



Febrero 2011

**CARACTERIZACIÓN BIOPSIICOSOCIAL DEL ADULTO MAYOR  
PERTENECIENTE AL CONSULTORIO POPULAR PARIAPAN DEL  
MUNICIPIO JUAN GERMÁN ROSCIO ESTADO GUÁRICO EN LA  
REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA**

**Dra. Yanett del Cerro Campano**

**Para citar este artículo puede utilizar el siguiente formato:**

**del Cerro Campano, Y.:** *Caracterización biopsicosocial del adulto mayor perteneciente al Consultorio Popular Pariapan del Municipio Juan Germán Roscio Estado Guárico en la República Bolivariana de Venezuela*, en *Contribuciones a las Ciencias Sociales*, febrero 2011. [www.eumed.net/rev/cccss/11/](http://www.eumed.net/rev/cccss/11/)

**RESUMEN**

En el trabajo se muestran los resultados de un estudio observacional descriptivo, para conocer las características biopsicosociales de un grupo de adultos de más de 60 años pertenecientes al Consultorio Popular Pariapan del Área de Salud Integral Comunitaria "Tulio Pineda", Estado Guárico en la República Bolivariana de Venezuela.

Palabras Claves: Adulto mayor, características biopsicosociales, consultorio y área de salud.

## SUMMARY

In the work the results of a descriptive observational study are shown, to know the characteristic biological, psychological and social of a group of adults of more than 60 years belonging to the Popular Clinic Pariapan of the Area of Community Integral Health Tulio Pineda", State Guárico in the Republic Bolivariana of Venezuela.

Key words: Adult more big, characteristic biological, psychological and social, clinic and area of health.

## **INTRODUCCIÓN**

EL presente siglo se caracteriza por un vertiginoso desarrollo de la ciencia y la técnica, así como, por un inusitado avance económico y social de la humanidad, lo cual ha redundado en una reducción de la mortalidad infantil y la natalidad, unido a un aumento de la expectativa de vida, lo que ha provocado el envejecimiento poblacional.

Este fenómeno es hoy considerado como una alarma de alcance mundial; basta decir, que en 1950 había alrededor de 400 millones de personas de 60 años o más, cifra que aumentó en 1975 a 500 millones y en el año 2000 a 700 millones, indicando las proyecciones demográficas de las Naciones Unidas para el año 2025 un incremento de 1200 millones de personas de esta edad, lo cual significa un aumento de 224 % con respecto a 1975. Durante este mismo periodo, la población mundial total aumentó de 4100 a 8100 millones o sea un 102 %, constituyendo las personas de edad avanzada el 13,5 % de la población mundial en los momentos actuales.

Las continuadas tendencias mundiales hacia una menor fecundidad y la mayor esperanza de vida han elevado el fenómeno del envejecimiento de la población a un nivel de prominencia jamás alcanzado; siendo El Caribe conjuntamente con América Latina una de las regiones "más viejas" del mundo.

El presente artículo asume como propósito socializar los resultados de la caracterización biopsicosocial de los Adultos Mayores pertenecientes al Consultorio Popular Pariapan del Área de Salud Integral Comunitaria "Tulio Pineda" del Estado Guárico en la República Bolivariana de Venezuela.

## **DESARROLLO**

En relación con la problemática objeto de estudio, es importante deslindar los límites entre la enfermedad y las manifestaciones propias del proceso de envejecimiento, por lo que algunos autores como Kanc y Jahningen (2000) (1), proponen estratificar el envejecer "normal", en dos categorías: envejecimiento exitoso y envejecimiento usual, en el primero se observa solo el decremento funcional atribuible al proceso de envejecimiento y donde ni la enfermedad, ni los factores ambientales o adversos, en el estilo de su vida se complican o acrecientan el deterioro, mientras que en el envejecimiento usual, se observan cambios determinados por el efecto combinado de la enfermedad y el estilo de vida sobre el proceso de envejecimiento intrínseco.

Los problemas de los ancianos se originan no solo en lo que ocurre con sus capacidades, sino en lo que la sociedad les permite hacer, por ejemplo: "inepto para trabajar", es una frase relativa porque puede significar que la sociedad no es capaz de procurar un trabajo adecuado o que por imposición de una edad jubilatoria fija, simplemente se prohíbe que el anciano trabaje. Por consiguiente lo que se interpreta como problema de la senectud se origina, en gran medida, en las aptitudes y en las instituciones sociales.

Por otra parte, el anciano consume poco, ya no es productivo y carece de medios económicos, por lo que no es rentable en la sociedad, esto implica aislamiento social, disminución de los recursos económicos fomentando la dependencia económica de los familiares o la pobreza, que les provoca un sentimiento de vulnerabilidad e indefensión, así como, depresiones psicológicas y soledad.

Se hace necesario comprender que el problema principal de los ancianos consiste en vencer los obstáculos y resolver las dificultades que plantea la adaptación a los cambios psicológicos y sociales que acontecen con los años. La capacidad de adaptación a estos cambios es una característica de la senectud, del envejecimiento normal. La falta de adaptación lleva a la senilidad, al deterioro progresivo y a la desintegración de la personalidad del anciano.

La necesidad de incorporar socialmente a los ancianos, determina, por una parte el grado de desarrollo de la sociedad, no solo desde el punto de vista humanitario, sino también económico y por otra parte el grado de salud física, mental y social a la que arriba una población determinante. La incorporación social puede servir de criterio sintetizador del estado de salud de la población anciana, ya que participar

en sociedad significa, en términos de salud, mantener condiciones favorables en los niveles físicos y psicológicos.

Por lo anteriormente expuesto, se hace necesario que la sociedad, otorgue mayor atención a la población selecta, de modo que esta no se convierta en un problema social, no están agotadas y constituyen una obligada tarea de todas las personas e instituciones del Estado.

Se hace mención de los problemas biológicos, ya que se debe ver al hombre en su carácter biopsicosocial, este tiene necesidades biológicas, es decir carencia de elementos fundamentales para el mantenimiento del equilibrio orgánico, los cuales demandan su satisfacción; o dicho de otro modo, cuando surge una necesidad, se desarrolla de inmediato la respuesta que orienta la satisfacción de la misma.

En el estudio no se asumen los aspectos biológicos como determinantes, pero si se hacen referencia a ellos, ya que unidos a las características psicosociales, permiten hacer una valoración integral de la capacidad funcional y calidad de vida del senescente, siempre teniendo en cuenta que: " Donde la satisfacción espiritual es mayor, existe en menor grado la posibilidad de enfermedad y disminuye la velocidad de deterioro mental en el anciano."

En Venezuela, mientras que la literatura señala que los factores biopsicosociales influyen en la calidad de vida en el adulto mayor, se desconoce las cifras de cómo se representa esto en las comunidades y en adultos mayores.

Según la definición usual el envejecimiento empieza en el momento en el que la capacidad físico-psicológica supera su momento más álgido y comienza un paulatino proceso de declive. Debido a que este declinar se produce en cada individuo de forma distinta, solo es posible manifestar generalidades acerca del envejecimiento en sí.

En muchas personas se observa, por ejemplo, un rejuvenecimiento psíquico simultáneo o la decadencia corporal, o de forma paralela al paulatino retroceso de la memoria, una capacidad de reflexión mental absolutamente clara. En general, el proceso de envejecimiento se caracteriza por el retraso de las reacciones de la conducta que rige el Sistema Nervioso Central (SNC), aunque también su intensidad difiere según cada individuo.

En la vejez se acumulan los llamados acontecimientos vitales críticos. La capacidad para poder transformar estos acontecimientos depende de las perspectivas de vida, es decir, del tiempo que queda por vivir y de las posibilidades

con que se cuenta, por ejemplo: la movilidad corporal, la capacidad de establecer nuevas relaciones sociales o de encontrar actividades basadas en la reflexión, entre otras.

A la vista del creciente número de personas mayores en la sociedad, originada por una mayor esperanza de vida y por el descenso de la natalidad en los países más avanzados, ha cambiado la relación entre las distintas generaciones y la comprensión de sus respectivos roles.

A lo largo de nuestra vida desempeñamos un gran número de roles que nos definen tanto social como personalmente. Estos roles se irán desempeñando de acuerdo con una secuencia cronológicamente pautada. Con la edad van cambiando no solamente los roles que nos asignen sino también la forma en que se espera que los llevemos a cabo.

Con el envejecimiento, conjuntamente con los cambios orgánicos, las modificaciones del aspecto y el empobrecimiento de las capacidades se produce el cambio de los roles rectores de edades más jóvenes a posiciones de subordinación, lo cual hace vulnerable su calidad de vida.

Desde una perspectiva de humildad, una persona sana, madura, integrada, asume el envejecimiento personal como un proceso natural, implícito en la condición humana. En coincidencia con Rocabruno y Prieto (2004) (2), es válido entender que “envejecer es una vivencia personal impredecible, única en nuestra existencia: es la gran lección que día a día nos da la vida.

La atención primaria de la salud es una atención esencial de la salud sustentada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente válidos y socialmente aceptables que se ponen universalmente a disposición de las personas y de las familias en la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan mantener en todas las etapas de su desarrollo en un espíritu de colaboración y libre determinación.

Las personas de edad pueden tropezar con obstáculos financieros, físicos, psicológicos y jurídicos para la utilización de los servicios de salud. Es posible, también, que deban hacer frente a la discriminación por la edad y a la discriminación por discapacidades relacionadas con la edad en la prestación de servicios porque tal vez se considere que su tratamiento tiene menos valor que el de las personas más jóvenes.

Los gobiernos tienen la responsabilidad primaria de establecer normas de atención de la salud para las personas de todas las edades y supervisar su aplicación y de brindar atención de la salud para las personas de todas las edades. Las asociaciones entre el Gobierno, la sociedad civil, incluidas las organizaciones no gubernamentales y de base comunitaria, y el sector privado constituyen contribuciones valiosas a los servicios y la atención de las personas de edad. Es indispensable, sin embargo, reconocer que los servicios prestados por las familias y las comunidades no pueden reemplazar a un sistema de salud pública eficaz.

El envejecimiento de la población es un fenómeno global que requiere medidas internacionales, nacionales, regionales y locales. En un mundo cada vez más intercomunicado, el hecho de no afrontar de manera racional y en cualquier parte del mundo los imperativos demográficos y los rápidos cambios de las pautas de enfermedades tendrá consecuencias socioeconómicas y políticas en todas partes. En el ámbito personal, cada uno de nosotros envejece con cada día que pasa. Por último, un enfoque colectivo del envejecimiento y de las personas mayores condicionará la forma en que nosotros, nuestros hijos y nuestros nietos experimentaremos la vida en los años posteriores.

Para lograr el envejecimiento activo se necesitarán medidas en una diversidad de sectores, entre los que se incluyen la sanidad, los servicios sociales, la educación, el empleo y el trabajo, la economía, la seguridad social, la vivienda, el transporte, la justicia y el desarrollo rural y urbano. Todas las políticas tienen que apoyar la solidaridad intergeneracional e incluir objetivos específicos para reducir las desigualdades entre hombres y mujeres y entre los distintos subgrupos dentro de la población de más edad.

Las comunidades venezolanas, no escapan de este flagelo universal, siendo más grave en la población excluida con poco acceso a los servicios de educación y salud. En el tiempo en que los trabajado en las comunidades venezolanas nos hemos documentado sobre la Educación General, la Medicina y la Educación Médica. Las mismas no sólo han estado estrechamente relacionadas entre sí, sino que han sido dependientes de factores políticos y económicos tanto nacionales como internacionales.

La prolongación de la esperanza de vida ha sido un anhelo de la humanidad; en este sentido, el envejecimiento puede ser considerado un logro en el que mucho ha aportado el desarrollo científico técnico alcanzado. El desarrollo de las ciencias de

la educación en general y de las ciencias médicas y de la salud en particular ha demostrado que lo más importante no es que haya un aumento de la expectativa de vida, sino que sea posible envejecer manteniendo una calidad de vida adecuada.

La calidad de vida es una categoría de reciente utilización en la investigación en salud, que ha sido empleada por investigadores de múltiples disciplinas, con diferentes enfoques, y en consonancia con sus intereses, razón por la que no existe una definición única de ésta.

Los ambientalistas han puesto énfasis en las condiciones y los atributos del ambiente biológico y en la importancia de preservar los recursos naturales; los economistas en indicadores como el producto nacional bruto y los psicólogos en las necesidades humanas y la satisfacción de las mismas.

Un grupo importante de investigadores considera (Herrera 2001, Rivera Casado y Gil 2005) (3) (4), que, desde el punto de vista conceptual, la calidad de vida es una definición abstracta y multidimensional, razón por la cual su estudio se debe realizar a partir de un enfoque multidisciplinario.

En el proceso de operacionalización del término calidad de vida en la tercera edad, apareció la definición de <<autonomía>>, constructo que en su desarrollo ha transitado por diferentes acepciones, desde la capacidad del anciano de poder actuar y determinar su régimen de vida hasta la capacidad de una persona para elegir por sí misma las reglas de conducta y la orientación de sus actos.

No obstante, desde el punto de vista práctico, su medición es muy difícil, pues comprende esferas como la salud física, mental, aspectos económicos, sociales y actividades del diario vivir, por lo que se recomienda el uso de los conceptos interrelacionados de <<deficiencia>>, <<discapacidad>> y <<minusvalía>> como alternativas para medir consecuencias, es decir, será necesario entonces utilizar las medidas relacionadas con estos términos como un reemplazante de la autonomía, especialmente en la limitación de movimientos y de las actividades de la vida diaria, hasta tanto no queden resueltas las dificultades de su medición.

En el estudio de la calidad de vida en la población anciana, hay que tener en cuenta aspectos tales como el estado de salud, la determinación de factores de riesgo de discapacidad, la predicción de discapacidades, el bienestar subjetivo y el estado funcional de este grupo poblacional.

El hecho de que los autores pertenecieron a las misiones de salud y educativas desarrolladas en la República Bolivariana de Venezuela durante cinco años les permitió, en el ejercicio de su colaboración en las comunidades venezolanas, tratar con relativa frecuencias con ancianos de esta nación.

### ***MATERIAL Y MÉTODO***

El universo de trabajo estuvo constituido por 847 pacientes a los cuales se les aplicó el Test de Hasegawa. (Anexo 1), para determinar su estado mental; quedando incluidos en la investigación todo Adulto Mayor que una vez aplicado el test con resultado satisfactorio, dio su consentimiento para la participación en la investigación.

Finalmente la muestra de estudio estuvo constituida por 781 pacientes, a los que se le aplicó una encuesta (Anexo - 2); en la que se recogen los datos mediante una entrevista semiestructurada con respuestas abiertas y cerradas a pacientes y familiares de forma individual en consulta y terreno. Los otros datos necesarios se obtuvieron de las Historias Clínicas Familiares (HCF) e Individuales (HCI) en cada consultorio.

Los indicadores operacionales de las variables objeto de estudio se analizaron de la siguiente forma.

**1. Sexo Genérico.**

**2. Grupos de Edades: Se analizaran a intervalos de cinco (5) años.**

60-64 años

65-69 años

70-74 años

75-79 años

80 años y más.

**3. Estado Civil:**

Soltero: Sujeto que no mantiene relaciones de pareja en el momento de la recogida de los datos, con exclusión de viudos.

Casado: Sujeto que mantiene relaciones de pareja, aunque no convivan en el domicilio.

Viudo: Persona casada legalmente o en unión consensual, que pierde su pareja por fallecimiento de esta.

**4. Ocupación :**

- a. Ama de Casa.
- b. Jubilado
- c. Pensionado
- d. Trabajador por cuenta propia.

**5. Aceptación de la jubilación: Se trabaja en dos categorías.**

- a. Si ( Cuando se acepto)
- b. No ( Cuando no se acepto)

**6. Escolaridad : ( Especificar ultimo grado aprobado)**

- a. Analfabeto.
- b. Primaria.
- c. Nivel Medio: Secundaria y Preuniversitario.
- d. Universitario.

**7. Satisfacción Económica: (En dependencia del grado subjetivo del anciano o en su defecto del familiar acerca de las posibilidades económicas reales para satisfacer sus necesidades básicas.):**

- a. Satisfecho.
- b. No Satisfecho.

**8. Enfermedades crónicas asociadas con diagnostico en H.C.I.**

- a. Hipertensión Arterial.
- b. Osteoartrosis.
- c. Cardiopatía Isquemia.
- d. Enfermedad Cerebro vascular.
- e. Diabetes Mellitus

**9. Tipo de familia según el Funcionamiento Familiar:**

- a. **Funcional:** Cuando el diagnostico de la aplicación del FF-SIL arroje como resultado que es una familia funcional porque cumple con las funciones básicas. Puntuación.-70-57ptos.
- b. **Moderadamente funcional:** Cuando no cumple la familia con algunas de las funciones, pero que ello no incide con fuerza en el funcionamiento familiar .Puntuación-56-43 ptos.
- c. **Disfuncional:** Cuando incumplen los integrantes de la familia con las funciones básicas de la familia provocando inestabilidad en el funcionamiento de la misma. Puntuación -42-28 ptos.

- d. **Severamente disfuncional.** Cuando se incumple con la casi totalidad de las funciones de la familia. Puntuación -27-14-ptos.

**Funciones básica de la familia.**

- e. Económica: Que exista satisfacción de las necesidades básicas materiales de toda la familia.
- f. Educativa: Que la familia mantenga un comportamiento acepto socialmente. No se cumple cuando por ejemplo existen conductas antisociales o conductas delictivas.
- g. Afectivas. Si los miembros de la familia expresan o evidencian signos de satisfacción afectiva con su familia y no se cumple si existe algún integrante que evidencia signos de carencia afectiva o rechazo.
- h. Reproductiva: Cuando existen entre los miembros de la familia, planificación familiar, si existe fertilidad, satisfacción sexual y fecundidad.

**10. Componentes básicos de la función familiar cuando uno de sus miembros pertenece a la tercera edad:**

- a. Apoyo: Ayuda que recibe de la familia en caso de necesidad.
- b. Aceptación: Manera que tienen los miembros de la familia de aceptar los deseos del individuo de iniciar nuevas actividades y realizar cambios en el estilo de vida.
- c. Participación: Forma en que la familia le brinda lugar en la discusión de cuestiones y solución de problemas de interés común.
- d. Comprensión: Modo en que los miembros de la familia son capaces de entender las conductas y puntos de vista esenciales del anciano.
- e. Protección: Manera en que la familia brinda cuidados en dependencia de las limitaciones funcionales que pueda presentar el individuo.

***RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN:***

El procesamiento estadístico de la información se realizó de forma manual por el método de los palotes, utilizando además calculadora de mano. Se consideró: Significativo  $P < 0,05$ , Muy significativo  $P < 0,01$ , Altamente significativo  $P < 0,001$  y No significativo  $P > 0,05$ .

Se trianguló toda la información a partir de los resultados de los métodos aplicados: Empíricos (observación y encuesta), Estadísticos y Teóricos (análisis, síntesis y deducción de la revisión documental y de los resultados entre otros), que nos permitió elaborar el informe final del estudio.

## RESULTADOS Y DISCUSIÓN

**CUADRO # 1. Distribución del Adulto Mayor según la edad y sexo.**

Grupos Edades	Femenino		Masculino		Total	
	#	%	#	%	#	%
60-64	169	39,7	137	38,4	306	39,2
65-69	110	25,8	112	31,4	222	28,4
70-74	72	16,9	56	15,4	128	16,4
75-79	64	15,0	34	9,5	98	12,6
80y+	10	2,3	17	4,7	27	3,4
<b>Total.</b>	<b>425</b>	<b>54,4</b>	<b>356</b>	<b>45,6</b>	<b>781</b>	<b>100</b>

Fuente: Encuesta

P<0,001

Un análisis del cuadro #1, permite declarar que se manifiesta un franco predominio de los subgrupos de edades de 60-64 años y 65-69 años representando ello un 39,2% y 28,4% respectivamente, resultados éstos que se corresponden con las previsiones realizadas por la OMS en 2003 (5), en su Informe de Salud en el Mundo, donde se recoge que para los próximos 25 años la población de 60-65 años o más crecerá de forma global en un 2,6%.

La Organización Mundial de la Salud, dentro de sus variables para clasificar a los ancianos de riesgo o frágiles, incluye entre otras, el estado de viudez y soltería, nosotros encontramos que un 4,1 % de los ancianos eran viudos y un 17,8% eran solteros (Cuadro #2), predominando ambos estados en el sexo femenino, iguales resultados han sido encontrados en otros autores.

**CUADRO # 2. Estado Civil del Adulto mayor, según el sexo.**

Estado Civil	Femenino		Masculino		Total	
	#	%	#	%	#	%
Soltero	93	21,8	46	13,0	139	17,8
Casado	314	73,9	296	83,1	610	78,1
Viudo.	18	4,2	14	3,9	32	4,1
<b>Total</b>	<b>425</b>	<b>100</b>	<b>356</b>	<b>100</b>	<b>781</b>	<b>100</b>

Fuente: Encuesta.

P>0,05

Se debe señalar que en la muestra, el 78,1% estaba casado, lo que favorece, en general, una garantía para la convivencia, pues la pareja tiene mayores posibilidades de auto ayudarse, favoreciendo su calidad de vida.

**CUADRO # 3. Nivel de escolaridad del Adulto Mayor.**

Escolaridad	#	%
Primaria	597	76,4
Nivel Medio	155	19,9
Universitario	19	2,4
Iletrado.	10	1,3
<b>Total</b>	<b>781</b>	<b>100</b>

Fuente: Encuesta.

Los grupos de ancianos de ésta época arrastran en sus antecedentes la serie de dificultades educacionales que tenía el país en sus años de edad escolar, en el

cuadro # 3 se comprueban estas circunstancias, pues el mayor por ciento (76,4%) de los ancianos sólo alcanzaron el nivel primario con la implementación de las Misiones Educativas resultado del convenio Cuba - Venezuela, y en particular con su inclusión en la Misión Robinson.

Se considera que un factor que influyó en que esta población no alcanzara mejores niveles de escolaridad estuvo dado por la edad que poseían al momento del triunfo de la Revolución Bolivariana , es en este momento que se da la oportunidad para que todos estudiaran y alcanzaran niveles técnicos y profesionales, ya que ellos como poseían edad laboral, se ocuparon en la realización de algún trabajo y en el caso de las mujeres constituyeron sus familias y se dedicaron a procrear y a las tareas domésticas, hoy los programas de la Misión Educativa llevan la posibilidad de escolarizarse hasta las áreas donde residen estas personas.

El hombre durante todo su desarrollo, ha estado permanentemente relacionado con la actividad laboral, sobre todo en la etapa de la vida productiva. Mundialmente se estima que alrededor de los 60 años, se deba pasar a la etapa de jubilación con fracciones de 5 años antes para la mujer, esto no es así en Venezuela donde el adulto mayor ha debido continuar sus actividades laborales mientras que sus capacidades físicas e intelectuales, sean satisfactorias.

#### **CUADRO # 4. Ocupación del Adulto Mayor.**

<b>Ocupación</b>	<b>#</b>	<b>%</b>
Ama de Casa	266	34,0
Jubilado	270	34,6
Pensionado	200	25,6
Trabajador por cuenta propia.	45	5,8
<b>Total</b>	<b>781</b>	<b>100</b>

Fuente: Encuesta.

El 34,6% de los adultos mayores componentes de la muestra estaban jubilados (cuadro #4), lo cual significa según Baró (2003) (6), una pérdida de identidad social y se tiende a percibir al anciano como inútil y así el concepto de vejez se convierte en una instancia que se percibe como algo ajeno al individuo, cuando éste es arrojado fuera del proceso productivo se encuentra con una realidad social muy compleja y generalmente, sin armas para afrontarla, por carecer de un proyecto de vida propio..

La Seguridad Social es una de las leyes aprobadas por el Gobierno Bolivariano para garantizar la estabilidad económica de todos aquellos que desarrollaron una vida laboral activa, que aunque en muchos casos no satisface las necesidades del anciano, sí al menos puede cubrir las más elementales carencias; incluso protege a personas que constituyen casos sociales que reciben pensiones para subsistir, aún sin haber contribuido con su trabajo a fomentar esos fondos del Estado y que no perciben otros ingresos por determinadas razones.

La jubilación debe ser concebida como una etapa más de la vida de los ancianos y sin lugar a dudas una buena aceptación y preparación para ésta, garantiza una buena vejez. Sin embargo, esto es polémico, pues la insatisfacción y la no aceptación a la jubilación, sigue siendo alta. El estudio aportó que el 74 % jubilados, (cuadro # 5) no acepta este estado, atribuido a la disminución de la entrada económica, pérdidas de roles sociales, inactividad física, dependencia económica, como encontró N. Seguí, en su estudio (TTR), sobre peri jubilación, en 1994.

**Cuadro # 5. Aceptación de la Jubilación del Adulto Mayor.**

<b>Aceptación de la Juk</b>	<b>#</b>	<b>%</b>
<b>Si</b>	70	26,0
<b>No</b>	200	74,0
<b>Total</b>	<b>270</b>	<b>100</b>

Fuente: Encuesta.

Al interrogar a los ancianos sobre el grado de satisfacción económica, se pudo conocer que están satisfechos el 44,3% y el 55,7% no están satisfechos, (cuadro # 6). Estos resultados coinciden con otros estudios en que los ancianos no se encuentran satisfechos con sus ingresos económicos, determinados en muchas ocasiones por el bajo nivel escolar, el trabajo desempeñado o por causas de jubilación.

**Cuadro # 6. Nivel de satisfacción económica del Adulto Mayor.**

<b>Nivel de satisfacción</b>	<b>#</b>	<b>%</b>
<b>Económica</b>		
Satisfecho	346	44,3
No Satisfecho.	435	55,7
<b>Total</b>	<b>781</b>	<b>100</b>

Fuente: Encuesta.

La no satisfacción con los ingresos económicos demuestra, que los recursos económicos no satisfactorios representa una disminución de las relaciones sociales, cambio de status dentro de la familia, dificultades para la adquisición de los bienes de consumo, afectación de la nutrición y una disminución en la calidad de vida en dependencia al grado subjetivo del anciano o en su defecto del familiar acerca de las posibilidades económicas reales para satisfacer sus necesidades básicas.

Por lo señalado, en el Informe Anual de Estadística del Ministerio de Salud Pública en Venezuela, la hipertensión, tiene alta prevalencia en la población general (más del 30%) y en particular en los mayores de 60 años (mas del 60%).

En nuestra investigación se pudo conocer que (cuadro #7) la hipertensión arterial se comportó con un 82,1%, seguido por la Osteoartrosis con un 74,5% y la Cardiopatía Izquémica, con un 63,2% igual que la Diabetes Mellitus. (29) Consideramos oportuno valorar que en el caso de la hipertensión arterial ejercen gran peso los factores de riesgo que influyen en el incremento de la prevalencia, ya que los hábitos de fumar inciden en muchos ancianos, así como erróneos hábitos

alimentarios, el sedentarismo, la obesidad que provocan alteraciones irreversibles en su organismo; al igual sucede con las Cardiopatías Izquémica y la Diabetes Mellitus.

Por su parte en el caso de la Osteoartrosis, vinculamos su prevalencia a los procesos degenerativos que sufre el organismo humano a lo largo de los años, ya que se produce en ocasiones por vinculación con otras enfermedades, que agudizan el desarrollo de enfermedades inflamatorias e incluso de características reumatológicas, con las consiguientes molestias que provocan al anciano. El resto de las patologías también mostraron una incidencia considerable en el grupo de anciano estudiado.

#### **CUADRO # 7. Enfermedades Crónicas asociadas en el Adulto Mayor**

<b>Enfermedades Crónicas.</b>	<b>#</b>	<b>%</b>
Hipertensión Arterial.	641	82,1
Osteoartrosis	581	74,5
Cardiopatía Isquémica.	493	63,2
Enf. Cerebro vascular.	470	60,3
Diabetes Mellitus	375	48,1

**Fuente: HCl de los pacientes.**

**-Un mismo paciente puede presentar más de una enfermedad.**

**-Los por cientos serán calculados en base al número total de la muestra.**

La familia es la célula básica elemental de la sociedad y para el anciano representa la posibilidad de permanencia en un grupo, la presedera fundamental y a veces única de protección y la promotora de elevación de la autoestima.

La funcionabilidad de la familia no es solo el cumplimiento de las funciones familiares sino, el proceso resultante del conjunto de interacciones entre las familias y de estas con los grupos sociales que le rodean (Extrafamiliares), por lo que decidimos reflejar en el Cuadro #8 el Funcionamiento Familiar de cada uno de los Adultos Mayores estudiados.

**CUADRO # 8. Tipo de familia en el Adulto Mayor.**

<b>Tipo de Familia</b>	<b>#</b>	<b>%</b>
Funcional	368	47,2
En riesgo de disfunción	329	42,1
Disfuncional	84	10,7
<b>Total</b>	<b>781</b>	<b>100</b>

**Fuente. HC. Familiares**

Los resultados obtenidos realmente fueron preocupantes, pues a pesar de que el 47,2% de las familias eran de tipo funcional con respecto a los otros tipos de familia, se tiene que el 42,1% se consideraron en riesgo de disfunción y el 10,7% disfuncionales. Si se consideran aquellas 329 familias en riesgo de disfunción como un elemento negativo para garantizar la calidad de vida del anciano, más las 84 familias disfuncionales se podrá comprender que estos dos grupos representaron en conjunto el mayor por ciento de familias en nuestro estudio.

Lo señalado con anterioridad precisó la necesidad de profundizar en este sentido y valorar el cumplimiento de los componentes básicos para el funcionamiento adecuado de aquellas familias con Adultos Mayores dentro de sus miembros; tal y como lo reflejamos en el Cuadro # 8.

El buen envejecimiento o envejecimiento sano no depende únicamente de la ausencia de enfermedades, sino también de la ausencia, presencia o gravedad de otros factores que faciliten el desarrollo de los mismos, así tenemos aquellas familias con un funcionamiento inadecuado, donde no existen límites claros que permitan un espacio útil a cada uno de sus miembros de manera tal que se limita la independencia e individualidad para poder promover así el desarrollo de todos los miembros convirtiéndose entonces la familia en un elemento capaz de repercutir negativamente en la capacidad funcional del anciano aumentando así la susceptibilidad para que este desarrolle enfermedades, se accidente, pierda su autonomía o muera, por lo que el cumplimiento de aquellos componentes básicos de a familia en relación al anciano son necesarios para garantizar una vida sana y grata al mismo. Los resultados obtenidos en este sentido en el estudio se muestran en el cuadro #9,

**CUADRO # 9. Componentes básicos de la función familiar en el Adulto Mayor.**

Componentes bá la función familia	Siempre		Nunca		A Veces	
	#	%	#	%	#	%
Apoyo	323	41,3	83	10,6	374	47,8
Aceptación.	289	37,0	79	10,1	413	52,8
Participación	341	47,6	99	12,6	381	48,7
Comprensión	266	34,0	102	13,0	374	47,8
Protección.	83	10,6	368	47,1	330	42,2

**Fuente. HC. Familiar**

En el cuadro – 9 se puede observar como de forma positiva el mayor por ciento de las respuestas en relación al Apoyo, Aceptación, Participación y Comprensión se movieron entre los rangos, de respuestas siempre y a veces, en relación a un menor con respuestas negativas; podemos mencionar como ejemplos que el 41,3 % y el 47,8 % de los ancianos refirieron que siempre y a veces respectivamente se sienten apoyados por su familia contra el 10,6% que niega recibir apoyo.

En el desarrollo de las actividades familiares, solo el 12,6% de los ancianos refiere no tener ningún tipo de participación en las mismas contra el 47,6% y el 48,7% que siempre y a veces refirieron tener participación en las actividades familiares; y así se comportaron de forma similar el resto de los componentes exceptuando el 47,1 % de los ancianos que negaron y el 42,2 % que refirieron solo a veces sentirse protegidos versus el 10,6 % que refirió siempre reciben protección de sus familiares, sugiriéndonos estos resultados la necesidad de un trabajo comunitario más exhaustivo con la familia que tienen dentro de sus miembros ancianos; en aras de lograr que a estos se le brinde cuidados en dependencia de sus limitaciones propias del envejecimiento y propiciarles una calidad de vida más humana.

### **CONCLUSIONES**

- Existió un predominio de los ancianos entre 60 a 69 años, sexo femenino, con bajo nivel de escolaridad y en estado de viudez.
- La Hipertensión Arterial y la Osteoartrosis constituyeron las principales enfermedades crónicas asociadas en estos pacientes.
- En nuestra serie predominaron las familias de los ancianos funcionales o con riesgo de disfunción y con afectación del componente de protección.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Kanc R. Jahningen D. Evaluación de las necesidades de los ancianos. Guía práctica sobre los instrumentos de medición. Ed. Barcelona, 2000; 25-67.
2. Rocabruno Menders J. C, Prieto Ramos O. Gerontología y Geriátría Clínica. La Habana. Editorial Ciencias Medicas, 2004, 3 (10) :30
3. Herrera Santi P M. La familia funcional y disfuncional, un indicador de salud. Revista Cubana MGI 2001; 13 (6):591-96.
4. Rivera Casado JM, Gil Gregorio P. Principales problemas en relación con el paciente anciano .Colección Clínica Geriátrica. Madrid. Editores Médicos. S.A., 2005; XI. (1): 52-88
5. Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS): Declaración de Principios del Cuidado del Adulto Mayor en el siglo XXI: 2003. p.34-62
6. Baró, F. Factores psicosociales de la salud de los ancianos. Publicaciones Científicas: Nov 4-1992, OPS; 2000: 4-18.

## **BIBLIOGRAFÍA**

- Aguiar Fagundez M. La epidemia de Fiebre Amarilla y su impacto en la Guaira y Puerto Cabello. (1798- 1802). En: Historia, Salud y Sociedad en Venezuela. Ediciones de la Presidencia de la República. FONACIT -IEH - UCV. 2002.
- Bonilla - Molina L. La gestión de la transformación educativa en la revolución bolivariana. En: Para Comprender la Revolución Bolivariana. Ediciones de la Presidencia de la República.2004. p 167-209.
- Bravo Ochoa DS. Antecedentes históricos del hospital Vargas como Institución docente: 1888 -1895. En: Historia, Salud y Sociedad en Venezuela. Ediciones de la Presidencia de la República. FONACIT -IEH - UCV. 2002.
- Briceño O. Muerte y miedo durante la epidemia de Cólera en Venezuela (1854-1856). En: Historia, Salud y Sociedad en Venezuela. Ediciones de la Presidencia de la República. FONACIT -IEH - UCV. 2002.
- Cañizares Luna O, Sarasa Muñoz N, Labrada Salvat C. Enseñanza integrada de las ciencias básicas biomédicas. Rev Cubana Educ Med Super, sep.-dic. 2005, vol. 19, no.4, p.1-1. ISSN 0864-2141.

- Geiringer A. Apuntes sobre el Desarrollo Económico y la Salud Pública en Venezuela. Caracas 2005. (Material sin publicar)
- Gil Pérez D. Algunas tendencias innovadoras espontáneas: Aportes y limitaciones [artículo en línea] URL disponible en <http://www.oei.org.co/oeivirt/gil01.htm> [consulta: 21 junio 2005]
- Roa Veliz O. La comisión Rockefeller y la Malaria en Maracay entre 1927 y 1930. En: En: Historia, Salud y Sociedad en Venezuela. Ediciones de la Presidencia de la República. FONACIT -IEH - UCV. 2002.

### **ANEXO -1 Test de Hasegawa.**

- 1- ¿Que día es hoy? .....3
- 2- ¿ Donde estamos?.....2,5
- 3- Que edad tiene usted ?.....2
- 4- Que tiempo lleva usted aquí .....2,5
- 5- Donde nació usted .....2
- 6- Cuando fue el triunfo de la revolución .....3,5
- 7- Cuantos días tiene el año.....2,5
- 8- Quien es el máximo líder de la revolución.....3,5
- 9- Reste 7 de 100 y 7 de 93 .....24
- 10-Repita los siguientes dígitos al.....24  
A) 6, 8,2                      B) 3, 5, 2,9
- 11- Mostrarle 5 objetos, guardarlos.....0,-0.5,-1.5,-2.5,-3.5.  
y pedirle que los recuerde  
(Lápiz, peine, vaso, papel).

Normas de Puntuación:

- I. 31-32,5 -----Normal.
- II. 22-30,5 -----Bordeline.
- III. 10,5-21,5 -----Predemencia.
- IV. 0- 10-----Demencia.

### **ANEXO - 2**

Encuesta:

Compañero: la presente encuesta forma parte de una investigación sobre la salud de las personas mayores de 60 años, es de carácter anónimo y

confidencial y por ser Ud, parte importante de este grupo solicitamos su valiosa cooperación. Gracias.

**1. Sexo :**

Masculino: \_\_\_\_\_ Femenino: \_\_\_\_\_

**2. Edad.**

60-64 \_\_\_\_\_ 65-69 \_\_\_\_\_ 70-74 \_\_\_\_\_ 75-79 \_\_\_\_\_ 80 y +. \_\_\_\_\_

**3. Estado Civil :**

Soltero \_\_\_\_\_ Casado \_\_\_\_\_ Viudo. \_\_\_\_\_

**4. Ocupación :**

Ama de casa. \_\_\_\_\_ Jubilado \_\_\_\_\_ Acepta la jubilación. Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_.

Pensionado \_\_\_\_\_ Trabajador por cuenta propia \_\_\_\_\_

**5. Escolaridad :**

Primaria \_\_\_\_\_ Nivel Medio \_\_\_\_\_ Universitario. \_\_\_\_\_ Illettrado. \_\_\_\_\_

**6. Satisfacción Económica.**

Satisfecho \_\_\_\_\_ No satisfecho. \_\_\_\_\_

**7. Enfermedades Crónicas asociadas:**

HTA. -----

Cardiopatía Isquemia. -----

Diabetes Mellitas. -----

Enf. Cerebro vascular. -----

Osteoartrosis. -----

**8. En relación con su familia usted recibe:**

	Siempre	Nunca	A veces
Apoyo.	-----	-----	-----
Aceptación	-----	-----	-----
Participación.	-----	-----	-----
Comprensión	-----	-----	-----
Protección.	-----	-----	-----