

ARTÍCULO ORIGINAL

Algunos aspectos biopsicosociales en la ancianidad

Lic. Ana Iris Tirado Pavón¹, Lic. Yanneys Fiffe Court², Dr. Leonel Haber Hernández³, Dr. Zadiel Hernández Ortega⁴, Lic. Yanitza Figueredo Chacón⁵

¹ Licenciada en Enfermería. Máster en Enfermedades infecciosas. Asistente. Policlínico Universitario "Ramón López Peña". Caimanera. Guantánamo. Cuba.

² Licenciada en Enfermería. Instructor. Policlínico Universitario "Ramón López Peña". Caimanera. Guantánamo. Cuba.

³ Especialista de I Grado en Pediatría. Instructor. Policlínico Universitario "Ramón López Peña". Caimanera. Guantánamo. Cuba.

⁴ Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Policlínico Universitario "Ramón López Peña". Caimanera. Guantánamo. Cuba.

⁵ Licenciada en Enfermería. Instructor. Policlínico Universitario "Ramón López Peña". Caimanera. Guantánamo. Cuba.

RESUMEN

Se realiza un estudio descriptivo en el Policlínico Universitario "Ramón López Peña" de Caimanera con el propósito de identificar algunos aspectos biopsicosociales de la ancianidad, durante el periodo comprendido enero-julio 2010. Se escoge una muestra aleatoria, por conglomerado de 150 pacientes mayores de 60 años a los cuales se les aplica un formulario confeccionado al efecto y la batería de 4 escalas elaborada por Andrews y Whitney, para medir el bienestar subjetivo. Las variables estudiadas son: datos de caracterización general, aspectos relacionados con hábitos tóxicos, antecedentes patológicos y personales de enfermedades crónicas no trasmisibles, principales dificultades psicosociales. Se encuentra predominio de las edades comprendidas entre 60 y 72 años, sexo femenino. El hábito tóxico más frecuente es el consumo de café, la hipertensión arterial, principal afección en los ancianos. El bienestar subjetivo es evaluado como alto en todas las esferas estudiadas, resultando la salud y la economía las más afectadas.

Palabras clave: envejecimiento

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento es un fenómeno universal dado por una serie de modificaciones morfológicas, psicológicas, funcionales y bioquímicas originadas por el paso del tiempo sobre los seres vivos.¹⁻⁵ Se afirma que el siglo XXI es el del envejecimiento de la población.⁴

El papel y la posición del anciano en la familia, ha tenido variaciones con el grado de desarrollo social desde la comunidad primitiva y las tribus donde los ancianos eran venerados, desempeñaban una función importante dentro de aquella sociedad, como era la transmisión de la cultura y los conocimientos adquiridos por la práctica diaria, en general todas las sociedades antiguas consideraban la vejez altamente significativa y aceptaban todo lo que provenían de ellos, por considerarlos sabios.³

La sociedad en conjunto mira con preocupación su futuro más inmediato, observando el gran impacto socio - sanitario que está y estará ejerciendo la población anciana. La transición demográfica con el aumento de la esperanza de vida y la disminución de la natalidad avalan este crecimiento progresivo.⁶⁻⁸

La edad de la población mundial tiende a crecer cada día, el país no escapa de esta tendencia general, por lo que se hace necesario buscar nuevas soluciones para la creciente población senil, acorde con la sociedad.

Cuba transita por un proceso de envejecimiento poblacional.⁹⁻¹¹ Ubicado el país en el cuarto país más envejecido de América Latina, se dice que en el 2015 será el primero y en el 2025 ya se habrá duplicado la proporción actual de gerontes y 1 de cada 4 personas será mayor de 60 años. Siendo la expectativa de vida de 75 años.¹²⁻¹⁵

Es política del gobierno revolucionario cubano que las acciones de la salud deben aplicarse con el concepto integral de la promoción, curación, recuperación y rehabilitación, aceptando al hombre en su verdadera dimensión de ser biosocial, con el apoyo de la comunidad en esta tarea.

En la atención integral a los ancianos, es de vital importancia la coordinación que no es más que la armonía de los componentes del sistema integral que asegura su equilibrio dinámico, para mantener en todo momento el equilibrio entre posibilidad y necesidad.¹³

Los aspectos sociales del anciano cobran gran importancia, pues este ya no trabaja activamente y si consume, tiende a verse como carga,

estorbo para toda la sociedad y hasta para su familia lo que a su vez repercute en su psiquis, e influye en la respuesta terapéutica a su posible afección somática. Con la creación del médico de la familia, se produce un aumento en la calidad de la atención primaria y por su contacto estrecho con la familia que estos atienden, constituyen la mejor garantía para el bienestar físico y espiritual de los miembros de más edad de la familia. Por lo antes expuesto se realiza esta investigación para que la ancianidad sea una edad para vivirla a toda plenitud llena de imaginación creatividad y coraje como las otras edades de la vida.

MÉTODO

Se realiza una investigación descriptiva durante el periodo comprendido desde enero- julio 2010, con la población mayor de 60 años, perteneciente al policlínico universitario "Ramón López Peña" del municipio Caimanera con el objetivo de identificar algunos aspectos bio-psicosociales de la ancianidad en el municipio Caimanera.

El universo de estudio lo constituyeron 739 pacientes mayores de 60 años, del cual se escoge una muestra aleatoria por conglomerado de 150 individuos considerándose una prevalencia del 15 %, confiabilidad del 95 % y error mínimo del 5 %, para participar en la investigación los ancianos debieron dar su aprobación.

A la muestra seleccionada se le aplica primeramente un formulario en forma de entrevista diseñado por el autor y el tutor, que incluye las siguientes variables: datos de caracterización general aspectos relacionados con hábitos tóxicos, antecedentes patológicos personales de enfermedades crónicas no trasmisibles, principales dificultades psicosociales. Además se aplica una batería de 4 escalas elaborada por Andrews y Whitney, para medir el bienestar subjetivo en los ancianos estudiados.

La población fue estudiada según edad, sexo, considerándose la edad en 3 grupos, de 60 - 62 años (primera edad o senectud gradual), 73 - 90 años (vejez declarada o segunda edad). Y más de 90 años (grandes gerontes o tercera edad).

Los resultados son reflejados en tablas. Se emiten conclusiones y recomendaciones.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

La duración de la vida no aumenta en forma significativa durante milenios, solamente la esperanza de vida ha cambiado, esto solamente en los países desarrollados donde el mejoramiento de las condiciones de la vida y los avances de la medicina permiten que un número mayor de personas alcancen la mayor expectativa de vida.⁵

En la Tabla 1 se expone la distribución de los ancianos estudiados según edad y sexo encontrándose que el mayor porcentaje de los pacientes quedaron ubicados en el rango de 60-72 años, con 96, (64.0 %), seguido por el de 73-90 años con 48, (32.0 %), y más de 90 años, 6 (4.0 %). En el comportamiento del sexo se encontró predominio del femenino con 102 (68.0 %), mientras el masculino fue de 48 (32.0 %).

De estos resultados se elige un primer lugar un predominio de la edad entre 60-72 años y el sexo femenino y en 2do lugar en la medida que aumenta la edad disminuye el número de casos quizás debido o asociado a la mortalidad masculina por causas genéticas, biológicas, a la existencia en la población de un número discretamente mayor de personas del sexo femenino en todos los rangos de edades, esta es una de las razones por lo cual las mujeres tienen una expectativa de vida mayor que los hombres.

La bibliografía apunta que hay cierta superioridad genética femenina en relación con la longevidad, otros enfatizan en el papel social de cada sexo y las influencias ambientales que rodean al hombre y la mujer.¹⁶ Estos resultados coinciden con un estudio realizado en Mantua⁶, donde prevaleció este grupo de edad, pero en cuanto al sexo difiere al de este estudio. Para otros como Hernández, el 63 % de casos fueron del sexo femenino.¹⁷

En la Tabla 2 se relaciona la distribución de los ancianos según hábitos tóxicos presentes y encontramos que el hábito tóxico predominante fue el consumo de café con 142 pacientes (94.7 %) seguido por el tabaquismo 65 (43.3 %) y la ingestión de bebidas alcohólicas en menor proporción, con solo 27 ancianos (16.0%). La distribución de la presencia de hábitos tóxicos según el sexo se comportó de la siguiente manera: con la ingestión de café 45 (93.8 %) masculinos y 97 (95.1 %) femeninos, con hábitos de fumar 30 (62.5 %) masculinos y 35 (34.3 %) femeninos, mientras con ingestión de alcohol 17 (35.4 %) eran masculinos y 10 (9.8 %) femeninos.

De estos resultados se deduce que el consumo de café representa la mayor proporción de los pacientes siendo su comportamiento similar en ambos sexos mientras que en el hábito de fumar y la ingestión de

alcohol se mostraron diferencias significativas superiores en el sexo masculino con respecto a los femeninos. Encontrándose similitud en estudios realizados en poblaciones de ancianos al estudiar las variables psicosociales.¹⁸

En la Tabla 3 se muestran las principales enfermedades crónicas no transmisibles presentes en los ancianos estudiados, encontrándose un predominio de la hipertensión arterial con 78 pacientes (52.0 %), seguido de la cardiopatía isquémica con 39 (26.0 %), asma bronquial 32 (21.3 %), diabetes mellitus 24 (16.0 %), otras enfermedades con 18 (12.0 %) y enfermedad obstructiva crónica 12 pacientes que representan el 8.0 %.

El efecto acumulativo de la edad se plantea que se explica por su mayor tiempo de exposición a los factores de riesgo con una dosis superior de influencias nocivas. La hipertensión arterial es el problema de salud más importante en el anciano y su frecuencia aumenta con los años, constituyendo un factor de riesgo independiente para la arteriopatía coronaria, patologías cerebro-vasculares isquémicas y hemorrágicas, así como las vasculopatías periféricas.¹⁴

La hipertensión arterial es uno de los problemas de salud más importantes en términos de magnitud del problema y gravedad de sus consecuencias. Los ancianos un grupo de riesgo específico, donde la prevalencia aumenta, debido a los cambios estructurales y funcionales que acompañan el proceso de envejecimiento, constituyen un terreno abonado para la mayor incidencia de estas afecciones. En la literatura revisada se plantea que los principales hechos fisiopatológicos, están dados por el aumento de la rigidez arterial de los grandes vasos, aumento de la resistencia periférica y otros factores modificadores de la actividad simpática.⁵

La cardiopatía isquémica ocupó el segundo lugar dentro de las principales enfermedades crónicas no transmisibles presentes en los ancianos estudiados, que pudiera atribuirse a la hipertensión arterial al afectar el corazón como órgano diana, por lo que el médico de familia debe continuar brindado una atención integral.¹²

El asma bronquial es una enfermedad multifactorial, su prevalencia varía de un país a otro, en el caso particular de los senescentes esta variación se hace más marcada, la que puede estar influida entre otros factores por los diferentes criterios para establecer el diagnóstico en la ancianidad. La prevalencia de diabetes mellitus se incrementa con la senectud, de manera que según algunos datos de la OMS la prevalencia de esta afección reconocida y oculta es de 16 % aproximadamente.⁶

En la Tabla 4 se exponen las principales dificultades psicosociales en los ancianos estudiados, encontrándose que el mayor porcentaje se ubicó en la tristeza, con 88 pacientes (58.7 %), trastornos del sueño 80 (53.3%), tensión nerviosa 64 (42.7 %), pesimismo 62 (41.3 %).

En el campo de la salud psicológica se encontró que el mayor porcentaje de pacientes tiene problemas de esfera psicoafectiva y dentro de ella la tristeza. En la senectud normal desde el punto de vista psicológico se observa el decrecimiento de su capacidad amnésica, dificultades en la concentración de la atención, alteración en la voluntad con tendencia a limitaciones en el aprendizaje y en general se altera la dinámica de la actividad, afectivamente priman sentimientos de soledad reforzados por la pérdida de allegados y seres queridos.

Existen obstáculos sociales que influyen en la forma de comportamientos del anciano e intervienen en su declinación psíquica, como la jubilación en que se observan diferentes posturas que obligan a buscar rasgos diferenciales en cada individuo, como son el medio social, su estado de salud, su poder adquisitivo, el nivel de escolaridad social y la actitud ante el trabajo.¹⁷

Algunos estudios indican alta frecuencia en los trastornos del sueño. Se estima que la dificultad para conciliar y mantener el sueño afecta un 50 % de las personas mayores.¹⁸

Los trastornos visuales ocuparon el tercer lugar dentro de los ítems afectados, donde la bibliografía revisada plantea que las causas más comunes en estas edades son las cataratas, glaucoma, degeneración macular y la retinopatía, sobre todo la diabética.¹²

Otro aspecto de gran importancia en el que se interrelacionan profundamente lo psicológico y lo social, es en lo que atañe a la actividad sexual y la vida amorosa del anciano; se cuestiona esta por los cambios de intensidad a disminuir, el miedo a la burla, a la falibilidad rápida y a lo incómodo que es en los demás e incluso en los médicos al abordarles el tema.¹⁵

La calidad de la vida resulta del equilibrio entre satisfacción de las necesidades básicas y la no satisfacción de estas tanto en el plano objetivo (posibilidad del desarrollo completo de la personalidad), como en el plano subjetivo (satisfacción por la vida y aspiraciones personales).

En la Tabla 5 se muestra la distribución del bienestar subjetivo en cada una de las esferas, encontrándose que en la económica 78 (52.0 %) tenían bienestar alto, 29 (19.3%) bajo y 43 (28.7 %) medio, en la

vivienda 80 (53.3%) catalogaron el bienestar como alto, 26 (17.4 %) bajo y 44 (14.7 %) medio, en la esfera de la salud 76 ancianos (50.6 %) alto, 36 (24.0 %) medio y 22 (14.7 %) bajo, en la familia 92 (61.3 %) alto, 22 (14.7 %) bajo y 36 (24.0 %) medio, en la esfera de la pareja 90(60.0%) alto bienestar, 27 (18.0 %) medio y 33 (22.0 %) bajo. En la esfera de las relaciones sociales 97(64.7%) con bienestar subjetivo alto, 32 (21.3 %) medio y 21 (14.0 %) bajo.

De estos hallazgos se deduce que la mayoría de los pacientes tiene un bienestar subjetivo alto en todas las esferas, destacándose las relaciones sociales y familiares, mientras las esferas más afectadas fueron la salud y la economía. Resultados similares se encontraron en un estudio realizado en la provincia de Holguín donde los ancianos estudiados contaron con apoyo familiar, económico y social, siendo el 85 % funcional, aspecto muy importante a tener en cuenta ya que esto permite su desenvolvimiento en la sociedad.²⁰

La existencia de enfermedades crónicas, las alteraciones de la voluntad con tendencia a limitaciones en el aprendizaje, de crecimiento en su capacidad amnésica, declinación del proceso sensorial debido a la disminución en las funciones vitales y auditivas, generan en el anciano un estado de bienestar subjetivo disminuido caracterizado por insatisfacción, sentimientos de soledad, abandono, sentimientos de minusvalía o de inutilidad y en muchos casos un sentimiento de de estos viviendo la etapa final de su existencia.¹¹

Hoy crece la esperanza de vida en este país y en el planeta, por lo cual se deben formular las siguientes preguntas:

1. ¿Qué esperan de la sociedad y de la vida los seres humanos que han sobrepasado los 60 años?
2. ¿Cómo ayudarlos a ser más útiles y a tener una vida más plena?

Solamente podemos darle respuesta a estas cuando se comprenda plenamente que la ancianidad, último ciclo de la vida de un ser humano, llena de aciertos y desaciertos es una edad para vivirla en todo su esplendor, por lo cual se hace manifiesta la necesidad de tomar medidas para que la transición hacia un mundo en que la longevidad sea la norma, se realice normalmente y sin sacudidas.

CONCLUSIONES

1. Existe predominio de los ancianos con edad entre 60 y 70 años, sexo femenino y predominio de estado civil casado en ambos sexos.

2. El hábito tóxico más encontrado en los ancianos fue el consumo de café, seguido del hábito de fumar y de ingestión de alcohol, siendo estos dos últimos significativos en el sexo masculino.
3. Las principales enfermedades crónicas no transmisibles fueron la hipertensión arterial, la cardiopatía isquémica, asma bronquial y diabetes mellitus.
4. Las dificultades psicosociales más frecuentes encontradas fueron la tristeza, trastornos del sueño, tensión nerviosa y pesimismo.
5. El mayor porcentaje de ancianos tenían bienestar subjetivo alto, en todas las esferas siendo la salud y la economía las más afectadas.

RECOMENDACIONES

1. Divulgar en todos los médicos de la familia los componentes de la calidad de vida en los ancianos, fundamentalmente lo referente al bienestar subjetivo, en fin de que estos, piedra angular de la salud pública conozcan y favorezcan un envejecimiento normal de los ancianos de su radio de acción.
2. Continuar trabajando en la capacitación del adulto mayor por parte del personal de salud, sobre las enfermedades crónicas que padecen, para el mejor manejo de las suyas propias para evitar la invalidez.
3. Continuar realizando investigaciones similares a esta, particularizando en el bienestar subjetivo de los ancianos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rodríguez CA, Causo SC, Orozco G, Pino MI, Tintores TA. Factores de riesgos asociados a la demencia degenerativa en pacientes geriátricos. Rev. Cubana Med Gen Integr. 2003; 19(2).
2. Álvarez SR. Salud Familiar: Estrategia de salud familiar. En: Temas de Medicina General Integral. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2001. p. 69.
3. Días TO, Soler Q, García CM. El apgar familiar en ancianos convivientes. Rev. Cubana Med Gen Integr. 2008; 14(6): 548.
4. González RL, Fleitas FI, Rodríguez FM, Rodríguez SR. Evaluación médico social de los ancianos. Rev. Cub Med Gen Integr. 2007; 14(3):221.
5. Finch C, Schneider EL. Senectud y Medicina Geriátrica. En: Biología del envejecimiento. 2009.
6. Martínez AL, Menéndez JJ, Cáceres ME, Baly M, Vega GE, Prieto RO. Las personas de edad en Cuba. Principales tendencias demográficas y morbimortalidad. Resumen. 2006; 12(2):77-90.

7. Álvarez SM, Benitez R, Espinosa A, Gorroñogretia IA, Lesende IM, Muñoz CF, et al. Programa Básico de salud: Valoración Geriátrica. Aspectos Demográficos. Madrid: Sem FYC Sociedad Española de Medicina de Familia y comunitaria. 2010. p.11-16.
8. ¿Es la depresión un problema de salud en el hogar del adulto mayor?. Rev Cubana de Enfermería. 2003; 19(3).
9. Cruz ME, Sánchez DE, Paredes Pérez MC, Álvarez RD, Céspedes EM. Consumo de micro nutriente en adultos mayores. Rev. Cubana Salud Púb. 2003; 29(2):17-20.
10. Ribero JM. Un reto permanente. Tiempos Méd. 2001; 579:7-14.
11. Gil GP. Evaluación del anciano con sospecha de demencia. Papel del médico de atención primaria. Tiempos Méd. 2007; 579:15-28.
12. Guillén LF. Evaluación del anciano con hipertensión sistólica aislada. Tiempos Méd. 2001; 579:31-46.
13. Cáceres ME. El anciano. Indicadores demográficos y salud. CNICM. 2001; 28(1):6-15.
14. Cuba. MINSAP. Carpeta metodológica de atención primaria de salud y medicina familiar. Historia de salud familiar: Instrucciones para llenar el modelo. Nivel educacional. 2001; 142.
15. González MR. ¿Cuáles son los diferentes comportamientos ante las drogas? En: SOS alcohol y otras drogas. Santiago de Cuba; 2006. p.28-30.
16. Vega G E. Evaluación de la salud en el anciano. Temas de Medicina General Integral. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2001; p. 172-176.
17. Machín DMJ, Roque AK, Hernández MG. Consideraciones acerca del paciente geriátrico. Rev Cubana Med Gen Integr. 2001; 17(5):468-472.
18. Fernández S, Almueña G M, Alonso Ch, O, Blanco B. Factores psicosociales presentes en la tercera edad. Rev Cub Higien Epidemiol. 2004; 39(2): 77-81.
19. Lobo A, Saz P, Marcos G, Díaz JC, Cámara C, Ventura T, et al. Revalidación y normalización del mini-examen cognitivo; primera versión del castellano del mini estatus de examinación mental en la población geriátrica. Med Clín. 1999; 112(20).
20. González K, Borrego L, Díaz O, Borrego R, María R. Evaluación de algunos aspectos biopsicosociales del anciano. Policlínica "Máximo Gómez". Holguín. 2009.

Recibido: 16 de noviembre de 2011

Aprobado: 6 de enero de 2012

Lic. Ana Iris Tirado Pavón. Policlínico Universitario "Ramón López Peña". Caimanera. Guantánamo. Cuba. Email: yusmilart@infosol.gtm.sld.cu

Tabla 1. Edad y sexo

Edad	Masculino		Femenino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
50 - 72	24		72		96	
73 - 90	21		27		48	
Más 90	3		3		6	
Total	48		102		150	100

Tabla 2. Hábitos tóxicos

Edad	Masculino		Femenino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Café	45		97		142	
Tabaco	30		35		65	
Alcohol	17		10		27	100

Tabla 3. Principales enfermedades crónicas no transmisibles

Enfermedad crónica	No.	%
Hipertensión arterial	78	
Cardiopatía isquémica	39	
Asma bronquial	32	
Diabetes mellitus	24	
EPOC	12	
Otras	18	

Tabla 4. Principales dificultades

Dificultad psicosocial	No.	%
Tristeza	88	
Trastornos del sueño	80	
Tensión nerviosa	64	
Pesimismo	62	
Irritabilidad	58	
Pobre poder adquisitivo	57	
Incomprensión familiar	32	
Otros	30	

Tabla 5. Tipos de bienestar subjetivo según esferas

Esfera	Bajo		Medio		Alto	
	No.	%	No.	%	No.	%
Economía	29		43		78	
Vivienda	26		44		80	
Salud	36		38		76	
Familia	22		36		92	
Pareja	25		35		90	
Relaciones sociales	21		32		97	
Globales	23		43		84	