



Revista de Salud Pública

ISSN: 0124-0064

revistasp\_fmbog@unal.edu.co

Universidad Nacional de Colombia

Colombia

Garzón-Duque, María O.; Morales-Erazo, Alexander; Narváez-Eraso, Carmen O.; Jurado-Fajardo, Daniel M.; Carlosama-Rosero, Yeison H.; Benavides-Melo, Carmenza J.; Acosta-Jurado, Diana C.; Delgado-Bravo, Adriana I.

Percepciones de un grupo de epidemiólogos en formación acerca de su propia vejez

Revista de Salud Pública, vol. 19, núm. 6, noviembre-diciembre, 2017, pp. 780-786

Universidad Nacional de Colombia

Bogotá, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=42255989009>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal  
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

# Percepciones de un grupo de epidemiólogos en formación acerca de su propia vejez

Perceptions about their own old age from the perspective of a group of epidemiologists in training

María O. Garzón-Duque, Alexander Morales-Erazo, Carmen O. Narváez-Eraso, Daniel M. Jurado-Fajardo, Yeison H. Carlosama-Rosero, Carmenza J. Benavides-Melo, Diana C. Acosta-Jurado y Adriana I. Delgado-Bravo

Recibido 30 septiembre 2016 / Enviado para modificación 12 mayo 2016 / Aceptado 10 agosto 2017

## RESUMEN

MG: Admón. Salud Gestión Sanitaria y Ambiental. M. Sc. Epidemiología. Ph. D(c). Epidemiología y Bioestadística. Universidad CES, Medellín. Colombia.

*mgarzon@ces.edu.co*

AM: MD. Esp. Medicina Interna–Geriatra. M. Sc. Epidemiología. Fundación Cometa, Pasto. Universidad Cooperativa de Colombia, Pasto. Colombia.

*alexandermoraleserazo@gmail.com*

CN: Enf. Esp. Cuidado del paciente en estado crítico. M. Sc. Epidemiología. Universidad Mariana, Pasto. Colombia.

*cnarvaez@umariana.edu.co*

DJ: Biol. M. Sc. Epidemiología. Centro de Estudios en Salud. Universidad de Nariño. Pasto. Colombia. *danieljuradof@gmail.com*

YC: MD. Esp. Anatomía Patológica. M. Sc. Epidemiología. Universidad Cooperativa de Colombia. Pasto, Colombia.

*yeharca@hotmail.com*

CB: MV. Esp. Medicina Interna de Pequeños Animales. M. Sc. Epidemiología. Universidad de Nariño, Pasto. Colombia.

*benavidesmelo@gmail.com*

DA: MV. M. Sc. Epidemiología. Corporación para el Desarrollo Sostenible del Sur de la Amazonía (Corpoamazonía), Amazonas. Colombia. *diaca\_000@hotmail.com*

AD: Esp. Cuidado del paciente crítico. M. Sc. Epidemiología. Universidad Cooperativa de Colombia. Pasto, Colombia.

*adriana.delgadob@campusucc.edu.co*

**Objetivo** Explorar desde la mirada de un grupo de epidemiólogos en formación, las percepciones sobre su propia vejez.

**Material y Métodos** Estudio exploratorio, cualitativo - descriptivo, en el cual se hizo aplicación de herramientas etnográficas: observación, diario de campo y entrevista grupal (GF).

**Resultados** El grupo consensuó que programarse para llegar a una vejez funcional y digna es importante, a pesar de las desfavorables y adversas condiciones actuales, reconociendo que no todos lograrán llegar a ella, y que es menos común en los jóvenes pensar y planear su propia vejez, y menos trabajar con y para los viejos. Los significados sobre vejez más frecuentemente referidos por el grupo contienen la palabra “etapa”, en cuyo concepto y cuidados se reflejan los altos estándares deseados a nivel individual. Se puso de manifiesto que los hogares para ancianos son necesarios, pero que los servicios prestados son diferenciados pues “la economía determina la atención para el anciano”.

**Conclusión** La reflexión acerca de la percepción de la propia vejez, para el grupo de epidemiólogos en formación, ayudó a visualizar sus inquietudes, miedos, expectativas y a reflexionar acerca de su responsabilidad y posibilidades en el aporte de evidencia científica que permita planear y tomar decisiones acertadas para un envejecimiento y vejez dignas de la población nariñense.

**Palabras Clave:** Anciano; investigación cualitativa; envejecimiento; epidemiología; percepción; salud pública (*fuente: DeCS, BIREME*).

## ABSTRACT

**Objective** Exploring, from the perspective of a group of epidemiologists in training, the perceptions about their own old age.

**Material and Methods** Exploratory, qualitative-descriptive study, in which ethnographic tools were applied: observation, field diary and group interview (GF).

**Resultados** Explored from the perspective of a group of epidemiologists in training. The group agreed that to plan to reach a functional and decent old is important, despite the current unfavorable and adverse conditions, recognizing that not all will reach there, and it is less common for young people to think and plan their own old age, and even less work with and for the elderly. The meaning of aging most often mentioned by the group contain the word “phase”, in which concept and care reflect the high standards desired individually. It became clear, that nursing homes for old age people are necessary, but the services provided are differentiated since “the economy determines the care for the elderly”.

**Conclusion** Reflecting on the perception of old age itself, for the group of epidemiologists in training, helped visualize their concerns, fears, expectations, and to reflect on their responsibilities and possibilities in providing scientific evidence to plan and make sound decisions for a dignified old age and aging of the population from Nariño.

**Key Words:** Aged; qualitative research; aging; epidemiology; perception; public health (*source: MeSH, NLM*).

**L**a vejez y envejecimiento han sido estudiados desde diferentes disciplinas (1), con enfoques cuantitativos y con el anciano como sujeto de investigación, con énfasis desde la perspectiva biomédica. Sin embargo, el envejecimiento es de tal complejidad, que es necesario incorporar otros diseños investigativos (2) desde lo comprensivo, por esta razón, se vienen incorporando herramientas investigativas cualitativas que permiten considerar la trayectoria vital de las personas mayores como procesos continuos, con carácter dinámico y multidimensional (3) con tendencia a un envejecimiento exitoso (4).

Las percepciones de personas más jóvenes sobre la vejez, surgen del cuestionamiento y afrontamiento psicológico, basados en un constructo de experiencias vividas en su entorno familiar, de particularidades en su ciclo de vida, y del conocimiento y formación académica.

En Colombia, son comunes las percepciones negativas, que se expresan en fenómenos como ageísmo y gerontofobia, basados en estereotipos y mitos sociales que impiden aceptar y actuar positivamente frente a la vejez, y redundan en exclusión y marginación. Paradójicamente, los profesionales de la salud están contagiados por esta visión peyorativa, generando una actitud confusa frente al envejecimiento, creando discrepancias conductuales, valoraciones incompletas y subestimación de síntomas (5).

En lo que tiene que ver con el sur del país, el departamento de Nariño, podría tener rasgos distintivos, situación que orienta necesidades de abordar la problemática de manera responsable y ordenada.

En este contexto, la percepción que tienen, los epidemiólogos en formación es fundamental, pues están encargados de generar evidencia que permita tomar decisiones más informadas sobre el tema dentro de su región, considerando condiciones de salud y vida de la población anciana. Este estudio realiza un análisis comprensivo del envejecimiento y vejez, que aporte al análisis epidemiológico del fenómeno, dando un paso hacia la humanización del cuidado del adulto mayor, y al estudio integral de una realidad que desborda la mirada desde un solo enfoque.

## MÉTODOS

Se realizó un estudio exploratorio, cualitativo-descriptivo, aplicando herramientas etnográficas: observación, diario de campo y entrevistas grupales (GF), para explorar desde la mirada de un grupo de estudiantes de Maestría en Epidemiología, la percepción de su propia ve-

jez, teniendo en cuenta la definición de envejecimiento como «proceso de cambios que inician desde el nacimiento y se acentúan con el avance de los años» y la vejez como «una etapa más del ciclo vital». Se compartió percepciones acerca del significado, comportamiento y/o conductas que contribuirán a la proyección del propio envejecimiento, experiencias acerca de centros de cuidado del adulto mayor, y finalmente la contribución de la epidemiología al envejecimiento exitoso.

### Criterio de validez y calidad

El conocimiento previo de los participantes del estudio (1,5 años) y la devolución de datos en forma constante permitió la concertación y consenso respecto al tema. El grupo de participantes validó dichos consensos manifestando su aceptación. Durante la recolección de datos, siempre se mantuvo el respeto por opiniones ajenas y se declaró la confidencialidad en la información suministrada.

### Participantes

Participaron 12 estudiantes de la maestría en epidemiología de una Universidad Colombiana. Los participantes manifestaron tener disponibilidad para compartir abiertamente sus percepciones frente al propio envejecimiento. La actividad académica fue coordinada, planeada y supervisada por la docente responsable del curso fundamentos de investigación cualitativa.

### Técnicas e instrumentos

Las técnicas empleadas fueron concertadas previamente, con asignación de roles y asesoría técnica de la docente responsable. Después de obtener el consentimiento voluntario, verbal y escrito de los participantes, un estudiante de la maestría experto en geriatría, realizó la introducción de la temática. Instrumentos utilizados: guía de grupo focal, carteles de consenso, hojas de respuesta y guía de observación.

### Observación

Dos estudiantes, se ubicaron fuera del grupo focal, para registrar en diario de campo el lenguaje verbal y no verbal más relevante de las intervenciones de cada participante. Se tomó registro fotográfico, previo consentimiento de los participantes.

### Entrevista

El moderador fue seleccionado por su capacidad comunicativa y aceptación en el grupo, creando una atmósfera

de confianza entre quienes ya venían compartiendo experiencias académicas y sociales. Las entrevistas fueron grabadas y transcritas textualmente.

### **Carteles de Consenso**

En ellos se registraron acuerdos, consensos generales y desacuerdos, por parte del experto temático, quien no cambiaba de tema hasta consensuar con el grupo.

### **Diario de campo**

Elaborado por el observador principal, registrando gestos, dinámica del grupo, ambiente físico, consensos, descripción realizada por el experto, e intervenciones del moderador.

### **Consulta de fuentes secundarias**

La revisión bibliográfica actualizada sobre envejecimiento a nivel mundial, nacional y local, permitió contextualizar el problema y la intervención del experto, y moderador, facilitaron la redacción del artículo.

### **Socialización de resultados**

Actividad realizada como finalización del grupo focal, y se ejecutó por parte de un segundo moderador preparado previamente. Se complementó con el análisis inicial de datos, realizado en una jornada de tres horas, con subgrupos de trabajo del grupo en pleno. Al final de la jornada cada subgrupo presentó los avances del análisis realizado.

### **Análisis de la información**

Con herramientas analíticas de la teoría fundada y la etnografía, se realizó codificación abierta y axial. La triangulación de técnicas se realizó teniendo presente, los temas preliminares de análisis, que fueron descritos en apartes anteriores. Los análisis fueron realizados por subgrupos. Estos, se rotaron los resultados para realizar los ajustes, y complementar los contenidos de cada tema preestablecido para el estudio.

### **Aspectos Éticos**

El estudio se ajustó a las normas internacionales sobre ética en la investigación humana, especialmente a la declaración de Helsinki. Este estudio se clasifica como una investigación «sin riesgo». Se atendió el principio de autonomía, explicando y presentando el consentimiento informado a cada participante, que estuvo en libertad y tranquilidad de retirarse en cualquier momento del estudio. Se mantuvo el principio de confidencialidad y veracidad en relación con la información obtenida.

No se presentaron conflictos de interés. El proyecto fue aprobado por el Comité Institucional de Ética de la Universidad CES.

## **RESULTADOS**

### **Significados sobre la vejez**

Un participante refiere: «...la vejez es como cada uno la percibe» (M11). Para el grupo en general la vejez es una «...etapa normal, y final de la vida, acompañada de limitaciones fisiológicas y madurez, que culmina con la muerte, como proceso fisiológico que todos tienen que pasar» (M8), «...es como haber cumplido todas las etapas de la vida, donde se culmina con una madurez psicológica, una madurez total» (M10), «...es un momento para mirar la autorrealización, si hemos logrado lo que realmente nos hemos planeado» (H2), además de ser una «...etapa de aportes para la familia, para la sociedad, algo positivo» (H4).

También es percibida como una etapa para las metas, que durante la vida laboral no se pudieron realizar (H12). «Es una etapa sobretodo de descanso, sin decir que sea ocio» (H9), de compartir y vivir experiencias, «dedicada a lo que les gusta y apasiona» (H9), «uno no debe dejar de hacer cosas por el hecho de que tenga 70, 80 años» (H6).

Para otros participantes, la vejez es considerada como una «etapa de deterioro físico y probablemente mental» (M10), «... una etapa final de la vida en donde se han perdido la mayoría de funciones orgánicas de nuestro cuerpo» (H2), y «finalmente la muerte» (M1). Desde el pesimismo se percibe como una «etapa donde se acaba la salud, la belleza y la paz,...a esa edad uno ya no tiene ni esa tranquilidad ni esa paz» (3M), y aunque «es una etapa que todos somos llamados a vivirla,...unos cuantos serán los que realmente la viven» (H4). En consenso se plantea que la vejez hay que aceptarla y «trae afanes y oportunidades, requiere adaptarse a los cambios para ser feliz y estar bien» (M7).

### **Consideraciones sobre la propia vejez**

Los epidemiólogos en formación manifiestan que desean «una vejez funcional y digna, aportando a la vida intelectual» (M11), en compañía de la familia, pero también reflexionan: «hoy como está la situación, es muy difícil... yo quisiera estar con personas de mi edad, de pronto ellos «la familia me visiten cuando tengan tiempo» (H12). La reflexión también parte de reconocer la vulnerabilidad, pues «...en esta etapa el ser humano es muy vulnerable y el acompañamiento es muy importante» (M8). También es una preocupación actual, la «búsqueda de la salud física y mental para tener una vejez activa,...adoptando hábitos saludables como hacer deporte y comer bien» (M11).

De igual forma, se desea una situación económica estable «con jubilación» (M7), «tener una casa, un sitio en donde pueda estar tranquilo» (H6), que permita disfrutar lo construido, con tranquilidad y felicidad, pues «la felicidad es básicamente como la tranquilidad, emocional y económica. Sabiendo que hice mi trabajo» (H9). Uno de los participantes

se ha «planteado tener una vejez exitosa, para lo cual se ha ido colocando metas» (H2), alguien más expresa que aunque tiene unos años, «su vejez será positiva, y algo bueno porque así lo programó» (H4).

El grupo refirió, además que se vienen preparando con actividades como leer, pintar, compartir con los animales y la naturaleza, «vivir en el campo, tener una huerta» (H9), para vivir con satisfacción en tranquilidad y armonía.

Tres participantes no habían considerado como sería su vejez, aunque ven «complicado hacer realidad lo que sueñan, respecto a la vejez, en el entorno en que viven» (M10), además de considerar que es caer en el conformismo, pensando: «esa edad me va a limitar tanto, que entonces no disfrutaré, no tendré las mismas capacidades que tengo ahora» (H5) y de manera fatalista: «en la vejez no vemos más que una enfermedad» (H5). Sin embargo, el grupo en consenso manifiesta que: «pensar en el futuro (vejez) es inherente a todo ser humano y programarse es importante, si se siembra se cosecha» (M7).

### **Experiencias de vida, para un envejecimiento exitoso**

Manifiestan conocer los factores de riesgo y factores protectores que influencia su vejez y algunos consideran que es más importante vivir bien el presente que pensar en el futuro, manifestando abiertamente «las cosas que hago, las hago para hoy» (M3), pues «de todas maneras influirá directamente en la vejez, inclusive cosas negativas como fumar» (H5). Entendiendo la necesidad de adaptarse a los cambios fisiológicos que vendrán, y tener estilos de vida saludables.

Pese a que en general, los participantes son profesionales del área de la salud, algunos refirieron que por el trabajo que realizan «no se están preparando para la vejez como quisieran, ya que la jornada laboral es ardua, no se alimentan bien y hacen poco ejercicio, por lo que temen enfermar en la vejez» (M10). Un participante resalta la importancia de forjar el carácter para no dejarse influenciar y entrar en conflictos (estereotipos), por lo que creen «es necesaria la preparación psicológica para asumir la vejez como una etapa normal» (M7), y en ese sentido se considera importante mantener el cerebro activo, a través del estudio permanente, a pesar del estrés que genera: «nunca dejaré de estudiar» (M8), aunque se resalta la importancia de llevar una vida tranquila y sin estrés.

En consenso consideraron importante lo económico, como un determinante de la calidad de vida en la vejez, hacer capital, pagar una pensión y en lo posible hacer empresa, no depender de entes gubernamentales o de terceros. Algunos refieren no estar a gusto con tener que entregar su dinero para el pago de pensiones y esperar un sueldo del gobierno, que es muy escaso y pobre para vivir en la vejez, por eso «se ha forjado lo que quiere para su vejez y construye

lo propio para garantizarse su vejez» (H4). Sin embargo, hay quien manifiesta: «la vida es pertinente vivirla en el momento» (H5), por eso no guarda nada, incluyendo las cesantías, que se gasta anualmente, pues no se tiene confianza en el gobierno como garante de lo que podría ser su estabilidad en la vejez, «lo que se hace, debe hacerse en el ahora no proyectándose mucho a futuro, antes proyectaba mi vida hasta los 30 años, ahora la estoy proyectando hasta los 40 años» (H5).

Respecto de los factores protectores, manifestaron «yo ya estoy actuando sobre mi vida con hábitos saludables, siendo espiritual y cultivándome como persona, estando tranquila y en paz conmigo misma y con los demás» (M11), «viajar y realizarse exámenes médicos como medida preventiva» (M11).

### **Percepciones sobre los centros de atención al adulto mayor «asilos de ancianos»**

Algunos consideraron que tal como están concebidos en la actualidad y para su región, no constituyen una opción de bienestar, manifiestan expresiones de descontento como: «no es una opción» (M7), «es cruel para los que tienen familia» (M1), otros consideraron que «es un lugar para los que no tienen quien se encargue de ellos» (M3) y «es injusto llevar a los ancianos a este lugar sin dar valor a lo que aportaron en vida» (M8) y es una situación deprimente que limita sus potencialidades (M7).

De otro lado, se reconoce que son lugares necesarios, «existen y no se pueden evitar» (M11), pero «los servicios prestados difieren por el factor monetario» (M10), pues «la economía determina la atención para el anciano, algunos van a acilios del estado que son económicos, mientras que los que tienen un nivel económico alto van a lugares mejores» (M3).

El grupo en general manifestó inconformidad y desacuerdo con respecto al término «asilos de ancianos», se plantea la necesidad de cambiar el nombre de “asilo” por “hogar” (H12), «acabar con la imagen de que es lugar de abandono» (H9). Estos sitios deben acondicionarse para favorecer la calidad de vida de los adultos mayores, para convertirse en espacios de disfrute sin desvincularse de la familia (asistencia por horas o días), pues «así como hay guarderías para los niños, para los adultos mayores también debería haber esta opción, mientras los hijos o los nietos trabajan, los adultos podrían estar en un lugar agradable con todas las comodidades, donde tienen con quien hablar y compartir con personas de su misma edad, donde se sientan respetados, tenidos en cuenta, y que no se consideren como un estorbo o que los traten con indiferencia» (H12).

Se deben generar políticas para desarrollar actividades grupales, «las políticas deberían apuntar a eso, grupos de ancianos fortalecidos» (H4), además de vincularlos en actividades laborales, por ejemplo, de niñeros o apadrinamiento de perros, «buscar comodidad sin tanta plata» (H5).

## Aportes del epidemiólogo al envejecimiento exitoso de la población Nariñense

El primer paso sería realizar un estudio de caracterización de adultos mayores en la región, evaluando su salud física y mental, estilos de vida para identificar factores de riesgo, y protectores, que aporten al diseño de políticas públicas para vivir una vejez con dignidad. Estudiar las causas de las causas: «Qué es lo que hace culturalmente que no tengan estilos de vida saludable pese a que todos conocen sobre factores de riesgo» (H9). Otros consideran «necesario estudiar la salud de los niños para ver su futuro», ya que «se mejora la salud de los ancianos si se trabaja en los niños» (H4, H6), y también «explorar experiencias exitosas en otros países para ver cuáles son aplicables en nuestra región y buscar comodidad sin tanto dinero» (H5).

Realizar Investigación comunitaria con los grupos que realizan actividad física, «para comprender las bondades de estos espacios» (H9). Es importante avanzar en un proceso que desmitifique la percepción que ve al adulto mayor como una persona que no sirve, rescatando todos sus valores, experiencia y su sabiduría, además de sus capacidades para aportar en la construcción y mantenimiento de una sociedad más estable.

## DISCUSIÓN

Los conceptos de vejez y envejecimiento, abordados a través del tiempo en distintas culturas y diferentes ópticas, van desde el rechazo a la condición de ser viejo, hasta actitudes protecciónistas (6).

Marco Tulio Cicerón en Roma (106- 43 AC), con su personaje Catón el viejo, expresa: «sus famosas razones para no renegar de la vejez y aceptarla como una etapa más de la vida, rica en dones y placeres» (7). Propone un tratado de «gerogogía», como debería llamarse al arte de enseñar y aprender a envejecer (8).

Sir. William Osler, en la modernidad, sugería, que hombres mayores 40 años eran inútiles, y que los 60 años eran el límite en el cual debería declararse la «muerte social» de una persona, quien debería ser obligada a retirarse para meditar durante un año antes de «una pacífica partida mediante el cloroformo» (9). Lo anterior recrea posiciones diversas sobre la vejez, que en la actualidad se siguen presentando.

El envejecimiento poblacional, es un fenómeno nuevo en la historia, que implica cuestionamientos como la perspectiva y aspiraciones sobre la propia vejez del individuo. Razón por la cual, anhelar una vida prolongada es una ambición interna e individual; no obstante en la antigüedad se recreaba el mito de Eos y Titono (10), que plantea el dilema de la «vida eterna» vs la «eterna juventu-

tud». En lenguaje moderno se denominan; «dar años a la vida o vida a los años» (11).

Los participantes en el grupo focal refirieron diferentes puntos de vista sobre «significados de la vejez», con posiciones que consideran que «la vejez es como cada uno la percibe», lo cual tiene sentido, considerando que la auto-percepción de salud es una medida bien establecida y útil en investigaciones geriátricas, por su valor predictivo sobre calidad de vida y morbi-mortalidad (12), y si además se considera que desde la resiliencia, la propia visión del anciano, no es pesimista, tienden a minimizar las consecuencias negativas de sus enfermedades (13).

No obstante los epidemiólogos en formación también plantearon que la vejez es una etapa de aportes a la sociedad y familia, ideas congruentes con la «teoría de la continuidad», Robert Atchley (1971,1972), quien expresa que la calidad del envejecimiento está condicionada por experiencias de vida de individuos que representan fuente de enseñanzas inestimables (14). Desde el concepto de «gerotrascendencia», visto como integración del pasado, presente y futuro, es importante el legado del anciano hacia su descendencia y a la sociedad (15).

Se hizo referencia a la senectud como una etapa «donde se ve la autorrealización», relacionada con estrategias de ajuste o afrontamiento y mecanismos de defensa, particularmente la «auto aceptación», donde el adulto mayor aprende a quererse y valorarse, siendo ésta una «respuesta madura», constituida como factor protector en relación al estado de salud física y psicológica (13).

También refirieron los participantes, aspectos menos positivos como «etapa de no disfrute donde se acaba la salud, la belleza y la paz», justificada para quienes la vejez es un proceso de declinación, repleto de pérdida de funciones sensorio motoras como consecuencia del deterioro progresivo del cuerpo humano (16).

En lo que tiene que ver con consideraciones sobre la propia vejez, predominó la visión del envejecimiento exitoso, resaltando lo valioso de alcanzar en edades avanzadas una buena salud física, psicológica, y bienestar social y económico. El «optimismo», definido como expectativa o creencia de que ocurrirán cosas positivas, es considerado un rasgo de personalidad protector que favorece la salud y el bienestar (17).

Algunos participantes expresaron «es complicado hacer realidad lo que soñamos respecto a la vejez en el entorno en que vivimos», «en la vejez no vemos más que una enfermedad», siendo ésta una postura respetable, entendiendo situaciones como: jubilación, pérdida de seres queridos, nido vacío, enfermedad crónica, discapacidad, dependencia y cercanía a la muerte. Estos aspectos, aunados a estereotipos sociales, hacen abrumadora la carga del en-

vejecimiento para algunos individuos, como generadora de crisis o «fracaso» en la vejez (18).

Al explorar el tema «experiencias de vida, para un envejecimiento exitoso», en general, los participantes reconocieron factores relacionados con estilos de vida saludable. No obstante, algunos se lamentan de no poder cultivarlos, dadas las exigencias laborales, que frustran este propósito, y aunque antes, la edad se mencionaba como un factor de riesgo para diversas condiciones, no modificables, esta noción ha cambiado. Aunque no existe ninguna intervención que retarde el envejecimiento, se puede llegar a edades avanzadas en mejores condiciones, como plantea la teoría de restricción de morbilidad, que proyecta extender la porción saludable del ciclo de vida al máximo (19). Se ha planteado también como una cuestión de responsabilidad individual y colectiva, que cada persona puede y debe intervenir, en su proceso de envejecimiento (20).

Las primeras expresiones sobre envejecimiento exitoso, estaban más ligadas al concepto biomédico de ausencia de enfermedad, sin embargo, los participantes, refirieron «la importancia de hacerse exámenes médicos como medida preventiva». No obstante, la investigación en envejecimiento activo ha revelado que este concepto va más allá de no estar enfermo, y se ha encontrado varios predictores multidominio, como variables psicológicas, intelectuales, de personalidad y motivacionales (21), que fueron mencionadas por algunos participantes, como preparación psicológica para enfrentar crisis de ciclo de vida de la senectud, y preparación académica permanente como factor protector de deterioro cognitivo (22), solidez e independencia económica y la espiritualidad como factor protector, y se ha demostrado que esta última se relaciona con hábitos de vida saludable (23).

De lo anterior se consensuó con el grupo, un conocimiento de factores relacionados con lograr una buena vejez, de acuerdo con la premisa «todo lo que hace un individuo de forma consciente o inconsciente, es prepararse para edades longevas». Llama la atención que no se mencionó el sentido de satisfacción de vida, entendiendo que esta se menciona últimamente como clave para lograr una vejez óptima (21).

En lo relacionado con «percepciones sobre los asilos de ancianos», los participantes tuvieron una opinión ambivalente, desde quienes manifestaron que esta «no es una opción», «es cruel para los que tienen familia», «allá van los ancianos abandonados», hasta quienes consideraron que son necesarios. También se hizo énfasis en el mal concepto sobre asilos, pues de acuerdo a la literatura, es mejor llamarlos hogares de ancianos (11).

Si es posible es mejor el cuidado del adulto mayor con su familia, donde emocionalmente recibe lo que

jamás podrían brindarle otros establecimientos. Pero, cuando la carga de comorbilidad y discapacidad es pesada, una forma de alivio para los cuidadores que puede mejorar la calidad de vida del anciano, es recurrir a la institucionalización (25).

Los participantes mencionaron diferentes niveles de calidad de hogares de ancianos y la oportunidad de ingreso a los mejores, dada por el respaldo económico disponible. En Colombia se ha evidenciado una mayor frecuencia de depresión en adultos institucionalizados en hogares geriátricos (26).

Como epidemiólogos en formación, es crucial abordar diferentes problemáticas, planteando soluciones, y por ello se exploraron los «aportes del epidemiólogo al envejecimiento exitoso de la población Nariñense». Se hizo énfasis en dos aspectos: investigación de base para caracterizar al anciano nariñense e identificar problemas y determinantes. Si bien las investigaciones son escasas, en 2014 se obtuvieron resultados del primer estudio poblacional sobre «valoración multidimensional de personas mayores de 60 años en la ciudad de Pasto» (27), pero es necesario avanzar desde la epidemiología.

También se propone trabajar un cambio en la percepción social sobre el adulto mayor, como aspecto fundamental del epidemiólogo en relación al envejecimiento, dado que muchos problemas de individuos ancianos colombianos parten de la ausencia de una cultura hacia la tercera edad y que el país no se encuentra preparado para asumir el envejecimiento poblacional (28). Se debe partir de experiencias previas que han identificado los componentes de independencia, seguridad socioeconómica y redes de apoyo social como elementos claves en la calidad de vida del anciano (29) ↗

**Conflictos de interés:** Ninguno.

## REFERENCIAS

- Godínez HM, Aguilón Y. El derecho a la asistencia social como parte del envejecimiento. El caso de Mexico. *Democr Derechos*. (Buenos Aires); 2014, (3) 6: 71-88
- Lehr U. Procesos de envejecimiento: la necesidad de investigación longitudinal interdisciplinaria y transcultural. *Rev Latinoam Psicol*. 2002; 34(1-2): 29-40.
- Pallombaro R. Recomendaciones para realizar investigaciones sobre redes de apoyo y calidad de vida: estudios cualitativos y cuantitativos [Internet]. CEPAL; 2003 [citado 15 de julio de 2015]. Disponible en: <https://goo.gl/uGBtTw>.
- Organization WH, others. A strategy for active, healthy ageing and old age care in the Eastern Mediterranean Region 2006-2015. [Internet]. 2006 [citado 15 de julio de 2015]. Disponible en: <https://goo.gl/7Qs5MS>.
- Alvarado A, Salazar-Maya A. Experimentando el rechazo y las decepciones del sistema de salud durante la experiencia de dolor crónico en el envejecimiento. *Rev. Salud Pública (Bogotá)*. 2015; 17(3): 450-62.

6. Martínez MP, Polo ML, Carrasco B. Visiones históricas del concepto de vejez desde la edad media. *Cult Los Cuid.* 2002; 6(11): 40–6.
7. Lolas SF. Reseña de "Senectude" de Marco Túlio Cicerón. *Acta Bioet.* 2001; 7(1): 184-6.
8. Peris - Pascual MD. Gerogogia, una pedagogía para la etapa post laboral: *Educar.* 1986; 9: 135-142.
9. Matijasevic E. De Senectute. *Acta Medica Colomb.* 2013; 38(4): 199–202.
10. Graves R. *The Greek Myths.* Londres: Penguin Books. 1960. 149-150.
11. Gómez JF, Curcio CL. *Salud del anciano: valoración.* 1 st. Manizales: Blanecolor; 2014.
12. Cerquera A, Flórez L. Autopercepción de la salud en el adulto mayor. *Rev Virtual Univ Católica Nort.* 2010; 31: 407–28.
13. Aguerre C, Bouffard R. Envejecimiento exitoso: teorías, investigaciones y aplicaciones clínicas. *Rev Asoc Colomb Gerontol Geriatr.* 2008; 22(2).
14. Merchan E, Cifuentes R. Teorías psicosociales del envejecimiento. [Internet]. [citado 15 de julio de 2015]. Disponible en: <https://goo.gl/qpDKQU>.
15. Salazar-Villanea M. Identidad personal y memoria en adultos mayores. *Actual En Psicol.* 2007; 21: 1–37.
16. Fernández-Ballesteros R. La psicología de la vejez [Internet]. Encuentros-multidisciplinares. 1997. [citado 15 de julio de 2015]. Disponible en: <https://goo.gl/36ohiw>.
17. Remor E, Amorós M. El optimismo y la experiencia de ira en relación con el malestar físico. *An Psicol.* 2006; 22(1): 37-44.
18. Lozano CA. El movimiento, el tiempo y la vejez. *Crisis de la existencia. Universidades.* 2009; 59(41): 33-7.
19. Fort AT. State of the Art in Anti-Aging Trends. *Clinisc Geriatr Med.* 2011; 27:507–522.
20. Francke L, Gonzalez B, Lozano L. Envejecimiento exitoso, una tarea de responsabilidad individual. *Rev. Med. Ama y trasciende adultos mayores en acción.* [Internet] México; 2011. [citado 30 de Julio 2015]. Disponible en: <https://goo.gl/XP8imf>.
21. Fernández-Ballesteros R, Zamarron MD, Lopez MD. Envejecimiento con éxito: criterios y predictores. *Psicothema.* 2010; 22(2): 641-7.
22. Duncan G W. The Aging Brain and Neurodegenerative Diseases. *Clinisc Geriatr Med.* 2011; 27: 629-644.
23. Larzelere M, Campbell J. Psychosocial Factors in Aging. *Clinisc Geriatr Med.* 2011; 27: 645-660.
24. Brigueiro M. "Envejecimiento exitoso" y "tercera edad": Problemas y retos para la promoción de la salud. 2005; 23(1): 102-9.
25. Sansoni J, Anderson K H. Caregivers of Alzheimer's patients and factors influencing institutionalization of loved ones: some considerations on existing literature. *Ann Ig.* 2013; 25: 235-46.
26. Borda M, Torrez A. Depresión en adultos mayores de cuatro hogares geriátricos de Barranquilla (Colombia): prevalencia y factores de riesgo. *Salud Uninorte.* 2013; 29(1): 64-73.
27. Rosas G, Morales A. Factores multidimensionales de las personas mayores de 60 años de la ciudad de Pasto. *CEI boletín informativo.* 2014; 1:75-6.
28. Nieto M L, Alonso M L. ¿Está preparado nuestro país para asumir los retos que plantea el envejecimiento poblacional? *Salud Uninorte.* 2007; 23(2): 292-301.
29. Cardona D, Estrada A. Calidad de vida y condiciones de salud de la población adulta mayor de Medellín. *Biomédica.* 2006; 26: 206-15.