

HOSPITAL GENERAL DOCENTE
" DR. AGOSTINHO NETO"
GUANTANAMO

IMPACTO DE FORMACION Y CARACTERIZACION DE CIRCULOS DE ABUELOS EN LA COMUNIDAD GONZALO BARRIOS DE VENEZUELA

*Dra. María Agustina Favier Torres¹, Dra. María de la Candelaria De León²,
Dr. Daniel Romeo Almanza³, Dra. Lissette Dorsant Rodríguez³.*

RESUMEN

Se realiza un estudio observacional descriptivo, con el objetivo de dar a conocer el impacto del círculo de abuelos en 27 adultos mayores de la comunidad " Gonzalo Barrios ", del municipio Páez, estado Portuguesa, Venezuela, desde enero 2005 a diciembre 2007. Se estudian variables de interés, como: edad, sexo, estado civil, automedicación, depresión, y las causas de la morbilidad por la que acuden a consulta, al inicio y después de incorporados al círculo. Predomina el grupo de edad de 60-64 años y el sexo femenino, así como alta incidencia de los automedicados y deprimidos al inicio de la incorporación. Se concluye que las actividades realizadas en el círculo logran un impacto positivo en la calidad de vida del adulto mayor.

Palabras clave: SERVICIOS DE SALUD PARA ANCIANOS, CALIDAD DE VIDA.

INTRODUCCION

El envejecimiento mundial va en aumento desde 1980, año en que existían 550 millones de adultos mayores, con perspectiva demográfica de 1 250 millones para el 2025.¹ Durante las últimas décadas, uno de los factores demográficos básicos es afectado por un cambio masivo: la edad. El estado actual de conocimiento científico indica que la historia de la humanidad es siempre

¹ *Master en Atención Integral a la Mujer. Especialista de II Grado en Medicina General Integral. Asistente.*

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

³ *Master en Educación Médica, Atención Integral al Niño y a la Mujer. Especialista de II Grado en Pediatría.*

marcada por altas tasas de natalidad acompañadas por las tasas altas de mortalidad.² Históricamente, la mayoría de las personas que habitaban el planeta se movían entre límites de edad más frecuentes de esa época o tendían a estar por debajo de la media de edad. Sin embargo, debido a que las tasas de natalidad y mortalidad tienen tendencia a disminuir, según el departamento de asuntos sociales y económicos de la Organización de Naciones Unidas (ONU), uno de cada diez habitantes del planeta tiene ahora sesenta años o más. Si las tasas de mortalidad y natalidad continúan descendiendo, según la tendencia actual, en el año 2050 una de cada cinco personas tendrá sesenta años o más, y en el 2150 tendrá esa edad una de cada tres personas.^{1,2}

A escala mundial, la población de 60 años y más aumenta en el 3 % anual, en comparación con un aumento de 1.9 para la población total, y se estima que en el año 2025 ascienda a 1 121 millones, equivalente al 13.7 % de la población general.

Actualmente, los más ancianos integran el 11 % del grupo de mayores de 60 años, y este porcentaje habrá crecido hasta el 19 % en el 2050.³

La vejez supone un conjunto de modificaciones físicas, psicológicas, afectivas y sociales sujetas al tiempo vivido, lo que implica el tránsito a través de una crisis y la necesidad de adaptación, ya que el cambio es en sí conflictivo porque plantea nuevas exigencias que deben enfrentarse y cuya resolución requeriría el uso de recursos de afrontamiento de parte de quien envejece. En este sentido, el envejecimiento representa una crisis del desarrollo, desencadenada por dichas condiciones cambiantes provenientes del propio organismo y del medio social y cultural.⁴

La atención del adulto mayor en la comunidad Gonzalo Barrios, del municipio Páez en el estado Portuguesa, Venezuela permaneció por mucho tiempo en el olvido por parte de la sociedad y del personal de salud. Este panorama cambió con la llegada de los médicos cubanos en el 2003, los que bajo el principio de la gratuidad realizan diversas acciones de salud en aras de mejorar la calidad de vida de estas personas.

Por el inadecuado estilo de vida de este grupo poblacional en la comunidad antes mencionada, lo que ocasiona una alta morbilidad por factores de riesgo y enfermedades crónicas no transmisibles, surge la motivación en el año 2005 de crear el círculo de abuelos (una experiencia cubana con múltiples resultados), y de esta forma dar a conocer su impacto en la calidad de vida del adulto mayor.

METODO

Se realiza un estudio observacional descriptivo, con el objetivo de dar a conocer el impacto del círculo de abuelos en 27 adultos mayores de la comunidad Gonzalo Barrios, perteneciente al área de salud integral comunitaria "Trino Meleán" del municipio Páez, estado Portuguesa en Venezuela, desde enero de 2005 a diciembre de 2007.

Se tiene en cuenta el aspecto ético y se determina el impacto al año de ser partícipe en el círculo de abuelos. La información se obtiene a través de una encuesta, aplicada al inicio y al año de estar participando en el círculo, luego es tabulada manualmente con el auxilio de una calculadora. Se utilizan números enteros y porcentajes para resumir los resultados en tablas.

Se emplea una computadora personal con ambiente Windows XP. Se utiliza el paquete de Software Microsoft office 2007 para efectuar el procesamiento de los textos y la elaboración de las tablas.

RESULTADOS Y DISCUSION

En la Tabla 1 se observa el predominio del grupo de edad de 60-64 años (37.0 %) coincidiendo con el sexo femenino, que representa el 66.6 %. Al inicio de la incorporación al círculo de abuelos predominaron los ancianos solteros 44.4 %, siguiéndole los acompañados con 7 (25.9 %). Ya después de dicha incorporación se incrementa el estado civil casado (12), (44.4 %), aumentando también los acompañados 37.0 % (Tabla 2).

La población geriátrica nacional e internacional se caracteriza por el predominio del sexo femenino y la disminución de este en la medida que avanza la edad.^{5,6}

Hablar de sexualidad en el adulto mayor es un tema que para muchas personas no tiene razón de ser, ya que consideran a las personas de cierta edad asexuadas y sin derecho a ejercer una vida sexual, sin embargo es un aspecto de gran interés para ellos que son los que sufren cambios en los órganos reproductores en esta etapa de la vida.

En la Tabla 3 al inicio de la incorporación al círculo existían 25 abuelos con automedicación (92.6 %), aspecto que disminuyó después de la incorporación casos para el 11.1 %.

Resulta incuestionable que el beneficio que aporta la terapia con fármacos conlleva, en ocasiones a un precio: la posibilidad de aparición de una o varias reacciones adversas, que según la definición de la OMS, es una respuesta no deseada y que se presenta a las dosis habitualmente utilizadas en la especie humana.^{7, 8} Dicha respuesta no se encontró en los pacientes estudiados, al parecer por la automedicación de un número reducido de fármacos.

En la Tabla 4, se observó que el 70.4 % de los abuelos tenía depresión. Al inicio de la incorporación al círculo de abuelos, existía una alta morbilidad en los ancianos, predominando las enfermedades articulares con 25 casos 92.6 % (Tabla 5).

El estado emocional de los pacientes influye de manera positiva o negativa en la salud. En el adulto mayor, debido a los cambios que se originan en su vida, la jubilación, cambio de rol en el hogar, entre otros, es frecuente encontrar un estado emocional depresivo.^{9,10,11} El plan del círculo de abuelos con las actividades físicas y recreativas que realiza y reunirse en colectivo en un área abierta e intercambiar anécdotas, opiniones o problemas similares, favorece que este estado depresivo disminuya o desaparezca en muchas ocasiones.

Las enfermedades articulares se asocian con mucha frecuencia a la ancianidad, hasta el punto que muchos las consideran indisolublemente ligadas a este período de la vida y aunque es cierto que son frecuentes es importante tener en cuenta que a esta edad la salud se define en término de función o sea un anciano puede padecer una e incluso más de 2 enfermedades y sin embargo mantener autonomía y capacidad al hacer sus actividades diarias. La realización de ejercicios físicos mejora la salud en general de las personas.¹²

La Tabla 6 refleja el impacto positivo que se obtuvo con el círculo de abuelos.

Con ejercicios aeróbicos adecuados, aunque estos empiezan a los 60 años, se puede incrementar de 1 a 2 años la esperanza de vida, independencia funcional, y ayudar a prevenir enfermedades. Se ha encontrado que las 2/3 partes de las personas con más de 60 años practican de manera irregular alguna actividad física o son sedentarios. Por causa de la inactividad aparecen riesgos de

enfermedades crónicas como las cardiovasculares, hipertensión, diabetes, osteoporosis y depresión.

El programa de ejercicios realizado con estos adultos redujo la resistencia vascular periférica e incrementó la distensibilidad aórtica, disminuyendo la presión arterial, tan común en las personas de la tercera edad; además un programa de resistencia muscular (con trabajo muscular localizado), mejoró el retorno venoso y la circulación vascular periférica. Hay que destacar que este entrenamiento se aplicó lento y progresivamente ya que en sus inicios puede aumentar la presión arterial.¹²

La experiencia sobre el tema nos enseña, que estos sujetos de edad avanzada, una vez incorporados a estas actividades, intensifican su sentimiento de autovaloración, de ocupación del tiempo libre y se va desechando la pérdida del contenido de la vida, porque una participación efectiva llena de regocijo y motivación, y va encaminada a satisfacer las características y necesidades de los abuelos en esta etapa de la vida.

CONCLUSIONES

- Predominó el grupo de edad 60-64 años y sexo femenino, así como el estado civil soltero, automedicación, depresión y alta morbilidad al inicio de la incorporación al círculo de abuelos.
- Después de la incorporación existió predominio de los casados, la automedicación se redujo considerablemente, al igual que la asistencia a consulta por enfermedades, desapareció la depresión en la totalidad de los abuelos y las actividades realizadas en el círculo lograron un impacto positivo en la calidad de vida de los adultos mayores.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Casals I. "Teorías generales sobre las personas mayores. Rev Sociología de la Vejez. 2003.
2. San Martín H, Pastor V. Epidemiología de la vejez. En: *Medicina y Sociedad*. México: Interamericana McGraw-Hill; 2006.

3. Montañés-Pauls B, Sáez-Lleó C, Martínez-Romero G. Adjusting the dosage of medication in institutionalised elderly patients with renal failure. *Farm Hosp.* 2009 Jan-Feb; 33(1):43-7.
4. Colectivo de Autores. *Sociología para Médicos.* La Habana: Editorial Ciencias Sociales; 2000.
5. Kato C, Ida K, Harada A. Influence of high fall-related self-efficacy on falls due to dissociation with ADL among elderly women in nursing homes. *Nippon Ronen Igakkai Zasshi.* 2009 Sep;46(5):428-35.
6. Hall S, Longhurst S, Higginson IJ. Challenges to conducting research with older people living in nursing homes. *BMC Geriatr.* 2009 Aug 24;9:38.
7. Torres Vidal. Panorama de la salud del adulto mayor en Cuba. *Rev Cubana Salud Pública.* 2005;31(1).
8. Tsuyuki RT, McLean DL, McAlister FA. Management of hypertension in elderly long-term care residents. *Can J Cardiol.* 2008 Dec;24(12):912-4.
9. Sundvall PD, Gunnarsson RK. Evaluation of dipstick analysis among elderly residents to detect bacteriuria: a cross-sectional study in 32 nursing homes. *BMC Geriatr.* 2009 Jul 27;9:32.
10. Grima A, Gatt A, Zahra G, Gambin A. Outbreak of norovirus infection in a nursing home for the elderly in Malta, November-December 2008. *Euro Surveill.* 2009 Jan 29;14(4).
11. Helton MR, Pathman DE. Caring for older patients: current attitudes and future plans of family medicine residents. *Fam Med.* 2008 Nov-Dec; 40(10):707-14.
12. Murai A, Kawai I, Shio H. End-of-life care for the older residents living in nursing homes. *Nippon Ronen Igakkai Zasshi.* 2008 Nov;45(6):609-11

TABLA 1. EDAD Y SEXO.

GRUPO DE EDADES	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
60 - 64	2	7.4	10	37.0	12	44.4
65 - 69	4	14.8	4	14.8	8	29.6
70 - 74	2	7.4	3	11.1	5	18.5
75 y más	1	3.7	1	3.7	2	7.4
TOTAL	9	33.3	18	66.6	27	100

Fuente: Encuesta.

TABLA 2. ESTADO CIVIL.

ESTADO CIVIL	INICIO		1 AÑO DESPUES	
	No.	%	No.	%
Casado	6	22.2	12	44.4
Soltero	12	44.4	3	11.1
Acompañado	7	25.9	10	37.0
Viudo	2	7.4	2	7.4
TOTAL	27	100	27	100

Fuente: Encuesta

TABLA 3. AUTOMEDICACIÓN.

AUTOMEDICACION	INICIO		1 AÑO DESPUES	
	No.	%	No.	%
Con automedicación	25	92.6	3	11.1
Sin automedicación	2	7.4	24	88.9
TOTAL	27	100	27	100

Fuente: Encuesta.

TABLA 4. DEPRESION.

DEPRESION	INICIO		1 AÑO DESPUES	
	No.	%	No.	%
Con depresión	19	70.4	3	11.1
Sin depresión	8	29.6	24	88.9
TOTAL	27	100	27	100

Fuente: Encuesta

TABLA 5. MORBILIDAD EN CONSULTA EXTERNA.

ENFERMEDADES	INICIO		1 AÑO DESPUES	
	No.	%	No.	%
IRA	19	70.4	5	18.5
HTA	18	66.7	4	14.8
Estomatitis subprotésica	19	70.4	2	7.4
Enfermedades articulares	25	92.6	11	40.7
Diabetes mellitus	9	33.3	3	11.1
Parasitismo intestinal	21	77.8	5	18.5

Fuente: Encuesta.

N = 27

TABLA 6. IMPACTO LOGRADO CON EL CÍRCULO DE ABUELOS.

VARIABLES	POSITIVO	NEGATIVO
Automedicación	x	
Depresión	x	
Infección respiratoria aguda	x	
Hipertensión arterial	x	
Estomatitis subprotésica	x	
Diabetes mellitus		x
Parasitismo intestinal	x	

Fuente: Encuesta.