

Envejecimiento en comunidades campesinas: proyecto envejecer en el campo¹

José Fernando Gómez, M.D.², Carmen Lucía Curcio³, John Ericson Orjuela⁴,
John Jairo Ramírez⁵

RESUMEN

Hay pocos estudios en comunidades de ancianos campesinos en Latinoamérica. El propósito de este estudio fue describir las características de la población anciana del área rural de un municipio cafetero, en cuanto a estructura demográfica, autopercepción de salud, presencia de caídas y sus consecuencias. El estudio fue descriptivo y de corte transversal. Un cuestionario precodificado y una guía de observación se usaron en personas campesinas mayores de 60 años. Se escogieron al azar 106 ancianos (43% mujeres y 57% hombres). La edad promedio fue 70.2 años (DE 7.52); 94.2% tenían <5 años de educación. La mitad de las mujeres referían sentirse saludables, contra sólo un tercio de los hombres. La autoevaluación en salud fue 25% buena y muy buena, apenas en 15% mala y el resto término medio. En el año anterior 37.6% tuvieron una caída, en 11.4% hubo lesión y en 8.5% fracturas. El promedio de caídas fue 2.88 (DE 3.47) que causaron discapacidades a 28.5% en las actividades básicas cotidianas (ABC) físicas (caminar) y a 31.4% en las ABC instrumentales (oficios en casa). Casi 70% de la muestra refirió mucho miedo a caer. El bajo nivel educativo es un factor de riesgo importante en estos ancianos campesinos. El porcentaje de caídas es semejante pero el miedo a caer, las fracturas y las discapacidades en las ABC y ABCI son mayores si se comparan con otros estudios.

Palabras claves: Ancianos campesinos. Geriatria. Envejecimiento. Salud. Caídas. Discapacidad.

Colombia fundamentalmente ha sido un país agrícola y los distintos modelos de desarrollo que se han puesto en marcha, desde hace varias décadas, han cambiado, no siempre en la vía correcta, la vida del campesino. Se puede decir que, en general, las fluctuaciones de la economía son la constante, con períodos de crecimiento como durante las bonanzas cafeteras de 1974 y 1986 y como al finalizar la década de 1980 otros de depresión¹.

Mientras en las ciudades el índice de pobreza según las necesidades básicas insatisfechas (NBI) fue 24.4% en 1992, en el área rural fue 62.2%, y a pesar de su ostensible mejoría en la región cafetera durante la década pasada, a consecuencia de las polí-

ticas neoliberales, la pobreza en la actualidad ha aumentado en estas zonas, fundamentalmente por la caída internacional de los precios del café. Los estudios de población rural en la década anterior muestran cómo persiste la pobreza en términos de hogares y personas, ha disminuido la pobreza absoluta (marginados) respecto a la totalidad de los pobres, pero con un aumento de la pobreza general y una disminución sostenida de la población campesina¹. La relación entre bajo ingreso y pobre salud se halla claramente establecida; las malas condiciones del ambiente en que se vive o el estilo de vida en zonas deprimidas y pobres pueden ser deletéreas para la salud².

Dentro de los grupos de riesgo

definidos, los ancianos representan un grupo poblacional expuesto a gran cantidad de factores de riesgo³. Si a la condición de ser viejos se le suma ser campesinos pobres, se puede plantear que presentan muchos más riesgos que los ancianos de zonas urbanas.

El objetivo de este proyecto es caracterizar la población anciana mayor de 60 años, de las veredas Llanogrande y Pan de Azúcar del municipio de Neira, departamento de Caldas, en cuanto a estructura demográfica, autopercepción de salud, presencia de caídas, y casi caídas en el último año y sus consecuencias en la ejecución de las actividades básicas cotidianas (ABC), asimismo, el grado de temor a caer. Las definiciones de caídas, casi caídas y temor a caer se tomaron del estudio FICSIT (Fragilidad y Lesiones: Estudios Cooperativos de Técnicas de Intervención. Este proyecto se desarrolló con el patrocinio de UNIR)⁴.

1. Este proyecto se desarrolló con el patrocinio de UNIR (Una Nueva Iniciativa Rural).
2. Profesor, Departamento Clínico Quirúrgico, Facultad de Ciencias para la Salud, Universidad de Caldas, Manizales.
3. Profesora, Departamento de Acción Física Humana, Facultad de Ciencias para la Salud, Universidad de Caldas, Manizales.
4. Estudiante de Medicina, Universidad de Caldas, Manizales.
5. Estudiante de Educación Física y Recreación, Universidad de Caldas, Manizales.

MÉTODOS

Neira es un municipio del centro del Departamento de Caldas, situado en la zona andina con una población total de 26,693 personas. Tiene 46% de moradores urbanos y 54% rurales. Los mayores de 60 años representan 8.06% de los habitantes, y de ellos 45% viven en el área rural.

En la vereda Llano Grande hay 3,724 habitantes y en Pan de Azúcar 4,123, con un total de 296 mayores de 60 años (3.8% de la población). Esta área pertenece al minifundio deprimido de la región andina (como 19.7% de los municipios colombianos) con predominio de minifundios menores de 5 hectáreas (71% de los predios) y explotaciones agrícolas en tierra de ladera, baja productividad y monocultivo de café (90% del área). Alrededor de tres cuartas partes de la población es pobre y la mitad presenta condiciones de miseria (pobreza absoluta)⁵.

Estas veredas se caracterizan, en cuanto a condiciones de salud, por baja accesibilidad a los servicios, falta de personal capacitado, grandes distancias y escasos programas sistemáticos de atención. Los principales problemas de salud en los ancianos son: respiratorios y cardíacos, hipertensión arterial, accidentes y violencia. En cuanto a las viviendas aproximadamente 40% carecen del servicio público de alcantarillado, falta la cloración del agua, hay un manejo inadecuado de basuras y no tienen artefactos sanitarios⁶.

Se tomaron por conveniencia 106 mayores de 60 años, y en entrevista personal se les aplicó una encuesta, el promedio de tiempo para cada encuesta fue 30 minutos, pero las distancias que se deben recorrer en la búsqueda de los ancianos, limitaron la agilidad del estudio; sin embargo, se pretendió entrevistar las 296 personas mayores de

60 años que viven en esta comunidad.

RESULTADOS

Al comparar los datos demográficos se observa que la distribución por sexos es semejante a la que aparece en el censo nacional del DANE (1993), con una cifra ligeramente mayor de mujeres (55.4% mujeres y 44.6% hombres). El promedio de edad de los encuestados (70.2 años, DE 7.52) es ligeramente menor que los de la ciudad (72 años, DE 8.12). Como se informa en Colombia y en todo el mundo, la población rural es más "joven" que la urbana⁷. La proporción de personas ancianas solteras es 5%, y es la misma para ancianos colombianos⁸. Se debe resaltar la cifra tan alta de ancianos con menos de 5 años de educación, 94.2%; el alto número de hijos, pues 74.2% tienen cuatro o más hijos, de los cuales 85.6% viven en la misma casa o son vecinos; el promedio de convivientes es 3.83.

En cuanto a autopercepción de salud, 50.9% de la mujeres y 37.5% de los hombres referían sentirse saludables; al calificar su propia salud 25% del total de la población la consideraba buena y muy buena, sólo 15% mala y el resto término medio; y al compararla con otras personas de la misma edad 85% se sienten igual o mejor.

Hubo una caída en el año anterior en 37.6% de los entrevistados, con una proporción ligeramente mayor en mujeres; la cifra de caídas con lesión fue 11.4% de las cuales 8.5% correspondían a fracturas. En cuanto a caídas recurrentes se encontraron en 93% de las mujeres y en 43% de los hombres. El promedio de caídas en el último año fue 2.88 (DE 3.47); a 28.5% de los ancianos las caídas les originaron discapacidad para realizar las ABC físicas (caminar) y

a 31.4% las ABC instrumentales (oficios en casa). Casi 70% de la muestra expresaron mucho miedo a caer, y apenas 19.3% manifestaron poco o ningún miedo.

DISCUSIÓN

Es importante destacar el porcentaje tan alto de ancianos con menos de 5 años de educación, que es la constante entre los ancianos campesinos de todo el mundo, inclusive en países desarrollados como Estados Unidos⁹. Esto por sí solo, constituye un factor de riesgo para desarrollar enfermedades y dependencia.

El alto número de hijos y convivientes se puede deber, como lo refiere la investigadora Virginia Gutiérrez de Piñeres¹⁰ a la costumbre ancestral en la cultura paisa de que los hijos permanezcan con la madre para cuidarla cuando sea vieja.

La autopercepción del estado de salud general constituye una de las principales mediciones de salud en los ancianos¹¹, y se correlaciona estrechamente con el número de síntomas informados, visitas al médico e ingestión de medicamentos. Además, la disminución en las ABC, está unida a una pobre percepción del estado de salud¹². Preguntar cómo percibe su salud, permite al evaluador hacer una apreciación global del estado de bienestar del anciano, no solamente físico, sino también mental y social. Llamó la atención que las mujeres en el área rural se sentían más saludables que los hombres. Un hallazgo constante durante todo este proyecto consistió en la mejor salud de las mujeres campesinas en comparación con los hombres. Como no hay una explicación clara de este fenómeno, se requiere un estudio más específico para definir los factores que pueden haber determinado estas observaciones.

En este estudio alrededor de la cuarta parte de los ancianos refirieron una buena o muy buena percepción de su salud a pesar de las dificultades económicas existentes. Es posible que el hecho de una actividad física constante, el mantenimiento de una ocupación y el continuar aún productivos sean las razones para este hallazgo. Si se compara con otro estudio¹³, es interesante destacar la pobre auto-percepción de salud entre ancianos campesinos estadounidenses al igual que un estado de salud más precario.

Como sucede con las poblaciones urbanas en los países en desarrollo, las redes de apoyo primarias, constituidas por la familia conviviente o vecina en términos relativos, son bastante fuertes^{14,15}. Esto garantiza la atención y el cuidado de ancianos en casos de enfermedad y discapacidades. Se mantienen las familias multigeneracionales y numerosas, que se insiste en la mejor estrategia preventiva para una institucionalización temprana, pues en caso de presentarse problemas, hay suficientes personas que pueden colaborar en atender y ayudar al anciano.

Las caídas se consideran uno de los gigantes de la geriatría, y sus consecuencias (fracturas, deterioro de la movilidad y pérdida de independencia), constituyen factores fundamentales de discapacidad y minusvalía. En Colombia representan 52% en las mujeres y 23% en los hombres, de las enfermedades debidas a trauma y violencia en mayores de 60 años¹⁶. Se estima que más o menos la tercera parte de las personas mayores de 65 años que viven en la comunidad, han tenido una caída en el último año¹⁷. La proporción de 37.6% en el último año está de acuerdo con este dato, pero es superior al número informado de caídas en campesinos

de países en desarrollo, donde las cifras de caídas oscilan entre 14% y 23%^{18,19}.

Llama la atención que en los que caen, 90% tuvieron caídas recurrentes, cantidad mucho más alta que la informada por Luukinen (6% en hombres y 14% en mujeres) en una población rural en Finlandia²⁰, lo que sugiere que los factores causales persisten y se deben llevar a cabo programas para prevenir las caídas, pues su principal consecuencia la representan las fracturas. En efecto, cerca de 5% de los que caen sufren una fractura y 1% fractura de cadera¹⁷. En este estudio se encontró un porcentaje muy alto de fracturas, lo que obliga a una investigación más amplia que permita conocer los mecanismos y causas de las caídas en esta población.

Alrededor de la mitad han tenido casi caídas, lo que sugiere dos situaciones: a) los ancianos campesinos poseen buenos mecanismos de equilibrio para evitar una caída al suelo y b) que los factores de riesgo para caer, como escaleras y mobiliario, son constantes entre la población campesina.

Otra consecuencia de las caídas, es el miedo a caer; más de dos terceras partes de los encuestados referían mucho miedo a caer; algunas explicaciones podrían estar en conexión con aspectos como la experiencia personal o con otros, como una caída con lesión, o con deterioro de los mecanismos de equilibrio, especialmente los relacionados con el sistema visual.

Los ancianos campesinos son un grupo que requiere una mayor atención de los agentes de salud, porque como muestra este estudio, tienen mayor cantidad de problemas y factores de riesgo para desarrollar discapacidades; por tanto, son prioritarios estudios que permitan encontrar soluciones prácticas.

SUMMARY

There are few studies in rural community elders in Latin America. The purpose of this survey was to describe characteristics of elderly people in a rural area of a coffee municipality, including demographic structure, self-perceived health, and presence of falls and their consequences. Survey was cross-sectional and descriptive. A pre-coded questionnaire and observational guide were used in a randomized sample of rural elders. The sample was 106 (43% female and 57% male). Mean age was 70.2 years (SD 7.52). 94.5% had <5 years of education. Half of the women referred as healthy but only one third of men. Self-assessment health was 25% as well and very well and only 15% poor; 37.6% of people have had a fall during the last year, 11.4% resulted in injury, and 8.5% had fractures. Average of falls was 2.88 (SD 3.47); 28.5% had ADL restriction (walking), 31.4% had IADL restriction (housework), and 70% referred fear of falling as consequences of falls. The low educational level is an important risk factor in these rural elders. The percentage of falls is similar; but fear of falling, fractures and ADL-IADL restrictions are higher than other studies.

REFERENCIAS

1. Sarmiento L. Evolución de la pobreza y la calidad de vida rural en Colombia. *En pobreza rural*. Bogotá; Editorial Tercer Mundo, 1993. pp. 111-53.
2. Lynch JW, Kaplan GA, Shema SJ. Cumulative impact of sustained economic hardship on physical, cognitive, psychological and social functioning. *N Engl J Med* 1997; 337: 1889-95.
3. Gómez JF, Curcio CL, Gómez DE (eds.). *Modelos de atención al anciano: evaluación de la salud en los ancianos*. Manizales; Editorial Informes y Publicaciones, 1995. pp. 269-87.

4. Buchner DM, Hornbrook MC, Kutner NG, *et al.* Development of the common data base for the FICSIT trials. *J Am Geriatr Soc* 1993; 41: 297-308.
5. Programa UNIR, *Una Nueva Iniciativa Rural*. Manizales; Documento de trabajo, 1995.
6. Franco BI, González PA. *Estudio socioeconómico en los corregimientos de Llanogrande y Pandeazúcar del municipio de Neira*. Proyecto de grado. Facultad de Economía Empresarial, Universidad Autónoma de Manizales, 1997.
7. Siegel JS, Hoover SL. Demographic aspects of the health of the elderly to the year 2000 and beyond. *Wld Health Statist Quart* 1982; 35: 133-201.
8. Carmona F, Moreno L. *Encuesta sobre conocimientos, actitudes y prácticas en salud: 1986-1989. La ancianidad*. Proyecto Tercera Edad. Ministerio de Salud, División de Investigaciones Especiales. Santafé de Bogotá, 1991.
9. Abraham I. Caring for our elderly. Jefferson Area Rural Elder Outreach Program. <http://www.hsc.wvu.edu/som/ctr-on-aging/>
10. Gutiérrez de Piñeres V. *Familia y cultura en Colombia*. Bogotá; Instituto Colombiano de Cultura; Biblioteca Básica Colombiana, Nº 3, pp. 427-31, 1975.
11. Reuben DB, Siu AD, Kimpau S. The predictive validity of self-reported and performance based measures of function and health. *J Gerontol* 1992; 47: M106-10.
12. Jylha M, Leskinen E, Alanen E, *et al.* Self-rated health and associated factors among men of different ages. *J Gerontol* 1986; 41: 710-17.
13. Mainous AG, Kohrs FP. A comparison of health status between rural and urban adults. *J Community Health* 1995; 20: 423-31.
14. Yassin Z, Terry Rd. Health characteristics of rural elderly Malasy females in selected villages in Megeri Sembilan. *Med J Malaya* 1990; 45: 310-18.
15. Vijaya S, Deshmukh C. *Growing old in rural India: progress and prospects*. XVth Congress of the International Association of Gerontology. Budapest; Book of Abstracts, p. 253. 1993
16. Ministerio de Salud. *La carga de la enfermedad en Colombia*. Santafé de Bogotá. 1994; pp. 13-6.
17. Province MA, Hadley EC, Hornbrook MC, *et al.* The effects of exercise on falls in elderly patients: a preplanned meta-analysis of the FICSIT trials. *JAMA* 1995; 273: 1341-47.
18. Wilson AO, Adamchak DJ, Nyanguru AD, Hampson J. A study of wellbeing of elderly people in three communities in Zimbabwe. *Age Ageing* 1991; 20: 275-79.
19. Allain T, Wilson AO, Gomo AR, *et al.* Morbidity and disability in elderly Zimbabweans. *Age Ageing* 1997; 26: 115-21.
20. Luukinen H, Kosky K, Kivela SL, Laippala P. Social status, life changes, housing conditions, health, functional abilities and life-style at risk factors for recurrent falls among the home-dwelling elderly. *Public Health* 1996; 110: 115-18.