

**POLICLINICO UNIVERSITARIO
“GILBERTO ISALGUE GONZALEZ”
NICETO PEREZ GARCIA**

EL ADULTO MAYOR EN LA COMUNIDAD

Dra. Eliadis González López¹, Dra. Maritza del Carmen La O Planes², Dra. Mirian Delgado Matos³, Dra. Kattia Ochoa Nápoles¹, Dra. Norkis Campo Cueva⁴, Dra. Yadira Ruiz Juan.³

RESUMEN

Se realiza un estudio descriptivo de la población geriátrica de un consultorio médico del Policlínico Universitario “Omar Ranedo Pubillones” del municipio Guantánamo, durante el año 2006, con un universo de 141 adultos mayores, de los cuales se selecciona el 100 % de ellos con previo consentimiento de participación en la investigación. Se aplica encuesta validada por estudios anteriores para caracterizar el grupo objeto de estudio según variables sociodemográficas: edad, sexo, escolaridad, estado civil, así como evaluar el funcionamiento familiar, los recursos con que cuenta en su atención, incorporación a las actividades sociales y nivel de satisfacción según sus aspiraciones. El estudio arroja que las edades predominantes son de 60-64 años y 80 y más (25.8 %), respectivamente, femeninos, viudos, con un nivel de escolaridad secundario. La enfermedad más frecuente es la hipertensión arterial. Resultan funcionales 102 familias y se encuentran 101 ancianos satisfechos en sus relaciones, de los cuales, 86, dependen de los recursos estatales en su atención.

Palabras clave: SALUD DEL ANCIANO; CALIDAD DE VIDA; SALUD DE LA FAMILIA; ANCIANO.

INTRODUCCION

El hombre en su tránsito por la vida acumula un sinnúmero de experiencias acorde con su tiempo, época y su medio social; en su gran mayoría, las personas

¹ *Especialista de I Grado en Medicina General Integral.*

² *Master en Ciencias en Epidemiología. Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Instructor.*

³ *Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Instructor.*

⁴ *Master en Ciencias en Asesoramiento Genético. Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Instructor.*

logran pasar varias etapas del desarrollo hasta la llamada tercera edad y el menor porcentaje alcanza una etapa denominada longevidad.¹

En la época actual, con el mejoramiento de la calidad de vida de muchos países y de los progresos científicos logrados por la medicina se ha producido un aumento significativo en la duración media de vida.² El segmento de la pirámide poblacional que más se expande es el correspondiente a los mayores de 75 años con una base que se reduce drásticamente en la caída de la natalidad.³

Cuba, junto a Argentina, Uruguay y Chile, ocupan los primeros lugares en el porcentaje de envejecimiento en el continente americano y clasifica con Barbados en los más longevos del Caribe.⁴

Se estima que este grupo poblacional ocupe el 20 % de la población mundial en el año 2025. En nuestro país casi un cuarto de su población será de 60 y más, siendo el país más envejecido de América Latina.

Al cierre de 2001, la población cubana en términos de envejecimiento alcanzó el 14.5 % de las personas de más de sesenta años. Territorialmente se encontró un mayor envejecimiento en las provincias occidentales seguida de las centrales y, luego, las orientales. Las provincias más envejecidas son: Villa Clara y Ciudad de La Habana, y la menos envejecida, Guantánamo (11.3 %). La expectativa de vida en Cuba alcanza los 76 años de edad, y en nuestra provincia está alrededor de los 77 años.^{5,6}

Este incremento numérico impone a la sociedad una serie de dilemas y desafíos médicos, sociales, económicos y éticos que se esperan sean resueltos con satisfacción, donde la familia constituirá por siempre la mayor garantía para el bienestar físico y espiritual de las personas de edad avanzada.

Cada vez son más las personas que llegan saludables a la edad avanzada y es probable que esta tendencia continúe.⁷ Es por ello, que se hace necesario hacer reflexiones sobre los derechos humanos del adulto mayor, para tratar de prolongar la vida de estos individuos con dignidad sin que se sientan excluidos del entorno social⁸; así, como revertir el espíritu de minusvalía, limitaciones motrices, apatía, abulia, e incentivar la capacidad de crear una voluntad de hacer por parte de los ancianos, devolver la confianza perdida en sí mismos y en los demás.

METODO

Se realiza un estudio descriptivo de la población geriátrica del consultorio Médico de Familia No. 34, perteneciente al Policlínico Universitario "Omar Ranedo Pubillones", municipio Guantánamo, provincia Guantánamo durante el año 2006. El universo de estudio está constituido por los 141 adultos mayores de dicho consultorio.

Para la realización de este estudio fue necesario el consentimiento informado a los ancianos y una explicación detallada de los objetivos del estudio, así como la aplicación de la encuesta y su llenado. El formulario encuesta incluyó: variables sociodemográficas (edad, sexo, ocupación, estado civil y escolaridad), datos relacionados con la convivencia familiar, relaciones interpersonales, funcionamiento familiar según la prueba de FF-SIL (Anexo 1), recursos con que cuenta en su atención, incorporación a las actividades sociales y nivel de satisfacción alcanzado según sus aspiraciones. Se revisan, además, las historias clínicas individuales y de salud familiar.

RESULTADOS Y DISCUSION

Predominaron los adultos mayores del sexo femenino con 88 casos (62.4 %). Los grupos de edades de 60-64 y 80 y más, representan el 25 % con 36 casos, respectivamente (Tabla 1).

El nivel secundario fue el predominante con 54 casos (38.3 %), seguido del primario con 52 (36.9 %). Como es lógico, teniendo en cuenta la edad de los pacientes estudiados, 103, eran jubilados (73.0 %), sólo, 8, tienen vida laboral activa (5.7 %) y, 30, resultaron amas de casa (21.3 %); coincidiendo con otros autores.⁹

En cuanto al estado civil, 83 ancianos eran viudos (58.9 %), seguidos de los casados con 38 casos (27.0 %). Sólo 5 ancianos vivían solos, lo cual representa el 3.5 %. Este resultado coincide con otros autores^{9,10} que en sus informes de asistencia social al anciano predominan los ancianos viudos (Tabla 3).

La hipertensión arterial (HTA) fue la afección de mayor incidencia con 72 casos para el 51.0 % de los ancianos estudiados, lo que coincide con otros autores en que esta enfermedad es uno de los problemas médico-sanitarios más importantes de la medicina contemporánea.

En Cuba, la HTA alcanza una prevalencia en la población urbana y rural de un 30 y 15 %, respectivamente, seguida de artrosis (31.9 %) y diabetes mellitus (13.4 %). Coincidimos con Domínguez González¹¹ y colaboradores en su estudio de caracterización de los ancianos.

Las relaciones familiares están determinadas por múltiples factores de tipo psicomaterial y otras del tipo psicoafectivo de los que dependen, en mayor o menor medida, el fortalecimiento y armonía de las mismas, así como el bienestar y la seguridad de los adultos mayores.^{9,10}

En nuestro estudio las familias funcionales fueron las más representativas con 102 familias (72.3 %), seguidas de las moderadamente funcionales, 23, (16.3 %) y las disfuncionales, 14, (9.9 %) (Tabla 4).

Con el incremento de los años las personas padecen enfermedades y discapacidades que repercuten en la dinámica familiar y en la forma de cómo percibir las relaciones familiares.¹¹

Con respecto a la satisfacción de las relaciones familiares, 101 abuelos se sintieron satisfechos (71.6 %), seguidos de los muy satisfechos, 30 (21.2 %) (Tabla 5).

En la evaluación multidisciplinaria del anciano se establecen las relaciones del anciano con su medio, las redes de apoyo con que cuenta, sus condiciones de vida, el soporte económico así como la asistencia y la seguridad social que se le brinda.¹²

El estudio realizado muestra que el 61.0 % de los ancianos estudiados (86 casos) dependía de los recursos estatales, debe tenerse en cuenta el alto número de jubilados, seguido de los que cuentan en su atención con los recursos familiares, 43 ancianos, (30.4 %).

Del total de encuestados, 88 abuelos tienen una vida social activa (62.4 %). El mayor grupo está incorporado a la Universidad del Adulto Mayor, 35 (24.8 %), muchos de ellos pertenecían también al "Club de los 120 años", 18 (12.7 %), 12, están integrados a los "Círculos de Abuelos" (8.2 %); resulta significativo que 23 de ellos (16.3 %) se incorporó a los sindicatos de jubilados manteniéndose activos en la vida sindical, lo que demuestra su intención constructiva y útil que

eleva la autoestima del anciano como impacto psicológico positivo y que le propicia el espacio que debe mantener y desarrollar.

Es bien conocido que cuando el anciano tiene satisfecha todas sus necesidades y las relaciones interpersonales y familiares se desarrollan en armonía en todas las etapas del ciclo vital, consigue con voluntad todo lo que se propone, de ahí, que en nuestro estudio, 128 ancianos (90.7 %) habían conseguido total o parcialmente sus aspiraciones en la vida y sólo, 13 abuelos (9.1 %) no las consiguieron.

CONCLUSIONES

- 1- Predominaron los adultos mayores de 60 a 64 años y de 80 y más, femeninos, viudos, jubilados, de nivel escolar secundario.
- 2- Las enfermedades más frecuentes fueron la hipertensión arterial, artrosis y diabetes mellitus.
- 3- Las familias resultaron ser funcionales y los ancianos satisfechos en sus relaciones interpersonales.
- 4- Económicamente dependían de los recursos estatales en su atención.
- 5- En su mayoría están incorporados a las actividades sociales.
- 6- Un número elevado de los ancianos ha conseguido parcial o totalmente sus aspiraciones en la vida.

RECOMENDACIONES

Se recomienda que el grupo de atención gerontológico, los equipos básicos de salud, junto a la activa participación de la comunidad, diseñen estrategias que permitan una adecuada evaluación y seguimiento a la problemática que enfrentan los adultos mayores en la comunidad, teniendo en cuenta la tendencia demográfica actual.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Ibáñez MS. La terapia ocupacional del ayer a hoy. Guantánamo: Editorial El Mar y la Montaña; 2000.
2. Prieto RO, Vega GE. Envejecimiento de la sociedad moderna. Temas de gerontología. La Habana: Editorial Científico Técnico; 1997.
3. Salmes J, Antonie M. Vivir con la enfermedad de Alzheimer. Madrid: Meditor; 1998.
4. Martínez Q, Cesar PM, Víctor CY. Maltrato en los ancianos: un reto a la atención primaria de salud geriátrica. Rev Cubana Med Gen Integral. 2005; 21(1-2).
5. Pérez MV. El deterioro cognitivo: una mirada previsor. Rev Cubana Med Gen Integral. 2005; 21:(1-2).
6. Álvarez SR. Envejecimiento en el mundo moderno. En: Temas de Medicina General Integral. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2001.p. 166.
7. Tallis R. Conferencia científica de la Asociación Británica de Geriatria. Manchester: Gran Bretaña; 2003.
8. Daichman LS. Seminario Internacional "Formador de Formadores". La Habana; 2004.
9. Romero CAJ. Asistencia al adulto mayor en la atención primaria. Rev Médica de Cienfuegos Finlay. 2005; 10:114-20.
10. Martínez SI. El adulto mayor en la familia. Sus relaciones con los más jóvenes. Rev Cubana de Enfermería. 1999; 15(1):44-50.
11. Domínguez GT, Espin AAM, Bayorre VH. Caracterización de las relaciones familiares del anciano. Rev Cubana Med Gen Integral. 2001; 17(5):418-22.
12. Colectivo de autores. Manual de diagnóstico y tratamiento de las especialidades clínicas. Ciudad de La Habana: Editora Política; 2002.p.379.

ANEXO 1. PRUEBA DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR.

	Casi Nunca	Pocas Veces	A Veces	Muchas Veces	Casi Siempre
1. Se toman decisiones para cosas importantes de la familia.					
2. En mi casa predomina la armonía.					
3. En mi casa cada uno cumple sus responsabilidades.					
4. Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana.					
5. Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa.					
6. Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos.					
7. Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones difíciles.					
8. Cuando alguno de la familia tiene un problema, los demás lo ayudan.					
9. Se distribuyen las tareas de forma que nadie esté sobrecargado.					
10. Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones.					
11. Podemos conversar diversos temas sin temor.					
12. Ante una situación familiar difícil, somos capaces de buscar ayuda en otras personas.					
13. Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar.					
14. Nos demostramos el cariño que nos tenemos.					

La puntuación final de la prueba se obtiene de la suma de los puntos por ítems. La escala tiene diferentes valores de acuerdo al criterio seleccionado.

CONTINUACION ANEXO 1.

Valores de la Escala	
Casi Siempre	5
Muchas Veces	4
A Veces	3
Pocas Veces	2
Casi Nunca	1

Diagnóstico del Funcionamiento Familiar según Puntuación Total de la Prueba FF – SIL.

FUNCIONAL	De 70 a 57 puntos
MODERADAMENTE FUNCIONAL	De 56 a 43 Puntos
DISFUNCIONAL	De 42 a 28 Puntos
SEVERAMENTE DISFUNCIONAL	De 27 a 14 Puntos

TABLA 1. EDAD Y SEXO.

GRUPO DE EDADES	SEXO				TOTAL	
	FEMENINO		MASCULINO		No.	%
	No.	%	No.	%	No.	%
60 – 64	19	52.8	17	47.2	36	25.5
65 – 69	16	64.0	9	36.0	25	17.7
70 – 74	10	58.8	7	41.2	17	12.0
75 – 79	19	70.4	8	29.6	27	19.1
80 y más	24	66.7	12	33.3	36	25.5
TOTAL	88	62.4	53	37.6	141	100

Fuente: Investigación realizada.

TABLA 2. ESCOLARIDAD.

ESCOLARIDAD	No.	%
Ilustrados	2	1.4
Primaria	52	36.9
Secundaria	54	38.3
Preuniversitario	23	16.3
Universitario	10	7.1
TOTAL	141	100

Fuente: Investigación realizada.

TABLA 3. ESTADO CIVIL.

ESTADO CIVIL	No.	%
Soltero	3	2.1
Casado	38	27
Acompañado	17	12
Viudo	83	58.9
TOTAL	141	100

Fuente: Investigación realizada.

TABLA 4. DIAGNOSTICO DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR.

CATEGORIA	No.	%
Funcional	102	72.3
Moderadamente funcional	23	16.3
Disfuncional	14	9.9
Severamente disfuncional	2	1.4
TOTAL	141	100

Fuente: Investigación realizada. Base de datos.

TABLA 5. SATISFACCION SEGUN TIPO DE RELACIONES FAMILIARES.

CATEGORIA	No.	%
Muy Satisfecho	30	21.2
Satisfecho	101	71.6
Insatisfecho	9	4.1
Muy insatisfecho	1	0.7
TOTAL	141	100.0

Fuente: Investigación realizada.