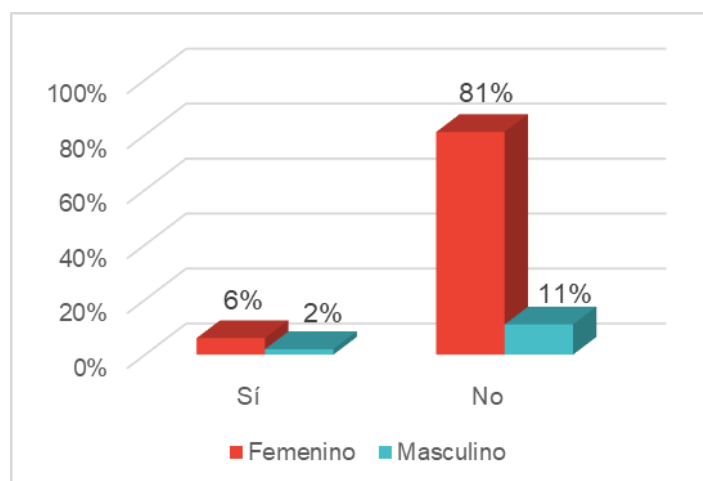


Fuente: Elaboración propia

De acuerdo con la gráfica se puede observar que en las personas beneficiarias de la Pastoral Social prima el nivel de escolaridad de primaria representado en un 25%, seguido de bachillerato con un 20%. Asimismo, es de resaltar que el total de los hombres han tenido algún tipo de nivel educativo siendo el más representativo entre estos la educación media (bachillerato) representado en un 5%, en comparación con las mujeres, ya que 5% de estas se encuentra sin escolaridad, en este sentido el Centro Internacional de Longevidad Brasil (2015) indica que esto refleja las inequidades de género evidenciando que las mujeres tienen menos acceso a oportunidades educativas. De otra parte, el nivel educativo es un factor relevante en algunos casos para la obtención de un trabajo calificado que a futuro genere una mayor estabilidad y seguridad económica.

Adicionalmente el Centro Internacional de Longevidad Brasil (2015) manifiesta que las personas con cierto nivel de educación viven vidas más saludables, longevas y tienen un menor riesgo de sufrir de demencia frente aquellas con una formación inferior, asimismo cabe señalar que la OMS (2002) indica que la educación asociada con el aprendizaje durante toda la vida permite desarrollar aptitudes y niveles de confianza necesarios para seguir independientes a medida que se envejece, además los bajos niveles de educación se asocian a una mayor probabilidad de presentar discapacidad y muerte.

**Gráfica 77. Beneficiarios inscritos a algún curso de aprendizaje según el género.**

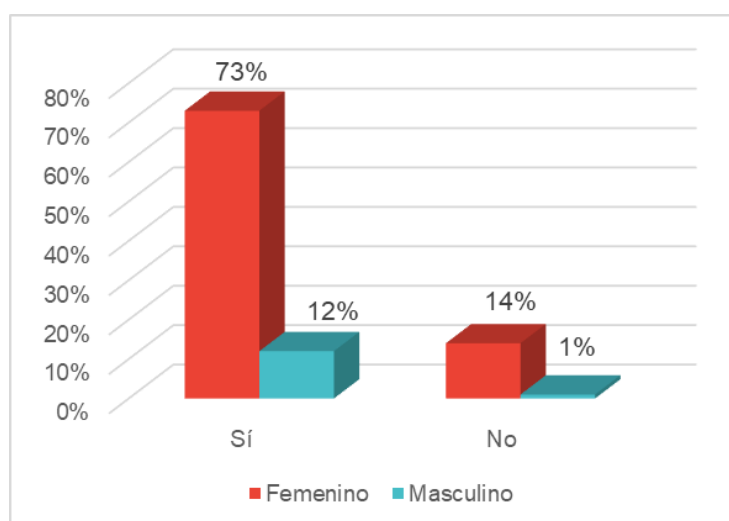


Fuente: Elaboración propia

El Centro Internacional de Longevidad Brasil (2015) expresa que el aprendizaje a lo largo de la vida es importante no solo para la empleabilidad sino también para reforzar el bienestar de las personas, permitiendo permanecer saludables, competentes y comprometidos en la sociedad, frente a esto del total de los beneficiarios, el 92% no se encuentra inscrito a un curso de aprendizaje y solo el 6% de las mujeres y el 2% de los hombres manifestaron actualmente estar realizando algún tipo de curso o estudio, por lo cual podría deducirse que las personas que continúan aprendiendo a lo largo de la vida son más proclives a tener beneficios en su salud, un mayor nivel de confianza e independencia a medida que envejecen en comparación con aquellas que no continúan realizando actividades de aprendizaje continuo. Asimismo, del 8% de los beneficiarios que se encuentran inscritos a un curso de aprendizaje lo hace en cursos de catequismo, braille, sistemas, autocuidado, inglés, recursos humanos y manejo de datos.

Por lo anterior, es importante fomentar en los beneficiarios el aprendizaje formal e informal durante todas las etapas del curso vital, pues según la Organización de Cooperación para el Desarrollo Económico el aprendizaje continuo es uno de los componentes más importantes del capital humano en un mundo que envejece (OCDE citado en Centro Internacional de Longevidad Brasil, 2015, p. 47), las personas de todas las edades y en todos los ámbitos que están informadas aportan entre otras cosas a la competitividad económica, el empleo, la protección social y la participación ciudadana.

**Gráfica 78. Relación de los beneficiarios con personas de otras generaciones según el género.**



Fuente: Elaboración propia

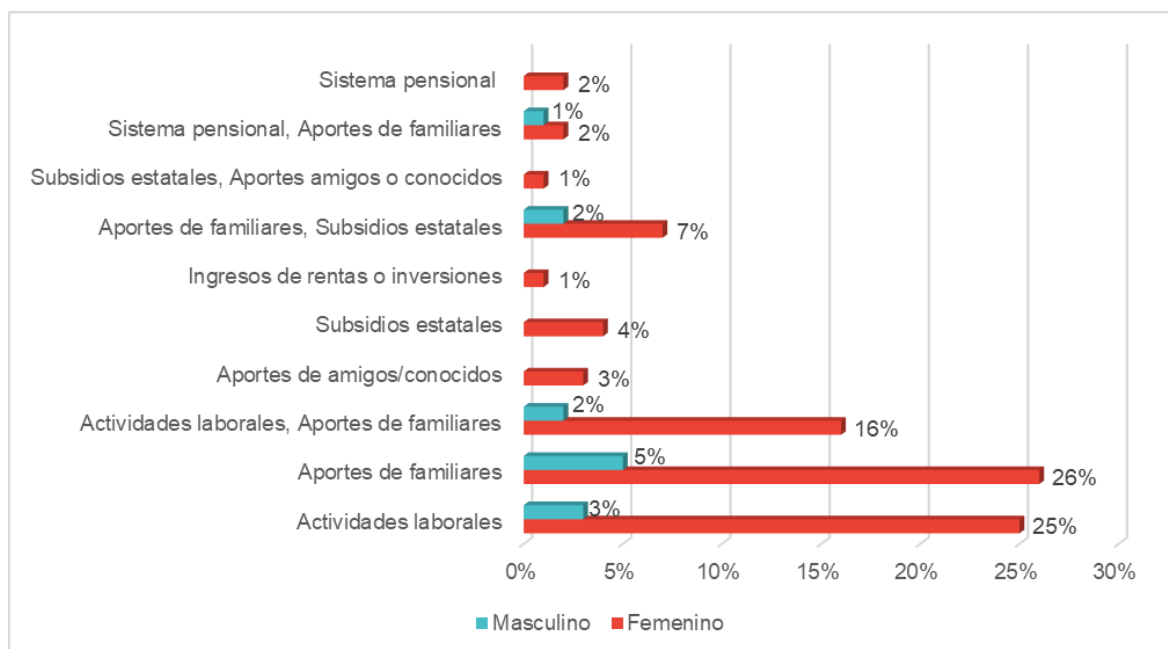
El envejecimiento activo promulga la solidaridad intergeneracional, también promueve oportunidades de encuentro y apoyo entre generaciones (Centro Internacional de Longevidad Brasil, 2015), por ello la importancia en el proceso de envejecimiento de estimular los encuentros a nivel familiar y social entre personas de distintas generaciones pues permite intercambiar valores, aprendizajes y experiencias.

Frente a esto se evidencia que el 85% de los beneficiarios manifiestan relacionarse con personas de otras generaciones, especialmente estos encuentros se dan entre personas mayores y sus nietos. Solo el 15% de los beneficiarios indicaron no relacionarse con otras generaciones, cabe mencionar que teniendo en cuenta que de la totalidad de hombres y mujeres encuestados solo el 1% del género masculino indicó no relacionarse con otras generaciones esto refleja un mayor relacionamiento por parte de género masculino con personas de otras generaciones. Resulta importante fomentar el contacto y el diálogo intergeneracional entre este grupo de beneficiarios, pues esto permite una sociedad para todas las edades, contribuir al apoyo mutuo, relaciones de cuidado y reducir el conflicto entre todas las generaciones a causa de estereotipos o desinformación.

## Determinantes económicos

- **Dimensión ingresos**

*Gráfica 79. Fuente de ingresos de los beneficiarios según el género.*

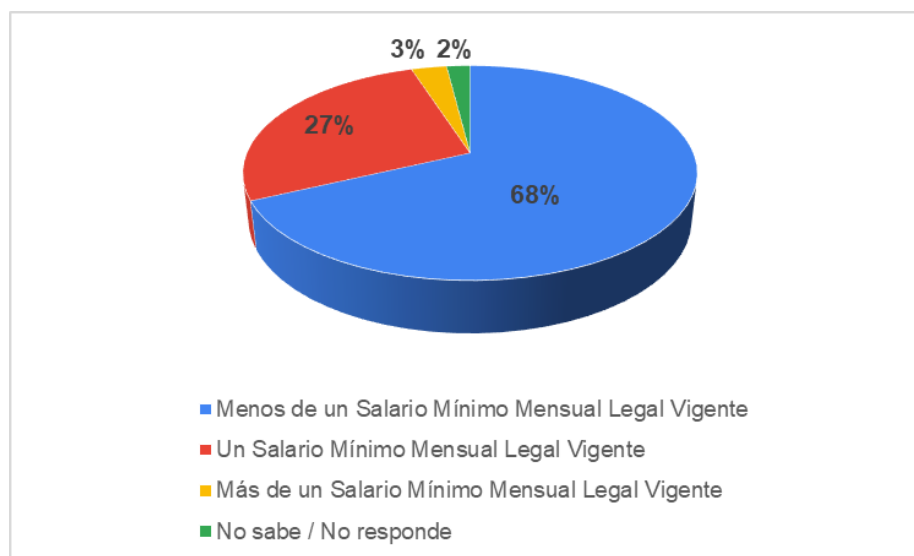


Fuente: Elaboración propia

Los ingresos económicos son primordiales para mantener calidad de vida, así como tener seguridad en el presente y en perspectiva a medida que se envejece (Dulcey, Arrubla y Sanabria, 2013). La gráfica 79 muestra las diferentes fuentes de ingreso tanto de las mujeres como de los hombres beneficiarios de la Pastoral Social, en la cual el principal medio de ingresos corresponde a los aportes familiares quienes alcanzan el 31%, estos ingresos varían dependiendo las responsabilidades económicas de los familiares y de los cuales dichos aportes no superan en la mayoría de casos más de la mitad de un salario mínimo legal vigente. Así mismo, el 28% de los beneficiarios recibe ingresos producto de sus actividades laborales.

De otra parte, el porcentaje de beneficiarios que solo cuenta con subsidios estatales para su subsistencia es del 4% y corresponde solo a mujeres, evidenciando un mayor grado de dependencia y de asistencia del género femenino hacia el Estado.

**Gráfica 80. Ingresos económicos mensuales de los beneficiarios según el género.**



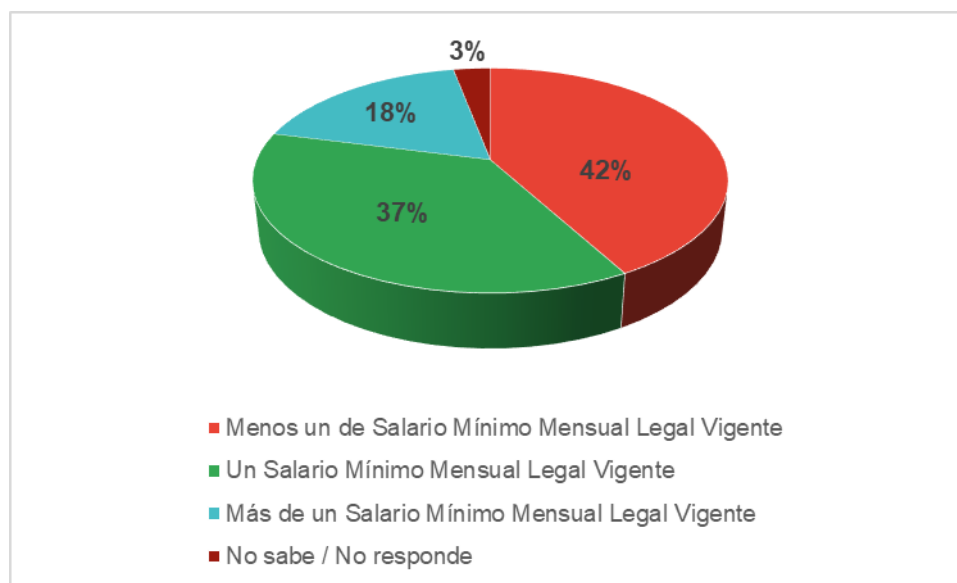
Fuente: Elaboración propia

Como se evidencia en la gráfica 80 la mayoría (68%) de los beneficiarios tienen ingresos por debajo de un salario mínimo mensual legal vigente (SMMLV), por lo cual se hace necesario que las políticas públicas y sociales que promueven el envejecimiento activo introduzcan estrategias y planes más amplios para reducir la pobreza en todas las edades, pues esto afecta su proceso de envejecimiento relacionado a un mayor riesgo de tener mala salud debido al poco acceso a alimentos nutritivos, a una vivienda inadecuada y atención sanitaria entre otros factores debido a la insuficiencia de ingresos (OMS, 2002). Solo el 27% de los beneficiarios tienen ingresos correspondientes a un salario mínimo legal vigente y únicamente el 3% recibe ingresos superiores a este, debido a que más de una persona trabaja en el hogar. El 2% (representado en 1 mujer y 1 hombre) de los beneficiarios que indicaron no saber el valor de los ingresos económicos se debe a que tiene una limitación cognitiva y la otra persona depende de ayudas familiares pues tiene una limitación visual que le impide trabajar.

Adicionalmente, la falta de ingresos y la inseguridad económica, se relaciona con condiciones de vida precaria, tanto a nivel familiar como individual. (Dulcey, Arrubla y Sanabria, 2013) y precisamente el hecho de tener bajos ingresos ocasiona que el trabajo continuo sea una necesidad ante la falta de una previsión para la seguridad social (Centro Internacional de Longevidad Brasil, 2015) en el presente y a futuro lo cual dificulta un proceso de envejecimiento activo al no contar con ciertas garantías de presentaciones sociales que permitan tener un mayor bienestar. Es importante resaltar que muchos de los ingresos económicos mensuales percibidos por los beneficiarios se han visto reducidos notablemente

debido a la actual situación de pandemia y que ha ocasionado que muchas personas se queden sin empleos formales pues las empresas han tenido que cerrar a causa de la crisis financiera, de otro lado aquellas personas que laboran de manera informal han tenido también que suspender sus laborales generando para ellos un mayor grado de vulnerabilidad al contar con ingresos bajos y no garantizados, escasos ahorros y no tener acceso a seguridad social.

**Gráfica 81. Egresos económicos mensuales de los beneficiarios.**



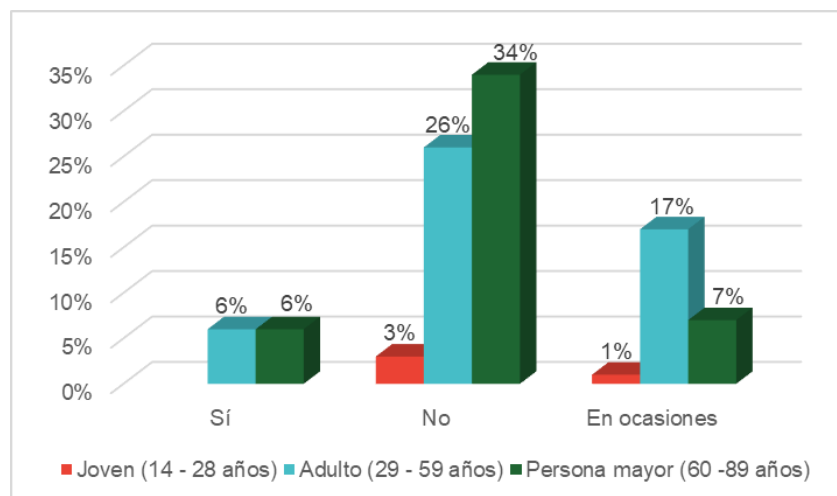
Fuente: Elaboración propia

Como se muestra en la gráfica 81 el 42% de los beneficiarios de la Pastoral Social tienen egresos mensuales por debajo de un salario mínimo legal vigente, esto asociado con los ingresos percibidos y que se muestran en la gráfica 80 pues la mayoría (68%) recibe ingresos por debajo del SMMLV, lo cual evidencia una relación entre los gastos y los ingresos percibidos, el restante de beneficiarios que mensualmente reciben menos de un SMMLV a pesar de recibir ingresos por debajo de este valor indicaron tener egresos mucho más altos, asociados a los diferentes gastos familiares necesarios para cubrir las necesidades básicas de alimentación y vivienda los cuales debido a su alto precio causan que los gastos sean mucho mayores. Así mismo, solo el 3% de las personas (gráfica 80) indicaron recibir ingresos de más de un SMMLV sin embargo frente a los egresos el 18% de los beneficiarios indicaron tener gastos superiores a un SMMLV lo cual muestra un mayor grado de endeudamiento y esfuerzo para suplir las necesidades, además de reflejar la necesidad de estos beneficiarios para continuar con el apoyo alimentario de la Pastoral Social.



- **Dimensión trabajo**

**Gráfica 82. Beneficiarios que actualmente trabajan según el grupo etario.**



Fuente: Elaboración propia

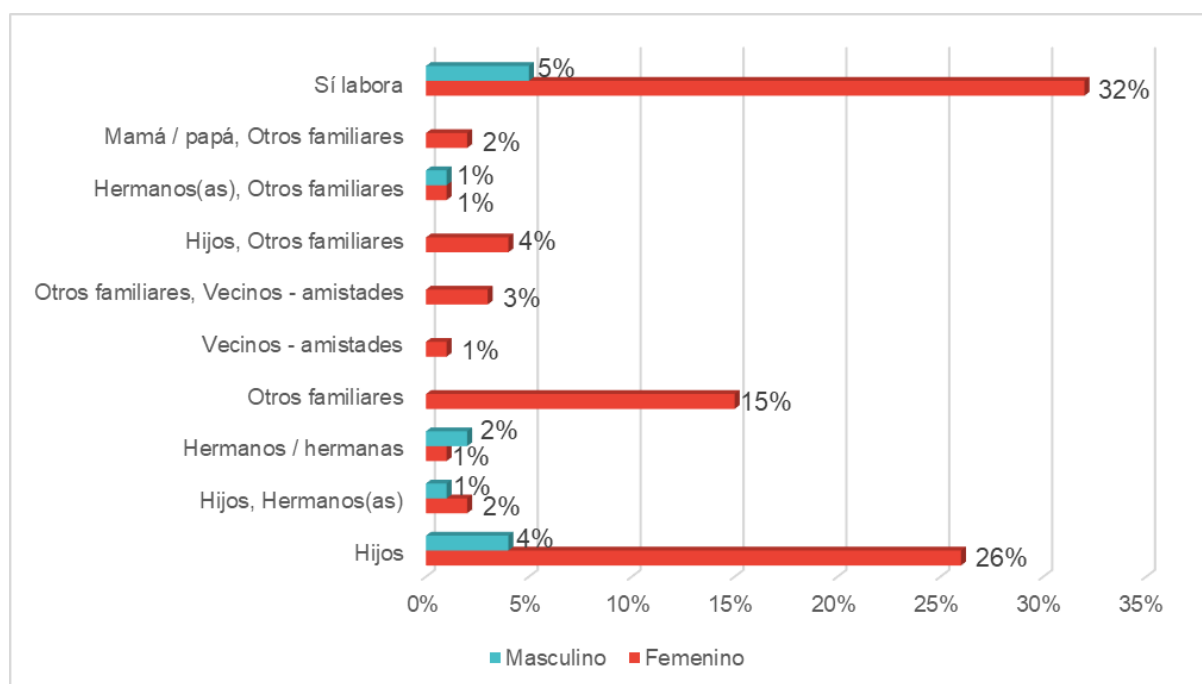
El 37% de los beneficiarios manifiesta laborar actualmente de manera permanente u ocasional y el 63% de las personas beneficiarias actualmente no trabajan por lo que deben recurrir a la ayuda de familiares, amigos o conocidos. Lo anterior, resulta ser un porcentaje significativo y que de acuerdo con el Centro Internacional de Longevidad Brasil (2015) el elevado grado de desempleo y subempleo traen riesgos significativos para la seguridad económica a futuro, así como para el bienestar personal y la salud. Es de resaltar que la cuarta parte de la población (25%) labora esporádicamente algunos días a la semana como medio para generar ingresos y poder satisfacer parte de las necesidades básicas de alimentación y vivienda.

Como se ha mencionado anteriormente los altos niveles de porcentaje de desempleo de los beneficiarios son reflejo de la crisis desatada por la pandemia del coronavirus y que ha hecho que en Colombia se presenten uno de los niveles de desempleo más altos en la historia y de desocupación de las personas.

Así mismo, resulta importante identificar los niveles de empleo de los beneficiarios que son personas mayores o están cercanos a este grupo etario, pues según el Centro Internacional de Longevidad Brasil (2015) indica que "las trabajadoras y los trabajadores desempleados de más edad pueden tener mayores dificultades para reintegrarse en la vida laboral justo en la etapa en que es fundamental garantizar la seguridad financiera para la jubilación y para las necesidades de cuidados en la vejez" (p. 86) y de acuerdo con la gráfica 82 se muestra que el segundo índice más alto (26%) de desempleo están entre las personas adultas entre los 29 y 59 años de edad, lo cual afecta su seguridad social y pensión a futuro. El 34% de las personas

mayores no trabajan, según la OMS (2002) en países desarrollados se considera que las personas mayores deben seguir aportando a la fuerza laboral por su potencial y lo que pueden aportar a la sociedad, de otro lado en los países menos desarrollados es más probable que las personas mayores continúen laborando por necesidad.

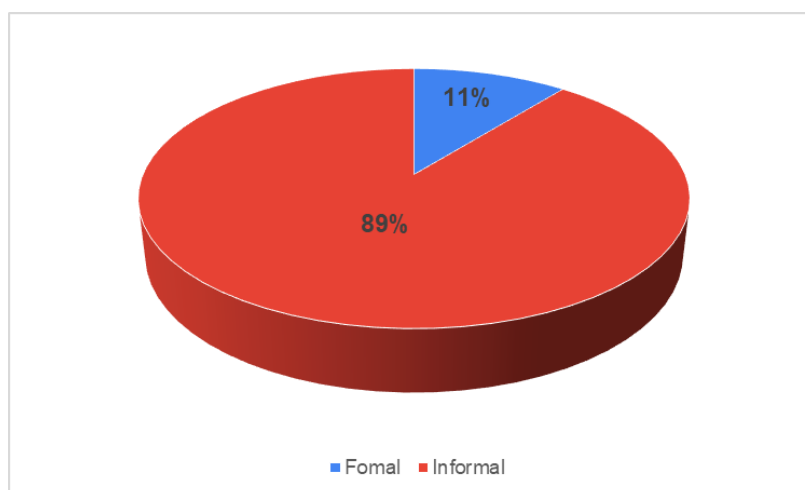
**Gráfica 83. Personas que responden económicamente por los beneficiarios que no laboran.**



Fuente: Elaboración propia

En el caso de las personas que no laboran quien responde económicamente por los gastos del beneficiario son principalmente los hijos representado en un 30% (26 mujeres y 4 hombres), un 3% (2 hombres y 1 mujer) recurre únicamente a hermanos/as, otro 15% (15 mujeres) de beneficiarias acuden a otros familiares diferentes a hermanos, padres o hijos. Así mismo, un 14% (12 mujeres y 2 hombres) reciben apoyo por parte de varias personas cercanas a su núcleo conviviente y 1% (1 mujer) obtiene ayuda solamente de la comunidad de vecinos o amistades. De acuerdo a lo anterior, se evidencia como principal red de apoyo de los beneficiarios a la familia convirtiéndose en un soporte económico ante las dificultades laborales.

**Gráfica 84. Formalidad del trabajo de los beneficiarios.**

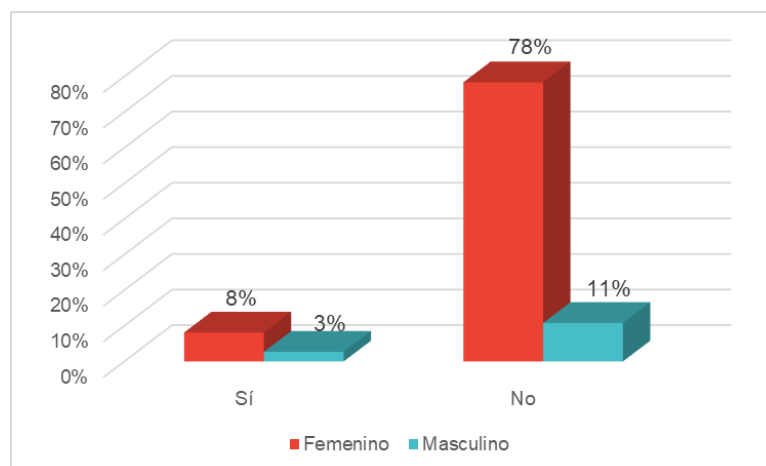


Fuente: Elaboración propia

El acceso a un trabajo durante la vida puede garantizar el acceso a oportunidades, así lo referencia el Centro Internacional de Longevidad Brasil (2015) quien indica que un buen trabajo brinda la posibilidad de un ingreso adecuado, acceso a oportunidades de aprendizaje, redes sociales de apoyo, sentido de compromiso y realización personal, adicionalmente un trabajo formal brinda la posibilidad de mayores beneficios económicos.

En referencia a lo anterior y de acuerdo con la gráfica 82 en donde solo 37% de los beneficiarios cuentan actualmente con un empleo, la formalidad de ese trabajo se describe en la presente gráfica en donde solo el 11% (4 beneficiarios) tiene un trabajo formal que les permite contar con mayores beneficios por el tipo de vinculación laboral. De otra parte, el 89% (33 personas) de los beneficiarios laboran de manera informal, evidenciando un factor de riesgo a nivel personal y familiar al no contar con ciertas garantías en el empleo.

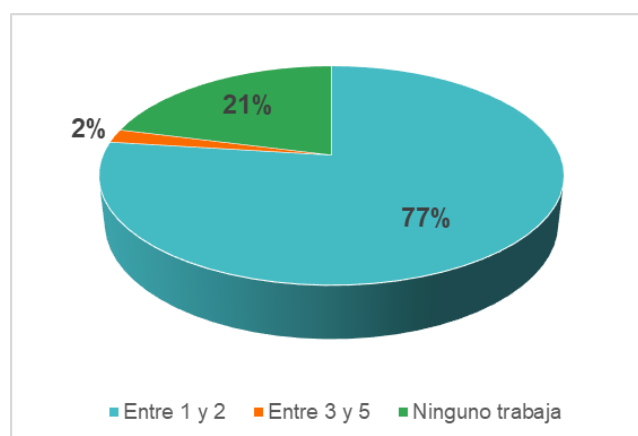
**Gráfica 85. Beneficiarios que tienen prestaciones legales en su trabajo.**



Fuente: Elaboración propia

De acuerdo con el 37% de beneficiarios que laboran actualmente (grafica 82), solo el 11% (3 mujeres y 1 hombre) tienen acceso a prestaciones legales debido a que cuentan con un empleo formal, es decir estos beneficiarios cuentan con seguridad social (salud, pensión, seguridad laboral y caja de compensación familiar) y prestaciones sociales (prima, vacaciones, cesantías) contribuyendo al bienestar personal y familiar. Según el Centro Internacional de Longevidad Brasil (2015) el empleo debe brindar además de un ingreso justo, seguridad en el lugar de trabajo, protección social para las familias y oportunidades para un mejor desarrollo personal e integración social; lo cual, en el restante, es decir el 89% (representado en 33 beneficiarios) queda limitado a estas oportunidades dada su vinculación laboral.

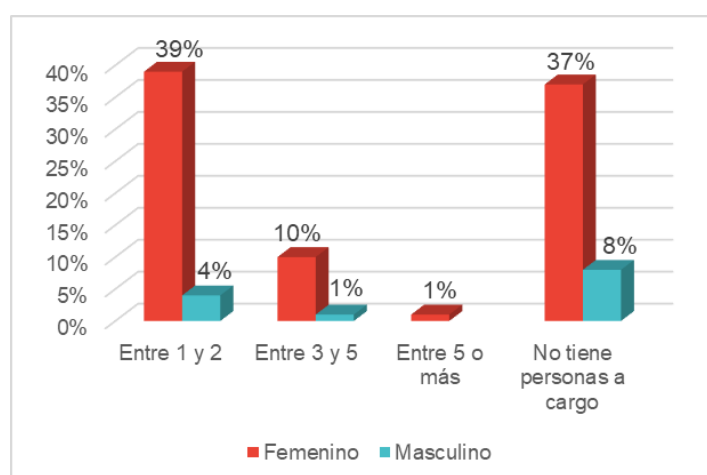
**Gráfica 86. Número de personas que trabajan en el hogar de los beneficiarios.**



Fuente: Elaboración propia

De acuerdo con la gráfica, en el 77% de los hogares de los beneficiarios laboran entre 1 y 2 personas por lo cual podría decirse que dependiendo de la cantidad de personas convivientes en el núcleo familiar puede llegar a generar una mayor sobrecarga de las responsabilidades económicas en los miembros que desempeñan algún tipo de trabajo; el 2% de los hogares laboran entre 3 y 5 miembros de la familia. Asimismo, en el 21% de los hogares en los que ninguna persona de núcleo conviviente trabaja, estos cubren sus necesidades básicas a través de ayudas económicas por parte familiares, amigos y algunas ayudas del estado. De acuerdo con el Centro Internacional de Longevidad Brasil (2015) el acceso a un empleo es un tema relevante el cual debe ser un objetivo primordial para disminuir las crecientes desigualdades. Por lo anterior, el contar con un empleo brinda a los beneficiarios y a sus familias la posibilidad de protección necesaria para un envejecimiento activo y de calidad.

**Gráfica 87. Número de personas que tienen a cargo los beneficiarios según el género.**

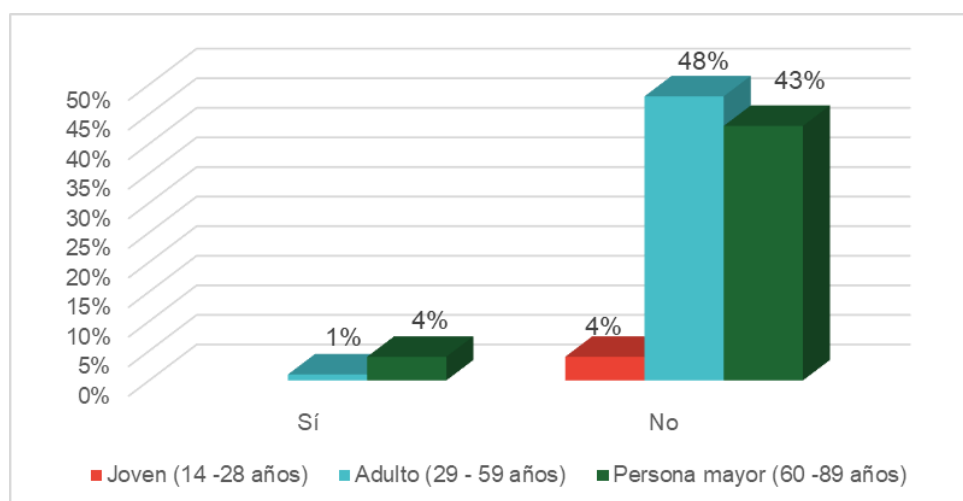


Fuente: Elaboración propia

De acuerdo con la gráfica se muestra que las mujeres son quienes principalmente tienen a cargo a otros familiares, pues solo el 5% de los hombres tienen bajo su responsabilidad a otras personas, esto se debe a causas como "las expectativas relacionadas con el papel tradicional de la mujer como cuidadora en la familia" (Centro Internacional de Longevidad Brasil, 2015, p. 55) y que la mayoría de los hogares están conformados por madres cabezas de hogar o son familias extensas las cuales convive la madre, sus hijos y nietos pero la figura masculina no está presente en el hogar. El 45% de las personas beneficiarias no tienen a cargo a ninguna persona lo cual podría ser un aspecto beneficioso dado que no deben responder económicamente por otras personas y solo deben ocuparse de cubrir sus necesidades básicas.

- **Dimensión protección social**

**Gráfica 88. Beneficiarios con pensión según el grupo etario.**

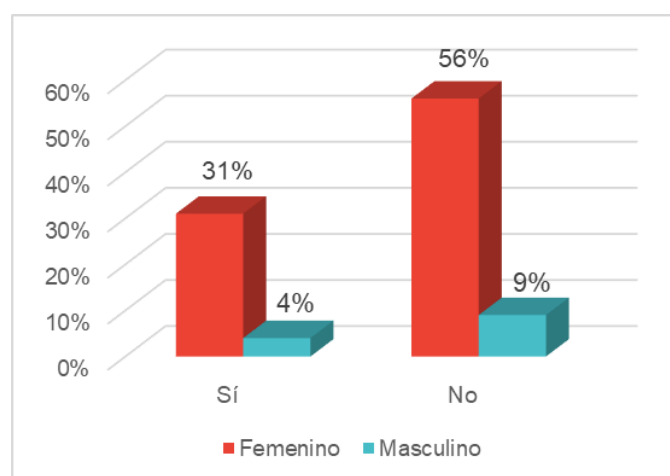


Fuente: Elaboración propia

En relación con los ingresos y la perspectiva de vida, está el derecho a la seguridad económica y puntualmente a pensión y la cual se considera como principal factor para reducir la pobreza en la etapa de la vejez, la que a su vez orienta a mantener una vida digna y libre de pobreza. (Castel, Citado en Dulcey, Arrubla y Sanabria, 2013). Sin embargo, debido a la cantidad de empleo informal (sin contrato, ni coberturas sociales de ningún tipo), en general en toda la población beneficiaria de la Pastoral, se suma el escaso cubrimiento de la seguridad social en pensión, pues solo el 4% de las personas que trabajan formalmente se encuentran cotizando pensión como se evidencia en la gráfica 83 lo cual a futuro influyen en la calidad de vida de estos beneficiarios cuando lleguen a la vejez.

De los beneficiarios en edad de pensionarse solo el 5% se encuentra actualmente pensionado y el 1% de los hombres se encuentra con pensión con una edad por debajo de lo establecido por la ley debido a que tiene una discapacidad psicomotora que le impide continuar trabajando, por lo cual cuenta con esta seguridad social. Así mismo, en la gráfica 86 se muestra la relación de personas en edad de pensionarse, en la cual el 43% de las personas mayores no tienen pensión debido a que se desempeñaron en diferentes tipos de trabajos los cuales no les garantizo acceso a la seguridad social, evidenciando como lo menciona Dulcey, Arrubla y Sanabria (2013) una realidad en este país, pues "Colombia es uno de los países en los que hay menor cubrimiento de la seguridad social en pensiones: menos del 40% de quienes trabajan están cotizando a la seguridad social en pensiones; y, solo cerca del 25% de la población vieja recibe algún tipo de pensión" (p. 64).

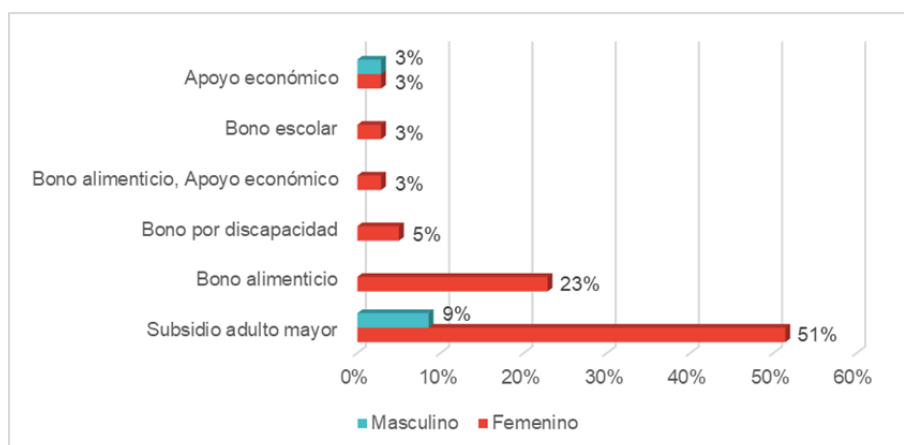
**Gráfica 89. Beneficiarios que reciben otros subsidios o apoyos según el género.**



Fuente: Elaboración propia

El Centro Internacional de Longevidad Brasil (2015) menciona que los programas de protección social permiten el desarrollo humano y la prosperidad inclusiva, por ello es importante establecer en los países diferentes programas de protección social para el beneficio de la ciudadanía a todas las edades. Dichos programas de protección social van desde planes de pensión, programas de seguros de discapacidad hasta asistencia de larga duración y desempleo. De acuerdo con la gráfica 89 en referencia a este aspecto de protección social, el 31% de las mujeres y el 4% de los hombres equivalentes a 35 beneficiarios indicaron recibir otro tipo de subsidio o ayuda por parte del estado u otras instituciones mostrando un mayor grado de las mujeres en recibir este tipo de ayudas en comparación con los hombres.

**Gráfica 90. Tipo de subsidios o apoyos recibidos por parte de los beneficiarios.**



Fuente: Elaboración propia

En relación con la gráfica 89 de los beneficiarios que refieren tener otras ayudas a parte de la brindada por la Pastoral Social, el 60% (18 mujeres y 9 hombres) corresponde al subsidio de la persona mayor, seguido del 23% (8 mujeres) correspondiente a bonos alimentarios (mercados) otorgados por el Distrito a causa del asilamiento físico producto de la pandemia; el restante de apoyos es decir el 17% (5 mujeres y 1 hombre) corresponde a ayudas como subsidios por discapacidad y en el caso de los hogares que tienen hijos en colegios públicos recibieron bono escolar de alimentación, siendo en total 35 personas quienes cuentan con otro tipo de auxilios que les permite cubrir sus necesidades.

## **10. Diagnóstico social en el marco de los determinantes del envejecimiento activo de las personas beneficiarias de la Pastoral Social de las parroquias San Efrén, San Pedro Claver y San Eugenio de la Diócesis de Fontibón**

El diagnóstico social según Agilar y Ander Egg (como se citó en Candamil, 2004) hace referencia a,

un proceso de recolección, análisis, interpretación y sistematización de información que implica conocer y comprender problemas y/o necesidades dentro de un contexto determinado, teniendo en cuenta las causas y su evolución, así como factores condicionantes y de riesgo, permitiendo la discriminación y focalización de problemas para establecer prioridades y estrategias, que requiere de recursos y medios así como de fuerzas y actores sociales (...) cuyas funciones son: Informar, explicar, identificar recursos, determinar prioridades, establecer estrategias y contextualizar (p. 26).

A continuación, se presenta el diagnóstico social de las personas beneficiarias de la Pastoral Social de las parroquias San Efrén, San Eugenio y San Pedro Claver el cual corresponde al estado actual de las personas beneficiarias en relación con su proceso de envejecimiento, a partir de los determinantes del envejecimiento activo, por tanto, se retoman factores culturales y de género, personales, económicos, sociales, conductuales, del entorno físico y sistemas sanitarios y servicios sociales. Dicho diagnóstico se encuentra dividido por la caracterización sociodemográfica de los beneficiarios, seguido por la identificación de situaciones que se evidencian en ellos teniendo en cuenta los determinantes, el pronóstico de dichas situaciones y por último la priorización de las situaciones problema en relación con cada uno de los determinantes.

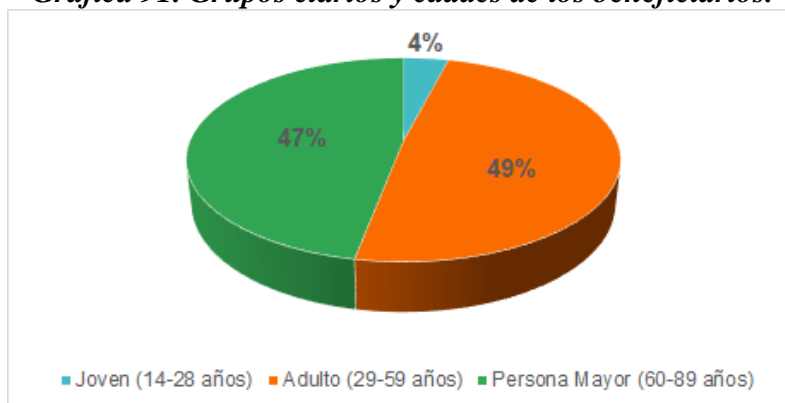
### **10.1 Caracterización de la población**

A partir de la información recolectada se logran identificar las principales características sociales y demográficas de los beneficiarios de la Pastoral Social de las tres parroquias mencionadas y que complementan la información de los determinantes del envejecimiento activo en torno a dichos aspectos sociodemográficos.



- **Edades y grupos etarios**

*Gráfica 91. Grupos etarios y edades de los beneficiarios.*

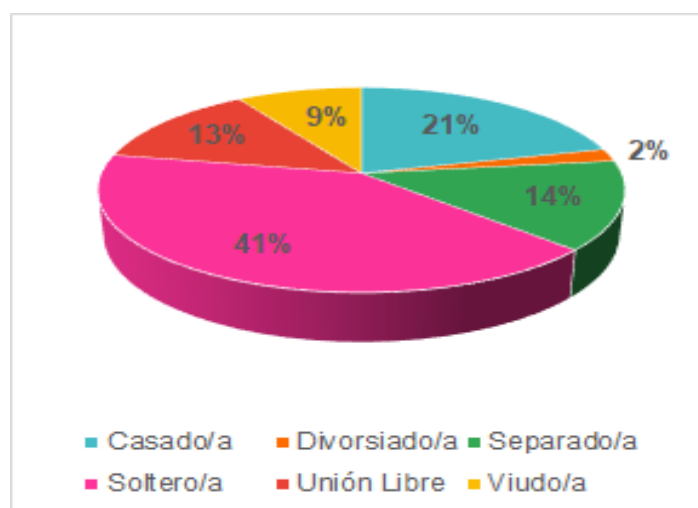


Fuente: Elaboración propia

En el grupo de beneficiarios se logra identificar que las 100 personas encuestadas se encuentran en un rango entre 24 y 89 años de edad, lo que implica que se abarquen los grupos etarios de joven, adulto y persona mayor. Respecto al grupo etario, los jóvenes son las personas que se encuentran entre los 14 y 28 años de edad, siendo en los beneficiarios solo el 4% cuyas edades oscilan entre los 24 y 28 años. Adicionalmente, los adultos son el grupo más significativo representando en un 49% que se encuentran entre los 29 y 59 años de edad. Así mismo, una importante porción del grupo corresponde a personas mayores representadas en un 47%; estas personas se encuentran entre los 60 y 89 años. Cabe mencionar que, si bien la población más representativa es la de adultos, es importante afirmar que muchas de las personas que se encuentran en este grupo etario, están próximas a cumplir la edad para hacer parte de la categoría de persona mayor.

- **Estado Civil**

*Gráfica 92. Estado civil de los beneficiarios.*



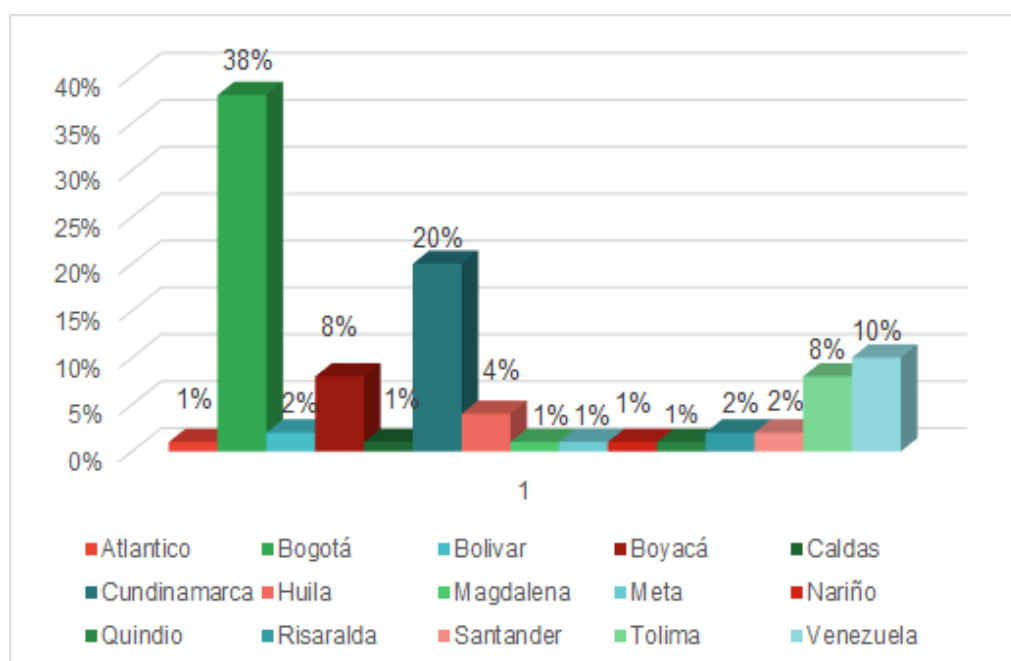
Fuente: Elaboración propia

El tipo de estado civil más representativo corresponde a los beneficiarios que se encuentran solteros representados en un 41%; allí pueden encontrarse madres cabezas de familia que no contrajeron ningún tipo de vínculo legal, personas adultas mayores que nunca compartieron una vida en pareja o personas jóvenes que aún no consideran el matrimonio o convivir con una pareja.

El segundo grupo más representativo es el de las personas casadas representadas en un 21% las cuales son personas que han decidido formalizar su relación ante la ley. En menor medida se encuentran las personas separadas representadas en un 14%, y son aquellas que tienen un vínculo soportado en un compromiso legal, pero por razones diferentes no conviven. El 13% de la población corresponde a personas que viven en unión libre, lo que implica una convivencia y la adquisición de nuevas responsabilidades. Las personas viudas son aquellas que han perdido a su cónyuge y representan en el grupo el 9%; seguidas por las personas divorciadas, que se caracterizan por ser personas que han disuelto legalmente su vínculo formal representadas por el 2% respecto al total.

- **Lugar de procedencia**

*Gráfica 93. Lugar de procedencia de los beneficiarios.*



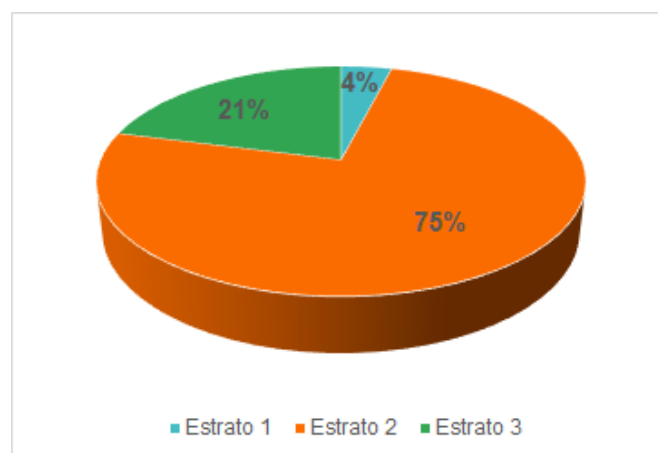
Fuente: Elaboración propia

Las personas beneficiarias de la Pastoral Social proceden de diferentes partes del país a excepción de la población venezolana. Entre esos lugares se encuentran departamentos como Atlántico, Cundinamarca, Quindío, Huila, Risaralda, Bolívar Magdalena, Santander, Boyacá, Meta, Tolima, Caldas y Nariño. El 58% de las personas encuestadas proceden de Cundinamarca, de los cuales el 38% corresponden a Bogotá y el 20% restante procede de otros municipios del departamento.

Adicionalmente, otro 16% de los beneficiarios proceden de departamentos vecinos a Cundinamarca, como Boyacá y Tolima representado cada uno en un 8% respectivamente. De otra parte, un 16% corresponde a personas procedentes de otros lugares del país como Nariño, Caldas, Meta, Santander, Magdalena, Bolívar, Risaralda, Huila y Quindío. Por último, debido a la migración, el 10% de beneficiarios corresponde a población venezolana.

- **Estrato socioeconómico**

*Gráfica 94. Estrato socioeconómico de los beneficiarios.*

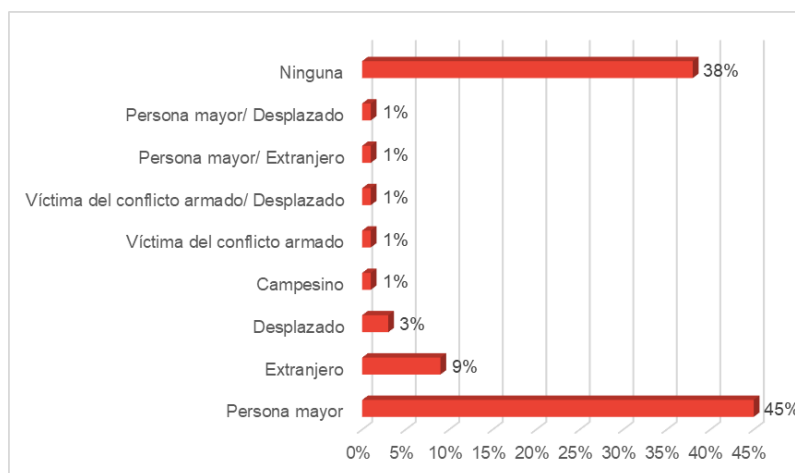


Fuente: Elaboración propia

El Congreso de la República de Colombia (1994) a partir de la ley 142 de 1994 establece el régimen de los servicios públicos domiciliarios, el cual define el estrato socioeconómico como la clasificación de los inmuebles por municipio o ciudad. Por consiguiente, en lo que corresponde a los beneficiarios los inmuebles que habitan se encuentran entre el estrato 1, 2 y 3. Del 100% de personas encuestadas el 75% corresponde al estrato 2, seguidos por el estrato 3 representados en 21% y por último el estrato 1 que solo representa el 4% de la población.

- **Tipo de población**

*Gráfica 95. Tipo de población a la que pertenecen los beneficiarios.*

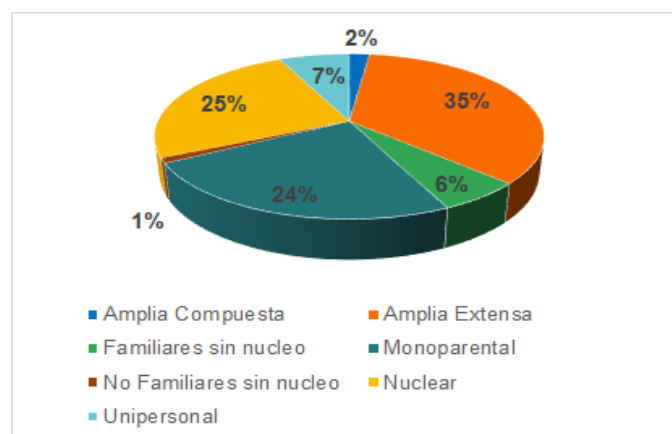


Fuente: Elaboración propia

Es importante diferenciar el tipo de población al que pertenece algunas personas en el grupo, ya que presentan unas características de especial atención. En el grupo de beneficiarios existe como población especial, persona mayor, campesino, víctima del conflicto armado, extranjeros y desplazados. Del 100% de las personas, el 62% corresponde a población de especial cuidado y atención, de las cuales el 45% corresponde a persona mayor siendo el grupo más representativo y de otra parte un 2% corresponde a persona mayor en combinación con otras categorías como extranjera o desplazada, otro 9% corresponde a población extranjera procedente de Venezuela. Así mismo, se encuentran un 3% de los beneficiarios que manifiestan ser desplazados y 1% es desplazado y víctima del conflicto armado. Por último, en el grupo se identificó 1% que corresponde a una persona campesina y 1% que es víctima del conflicto armado.

- **Composición familiar**

*Gráfica 96. Composición familiar de los beneficiarios.*



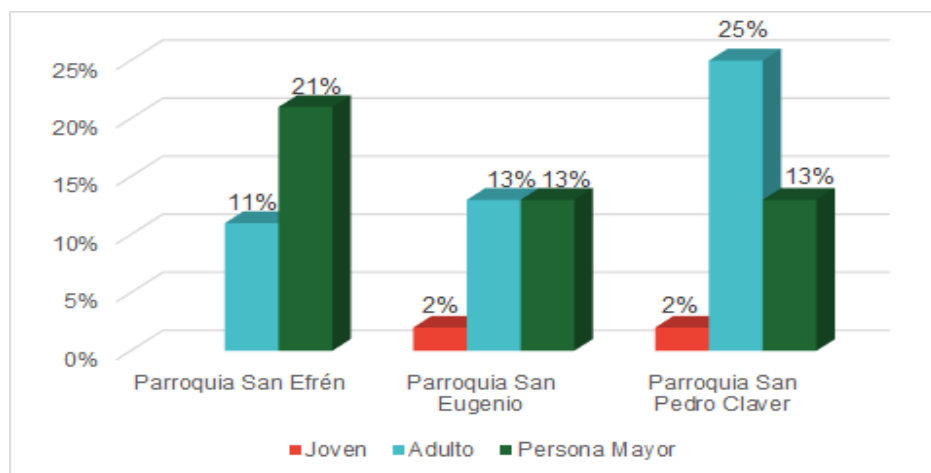
Fuente: Elaboración propia

La conceptualización de las tipologías familiares se retoma de la propuesta del Departamento Nacional de Planeación (2015) y esto en relación a las familias del grupo se identifica las siguientes tipologías:

- *Amplia compuesta*: esta tipología hace referencia a familias conformadas por un hogar nuclear (con o sin otros parientes) más otros no parientes. En el grupo hay 2 familias de este tipo, correspondiente al 2%, siendo esta tipología la menos representativa.
- *Amplia extensa*: son las familias conformadas por un hogar nuclear (con o sin otros parientes) más otros no parientes. Estos hogares representan el 35% de las familias del grupo, siendo esta tipología la más representativa. Por lo tanto, es característico de lo anterior encontrar en un mismo núcleo más de tres generaciones.
- *Familiares sin núcleo*: son familias en donde no existe un núcleo conyugal primario o una relación padre/madre-hijo/hija, pero sí hay otras relaciones de parentesco de primer o segundo grado de consanguinidad (por ejemplo, hermanos). Respecto a esta tipología, en el grupo el 6% de las familias corresponde a esta tipología, siendo una de las menos comunes.
- *No familiares sin núcleo*: son hogares en los cuales no existe un núcleo conyugal o una relación padre/madre-hijo/hija o una relación de hermanos, tampoco existen otras relaciones de parentesco. De esta tipología solo hay una familia representada en 1%.
- *Unipersonal*: son hogares conformados por una sola persona y representan el 7% de las familias del grupo.
- *Monoparental*: son familias donde solo hay un progenitor con sus respectivos hijos. Estas familias representan el 24% y por lo general son familias con madres cabezas de familia o madres solteras.
- *Nuclear*: son hogares conformados por padre y madre con o sin hijos; o por padre o madre con hijos y esta tipología representa el 25% siendo la segunda tipología más representativa. Estas familias pueden entenderse como las familias más tradicionales, ya que son familias conformadas por dos padres y sus hijos.

- **Población por parroquias**

*Gráfica 97. Grupos etarios en los beneficiarios por parroquias.*



Fuente: Elaboración propia

*-Parroquia San Efrén:* En esta parroquia se concentra el 32% de la población total. Lo que corresponde al género, en San Efrén se encuentra el 31% de las mujeres y el 38% de los hombres, representado con 27 mujeres y 5 hombres. En cuanto a los grupos etarios, esta parroquia es la que tiene la mayor concentración de personas mayores los cuales representan el 45% del total de dicho grupo, por lo tanto, en San Efrén hay 21 personas mayores. Del total de los adultos de esta parroquia se concentra el 22% representadas en 11 personas. Es importante aclarar que en esta parroquia ninguno de los beneficiarios es joven.

*-Parroquia San Eugenio:* En esta parroquia se concentra el 28% de la población total. En cuanto al género, en San Eugenio se encuentra el 29% de las mujeres y el 24% de los hombres, representado con 25 mujeres y 3 hombres. En relación a los grupos etarios, aquí se concentra el 27% de los adultos con 13 personas y el 28% de las personas mayores con 13 personas. La población joven en esta parroquia es mínima, con 2 personas, representando el 50% de los jóvenes del total del grupo.

*-Parroquia San Pedro Claver:* En esta parroquia se concentra 40% de la población total. En cuanto al género, en San Pedro Claver está el 40% de las mujeres y el 38% de los hombres, representado en 35 mujeres y 5 hombres. En relación a los grupos etarios, la población más representativa es la de adultos, condensado el 51% representados en 25 adultos. En cuanto a las personas mayores aquí se encuentra el 28% con una cantidad de 13 personas mayores. La población joven es de 2 personas, acaparando el 50% de los jóvenes del total del grupo.

## 10.2 Identificación de situaciones y oportunidades de mejora

### Determinantes Transversales: Cultura y Género

- **Dimensión cultura**

Según la OMS (2002) la cultura es la forma en que crecen y viven las personas, tiene que ver con el valor que las personas le pueden dar al proceso de envejecimiento, la vejez y la persona mayor. En el grupo de beneficiarios en general se tiene una percepción positiva respecto al envejecimiento representado en un 85%; esto implica que la mayoría del grupo tenga aceptación respecto a su proceso de envejecimiento y a su vez que no vean la vejez como una etapa de aspectos negativos. Sin embargo, es importante que los beneficiarios no solo valoren la vejez como una etapa de cúmulo de experiencias, sino que también puedan comprender que la vejez es un momento del curso vital donde siguen siendo ciudadanos activos que tienen derecho a participar e influenciar en la sociedad que viven.

- **Dimensión género**

Respecto al género se logra evidenciar que el 87% de la población es femenina y pese a que en su mayoría son mujeres, los ideales sobre los roles de género se mantienen justificando aún que la mujer debe estar encargada de los deberes del hogar. Aunque del total de mujeres encuestadas el 53% considera que las responsabilidades en el hogar si son equitativas, eso no significa que realmente lo sean; ya que la realidad de varias mujeres corresponde a un doble trabajo en donde deben responder por su oficio o labor para el sustento de la familia y además de eso responder con tareas del cuidado en el hogar. En concordancia con lo anterior del total de la población, en el caso de las mujeres el 70% está a cargo del cuidado del hogar y de los hombres solo el 8% lo está; esto indica que posiblemente de las mujeres sobre las cuales se recarga el cuidado y varias de las responsabilidades del hogar, sean mujeres que no tuvieron acceso al sistema de educación o dependan económicamente de un hombre.

Adicionalmente es importante resaltar que el 100% de las personas encuestadas manifestaron ser católicas, por tal motivo es posible que las creencias en el marco de la religión influyan en la forma en que perciben el envejecimiento, la persona mayor y los roles de género.

## **Determinantes relacionados con los sistemas sanitarios y los servicios sociales**

- **Dimensión promoción de la salud y prevención de enfermedades**

Se identifica que solo el 46% de los beneficiarios han recibido promoción para el cuidado de la salud. Sin embargo, en el marco de la pandemia COVID-19 dichos cuidados se han intensificado y han sido evidentes desde los escenarios más comunes hasta los más individuales. La intensidad de dicha promoción se ha enfocado a la prevención del contagio del COVID-19, dejando de lado otras enfermedades o hábitos que afectan el envejecimiento de las personas.

De otra parte, del 100% de los encuestados se evidencia que el 16% no se encuentra afiliado al sistema de salud, lo que implica que dichas personas presenten un mayor riesgo respecto a los demás, ya que no tienen cómo tratar sus enfermedades o ser receptores de información para el cuidado de la salud. Teniendo en cuenta que el acceso a servicios sanitarios y sociales no es algo que dependa de las parroquias, es importante que a los beneficiarios que no están afiliados al sistema de salud se les pueda orientar en los respectivos procesos de afiliación cuando el caso aplique.

- **Dimensión acceso servicios curativos**

El 43% de los beneficiarios presentan una enfermedad crónica, siendo las enfermedades más comunes la hipertensión, diabetes y tiroides, afectando principalmente a las personas mayores. Por otra parte, se evidencia que los beneficiarios no prestan la atención suficiente al cuidado de su salud, ya que solo el 49% han acudido al médico en los últimos seis meses; por lo tanto, no existe el hábito de asistir al médico por prevención sino sólo cuando existe un síntoma. Por lo anterior, es necesario generar campañas que inviten a las personas a acudir al médico para sus chequeos de control se esté enfermo o no; como también se debe promocionar la adhesión a los tratamientos en el caso de las personas con enfermedades.

- **Dimensión servicios de larga duración**

El acceso a sistemas sanitarios y servicios sociales también tiene que ver con el cuidado o asistencia de larga duración; los cuales ayudan a mejorar la calidad de vida de las personas que no pueden valerse por sí mismas, dichos servicios pueden ser formales o informales. De acuerdo con lo anterior, se identifica que el 26% de beneficiarios cuentan con un cuidador de tipo informal correspondiente a algún miembro de su familia, generando una mayor



dependencia de su núcleo familiar. Por tal motivo, es necesario formar a los cuidadores con el fin de que su tarea de cuidador no tenga efectos sobre sí mismo como el síndrome del cuidador, dicho síndrome afecta la salud mental de la mayoría de los cuidadores quienes se sobrecargan emocional y físicamente. La vida de un cuidador tiene un cambio significativo que implica replantear su rutina diaria para adaptarse a su nuevo rol de cuidador.

- **Dimensión salud mental**

De otra parte, en la población mundial los trastornos mentales que más afectan a las personas son la ansiedad y la depresión. En ese sentido el 15% de los beneficiarios presenta un trastorno mental siendo la ansiedad y la depresión los dos únicos trastornos presentes en los beneficiarios. Aunque el 51% de los beneficiarios consideran saber que es salud mental y el 57% considera cuidarla, esto implica que un gran porcentaje del grupo no conoce cómo cuidar su salud mental y las implicaciones de ello. En concordancia con lo anterior, se encuentra que existe un desfase del 6% de beneficiarios entre los que dicen saber que es la salud mental y los que consideran cuidarla, evidenciando que dichos beneficiarios no tienen claridad sobre lo que es la salud mental. Adicionalmente, es necesario intensificar de forma teórica y práctica los cuidados de la salud mental para la prevención de trastornos mentales que afectan el envejecimiento y que incluso pueden ser incapacitantes.

### **Determinantes conductuales**

- **Dimensión tabaquismo**

El tabaquismo no solamente produce enfermedades respiratorias durante el envejecimiento, sino que también conllevan a enfermedades de otro tipo, como por ejemplo la pérdida de la fuerza muscular y ósea. En este sentido, el tabaquismo no es un fenómeno que afecta a la mayoría de los beneficiarios de la Pastoral, sin embargo, el 7% de los beneficiarios consume tabaco y de dicho porcentaje el 5% son personas mayores. Así mismo, otro 7% de los beneficiarios están expuestos en el hogar al humo generado por el consumo del tabaco, lo que los convierte en fumadores pasivos. Es importante que la mayoría de los beneficiarios del grupo que no estén relacionados con el consumo de tabaco puedan representar un apoyo para los otros beneficiarios que sí fuman y quieren dejarlo de hacer.

- **Dimensión alimentación sana**

Por otro lado, una dieta equilibrada debe mantener una amplia gama de nutrientes los cuales se encuentran en la combinación de alimentos como cereales, frutas, hortalizas, lácteos, carnes, pescado, huevos y azúcares. A partir de lo anterior, el 62% de los beneficiarios de la Pastoral Social consideran que tienen una alimentación equilibrada, ya que el consumo de sus alimentos contiene un valor nutritivo necesario para una dieta ideal. En cuanto a la seguridad alimentaria es importante resaltar que todo el grupo tiene acceso a alimentación debido al apoyo alimentario otorgado por la Pastoral Social, sin embargo, el 82% de los beneficiarios debe complementar la ayuda suministrada por medio de recursos propios para poder suplir sus necesidades alimenticias. Adicionalmente, existe un riesgo de inseguridad alimentaria en una parte de la población (16%), ya que dependen exclusivamente del apoyo alimentario de las parroquias el cual no contiene los suficientes alimentos para mantener una dieta equilibrada, además dicho apoyo no es suficiente para cubrir la alimentación de todo el mes. De otra parte, es importante mencionar que un 15% de los beneficiarios presentan algún problema alimenticio como sobrepeso, bajo de peso, anemia, u obesidad.

Teniendo en cuenta que una dieta equilibrada no depende exclusivamente de la capacidad económica; es importante prestar atención necesaria al valor nutricional de los alimentos suministrados a los beneficiarios, como también es relevante generar espacios de formación relacionados con la alimentación sana.

- **Dimensión actividad física**

Adicional a las dimensiones que se han retomado hasta el momento, otra muy importante dentro de los determinantes conductuales es la actividad física, entendida como cualquier movimiento corporal que es voluntario y repetitivo sin un objetivo definido pero que aumenta los niveles de energía por encima del reposo, mientras que, por su parte el ejercicio físico sí lo tiene además de ser planificado, estructurado y repetitivo, sin embargo cualquiera de los dos genera grandes beneficios en la salud de las personas y por supuesto a medida que se envejece.

Teniendo en cuenta esta definición y la información recolectada correspondiente a esta dimensión, el 54% de los beneficiarios manifiestan no realizar ningún tipo de actividad o ejercicio físico, por lo cual se puede afirmar entonces que dentro de sus rutinas diarias la actividad física no está importantemente involucrada, lo cual puede ser un reflejo acerca de

los últimos años de adultez de esas personas, ya que no se evidenció la actividad física como una prioridad y un método para cuidar la salud, lo cual en un futuro hará que se incrementen en ellos riesgos en torno a una inadecuada salud y aumento de sus enfermedades, mientras que en el 46% de las personas que sí manifestaron realizar alguna actividad física, estos riesgos en torno a su salud se verán disminuidos en la medida en que continúen realizándose con mayor intensidad o en un frecuencia periódica, es decir 30 minutos diarios como está estipulado, fortaleciendo así sus capacidades tanto físicas como mentales, involucrando como lo establece la OMS dentro de la actividad física, aquellas actividades que impliquen desplazamientos y que sean recreativas o de ocio como caminatas, montar en bicicleta, además de actividades ocupacionales cuando la persona aún trabaja o desempeña cualquier actividad laboral y otras actividades como tareas domésticas, juegos o pasatiempos, por tanto es importante que cada una de estas actividades se desarrollen en contextos familiares y comunitarios de ser posible de manera diaria.

- **Dimensión salud bucal**

Otro de los factores importantes dentro de la vida de las personas y que requiere especial atención en cada una de las etapas del curso de vida es la salud bucodental en la que tanto el cuidado personal que se debe tener como los servicios de salud deben ser suficientes, adecuados y de buena calidad, especialmente en el caso de los servicios odontológicos pues así mismo deben ser accesibles a cualquier persona y sin importar su edad, cubriendo cada una de las situaciones especiales que surgen entorno a la salud bucodental, lo cual es esencial para gozar de una buena calidad de vida y dentro de ella una óptima salud.

A partir de lo anterior, se evidencia que en las personas beneficiarias encuestadas, tan solo el 36% ha asistido a atención odontológica en el último año, siendo en su mayoría las mujeres, mientras que más de la mitad del total de beneficiarios no ha asistido (64%), lo cual demuestra la importancia de que exista una amplia y adecuada educación en torno al cuidado que deben tener todas las personas por su salud dental, como el cepillado diario y constante al día, las visitas periódicas al odontólogo, entre otras recomendaciones y las cuales aplican para toda la población sin importar la etapa en la que se encuentren y esto a futuro puede prevenir problemas que generen una mayor carga en el sistema de salud o que las personas tengan que destinar parte de sus ingresos para algún tratamiento odontológico.

- **Dimensión descanso**

A medida que las personas envejecen, el sueño y el descanso representan también un aspecto de múltiples cambios, entre los que se encuentran los trastornos de sueño, por tanto, durante todas las etapas de la vida se debe procurar tener un sueño saludable y adecuado, que permita gozar de un buen estado de salud y lo cual impacta en el bienestar físico, emocional y mental de cada persona.

Por tal motivo, desde etapas como la infancia y la juventud se debe procurar cuidar el sueño para que a medida que se siga envejeciendo las personas no tengan que recurrir al consumo de medicamentos para poder dormir, como es el caso de un 8% de los beneficiarios encuestados quienes manifestaron consumirlo por diferentes motivos, estando dentro de este grupo adultos y personas mayores. Sin embargo, otro gran porcentaje de los encuestados, aunque no consumen medicamentos, presentan frecuencias en el sueño por debajo de las 8 horas que se estipulan como adecuadas, siendo así en un 43% quienes duermen de 5 a 6 horas y en un 10% quienes duermen 5 horas o menos, siendo la parte de la población con mayor riesgo de mortalidad y de ser vulnerables a presentar graves enfermedades al destinar tan pocas horas para el descanso.

- **Dimensión alcohol**

Respecto al consumo de alcohol, este se ve disminuido en la medida que las personas envejecen y representa un factor muy importante durante ese proceso, pues usualmente las personas comienzan a consumirlo en etapas muy jóvenes haciendo que dure ese consumo hasta etapas más adultas o incluso hasta la vejez, sin embargo en muchos casos el consumo se ve disminuido a causa de aspectos personales como las enfermedades que van surgiendo con la edad y debido a eso la ingesta de medicamentos, reduciendo así la tolerancia al consumo de alcohol.

Particularmente, dentro del grupo de personas beneficiarias de la Pastoral Social de las tres parroquias, el consumo de alcohol no es permanente en ninguno de los grupos etarios mencionados, únicamente el 14% manifestó consumirlo en ocasiones especiales y por tal motivo no presentan una enfermedad grave a causa de ese consumo, sin embargo, se evidencia que quienes más lo consumen actualmente, son las personas adultas entre 29 y 59 años, representados en nueve personas del total encuestados.

- **Dimensión medicamentos**

Durante el proceso de envejecimiento, el uso de medicamentos en muchos casos puede ser contraproducente, pues, aunque están destinados para el tratamiento o la prevención de enfermedades hay cantidades que pueden generar mayores problemas y su consumo se ve incrementado a medida que también aumenta la edad, es decir, que son las personas mayores quienes más se ven sometidos a la ingesta diaria de medicamentos. Lo anterior se logra evidenciar en el grupo de personas beneficiarias encuestadas, debido a que son las personas mayores en un 36% quienes más manifiestan consumir medicamentos diariamente.

En relación con lo anterior, del 100% de beneficiarios el 71% manifestó haber sido prescrito con medicamentos en su última consulta médica y el 61% de ellos los recibieron todos por parte de su EPS, sin embargo, en algunos casos las personas deben recurrir a sus propios ingresos para solventar la compra de medicamentos que deben consumir con urgencia, pero en ocasiones dichos ingresos son insuficientes debido al costo de los fármacos, por tal motivo muchas personas recurren a otro tipo de medicamentos más económicos y que posiblemente no son prescritos sino que por el contrario acuden a la automedicación, lo cual genera a futuro mayores problemas y enfermedades en su salud.

- **Dimensión cumplimiento terapéutico**

Adicional al consumo de medicamentos, otro factor muy importante para el seguimiento y mejoría de algunas enfermedades es la adhesión a tratamientos, ya sea con los mismos medicamentos o tratamientos como terapias de varios tipos.

En muchos casos hay personas que no siguen dichos tratamientos ya que no reciben los adecuados debido a la falta de asistencia sanitaria accesible por parte de su sistema de salud, lo cual hace que las personas descuiden los tratamientos de sus enfermedades por la falta de presupuesto para acceder a ellos de manera particular. Sin embargo, más de la mitad de los encuestados representados en un 62%, tanto hombres como mujeres manifestaron seguir adecuadamente los tratamientos respectivos a sus enfermedades.

Frente a lo anterior, también es muy importante que las personas accedan a servicios de cuidado preventivo en torno a su salud, para así evitar que a futuro se presenten enfermedades crónicas por las cuales deban seguir algún tipo de tratamiento, sino que por el contrario sean enfermedades que surjan hasta edades mucho más avanzadas o hasta la vejez, pero para que esto sea posible, las personas deben llevar una vida saludable que cumpla con todas las recomendaciones existentes como tener una alimentación sana, realizar actividad física y

ocupacional de forma periódica, participar en los diferentes escenarios en los que se encuentra, entre otras, las cuales impactarán de forma positiva durante el proceso de envejecimiento y en este caso de forma activa.

### **Determinantes relacionados con los factores personales**

- **Dimensión biología y genética**

En relación con la biología y la genética, el 54% de los beneficiarios encuestados manifestaron padecer o ser propensos a sufrir enfermedades hereditarias, siendo las más comunes la hipertensión representada en un 28% únicamente para el género femenino y la diabetes en un 22% para las mujeres y un 4% para los hombres. Sin embargo, se puede decir que, a pesar de que estas y otras enfermedades hereditarias se ven influenciadas por contribución genética, también se ven fuertemente afectadas por factores externos y ambientales así como por hábitos personales que al ser perjudiciales y perdurables en varias etapas del ciclo vital, pueden desencadenar en un proceso negativo de envejecimiento, en el que las personas posiblemente presenten varias afectaciones en su salud, así como en su capacidad física, mental y hasta emocional.

- **Dimensión psicológica**

Las redes de apoyo con las que cuenta un ser humano son esenciales para que pueda enfrentar las múltiples situaciones que se le presentan en su vida y sin importar la etapa en la que se encuentre, por tal motivo, todas las personas deben ser y deben sentirse partícipes principalmente dentro del entorno en el que conviven, y en los demás donde se desenvuelven, pues esto ayudará a definir durante el transcurso de su envejecimiento, la importancia que tiene el rol que cumple dentro de cada red de apoyo en la que se encuentre inmerso y cómo esa importancia nunca se pierde a medida que transcurre en sus etapas sino que por el contrario se fortalece mientras va llegando a la vejez, la cual es un reflejo y posiblemente un resultado de la forma en la que sobrellevó cada aspecto de su vida y en la que ese apoyo que le puedan seguir brindando sus redes se hace fundamental.

Por lo anterior, tanto la participación como la libertad de opinar principalmente en el ámbito familiar, es importante, por el lado de la participación más de la mitad de las personas (71%) manifestó ser partícipe en las decisiones dentro de su entorno familiar con el núcleo

que convive y por el lado de la libertad para opinar, en un porcentaje todavía mayor (79%) las personas manifestaron justamente ser libres de opinar.

Sin embargo no deja de ser evidente el otro porcentaje de la población que solo participa y opina en algunas ocasiones en total 14%, así como otro 7% de personas que viven solas actualmente, lo cual permite evidenciar que posiblemente las relaciones con su familia no son tan estrechas o que su red de apoyo de alguna manera los ha abandonado hasta el punto de dejarlos solos y no estar pendientes de su cuidado, siendo en su mayoría personas mayores y esto da cuenta también que las redes de apoyo influyen significativamente en la forma en la que una persona enfrenta o se aparta de las situaciones difíciles ya sean familiares o personales, como en el caso del 13% de las personas que manifestaron casi siempre apartarse de la situación.

Así mismo, en cuanto a este tipo de situaciones, las personas beneficiarias manifestaron principalmente acudir ante un familiar (36%) cuando están frente a alguna dificultad y en un porcentaje pequeño, pero también relevante se encuentran un 8% de las personas que acuden principalmente a una institución como lo son sus parroquias, para buscar diferentes tipos de apoyo cuando se encuentran ante una situación difícil.

- **Dimensión orientación e identidad sexual**

La orientación y la identidad sexual son aspectos muy importantes dentro de la vida de cualquier persona y se van desarrollando a medida que la persona también lo hace. Hoy en día se puede decir que a pesar de seguir siendo temas de controversia se encuentran más visibilizados en la sociedad y se han ido aceptado de a poco, situación que hace muchos años no ocurría, debido a una estructura social en la que no se permitía justamente la diversidad, por tal motivo, es un tema que poco se trata en las personas mayores pero que ha ido tomando la importancia que se merece, en parte al poco o escaso reconocimiento que existe en la sociedad por las diferentes sexualidades que también se pueden vivir en la vejez o durante todo el transcurso de la vida e incluso en esa etapa y que aun así en muchos casos es motivo de rechazo familiar o social, aislamiento y hasta discriminación.

Sin embargo, este no es un fenómeno que se evidencia en las personas beneficiarias de la Pastoral Social según sus respuestas, pues el 100% de los encuestados manifestó que su orientación sexual corresponde a la heterosexual, además de identificarse las 87 mujeres y los 13 hombres con su mismo género de nacimiento, esto teniendo en cuenta la construcción social en la cual han estado inmersos durante toda su vida.

## **Determinantes del entorno físico**

- **Dimensión transporte**

A medida que las personas envejecen, dentro de los múltiples cambios que se generan en ese proceso, también se van disminuyendo notablemente algunas capacidades funcionales y una muestra de ello ocurre en las personas mayores, motivo por el cual, los entornos en los que conviven deben tener en cuenta a toda la población pero en especial a la población mayor, en este caso la ciudad en la que se desenvuelven, pues repercutirá significativamente en su independencia y autonomía el hecho de poder contar con espacios propicios que los motiven a salir y a disfrutar de ellos.

Es por lo anterior, que el transporte con el que cuentan las personas es fundamental, pues debe ser adecuado, accesible, incluyente para cada edad o condición y con muchas facilidades para su uso independientemente la edad, lo cual debe propiciar en las personas, en especial las mayores el hecho de participar en múltiples escenarios comunitarios y desarrollar actividades sociales, culturales, familiares, espirituales entre otras, donde se fomenten también los encuentros intergeneracionales.

De acuerdo con esto, las personas beneficiarias manifestaron en un 92% tener acceso al transporte público cerca de su vivienda y únicamente el 8% restante no, debido a las largas distancias que deben recorrer para poder acceder a él, además de los múltiples trayectos que deben realizar para dirigirse a algún destino. Así mismo, un 23% de las personas beneficiarias manifestó necesitar ayuda de otra persona para utilizar el medio de transporte, en su mayoría las personas mayores y algunas de ellas presentan también algún tipo de discapacidad, lo cual hace mucho más importante la inclusión de todas las personas en el transporte, principalmente en el público.

- **Dimensión seguridad de la vivienda**

En torno a esta dimensión, se debe primero mencionar que, en cuanto al tipo de vivienda, la mayoría de personas beneficiarias declararon en un 52% vivir en casa, seguido de la tenencia de la vivienda quienes en un 53% manifiestan vivir en arriendo.

De acuerdo a lo anterior, en cuanto a la vivienda, algunos aspectos muy importantes dentro de ella deben ser la seguridad y el bienestar que genere en las personas que la habitan, en especial a las personas mayores para quienes esa vivienda se debe ir adecuando de acuerdo con sus capacidades y facilidades para desenvolverse en ese entorno con la mayor



independencia posible y evitando lo más que se pueda la presencia constante de accidentes y caídas que pueden resultar en múltiples problemas de salud e incluso en otros más trágicos, frente a esto, las personas beneficiarias manifestaron en un 22% haber sufrido algún accidente en su lugar de vivienda justamente por caídas.

Así mismo, en cuanto a la seguridad del entorno, las personas manifestaron sentirse seguras en el entorno donde está ubicada la vivienda, representados en un 86%, mientras que el 14% restante no lo considera seguro debido principalmente a la delincuencia que se presenta en sus barrios.

Adicional a los factores anteriormente mencionados, las personas deben tener también un completo y fácil acceso a los servicios públicos con los cuales solventar sus necesidades básicas, siendo así en un 98% para las personas beneficiarias de la Pastoral Social, y con los cuales pueden garantizar especialmente en la situación pandémica actual una óptima salubridad que impacta en su calidad de vida, especialmente en la de las personas mayores.

- **Dimensión de caídas**

En referencia a las caídas por entornos físicos inadecuados, se identifica que el 25% de los beneficiarios han presentado caídas siendo todas pertenecientes al género femenino y de las cuales el 14% corresponde a personas mayores evidenciando un riesgo significativo en este grupo etario.

Cabe mencionar que, aunque muchas personas mayores suelen presentar caídas, estas no forman parte del proceso normal de envejecimiento o de la etapa de la vejez. Asimismo, los principales lugares en los cuales se han tenido caídas corresponden a la calle con un 48% representado en 12 mujeres, seguido del transporte público con un 20% representado en 5 mujeres, no obstante, el 12% equivalente a 3 mujeres beneficiarias han presentado caídas en la iglesia.

De otra parte, el 64% de los beneficiarios identifican obstáculos para transitar en los lugares que habitualmente recorren como lo son andenes estrechos, suelos irregulares, huecos en las vías, pocas barandas para sostenerse, entre otras, las cuales ocasionan que la movilidad quede limitada por momentos. Es importante indicar que las caídas presentadas por entornos físicos inadecuados son uno de los principales factores para sufrir accidentes y lesiones los cuales aumentan con la edad, generan un problema de salud pública y que con frecuencia suelen ser ignorados, sin embargo, pueden prevenirse con la adecuación de los diferentes espacios disminuyendo las lesiones, gastos por tratamientos e incluso la muerte.

- **Dimensión agua limpia y aire puro**

Adicionalmente, la calidad del aire y los espacios públicos al aire libre son factores importantes en este determinante pues permiten generar un proceso de envejecimiento óptimo ya que contribuyen en la salud física y emocional de las personas fomentando el bien-estar y la participación. De acuerdo con lo anterior, el 81% de los beneficiarios afirman tener zonas verdes cerca al lugar de vivienda lo cual les permite contar con espacios para el esparcimiento y la interacción, no obstante, se identifica que el aprovechamiento de estos espacios de interacción y participación social actualmente están limitados por la emergencia sanitaria, lo cual restringe la participación y aprovechamientos de estos espacios como un entorno saludable. Además, el 65% de las personas beneficiarias consideran que el aire de su entorno está contaminado debido a causas como la gran afluencia vehicular y fábricas en la localidad, lo cual ocasiona gran material particulado en el ambiente y que en prospectiva pueda causar enfermedades respiratorias y de cáncer influyendo en el proceso de envejecimiento.

### **Determinantes relacionados con el entorno social**

- **Dimensión apoyo social**

En torno a esta dimensión, una de las principales redes social de apoyo es la familia la cual constituye un aspecto importante que contribuye o limita las posibilidades de desarrollo personal y social, frente a esto se identifica que en las relaciones familiares de los beneficiarios el 84% tanto de mujeres como hombres manifiestan tener relaciones cercanas y estrechas mostrando en general relaciones positivas en el entorno familiar, asimismo, el 11% refiere que la relación con su familia es distante y el 5% de las mujeres expresan tener relaciones conflictivas al interior de su hogar, estos dos últimos porcentajes pueden incidir en la compañía y el apoyo emocional que reciben estas personas por parte de su familia, pues un apoyo social inadecuado puede conllevar a la soledad, el estrés, angustia psicológica y disminución de la salud en general.

De otra parte, el 14% del género femenino de las beneficiarias manifiestan no tener con quien hablar, divertirse, expresar su sentimientos y emociones, lo cual puede resultar como un factor negativo y a su vez también conducir a futuro a la soledad, puesto que se evidencia una red social de apoyo débil por parte de este grupo de mujeres lo cual dificulta acciones de apoyo emocional ante diversas situaciones y una inadecuada integración social. Lo anterior, está influenciado por la percepción de sentirse apartado o rechazado por la familia pues el

20% de las mujeres beneficiarias indicaron sentirse así, mostrando una mayor prevalencia por parte del género femenino en sufrir de soledad como se mencionó anteriormente, la cual está asociada a situaciones de morbilidad y mortalidad al reforzar comportamientos poco saludables. Adicionalmente, el 25% de las mujeres y el 1% de los hombres indicaron no relacionarse con personas diferentes a su familia.

En relación a la participación social, sólo el 9% de los beneficiarios participan en otras instituciones u organizaciones (caridad, religiosa, deportiva y rehabilitación visual) diferentes a la Pastoral Social, de los cuales solo el 1% corresponde al género masculino, el restante (91%) de los beneficiarios que no participa en otras instituciones manifiestan que es debido a situaciones como la falta de tiempo, poco interés de integrarse en otras actividades o el desconocimiento de las diferentes ofertas culturales, cívicas y deportivas que brinda el distrito. La baja participación de los beneficiarios implica una reducción en las redes sociales de apoyo y una disminución en la posibilidad de acceder a recursos sociales.

- **Dimensión violencia y abuso**

La violencia y el abuso son aspectos que influyen en la salud y el bienestar de las personas, en donde las más afectadas por estos hechos son las niñas y las mujeres, frente a esto se identifica que el 17% de las mujeres beneficiarias de la Pastoral Social han sufrido algún tipo de hecho violento al interior del hogar en comparación con los hombres que es de solo el 1%. La principal violencia sufrida en las mujeres es la violencia de tipo económica y física representada en ambos casos en un 4% respectivamente, seguido de la violencia psicológica reflejado en un 3%. Asimismo, un 6% de las mujeres del grupo de la Pastoral han sufrido más de un tipo de violencia. En referencia al conocimiento de las instituciones a las cuales se puede acudir en caso de presentar situaciones de violencia o abuso se identifica que el 37% de las mujeres y el 4% de los hombres no saben a dónde recurrir para denunciar el hecho, esto debido a factores como la falta de difusión de información que permita conocer a dónde se deben acercar, además culturalmente existe una justificación de la violencia al interior de los hogares que ocasiona que muchas mujeres desconozcan sus derechos y por tanto siga aumentando las desigualdades de género.

De otro lado, en relación al abandono por parte de la familia el cual constituye un tipo de abuso y desatención, lo que puede generar el aumento de lesiones, incremento de enfermedades, sentimientos de desesperación y soledad, el 12% de los beneficiarios indicaron presentar situación de abandono de las cuales todas corresponden al género femenino y de

estas el 7% son personas mayores, reflejando un factor negativo en estas personas en su proceso de envejecimiento.

- **Dimensión educación y alfabetización**

Frente a las oportunidades educativas de los beneficiarios pertenecientes a la Pastoral Social se evidencia que el 25% ha tenido acceso a educación primaria siendo el nivel educativo más significativo en este grupo. Es de resaltar que todos los hombres han tenido algún tipo de nivel educativo siendo el más representativo entre estos la educación media (bachillerato) representado en un 5% y en comparación con esto, del total de las mujeres el 5% de estas se encuentra sin escolaridad, lo cual refleja desigualdades de género en referencia a posibilidades de acceso a educación en su infancia y juventud y el cual a su vez permite la obtención de un trabajo calificado y se asocia a una mayor posibilidad de ingresos más altos.

En relación al aprendizaje y oportunidades educativas durante todo el curso vital sólo el 8% de los beneficiarios actualmente se encuentran inscritos a un curso de aprendizaje (catequismo, braille, sistemas, autocuidado, inglés, recursos humanos y manejo de datos), evidenciando un bajo nivel de participación educativa en los beneficiarios, por lo que resulta relevante fomentar el aprendizaje formal e informal en todas las etapas de la vida pues esto permite mejorar el bienestar, contribuir a la competitividad económica, la obtención de un mejor empleo y por tanto acceso a seguridad social en la vejez.

En cuanto el aprendizaje es importante resaltar que el envejecimiento activo promueve el aprendizaje y solidaridad intergeneracional como un aspecto importante para el aprendizaje durante toda la vida pues permite compartir experiencias, consejos, conocimientos, relaciones de cuidado, promover el encuentro y apoyo mutuo entre generaciones, frente a esto se evidencia que el 15% de los beneficiarios no se relacionan con personas de otras generaciones por lo cual resulta relevante fomentar este tipo de contactos como un factor protector para superar los conflictos entre generaciones y la superación de imágenes estereotipadas acerca del envejecimiento, la vejez y las personas mayores.

### **Determinantes económicos**

- **Dimensión ingresos**

Los ingresos económicos son fundamentales pues permiten mantener calidad de vida, tener seguridad en el presente y en perspectiva a medida que se envejece, además determinan las opciones de una persona para acceder a vivienda, comida, educación, salud, entre otras

situaciones, frente a esto se identifica que el 68% de los beneficiarios tienen ingresos por debajo de un salario mínimo legal vigente (SMMLV) los cuales se han visto a su vez reducidos a causa de la pandemia pues varias personas se quedaron sin sus empleos formales a causa del cierre de las empresas o de la necesidad de reducir el personal.

Adicionalmente se evidencia que en la actualidad las principales fuentes de ingresos de los beneficiarios corresponden a aportes familiares representado en un 31%, seguido de las actividades labores en un 28% y cabe mencionar que un 4% correspondientes únicamente mujeres solo cuentan con subsidios estatales para su subsistencia.

Es importante mencionar que la falta de ingresos conlleva a una vida precaria tanto a nivel individual como familiar y ocasiona que las personas mayores deban continuar trabajando para cubrir sus necesidades ante la falta de una seguridad económica y el acceso a una pensión. Adicionalmente frente a los egresos el 55% de los beneficiarios indicaron tener gastos entre uno o más de un SMMLV a pesar de que sus ingresos estén por igual o por debajo del SMMLV lo cual evidencia una precaria seguridad económica y un esfuerzo importante por parte de los beneficiarios para lograr cubrir sus necesidades.

- **Dimensión trabajo**

El 63% de los beneficiarios se encuentran sin empleo actualmente y cubren sus necesidades básicas a través de ayudas económicas principalmente por parte de hijos representado en un 30%, un 3% recurre únicamente a hermanos/as, otro 15% acuden a otros familiares diferentes a hermanos, padres o hijos. Así mismo, un 14% reciben apoyo por parte de varias personas cercanas a su núcleo conviviente y 1% obtiene ayuda solamente de la comunidad de vecinos o amistades.

Adicionalmente, el primer índice de desempleo se encuentra entre las personas mayores representado en un 34%, cabe mencionar que normalmente se espera que las personas a esta edad no laboren, sin embargo, en los casos de las personas mayores que no cuentan con ingresos estables (ayudas familiares, rentas, inversiones, etc.) o acceso a una pensión es posible que se vean en la necesidad de continuar trabajando. El segundo índice de desempleo se encuentra en las personas adultas entre los 29 y 59 años de edad equivalente a un 26%, lo cual afecta su seguridad social y pensión a futuro y el 3% de los jóvenes actualmente está sin empleo. Así mismo, solo el 37% de los beneficiarios se encuentran laborando de los cuales solo el 11% cuentan con un empleo formal equivalente a 4 personas que tienen acceso a

prestaciones legales, el restante labora de manera informal lo cual representa un riesgo en la protección social para las familias de estos beneficiarios.

Lo anterior evidencia un alto nivel de desempleo por parte de los beneficiarios y que dependiendo del grupo etario en el cual se encuentren afecta su seguridad económica, pues el acceso a un empleo digno y formal permite oportunidades de aprendizaje, un ingreso adecuado, realización personal, mayores beneficios económicos y disminución de las desigualdades.

De otra parte, es posible identificar que a pesar de que los beneficiarios se encuentren sin empleo, en sus hogares existen familiares que sí laboran, pues en el 77% de los hogares trabajan en promedio entre 1 y 2 personas y que dependiendo de la cantidad de miembros convivientes en el núcleo familiar puede llegar a generar una mayor sobrecarga en las personas que desempeñan algún tipo de trabajo. Por último, se evidencia que el 55% de los beneficiarios tienen a cargo a otras personas lo cual incrementa sus responsabilidades para sobrellevar y cubrir las necesidades básicas.

- **Dimensión protección social**

En referencia a la protección social se encuentra la pensión, la cual es considerada como un factor importante para la calidad de vida en la vejez pues permite disminuir la pobreza y tener una vida digna, en relación con esto se identifica que del 47% de personas mayores que están en edad de tener pensión solo el 4% cuenta con esta seguridad social, asimismo solo las personas beneficiarias que tienen un empleo formal se encuentran cotizando lo cual a futuro y particularmente en la etapa de la vejez trae repercusiones en la seguridad económica. Es importante indicar que el acceso a una pensión en la etapa de la vejez trae consigo beneficios directos en relación al bienestar, independencia, alimentación, poder adquisitivo y en algunos casos contribuyen al apoyo familiar de los miembros más jóvenes de la familia entre otros aspectos.

Por último, en referencia a la protección social se encuentran el acceso a otros tipos de programas y ayudas institucionales que permiten la inclusión social de las personas de todas las edades con menos posibilidades, de acuerdo con esto el 31% de las mujeres y el 4% de los hombres beneficiarios indican recibir otro tipo de subsidio o ayuda por parte del estado u otras organizaciones, mostrando un mayor grado en las mujeres de necesitar este tipo de ayudas en comparación con los hombres, estos apoyos corresponden principalmente al

subsidio del adulto mayor y bonos alimenticios (mercados) entregados a causa de la pandemia.

### **10.3 Pronóstico de la situación en relación con los determinantes del envejecimiento activo**

#### **Determinantes Transversales: Cultura y Género**

##### **Proyección:**

Teniendo en cuenta que los roles de género son un tema marcado en los beneficiarios, es importante trabajar en la deconstrucción de dichos roles, ya que si no se hace es posible que con el pasar del tiempo las mujeres más jóvenes del grupo puedan incorporar en sí dichos roles los cuales relegan a la mujer netamente al cuidado y a las responsabilidades del hogar y esto implicaría que posiblemente dependan económicamente de un hombre, no tengan acceso al sistema de educación y laboral, sean más propensas a experimentar y normalizar todo tipo de violencias. En cuanto a los hombres, culturalmente se les ha asignado el rol de la persona “que todo lo puede”, eso implica que puedan entenderse como sujetos independientes no necesitados de ayuda y esto puede verse traducido en altos índices de hombres solitarios - aislados, enfermos o discapacitados.

De otra manera, en la parte cultural si no se trabajan los estereotipos negativos sobre la vejez, el envejecimiento y la persona mayor, es posible que los beneficiarios consideren en su discurso y prácticas que las personas mayores ya no son productivas, representan una carga, que la etapa de la vejez es sinónimo de enfermedad, que el envejecimiento es algo que se debe evitar, entre otros. Por lo tanto, los beneficiarios en la etapa de la vejez como los que aún no llegan a ella, seguirán juzgando la vida a partir de los estereotipos que tienen de la vejez, el envejecimiento y la persona mayor.

##### **Previsión:**

La deconstrucción de los roles de género como práctica cotidiana implica que la mujer no siga estando relegada al cuidado del hogar, sino que también pueda participar en otras esferas de la sociedad. Además de lo anterior, el solo hecho de equilibrar las responsabilidades del hogar haría posible que las mujeres puedan ser más independientes y dedicar tiempo a su desarrollo personal. La deconstrucción de dichos roles también beneficiaría a los hombres del grupo, teniendo en cuenta que pueden reconocerse como

sujetos necesitados de afecto, ayuda y atención; esto permitiría una reducción de la carga social que existe sobre el hombre como alguien “fuerte” que no debe expresar sus sentires.

Si se desmontan los estereotipos sobre la vejez, esto generaría en los beneficiarios una satisfacción con su proceso de envejecimiento y asimismo reconocer a la persona mayor como un sujeto de derechos autónomo y con capacidad de seguir participando en los diferentes ámbitos familiares, sociales, culturales, educativos, políticos, etc. Por lo tanto, el cambio de dichos estereotipos implicaría una mayor conciencia de los beneficiarios respecto al envejecimiento y la vejez como etapa intrínseca por las cuales debe pasar cualquier ser humano.

### **Determinantes relacionados con los sistemas sanitarios y los servicios sociales**

#### **Proyección:**

Si no se enfoca la atención en la promoción de la salud, es posible que aumenten los diagnósticos de enfermedades crónicas y en las personas ya diagnosticadas su estado de salud decaiga teniendo en cuenta que muchos no tienen una adhesión óptima a su tratamiento. Así mismo, si no se direcciona a las personas no afiliadas al sistema de salud es posible que no tengan las indicaciones necesarias para cuidar y tratar todo lo relacionado con su estado de salud, afectando de forma negativa su proceso de envejecimiento.

Es necesario trabajar la promoción de la salud mental y la prevención, ya que si no se realiza es posible que se incrementen los diagnósticos de trastornos mentales en los beneficiarios representados en estrés, ansiedad, depresión e incluso la vivencia de algún tipo de violencia en los hogares, esto a causa del confinamiento producido por la pandemia del COVID-19. Por lo tanto, el padecimiento de dichos problemas mentales generaría en los beneficiarios imposibilidades para relacionarse con su entorno próximo, lo que implicaría una posible desconexión de sus redes de apoyo tanto emocionales como económicas, afectando su proceso de envejecimiento ya que se necesita gozar de un buen estado de salud mental para vivir la vida.

#### **Previsión:**

Si bien los titulares de las parroquias no tienen la obligación y la capacidad para brindar el acceso a servicios sanitarios y sociales es importante que se enfoquen micro estrategias que permitan a los beneficiarios acceder a información respecto al cuidado de su salud y el



tratamiento de diferentes enfermedades. Así mismo, los beneficiarios podrán tener mayor conocimiento sobre su salud, adquirir y mejorar el hábito de ir al médico por prevención, aumentar la adherencia a sus tratamientos y optimizar hábitos de cuidado de la salud mental. Teniendo en cuenta que en el grupo de beneficiarios hay personas que no se encuentran afiliadas al sistema de salud; si estas personas son orientadas en el respectivo proceso de afiliación o atención, tendrán acceso a información y tratamiento sobre su estado de salud física y mental.

Por lo tanto, la promoción de diversos factores de la salud y la prevención de enfermedades o trastornos tendrá como resultado un grupo de beneficiarios con menos riesgo de padecer enfermedades crónicas y mentales; más conocedores y conscientes de las enfermedades que padecen, incluyendo la importancia de la adhesión a los tratamientos; y por último un grupo de beneficiarios conscientes del valor de cuidar la salud para un óptimo envejecimiento.

### **Determinantes conductuales**

#### **Proyección:**

Los hábitos de vida que posee una persona a lo largo de su curso vital ya sean saludables o nocivos fijan en gran medida el transcurso de su proceso de envejecimiento y el impacto ya sea positivo o negativo que se evidencia en cada aspecto de su existencia, tanto físico como mental.

Por tal razón, llevar una dieta equilibrada, realizar actividad física, cuidar de la salud bucal, el descanso, la ingesta de alcohol, el consumo de medicamentos y el cumplimiento terapéutico son factores conductuales muy importantes, que en el caso de las personas beneficiarias al no ser corregidos a tiempo o en cualquier etapa de su vida generarán un mayor deterioro a nivel corporal, mental o psicológico, siendo un ejemplo de eso la mayoría de las personas beneficiarias que manifestaron no realizan en lo absoluto algún tipo de actividad física, pues se encontrarán propensos a una mortalidad temprana y una vejez más difícil que pueden conllevarlos a presentar enfermedades crónicas desde etapas más jóvenes y que deban depender y asistir de manera periódica al sistema de salud y necesitar en mayor medida de cuidados paliativos, por lo cual su intento de tener una calidad de vida óptima va a resultar mucho más difícil y que dicho proceso de dependencia o cuidado sea más traumático para ellos y sus familias, lo cual puede repercutir de manera más grave para quienes no

cuentan con una red de apoyo cercana y fortalecida, como en el caso de las siete personas con composición familiar unipersonal.

Adicionalmente, resultan aún más preocupantes los casos de aquellas personas que tengan más de un hábito poco saludable a lo largo de su vida, debido a que, al no ser corregidos a tiempo, implicarán a medida que transcurre su vida una inevitable reducción de la longevidad y la esperanza de vida en ellos.

### **Previsión:**

Caso contrario a lo mencionado anteriormente, es que resulta tan importante que las personas cambien a tiempo, aunque de manera periódica sus hábitos de vida perjudiciales por otros mucho más sanos, pues repercutirán a medida que se envejece en el deterioro tanto corporal como mental y emocional de cada persona.

Al ser modificados tanto conductas como hábitos, el proceso natural de envejecimiento será más óptimo y se tendrá una vejez más llevadera de acuerdo con el curso natural de la propia vida, en la que así mismo el proceso de deterioro será un poco más sencillo como en el caso de las personas beneficiarias que manifiestan llevar una dieta equilibrada y realizar actividad física de acuerdo a lo estipulado como adecuado para la salud y sin hacer caso omiso a las recomendaciones, lo cual no solo será beneficioso para su salud y bienestar sino también para el de su familia, pues la autonomía que aún se pueda tener, conlleva a mantener la independencia en múltiples aspectos y así el proceso de envejecimiento de estas personas no impactará de manera negativa.

Por tal razón, muchos de esos hábitos nocivos se deben cambiar por hábitos que incluyan una alimentación balanceada, control de colesterol, manejo y consciencia del consumo de azúcar, entre otros factores que influyen en la aparición de enfermedades, como la obesidad o el sobrepeso que en el caso de los beneficiarios está siendo mayor en el género femenino y de este modo se pueden empezar a desencadenar otras tantas enfermedades que aumentan en las personas los índices de mortalidad, pero para que esto no sea posible, es que resulta fundamental que las personas realicen cambios en sus rutinas y hábitos de manera periódica o así sean pequeños, teniendo consciencia de que todos los días se envejece y que cada acción realizada en el presente repercute en el futuro.

## **Determinantes relacionados con los factores personales**

### **Proyección:**

Dentro de la salud en general, existen dos principales factores de los que depende la salud en cada persona, los cuales son los hábitos y la genética. En cuanto a los genes que cada uno tiene, estos son casi que imposibles de controlar y algo complicados de manejar o prevenir, por esta razón, son los múltiples hábitos saludables los que van a permitir que las consecuencias de las enfermedades genéticas o hereditarias no sean tan negativas, como en el caso de los beneficiarios de la Pastoral Social quienes en su mayoría por herencia son propensos a sufrir de hipertensión o diabetes combinadas con otras patologías.

Por tal motivo, se puede decir finalmente que son los hábitos que adopta cada persona, de los cuales depende su bienestar y en ocasiones se deben cambiar también a nivel familiar, pues influenciarán en los personales, además de que esa familia se convierte también en la primera red con la que cuenta un ser humano y a la cual deben poder acudir con tranquilidad no como en el caso de algunos beneficiarios quienes prefieren no buscar ningún tipo de orientación cuando están frente a una situación difícil.

### **Previsión:**

En algunos casos, los cambios de hábitos y los factores externos también se ven influenciados por las redes que rodean a una persona, las cuales pueden ser así mismo saludables o perjudiciales, que en el caso de las personas beneficiarias son principalmente tanto su familia como el grupo de la Pastoral Social de cada parroquia, por tal motivo resulta primordial que las personas cuenten con redes fortalecidas como sus familias, pues en el entorno en el que conviven, cada persona sin importar su edad debe poder participar y opinar libremente siendo escuchado y tenido en cuenta, como ocurre con una gran parte de los beneficiarios, ya que estos acuden principalmente a un familiar o a la misma parroquia cuando están frente a una situación difícil y es la manera en la que manifiestan buscar orientación para enfrentar dicha situación.

Para que esto no continúe ocurriendo es que se hace necesario tener en cada etapa de la vida y durante el transcurso del envejecimiento redes consolidadas y sanas que se harán más necesarias en la etapa de la vejez y con las cuales las personas puedan seguir expresándose sin sentirse rechazado o discriminado independientemente la situación.

## **Determinantes del entorno físico**

### **Proyección:**

Contar con espacios inadecuados en las viviendas o en los lugares que normalmente frecuentan las personas limitan las posibilidades de movilidad en especial en las personas mayores. Se puede evidenciar que varios de los beneficiarios manifestaron sufrir accidentes tanto en sus viviendas como en espacios públicos tales como la calle, el transporte público y un porcentaje pequeño dentro de los templos, a causa de infraestructuras inadecuadas. Lo anterior, propicia que se generen accidentes principalmente caídas que pueden ser causantes de importantes lesiones y traumas ocasionando una mayor prevalencia de recurrir al sistema de salud y por tanto dependiendo de las lesiones incurrir en gastos de tratamiento que los beneficiarios no tienen previstos dentro de sus ingresos.

Es importante resaltar que las personas a medida que envejecen pierden ciertas capacidades psicomotoras por lo cual se vuelven dependientes principalmente de familiares para movilizarse en ciertos lugares, sin embargo, se identificaron algunos beneficiarios que no cuentan con una red familiar que les brinde un acompañamiento al momento de desplazarse lo que los ubica en un mayor riesgo de sufrir accidentes.

### **Previsión:**

Debido a lo anterior, resulta importante trabajar por el mejoramiento y la adecuación de los espacios principalmente en las viviendas y en los templos, además de crear estrategias preventivas como señalización e iluminación de los diferentes espacios que permitan a las personas pertenecientes a la Pastoral Social evitar caídas, especialmente para las personas mayores quienes son las más propensas a presentarlas y disminuir así los casos de accidentes en estos lugares ya que se deben convertir en factores protectores al contar con entornos físicos adecuados favoreciendo la independencia de las personas mayores.

De otra parte, se hace necesario como medio para prevenir caídas que las personas de más edad cuenten con el acompañamiento de familiares quienes les ayuden a facilitar la movilidad durante sus desplazamientos en lugares como el transporte público y la calle, además de incentivar así la participación de las personas mayores en espacios culturales y sociales.

## **Determinantes relacionados con el entorno social**

### **Proyección:**

Tener un apoyo social inadecuado disminuye las posibilidades para afrontar las diferentes tensiones de la vida y afecta el estado de la salud en general (físico- mental) por las diferentes sobrecargas que ocasiona el hecho de no contar con este tipo de apoyo. Así pues, una de las principales redes sociales de apoyo en los beneficiarios es la familia, a partir de lo cual se identificó que algunos mantienen relaciones distantes e interacciones conflictivas con sus familiares, adicionalmente, otro grupo de beneficiarias indicaron que no cuentan con alguien a quien puedan acudir para divertirse, expresar sus emociones y situaciones, estos escenarios evidencian una débil red social de apoyo ya sea compuesta por familiares o amigos la cual de continuar así a futuro puede conllevar a una sobrecarga emocional, angustia, estrés, afectaciones en el estado de la salud y ocasionar el aislamiento de estos beneficiarios.

Así mismo, la Pastoral Social es una importante fuente de ayuda convirtiéndose en muchos casos en una de las principales redes básicas de apoyo de los beneficiarios al ofrecer servicios tangibles en forma de alimentos y vestuario, e incluso apoyo emocional y espiritual; sin embargo al ser una de las ayudas vitales de algunos beneficiarios estos pueden generar dependencia del apoyo otorgado y ocasionar que ciertos beneficiarios no realicen otro tipo de acciones en pro de su bienestar y se conformen simplemente con lo que les otorga la Pastoral Social.

Adicionalmente, se evidencia un bajo nivel de participación educativo (formal e informal) y social en los beneficiarios, lo cual influye en la poca o nula cantidad de redes sociales de apoyo con las que pueden llegar a contar, disminuyendo procesos de intercambio, aprendizaje, recursos, oportunidades en la vida e incidir a mediano y largo plazo en el bienestar emocional y físico al no contar con un compromiso social e intelectual por parte de los beneficiarios.

Por otra parte, el hecho de sufrir de actos de abandono, violencia o abuso inciden de manera directa en el bienestar y la salud de las personas, en referencia a esto existe un grupo considerable de mujeres beneficiarias víctimas de situaciones de violencia, por lo cual dependiendo de la gravedad y la frecuencia de los actos al interior del hogar, estos hechos en estas mujeres a mediano y largo plazo traen repercusiones tanto en el ámbito familiar, social como psicológico, deteriorando su salud e incrementando las inequidades de género. Además, existe un desconocimiento por parte de los beneficiarios acerca de los lugares a los cuales

pueden acudir para denunciar hechos de violencia y abuso lo cual sigue perpetuando estos actos.

**Previsión:**

Contar con redes de apoyo social resulta ser fundamental en el proceso de envejecimiento en todas las etapas del curso vital, sin embargo, suele ser más necesario en la etapa de la vejez, así mismo contar con una red de apoyo familiar sólida permite afrontar las tensiones normales de la vida, mejorando en general el bienestar material, físico y emocional de las personas, por lo cual es importante fortalecer la red de apoyo familiar en los beneficiarios de la Pastoral pues permite generar un factor protector ante situaciones adversas al brindar una ayuda inmediata por ser una red primaria por lo que resulta relevante crear encuentros familiares en la Pastoral Social como medio para fortalecer la unión y el vínculo de los beneficiarios con sus familias, así como fomentar encuentros intergeneracionales que permitan reducir el rechazo hacia las personas mayores y eliminar las imágenes estereotipadas acerca del proceso de envejecimiento y la vejez.

De otra parte, resulta notable seguir fortaleciendo la red de apoyo institucional (comunitario) que se gesta a nivel grupal al interior de la Pastoral Social, con el fin de generar una mayor consolidación de esta red y que permita a futuro ser más que un apoyo material y que por el contrario se puedan crear relaciones significativas entre sus miembros permitiendo brindar una compañía social, consejería, regulación, acceso a nuevos contactos y actividades que permitan continuar el proceso de envejecimiento de manera más satisfactoria al contar con un red social de apoyo más sólida. Sin embargo, se debe trabajar en los beneficiarios la importancia de no generar dependencia del apoyo alimentario, permitiendo con el paso del tiempo el egreso de estos beneficiarios y dando la oportunidad para que otras personas se vinculen al apoyo; contribuyendo así a futuro a la concepción de sujetos activos de su propio bienestar y no solo receptores pasivos de ayudas.

Así mismo, es importante generar a futuro estrategias que permitan ampliar las redes de apoyo social de estas personas como la creación de convenios con otras entidades y/o promover la organización de grupos voluntarios al interior de la Pastoral Social lo cual permita a los beneficiarios realizar otro tipo de actividades en pro de la comunidad, mejorando a su vez los niveles de participación social, además de apoyar el aprendizaje durante toda la vida a nivel formal o informal.

Por último, es necesario trabajar en la promoción de los derechos humanos, la eliminación y rechazo de cualquier acto violento y así permitir a los beneficiarios contar con la posibilidad de una vida libre de violencias, además de conocer las diferentes rutas de acceso a la justicia y cómo actuar antes estos casos contribuyendo a reducir actos violentos, discriminación y el abuso que se pueden llegar a gestar al interior de los hogares.

### **Determinantes económicos**

#### **Proyección:**

Los ingresos económicos a lo largo de la vida determinan las posibilidades que tiene una persona ya sea a nivel individual o familiar de lograr acceder a diferentes servicios o recursos tanto para satisfacer necesidades básicas como de otro tipo. Existe un gran porcentaje de beneficiarios que tienen ingresos insuficientes y empleos en su mayoría informales lo cual repercute en el nivel de calidad de vida tanto individual como familiar, ya que el hecho de contar con ingresos bajos o no tener un empleo formal incide en }el acceso a protección y seguridad social (salud, pensión), trae riesgos en el bienestar y la salud, disminuye las posibilidades de contar con recursos materiales, limita la calidad de vida, genera un mayor grado de dependencia hacia familiares, el estado u otras instituciones como la Pastoral Social y puede disminuir la autoestima y el sentido de realización personal de los beneficiarios que no cuentan con garantías laborales y de ingresos afectando su proceso de envejecimiento en el presente y en el futuro.

De otra parte, en el caso de algunos beneficiarios se evidencia que existe un esfuerzo significativo para cubrir sus necesidades básicas principalmente de alimentación y vivienda pues a pesar de que perciben ingresos ya sea por ayudas familiares o laborales, los egresos y las diferentes responsabilidades económicas ocasionan que sus gastos estén por encima de sus ingresos, lo cual puede ocasionar a futuro deudas por partes de estos beneficiarios para lograr cubrir sus obligaciones o incluso que muchas de sus necesidades básicas queden insatisfechas.

#### **Previsión:**

La posibilidad de tener ingresos estables y un trabajo formal durante la vida y en especial en la etapa adulta permite llegar a la vejez con un mayor grado de garantías (estabilidad económica y seguridad social) permitiéndoles ser personas más autónomas, tener un mayor grado de empoderamiento, participar en las decisiones familiares y tener la

oportunidad de disfrutar mucho más de la vida. Así mismo, el contar con una pensión en la vejez permite disminuir las desigualdades y reducir la pobreza en las personas mayores.

Por lo anterior, si se logran crear estrategias que posibiliten a los beneficiarios de la Pastoral Social continuar aportando y participando en espacios laborales informales a través de proyectos autosostenibles, estos beneficiarios podrán entre otras cosas, generar ingresos adicionales, cubrir algunas de sus necesidades básicas, continuar desarrollando sus capacidades, habilidades y competencias aportando no solo a nivel personal o familiar sino a su vez contribuyendo en la sociedad, y en el caso de las personas mayores seguir siendo sujetos activos de su propio bienestar.

#### **10.4 Priorización de las situaciones problema en relación con los determinantes.**

Teniendo en cuenta las situaciones identificadas anteriormente, según Aguilar y Ander Egg (2001),

generalmente, en las situaciones objeto de diagnóstico, se presentan múltiples problemas y necesidades, sobre las que no se puede intervenir simultáneamente, habida cuenta de que los recursos son escasos o limitados, o no están siquiera potencialmente disponibles. Por ello, es preciso decidir qué problemas se intentará resolver primero, y cuáles después, en orden sucesivo. Esto es lo que, en el lenguaje técnico, se denomina establecer prioridades. (pp. 66 - 67)

A partir de lo anterior, en la siguiente tabla se encuentran la jerarquización de situaciones que se deben priorizar y trabajar a corto, corto - mediano, mediano y largo plazo; de forma tal que se aborden las situaciones más apremiantes identificadas en la población objeto de estudio.



Tabla 6  
*Determinación de prioridades en relación con las situaciones problema detectadas.*

Tiempo	Determinantes	Situación problema	Oportunidades mejora
<b>Corto Plazo (3 meses)</b>	Determinantes conductuales	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Pocos hábitos de vida saludables en los beneficiarios: poca realización de actividad física, baja asistencia a los servicios de salud, alimentación inadecuada, inapropiados hábitos del sueño.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Planeación y ejecución de sesiones orientadoras en cuanto a la promoción del cuidado de la salud y la adopción de hábitos de vida saludable.</li> </ul>
<b>Corto - medio (4 - 8 meses)</b>	Determinantes transversales de cultura y género  Determinantes relacionados con el entorno social	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Estereotipos de roles de género que relegan a la mujer al cuidado.</li> <li>● Creencias negativas sobre la vejez y el envejecimiento.</li> <li>● Relaciones inadecuadas con redes de apoyo.</li> <li>● Baja participación social y educativa.</li> <li>● Falta de conocimiento de instituciones que brinden servicios sociales o a las cuales acudir en caso de violencia.</li> <li>● Poca integración a otras redes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Promover la deconstrucción de roles de género y el desmonte progresivo de los estereotipos sobre la vejez, el envejecimiento y la persona mayor.</li> <li>● Fortalecer la red de apoyo familiar e institucional como un factor protector ante situaciones adversas.</li> <li>● Establecer oportunidades de aprendizaje durante toda la vida tanto a nivel formal como informal.</li> <li>● Promover encuentros intergeneracionales dentro de la familia y la comunidad.</li> <li>● Diseñar rutas de atención sobre violencias como medio para la promoción de los derechos, protección, eliminación y rechazo de cualquier acto violento.</li> <li>● Promover la creación de voluntariados al interior de los grupos de la Pastoral Social, integrando redes de apoyo.</li> </ul>

<b>Medio (9 - 12 meses)</b>	Determinantes de sistemas sanitarios y servicios sociales	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Falta de acceso (afiliación) al sistema de salud.</li> <li>● Poco conocimiento sobre el cuidado de la salud y tratamiento de enfermedades crónicas.</li> <li>● Desconocimiento sobre la salud mental y su cuidado.</li> <li>● Poca asistencia a servicios psicológicos y psiquiátricos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Orientación hacia redes de apoyo institucional en salud.</li> <li>● Promoción sobre el cuidado de la salud y prevención de enfermedades crónicas.</li> <li>● Formación en salud mental, cuidados y prevención de trastornos mentales.</li> <li>● Gestionar convenios para atención psicológica (practicantes o voluntariados).</li> </ul>
	Determinantes personales	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Predisposición a sufrir enfermedades hereditarias.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Adopción de hábitos saludables que retrasan la aparición de enfermedades hereditarias.</li> </ul>
	Determinante del entorno físico	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Espacios inadecuados en las viviendas.</li> <li>● Obstáculos que dificultan el tránsito adecuado debido a la falta de iluminación y señalización, provocando accidentes como caídas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Mejoramiento y adecuación de los espacios en las viviendas.</li> <li>● Crear estrategias preventivas como señalización e iluminación en los templos.</li> <li>● Promover el acompañamiento familiar en las personas mayores.</li> </ul>
<b>Largo (12 meses o más)</b>	Determinantes económicos	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Ingresos insuficientes.</li> <li>● Falta de seguridad social en la vejez (pensión).</li> <li>● Pocas oportunidades de empleos formales e informales.</li> <li>● Altos índices de desempleo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Implementar proyectos autosostenibles que brinden oportunidades de generar ingresos adicionales.</li> <li>● Vincular redes que permitan la gestión y el aporte de otros tipos de apoyos y/o subsidios.</li> <li>● Diseñar rutas informativas para acceder a diferentes empleos a través de la oferta institucional del distrito.</li> </ul>

Fuente: Elaboración propia

En relación a la inminente situación de envejecimiento poblacional a la que Colombia no es ajena ni las Pastorales Sociales de las Parroquias y adicionalmente teniendo en cuenta los datos presentados en el diagnóstico, a continuación, se esbozan las razones por las cuales los problemas se han jerarquizado de tal forma y cómo estos influyen en el envejecimiento de los beneficiarios de cada una de las pastorales.

A partir de lo anterior, se considera importante trabajar a corto plazo los determinantes conductuales, puesto que estos hacen referencia a las conductas y hábitos de las personas los cuales tienen consecuencias tanto positivas o negativas en todos los aspectos de su vida y por ende en su envejecimiento. Trabajo Social en relación con este determinante debe enfocar su acción en la promoción de estilos de vida saludable fomentando conductas sanas personales, colectivas y sociales. Así mismo, se enfoca en la prevención por medio de la identificación de factores de riesgo de los individuos y grupos en relación con su entorno.

Uno de los problemas más latentes evidenciados en el grupo de beneficiarios son los pocos hábitos saludables relacionados con un estilo de vida sedentario durante su proceso de envejecimiento debido a factores como:

- El género, a partir del cual se debe tener presente que la forma de envejecer entre hombres y mujeres implica diferencias entre ellos y las cuales también influyen en el cambio o perpetuación de esos hábitos nocivos y adicionalmente el contexto cultural, de nacimiento o sus redes próximas en las cuales han estado inmersos tanto hombres como mujeres han influenciado de igual manera en la adopción de hábitos negativos, teniendo presente que por ejemplo, en el caso de las mujeres en su mayoría se han encargado del cuidado de otras personas o incluso del hogar dejando de lado la importancia por su propia salud o en el caso de las personas mayores quienes aún conservan la idea errónea de que es tarde empezar a preocuparse por su salud desde el mantenimiento de hábitos correctos.
- Así mismo es importante reconocer que los pocos hábitos de vida saludable no solo atañen a razones individuales, sino que también tiene que ver por ejemplo con que no haya infraestructura suficiente y óptima para que las personas puedan ejercitarse físicamente y esto da razón de que una gran parte de los beneficiarios perciban no tener espacios adecuados para la actividad física, de tal forma que hace que las personas no se vean motivadas a desarrollar dichas actividades. La cuestión de los roles de género puede determinar también porqué una gran parte de los beneficiarios no realizan actividad física, teniendo en cuenta que la mayoría son mujeres y sobre

estas aún se recargan gran parte de las tareas del cuidado del hogar lo que no les permite tener el tiempo necesario para invertir en actividad física.

- Los hábitos saludables también se pueden encontrar mediados por aspectos culturales donde la figura del hombre debe ser autosuficiente y por tanto esto implica que muchos de ellos no recurran a los servicios sanitarios, esto refleja que los hombres del grupo sean los que menos acuden al médico y los más afectados por discapacidades. Esto permite evidenciar que los hábitos de vida saludable además están mediados por el acceso al sistema de salud e información relacionada con el cuidado de la salud y la prevención de enfermedades crónicas, ya que si no se tiene acceso a ellas no es posible que los beneficiarios se interesen por cuidar de su salud.
- El entorno social y las redes de apoyo con las que cuentan los beneficiarios influyen sobre los comportamientos que se adoptan, en relación con que si se cuentan con redes próximas (familiares o amigos) que tienen hábitos de vida poco saludables, los beneficiarios posiblemente adopten estilos de vida similares que a su vez afecten factores personales ya que pueden acelerar la aparición de enfermedades hereditarias.
- En cuanto aspectos estructurales, los factores económicos influyen en la adopción de algunos hábitos saludables, como el caso de una alimentación adecuada, en donde los ingresos resultan ser fundamentales para el acceso a algunos alimentos y por ende poder contar con una alimentación saludable, debido a que un gran porcentaje de los beneficiarios dependen únicamente del apoyo alimentario otorgado por la Pastoral el cual no cuenta con los insumos necesarios para una dieta equilibrada y sumado a esto la mayoría de personas se encuentran sin empleo o sus ingresos son insuficientes.

A partir de lo referenciado anteriormente, la adopción de estilos de hábitos saludables estimula un proceso en los beneficiarios que les permite seguir siendo sujetos activos en su contexto, el cual beneficia su salud en el sentido que influye sobre los otros determinantes. En el caso de los factores personales retarda la aparición de enfermedades crónicas al tener hábitos más sanos e incluso mejora el bienestar psicológico al sentirse activos; en los determinantes de servicios sociales y sanitarios los aspectos conductuales disminuyen el declive funcional y en este sentido generan una menor carga en los sistemas de salud; en cuanto al género y la cultura los determinantes conductuales permiten cambiar la concepción que se tiene sobre las personas mayores al empezar a verlos como sujetos que pueden continuar participando y desempeñándose en ciertas actividades y espacios, además de

seguir influyendo en pro de su bienestar, por tanto son personas que pueden empezar a desarrollar comportamientos positivos y por ende tendrán una mejora en su calidad de vida. Así, los determinantes conductuales permiten enfrentar el envejecimiento, gozar de una mayor capacidad funcional y esto posibilita afrontar los desafíos y las demandas que surgen del proceso de envejecer.

En este sentido a partir del enfoque de acción asistencialista de las Pastorales Sociales de cada una de las parroquias es necesario implementar el envejecimiento activo como línea de acción que tiene un doble efecto orientado hacia: 1) abordar el fenómeno del envejecimiento de forma activa y 2) complementar la acción asistencial de la Pastoral Social. Lo anterior debido a que los determinantes del envejecimiento activo conciben la integralidad del ser humano y constituyen múltiples oportunidades para que el beneficiario no solo sea susceptible de asistencia, sino que también puede contribuir a transformar las situaciones que le aquejan.

Teniendo en cuenta las situaciones problema se establecen oportunidades de mejora las cuales constituyen líneas de acción orientadas a abordar dichas situaciones, lo cual representa una oportunidad para que cada una de las parroquias a través de diferentes estrategias fomenten el envejecimiento activo en sus beneficiarios. Cabe mencionar que dado las situaciones particulares a causa de la pandemia del Covid-19, se identifica que las oportunidades de mejora (Tabla 6) para abordar las diferentes situaciones referenciadas anteriormente, encuentran un posible obstáculo en cuanto a que si se continúan con las dinámicas sociales generadas por la pandemia no será posible seguir con las reuniones en las diferentes pastorales, teniendo en cuenta que un gran porcentaje de los beneficiarios son personas mayores y algunos otros presentan enfermedades crónicas.

Por tanto, las priorizaciones de estas situaciones se hacen en dicho contexto, donde se prioriza el determinante conductual el cual puede ser abordado con la cartilla ([módulo 2](#)) ya que contiene consejos de fácil aplicación por los beneficiarios para envejecer activamente en casa. Si bien el envejecimiento activo requiere de múltiples estrategias institucionales, el resto de determinantes fueron priorizados de forma tal que se puedan empezar a trabajar a medida que se retorna a la “normalidad” en la sociedad.

## 11. Aportes a las funciones misionales de la universidad

- **Docencia**

Esta investigación aporta a la función misional de docencia de la universidad ya que permite resaltar la importancia de mejorar la estructura curricular en cuanto a componentes de Trabajo Social Gerontológico y así contribuir a la formación académica que posibilite al estudiante abordar el proceso de envejecimiento activo de manera holística. Teniendo en cuenta que, para ello, es importante el fortalecimiento del perfil profesional de los docentes trabajadores sociales especializados en áreas propias de gerontología debido a la relevancia del envejecimiento como un proceso individual y poblacional.

- **Proyección social**

A partir de los resultados de la investigación y el diagnóstico social se pretende promover un envejecimiento activo en la población beneficiaria de las Pastorales Sociales, el cual contribuya a mejorar la calidad de vida de las personas, teniendo en cuenta que una de las pretensiones de la proyección social de la universidad es generar proyectos con impacto social y desarrollo. Para ello, la Diócesis de Fontibón o las Pastorales Sociales de cada parroquia pueden ser instituciones dispuestas a implementar campos de práctica académica desde los diferentes niveles (investigación, individual- familiar, grupo, comunidad) y partir de allí emprender acciones que beneficien a la población teniendo en cuenta su contexto.

- **Investigación**

El presente proyecto aporta a esta función misional ya que esta permite ampliar el marco bajo el cual se estipulan las líneas de investigación, teniendo en cuenta que en este momento la universidad no cuenta con una línea propia en torno a la persona mayor y el envejecimiento. Así mismo, aporta un marco de referencia de múltiples temas que se abordan en el proyecto para profundizar en futuras investigaciones y que pueden estar vinculadas a los semilleros de investigación de la universidad los cuales traten temáticas acerca del envejecimiento activo.

## 12. Cartilla ¡A envejecer activamente!

Como producto de la investigación se diseñó una cartilla digital ([anexo 18.2](#)) la cual se encuentra dividida en dos módulos, el primero reúne contenidos teóricos, principales resultados del diagnóstico social y recomendaciones dirigidas a la Pastoral Social desde Trabajo Social. El segundo módulo contiene orientaciones generales para los beneficiarios el

cual tiene como objetivo promover el envejecimiento activo en el hogar y dentro de este se encuentra un directorio en el que se recopilan algunas instituciones que son de apoyo para todos los integrantes de la Pastoral Social y con las cuales se pueden seguir fortaleciendo sus redes sociales de apoyo, teniendo en cuenta también al porcentaje de la población que manifestó no reconocer a que instituciones acudir ante diferentes situaciones como en el caso de hechos violentos.

Esta cartilla fue elaborada con la finalidad de brindar herramientas conceptuales y recomendaciones a partir del diagnóstico social con el fin de que la Pastoral Social y los beneficiarios puedan llevar a cabo acciones futuras para promover un envejecimiento activo, teniendo en cuenta que esta cartilla será divulgada con la comunidad perteneciente a las Pastorales de cada parroquia.

### **13. Conclusiones**

A lo largo del presente proyecto, se ha manifestado que el envejecimiento es un proceso que trasciende en cada uno de los aspectos y entornos en los que se desenvuelven los seres humanos en el transcurso de su vida y debido a que ese proceso inicia desde el nacimiento y se refleja en cada una de las etapas por las cuales las personas atraviesan, es que resulta conveniente que se reconozca la importancia que dan a ese proceso innato de la vida, ya que a su vez es lo que permite la interacción que tienen con su entorno.

La sociedad está envejeciendo a un ritmo acelerado en gran parte del mundo y en Colombia, pero a pesar de ser así, las sociedades mismas no conceden la atención y los esfuerzos que deberían al tema del envejecimiento en el que se refleje dicho proceso en cada una de las políticas existentes como aspectos en el que interactúan factores sociales, personales, psicológicos, conductuales, económicos y culturales, por tal motivo, el envejecimiento requiere de un conjunto de estrategias a nivel macro y micro, lo que quiere decir que no solo es responsabilidad de las personas preocuparse por su proceso de envejecimiento, sino que es obligatorio que a través de políticas públicas, el Estado genere condiciones básicas de vida que complementen las acciones individuales.

Por tal motivo, envejecer activamente resulta ser fundamental, pues debe permitir a las personas desenvolverse en su contexto optimizando oportunidades teniendo como base sus pilares: salud, seguridad, participación y aprendizaje a lo largo de la vida. Son los que a su vez permitirán a cada persona de ser posible, una mejora continua en su calidad de vida en los que también convergen los determinantes del envejecimiento activo, entonces promoverlo requiere de un trinomio donde existan estrategias que garanticen condiciones mínimas de

vida, profesionales que aterrizen dichas estrategias y la voluntad de las personas por atender los direccionamientos de los profesionales.

Es por lo anterior, que a partir de los resultados del diagnóstico social realizado a 100 personas pertenecientes a la Pastoral Social de las parroquias San Efrén, San Eugenio y San Pedro Claver, se logró conocer la situación actual de los beneficiarios en relación a los determinantes del envejecimiento activo, por lo tanto se logra concluir que estas personas no se encuentran envejeciendo activamente o posiblemente no en óptimas condiciones, sin embargo, es de resaltar que en las tres parroquias se reconoce que las personas constituyen grupos receptivos que en dado caso se encontrarán en la disposición de participar en las estrategias que disponga cada parroquia, siendo necesario que se fortalezcan otros aspectos, que no permiten que las personas puedan tener un envejecimiento óptimo. A continuación, se exponen las conclusiones a las cuales se llegó por cada uno de los determinantes:

- A partir de los *determinantes transversales: Cultura y Género*, estas constituyen dos variables fundamentales para entender el envejecimiento de la población. Si bien el envejecimiento es intrínseco al ser humano, no es posible entender este proceso de la misma forma entre mujeres y hombres; ya que el género es condicionante para tener o no un envejecimiento activo y óptimo. Así mismo, las prácticas culturales de una sociedad determinan las condiciones en que las personas pueden envejecer, por ejemplo, una sociedad acostumbrada al ahorro tendrá más posibilidades de subsistir con condiciones básicas en la etapa de la vejez. De igual forma los estereotipos sociales sobre la persona mayor, la vejez y el envejecimiento también varían de acuerdo a los marcos de referencia culturales, los cuales se han transmitido a través de la interacción entre generaciones lo que implica que las personas logren dar valor o no a estos elementos.

Si bien en el grupo de beneficiarios la cantidad de mujeres es mayor que los hombres, es posible identificar que la variable género constituye un foco de análisis que permite entender varias de las situaciones que experimentan las personas durante su proceso de envejecimiento. En este sentido, se identifica que el rol de cuidadora aún es asumido por la mujer, lo que implica que ellas tengan o hayan tenido menos oportunidades de realizarse en otros ámbitos. De igual forma a la mujer se le sigue atribuyendo como la principal responsable de las tareas del hogar, esto se refleja en que muchas de ellas han manifestado no tener tiempo libre para sí mismas, ya que deben dedicarlo al hogar. Esto evidencia que las mujeres del grupo experimentan mayores obstáculos para envejecer activamente, a



causa de pautas indirectas que han obedecido a lo largo de su vida, las cuales las han llevado a escenarios de desigualdad que afectan su desarrollo personal, un claro ejemplo de esto es que varias encuestadas no tuvieron acceso a la educación.

En cuanto a los hombres del grupo no es posible afirmar que presenten menos obstáculos que las mujeres para envejecer activamente, debido a que la proporción de hombres del grupo es demasiado baja respecto a las mujeres; sin embargo si es posible identificar que por los roles asignados culturalmente, muchos de ellos cuentan con algunos privilegios respecto a las mujeres entre los cuales se encuentran el acceso a la educación y al trabajo; esto producto de que el hombre solamente se haya encargado de la responsabilidad económica. Sin embargo, los roles de género también traen afectaciones para los hombres, los cuales tienen que ver, por ejemplo, con que los hombres tienden menos al autocuidado, lo que implica que sean más propensos a desarrollar enfermedades crónicas, padecer discapacidades y sean los que menos acuden en busca ayuda, entre esas, la asistencia médica.

A pesar de que la percepción de la mayoría de beneficiarios del grupo sobre el envejecimiento es positiva, sin embargo, se mantienen estereotipos y prejuicios sobre este proceso, la persona mayor y la vejez; lo cual implica que las personas beneficiarias creen en imaginarios como que la vejez es una etapa caracterizada por la enfermedad o la inactividad y que las personas mayores dejan de ser valiosas porque ya no se encuentran en un sistema laboral. El mantener estos estereotipos tiene influencia directa en que los beneficiarios no tengan prácticas de cuidado y autocuidado para enfrentar las diferentes situaciones que devienen del proceso de envejecimiento y la etapa de la vejez.

Por lo tanto, los roles de género y los marcos culturales sobre los cuales las personas fundamentan su accionar, representan un reto importante para las parroquias y para el Trabajo Social, ya que el género y la cultura son construcciones sociales que pueden ser desmontadas progresivamente constituyendo la oportunidad para mejorar las inequidades entre hombres y mujeres como también mejorar las acciones de los beneficiarios en pro de su envejecimiento y vejez.

- En referencia a los *determinantes relacionados con los sistemas sanitarios y los servicios sociales* estos constituyen una base importante para que las personas puedan envejecer

activamente, ya que allí es posible encontrar promoción y prevención de enfermedades, acceso a atención profesional en salud y servicios curativos de corta y larga duración. En cuanto a los beneficiarios es posible identificar que en su mayoría tienen acceso a dichos servicios, sin embargo, un grupo pequeño de personas no lo tienen; lo que implica que se encuentren en un estado de desprotección y por ende se afecte su proceso de envejecimiento.

Por tal motivo, la importancia de acceder a los servicios sanitarios y sociales radica en que allí se encuentra la base en donde las personas pueden acudir a información y atención de primera mano que permita cuidar de su salud. Teniendo en cuenta que el acceso a estos servicios tiene que ver más con acciones externas a las parroquias, es posible que estas puedan contribuir de forma significativa en el redireccionamiento al acceso de los servicios de salud trabajando por la promoción de hábitos saludables, autocuidado, convenios con instituciones o universidades que presten servicios profesionales, entre otros.

- Continuando con lo anterior, otro elemento importante dentro del envejecimiento activo son los *determinantes conductuales*, los cuales se relacionan con el comportamiento y los hábitos nocivos o saludables que puede tener una persona a lo largo de su vida y que se reflejan con el paso del tiempo, dentro de los que se encuentran la actividad física, la alimentación saludable, el cuidado bucodental y del descanso, el consumo de tabaco y alcohol, el cumplimiento terapéutico y la ingesta de medicamentos.

A partir de esos factores, se concluye entonces que, en las personas beneficiarias, los determinantes conductuales teniendo en cuenta los hábitos de vida saludables son un factor que en su mayoría no han tenido muy presente a lo largo de su envejecimiento, siendo así en los tres grupos etarios encontrados. Por tal motivo se considera importante priorizar este determinante, pues entre los hechos más relevantes, se encuentra que la realización de actividades físicas y sanas no ha sido una prioridad en sus vidas, igual que llevar una dieta equilibrada y saludable, por cuestiones principalmente económicas, según lo que los beneficiarios manifestaron pero que no debe ser una excusa; por lo cual se ven afectados otros factores que motivan a la aparición temprana de enfermedades que se pueden convertir en crónicas, incrementando el consumo de medicamentos, lo que de por sí ya genera un riesgo para la salud si se consume en grandes cantidades y que al llegar a la

etapa de la vejez genera problemas no solo para la persona sino también para sus redes de apoyo en este caso la primaria, es decir, su familia.

Sin embargo, se debe tener presente que tanto los hábitos saludables como los nocivos muchas veces son inculcados y aprendidos desde edades tempranas, pero sin duda son comportamientos modificables a lo largo del curso vital, con los cuales se debe motivar a un mayor bienestar que en el caso de las personas beneficiarias podrían fomentarse a partir de encuentros intergeneracionales promovidos por la Pastoral Social desde el área de Trabajo Social y que resultan importantes para fortalecer varios aspectos durante el proceso de envejecimiento reflejados en cada uno de los determinantes tratados en el presente proyecto.

- El siguiente aspecto en relación con lo anterior, son los *determinantes relacionados con los factores personales*, los cuales contienen dentro de las dimensiones mencionadas aspectos que aunque no puedan ser directamente tratados por los beneficiarios como la biología y la genética, sí se relacionan con el mantenimiento de hábitos saludables que tengan durante su vida, pues influenciarán que en el caso de las enfermedades genéticas, éstas tarden más años en aparecer o que no tengan un impacto tan negativo en la vida de las personas.

De igual modo, dentro de los factores personales también resultan esenciales las relaciones que tienen cada uno de los beneficiarios con sus redes sociales cercanas, principalmente la familia, la cual dentro del entorno en el que conviven debe convertirse en un factor protector para cada persona en especial para las mayores quienes así mismo deben ser libres de participar u opinar en las diferentes circunstancias familiares.

- De otro lado, los *determinantes del entorno físico* constituyen un escenario importante en el envejecimiento de las personas; ya que, son los que determinan la movilidad, las posibilidades de participación y las oportunidades de relacionarse con otros; de tal forma que si existe un entorno físico inadecuado y excluyente contribuirá en que se limite el traslado a otros lugares, como también puede aumentar la probabilidad de caídas, lo cual representa un alto costo al sistema de salud.

En cuanto a los beneficiarios se evidencia que la mayoría de ellos perciben que los espacios físicos que frecuentan a diario, entre los cuales se encuentran la casa y la iglesia, presentan obstáculos y no permiten un tránsito adecuado. Adicionalmente, muchos de ellos manifiestan haber presentado caídas en espacios físicos, siendo la calle y el transporte público el principal lugar del suceso, esto teniendo en cuenta que un porcentaje significativo del grupo está conformado por personas mayores y muchas de ellas con limitaciones para moverse.

Aunque los entornos físicos donde más se presentan obstáculos o posibilidades de caídas son espacios ajenos al templo y a la vivienda; existe la oportunidad de acción orientada hacia que cada una de las parroquias en un ejercicio de autoevaluación determine si los espacios de sus templos son adecuados e inclusivos con personas que presentan limitaciones físicas. De igual forma también es necesario que las parroquias hagan énfasis en las personas que tienen limitación para desplazarse ya que deben acudir a los diferentes espacios debidamente acompañados.

- Desde los *determinantes relacionados con el entorno social* el apoyo y las redes con las que cuenta cada persona resultan ser fundamentales en su proceso de envejecimiento como medio para acceder a distintos recursos ante las diferentes situaciones que se presentan a lo largo de la vida permitiendo generar procesos de adaptación ante las adversidades, frente a esto la principal red de apoyo en los beneficiarios es la familia, sin embargo en el marco de las relaciones familiares existen beneficiarios que mantienen relaciones conflictivas o distantes y algunos beneficiarios se sienten apartados por familiares y/o amigos o no se relacionan con personas diferentes a la familia. Así mismo, el nivel de participación de los beneficiarios en otras instituciones es muy bajo y en referencia a las oportunidades de aprendizaje son pocos los beneficiarios que continúan un proceso de formación ya sea a nivel informal o formal.

En cuanto a la violencia y el abuso, estos son aspectos que se deben reconocer en las personas y en especial en las personas mayores, en este sentido principalmente las mujeres beneficiarias han sufrido violencias al interior del hogar evidenciando disparidades en cuanto al género pues culturalmente son las mujeres y niñas quienes son más vulnerables a sufrir de hechos violentos en este entorno en comparación con los hombres.

De acuerdo a lo anterior, Trabajo Social desde su quehacer profesional debe generar un accionar a partir de la investigación que posibilite una intervención reflexiva y profesional desde el entorno social que conlleve a un proceso de envejecimiento activo, en el cual se fortalezcan las relaciones familiares, el manejo de la comunicación y la gestión de conflictos como medio para mejorar las interacciones a nivel familiar y por tanto el apoyo que se recibe por parte de esta.

Además, se debe procurar la integración de las personas a nivel comunitario permitiendo la ampliación de las redes, en este sentido las parroquias resultan ser un elemento generador para el fortalecimiento de esas redes y continuar participando en otros ámbitos diferentes al religioso, adicionalmente, se debe promover el aprendizaje intergeneracional como medio para actualizar conocimientos, eliminar estereotipos frente al envejecimiento, prestar especial atención a la promoción de los derechos humanos y a la divulgación de información que permitan disminuir las desigualdades de género, además de fomentar el reconocimiento de las diferentes instituciones a las cuales pueden acudir los beneficiarios, pues muchos no las reconocen.

- En referencia a los *determinantes económicos* aspectos como los ingresos, el trabajo y la protección social son relevantes en el proceso de envejecer activamente, pues contribuye o limita la posibilidad entre otras cosas de contar con seguridad social en la etapa de la vejez a causa de un empleo formal. En este sentido, las principales fuentes de ingresos de los beneficiarios corresponden a actividades labores informales y/o aportes familiares, así mismo los ingresos en la mayoría de beneficiarios son inferiores a un SMMLV por lo cual el apoyo alimentario otorgado por la Pastoral se convierte en un aspecto primordial para satisfacer parte de las necesidades de alimentación del beneficiario y de su núcleo conviviente, pues la mayoría de beneficiarios tienen a cargo más personas principalmente hijos, no obstante, se debe procurar que el apoyo sea transitorio y no genere dependencia.

Adicionalmente, en cuanto al empleo más de la mitad de los beneficiarios actualmente se encuentran sin un trabajo debido a situaciones como la edad y la emergencia sanitaria por el COVID-19 lo que limita el acceso a oportunidades de trabajo y la formalidad de contratación. Cabe mencionar que solo una pequeña parte de los beneficiarios cuenta con acceso a la pensión lo cual en la etapa de la vejez representa un factor relevante para mantener unas mínimas condiciones de vida.

Por lo tanto, algunos aspectos económicos en las personas y en especial en las personas mayores suelen ser ignorados o descartados, pues se considera que frente al trabajo y las oportunidades laborales se encuentra ligados a factores estructurales, sin embargo, desde Trabajo Social al ser una profesión que vela por el bienestar de las personas y que trabaja interdisciplinariamente se considera que desde el ámbito económico se puede aportar en la creación de proyectos sociales encaminados a la autogestión de las poblaciones que les permita generar emprendimientos autosostenibles como medio para la generación de ingresos, además desde el trabajo en redes comunitarias se pueden vincular otras entidades u organizaciones de base que complementen el accionar y los procesos.

La cartilla producto de la presente investigación contiene recomendaciones y consejos para los beneficiarios y las parroquias con el objetivo de promover el envejecimiento activo, es importante resaltar que dicha cartilla funciona como un insumo motivante para que, por un lado, los párrocos implementen acciones para promover el envejecimiento activo y por otro, los beneficiarios desde su individualidad generen hábitos para envejecer activamente desde el hogar.

Por último, el envejecimiento activo permite mejorar a nivel general la salud (física y psicológica), la participación (familiar, social, educativa, laboral, cultural, política, entre otras), promover oportunidades de aprendizaje, además de brindar seguridad y protección a las personas y poblaciones a medida que envejecen otorgando especial atención a las personas mayores. Así, los determinantes del envejecimiento activo aportan un marco de acción que posibilita la implementación de diferentes estrategias para que las personas y poblaciones puedan envejecer de manera óptima y seguir participando de forma proactiva en la sociedad en todos los ámbitos en los que se encuentran inmersos, disminuyendo así las barreras que limitan las posibilidades de desarrollo y capacidades de las personas. Trabajo Social como profesión no está desligada a las acciones que se pueden llevar a cabo para la implementación de un paradigma del envejecimiento activo pues este necesita del trabajo mancomunado de varias disciplinas sociales y de la salud, por ello desde esta profesión y teniendo como pilar la atención de las necesidades sociales de las personas, familias, grupos y comunidades es necesario promover el desarrollo de las capacidades personales y sociales, que contribuyan a la población con la que se trabaja generar acciones para envejecer de manera activa, sin olvidar que envejecer es un proceso bio-psico-social.

## **14. Recomendaciones**

### **Universidad**

- Se considera pertinente crear una línea de investigación propia para envejecimiento y vejez, pues en la actualidad las investigaciones que se desarrolla en la facultad en torno a estos temas se realizan desde la línea de sociedad y cultura y a pesar de que esta permite reconocer la identidad de diversos grupos inmersos en un contexto, se considera pertinente una línea investigativa propia que permita abarcar de manera más amplia proyectos tanto de investigación como intervención teniendo como base la etapa de la vejez.
- Dada la importancia del Trabajo Social Gerontológico se considera importante que dentro de la estructura curricular obligatoria exista un componente específico en referencia a esta disciplina y que no solo sea una electiva de profundización, permitiendo el fortalecimiento de los estudiantes en esta área.
- Se recomienda a la supervisión de prácticas generar un convenio de práctica con la Diócesis de Fontibón en el cual Trabajo Social sea pionero en creación de programas de participación y complementar la acción asistencial en la Diócesis.

### **Profesión**

- Fortalecer el accionar de Trabajo Social en el campo gerontológico permitiendo posicionar a la profesión en esta área a nivel Distrital.
- Es importante desde Trabajo Social tener en cuenta a la transición demográfica que atraviesa el mundo y en especial Colombia, lo cual conlleva a una vida más longeva en general de toda la población, permitiendo desde el quehacer profesional dar respuesta a las nuevas dinámicas sociales.
- Es importante romper con ideas que limitan el quehacer de los y las trabajadores sociales, por lo tanto, es necesario que la profesión-disciplina se siga abriendo espacios de acción a nivel eclesial, ya que este escenario requiere del conocimiento de Trabajo Social debido a que la iglesia se encuentra en un intento de superar el enfoque asistencialista y cuenta con múltiples focos de trabajo comunitario.

### **Diócesis de Fontibón y Pastoral Social**

- Se considera pertinente la creación del área de Trabajo Social en la Diócesis de Fontibón o en cada una de las Pastorales Sociales, con el fin de complementar su accionar y promover nuevos enfoques que permitan trascender en el campo

asistencial, posibilitando en los beneficiarios un empoderamiento, evitando generar dependencia del apoyo alimentario.

- Es importante tener en cuenta los resultados del diagnóstico social como insumo para promover en los beneficiarios de la Pastoral Social un envejecimiento activo y a mediano plazo lograr implementar estrategias que efectivamente permitan un envejecimiento óptimo.
- Se hace necesario que desde la Pastoral de cada parroquia y teniendo en cuenta las recomendaciones brindadas desde Trabajo Social, se organicen estrategias que permitan crear a nivel interno en cada una de las Pastorales Sociales líneas de acción que permitan a los beneficiarios la adquisición de nuevos conocimientos, tales como proyectos de emprendimiento como la creación de huertas comunitarias, promoción de hábitos saludables, involucramiento familiar, temas de género y diversidad sexual, entre otros.





## 16. Presupuesto

Para Ander - Egg y Aguilar (2005) el presupuesto es lo que hace realidad un proyecto de investigación, por lo tanto, en el presupuesto de una investigación se deben tener en cuenta los costos de forma general pero también de forma específica tales como: gastos en talento humano, gastos de alimentación y transporte, gastos de funcionamiento e imprevistos (5% del total); todo esto debe presentarse en términos monetarios. A partir de lo anterior, se presenta el presupuesto del proyecto de investigación.

<b>PRESUPUESTO GENERAL DE LA INVESTIGACIÓN</b>					
<b><u>Gastos de talento humano</u></b>					
<i>Unidad</i>	<i>Concepto</i>	<i>Tiempo</i>	<i>Valor Unitario</i>	<i>Valor</i>	<i>Porcentaje</i>
1	Docente tutora	8 meses	\$ 300.000	\$ 2.400.000	30,91%
1	Gerontólogo tutor	1 semana	\$ 60.000	\$ 60.000	0,77%
3	Estudiantes en formación	12 meses	\$ 100.000	\$ 1.200.000	15,45%
<b><u>Subtotal gastos talento humano</u></b>				<b>\$3.660.000</b>	<b>47,13%%</b>
<b><u>Gastos de alimentación y transporte</u></b>					
<i>Unidad</i>	<i>Concepto</i>		<i>Valor Unitario</i>	<i>Valor</i>	<i>Porcentaje</i>
40	Pasajes transporte		\$ 2.500	\$ 100.000	1,29%
15	Refrigerios y/o almuerzos		\$ 13.000	\$ 195.000	2,51%
<b><u>Subtotal gastos de alimentación y transporte</u></b>				<b>\$ 295.000</b>	<b>3,80%</b>
<b><u>Gastos de funcionamiento</u></b>					
<i>Unidad</i>	<i>Concepto</i>	<i>Tiempo de uso</i>	<i>Valor Unitario</i>	<i>Valor</i>	<i>Porcentaje</i>
----	Alquiler de (4) equipos de computo	11 meses	\$ 80.000	\$ 880.000	11,33%
11	Subsidios para servicio de energía	----	\$ 22.000	\$ 242.000	3,12%
5	Impresiones de insumo final (cartilla)	----	\$ 6.000	\$ 30.000	0,39%
3	Plan minutos para llamadas	2 meses	\$ 60.000	\$ 120.000	1,55%
3	Plan internet	12 meses	\$180.000	\$2.160.000	27,82%
<b><u>Subtotal gastos de funcionamiento</u></b>				<b>\$3.432.000</b>	<b>44,20%</b>
<b><u>Imprevistos</u></b>				<b>\$ 378.330</b>	<b>4,87%</b>
<b><u>TOTAL DEL PRESUPUESTO GENERAL</u></b>				<b>\$ 7.765.330</b>	<b>100%</b>

## 17. Referencias

- Alcaldía Local de Kennedy. (2020). *Localidad de Kennedy*. Recuperado de <http://www.kennedy.gov.co/content/localidad-kennedy>
- Alcaldía Mayor de Bogotá. (2010). *Política Pública Social para el Envejecimiento y la Vejez en el Distrito Capital 2010 - 2025*. Recuperado de [http://old.integracionsocial.gov.co/anexos/documentos/2014\\_politicas\\_publicas/pol%C3%ADtica\\_publica\\_para\\_el\\_envejecimiento\\_y\\_la\\_veje.pdf](http://old.integracionsocial.gov.co/anexos/documentos/2014_politicas_publicas/pol%C3%ADtica_publica_para_el_envejecimiento_y_la_veje.pdf)
- Alcaldía Mayor de Bogotá. (2018). *Localidad Kennedy. Consejo Local de gestión del Riesgo y Cambio Climático. Caracterización General de Escenarios y de Riesgo*. Recuperado de <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:CulmI2UQaysJ:https://www.idiger.gov.co/documents/220605/314085/Identificaci%C3%B3n%20por%20priorizaci%C3%B3n.pdf/24386a78-ea2b-4abe-9516-9b9c37955fc4+&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=co>
- Alcaldía Mayor de Bogotá. (2018). *Monografías 2017. Diagnóstico de los principales aspectos territoriales, de infraestructura, demográficos y socioeconómicos*. Recuperado de <http://www.sdp.gov.co/gestion-estudios-estrategicos/informacion-cartografia-y-estadistica/repositorio-estadistico/monografia-localidad-de-kennedy-2017%5D>
- Alcaldía Mayor de Bogotá. (2019). *Banco Distrital de Programas y Proyectos*. Ficha de Estadística Básica de Inversión Local EBI-L. Recuperado de [http://sdp.gov.co/sites/default/files/1363\\_008\\_kennedy.pdf](http://sdp.gov.co/sites/default/files/1363_008_kennedy.pdf)
- Alcaldía Mayor de Bogotá. (2020). *Diagnóstico del Plan de Desarrollo Distrital 2020-2024*. Recuperado de [http://www.sdp.gov.co/sites/default/files/diagnostico\\_pdd\\_2020-2024\\_0.pdf](http://www.sdp.gov.co/sites/default/files/diagnostico_pdd_2020-2024_0.pdf)
- Alcaldía Mayor de Bogotá. (2020). *Plan de Desarrollo Distrital 2020-2024: “Un nuevo contrato social y ambiental para el siglo XXI”*. Recuperado de [http://www.puentearanda.gov.co/sites/puentearanda.gov.co/files/planeacion/plan\\_de\\_desarrollo\\_distrital\\_2020-2024.pdf\\_compressed.pdf](http://www.puentearanda.gov.co/sites/puentearanda.gov.co/files/planeacion/plan_de_desarrollo_distrital_2020-2024.pdf_compressed.pdf)
- Alvarado, A., Salazar, A. (2014). Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos*, 25(2), 57-62. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v25n2/revision1.pdf>
- Álvarez, A y Gómez, I. (2010). Conflicto trabajo - familia, en mujeres profesionales que trabajan en la modalidad de empleo. *Pensamiento Psicológico*, (9), pp. 89 - 106. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/pepsi/v9n16/v9n16a07.pdf>
- Ander - Egg, E. y Aguilar, M. (2001). *Diagnóstico social. Conceptos y metodología*. Recuperado de <https://core.ac.uk/download/pdf/46751536.pdf>
- Ander - Egg, E. y Aguilar, M. (2005). *Cómo elaborar un proyecto. Guía para diseñar proyectos sociales y culturales*. Recuperado de: <https://abacoenred.com/wp-content/uploads/2017/05/Como-elaborar-un-proyecto-2005-Ed.18-Ander-Egg-Ezequiel-y-Aguilar-Id%C3%A1%C3%B1ez-MJ.pdf.pdf>

- Ávila, J. (2012). *Redes sociales y análisis de redes. Aplicaciones en el contexto comunitario y virtual*. Recuperado de <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:AvPnUGhFHakJ:https://dialnet.unirioja.es/descarga/libro/511130.pdf+&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=co>
- Berrío, M. (2012). Envejecimiento de la población: un reto para la salud pública. *Revista Colombiana de Anestesiología*, 40(3), 192–194. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0120334712000111>
- Carmona, S. (2012). ¿Es la vejez lo que se dice de ella? *Temática Kairós Gerontología*, 15(4), 11-22. Recuperado de <https://revistas.pucsp.br/kairos/article/viewFile/17034/12640>
- Carrillo, N. (2002). *Participación del trabajador social en la Pastoral Social de la Iglesia Católica* (tesis pregrado). Universidad San Carlos de Guatemala, San Carlos, Guatemala. Recuperado de: [http://www.repositorio.usac.edu.gt/9262/1/15\\_1367.pdf](http://www.repositorio.usac.edu.gt/9262/1/15_1367.pdf)
- Casas, J., Repullo, J., y Donado, J. (2003). La encuesta como técnica de investigación. Elaboración de cuestionarios y tratamiento estadístico de los datos (I). *Atención Primaria*, 31(8), 527-538. Recuperado de <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-la-encuesta-como-tecnica-investigacion--13047738>
- Castañeda, D, y Jiménez, L. (2007). La entrevista telefónica. *Estudios sobre las Culturas Contemporáneas*, 13(26), 137-162. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=316/31602608>
- Candamil, M., López, M. (2004). *Los Proyectos Sociales, una Herramienta de la Gerencia Social. Guía para la identificación, formulación, evaluación y puesta en marcha*. Manizales, Caldas: Editorial Universidad de Caldas
- Centro de Estudios de la Construcción y el Desarrollo Urbano y Regional – CENAC. (s.f). *El mercado de arrendamiento residencial en Colombia*. Recuperado de <http://www.cenac.org.co/apc-aa-files/0ade36208dd78addf4cf67a52e84dba8/evolucin-de-la-tenencia-de-vivienda-en-colombia.pdf>
- Centro Internacional de Longevidad Brasil. (2015). *Envejecimiento Activo: Un marco político ante la revolución de la longevidad*. Recuperado de <https://www.easp.es/project/envejecimiento-activo-un-marco-politico-ante-la-revolucion-de-la-longevidad/>
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe). (2007). *Envejecimiento y desarrollo en una sociedad para todas las edades*. Recuperado de <https://www.cepal.org/es/publicaciones/2865-envejecimiento-desarrollo-sociedad-todas-edades>
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe). (2009). *Envejecimiento, derechos humanos y políticas públicas*. Recuperado de <https://www.cepal.org/es/publicaciones/2538-envejecimiento-derechos-humanos-politicas-publicas>

- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe). (2017). *Cuarta conferencia Regional Intergubernamental sobre envejecimiento y derechos de las personas mayores en América Latina y el Caribe*. Recuperado de [https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/42238/S1700921\\_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/42238/S1700921_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe). (2018). *Envejecimiento, personas mayores y Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Perspectiva regional y de derechos humanos*. Recuperado de [https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/44369/1/S1800629\\_es.pdf](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/44369/1/S1800629_es.pdf)
- Cobos, F., y Espinosa, J. (2008). Envejecimiento activo y desigualdades de género. *Atención Primaria*, 40(6), 305-309. Recuperado de <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-envejecimiento-activo-desigualdades-genero-13123684>
- Congreso de la República de Colombia. (11 de julio de 1994). Ley de Servicios Públicos Domiciliarios. [Ley 142 de 1994]. DO: 41.433
- Dulcey, E., Arrubla, D., Sanabria, P. (2013). *Envejecimiento y vejez en Colombia*. Recuperado de <https://fiapam.org/wp-content/uploads/2014/03/3-ENVEJECIMIENTO-Y-VEJEZ-EN-COLOMBIA.pdf>
- Echávarri, C., y Erro, M. (2007). Trastornos del sueño en el anciano y en las demencias. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 30(1), 155-161. Recuperado de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1137-66272007000200014&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272007000200014&lng=es&tlng=es)
- Filardo, C. (2011). Trabajo Social para la tercera edad. *Dialnet*, 1(49), 204-219. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4111475>
- Fedesarrollo y Fundación Saldarriaga Concha. (2015). *Misión Colombia Envejece: cifras, retos y recomendaciones*. Recuperado de <https://www.fedesarrollo.org.co/sites/default/files/envejece.pdf>
- Fundación Mapfre. (2012). *Vivir en Salud, claves para estar bien: guía para las familias*. Recuperado de: [https://www.fundacionmapfre.org/fundacion/es\\_es/images/vivir-en-salud-guia-para-familias\\_tcm1069-219173.pdf](https://www.fundacionmapfre.org/fundacion/es_es/images/vivir-en-salud-guia-para-familias_tcm1069-219173.pdf)
- Fundación Saldarriaga Concha. (2017). *La Vejez de Hoy y del Mañana en Colombia: Logros y Retos de la Implementación del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*. Recuperado de [https://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CESCR/Shared%20Documents/COL/INT\\_CESCR\\_CSS\\_COL\\_27308\\_S.pdf](https://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CESCR/Shared%20Documents/COL/INT_CESCR_CSS_COL_27308_S.pdf)
- Gómez, C., Murad, R., Calderón, M. (2013). *Historias de violencia, roles, prácticas y discursos legitimadores. Violencia contra las mujeres en Colombia 2000-2010*. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/INV/7%20>

[%20VIOLENCIA%20CONTRA%20LAS%20MUJERES%20EN%20COLOMBIA.pdf](#)

Hechavarría, S. (2012). *Diferencias entre Cuestionario y Encuesta*. Recuperado de <http://uvsfajardo.sld.cu/diferencia-entre-cuestionario-y-encuesta>

Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, M. (2014). *Metodología de la Investigación*. Recuperado de <http://observatorio.epacartagena.gov.co/wp-content/uploads/2017/08/metodologia-de-la-investigacion-sexta-edicion.compressed.pdf>

Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). (2008). *Envejecimiento productivo: la provisión de cuidados de los abuelos a los nietos. los nietos. Implicaciones para su salud y bienestar*. Recuperado de: <https://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/envejproductivo.pdf>

Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). (2011). *Libro Blanco sobre Envejecimiento Activo*. Recuperado de [http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/8088\\_8089libroblancoenv.pdf](http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/8088_8089libroblancoenv.pdf)

Jiménez, Y., Pintado, Y., Rodríguez, A., Guzmán, L. y Clavijo, M. (2010). Envejecimiento poblacional: tendencias actuales. *Viguera Editores*, 2(4), 239-242. Recuperado de [https://www.viguera.com/sepg/pdf/revista/0204/0204\\_0239\\_0242.pdf](https://www.viguera.com/sepg/pdf/revista/0204/0204_0239_0242.pdf)

Limón, M. (2018). Envejecimiento activo: un cambio de paradigma sobre el envejecimiento y la vejez. *Revista Aula Abierta*, 4(47), 45-54. Recuperado de <https://www.unioviado.es/reunido/index.php/AA/article/view/12635/11583>

Limón, M., y Ortega, M. (2011). Envejecimiento activo y mejora de la calidad de vida en adultos mayores. *Revista de Psicología y Educación*, 1(6), 225-238. Recuperado de <http://www.revistadepsicologiayeducacion.es/pdf/68.pdf>

Ludi, M. (2013). Envejecimiento activo y participación social en sectores de pobreza. *X Jornadas de Sociología*. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. Recuperado de <http://cdsa.aacademica.org/000-038/387>

Madrigal, M. (2010). Ingresos y bienes en la vejez, un acercamiento a la configuración de la seguridad económica de los adultos mayores mexicanos. *Pap. poblac*, 16(63), 117-153. Recuperado de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1405-74252010000100005](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-74252010000100005)

Mariño, A., Núñez, M. y Gámez, A. (s.f). *Alimentación saludable*. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/actamedica/acm-2016/acm161e.pdf>

Martínez, C. (2012). *Estadística y muestreo*. Recuperado de: [https://www.academia.edu/39129392/Estad%C3%ADstica\\_y\\_muestreo](https://www.academia.edu/39129392/Estad%C3%ADstica_y_muestreo)

- Melgosa, J. (2017). Preservando la salud mental. *Apuntes Universitarios. Revista de investigación*, 7 (2), pp. 1 - 6. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/4676/467652767009.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). *Política colombiana de envejecimiento humano y vejez 2015-2024*. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/Pol%C3%ADtica-colombiana-envejecimiento-humano-vejez-2015-2024.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). *Envejecimiento demográfico. Colombia 1951-2020 dinámica demográfica y estructuras poblacionales*. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/Envejecimiento-demografico-Colombia-1951-2020.pdf>
- Montero, I., Bedmar, M. (2010). Ocio, tiempo libre y voluntariado en personas mayores. *Polis, Revista de la Universidad Bolivariana*, 9(26), 1-16. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/305/30515373004.pdf>
- Observatorio de Políticas de las Familias (DNP). (2016). *Tipologías de familias en Colombia: Evolución 1993 - 2014*. Recuperado de: [https://observatoriodefamilia.dnp.gov.co/Documents/Documentos%20de%20trabajo/D3-tipologias-evolucion dic3-\(1\).pdf](https://observatoriodefamilia.dnp.gov.co/Documents/Documentos%20de%20trabajo/D3-tipologias-evolucion dic3-(1).pdf)
- Organización de las Naciones Unidas. (1991). *Los Principios de las Naciones Unidas en favor de las personas de edad*. Recuperado de <https://www.un.org/development/desa/ageing/resources/international-year-of-older-persons-1999/principles/los-principios-de-las-naciones-unidas-en-favor-de-las-personas-de-edad.html>
- Organización de las Naciones Unidas. (1992). *Proclamación sobre el envejecimiento*. Recuperado de <https://undocs.org/es/A/RES/47/5>
- Organización de las Naciones Unidas. (2003). *Declaración Política y Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento*. Recuperado de <https://social.un.org/ageing-working-group/documents/mipaa-sp.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2002). *Enfermedades Crónicas*. Recuperado de [https://www.who.int/topics/chronic\\_diseases/es/#:~:text=Las%20enfermedades%20cr%C3%B3nicas%20son%20enfermedades,del%2063%25%20de%20las%20muertes.](https://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/#:~:text=Las%20enfermedades%20cr%C3%B3nicas%20son%20enfermedades,del%2063%25%20de%20las%20muertes.)
- Organización Mundial de la Salud. (2002). Envejecimiento activo: un marco político. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 37(2), 74-105. Recuperado de <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-envejecimiento-activo-un-marco-politico-13035694>
- Organización Mundial de la Salud. (2004). *Invertir en salud mental*. Recuperado de: [https://www.who.int/mental\\_health/advocacy/en/spanish\\_final.pdf](https://www.who.int/mental_health/advocacy/en/spanish_final.pdf)
- Organización Mundial de la Salud. (2006). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. Recuperado de [https://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_sp.pdf](https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf)

- Organización Mundial de la Salud. (2012). *Primera ayuda psicológica: Guía para trabajadores de campo*. Recuperado de [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44837/9789243548203\\_spa.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44837/9789243548203_spa.pdf?sequence=1)
- Organización Mundial de la Salud. (2013). Plan de Acción sobre la Salud Mental 2013-2020. Recuperado de: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97488/9789243506029\\_spa.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97488/9789243506029_spa.pdf?sequence=1)
- Organización Mundial de la Salud. (2015). *La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo*. Recuperado de: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274656/9789243512884\\_spa.pdf?ua=1#:~:text=El%20sexo%20son%20las%20caracter%C3%ADsticas,hay%20individuos%20que%20poseen%20ambos](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274656/9789243512884_spa.pdf?ua=1#:~:text=El%20sexo%20son%20las%20caracter%C3%ADsticas,hay%20individuos%20que%20poseen%20ambos).
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *Caídas. Datos y Cifras*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/falls>
- Organización Mundial de la Salud. (2019). *Década del Envejecimiento Saludable*. Recuperado de [https://www.who.int/docs/default-source/documents/decade-of-health-ageing/decade-healthy-ageing-update1-es.pdf?sfvrsn=d9c40733\\_0](https://www.who.int/docs/default-source/documents/decade-of-health-ageing/decade-healthy-ageing-update1-es.pdf?sfvrsn=d9c40733_0)
- Organización Mundial de la Salud. (2020). *Salud mental*. Recuperado de [https://www.who.int/topics/mental\\_health/es/](https://www.who.int/topics/mental_health/es/)
- Organización Mundial de la Salud. (2020). *La salud mental y los adultos mayores*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/la-salud-mental-y-los-adultos-mayores>
- Pastoral Social Caritas Colombia. (2016). *Pastoral Social Caritas Colombia: por una Colombia justa y fraterna*. Bogotá, Col.: ITEL-AGENCIA DIGITAL. Recuperado de: <https://caritascolombiana.org/quienes-somos/>
- Pinto, J. y Carbajal, A. (2017). *La dieta equilibrada, prudente o saludable*. Recuperado de <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application/pdf&blobheadername1=Content-Disposition&blobheadervalue1=filename=t017.pdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1119147688070&ssbinary=true>
- Piña, M. (2004). *Gerontología social aplicada: visiones estratégicas para el Trabajo Social*. Buenos Aires, Argentina: Espacio Editorial.
- Piña, M. (2006). *Trabajo Social Gerontológico: Investigando y construyendo espacios de Integración Social para las personas mayores*. En el 33º Congreso Mundial de Escuelas de Trabajo Social, Chile. Recuperado de <https://www.gerontologia.org/portal/archivosUpload/PonenciaMarceloPinaMoran.pdf>



- Ramos, A., Yordi, M., y Miranda, M. (2016). El envejecimiento activo: importancia de su promoción para sociedades envejecidas. *Revista Archivo Médico Camagüey*, 20(3), 330-337. Recuperado de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1025-02552016000300014](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552016000300014)
- Ramos, J., Meza, A., Maldonado, I., Ortega, M., y Hernández, M. (2009). Aportes para una conceptualización de la vejez. *Revista de Educación y Desarrollo*, 6(11), 47-56. Recuperado de [http://www.cucs.udg.mx/revistas/edu\\_desarrollo/anteriores/11/011\\_Ramos.pdf](http://www.cucs.udg.mx/revistas/edu_desarrollo/anteriores/11/011_Ramos.pdf)
- Reyes, I., Castillo, J. (2011). El envejecimiento humano activo y saludable, un reto para el anciano, la familia, la sociedad. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*, 30(3), 354-359. Recuperado de <http://scielo.sld.cu/pdf/ibi/v30n3/ibi06311.pdf>
- Ricoy, C. (2006). Contribución sobre los paradigmas de investigación. *Educação*, 31(1), 11-22. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/1171/117117257002.pdf>
- Rojas, L., Castaño, G., y Restrepo, D. (2018). Salud mental en Colombia. Un análisis crítico. *Revista CES Medicina*; 32(2), 129-140. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/cesm/v32n2/0120-8705-cesm-32-02-129.pdf>
- Samet, J. (2002). Los riesgos del tabaquismo activo y pasivo. *Salud Pública de México*, (44), pp. 3 - 28. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v44s1/a20v44s1.pdf>
- Santos, Z. (2009). Adulto mayor, redes sociales e integración. *Revista Trabajo Social*, 1(11), 159-174. Recuperado de [https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:nnYMG-J\\_ZyoJ:https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4085235.pdf+&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=co](https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:nnYMG-J_ZyoJ:https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4085235.pdf+&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=co)
- Sánchez, S. (2009). El envejecimiento de la población y la salud bucodental: Un reto para los servicios de salud en México. *Revista Odontológica Mexicana*, 13(3), 134-135. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/odon/uo-2009/uo093a.pdf>
- Secretaría de Cultura, Recreación y Deporte. (2020). *Bogotá y sus localidades*. Recuperado de <https://www.culturarecreacionydeporte.gov.co/es/bogotanitos/bogodatos/bogota-y-sus-localidades>
- Secretaría Distrital de Planeación. (2018). *En Bogotá se redujo el tamaño de los hogares, mejoraron las condiciones de vivienda y aumentaron los usuarios de bicicleta y transporte público*. (Portal Noticias Secretaría Distrital de Planeación). Recuperado de <http://www.sdp.gov.co/noticias/bogota-se-redujo-tamano-de-los-hogares-mejoraron-las-condiciones-de-vivienda-y-aumentaron-los#:~:text=En%20los%20C3%BA%20ltimos%20tres%20a%C3%B1os,%25%20al%2068%2C6%25.>
- Subred Sur Occidente. (2018). *Análisis de condiciones, calidad de vida, salud y enfermedad - 2018 Localidad de Kennedy*. Recuperado de [https://www.subredsuroccidente.gov.co/sites/default/files/documentos/Documento\\_Acvsye\\_Kennedy\\_SurOccidente\\_2016\\_ajustado\\_2018.pdf](https://www.subredsuroccidente.gov.co/sites/default/files/documentos/Documento_Acvsye_Kennedy_SurOccidente_2016_ajustado_2018.pdf)

Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca. (2018). *Proyecto Educativo del Programa de Trabajo Social*. Recuperado de: [http://www.unicolmayor.edu.co/portal/recursos\\_user/Facultad%20CSociales/Documentos/2019/ProyectoEducativoProgramaTrabSocial.pdf](http://www.unicolmayor.edu.co/portal/recursos_user/Facultad%20CSociales/Documentos/2019/ProyectoEducativoProgramaTrabSocial.pdf)

Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca. (2017). *Líneas de Investigación Institucionales*. Recuperado de <http://www.unicolmayor.edu.co/portal/index.php?idcategoria=3848>

Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca. (2016). *Línea 02. Sociedad y cultura*. Recuperado de <http://www.unicolmayor.edu.co/portal/index.php?idcategoria=354>

## 18. Anexos

### 18.1 Consentimiento informado

#### **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Yo \_\_\_\_\_, estoy de acuerdo en proporcionar la información solicitada y en hacer parte del proyecto de investigación “*Diagnóstico social en el marco de los determinantes del envejecimiento activo con las personas beneficiarias de la Pastoral Social de las parroquias San Efrén, San Pedro Claver y San Eugenio de la Diócesis de Fontibón durante el año 2020*” y además me han sido explicados los objetivos, la metodología y los beneficios de dicho proyecto; de igual manera me han manifestado que la información recolectada es de carácter confidencial y para efectos únicos de interés académico e investigativo. Por tanto, al firmar este documento autorizo se incluya en el proceso de investigación la información suministrada por mí y expresé que mi participación es libre y voluntaria.

\_\_\_\_\_  
*Firma del participante*  
*Documento de identidad*

\_\_\_\_\_  
*Firma del Trabajador social en formación*  
*Documento de identidad*



## 18.2 Cartilla

Link de acceso a la cartilla:

<https://www.calameo.com/books/006420461ea9d542d7bf7>



## 18.3 Instrumento de recolección de información

 <b>Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca – Diócesis de Fontibón</b> <b>Instrumento de recolección de información – Investigación “Diagnóstico social en el marco de los determinantes del envejecimiento activo con las personas beneficiarias de la Pastoral Social de las parroquias San Efrén, San Pedro Claver y San Eugenio de la Diócesis de Fontibón durante el año 2020”</b> 												
El presente instrumento tiene como propósito recolectar la información correspondiente a los determinantes del envejecimiento activo en relación a cada uno de los beneficiarios de la Pastoral Social de las parroquias San Efrén, San Eugenio y San Pedro Claver.					<b>Fecha</b>		<b>Día</b>	<b>Mes</b>	<b>Año</b>			
					<b>Nombres</b>							
					<b>Apellidos</b>							
<b>INFORMACIÓN SOCIODEMOGRAFICA</b>												
<b>Estado Civil</b>	<b>Soltero/a</b>	<b>Casado/a</b>	<b>Separado/a</b>	<b>Edad:</b>		<b>Estrato</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>			
	<b>Divorciado/a</b>	<b>Viudo/a</b>	<b>Unión Libre</b>	<b>Lugar de procedencia</b>			<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>			
<b>Tipo de población</b>	Adulto Mayor		Desmovilizado			<b>Parroquia de la cual recibe ayuda</b>	<b>San Efrén</b>	<b>San Eugenio</b>	<b>San Pedro Claver</b>			
	Victima conflicto armado		Habitante de calle									
	Desplazado		Campesino									
	Extranjero		Ninguno									
<b>Tipologías familiares</b>		Nuclear		Monoparental		Unipersonal		Recompuesta				
		No familiares sin núcleo		Familiares sin núcleo		Amplia compuesta		Amplia extensa				
<b>DETERMINANTES DE CULTURA Y GENERO</b>												
<b>1. ¿A qué religión pertenece?</b>	Católica		Evangélica		<b>2. Envejecer para usted es:</b>	Positivo	Negativo	Ambos		<b>3. ¿Considera que tiene imaginarios acerca de la etapa de la vejez o el envejecimiento?</b>	Sí	
	Cristiana		Otra			¿Por qué?			No			
<b>4. ¿Con que genero se identifica?</b>	Femenino		<b>5. ¿usted está a cargo del cuidado del hogar?</b>	Sí	<b>6. Recibe algún tipo de remuneración por el cuidado de su hogar?</b>	Sí		<b>7. ¿Siente que las responsabilidades del hogar son equitativas entre todos los miembros?</b>	Sí			
	Masculino			No		No aplica	No			No		



	qué ?							Mensual	
34. En caso de que la respuesta anterior sea afirmativa ¿Cuánto tiempo destina para realizar actividad física?		30 minutos		35. ¿Tiene espacios donde pueda realizar actividades físicas?	Sí /	36. ¿Cuánto tiempo dispone para el ocio a la semana?	Nada/	3 horas/	
		1 hora			No/		1 hora/	Más de 3 horas /	
		Más de una hora					2 horas/		
37. ¿Usualmente qué actividades realiza en su tiempo libre? <i>Seleccionar las dos actividades que en mayor medida realiza.</i>		Leer __; Escuchar música __; Ver televisión __; Participar en cursos o talleres __; Compartir con amistades __; Juegos de mesa __; Bailar __ Caminar __ Dormir __ Otro __							
38. ¿En el último año ha recibido atención o tratamiento odontológico?		Sí __ No __	¿Cuál?:	39. ¿Cuántas veces al día cepilla sus dientes?		1 vez __; 2 veces __; 3 veces __; 4 veces o más __ No Cepilla __			
40. ¿En promedio cuántas horas duerme?		5 a 6 horas ____ ;7 a 8 horas ____ 9 horas o más ____	41. ¿Consume medicamentos para dormir		Si No	42. ¿Usted consume bebidas alcohólicas?		Sí No	
43. En caso de que la respuesta anterior sea afirmativa ¿Con qué frecuencia consume bebidas alcohólicas?		Una vez al mes __; Dos veces al mes __; Más de tres veces al mes __ En ocasiones especiales ____				44. ¿Presenta algún tipo de enfermedad a causa del consumo de bebidas alcohólicas?		Sí No	
45. ¿En su última consulta médica le prescribieron medicamentos?		Sí	46. En caso de que la respuesta sea afirmativa ¿Recibió todos los medicamentos prescritos?			Sí	47. ¿En promedio cuántos medicamentos consume al día?		
		No				No			
48. ¿Sigue usted las recomendaciones médicas para el tratamiento de su enfermedad?							Sí No		
<b>DETERMINANTES RELACIONADOS CON FACTORES PERSONALES</b>									
49. ¿Es usted propenso a sufrir o sufre enfermedades por antecedentes en su familia?			Si __ No __ ¿Cuáles?	50. ¿Participa usted en las decisiones familiares?		Si __; No __; En algunas ocasiones __ No aplica __			
51. ¿Considera usted que es libre de opinar en el ámbito familiar?			Si __; No __; En algunas ocasiones __; No aplica ____			52. ¿En la mayoría de ocasiones ante una situación difícil usted que hace?		Se aparta ____ Enfrenta la situación ____	
53. ¿Ante una situación difícil busca orientación?			Familiar	Amigo	Profesional	Institución	No busca orientación		

<b>54. ¿Cuál es su orientación sexual?</b>		Homosexual __; Heterosexual __; Bisexual __; No sabe / no responde __		<b>55. ¿Usted se considera?</b>		Hombre __ Mujer __ Transgénero __ Transexual __ Travesti __ No binario __ No sabe __ No responde __	
<b>DETERMINANTES DEL ENTORNO FISICO</b>							
<b>56. ¿Tiene acceso al transporte público cerca de su vivienda?</b>		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		<b>57. ¿Para utilizar el medio de transporte necesita ayuda de otra persona?</b>		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
<b>58. Tipo de vivienda:</b>		Casa __; Casa lote __; Apartamento __; Finca __; Habitación __; Otro ¿cuál? __					
<b>59. Tenencia de vivienda:</b>		Propio __; Familiar __; Arriendo __; Invasión __; Cedido __; Otro ¿cuál? __		<b>60. ¿Siente que el entorno donde está ubicada su vivienda es seguro?</b>		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
<b>61. ¿En su lugar de vivienda ha sufrido algún accidente?</b>		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>					
<b>62. ¿A qué servicios públicos tiene acceso?</b>		Acueducto __ Energía __ Alcantarillado __ Gas __		<b>63. Número de personas que ocupan vivienda u habitación</b>		Entre 1 y 2 ____ Entre 3 y 5 ____ Entre 6 o más ____	
<b>64. ¿Ha presentado caídas por causa de infraestructuras inadecuadas?</b>		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>					
<b>65. En caso de que la respuesta anterior sea afirmativa ¿En qué lugares ha presentado caídas?</b>		Transporte público __; Parques __; Calle __; Iglesia __; Casa __; ¿Otro cuál? __				<b>66. ¿En los lugares que a diario frecuenta identifica algún tipo de obstáculos para transitar?</b>	
Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
<b>67. ¿Cerca a su lugar de vivienda cuenta con zonas verdes?</b>		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		<b>68. ¿Considera que el aire de su entorno está contaminado?</b>		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
<b>69. ¿El agua en su vivienda es potable?</b>		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>					
<b>DETERMINANTES DEL ENTORNO SOCIAL</b>							
<b>70. ¿Las relaciones con su entorno familiar son?</b>		Estrechas __ Cercanas __ Distantes __ Conflictivas __ Rotas __		<b>71. ¿Tiene usted alguien con quien divertirse, con quien hablar, con quien expresar sus emociones y situaciones?</b>		Sí / <input type="checkbox"/> No / <input type="checkbox"/>	
<b>72. ¿Aparte de la Pastoral Social participa en alguna institución u organización?</b>		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>					
<b>73. En caso de que la respuesta anterior sea afirmativa ¿En qué institución participa?</b>		Deportiva __; Artística/ musical __; Caridad __; Política __; Comunal/vecinal __; Religiosa __; Otro ____		<b>74. ¿Se relaciona con otras personas diferentes a su familia?</b>		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
<b>75. ¿Actualmente usted se siente apartado y/o rechazado por su familia o amigos?</b>		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>					
<b>76. ¿En su entorno familiar se han presentado problemas de violencia?</b>		Físico __ Económico __ Sexual __ Psicológico __ Ninguno __				<b>77. ¿Identifica instituciones a las cuales acudir en caso de abuso?</b>	
Sí <input type="checkbox"/>		Sí <input type="checkbox"/>					

						No	
<b>78. ¿Presenta abandono por parte de su familia?</b>	Sí		<b>79. Formación Académica:</b>	Sin Escolaridad __; Primaria __; Primaria Incompleta __; Bachillerato __; Bachillerato __; incompleto __ Técnico – Tecnólogo __ Profesional __ Profesional incompleto __ Otros __			
	No						
<b>80. ¿Actualmente se encuentra inscrito a un curso de aprendizaje?</b>	Sí	<b>81. En caso de que la respuesta anterior sea afirmativa ¿En qué curso se encuentra inscrito?</b>	Manualidades __ Costura __		<b>82. ¿Se relaciona usted con personas de otras generaciones?</b>	Sí	
	No		Cocina __ Jardinería __ Nuevas tecnologías __ Sistemas __ Ingles __ Otro ¿Cuál? __			No	
<b>DETERMINANTE ECONOMICO</b>							
<b>83. ¿De dónde provienen principalmente sus ingresos?</b>	Actividades laborales __ Sistema pensional __ Aportes de familiares __ Aportes de amigos/conocidos __ Subsidios estatales __ Ingresos de rentas o inversiones __		<b>84. ¿Cuánto suman sus ingresos económicos aproximadamente?</b>		Menos de un SMMLV __ Un SMMLV __ Más de un SMMLV __ No sabe/No responde __		
<b>85. ¿Cuánto suman sus egresos económicos aproximadamente?</b>	Menos de SMMLV __ Un SMMLV __ Más de un SMMLV __ No sabe/No responde __		<b>86. ¿Trabaja actualmente?</b>	Sí	<b>87. En caso de no laborar quien responde económicamente por los gastos</b>	Mamá / papá __ Hijos __ Hermanos / hermanas __ Otros familiares __ Vecinos - amistades __	
				No			
				En ocasiones			
<b>88. Su trabajo es:</b>	Formal	<b>89. ¿En su trabajo tiene todas las prestaciones legales?</b>	Sí	<b>90. Número de personas que trabajan en su hogar:</b>	Entre 1 y 2 __ Entre 3 y 5 __ Entre 5 o más __ Ninguno trabaja __		
	Informal		No				
<b>91. Número de personas que tiene a su cargo:</b>	Entre 1 o 2 __ Entre 3 y 5 __ Entre 5 o más __ No tiene personas a cargo __			<b>92. ¿Está usted pensionado?</b>		Sí	
						No	
<b>93. ¿Aparte del apoyo alimentario de la Pastoral Social usted recibe algún subsidio o ayuda por parte del gobierno o institución?</b>	Sí	<b>94. En caso de que la respuesta anterior sea afirmativa ¿Cuál ayuda recibe?</b>	Subsidio del adulto mayor __ Familias en acción __ Bono alimenticio __ Bono por discapacidad __ Otro __				
	No						
<p><b>Nota:</b> En concordancia con la Ley 1581 de 2013 la información suministrada por usted será confidencial y únicamente para fines académicos de la presente investigación; así mismo estos datos serán conocidos por cada una de las parroquias relacionadas en la presente investigación. Por lo tanto, usted puede contar con que su información no será suministrada a terceros diferentes de los investigadores, la Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca y las parroquias San Efrén, San Eugenio y San Pedro Claver de la Diócesis de Fontibón.</p>							
<b>GRACIAS POR SU COLABORACIÓN</b>							



