

2018

CUARTA EDICIÓN



REVISTA GEROCIENCIA

Revista electrónica de gerontología (educación, social, gerencia, salud, ciencia y tecnología)

**UNIVERSIDAD NACIONAL EXPERIMENTAL
"FRANCISCO DE MIRANDA"
ÁREA CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE GERONTOLOGÍA**

Año II Vol II Nº 4. Julio a Diciembre 2018

Depósito legal. FA2017000074

Santa Ana de Coro, Estado Falcón, Venezuela

Director-Editor

Dra. Sandra Quintero (UNEFM)

Comité Editor

Lcda. Maroly Quevedo MSc (UNEFM)

Lcda. Juleidys Reyes (UNEFM)

Comité Redacción

Lcda. Belen Cásares (UNEFM)

Lcdo. Nohé Ramón Gilson. MSc. (UNEFM)

Dra. María Romero (UNEFM)

Consejo Asesores

Dra. María Romero (UNEFM)

Especialistas invitados

Comité Memoria

Lcda. Belen Cásares (UNEFM)

Lcdo. Nohé Ramón Gilson. MSc. (UNEFM)

Árbitros colaboradores en ésta publicación

Dra. PhD. Nerys Ortega (Univ Carabobo Venezuela)

Dra. Maribel Osorio (UCV- Venezuela)

Dra. Marissa Zazzetta (Univ Fed. San Carlos-Brasil)

Dra. Sonia Patricia Carreño Moreno (Univ. Nac de Colombia. Colombia)

Dra Miriam Bazán (Univ. ALAS Peruana-Perú)

Dra. Claudia Mendoza (Univ. Aut. Tlaxcala-México)

Dr. Jairo Villasmil (Univ. Nac. Exp. Francisco de Miranda UNEFM-Venezuela)

Dr. Luis Alberto Alzate Peralta (Int. Tec. Boliv. de Tec. Ecuador)

Mag. Sergio Flores (Univ. del Valle de Toluca-México)

MSc. Laura Salatino (Maimonides-Argentina)

Mag. Yéis Borré (Univ. Met. Barranquilla-Colombia)

Master.Juleiky García Beracieto (Univ. Met. Quito Ecuador)

Master. Lidys Padrón Fernández. (Univ. Met. Quito Ecuador)

Med Esp. Adelmary (Univ. Nac. Exp. Francisco de Miranda UNEFM-Venezuela)

Diseñador de portada

Lcda. Yadira González (UNEFM)

CONTENIDO

	Pág.
Editorial de la Revista	4
Filosofía de la Revista	6
Adscripción	8
Artículos	9
Normas editoriales	121
Planilla de arbitraje	127
Líneas de Investigación de la Unidad de Investigaciones Gerontológicas UNIGER del Programa de Gerontología de la UNEFM	129
Resumen técnico de comité	131
Resumen técnico de autores	137
Índice de artículos	140

EDITORIAL DE LA REVISTA

En el afán de divulgar y difundir los estudios en materia gerontológica concerniente al tema de adulto mayor, vejez y envejecimiento desde la realidad de quien lo vive, nace la revista electrónica de Gerontología **“Revista GeroCiencia”**, cuyo ámbito de abordaje son: educativo, social, salud, gerencia, cultural, espiritual, ciencia y tecnología, a nivel nacional e internacional pero en especial las producciones e investigaciones del Programa de Gerontología de la Universidad Nacional Experimental “Francisco de Miranda” UNEFM.

El propósito de la Revista GeroCiencia es sumar esfuerzos para mostrar el conocimiento contextualizado de las investigaciones y/o experiencias en diversas áreas de acuerdo con las problemáticas y necesidades de esta población en el ámbito regional, nacional e internacional. Dicha revista está abierta a todas las corrientes de pensamiento en el campo de la Gerontología interesadas en contribuir con el entendimiento de la vejez, el envejecimiento y el adulto mayor como ser biopsicosocial, cultural y espiritual, a favor de una cultura de conocimiento integral y humanista en la sociedad actual.

La Revista GeroCiencia, es una publicación arbitrada por especialistas en el área de gerontología y carreras afines a nivel regional, nacional e internacional que, interesados por el futuro humano, se ocupan de entender a las persona adulta mayor y su envejecimiento en sus diversas dimensiones. Por esta razón, las publicaciones son diversas y responden a un hecho emergente puesto que embarga la dinámica sociocultural e histórica del momento.

La publicación de esta Revista, se hace bajo el concepto digitalizado para garantizar una mayor difusión y divulgación, contribuyendo así con el desarrollo personal, social y comunitario de la Gerontología; de allí que, se proyecta el sentir del investigador o investigadores quienes han servido como difusores de una realidad que es de interés común. Es por este argumento, que el comité de la revista se compromete a mantener la continuidad de su publicación mejorando en cada volumen los aportes de cada estudio o reporte garantizando la calidad de la revista.

En esta oportunidad, se presenta como edición especial la publicación de Reportes de Caso producto de la experiencia como facilitadora del *Seminario Doctoral titulado: Seminario Gerontología y trabajo social comunitario en el Contexto Venezolano y Latinoamericano* del Doctorado en Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional Experimental “Francisco de Miranda” UNEFM de Coro estado Falcón Venezuela. Muchos de estos casos, fueron emergiendo de la experiencia de los propios doctorantes en su campo laboral entre ellos, medicina (en diversas especialidades como medicina interna, cardiología, neumología, ginecología, pediatría) gerontología, educación, bioanálisis epidemiología, ingeniería en sistema, psicología, medicina veterinaria entre otros; en el caso particular de los médicos hubo transferencia de conocimiento hacia el área gerontológica desde su especialidad, mientras que en otros casos hubo experiencia en trabajos con adultos mayores en comunidades, y otros gracias al desempeño que como docentes en el Programa de Gerontología.

Deseo resaltar que, para el arbitraje de estos Reportes de Caso se contó con doctores especialistas en el área de la salud quienes aportaron no solo su conocimiento sino su experiencia en el área en cuestión, por eso fueron consideradas sus observaciones en pro de definir un producto mucho más acabado en las áreas de conocimiento de la Revista.

Dicho lo anterior, quisiéramos agradecer a los autores, árbitros y equipo de trabajo por este volumen quienes confiados en esta producción han puesto de su tiempo para hacer posible esta nueva edición.

Sandra, B; Quintero, R

Director-Editor

FILOSOFÍA DE LA REVISTA

Reseña

El Programa de Gerontología de la Universidad Nacional Experimental Francisco de Miranda fue creado el 04 de julio de 1984 en la gaceta oficial N° 24, con la carrera de Técnico Superior Universitario en Gerontología posteriormente el 05 de mayo de 2006 se aprueba la licenciatura en Gerontología en la Gaceta Oficial N° 38.508 ambas constituyen el marco referencial de la formación de un profesional integral con competencias de educador gerontológico, gerente social planificador, investigador y coordinador de servicios gerontológico.

Desde sus inicios este Programa académico se ha dado la tarea de consolidar una imagen del adulto mayor, la vejez y el envejecimiento bajo la óptica de la proactividad a favor de la inclusión, la interdisciplinariedad con otras ciencias, la integración activa con las familias y comunidades, pero, sobre todo, el abordaje integrado de la persona envejecida y envejeciente en su propio contexto.

Descripción de la Revista GeroCiencia

La Revista GeroCiencia constituye un medio de difusión de los estudios en el ámbito gerontológico a fin de proporcionar una base teórico-social que sirve de referente al desarrollo nuevas maneras de afrontar la vejez y el envejecimiento en pro de políticas, programas y proyectos en instituciones gubernamentales y no gubernamentales para la satisfacción de sus necesidades biopsicosociales de la población adulta mayor.

Este espacio contribuye además con la consolidación de la integración entre la docencia, investigación y extensión en el campo de la ciencia gerontológica, pero también de modo particular, en la inclusión de conocimientos de otras ciencias en el ámbito educativo, social, gerencial, de salud, comunicacional, tecnológico entre otros, para la comprensión del tema adulto mayor, vejez y envejecimiento a nivel personal, social e institucional en el país y el mundo.

Objetivo

La Revista GeroCiencia está encaminada a sumar esfuerzos en el ámbito de educación, social, educación, salud, gerencia, ciencia y tecnología para mostrar el conocimiento contextualizado de las investigaciones y/o experiencias en diversas áreas que tienen que ver con el adulto mayor, la vejez y el envejecimiento, de acuerdo con las problemáticas y necesidades de esta población en el ámbito regional, nacional e internacional.

Misión

La Revista GeroCiencia, tiene como misión difundir los artículos, reportes, experiencias, productos de las investigaciones y/o revisiones documentales de orden gerontológico, educativo, social, gerencial, humanístico, tecnológico y de salud a tono con la dinámica del adulto mayor, la vejez y el envejecimiento. Dichos aportes están orientados a contribuir con las áreas o contextos:

- Gerontológico.
- Educativo.
- Demográfico.
- Artístico.
- Biológico.
- Psicológico.
- Social y comunitario.
- Salud.
- Gerencial.
- Metodológico.
- Tecnológico.
- Cultural.
- Antropológico.

Visión

La Revista GeroCiencia pretende ser el medio de promoción de espacios de participación colectiva de carácter multi, inter y transdisciplinar en razón de la construcción de contextos teóricos actualizados que colinden con la visión integral

de la vejez, el envejecimiento, el adulto mayor y el envejeciente. Cuyos aportes sean la referencia teórico-constructiva y contextualizada en el área gerontológica.

ADSCRIPCIÓN

La Revista GeroCiencia estará adscrita a la Unidad de Investigaciones Gerontológicas UNIGER que tiene dependencia del Centro de Investigaciones Biomédicas CIB del Área Ciencias de la Salud de la UNEFM y, se regirá por las líneas de investigación de UNIGER presentadas en la Universidad Nacional Experimental “Francisco de Miranda”.

TOXICIDAD TARDÍA POR TRATAMIENTO ONCOLÓGICO EN UN ADULTO MAYOR

Sarratud Juan Carlos¹ y García Milagros²

Universidad Nacional Experimental "Francisco de Miranda"

jcsarratud@gmail.com¹ y milagarca@gamil.com²

RESUMEN

Los efectos tóxicos del tratamiento antineoplásicos son frecuentes, en ocasiones graves y en muchos casos pueden presentar efectos adversos importantes a nivel pulmonar. El propósito de este reporte es describir el caso de una paciente de 71 años, con antecedentes de cáncer que recibió tratamiento de quimioterapia y radioterapia, posteriormente presentó una toxicidad o efecto adverso tardío a nivel pulmonar, manifestándose en forma de enfermedad pulmonar intersticial difusa. Se trata de un estudio de caso, de tipo descriptivo, donde los instrumentos utilizados fueron la historia clínica, exámenes de laboratorio, y estudios por imagen. Se concluye que la toxicidad pulmonar inducida por el tratamiento oncológico es una entidad clínica poco conocida, mal definida y de difícil diagnóstico, por lo que es necesario realizar seguimiento de los pacientes adultos mayores que reciben tratamiento oncológico para limitar el daño por esta causa.

Palabras clave: adulto mayor, toxicidad, tratamiento oncológico.

LATE TOXICITY FOR ONCOLOGICAL TREATMENT IN A SENIOR ADULT

ABSTRACT

Cancer is an age-related disease that is frequently treated with radiotherapy and chemotherapy, both of which can have important adverse effects at the pulmonary level. The purpose of this report is the disclosure of a case of a patient with a history of cancer that received chemotherapy and radiotherapy treatment, and subsequently presented a toxicity or late adverse effect at the pulmonary level, manifesting in the form of a diffuse interstitial lung disease. It is a case study, descriptive, where the instruments used were the clinical history, laboratories, and studies by image. It is concluded that the pulmonary toxicity induced by the oncological treatment constitutes a poorly known and poorly defined clinical entity, and its frequency increases with age, it is necessary to follow the oncological patient who receive or received treatment with chemotherapy and radiotherapy to limit the damage caused by this cause.

Keywords: older adult, cancer, toxicity, oncological treatment.

INTRODUCCIÓN

Crespo (2015) afirma que los efectos tóxicos del tratamiento antineoplásicos son frecuentes y en ocasiones graves. A veces, resultan inevitables ya que van unidos a su capacidad terapéutica, pero en otro caso pueden minorarse o evitarse con medidas preventivas dirigidas al paciente y al personal de salud. El mismo autor refiere que, desde que comenzaron a emplearse sustancias para el tratamiento de enfermedades neoplásicas tratando de impedir la reproducción de las células cancerosas, se han realizados varios estudios recopilando sus efectos negativos y las medidas convenientes para su prevención; todas ellas, han ido sufriendo transformaciones en la medida que también han evolucionado estas sustancias en las formas químicas y tecnológicamente.

También conviene destacar que, las mejoras en los estudios de cribado, resultan en un diagnóstico más precoz de la enfermedad, lo que unido a la disponibilidad de mejores opciones terapéuticas, contribuyen a un mayor número de supervivientes de cáncer. De estos supervivientes por cáncer a largo plazo, se ha visto que el 65% son mayores de 65 años, y de ellos 22% por cáncer de mama, 17% por cáncer de próstata, 11% por cáncer colon-rectal y 10% por cáncer ginecológico según Gómez (2008).

Es aceptado ampliamente que el tratamiento del cáncer puede ser salvador de la vida en pacientes totalmente funcionales, sin embargo puede agravar los síndromes geriátricos e incluso comprometer la vida de pacientes con reserva funcional limitada (Gómez 2008). En relación a este tratamiento oncológico, Murillo (2004) refiere que una de las terapias empleadas en tumores malignos es la radioterapia, la cual se fundamenta en el efecto biológico producido por las radiaciones ionizantes, también expresa el autor que, dependiendo de la localización de la fuente radioactiva respecto al paciente, la técnica radioterápica puede ser:

- Radioterapia externa o tele terapia (la fuente radioactiva, bien sea mediante unidades de tele cobaltoterapia o mediante aceleradores lineales, está alejada del paciente)

- Braquiterapia (el isótopo radioactivo se ubica en contacto directo con el tejido a tratar –braquiterapia intersticial–, o dentro de una cavidad orgánica –braquiterapia endocavitaria–)

- Metabólica (el isótopo radioactivo se administra por vía intravenosa u oral, y tras distribuirse por el organismo es captado preferentemente por órganos con tropismo por el mismo).

La finalidad del tratamiento con radioterapia es el control local o locorregional de la enfermedad señala Murillo (2004). Aproximadamente, entre un 60% y 70% de los pacientes con cáncer reciben radioterapia en algún momento como parte de su tratamiento, según Montero (2005). Si bien no existe un consenso uniforme, los efectos secundarios de la radioterapia sobre los tejidos normales se han subdividido, tradicional y arbitrariamente, en agudos y tardíos, en función de su aparición durante el tratamiento y/o en los 90 días tras su finalización (efectos agudos) o tras un periodo de latencia superior a 90 días (efectos tardíos). Las complicaciones agudas se consideraban reversibles, y por tanto de menor importancia, mientras que las complicaciones tardías eran clasificadas como irreversibles y en muchos casos fatalmente progresivas (Montero 2005)

En este mismo orden de ideas, la American Brain Tumor Association (ABTA) (2014) menciona que dentro de las terapias oncológicas también se encuentran las quimioterapias, cuyo objetivo es detener directamente el crecimiento celular del tumor dejándolas incapaces de duplicarse o iniciando artificialmente el proceso normal de muerte celular llamado apoptosis, el cual en órganos normales, controla la cantidad de células en nuestro organismo en cualquier momento dado y proporciona señales al organismo cuando se necesitan nuevas células.

En el caso del cáncer, las células tumorales pueden ser resistentes a la apoptosis o reproducirse más rápidamente que la cantidad de células que mueren, provocando el crecimiento de un tumor (ABTA, 2014) mientras que Casas (2005) afirma que cuando se utilizan tratamientos combinados (quimioterapia y radioterapia) hay que tomar en cuenta que se administren a dosis seguras en los pacientes, especialmente si son adultos mayores, estos no están

exentos de experimentar alguna reacción adversa o toxicidad en algún determinado momento por lo que hay que tomar en cuenta que:

- Los efectos perjudiciales o dañinos de la radiación en un tejido diana pueden verse incrementados por la quimioterapia.

- Los efectos de la quimioterapia en la zona diana pueden verse incrementados por la irradiación (por ejemplo la supresión a nivel de la médula ósea).

- Las alteraciones que de manera independiente cada uno de ellos pueden causar en el mismo órgano pueden combinarse e incrementar el grado de disfunción (por ejemplo la cardiopatía tras la radioterapia y la doxorubicina).

- Una agresión o lesión puede producirse sin que sea común con ninguna de las dos modalidades, por separado.

Por consiguiente, las complicaciones tardías o crónicas son aquellas secuelas que tienen en su inicio meses o incluso años tras la finalización del tratamiento. Toda decisión terapéutica que se pueda tomar para obviar éstos efectos podrá estar sólo basada en la probabilidad y no en la certeza que estos eventos puedan ocurrir, según Crespo (2015). La relación entre la lesión aguda y los efectos tardíos es impredecible. Toda terapia oncológica (quimioterapia, terapia hormonal, radiación, cirugía, terapia dirigida e inmunoterapia), que es lo suficientemente intensa para causar morbilidad aguda puede ocasionar efectos crónicos. Las características estructurales de ciertos tejidos son de tal manera que esta secuencia puede no ocurrir. Incluso la ausencia de cualquier problema agudo no significa, que puedan ocasionarse efectos tóxicos a más largo plazo. La relación entre efectos agudos y tardíos, y el papel que el tratamiento combinado juega en su desarrollo puede ser analizada de una forma más correcta reconociendo las diferencias que existen entre las reacciones clínicas y subclínicas señalan Crespo (2015) y Mayo Clinic (2018)

Por su parte la American Society of Clinical Oncology (ASCO) (2016) y Mayo Clinic (2018), menciona como efectos tardíos, para la quimioterapia: problemas dentales, menopausia prematura, pérdida de la audición, problemas cardíacos, mayor riesgo de otros tipos de cáncer, infertilidad, pérdida del gusto, enfermedad pulmonar, lesión a los nervios, osteoporosis, reducción de la capacidad pulmonar.

Estos mismos autores, expresan los efectos tardíos de la radioterapia, tales como: caries dentarias, menopausia prematura, problemas cardíacos y vasculares, hipotiroidismo, mayor riesgo de otros tipos de cáncer y de tener un accidente cerebrovascular, infertilidad, problemas intestinales, enfermedad pulmonar, linfedema, problemas de memoria, osteoporosis.

Cabe destacar que en aquellos casos que reciben terapia hormonal, entre los efectos tardíos se mencionan los coágulos sanguíneos, sofocos (tanto en los hombres como en las mujeres), mayor riesgo de otros tipos de cáncer, síntomas menopáusicos, osteoporosis, efectos secundarios sexuales (en los hombres y en las mujeres); por otro lado, en relación a la inmunoterapia, en este momento, no se conoce ningún efecto tardío al igual que en la terapia dirigida, ASCO (2016). Hay que tomar en cuenta que no todas las personas que reciben tratamiento oncológico manifiestan cada uno de los efectos tardíos, y que algunas personas podrían no padecer ninguno (Mayo Clínic (2018).

En el caso que se presenta en este reporte, el órgano afectado es el pulmón; este puede ser el blanco ideal para resultar dañado por fármacos, debido a su gran superficie de contacto especialmente por constituirse como el lugar donde se produce el metabolismo de algunos fármacos antineoplásicos (Ramírez, 2017); en este tema, se han descrito más de 400 fármacos causantes potenciales de toxicidad pulmonar, aunque la verdadera incidencia es desconocida, probablemente esté infravalorada o simplemente no es asociada como toxicidad oncológica porque queda enmascarada dentro de las enfermedades inflamatorias crónicas que suelen presentar los adultos mayores. La forma más común de toxicidad pulmonar inducida por fármacos es la enfermedad pulmonar intersticial (EPID) aunque pueden verse afectados las vías respiratorias, la vasculatura, el sistema neuromuscular o la pleura señala Ramírez (2017).

La enfermedad pulmonar intersticial (EPID), constituye un grupo muy heterogéneo de afecciones con manifestaciones clínicas, radiológicas y funcionales comunes, en las cuales las principales alteraciones anatómo-patológicas afectan a estructuras alveolos intersticiales (García, 2018). En España, según refiere este autor que la incidencia estimada de EPID es de 7,6 casos/100.000 habitantes; siendo la más frecuente la fibrosis pulmonar idiopática (FPI), con una incidencia de 1,6 casos/100.000 habitantes. Entre los agentes

causales relativamente frecuentes que pueden provocar EPID se encuentra una amplia lista de fármacos.

Mientras que, en los EE.UU., la morbilidad resultante de las enfermedades pulmonares inducidas por fármacos afecta a varios cientos de miles de personas cada año. Muchas de estas enfermedades son reversibles si se reconocen precozmente; para ello es necesario, junto al conocimiento adecuado de esta patología, un alto grado de sospecha clínica. De hecho, se ha estimado que menos del 5% de todas las enfermedades pulmonares inducidas por fármacos son reconocidas, porque a menudo los clínicos desconocen la magnitud de este problema refiere Carrión (1999). En términos generales, este autor señala que, la clínica de los pacientes es bastante homogénea, pudiéndose distinguir tres grupos:

- a) Los que tienen sintomatología aguda, compatible con una reacción de hipersensibilidad.
- b) Los que sufren un edema agudo de pulmón no cardiogénico, y
- c) Los que tienen clínica de neumonitis crónica o fibrosis pulmonar.

Los citostáticos constituyen el grupo farmacológico que con mayor frecuencia ocasiona neumopatía intersticial, de forma que son responsables del 20% de los infiltrados pulmonares que presentan los sujetos inmunodeprimidos. Entre los principales mecanismos patogénicos de lesión pulmonar inducida por citostáticos, se han señalado los siguientes:

- **Alteración en el balance oxidación-antioxidación.** Los sistemas oxidantes como anión superóxido, agua oxigenada o radical hidroxilo, sintetizados por granulocitos, macrófagos y eosinófilos, pueden producir oxidación de los ácidos grasos de la membrana celular y del ácido araquidónico y desencadenar reacciones inflamatorias.

- **Alteración del sistema inmunológico.** La quimioterapia, al modificar la respuesta inmunológica, puede facilitar la toxicidad pulmonar por fármacos.

- **Alteración del sistema de reparación de la matriz extracelular y del sistema proteolítico.** De esta forma se favorece la proliferación de fibroblastos o la activación de la acción proteolítica (Carrión, 1999).

Hay que resaltar lo explicado Carrión (1999), cuando refiere que la toxicidad pulmonar inducida por el tratamiento oncológico constituye una entidad clínica

poco conocida y mal definido, cuya frecuencia puede ser muy superior a la que se ha descrito hasta ahora. Además de la quimioterapia, el campo debe ampliarse a nuevas formas de tratamiento, como la hormonoterapia o los inmunomoduladores. Los fármacos empleados en el tratamiento sintomático o de la patología asociada también pueden ocasionar lesiones pulmonares.

Por su parte, Ramírez (2017) hace referencia que en el paciente adulto mayor, a diferencia del más joven y como consecuencia del envejecimiento, presenta una menor reserva funcional de los distintos órganos y una mayor comorbilidad, lo que puede favorecer la aparición de efectos secundarios del tratamiento. Además, el envejecimiento puede asociarse a una disminución de los recursos económicos, sociales y de la autonomía del sujeto, haciéndolo más vulnerable a las complicaciones del tratamiento. Por lo tanto, el tratamiento debe ser individualizado en cada paciente, teniendo en cuenta la potencial toxicidad farmacológica, el entorno social, el grado de dependencia funcional y la expectativa de vida con respecto a la edad y a la comorbilidad del paciente.

En este sentido, el propósito de este reporte es informar sobre el caso de una paciente adulta mayor, con antecedentes de cáncer que recibió tratamiento antineoplásico a base de quimioterapia y radioterapia, y posteriormente presentó una toxicidad o efecto adverso tardío a nivel pulmonar, manifestándose en forma de enfermedad pulmonar intersticial difusa.

DESARROLLO

Para el desarrollo del reporte de caso, iniciamos con referencias previas al estudio relacionadas con el tema central; así se tiene a Carreres, López y Layo quienes publicaron en el 2015 una investigación titulada Enfermedad pulmonar intersticial secundaria a esquema raltitrexedoxaliplatino en carcinoma de colon en un paciente de 78 años en Barcelona España. Se descartó interacciones con la medicación crónica del paciente. Los resultados de los estudios microbiológicos (sangre y esputo), así como las serologías para microorganismos atípicos fueron todos negativos. La tomografía computarizada de tórax muestra un componente de neumonitis intersticial difusa.

En este mismo orden de ideas, están García, Martín y Valera (2018) quienes publicaron un caso en España, de una paciente femenina de 83 años de edad con

diagnóstico de colitis colágena tratado con mesalazina (3 g/día durante el brote agudo) e infecciones del tracto urinario (ITU) de repetición en tratamiento profiláctico con nitrofurantoína (50 mg/día) a quien se le planteó el diagnóstico de EPID. Con mejoría al retirar medicamentos citotóxicos, aunque este no es un caso oncológico está relacionado con uso de fármacos tóxicos para el pulmón (mesalazina y nitrofurantoína) en una paciente adulta mayor que desarrolló EPID.

Por otro lado están Martínez y Rueda (2014) quienes realizaron un estudio sobre los Eventos adversos y complicaciones del tratamiento antineoplásico administrados durante la infancia en Colombia; el objetivo fue hacer una revisión de las principales complicaciones y efectos adversos que pueden ocurrir en pacientes que son sometidos a tratamientos antineoplásicos. En este estudio participaron 640 adultos jóvenes entre las edades de 20 y 39 años que presentaron cáncer en su infancia. Se concluyó que son numerosos los sistemas u órganos que pueden ser afectados con el tratamiento antineoplásico, sean esta quimioterapia o radioterapia. A nivel pulmonar en la fase aguda y subaguda, los pacientes pueden desarrollar neumonitis por radiación y toxicidad pulmonar por bleomicina y metrotexate. Los sobrevivientes a largo plazo tienen riesgo de complicaciones pulmonares como fibrosis pulmonar, bronquiectasias, derrames pleurales crónicos y neumonía recurrente.

Está claro que la función pulmonar se reduce afectando la calidad de vida, por ende, se requieren seguimiento de por vida a fin de identificar, prevenir y curar cualquier alteración que se pueda presentar. Aunque se conocen las complicaciones y los efectos adversos, aun no se conoce en qué orden de frecuencia comienzan a aparecer, tampoco se determinó la asociación de algunos protocolo antineoplásico y el inicio de alguna complicación.

Por esta razón, es de gran importancia describir las formas clínicas de presentación de dichas complicaciones y relacionarlas con el tipo de tratamiento, las características sociodemográficas de los pacientes que las sufren, para así, poder realizar un manejo precoz de las mismas y en lo posible, hacer un tratamiento preventivo, para evitar secuelas a corto y largo plazo refieren Martínez y Rueda (2014).

A continuación se presenta un estudio de caso, tipo descriptivo, donde los instrumentos utilizados fueron la historia clínica, examen de laboratorio y estudios por imagen (Radiografía postero-anterior de tórax y tomografía de tórax).

Exposición del caso:

Se trata de una paciente femenina de 71 años de edad, procedente de la Urbanización Cruz Verde de Coro, ocupación camarera, jubilada para el momento de la evaluación; con antecedente de Cáncer de cuello uterino (Adenocarcinoma) diagnosticado en el año 2010 tratado con quimioterapia, radioterapia y braquiterapia.

La paciente en enero del 2014 acudió a evaluación médica de control, con facultativo privado, quien le solicitó Rayos X de tórax, evidenciando un hallazgo anormal, motivo por el cual es referida al servicio de Neumología del Hospital Universitario “Dr. Alfredo Van Grieken” de Coro, como centro de referencia del Estado Falcón, ya que por ser un hospital tipo IV se imparten el postgrado de Neumonología.

Hay que resaltar, que la paciente estaba asintomática desde el punto de vista respiratorio cuando ingresa al servicio de Neumonología para su valoración clínica, dicho esto, de la Historia clínica se tomaron los siguientes datos personales de interés:

- Adenocarcinoma (ADC) de Cuello Uterino diagnosticado en 2010 tratado con quimioterapia (granocyte (Lenograstim), recormon (Eritropoyetina), cisplatino, Aprepitán (Antiemético), Onicit (Antiemético), radioterapia (5500) y braquiterapia.

- Tromboflebitis en abril de 2013 que requirió hospitalización siendo tratada con antibioticoterapia y anticoagulantes que no específica, presentando mejoría.

- Niega Hipertensión arterial, Diabetes Mellitus, asma, alergia a medicamentos y otras comorbilidades.

Antecedentes Familiares:

- Niega de importancia

Hábitos Psicobiológicos:

- Niega hábitos tabáquicos y exposición a la combustión de agentes de biomasa. Sedentaria actualmente.

Examen Funcional:

- Solo refirió Pérdida de peso 6 Kg en 3 meses.

Examen Físico:

Signos Vitales: Fr 16 X', FC 83 X', SO₂: 99%, Peso: 43,100 Gr

Paciente femenina en buenas condiciones generales, afebril, hidratada, consciente, orientada en tiempo, espacio y persona, con buen llenado capilar. En la exploración del tórax: asimétrico, hipo expansible, sonoro a la percusión, vibraciones vocales presentes y simétricas. Ruidos pulmonares audibles en ambos hemotórax sin agregados. Se realizó una prueba de caminata de 6 minutos presentando desaturación.

Resto del examen físico sin otras anormalidades.

Exámenes de laboratorio: para el momento de su ingreso al servicio, presenta unas pruebas de laboratorio, que fueron realizados como parte de su rutina de control (Ver cuadro 1).

Cuadro 1
Resultados de Laboratorio

Laboratorio	Resultado
CB	9600 cel/mm ³
Seg	56%
Hb	11,7 Gr%
Hcto	34,2%
Glicemia	89 mg%
Creatinina	0,90 mg%

Fuente: Exámenes de laboratorio realizados en el año 2014.

Se puede observar en el cuadro 1 que la cuenta blanca (CB), glicemia y creatinina se encontraba dentro de los rangos normales, lo único ligeramente alterado era la Hemoglobina que presentaba 11,7 grs con un hematocrito de 34.2% para un diagnóstico de anemia leve.

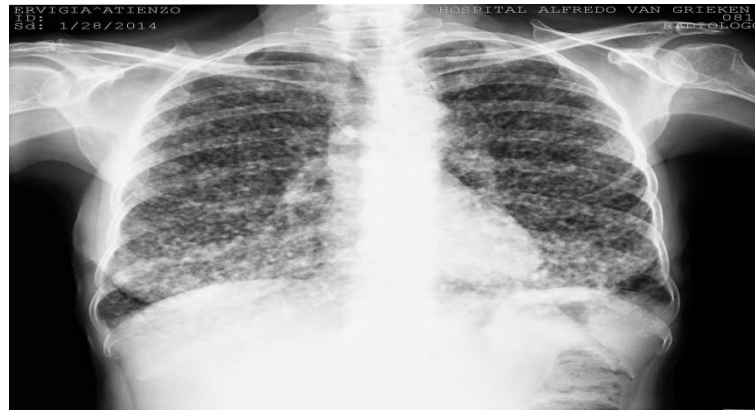


Figura 1. Radiografía (Rx) postero anterior de tórax

En la figura 1, se muestra la Rayos X (RX) postero anterior de tórax, que fue estudiada por los especialistas y residentes del servicio de Neumonología, emitiendo el siguiente análisis: está técnicamente rotada, incluida, inspirada, penetrada, colimada. Se evidencia como hallazgo anormal, un patrón intersticial retículo micro nodular bilateral de distribución universal con predominio en 1/3 inferior de ambos campos pulmonares.

Tal como se ha señalado anteriormente, para este momento la paciente se encuentra completamente asintomática, sin hallazgos semiológicos a la auscultación pulmonar, solo presentaba una Rx de tórax alterada, con desaturación de oxígeno (94%) en prueba de caminata a los 6 minutos. No se indica tratamiento alguno por no tener claro el diagnóstico motivo por el cual, en la consulta, se solicita: TAC de tórax (figura 2), BK de esputo seriado para descartar TBC pulmonar, igualmente se le solicita prueba de serología para hongos.

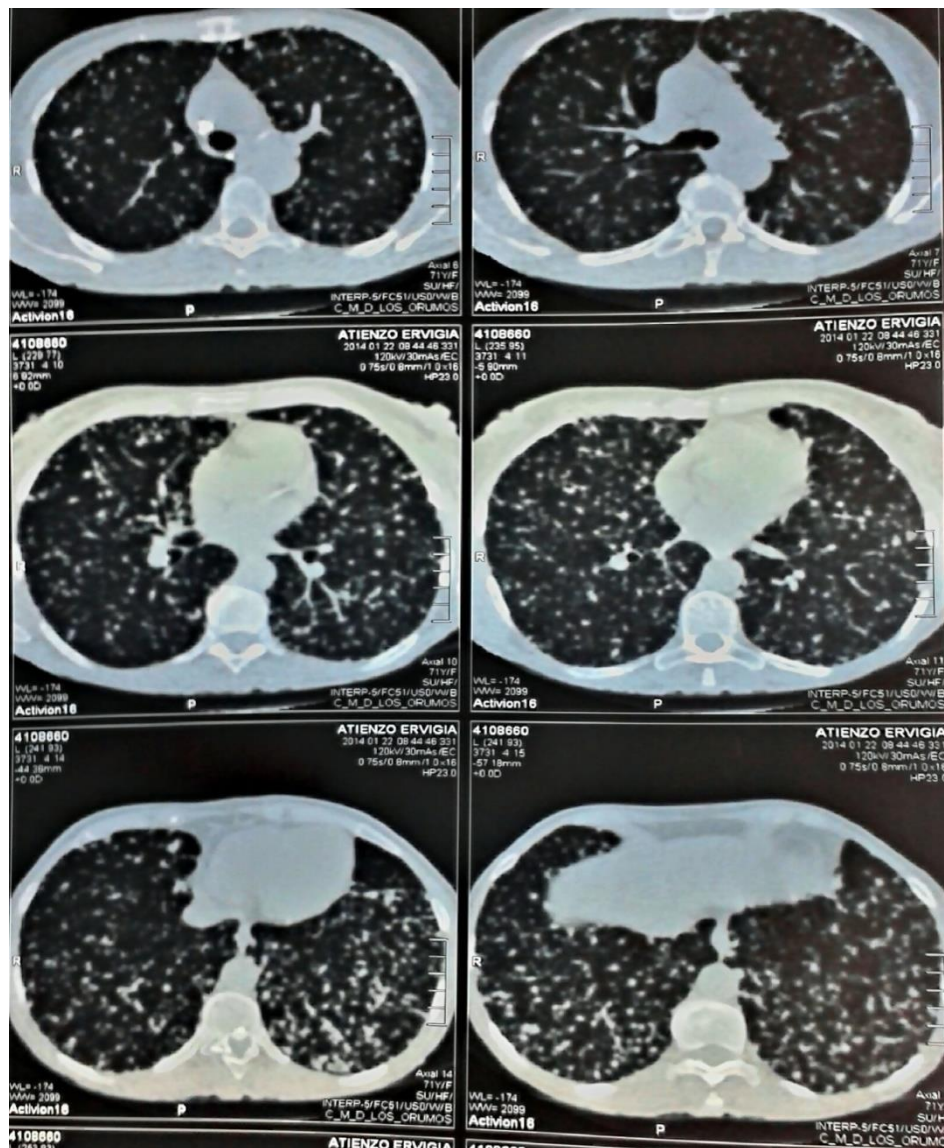


Figura 2. Tomografía axial computarizada (TAC) de campos pulmonares. 2014

En la figura 2 se evidencia las imágenes de la TAC de tórax donde se observa en ventana pulmonar patrón intersticial micro nodular bilateral con predominio en lóbulos inferiores. Aquí hay que destacar que la prueba de BK seriado y la serología para hongo fueron negativas. Ante la evidencia presentada, como paciente asintomática, con antecedentes de cáncer que recibió terapia antineoplásica(datos aportados por historia clínica), sin otras comorbilidades asociadas, pruebas de serología para hongo y BK negativos, Rx de tórax y TAC que reportan un infiltrado micronodular difuso bilateral, el al equipo de especialista del servicio de Neumonología del Hospital Universitario “Dr. Alfredo Van Grieken”, solicitan biopsia del pulmón para la confirmación del diagnóstico,

pero los familiares y la paciente se niegan ante las complicaciones que se podrían presentar durante y/o posterior a la toma de la misma.

Ante lo presentado, el equipo médico realiza el siguiente Diagnóstico presuntivo: “Enfermedad Pulmonar Intersticial difusa asociada a toxicidad por tratamiento oncológico”. Posteriormente, a la paciente se le realizó un seguimiento por la consulta de Neumología durante 2 años, desde el año 2014 hasta el año 2016 permaneciendo con pocos cambios clínicos en comparación al momento en que fue ingresada al servicio, solo refiriendo en los últimos 5 meses disnea lentamente progresiva relacionada a actividad física, que no dificultaba realizar sus actividades de vida diaria, recibiendo solo tratamiento a base de antibioticoterapia (Levofloxacina 500 mg VO OD por 10 días) para infección respiratoria baja tipo bronquitis aguda en una oportunidad en el año 2015 con buena evolución.

En febrero de 2016, se presentó a la emergencia del Hospital con un cuadro clínico de tres días de evolución, caracterizado por tos con expectoración mucopurulenta, alza térmica no cuantificada que mejora con la administración de acetaminofén sin predominio horario y disnea no relacionada al esfuerzo físico, donde es ingresada con el diagnóstico de Enfermedad Pulmonar Intersticial Difusa sobre infectada, presentando evolución tórpida aún con administración de oxigenoterapia, antibióticos de amplio espectro, nebulizaciones, esteroides, falleciendo tres días posterior a su ingreso.

Hay que resaltar que en ningún momento se pudo realizar la biopsia de pulmón para corroborar el diagnóstico de Enfermedad Pulmonar Intersticial por toxicidad o efecto tardío del tratamiento oncológico debido a las complicaciones propias que implica la toma de muestra y post mortem no se realizó debido a la negación de sus familiares.

CONSIDERACIONES FINALES

El principal fin del tratamiento oncológico es erradicar la enfermedad neoplásica sin comprometer la calidad de vida del paciente. Así la combinación óptima de quimioterapia y radioterapia estará basada en el equilibrio entre su efectividad antitumoral y la morbilidad en tejidos sanos vecinos.

Actualmente, estamos inmersos en una era de múltiples tratamientos combinados, la toxicidad puede presentarse en pacientes que han recibido dosis consideradas como "seguras" de cada uno de los tratamientos administrados y las reacciones pueden ocurrir tras un periodo de tiempo indeterminado y de forma impredecible.

Por lo descrito, hay que tomar en cuenta que en los pacientes de la tercera requieren de un seguimiento exhaustivo para vigilar la presencia de efectos tardíos, esto es debido a que su metabolismo y las diferentes vías de excreción de los medicamentos esta alterada por los cambios fisiológicos propios del envejecimiento.

La toxicidad pulmonar inducida por el tratamiento oncológico constituye una entidad clínica poco conocida y mal definida, y su frecuencia aumenta con la edad, es necesario realizar seguimiento del paciente oncológico que recibe o recibió tratamiento con quimioterapia y radioterapia para limitar el daño por esta causa.

Los pacientes de adultos mayores requieren de valoración geriátrica integral para reconocer las condiciones que pueden interferir en el tratamiento, estimar el riesgo de toxicidad y la esperanza de vida. Por eso, se considera de gran importancia describir las formas clínicas de las complicaciones y relacionarlas con el tipo de tratamiento, para así, poder realizar un diagnóstico precoz de las mismas y en lo posible, hacer un tratamiento preventivo, para evitar o minimizar los efectos tóxicos de los fármacos antineoplásicos a corto y largo plazo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Brain Tumor Association. (2014) *Quimioterapia*, págs. 3 – 25. Disponible en URL: <https://www.abta.org/wp-content/uploads/2018/03/quimioterapia.pdf>
- American Society of Clinical Oncology (ASCO) (2016). *Efectos secundarios a largo plazo del tratamiento del cáncer*. Disponible en URL: <https://www.cancer.net/es/sobrevivencia/efectos-secundarios-largo-plazo-del-tratamiento-del-c%C3%A1ncer>
- Carrión Valero, Marín Pardo. (1999) *Toxicidad pulmonar por fármacos*. Arch Bronconeumol 1999; 35: 550-559) Disponible en URL:

<http://www.archbronconeumol.org/index.php?p=revista&tipo=pdf-simple&pii=S0300289615300089>

Carreres, López, Layo. (2015) *Enfermedad pulmonar intersticial secundaria a esquema raltitrexedoxaliplatino en carcinoma de colon; a propósito de un caso*. Farm Hosp. 2015;39(2):118-119 – 119

Casas F; Jorcano S (2005) *Toxicidad y tratamiento de soporte en oncología radioterápica: pulmón*. Oncología (Barc.) vol.28 no.2 feb. Disponible en http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0378-48352005000200009

Crespo, (2015) *Estudio y prevención de los efectos tóxicos de los citostáticos en pacientes y personal sanitarios*. Universidad de la Rioja, Trabajo de fin grado para optar al título de enfermera. Disponible en URL: https://biblioteca.unirioja.es/tfe_e/TFE001090.pdf

García, Martín, Varela (2018). *Enfermedad pulmonar intersticial farmacológica*. Clínica Cotidiana, Med Gen Fam v7n3 Disponible en URL: <http://mgyf.org/enfermedad-pulmonar-intersticial-farmacologica/>

Gómez, Martínez (2008) *Prevalencia y tratamiento de la patología oncológica en el anciano: El reto que se avecina*. Rev. esp. enferm. dig. vol.100 no.11 Madrid nov. 2008. Disponible en URL: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-01082008001100007

Martínez y Rueda (2014) *Eventos adversos y complicaciones del tratamiento antineoplásico administrado durante la infancia*. Médicas UIS vol.27 no.3 Bucaramanga Sep./Dec. 2014. Disponible en URL: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-03192014000300009

Mayo Clinic (2018) *Sobrevivientes del cáncer: efectos tardíos del tratamiento oncológico*. Boletín electrónico gratuito de Mayo Clinic, junio , 2018. Disponible en URL: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/cancer/in-depth/cancer-survivor/art-20045524>

Murillo T.; Valentín V.; y Valentín M.; (2004) *Síntomas asociados al tratamiento con Radioterapia*. Psicooncología. Vol. 1, Núms. 2-3, 2004, pp. 151-168. Disponible en URL:

https://www.researchgate.net/publication/39288397_Sintomas_asociados_al_tratamiento_con_radioterapia

Montero; A y otros (2005) *Control de síntomas crónicos. Efectos secundarios del tratamiento con radioterapia y quimioterapia*. Oncología (Barc.) vol.28 no.3 mar. 2005. Disponible en URL: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0378-48352005000300008

Ramírez (2017) *Toxicidad pulmonar intersticial por fármacos*. Rev Patol Respir. 2017; 20(Supl.1): S98-S101.

CONOCIMIENTOS DEL PESCADOR ADULTO MAYOR DE MÉDANO BLANCO, SOBRE LA HIGIENE DEL PESCADO Y ANISAKIASIS

Bracho Espinoza, Héctor

Universidad Nacional Experimental "Francisco de Miranda"

brachohector3@gmail.com

RESUMEN

Garantizar alimentos seguros a la población, es preocupación de quienes trabajamos en salud pública; con el propósito de evaluar el nivel de conocimientos de los pescadores adultos mayores de Médano Blanco sobre parásitos de la familia *Anisakidae* y los síntomas gástricos o respiratorios que desencadenan, se aplicó un diagnóstico participativo, usando observación directa, visitas al área de pesca de la comunidad de Pantano Abajo, al ambulatorio urbano y entrevistas no estructuradas a cinco miembros de familias, vinculadas a la actividad pesquera. Se encontró que nunca han recibido cursos sobre manipulación higiénica del pescado, nadie ha inspeccionado la labor, comercializan sin permiso sanitario, evisceran y descartan los restos al ambiente, no refrigeran el pescado, han visto el parásito pero, desconocen detalles del mismo, siendo muy común padecer síntomas gástricos y respiratorios. Es un riesgo para las personas el desconocimiento del parásito y de la enfermedad parasitaria que causa, conocida como anisakiasis.

Palabras clave: *Anisakiasis*, Salud pública, *Anisakis* spp, *Contracaecum* spp, *Pseudoterranova* spp.

KNOWLEDGE OF ELDERLY FISHERMEN OF MEDANO BLANCO ON FISH HYGIENIC AND ANISAKIASIS

ABSTRACT

Guarantee safe food to the population, is a concern of those who work in public health; In order to evaluate the level of knowledge of elderly fishermen, of Medano Blanco, on parasites of the *Anisakidae* family and the gastric or respiratory symptoms that they trigger, a participatory diagnosis was applied, using direct observation, visits to the fishing area, to the community of Pantano Abajo, to the urban outpatient clinic and unstructured interviews to five family members, linked to the fishing activity. It was found that they have never received courses on hygienic handling of fish, nobody has inspected the work, they sell without sanitary permission, they eviscerate and discard the remains to the environment, they do not refrigerate the fish, they have seen the parasite but, they do not know details of it, being very common suffer gastric and respiratory symptoms. It is a risk for people to ignore the parasite and the parasitic disease it causes, known as anisakiasis.

Key words: Anisakiasis, Public health, *Anisakis* spp, *Contracaecum* spp, *Psuedoterranova* spp.

INTRODUCCIÓN

Esta investigación está derivada de la línea de investigación sobre promoción de salud, específicamente educación sanitaria para la prevención de enfermedades producidas por fauna nociva, en virtud de proponer la toma de conciencia ante las enfermedades transmitidas por estos. La evolución de planes de requerimientos de alimentos seguros para el consumo de la población, han emanado de organizaciones mundiales comprometidas con la calidad de los alimentos tales como Krestel management, (2017) y la Organización para la Agricultura y la Alimentación de las Naciones Unidas (FAO, 2015), estableciendo lineamientos dirigidos a considerar que la alimentación de las personas es una cuestión fundamental; aquí los productos pesqueros destinados al consumo humano requieren vigilancia, ya sea estos productos frescos, congelados o procesados, con la finalidad de controlar infecciones asociadas por el consumo de pescado parasitado, sin ser sometido a medidas higiénicas, también en platos de pescado crudo, que son insuficientemente cocido o ligeramente salado, ahumado o marinado lo que pudiera estar asociado a factores socioculturales en ciertas poblaciones; es decir, la idiosincrasia de los pobladores que los coloca en situación de riesgo, por desconocimiento de normas elementales de higiene, o al pretender innovar en la presentación de platos elaborados a partir de pescado crudo o poco cocido.

En general, en las costas del estado Falcón y de Venezuela, los pescadores constituyen grupos de la población de escasos recursos económicos, quienes venden el producto de la pesca de mayor valor comercial y, los especímenes de bajo costo quedan para el consumo familiar; en este caso hay predominio de peces de la familia *Mugilidae*, es decir, *Mugil liza*, *Mugil curema* y *Mugil incilis*, entre otras especies colonizadas predominantemente por los parásitos de la familia *anisakidae*. Dicho lo anterior, tanto los responsables de la venta ambulante como las familias ignoran las consecuencias del consumo de pescado parasitado (Robaina, 2018 y Bracho-Espinoza, 2016), del mismo modo se

observa que desconocen las medidas higiénicas para controlar la migración del parásito de mesenterio a músculos, como la evisceración del pescado inmediatamente a la captura, higienizando, lavándolo con agua potable, como medida preventiva del avance del parásito, en la migración a los músculos de estos.

La salud pública es responsabilidad de los gobiernos, a los funcionarios capacitados del sector salud les compete la organización de todos los servicios y actividades que directa e indirectamente contribuyen a la salud de la población. Por lo tanto, debe existir una alta corresponsabilidad de la sociedad civil (salud comunitaria), sector sanitario responsable de los centros dispensadores de salud, para identificar problemas, prioridades, análisis y aplicación de medidas sanitarias en beneficio de la salud de la gente (Bracho Espinoza, 2018; FAO, 2015; Álvarez, 2013).

En este estudio, el pescado es considerado el vehículo de enfermedades zoonóticas, donde los consumidores resultan predispuestos a padecer una infección, con síntomas gastrointestinales o de naturaleza alérgica, (Bao y otros, 2017), conocida como anisakiasis causada por parásitos de la familia *Anisakidae*, donde los más conocidos son: *Anisakis* spp, *Contracaecum* spp, y *Pseudoterranova* spp; estos cuales viven en el tracto digestivo y mesenterio de muchos especies de peces, crustáceos y moluscos (Robaina, 2018; Bracho-Espinoza, 2016, Ruiz y Vallejo, 2013; Martínez, 2009)

Frente a lo descrito, es necesario minimizar los riesgos en la población de padecer enfermedades resultantes de la ingestión de productos marinos infectados a través de programas de educación para la salud, donde se contemplen acciones preventivas. El propósito de este estudio bajo la metodología de reporte de caso, consiste en evaluar los conocimientos de pescadores adultos mayores de Médano Blanco sobre el manejo higiénico de las capturas, ante la presencia de parásitos de la familia *anisakidae* o sus restos (productos químicos secretados por los parásitos), sobre los síntomas gástricos o respiratorios que estos desencadenan.

DESARROLLO

Un estudio titulado Efectos de la alta prevalencia de *Anisakis* en pescados capturados en la costa de Médano Blanco estado Falcón Venezuela, sobre la población consumidora; publicado por Bracho-Espinoza (2016); tuvo como propósito evaluar los efectos que tiene sobre la población, la ingesta de pescado capturado en la costa de Médano Blanco estado Falcón Venezuela, donde se ha registrado alta prevalencia de parásitos de la familia *Anisakidae*.

Entre los resultados de este estudio se observó cómo situación problemática de salud, la afectación de 1098 pacientes por mes integrantes de la familia de los pescadores y pobladores, estos asistieron al ambulatorio urbano del sector Pantano Abajo de Coro Municipio Miranda estado Falcón, donde 719,6/mes presentaron síntomas respiratorios requiriendo nebulizaciones, situación similar ante reacciones inmediatas de hipersensibilidad a antígenos del parásito *Anisakis*, mediados por inmunoglobulina E como respuesta a alérgenos, tal como ha sido reportado a nivel mundial; así como síntomas gástricos (diarreas y vómitos), que en porcentajes se ubicaban en un rango de 29.81% al 38.43% (ver Figura 1) pudiéndose inferir, que son coincidentes con los que padecen individuos que han consumido pescado parasitado, o estado en contacto con los parásitos de la familia *Anisakidae*.

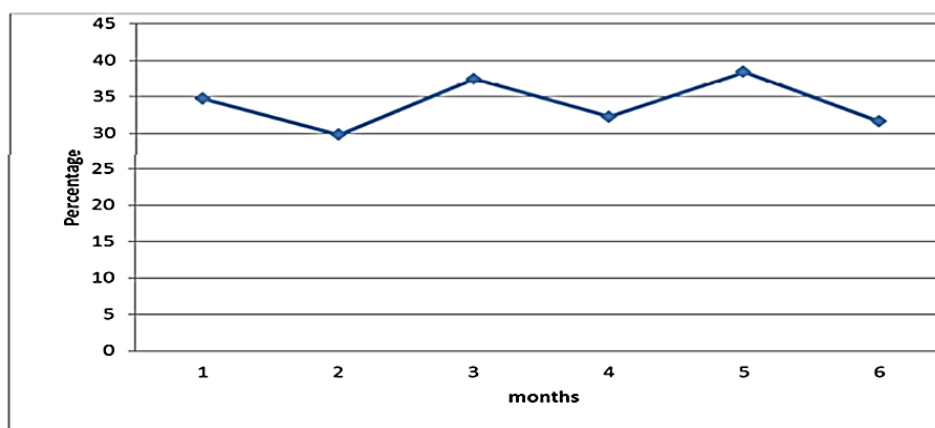


Figura 1. Porcentaje de pacientes con síntomas respiratorios (asma) y gástricos (diarrea y vómitos), que acuden al centro dispensador de salud del sector, Pantano Abajo, municipio Miranda estado Falcón, Venezuela. Fuente: Bracho-Espinoza, (2016)

De acuerdo a estudios previos realizados en la zona de pesca acerca de la Prevalencia de parasitosis por *Anisakis* en una muestra de peces capturado en la

costa del Golfete de Coro Falcón Venezuela por Bracho-Espinoza (2014), Bracho-Espinoza y otros (2013); ambos desarrollados con el propósito de evaluar el grado de parasitismo y el riesgo de anisakiasis en la población; una enfermedad zoonótica común a nivel mundial, causada por la ingestión de larvas (L3) de nematodos de la familia *Anisakidae*: (*Anisakis* spp, *Contracaecum* spp, *Pseudoterranova* spp), presentes en el pescado crudo o poco cocinado constituyen un riesgo para la salud pública que no se debe subestimar.

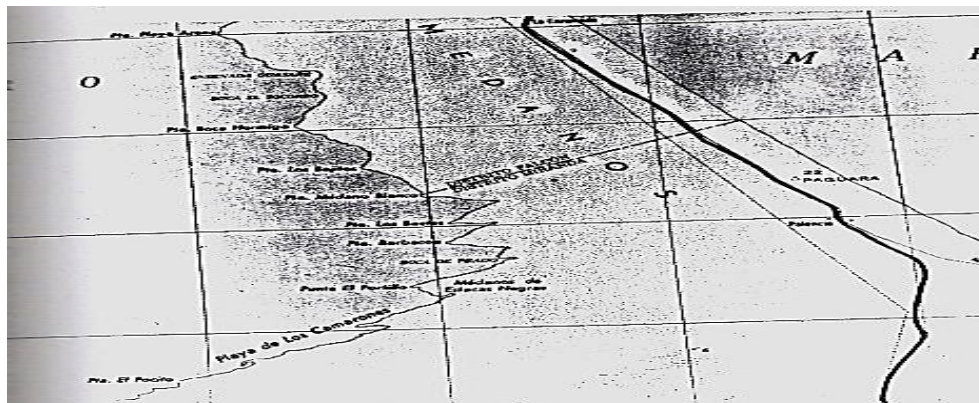
Se determinó en tales estudios la prevalencia del parásito y el grado de parasitismo por anisakidos, mediante un muestreo probabilístico no intencional, a través de la adquisición de 90 especímenes directamente de los pescadores, en la zona de pesca, dando importancia al pescado de menor valor comercial, que también es utilizado para el consumo familiar como taina, candilete y lisa de la familia *Mugilidae*: (*M curema*, *M incilisi* y *M liza*) respectivamente. También mojarra (*Eugerres plumieri*) y bagre (*Ictalurus punctatus*), entre otros.

Las muestras de pescados fueron trasladadas al laboratorio para evisceración, limpieza y disección muscular en búsqueda de larvas, se realizó la enumeración e identificación morfológica los parásitos aislados de cada espécimen, se preservaron en formol al 10 %, y se aclararon, pasándolos por ácido acético durante 30 segundos. Posteriormente se sumergieron en etanol al 70 % durante 5 minutos, y en etanol más glicerina al 70 %; de igual forma se introdujeron en tolueno, butanol, etanol y finalmente glicerina, lo que permitió observar con mayor nitidez, mediante microscopía óptica, sus estructuras internas de interés taxonómico. Se reportó una prevalencia por *Contracaecum* spp de 97% y *Pseudoterranova* spp de 3%; el más alto grado de infestación fue lisa 88,8 % y mojarra 80%, verificándose además una carga parasitaria que va de 7 a 9 parásitos por espécimen. La prevalencia detectada se ha mantenido en aumento.

Exposición del caso:

El estudio de caso es un método de investigación cualitativa que contribuye a visibilizar acciones humanizadas y holísticas (Orkaizaguirre, 2014), en esta oportunidad en beneficio de una comunidad de pescadores por ejemplo el sector Pantano Abajo de la ciudad de Coro (ver Figura 2) una populosa barriada

La zona de pesca ubicada en la costa occidental del Istmo de médanos, mejor conocida como Médano Blanco (ver Figura 3) dista entre 6 y 7 kilómetros del sector Pantano Abajo de la ciudad de Coro, distancia que recorrían estos pescadores en 3 horas con un canasto de pescado en la espalda; una travesía normal en temporada seca a diferencia de cuando llovía, ya que la salina se tornaba resbalosa pero, era el camino que había que transitar para traer el pescado a la comunidad de Pantano Abajo, destinado al consumo de la familia y la venta entre los vecinos; hoy lo hacen en vehículos de doble tracción.



30

Debido a la naturaleza del estudio de caso, en las unidades de análisis se indagó de manera exploratoria mediante un diagnóstico participativo, usando como técnicas de recolección de datos la observación directa en visitas a la zona de pesca de la comunidad del sector Pantano Abajo y al centro dispensador de salud (ambulatorio urbano), también entrevistas no estructuradas a cinco pescadores adultos mayores de la población de familias vinculadas a la actividad pesquera en la costa de Médano Blanco municipio Miranda del estado Falcón, quienes en general conviven entre el área rural y urbana Reyes (2017) son de escasos recursos económicos y faenan en la pesca acompañados de familiares y vecinos.

El diagnóstico participativo realizado a través de la observación directa, en visitas realizadas a el área de pesca al sector Pantano Abajo con entrevistas no estructuradas, en una muestra de cinco pescadores adultos mayores, permitió conocer que no han recibido asesorías sobre niveles de organización, tampoco les han sido ofertados desde la Unidad Sanitaria competente, cursos de manipulación higiénica del pescado; por tanto los pescadores no han podido vincularse en programas de organización comunitaria y de capacitación. No han recibido la visita de inspectores de sanidad en sus casas, lugar donde manipulan el pescado, ni en las calles cercanas a sus hogares, lugares de realización de la venta ambulante del pescado, sin permiso sanitario para su comercialización.

La evisceración del pescado es realizada por algunos pescadores en la orilla del mar una vez realizada la captura con redes de ahorque o arrastre artesanal, descartando el contenido gastrointestinal en el mar y, alrededores de las rancherías (palafitos); otros pescadores lo llevan a tierra firme en la localidad de su domicilio, sector Pantano Abajo y descartan los desperdicios y vísceras en los alrededores de la zona de la pista de aterrizaje del aeropuerto local. Varios de los entrevistados respondieron que no aplican ningún proceso tecnológico como congelación o refrigeración del pescado, ni medida higiénica para el procesamiento del pescado una vez capturado, luego de eviscerado se comercializa de manera ambulante (ver Figura 4) al aire libre.



Figura 4. Expendio ambulante del pescado. Fuente: Bracho-Espinoza, (2016)

Los adultos mayores expresaron que existen aproximadamente 90 pescadores artesanales o volapié, quienes comparten labores de pesca en la zona con unos 42 dueños y marinos, quienes poseen 11 embarcaciones y cinco caladores de pesca, para una producción estimada de 11.000 kg/mes. Manifestaron además ver siempre el parásito tipo espaguti (ver Figura 5), que lo ven cuando evisceran el pescado, Sin embargo, desconocen más detalles del mismo.

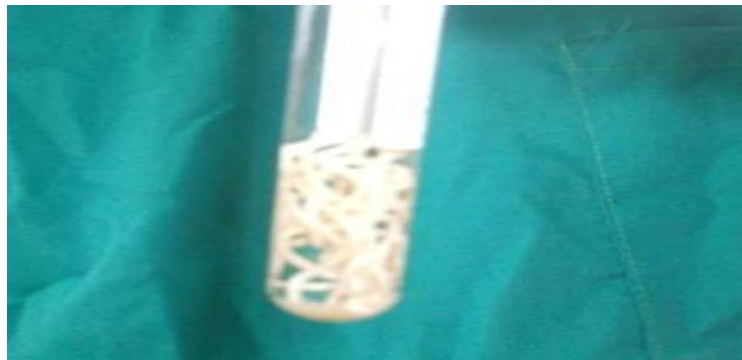


Figura 5. Larvas adultas de parásitos de la familia Anisakidae. Fuente Bracho-Espinoza, (2016).

Admiten que las diarreas (problemas gástricos) así como la necesidad de nebulizar a los miembros de la familia, por síntomas respiratorios ha sido común en el tiempo que desarrollan la actividad. A la pregunta sobre la forma de preparación del pescado para el consumo, manifestaron el predominio por el pescado frito o en sopa, con buena parte de habitantes que prefiere salado, seco-

salado o en vinagre. Estas tres últimas preparaciones todavía presentan riesgos de contaminación para el consumidor.

CONCLUSIONES

El principal factor de riesgo para los pescadores adultos mayores y su familia es el desconocimiento de los parásitos de la familia *anisakidae*, que lo pueden convertir en huésped accidental del parásito causante de la *anisakiasis*, enfermedad parasitaria zoonótica, efecto que se potencia por la alta prevalencia del parásito, que se ha reportado en la zona de Médano Blanco estado Falcón.

La presencia de hospedadores definitivos e intermediarios, propios del ciclo evolutivo del parásito, se considera un factor de riesgo asociado a los peces capturados en la zona, que comprometen la salud del consumidor final. La contaminación de los pescadores y su familia se fortalece por la falta de organización, formación y capacitación sobre la manipulación higiénica del pescado, del manejo y la disposición de los residuos, o desechos de la evisceración y limpieza del pescado, tanto en la zona de captura como en el hogar.

Hoy se suma un grave riesgo particular para las familias y otros consumidores de pescados que no han sido sometidos al cumplimiento de medidas higiénicas sanitarias que impliquen consumir alimentos seguros por otra parte expuestos producto de patrones socio culturales y de costumbres, a comer pescado crudo, ahumado, salado, en vinagre, en el microonda o a la plancha, los cuales constituyen mecanismo culinarios, que no garantizan la eliminación del parásito y su consecuencia en la salud pública.

RECOMENDACIONES

Implementar programas de educación sanitaria sobre la *anisakiasis*, como enfermedad zoonótica que requiere divulgación y niveles de prevención sobre su agente causal el parásito *Anisakis* con importancia mundial.

Mantener un monitoreo de la presencia de parásitos *anisakidae* en la costa occidental del Istmo de médanos (Médano Blanco).

No consumir platos preparados a base de pescado crudo, salado, seco-salado o en vinagre de las especies de: *M. liza*, *M. curema*, *M. incilis* y *Eugerres* spp, específicamente liza, taina, candilete, lebranche, guranaro y mojarra.

Investigar sobre la relación que pueda existir entre los casos de enfermedades como dolor abdominal, diarreas, vómitos y asma, que mensualmente se registran como actividades de enfermería del ambulatorio urbano del sector Pantano Abajo de Coro municipio Miranda estado Falcón que pudieran ser reacciones de hipersensibilidad (Alergias), y a las afecciones digestivas que produce el parásito, es decir, cuadros típicos de anisakiasis digestiva o respiratoria.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Álvarez, F. Ferrer, O. Pomares, O. (2013). *Caracterización preliminar de la ecología pesquera del Golfete de Coro, Venezuela: Una herramienta para el manejo y la validación del conocimiento local*. Trabajo de grado presentado para optar al título de maestría en ciencias biológicas. Mención ecología acuática. Universidad del Zulia Venezuela.
- Bao, M. Pierce; G.J. Pascual, S, González-Muñoz, M. y otros (2017). *Assessing the risk of an emerging zoonosis of worldwide concern: anisakiasis*. Scientific Reports. 7: 43699. doi:10.1038/srep43699.
- Blanco, H (2010). *El Pantano de Coro: Pantano Abajo. Un pantano de confusión*. Disponible en URL: www.blogspot.com/2010/09/pantano-Abajo.html [Consulta 25 de Octubre 2018].
- Bracho Espinoza H. (2014). *Prevalence of parasitism by Anisakis in simple of fish caught in coastline of the Golfete of Coro, Venezuela*. Science Journal Public Health. Vol. 2, No. 6, 2014, pp. 513-515. doi: 10.11648 / j.sjph.20140206.12. (29 de Octubre de 2014)
- Bracho Espinoza, H. (2016). *Effects of High Prevalence Anisakis in Fish Caught in the White Coast Médano, Falcon State, Venezuela on the Consuming Population*. Science Journal of Public Health. Vol. 4, No. 4, 2016, pp. 279-283. doi: 10.11648/j.sjph.20160404.12 (07 de Junio de 2016)
- Bracho Espinoza, H. (2018). *Los laboratorios de vigilancia de los factores de riesgo ambiental y su importancia en salud pública*. Revista Conocimiento

- Libre y Licenciamiento CLIC 948-1126-1-SM. 18 (9):112-130. CONVITE-CENDITEL. Mérida. (25 de Octubre de 2018)
- Bracho-Espinoza, H. Molina, J. Pirona, M. y Cordero, M. (2013). *Nematodo de la familia Anisakidae en productos de pesca, Litoral Médano Blanco, Estado Falcón, Venezuela*. FCV-LUZ / Vol. XXIII, No. 2, pp.163-167. (31 de Enero de 2013)
- Krestel management, (2017). *HACCP-Evolución de un plan de requerimientos de alimentos seguros*. Disponible en URL: <http://www.krestelmanagement.com>. [Consulta 31 de Julio de 2018].
- Martínez, E. Loaiza, L. Bastidas, G. (2009). *Anisakiosis* Rev. Comunidad y Salud. Vol.7 (2) 18-22.
- Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO). (2015). *El estado mundial de la pesca y la acuicultura*. Pesquerías y Departamento de Acuicultura de la FAO, Roma, 242 pp.
- Orkaizagirre Gómara, A. Amezcua, M. Huércanos Esparza, I. y Arroyo Rodríguez, A. (2014). *El Estudio de casos, un instrumento de aprendizaje en la relación de cuidado*. Index. Enferm. Vol. 23 No. 4 <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962014000300011>.
- Robaina, G. (2018). *¿Qué es un plan HACCP? y potenciales peligros asociados con los productos pesqueros y piscícolas*. Información Agricultura y Ganadería. Mundo Agropecuario. Disponible en URL: <https://mundoagropecuario.com> [Consulta: 10 de Octubre 2018]
- Ruiz, L. and Vallejo, A. (2013). *Parameters of infection by nematodes of the family anisakidae that parasitize mullet (Mugil incilis) in the bay of Cartagena (Colombian Caribbean)*. Rev. INTROPICA. Vol. 8: 53-60. (05 de Diciembre de 2013)

CÁNCER DE MAMA COMO REFERENCIA DE AUTOCONCEPTO EN UNA ADULTA MAYOR

Añez Esther¹, Llovera Alejandro², Salas José³

Universidad Nacional Experimental "Francisco de Miranda"

anarho51@gmail.com¹, aljlovec@gmail.com², jorasab33@gmail.com³

RESUMEN

El cáncer de mama es una de las primeras causas de mortalidad en mujeres entre 45 a 65 años, en Venezuela el 80% MPPS (2012). El propósito es describir el Cáncer de Mama como referencia de Autoconcepto en una Adulta Mayor. Estudio cualicuantitativo, con alcance descriptivo, enfoque de caso. Se aplicó Entrevista Semiestructurada, Ficha Socioeconómica, Escala de Imagen Corporal de Hopwood y de Autoestima de Rosenberg. Para el procesamiento de información se utilizó el programa SPSS (versión 19). La informante es una adulta mayor con diagnóstico de carcinoma ductal microinvasivo con ganglio centinela negativo y estudio inmunohistoquímico positivo para receptores estrogénicos, con el aporte de un tratamiento de cirugía preservadora, mastectomía parcial preservadora oncológica, hormonoterapia y radioterapia. El resultado del autoconcepto, de acuerdo a imagen corporal y autoestima, se encuentra en rango normal y elevado respectivamente. Esto beneficia a la adulta mayor que acepta la cirugía menos mutilante.

Palabras clave: Cáncer de mama, Autoconcepto, Adulto mayor

BREAST CANCER AS A REFERENCE OF SELF-CONCEPT IN ONE MORE ADULT

ABSTRACT

Breast cancer is one of the leading causes of mortality in women aged 45 to 65 years in Venezuela 80% MPPS (2012). The purpose is to describe Cancer of breast as reference of self-concept in a more grown-up. Qualicuantitativo, with descriptive scope, approach of case study. Applied semi-structured interview, socioeconomic tab, body image of Hopwood and Rosenberg self-esteem scale. The program SPSS (version 19) was used for information processing. The informant is one adult with diagnosis of ductal microinvasive carcinoma with negative Sentinel lymph node and immunohistochemical study positive for estrogen receptors, with the contribution of a partial mastectomy-sparing surgery, treatment preserving cancer, hormone therapy and radiation therapy. The result of the self-concept, self-esteem and body image, is located in normal and high range respectively. This benefits the greater adult who accepts the less mutilating surgery.

Key words: Breast Cancer, self-concept, greater adult.

INTRODUCCION

El carcinoma de mama ostenta una incidencia del 43,1 % siendo la primera causa de muerte por cáncer en mujeres, seguido del carcinoma de colon (14,3 %) y del carcinoma de cuello uterino (14,0 %), a nivel mundial. En países subdesarrollados la incidencia del carcinoma de mama es del 31,3 % seguido del carcinoma de cuello uterino con una incidencia del 15,4 %. En países desarrollados el carcinoma de mama presenta una incidencia del 73,4 % mientras que el carcinoma de cuello uterino presenta una incidencia de apenas el 9,9 %. El carcinoma ductal infiltrante, representa el 80 % de los carcinomas de mama; el carcinoma lobulillar infiltrante el 15 % (Solórzano M, y otros 2016).

Así mismo en Venezuela de acuerdo a las cifras del Ministerio del Poder Popular para la Salud, publicadas en el Anuario de Mortalidad de 2012 revelan que de las 21.185 personas fallecidas por cáncer, 10.269 fueron mujeres con carcinoma de mama, representando la primera causa de muerte por cáncer en la mujer venezolana y el mayor número de muertes se registró en edades comprendidas entre 45 y 64 años. En Venezuela, el 80 % de los casos de carcinoma de mama se detecta en etapa avanzada y el 20 % en etapa temprana, mientras que en el mundo industrializado la proporción es inversa (Ministerio del Poder Popular de Salud, 2012).

Otro aspecto señalado por Boughey y otros (2007) es que desde finales del siglo pasado, la biología molecular nos conduce a tener una nueva perspectiva que lleve a un abordaje terapéutico diferente, permitiendo entender mejor el pronóstico clínico y predecir la respuesta a los tratamientos. La clasificación molecular es utilizada como factor predictivo de los diferentes tratamientos, lo cual no significa que pierda vigencia la clasificación histopatológica TNM, pues continúa estableciendo la conducta dentro de la patología.

En este mismo orden de idea González y otros (2017) señalan que la inmunohistoquímica, es un estudio histopatológico fundamentado en inmunotinción que genera la formación del complejo antígeno-anticuerpo. Este método determina varios subtipos de cáncer de mama, que se diferencian en su patrón de expresión genética, además de ejercer un impacto sobre el pronóstico,

tratamiento y supervivencia de las pacientes con patología mamaria maligna por ofrecer una visión del riesgo y la terapéutica a seguir.

La tendencia en la actualidad de acuerdo con Silverstein y otros (2007) es al diagnóstico temprano del carcinoma de mama, debido a las mejoras en las tecnologías auxiliares de imágenes. Esto además ha llevado a plantear tratamientos quirúrgicos preservadores oncológicos, de mejor aceptación por las pacientes que padecen estas patologías. También para Schwartz y otros (2000) en el consenso de terapéutica del carcinoma ductal in situ de mama exponen que la cirugía conservadora es una opción a tomar en consideración en estas usuarias.

El propósito es describir el Cáncer de Mama como referencia de Autoconcepto en una Adulta Mayor. Es un estudio cualicuantitativo, con alcance descriptivo, enfoque de caso. Se aplicó Entrevista Semiestructurada, Ficha Socioeconómica, Escala de Imagen Corporal de Hopwood y de Autoestima de Rosenberg. Para el procesamiento de información se utilizó el programa SPSS (versión 19). La informante es una adulta mayor, residente en el estado Falcon, con diagnóstico de carcinoma ductal microinvasivo con ganglio centinela negativo y estudio inmunohistoquímico positivo para receptores estrogénicos, con el aporte de un tratamiento de cirugía preservadora, mastectomía parcial preservadora oncológica, hormonoterapia y radioterapia. y sus satisfactorios resultados, lo cual lleva a una sobrevida de calidad en el sentido del autoconcepto. Esta investigación está en el marco del área de investigación de la Universidad Nacional Experimental Francisco de Miranda (UNEFM) Salud y Envejecimiento y su línea de investigación es la asistencia gerontológica del adulto mayor.

La mama femenina ha sido, es y será una parte fundamental en la mujer, tanto desde el punto de vista social, estético, sexual, fisiológico y nutritivo. Como plantea Marín y Torres (2015), la extirpación de esta parte esencial del cuerpo, no solo acarrea consecuencias físicas, sino también psicológicas donde la parte más afectada será el autoconcepto.

Ahora bien, para Marín y Torres (2015) el autoconcepto es un término que lleva a definir quiénes somos, pero en ocasiones resulta difícil explicarlo para la mayoría, el conocerse ayuda a decidir cómo pensar y actuar. Esta conciencia de la identidad propia, la de otros, hace la vida más sencilla, facilita las relaciones

interpersonales e intergrupales. Aunque esto parezca simple, el autoconcepto de una persona será el resultado de un gran número de aspectos tales como: la propia historia del sujeto, contexto en el que se desenvuelve, éxitos alcanzados, fracasos y el ambiente social, etc. En algunas personas el autoconcepto puede encontrarse estable, pero en otras resulta ser variable, como en el caso de las mujeres que se han sometido a una mastectomía, donde los elementos constitutivos del autoconcepto como la autoestima e imagen corporal, desempeña un papel importante.

Marín y Torres (2015) plantean acerca de esta temática que donde los resultados muestran un autoconcepto alterado, los estudios realizados a mujeres con mastectomía, han demostrado que las cirugías mutiladoras suelen afectar la percepción del propio cuerpo, pues implican cambios en la imagen corporal, afectando además la autoestima, por tanto, se muestra cambios en los sentimientos de sí mismas y de su propio valor. Por tanto, para una mujer el adaptarse a su nueva imagen, después de la pérdida de una parte primordial del cuerpo dependerá de múltiples recursos y factores de protección que posea, por el contrario, algunos factores de riesgo atenuarán el deterioro del autoconcepto, de las mujeres sometidas a una mastectomía.

DESARROLLO

Marín y Torres (2015) realizaron una investigación titulada Impacto de la mastectomía en el autoconcepto de mujeres con cáncer de mama, cuyo objetivo fue Identificar los efectos que tiene la mastectomía en el autoconcepto de una mujer con cáncer de mama, que se ha sometido a una mastectomía. Materiales y métodos: Estudio de tipo cualicuantitativo, con un alcance descriptivo, en el cual participaron 10 mujeres con cáncer de mama, que asistieron a F.U.P.E.C (Familias Unidas por los Enfermos de Cáncer). Se aplicó una entrevista semiestructurada, una ficha socioeconómica, escala de imagen corporal de Hopwood y escala de autoestima de Rosenberg.

Para el procesamiento de información se utilizó el programa SPSS (versión 19), con el cual se realizó el análisis bivariado entre las variables sociodemográficas y los resultados de las escalas, además se realizó el análisis del discurso de la entrevista, mediante el programa Atlas Ti (Versión 6), para

determinar sentimientos y pensamientos sobre la mastectomía y el impacto en su autoconcepto. Como resultado se tiene que las escalas demuestran que la imagen corporal y autoestima se encuentran en un rango normal, aunque los aspectos que se identificaron afectados son la parte afectiva y la parte valorativa. Por otro lado, en las entrevistas realizadas, se constató que todavía no existe una aceptación total, pues se demuestra inconformidad con respecto a su cuerpo y por consiguiente a la valía propia. En este sentido, se concluye que el autoconcepto se encontraría alterado.

Schroeder (2005) por su parte, realizó una investigación para detectar cómo funcionan el autoconcepto, las emociones y el sentido de vida en un grupo de mujeres que han sido diagnosticadas con cáncer de mama. Se analizó cómo es el proceso de la enfermedad, además investigó también la experiencia de las entrevistadas después de la mastectomía para erradicar el tumor o los tumores, si tiene alguna influencia en su autoconcepto. Es una investigación cualitativa con el método fenomenológico, el instrumento utilizado fue una entrevista semidirigida personal. Y la muestra fue un grupo de doce mujeres de entre 38 y 64 años, que hubieran tenido cáncer de mama. El hecho de haber perdido una parte importante de su cuerpo, como son los senos en las mujeres, no les quitó con ello el deseo de seguir adelante. En algunos casos la trayectoria de vida se transformó dando un giro total a su proyecto, a su manera de verse a ella misma, a su deseo de cómo ser vista por otros, el lugar desde donde quieren ser vistas y consideradas.

En otro orden de ideas, García; Guerra; Valle; Pizarro (2017) en su trabajo titulado Autoconcepto en adultos: estudio de género y de tenencia de hermanos. Se analizaron las diferencias en autoconcepto en función de dos variables: tenencia o no de hermanos/as y género. La muestra estuvo formada por 33 participantes adultos. Para la evaluación se empleó el cuestionario AF5 (García y Musitu, 2001). Finalmente, para concluir este autor señala, que se han encontrado diferencias significativas en autoestima familiar en función del número de hermanos/as y en autoestima emocional en base al género. Estos resultados se podrían explicar teniendo en cuenta la atención recibida y propensión a padecer altos niveles de ansiedad, inestabilidad emocional o depresión.

Reporte de caso:

Se realizó una entrevista no estructurada obteniendo la siguiente información aportada por la paciente: se trata de adulto mayor, cuyas iniciales son TC, femenina de 65 años de edad, natural y procedente del estado Falcon, residencia actual propia, pensionada con ingreso equivalente al salario mínimo, quien recibe ayuda financiera de sus hijos, jefe de casa, independiente, educación primaria básica hasta sexto grado, se cuida a sí misma, divorciada, religión católica. Antecedentes Gineco-obstétricos 4 gesta, 3 para (parto natural), 1 cesárea, sin hábitos tabáquicos, en tratamiento por hipertensión desde los 59 años en cual cumple y antecedente de histerectomía abdominal total por fibromatosis uterina.

La adulta mayor quien refiere dolor en mama izquierda de un día de evolución motivo por el cual acude a consulta privada de familiar de profesión médico. Al examen físico se evidencia aumento de la trama vascular en la mama izquierda, enrojecimiento de la parte inferior de misma y se palpa un nódulo fijo en el área de 1,5 cm de diámetro. Se solicita ecosonograma mamario bilateral, el cual es realizado con un traductor lineal multifrecuencia de 4 a 16 mhz con un equipo General Electric, modelo Voluson E8.

Se evalúan ambas mamas encontrando: se visualiza una lesión ocupante de espacio en cuadrante inferior externo de mama izquierda, solida, mide 1,3x0,9x1,3 cm, se observan calcificaciones intralesionales, dejan túnel de atenuación posterior, de forma irregular, bordes espiculados, distorsiona la arquitectura del parénquima (Ver figura 1). Al aplicar doppler color se evidencia troncos vasculares tanto en la periferia como intralesionales. En vista de las características se plantea descartar proceso neoplásico. Se observan adenomegalias axilares, según se muestra en la siguiente imagen:

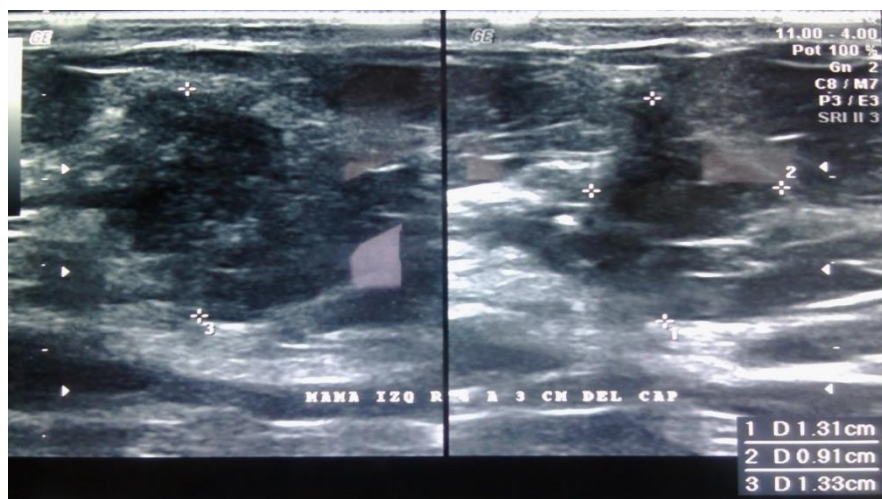


Figura 1. Ecosonografía, nódulo en mama izquierda. Fuente: Historia Clínica. 2017

La adulta mayor es referida a consulta especializada de mastología oncológica y acompañada para su evaluación por familiar médico. Se solicita mamografía el cual reporta: mama izquierda a nivel de la unión de cuadrantes externos en el plano medio se identifica una asimetría focal de densidad de aspecto irregular, espicular, mal definida, impresiona cursar con calcificaciones irregulares, concluyendo nódulo heterogéneo mal definido, ubicado en mama izquierda Birads 5 (Ver figura 2ª y 2b). Se sugiere toma de biopsia percutánea bajo guía ecosonográfica a la brevedad posible.



Figura 2a y 2b: Mamografía. Fuente: Historia Clínica. 2017

Se realiza biopsia percutánea bajo guía ecosonográfica por médico tratante sobre solido Birads 5, ubicado en mama izquierda en el radio 4. Previa antisepsia de la zona y posterior a la inyección de Cifarcaína al 2% y con una aguja Tru-cut 14G se realiza biopsia percutánea extrayéndose material suficiente para estudio histológico, el procedimiento fue bien tolerado por la paciente quien egresa en óptimas condiciones. Resultado de la biopsia con Tru-cut: carcinoma ductal de mama con componente intraductal. Se realiza estudio de ganglio centinela: posterior a la administración del radiofármaco vía sub-areolar en la mama izquierda, se realizó linfocintigrafía en proyección oblicua anterior izquierda, demostrándose migración del radiofármaco hacia ganglio centinela axilar izquierdo, según se muestra en la siguiente figura 3.

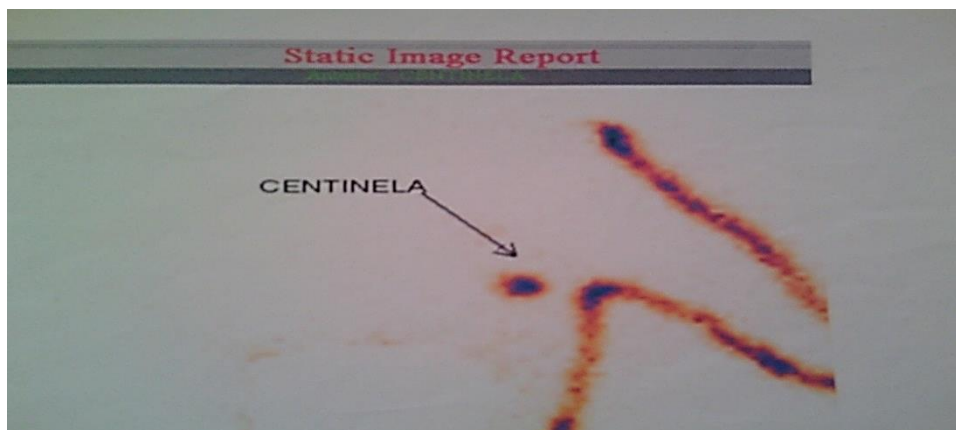


Figura 3. Estudio de ganglio centinela. Fuente: Historia Clínica. 2017

Con el resultado de la biopsia y la ubicación del ganglio centinela el cirujano mastólogo planifica la cirugía. Se trató quirúrgicamente: Disección axilar de ganglio centinela previa inyección de radiofármaco y contraste. Resultado negativo. Mastectomía parcial preservadora oncológica. Resultado: tumor de 1,2 cm carcinoma intraductal con focos de micro invasión (Ver figura 4). Resultado de estudio Inmunohistoquímica: Receptores de estrógeno positivos. Se indica terapia hormonal con Anastrozol por 5 años, una tableta de 1 mg diaria.

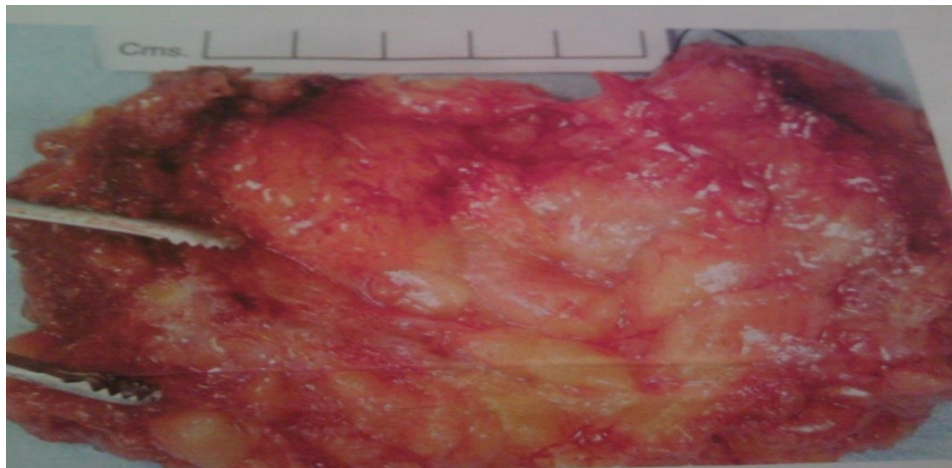


Figura 4. Mastectomía preservadora. Fuente: Historia Clínica. 2017

De acuerdo a los hallazgos quirúrgicos se clasifica en T1N0M0, enmarcado en un estadio 1A, el tumor de la mama no tiene más de 2 centímetros y el cáncer no se ha diseminado a los ganglios linfáticos axilares; con evolución clínica satisfactoria y se refiere para radioterapia adyuvante. Recibió radioterapia externa bajo técnica conformada 3-D a la mama izquierda, en posición prona e hipofraccionada a una dosis de 266 cGy/día hasta 3990 cGy, cuando se administra una dosis de refuerzo al lecho tumoral de 532 cGy. La paciente tolera en forma satisfactoria el tratamiento, presentando radiodermatitis grado I-II para lo que se indica tratamiento tópico.

Se investiga para detectar cómo funciona el autoconcepto, en una adulta mayor que ha sido diagnosticado con cáncer de mama y posteriormente una mastectomía, para lo cual se le han aplicado diferentes instrumentos para obtener la información siendo ellos: Consentimiento Informado (ver anexo 1) para la confidencialidad, la libre aceptación y la firma de la adulta mayor. Ficha sociodemográfica consta de datos generales como la procedencia, estado civil, cuidador principal, nivel de estudios, etc, e información acerca de la enfermedad de la participante, como años de enfermedad, antecedentes patológicos, familiares, pronóstico, etc. Escala de Imagen Corporal de Hopwood y Cols (BIS), 2001(ver anexo 2). El test ofrece evaluar el estado de la imagen corporal. Consta de 10 ítems con formato de respuesta en escala Likert de cuatro alternativas, con un rango de 0 (nada) a 4 (mucho); presentando además una fiabilidad 0.93.

Además, se le aplicó Escala de Autoestima de Rosenberg (RSES), 1965 (ver anexo 3). Este test tiene por objeto evaluar el sentimiento de satisfacción que la persona tiene de sí misma. Consta de 10 ítems, la mitad de los cuales están enunciados positivamente y la otra mitad negativamente. Ha sido validada y presenta una buena fiabilidad y validez de 0.87 y Entrevista Semiestructura (ver anexo 4) elaborada por Marín y Torres (2015), ayuda a conocer con más detalle, como ha afectado la mastectomía en esta adulta mayor.

Según resultado obtenido del autoconcepto en la adulta mayor, se tiene que: Imagen Corporal: Al analizar las descripciones y sentimientos que la adulta mayor entrevistada tienen de su cuerpo, se observa que no está insatisfecha con su cuerpo, apariencia y cicatriz que indica una imagen corporal normal.

Autoestima: Cuando se refiere a sí misma, a sus cualidades, habilidades, características es decir, la valoración y percepción personal y que tienen los otros acerca de ella, en general, se observa un discurso positivo que indica un autoestima elevado. Cuando se tiene una imagen corporal normal y autoestima elevada quiere decir que los elementos del autoconcepto no se encontraron alterados. Con referencia a las entrevistas realizadas a la adulta mayor se observan evidencias de un autoconcepto formado por una actitud positiva hacia sí mismas, se describe así misma, como una persona valiosa, que poseen cualidades buenas.

REFLEXIONES O CONCLUSIONES

El diagnóstico y el tratamiento del carcinoma ductal in situ (CDIS), se presenta como una vía hacia la prevención primaria en cáncer de mama. Esta aseveración la sustenta el hecho de que existe experiencia suficiente donde se demuestran índices de recurrencia bajos con una supervivencia global de 100 % en aquellas pacientes en que su diagnóstico fue CDIS (Acosta y otros, 2010).

No hay duda que el tratamiento primario es la cirugía, como lo reporta Tsikitis y Chung (2006) aunque hay protocolos de investigación que están evaluando alguna terapia neoadyuvante. Al principio se tenía establecido que era la mastectomía radical la intervención indicada, pero la experiencia ha mostrado que el tipo de cirugía en el CDIS, puede regirse por los mismos preceptos de la enfermedad infiltrante en el sentido de tomar en cuenta el tamaño y extensión de

la lesión, y la posibilidad de resultados estéticos razonables con la finalidad de considerar tratamiento preservador (Acosta y otros, 2010).

La radioterapia como tratamiento complementario, está bien establecida con literatura suficiente que la soporta, aunque hay autores que plantean que del grupo de pacientes con CDIS, se pudieran extraer algunas quienes por sus características, la radioterapia podría omitirse. El beneficio de la hormonoterapia adyuvante no está bien establecido, aunque algunos autores, sobre la base de la experiencia en carcinoma infiltrante, plantean su extrapolación al CDIS (Acosta y otros, 2010).

Para Tsikitis y Chung (2006), en enfermedad infiltrante, se realizan trabajos basados en biología molecular, tratando de establecer el pronóstico de la enfermedad y, a su vez, identificar subgrupos de pacientes las cuales, una vez clasificada su enfermedad, a pesar de presentarse como lesiones relativamente tempranas, se beneficiarían complementando su tratamiento con quimioterapia. Esto puede estar sucediendo con el CDIS, además de las características morfológicas que intentan categorizar su comportamiento biológico, pudiera existir algunos elementos por ahora desconocidos por nosotros, que identificarían también sub-grupos de pacientes con CDIS de pronóstico y comportamiento biológico diferente.

Mientras todo esto sucede, el diagnóstico de CDIS en nuestro medio es cada vez más significativo. Su representación más frecuente, son las microcalcificaciones con tendencia, cada vez más, a la visualización de lesiones de pequeño tamaño (Acosta y otros, 2010). En el caso que se presenta, se evidencia que el diagnóstico oportuno de la lesión en la mama y a pesar de ser un carcinoma ductal microinvasor, se planifica una cirugía preservadora, presentando una evolución satisfactoria con una buena calidad de vida para este adulto mayor el cual se encuentra actualmente saludable.

En relación con el autoconcepto la investigación de Bañuelo y otros (2007) evaluó el estado en que se hallaba el autoconcepto de mujeres con cáncer de mama, encontrando relación entre el perfil del autoconcepto el cual mostro valores bajos y su enfermedad, en contraste con estos resultados solo el perfil familiar mostro relación significativa como estímulo para mejorar en el tiempo la autoimagen. Esto evidencia que el perfil del autoconcepto contribuye a la salud,

como se evidencia en el reporte de caso actual, donde la adulta mayor a pesar de la mastectomía no se ve alterado su imagen corporal, al presentar una actitud positiva de sí misma.

En otro orden de idea, Cejudo y otros (2017) evaluaron un programa de inteligencia emocional en pacientes con cáncer de mama; el cual como resultado encontró una mejora significativa de la claridad emocional y en la reparación emocional, un incremento de las subescalas del autoconcepto y un descenso del estado de ansiedad. Esto evidencia que una intervención para mejorar la percepción del adulto mayor sobre su autoconcepto puede contribuir a la salud de las pacientes con cáncer de mama. Un autoconcepto positivo y realista puede constituirse en un factor favorable para restaurar la salud.

Quienes tienen un pobre autoconcepto o conocimiento de ellos mismos tenderán a ver el mundo exterior como amenazante, hostil; sin embargo, quienes tienen un autoconcepto en mejores condiciones tenderán a ver la vida desde una óptica mucho más liviana, lo identifica, le ayuda a encauzar de forma positiva – constructiva. El apoyo familiar y el social son factores que favorecen una actitud positiva para mantener un estilo de vida saludable y preservar una buena calidad de vida al adulto mayor con cáncer de mama y cirugía de mastectomía. La imagen que una persona tiene de sí misma es el autoconcepto que todo individuo se forma de la clase de ser humano que es. Este concepto es el fruto de las experiencias, fracasos y triunfos, además de la imagen que se forman las demás personas ante la reacción de las personas a estos eventos de la vida.

Como nos menciona García (2014), todas las personas llevan gravada en su interior una imagen de sí misma. Los actos y emociones de un individuo se relacionan con la visión de esa imagen interior. Las personas con un pensamiento negativo de sí como individuo, encontrarán la forma de fracasar, si cree que es desafortunado, explicará sus malas decisiones como víctima de la mala suerte. El autoconcepto es una valoración subjetiva de sí mismo, de esta manera en el adulto mayor la forma como se percibe a sí podría ser un factor determinante en la forma de enfrentar su condición de salud y su recuperación. El pensamiento positivo, a través de una autopercepción positiva contribuye a la restauración de un estado de salud saludable.

A nivel psicológico, Almazán y otros (2011), define el término autoconcepto como la información que tenemos sobre nosotros mismo, la forma como nos describimos. Esta representación evoluciona y se transforma a lo largo de la vida. Sin embargo, la influencia social toma un rol importante en este proceso porque lo condiciona, la representación social del adulto mayor y las enfermedades crónicas lo estigmatizan como un individuo en minusvalía, discapacitado y vuelve inútil a quien la padece. Indudablemente, no solo se afecta a quien lo padece sino a todo su entorno y es por esto que la sociedad influye directamente en como el adulto mayor ve su padecimiento. El autoconcepto del adulto mayor ante una enfermedad puede afectar directamente su calidad de vida y su funcionalidad social. Por lo tanto, para esta adulta mayor, contar con un autoconcepto no alterado, se consolida como una fortaleza en la recuperación de su salud, e integración familiar y social.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

- Acosta V, Contreras A, Ravelo R, Marín C, Pérez J, Longobardi I, Acosta V, Ramírez A, Acosta M, (2010). *Carcinoma ductal IN SITU de la mama: primeros 100 casos ceclines*. Revista Venezolana de Oncología, 22(2), 88-93. Disponible en URL: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-05822010000200002&lng=es&tlng=es. [consultado el 18 de octubre 2018]
- Almazan N, Benhumea A, Ruiz C, Villa D (2011) *El autoconcepto del adulto mayor ante la presencia de enfermedad crónica. Una influencia social desde la teoría de las atribuciones*. Revista electrónica de psicología, vol. 14 (4),2011. Disponible en URL: <http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol14num4/Vol14No4Art7.pdf>
- Bañuelo P, Bañuelo Y, Esquivel M, Moreno V (2007) *Autoconcepto de mujeres con cáncer en mama*. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc 2007; 15(3):129-134.
- Boughey JC, González RJ, Bonner E, Querer HM. (2007) *Current treatment and clinical trial developments for ductal carcinoma in situ of the breast*. The Oncologist. 2007;(12):1276-1287.

- Cejudo J, García S, López M (2017) *Efectos de un programa de inteligencia emocional en la ansiedad y el autoconcepto en mujeres con cáncer de mama*. Terapia psicológica 2017, vol. 35, N°3, 239-246.
- García A, Guerra P, Valle D, Pizarro J (2018) *Autoconcepto en adultos: estudio de género y de tenencia de hermanos*. Universidad de Oviedo. Universidad de Burgos. Alternativas en Psicología. 38 pp 34-43
- García E (2014) *Autoimagen del adulto mayor institucionalizado*. Tesis de Grado Licenciatura en psicología clínica. Universidad Rafael Landívar, Guatemala. Disponible en URL: <http://biblio3.url.edu.gt/Tesario/2014/05/42/Garcia-Estela.pdf>
- González RJ, Buzdar AU, Fraser SW, Yen TW. (2007). *Novel clinical trial designs for treatment of ductal carcinoma in situ of the breast with trastuzumab (herceptin)*. Breast J. 2007;13(1):72-75.
- Marín T y Torres N (2015) *Impacto de la mastectomía en el autoconcepto de mujeres con cáncer de mama*. Trabajo de grado para optar al título de psicóloga clínico. Universidad de Cuenca. Ecuador
- Ministerio del Poder Popular para la Salud (2012). *Anuario de Mortalidad. Programa de oncología. Registro central de cáncer*. Gobierno Bolivariano de Venezuela. 2012; <http://www.mpps.gob.ve>.
- Schroeder G (2005) *Autoconcepto, emociones y sentido de vida de mujeres con cáncer de mama*. Trabajo de grado para optar al título maestra en desarrollo humano. Universidad Iberoamericana. Ciudad de México. Schroeder G (2005) *Autoconcepto, emociones y sentido de vida de mujeres con cáncer de mama*” trabajo de grado para optar al título maestra en desarrollo humano. Universidad Iberoamericana. Ciudad de México.
- Schwartz GF, Solin LJ, Olivotto IA, Ernster VL. (2000). *Consensus conference on the treatment of in situ ductal carcinoma of the breast*. Cancer. 2000;15 (88):4.
- Silverstein MJ, Lagios MD. (2007) *Should all patients undergoing breast conserving therapy for CDIS receive radiation therapy?* J Surg Oncol. 2007;95:605-609.
- Solórzano M, Bastidas M, Quintero M, Rojas L, Stea D, Villasmil S, Acosta V, Marín C, Ramírez A, Blanco N, Cruz J, Puig J. (2016). *Detección y tipificación de*

virus del papiloma humano en biopsias de carcinoma ductal infiltrante y lesiones benignas de mama en mujeres venezolanas. Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela, 76(4), 260-265. Disponible en URL http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322016000400005&lng=es&tlng=es [consultado en 30 de octubre de 2018]

Tsikitis VL, Chung MA. (2006). *Biology of ductal carcinoma in situ*. Classification based on biologic potential. Am J Clin Oncol. 2006; 29 (3):305-310.

Anexo 01

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____ con cedula de N° _____ en pleno uso de mis facultades y por propio derecho expongo: He leído y entendido este consentimiento informado, también he recibido respuestas a todas mis preguntas, por lo que acepto voluntariamente participar en este estudio. Por lo tanto conozco que como consecuencia de mi participación solo se creará un vínculo para los fines determinados y mi colaboración no será objeto de remuneración. Al firmar este documento no renuncio a mis derechos como persona, pudiendo, de ser necesario recurrir a cualquier medio legal en defensa de mis intereses. Suscribo en unidad de acto

Anexo 2

Encuesta autoconcepto y cáncer de mama

Escala de Imagen Corporal de Hopwood y Cols

En este cuestionario se le va a preguntar sobre cómo se siente en relación a su apariencia y a los cambios que ha experimentado como resultado de la enfermedad y los tratamientos. Por favor, lea cuidadosamente cada ítem y marque con una cruz aquella respuesta que mejor se ajuste a la manera cómo se ha sentido durante la semana pasada.

	Nada	Un poco	Bastante	Mucho
1. ¿Se ha sentido avergonzada/o por su apariencia?	x			
2. ¿Se siente menos atractiva/o físicamente a causa de su enfermedad o su tratamiento?	x			

3. ¿Se ha sentido insatisfecha/o con su apariencia estando vestida/o?	x			
4. ¿Se ha sentido menos femenina como consecuencia de su enfermedad o tratamiento?	x			
5. ¿Le resulta difícil mirarse estando desnuda?	x			
6. ¿Se ha sentido menos atractiva sexualmente a causa de su enfermedad o el tratamiento?	x			
7. ¿Evita usted a las personas debido a cómo se siente por su apariencia?	x			
8. ¿Ha sentido que el tratamiento ha dejado su cuerpo incompleto?	x			
9. ¿Se ha sentido insatisfecha con su cuerpo?	x			
10. ¿Se ha sentido insatisfecha con la apariencia de su cicatriz?	x			

Anexo 3

Escala de Autoestima de Rosenberg (RSES)

Este test tiene por objeto evaluar el sentimiento de satisfacción que la persona tiene de sí misma. Por favor, conteste las siguientes frases con la respuesta que considere más adecuada:

- A. Muy de acuerdo
- B. De acuerdo
- C. En desacuerdo
- D. Muy en desacuerdo

	A	B	C	D
1. Siento que soy una persona de aprecio, al menos, en igual medida que los demás	x			
2. Estoy convencido de que tengo cualidades buenas	x			
3. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente	x			
4. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo/a	x			
5. En general estoy satisfecho de mí mismo/a	x			
6. Siento que no tengo mucho de lo que estar orgulloso/a				x
7. En general, me inclino a pensar que soy un fracasado/a				x
8. Me gustaría poder sentir más respeto por mí mismo/a				x
9. Hay veces que realmente pienso que soy un inútil				x
10. A veces creo que no soy buena persona				x

Anexo 4

Entrevista Semiestructurada

Mediante la entrevista intentamos adquirir información a más de identificar pensamientos, actitudes, conductas de una paciente con mastectomía.

- *Noticia del diagnóstico de cáncer*

¿Qué sintió ante la noticia de padecer cáncer? preocupación

¿Qué cosas pensó en ese momento? Consultar al medico

- *Mastectomía*

¿Cómo se sintió cuando le dijeron que tenían que extirparle el seno? Esperar resultado biopsia

¿Estuvo usted de acuerdo? Si

¿Qué significó para usted perder su seno? No lo perdí

¿Cuán importante es el seno para usted? Dispuesta a perderlo por la salud

¿Considera que el seno es importante para las demás personas? si

¿Qué conflictos ha tenido con la mastectomía? ninguno

¿Se arrepiente usted de haberse operado? no

¿Qué aspectos de su vida cambiaron después de la mastectomía? ninguno

- *Aspecto social*

¿Realiza las mismas actividades cotidianas? si

¿La gente ha sido solidaria con Ud.? ¿Y de qué manera? si

¿Ha perdido amigos después de la operación? no

¿Preferiría estar sola? no

¿Sigue usted trabajando igual que antes? no

¿Cree usted que el afecto de los otros es sincero? si

- *Fuentes de apoyo*

¿Piensa usted que ha necesitado de apoyo? si

¿Recibe apoyo? ¿De quién? familia

¿Qué piensa usted que le ayudado a sobrellevar esta situación? Voluntad de uno mismo

¿Su familia como ha reaccionado? normal

¿Se ha sentido usted abandonada? no

¿Recibe o ha recibido Apoyo Psicológico?

¿La religión le ha ayudado a superar su problema? si

- *Autoconcepto*

¿Cómo se siente ahora? bien

¿Cómo se describiría a usted misma ahora mismo? saludable

¿Qué pensamientos tiene? normal

¿Qué emociones? normal

¿Qué percepciones sobre su imagen tiene ahora? Igual más vieja

¿Sigue siendo atractiva? si

¿Influye en su vida la cicatriz? ¿Cómo? Ninguna

¿Ha cambiado su forma de vestir? ¿En qué? no

- *Relaciones con pareja (no aplica)*

¿Cuán importante es el seno para su pareja? ¿Cómo? No aplica

¿Qué papel tiene el seno en la intimidad?

¿Siente satisfacción sexual cuando está con su pareja?

¿En general que es lo positivo que rescata de toda esta enfermedad?

¿En general que es lo negativo que rescata de toda esta enfermedad?

INTERVENCIÓN COMUNITARIA PARA MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR DEL SECTOR PANTANO ABAJO

Romero Sandra

Universidad Nacional Experimental "Francisco de Miranda"

sandrar.unefm@gmail.com

RESUMEN

El crecimiento de la población y el aumento de la esperanza de vida lleva implícito mejorar los sistemas para el mantenimiento de la salud de los adultos mayores. El presente investigación tiene como propósito realizar una intervención comunitaria para mejorar la calidad de vida del adulto mayor en la Casa de los adultos mayores Angélica Alvarado del sector Pantano Abajo. La metodología utilizada fue la Investigación Acción Participativa (IAP) a través de técnicas como la observación participante y el árbol del problema. Se efectuó la intervención a través de la implementación de programas de salud cardiovascular, enfermedades metabólicas, además de talleres en proyectos socio-productivos, y de actividades físicas y recreativas para mejorar la calidad de vida de los adultos mayores. El propósito trazado de la investigación se cumplió el mediante el estudio y reconocimiento de las problemáticas más sentidas por parte de los adultos mayores de la casa "Angélica Alvarado".

Palabras clave: Intervención comunitaria, adultos mayores, Programas de salud, Actividad física y recreativa, Proyectos socio-productivos.

COMMUNITY INTERVENTION TO IMPROVE THE QUALITY OF LIFE OF THE OLDER ADULT IN THE SWAMP SECTOR BELOW

ABSTRACT

The growth of the population and the increase in life expectancy implies the improvement in health support systems for elderly people. The present investigation had the purpose of a community intervention for elderly quality of life improvement in the lower swamp sector. The methodology used was the participative action research (IAP) through the use of different techniques such as participant observation and issue (problem) tree analysis. The intervention was carried out through the implementation of cardiovascular health programs and others for metabolic disease prevention as well as workshops on socio-productive projects and physical and recreational activities elderly's quality of life.. The purpose of the research was fulfilled through the study, identifying elderly's most suffered issues problems of the house of "Angelica Alvarado".

Key words: Community intervention, older adults, Health programs, Physical and recreational activity, Socio-productive projects.

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento de la población se constituye como uno de los fenómenos demográficos más importantes del siglo XXI, este ha propiciado importantes y profundas modificaciones en las estructuras sociales, económicas y culturales de los países a nivel mundial. Se debe señalar, que estas transformaciones también son experimentadas por los países desarrollados por lo que Latinoamérica tiene la ventaja de aprender de sus experiencias, y poder dar respuesta efectiva en todos los ámbitos a este grupo etario.

Conviene destacar, que la Organización Mundial de la salud (OMS, 2002), planteo que para el siglo XX se produjo una revolución de la longevidad y la esperanza media de vida al nacer aumentó 20 años desde 1950 y llegó a 66 años, por lo que se prevé que para el año 2050 haya aumentado 10 años más. Este aumento será más notable y rápido en los países en desarrollo, donde se presagia que la población anciana se cuadruplica en los próximos 50 años. Dicho esto, una transformación demográfica de este tipo tiene profundas consecuencias para cada uno de los aspectos de la vida individual, comunitaria, nacional e internacional (Organización Panamericana de la Salud, 2012).

Es preciso señalar qué, se han propuesto muchas teorías para explicar el proceso de envejecimiento, en esta perspectiva Goldstein (1991), las ha dividido en dos grandes categorías, las teorías estocásticas que afirman que el proceso de envejecimiento sería el resultado de la suma de alteraciones que ocurren en forma aleatoria y se acumulan a lo largo del tiempo, y las teorías no estocásticas que suponen que el envejecimiento estaría predeterminado (Polo, 2002).

De este modo, el envejecimiento además de ser un progresivo deterioro generalizado de las funciones con el resultado de una pérdida de respuesta adaptativa al estrés, y el riesgo creciente de enfermedad relacionado con la edad, está asociado con cambios biológicos que aumentan el riesgo de morbilidad, discapacidad y muerte, así como cambios en la situación económica, en la composición de la familia, el hogar y las relaciones sociales; todo esto puede influenciar en los cambios del estado de salud (Ribera, 2009).

Sin embargo, la Organización Mundial de la Salud (2002), propone al envejecimiento como una experiencia positiva tanto para el individuo como para la

comunidad, e incluye la participación de la sociedad de acuerdo con sus necesidades, deseos y capacidad. Es por ello que se busca promover el envejecimiento activo, de allí que no se debe pasar por alto que activo se refiere a la participación en las gestiones sociales, económicas, culturales, espirituales y civiles del envejecimiento.

Dicho lo anterior, se efectuó una intervención comunitaria en el Sector Pantano Abajo para la detección de las diferentes problemáticas en la casa del adulto mayor “Angélica Alvarado” en conjunto con la comunidad organizada de este sector, para ello se procedió a la ejecución de acciones que permitieron su resolución para mejorar la calidad de vida de este grupo etario.

Casa de los adultos mayores “Angelica Alvarado”.

La Casa de los adultos mayores “Angélica de Alvarado”, está integrada por un club de Adultos Mayores que lleva por nombre "Mis Años Dorados". Se encuentra ubicada en el Sector Pantano Abajo, específicamente en la Calle Colón entre Calle Miranda y Urdaneta del Municipio Miranda, Estado Falcón. Este es un círculo de la tercera edad que inicio sus actividades el 22 de Octubre de 1997; en el Ambulatorio “Edgar Peña Acosta” del mismo sector por el servicio de promoción social del ambulatorio y el Departamento de Gerontología de la Alcaldía del Municipio Miranda. Se destaca, que al cumplir 10 años el club estreno sede propia el cual lleva por nombre Casa de los Abuelos “Angélica Alvarado”, nombre que hace honor a una señora que a su corto paso por el círculo dejó profunda huella en los que la conocieron.

Es importante subrayar, que la casa de los abuelos “Angélica Alvarado” tiene entre sus objetivos:

- Potenciar la promoción de envejecimiento sano y activo como proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y la seguridad; con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen.
- Optimizar la prevención y protección social de personas mayores con necesidades.
- Promover la gerontología positiva dedicada al énfasis de los aspectos positivos que la vejez y el envejecimiento lleva consigo.

En la Casa de los abuelos “Angélica Alvarado” hacen vida unos 60 adultos mayores quienes de acuerdo a información proporcionada por los habitantes del sector y miembros de los diferentes consejos comunales, estos necesitan de atención por parte de instituciones o grupos de investigadores que conociendo la situación que allí se presenta puedan abordar este círculo y aplicar estrategias a nivel de ciertos ámbitos o aspectos que permitieran mejorar su calidad de vida.

Para este abordaje se usó la observación participante, el diagnóstico participativo y el análisis FODA lo que permitió verificar la existencia de diversas debilidades, muchas de las cuales se pueden resolver o solventar a partir de la implementación de estrategias y planes específicos, y a través del trabajo de investigación participativa y los informantes clave: Sr. Diomar Medina Parlamentario de la Comuna Heroína Josefa Camejo, Gladys Sambrano, habitante de la comunidad, Hilda Sánchez, Sorelis Chirinos, trabajadoras sociales del ambulatorio, Xiomara Navarro jefe de enfermeras del ambulatorio, las Sras. Rosana Sánchez y Elvia Salcedo habitantes del sector se pudo detectar las diferentes situaciones que afectaban a los adultos mayores.

Posterior a este procedimiento, se buscó desarrollar experiencias que permitieron implementar cambios significativos para transformar la realidad social a través del trabajo en conjunto con la comunidad. Es por ello que el propósito de esta investigación acción participativa fue solventar las problemáticas presentes en la casa de los abuelos “Angélica Alvarado” y contribuir a mejorar la calidad de vida de los adultos mayores que hacen vida en ella.

Propósito General:

Realizar intervención comunitaria para mejorar la calidad de vida del Adulto Mayor de la “Casa de los Abuelos Angélica Alvarado” del Sector Pantano Abajo del Municipio Miranda Estado Falcón.

Propósitos Específicos:

- Efectuar diagnóstico en la Casa de los Abuelos “Angélica Alvarado”, a través de la observación directa y participativa que conlleve a detectar las problemáticas más relevantes.

- Realizar gestiones a través de la Secretaria de Salud del Estado Falcón y el ambulatorio urbano tipo II “Dr. Edgar Peña Acosta”, en los programas de salud; Cardiovascular, Endocrino, Enfermedades metabólicas y detección de micosis superficiales para implementarlos en la Casa de los Abuelos Angélica Alvarado.
- Efectuar Actividades Físicas y de Recreación para los Adultos mayores de la casa de los Abuelos “Angélica Alvarado” a través de la Coordinación de Deportes de la Municipalización- UNEFM para fomentar hábitos de vida saludable.
- Ejecutar talleres de formación en proyectos socio-productivos para los adultos mayores de la casa de los Abuelos “Angélica Alvarado” que se dirija a la creación de empresas de producción comunitaria.
- Evaluar la intervención comunitaria en la casa de los Abuelos “Angélica Alvarado”.

MARCO REFERENCIAL

Referentes de Investigación.

Existen investigaciones sobre la atención al adulto mayor, entre los que se encuentran Galleguillos (2015), quien realizó un estudio titulado Inclusión Social y Calidad de vida en la Vejez, el cual tenía como propósito conocer la inclusión secundaria y la inclusión autoreferida presentes en la integración social de las personas mayores que participan en los clubes de adultos mayores en la comuna Talagante. Fue un estudio de enfoque cualitativo y empleo como método la teoría fundamentada, como técnica utilizó la entrevista semiestructurada y la muestra estuvo representada por 34 participantes activos de diferentes Clubes de Adultos Mayores de la Comuna de Talagante, 19 hombres mayores de 60 años y 15 mujeres mayores de 60 años.

Concluyo que los clubes se transforman para quienes lo vivencian en un espacio de vital importancia en sus vidas, y que para la persona a medida que envejece se constituye en un espacio para compartir, distraerse y que los motiva a salir de su vida rutinaria, por lo que participar en este tipo de organización es una estrategia eficaz para el envejecimiento saludable. De este modo se resalta la importancia de los Clubes de adultos mayores ya que contribuyen de forma

positiva tanto en la vida social como en la salud porque los mantiene activos a través de diferentes actividades recreativas, deportivas y hasta culturales.

Por otra parte, Aponte (2015) realizó un estudio titulado Calidad de vida en la Tercera Edad, en el mismo se planteó como propósito analizar la percepción de la calidad de vida de una persona de la tercera edad. Fue un estudio de caso, de tipo cualitativo y empleo como técnica la entrevista en profundidad. Concluyo que la calidad de vida es un concepto evaluador, multidimensional y multidisciplinario el cual debe ser valorado desde las condiciones materiales y espirituales, para facilitar el desarrollo psico-biológico y socio-histórico, para lograr la satisfacción personal de cada individuo con las condiciones de vida que ha alcanzado.

Por lo que un mejor envejecimiento estará influenciado por la calidad de vida y los factores que más influyen son la espiritualidad y la salud. Se resalta con esta investigación que la calidad de vida del individuo tiene para cada persona características particulares. Sin embargo, la salud se constituye en un elemento en común para los adultos mayores ya que involucra independencia, dignidad y respeto lo cual conlleva a la satisfacción personal.

Igualmente esta Corrales (2003) quien realizó una investigación titulada El programa de Clubes de AGECO: por la calidad de vida de las personas mayores. Este estudio tuvo como objetivo determinar cómo el Programa de Clubes de Personas Mayores de AGECO contribuye en el mejoramiento de la calidad de vida de las personas mayores que participan en él. Fue un estudio de tipo descriptivo y la población estuvo representada por 54 personas de 60 o más años que participan en los Clubes de AGECO en las tres modalidades existentes: Clubes Comunales, Clubes de Actividad Física Dirigida y Clubes especializados.

Concluyo que el Programa de Clubes de Personas Mayores ha contribuido al mejoramiento de la calidad de vida de las personas mayores participantes, mediante la creación y seguimiento de los grupos como espacio para expresión y organización de los y las participantes. En otras palabras, los clubes de adultos mayores representan espacios donde la socialización y las actividades contribuyen a elevar la calidad de vida al mantenerlos proactivos lo cual beneficia a la salud tanto física, emocional como mental.

Referentes teóricos.

El Envejecimiento.

Se puede definir el envejecimiento como la pérdida de la capacidad del organismo a adaptarse al medio ambiente, lo que requiere especial atención desde el punto de vista de la salud. De igual manera, esta etapa comprende un amplio conjunto de procesos biológicos, psicológicos y sociales relacionados con la vida después de la edad madura, incluyendo aspectos positivos y negativos; no se limita al declive de las estructuras y funciones corporales, y a las secuelas en el funcionamiento y la participación social, también involucra aspectos como procesos patológicos previos, ganancias psicológicas, es decir, experiencias y ganancias sociales relacionadas con el envejecimiento activo en las etapas avanzadas de la vida (Ribera, 2009).

Envejecimiento Exitoso.

Dentro del envejecimiento se encuentra el término envejecimiento exitoso, que se viene utilizando en los últimos años en todos los congresos como tema de conferencia. En este sentido se destaca al médico norteamericano Dr. William Hall, pass presidente del American College of Physician, quien plantea que el tener una vejez exitosa depende exclusivamente del individuo, lo cual se relaciona con aspectos; como se alimenta, si mantiene actividad física regular y continua, evitando el sedentarismo, si mantiene antes de los 75 años el peso dentro de valores ideales, si controla las enfermedades crónicas, como la diabetes y la hipertensión.

Por consiguiente, cómo será el tipo de envejecimiento o cómo envejeció el organismo del individuo depende de muchas variables y factores, como el estilo de vida, las costumbres culturales, la alimentación, factores psicológicos y sociales del entorno de la persona. Es por ello, que el envejecimiento activo “es el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad, con el objetivo de mejorar la calidad de vida en el transcurso del envejecimiento” (OMS, 2002).

Teoría Investigación – Acción.

Es importante subrayar, que Kurt Lewis, fue el primero en utilizar el término investigación acción en el año de 1951, a través del cual se describe una forma de investigación que permite combinar el enfoque experimental de las ciencias sociales con programas que involucren acciones de tipo social, y de esta manera se pueda responder y dar solución a problemas sociales. En esta perspectiva, Lewis argumentaba que mediante la investigación-acción se podía lograr de una forma simultánea tanto avances teóricos como cambios sociales.

En este sentido, cabe poner en relieve, que la teoría de la acción establece la importancia de las actividades dentro del proceso de investigación. Plantea que el conocimiento práctico no se constituye en el objetivo único de la investigación acción, sino que por el contrario representa el comienzo debido a que lo que se busca es la concientización de una problemática que se instituye como idea central y meta de la investigación, no solo para la producción de conocimientos sino además como experiencia concreta de acción.

CONTEXTO METODOLÓGICO

El paradigma científico que guó la presente investigación de la Intervención Comunitaria para mejorar la calidad de vida del Adulto Mayor de la “Casa de los Abuelos Angélica Alvarado” es el “Paradigma Socio Crítico”, a través del cual se logran pensamientos realistas y un punto de vista subjetivo. Este parte del hecho de que la vida social es dialéctica, lo cual conlleva a que su estudio debe abordarse desde la dinámica del cambio social.

En cuanto al método fue una investigación acción participativa. En este sentido, Rojas (1996), expone lo siguiente: “La investigación acción participativa es una metodología de investigación aplicada a estudios sobre realidades humanas.” Por consiguiente la presente investigación se sustenta en una investigación acción participativa, donde se planteó la búsqueda del conocimiento en forma colectiva para proporcionar resultados cuya utilización permitan producir cambios sociales. La población estuvo representada por 86 adultos mayores de la comunidad del Sector Pantano Abajo, en edades comprendidas entre 56 y 97 años.

En la presente investigación se utilizaron como técnicas de recolección de datos la observación participante a través de la cual se obtuvo gran información y permitió precisar las diferentes problemáticas presentes en el Sector Pantano Abajo. De igual manera, se utilizó como técnica de recolección de datos la entrevista, la cual es una técnica que se fundamenta en el diálogo que se establece entre dos o más personas y que permite obtener informaciones relevantes de las fuentes primarias, en este caso de informantes clave, como los habitantes del sector Pantano Abajo, el personal administrativo, medico, enfermeras, obreros y pacientes del ambulatorio urbano tipo II “Edgar Peña” ubicado en el sector Pantano Abajo.

También, se utilizó la entrevista como elemento de recolección de información aplicada a los diversos miembros tanto de la comunidad como de la casa de los abuelos “Angélica Alvarado”, lo que permitió la realización de un análisis FODA y el Árbol de Problemas. Además, se utilizaron como instrumentos los registros descriptivos y las fotografías.

Plan de acción

Cronograma de aplicación de estrategias

PROPÓSITO	ESTRATEGIA	ACTIVIDAD	RECURSOS		LUGAR DE EJECUCIÓN	RESPONSABLES
			MATERIALES	HUMANOS		
Realizar diagnóstico en la Casa de los Abuelos “Angélica Alvarado” que conlleve a detectar las problemáticas más relevantes.	-Efectuar Diagnostico participativo en la casa de los Abuelos Angélica Alvarado para detectar problemáticas	- Se realizó diagnostico social participativo en la Casa de los abuelos Angélica Alvarado para conocer las problemáticas a través de la Matriz de Jerarquización de Problemas.	Cuaderno de notas. Lápiz. Hojas blancas. Cámara Fotográfica.	Investigador, miembros de la casa de los abuelos Angélica Alvarado y los miembros del Consejo Comunal Territorio social I.	Casa de los Abuelos Angélica Alvarado, callen Colón, sector Pantano.	Docente de la UNEFM y miembros del Consejo Comunal Territorio Social I.
Realizar diagnóstico en la Casa de los Abuelos “Angélica Alvarado” que conlleve a detectar las problemáticas más relevantes.		Encuentro con los miembros de la Casa de los Abuelos Angélica Alvarado a través de mesas socializadoras para conocer las causas de los problemas detectados en el diagnóstico participativo así como las	Cuaderno de Notas. Lápiz. Papel bond. Cámara Fotográfica.	Investigador, miembros de la casa de los abuelos Angélica Alvarado y miembros del Consejo Comunal Territorio social I.	Casa de los Abuelos Angélica Alvarado, calle Colon, sector Pantano Abajo.	Docente de la UNEFM y miembros del Consejo Comunal Territorio Social I.

		consecuencias de dichos problemas. Se utilizó la técnica del Árbol del problema.				
Aplicar estrategias de salud en las áreas de Cardiovascular, Endocrino y Enfermedades metabólicas en la casa de los abuelos "Angélica Alvarado".	-Realizar gestión con el Ambulatorio Urbano tipo II Edgar Peña y Secretaria de Salud la atención de patologías crónicas en los adultos mayores de la casa de los Abuelos Angélica Alvarado del sector Pantano Abajo. -- Organizar e implementar las actividades de salud; Cardiovascular, Endocrino, y Enfermedades Metabólicas en la casa de los abuelos Angélica Alvarado.	Entrega de comunicaciones a los jefes de División Regional del Programa Endocrino, enfermedad metabólica y cardiovascular y Coordinadora del ambulatorio Edgar Peña solicitando apoyo para la implementación de estrategias de salud en la casa de los abuelos Angélica Alvarado. -Planificación de las actividades de salud en conjunto con la Lcda Amarilis Ruiz, gerontóloga de la casa de los Abuelos Angélica Alvarado, la directiva y los miembros del consejo comunal. -Ejecución de la jornada de salud para el despistaje, control y registro de pacientes con diabetes e Hipertensión en la casa de los abuelos Angélica Alvarado.	Cuaderno de Notas. Lápiz. Cámara Fotográfica.	Investigadores y personal del ambulatorio y Jefes de División de Secretaria de Salud.	Sector Pantano Abajo y Hospital Universitario Dr. Alfredo Van Grieken.	Docente de la UNEFM y miembros del Consejo Comunal Territorio Social I.
Efectuar talleres de formación en Proyectos Socio-Productivos para los adultos mayores de la casa de los Abuelos "Angélica Alvarado".	-Entregar comunicación a la Gerencia de Proyectos socio-productivos de CORFALTUR para la implementación de talleres socio-productivos. -Organizar en con	--Reunión con la socióloga Vanessa Sterling coordinadora de CORFALTUR para la organización de los talleres: El turismo como factor productivo y el manual sobre proyectos socio-productivos para los adultos mayores de la casa de los	Cuaderno de Notas. Lápiz. Cámara Fotográfica.	Investigadores, miembros del consejo comunal territorial social I y el personal de COLFALTUR.	Calle Zamora, sector Casco Histórico de Santa Ana de Coro.	Docente de la UNEFM y miembros del Consejo Comunal Territorio Social I.

	CORFALTUR y los talleres de formación en proyectos socio-productivos para los adultos mayores de la casa de los abuelos Angélica Alvarado y la comunidad del sector Pantano Abajo.	abuelos Angélica Alvarado y la comunidad en general del sector Pantano. -Ejecución de los talleres; El turismo como factor productivo y el manual para proyectos socio-productivos en la casa de los abuelos Angélica Alvarado y la comunidad del sector Pantano Abajo.				
Realizar actividades físicas y de recreación para los adultos mayores de la casa de los abuelos "Angélica Alvarado" para fomentar hábitos de vida saludable.	-Entregar comunicación dirigida al Coordinador de Deportes de Municipalización UNEFM, Lcdo. Rubén Molina en solicitud de apoyo para la realización de actividades físicas y recreativas en la casa de los Abuelos Angélica Alvarado. -Planificar y organizar con el coordinador de Deportes de Municipalización de la UNEFM, la gerontóloga y Consejo Comunal las actividades físicas y recreativas en la casa de los Abuelos Angélica Alvarado	Reunión con el Lcdo. Rubén Molina Coordinador de Deportes de Municipalización de la UNEFM para la planificación de jornadas deportivas en la casa de los abuelos Angélica Alvarado. - Ejecución de la jornada de salud cardiovascular a través de actividades físicas y recreativas en la casa de los abuelos Angélica Alvarado. - Caminata ecológica y actividades recreativas con los adultos mayores de la casa de los abuelos y los grupos sociales que hacen vida en el ambulatorio "Edgar Peña."	Cámara Fotográfica Materiales deportivos Tensiómetros Medicamentos. Refrigerio. Cuaderno de Registro. Trípticos.	Investigadores, coordinador de Deportes y docentes de deportes de la UNEFM.	Casa de los Abuelos Angélica Alvarado, calle Colón, sector Pantano Abajo	Docentes de la UNEFM, coordinador de Deportes y docentes de deportes de la UNEFM, Licenciada Amarilis Ruiz y Consejo Comunal.

Fuente: propia (2017)

RESULTADOS

Una vez finalizadas las actividades y estrategias de la intervención comunitaria, se procedió a la evaluación de las mismas. En este sentido, se

destaca que hubo la participación efectiva y mayoritaria de los adultos mayores de la casa de los abuelos “Angélica Alvarado” en las diferentes jornadas, además se obtuvo la cooperación para la realización de las actividades de los miembros de la comunidad de Pantano Abajo.

En la intervención comunitaria, se contó con la participación activa de la Secretaría Regional de Salud a través de los programas; Cardiovascular y Enfermedades no transmisibles, Endocrinas y Enfermedades metabólicas, lo cual permitió establecer nuevamente la vinculación de la casa de los abuelos como grupo social con el ambulatorio “Edgar Peña”, y lograr la atención primaria de salud del adulto mayor. También, se gestionó y se logró la entrega de medicamentos para adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2, se donaron 15 glucómetros y medicamentos para pacientes con hipertensión. Se tramitó con el programa cardiovascular la donación de un tensiómetro para la casa de los abuelos e igualmente se consiguió implementar la consulta especializada de cardiología.

Es importante destacar, que estas jornadas de salud contaron no solo con la participación de los adultos mayores de la casa de los abuelos “Angélica Alvarado,” sino que acudieron adultos mayores que pertenecían a la comunidad, los cuales mostraron interés por formar parte de la casa de los abuelos al ver la oportunidad de atención de salud realizada en conjunto con el ambulatorio.

De igual manera, la realización de los talleres socio-productivos les permitió tener claro los pasos para la elaboración de los proyectos así como los beneficios que aportan tanto para ellos, como para la comunidad. Por otra parte, las actividades físicas y recreativas permitieron dar una atención integral del adulto mayor para la preservación y mantenimiento de la salud, a través de rutinas fáciles que contribuirán con la salud, además de lograr su inclusión dentro de las estrategias académicas que realizan los estudiantes de Municipalización UNEFM que hacen vida en la comunidad.

Es necesario subrayar que las diferentes estrategias organizadas y las acciones ejecutadas en la casa de los abuelos “Angélica Alvarado” se caracterizaron por ser de carácter educativo, institucional y recreativo, esto con la finalidad de cumplir con los propósitos planteados a partir de las necesidades plasmadas en la matriz de jerarquización de problemas.

Además permitieron resaltar que los adultos que hacen vida en la casa de los abuelos “Angélica Alvarado” cuentan con potencialidades en las áreas de producción de manualidades artesanales, dulcería criolla, folklóricas y de actividad física y recreativas, son personas proactivas en la comunidad interesados en el fortalecimiento de su localidad a través de sus ideas creativas, así como de poseer la energía y tener las ganas de cumplir sus metas u objetivos, definiéndose como personas de la tercera edad con disposición y actitud hacia el trabajo mancomunado en su comunidad.

Evaluación.

Posterior a la intervención, se realizó una evaluación de la situación vigente en la casa de los abuelos “Angélica Alvarado” a través de entrevista a informantes clave, y se constató que aunque no se han vuelto a implementar los programas de secretaria de salud se mantiene una mejor integración con el ambulatorio “Edgar Peña”, gracias a la gestión de las trabajadoras sociales del ambulatorio y a la presidenta de la casa de los abuelos la Sra. Gladys Sambrano. También, se continúan realizando actividades de tipo recreativo las cuales son organizadas por estudiantes del área de la salud de la UNEFM en el cumplimiento del servicio comunitario.

REFLEXIONES FINALES

Con la intervención comunitaria efectuada en la Casa de los Abuelos “Angélica Alvarado”, se pudo detectar la falta de atención en los programas de salud, actividad física y recreación y formación en proyectos socio productivos los cuales afectaban la calidad de vida de los adultos mayores. Lo que conllevó a planificar estrategias y actividades de atención primaria de salud a través de la secretaria de salud y el ambulatorio Urbano Tipo II “Edgar Peña”, esto permitió que desde el punto de vista social la intervención beneficiara a la comunidad creando consciencia acerca de las problemáticas de salud pública que representa la diabetes Mellitus y la hipertensión tanto a nivel mundial como a nivel local, debido a sus altos índices de morbilidad como de sus complicaciones en los adultos mayores.

Por lo que resulta de vital importancia educar y concientizar a este grupo etario sobre el riesgo de estas patologías, para lograr un diagnóstico temprano y control de las mismas, tal como se efectuó en la casa de los abuelos “Angélica Alvarado” a fin de disminuir la prevalencia de las complicaciones de estas enfermedades. De igual forma, la intervención comunitaria permitió resaltar la importancia de la ejecución de actividades para la prevención de las enfermedades y promoción de la salud a través de hábitos saludables, con la implementación de actividades físicas y recreativas que permitan eliminar el sedentarismo, lo cual favorece la preservación y el mantenimiento de la salud del adulto mayor.

Igualmente, se les atendió en su proceso de formación para la participación activa dentro de la comunidad a través de la implementación de proyectos socio-productivos que no solo benefician desde el punto de vista económico a los adultos mayores, sino que contribuye al desarrollo económico y social de la comunidad del sector Pantano Abajo con la creación de empresas comunitarias, resaltando de este modo las potencialidades y habilidades que poseen en las áreas de producción de manualidades artesanales, dulcería criolla, folklóricas destacando que son personas proactivas y que además se interesan por el fortalecimiento de su comunidad con disposición y actitud hacia el trabajo.

En este sentido, se concluye que el propósito trazado en la investigación se cumplió mediante el reconocimiento de las problemáticas más sentidas por parte de los adultos mayores de la casa de los Abuelos “Angélica Alvarado”, y se logró motivar la participación y colaboración de los diferentes programas de salud, del ambulatorio “Edgar Peña” y de la comunidad en general del sector Pantano Abajo en busca de mejorar la calidad de vida de los adultos mayores de la comunidad. Por consiguiente, se tiene que la intervención comunitaria permitió resaltar la importancia del adulto mayor dentro de la comunidad, y que como ciudadanos tienen derechos y deberes por lo que deben ser integrados de forma efectiva y oportuna a todas las actividades que conlleven a mejorar su calidad de vida.

Es por ello, que se recomienda continuar realizando jornadas de atención integral del adulto mayor en la Casa de los abuelos “Angélica Alvarado” a través de los programas de salud y el ambulatorio “Edgar Peña” para mejorar la calidad de vida del adulto mayor en la comunidad de Pantano Abajo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aponte, V (2015). *Calidad de Vida en la Tercera Edad*. Universidad Católica de San Pablo. La Paz- Bolivia.
- Balkcazar, F. (2003). *Investigación Acción-Participativa. Fundamentos en Humanidades*. Universidad de San Luis. México.
- Corrales, I. (2003). *El programa de Clubes de AGECO: por la calidad de vida de las personas mayores*. Trabajo de Grado para optar al título de Licenciada en Trabajo social. Universidad de Costa Rica.
- Chacón, M. (2009). *El Desarrollo Comunitario*. Revista Digital de innovación y Experiencias Educativas. Número 29. Depósito Legal: GR2922/20017.
- Galleguillos, D. (2015). *Inclusión Social y Calidad de vida en la Vejez*. Editorial Gerokomos.
- Goldstein, S. (1991). *In Vitro Studies of Age-Related Diseases*. Edit. Mol Cell Biolg.
- Gollete, G. (1988). *La Investigación Acción; Funciones, fundamentos e instrumentación*. Edit. Laertes. Barcelona. España.
- Hall, W. (2013). *Envejecimiento Saludable*. U. S. National Institutes of Health.
- Kurt, L. (1951). *La Teoría de Campo en la Ciencia Social*. Edit. Paidós. Buenos Aires. Argentina.
- Halten, K. (1987). *Estrategia, Planificación y Control*. Edit. Paidós. Buenos Aires. Argentina.
- Lugo, R. (2011). *Casa del Abuelo Angélica Alvarado*. Disponible en: URL. casadelabueloangelicaalvarado.blogspot.com (Consultado 10 de octubre de 2016).
- Organización Mundial de la Salud (2002). *Active Ageing a Policy Framework*. Madrid. España.
- Polo, M. (2002). *Teorías Sobre el Envejecimiento: Una Visión Actual*. Editorial Gerokomos.
- Ribera, J (2009) *Geriatría en atención primaria*. Editorial Grupo Aula Médica. Madrid. España.

Rojas, S (1996) *Guía para realizar investigaciones sociales*. Folios Universitarios. México. Disponible en URL: <http://books.google.co.ve./bookid=1NHY5>. Consultado 10 de octubre 2016.

REGISTRO FOTOGRÁFICO



Charla sobre hábitos de vida saludable



Jornada de atención de salud



Entrega de glucómetros a los adultos mayores



Actividades deportivas y recreativas con los Adultos Mayores de la Casa de Abuelos "Angélica Alvarado"

FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR Y FUNCIÓN SEXUAL MASCULINA EN ADULTOS MAYORES DE LA POBLACIÓN DE PÍRITU, MUNICIPIO PÍRITU, ESTADO FALCÓN

García Eyranabell¹, Álvarez Richard², Andriolo Cristina³, Muñoz, María⁴

Universidad Nacional Experimental "Francisco de Miranda"

eyranabell75@hotmail.com¹

RESUMEN

En los adultos mayores, las enfermedades cardiovasculares constituyen la principal causa de mortalidad, y la respuesta sexual presenta alteraciones como la disfunción eréctil; por ello es importante correlacionar los factores de riesgo cardiovascular y función sexual masculina, aunque no es una actividad indispensable para la vida, permite mantener su bienestar y armonía biopsicológica. Se realizó un estudio correlacional, transversal, en una muestra de 44 adultos mayores, e Historia Clínica, Medidas Antropométricas, Perfil Lipídico, Índice Internacional de Función Eréctil y Cuestionario Mundial de Actividad Física. El rango de edad con mayor porcentaje fue de 60-74 años. El HDL fue 79,5% posee > 40 mg/dl. El 79,5% tendrían un nivel alto de actividad física y 68,2% presentaron Peso Normal. En cuanto a la función sexual 31,8% fueron clasificados con disfunción eréctil severa. La función sexual se relaciona significativamente con la edad por eso se debe fomentar la educación sexual en adultos mayores.

Palabras Clave: Enfermedades Cardiovasculares, Función Sexual Masculina, Adultos Mayores, Disfunción Eréctil.

FACTORS OF CARDIOVASCULAR RISK AND MALE SEXUAL FUNCTION IN ADULTS OF THE POPULATION OF PÍRITU, MUNICIPIO PÍRITU, FALCÓN STATE

ABSTRACT

In the elderly, cardiovascular diseases are the main cause of mortality, and the sexual response presents alterations such as erectile dysfunction; Therefore, it is important to correlate the cardiovascular risk factors and male sexual function, although it is not an essential activity for life, it allows maintaining their well-being and biopsychological harmony. A cross-sectional correlation study was carried out in a sample of 44 older adults, and Clinical History, Anthropometric Measurements, Lipid Profile, International Index of Erectile Function and World Physical Activity Questionnaire. The age range with the highest percentage was 60-74 years. The HDL was 79.5% possess > 40 mg / dl. 79.5% would have a high level of physical activity and 68.2% presented Normal Weight. Regarding sexual function, 31.8% were classified as having severe erectile dysfunction. Sexual

function is significantly related to age, which is why sexual education should be encouraged in older adults.

Key words: Cardiovascular Diseases, Male Sexual Function, Elderly, Erectile Dysfunction.

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades cardiovasculares constituyen actualmente la principal causa de mortalidad a nivel mundial. Según la OMS, se calcula que en el año 2012 murieron 17,5 millones de personas por enfermedades cardiovasculares, lo cual representa el 30% de las defunciones registradas en el mundo. (OMS, 2017¹). En Venezuela, según datos aportados por el Anuario de Mortalidad del año 2011 a través del Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS) se reportan las enfermedades del corazón como la principal causa de muerte en la población con 30.548 defunciones que corresponde al 21,36. De igual manera sucede en el Estado Falcón, con un total de 1.389 defunciones equivalentes al 33,6 (MPPS, 2011).

En la actualidad, se define factor de riesgo a un elemento o una característica que tiene una relación causal con un aumento de frecuencia de una enfermedad y que constituye factor predictivo independiente y significativo del riesgo de contraer una enfermedad (Uzcátegui y Alvarado. 2011). Entre los factores de riesgo cardiovascular que el Estudio Framingham ha identificado están el colesterol total y LDL elevados y el descenso del colesterol HDL, la obesidad, la hipertensión arterial, la diabetes mellitus, el tabaquismo, la inactividad física, historia familiar de enfermedad coronaria precoz, los factores psicosociales, la edad y el sexo; constituyendo la edad avanzada un factor importante de riesgo cardiovascular, no modificable (OMS 2017²).

Cabe agregar que se han descrito diversas maneras de agrupación para los factores de riesgo cardiovascular, sin embargo la clasificación clásica de modificable y no modificable ha sido y sigue siendo la más utilizada. Se habla de modificables todos aquellos que son susceptibles de cambiar bien sea mejorando el estilo de vida o con terapia farmacológica; a diferencia de los no modificables que son aquellos imposibles de cambiar como la edad, la herencia, el sexo y la raza. (OMS 2017³). Según la OMS (2016), el sobrepeso y la obesidad se definen

como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud.

Por definición, todo adulto con sobrepeso son los que tienen un índice de masa corporal (IMC) igual o superior a 25 kg/m² y adulto con obesidad los que tienen un IMC igual o superior a 30 kg/m². La obesidad es una enfermedad metabólica crónica con riesgo cardiovascular asociado y una morbilidad aumentada. (Morales 2009).

Actualmente el sobrepeso y la obesidad se consideran tan importantes como otros factores de riesgo clásicos relacionados con la enfermedad coronaria. (Morales 2009) De igual manera, tras el primer estudio de Jeremy Morris publicado en el año 1953 y catalogada como la primera demostración más potente y referente mundial donde relaciona la actividad física con la salud, señalando el sedentarismo como uno de los principales factores conductuales para prevenir enfermedades cardiovasculares y la obesidad. (Paffenbarger, R 2000).

En el mismo orden de ideas, el colesterol es un lípido que pertenece al grupo de los esteroides y que forma parte de las membranas celulares. Debido a su naturaleza hidrofóbica, forma parte de lipoproteínas para su transporte por el torrente sanguíneo y pueden ser de baja densidad como las LDL, de alta densidad como las HDL o de muy baja densidad como las VLDL. El aumento de las moléculas de LDL en el plasma sanguíneo favorece la formación de placas de ateroma así como aumenta la densidad de la sangre favoreciendo la aparición de trombos. (Díaz 1997).

Aunque el envejecimiento no es una causa directa de afecciones coronarias, estas se presentan comúnmente entre las personas de edad avanzada. (Alvarado,. 2013), ya que el endotelio se asocia con el acortamiento de los telómeros, la apoptosis, cambios estructurales y la disfunción de células endoteliales, el incremento de la vasoconstricción dependiente del endotelio, disminución en la biodisponibilidad del óxido nítrico y la angiogénesis dependiente de endotelio y el aumento de la rigidez vascular mediada por canales endoteliales de sodio (EnNAC). La disfunción endotelial asociada al envejecimiento puede contribuir a la disminución de las respuestas vasodilatadoras coronarias y la angiogénesis (Pemberthy y otros. 2016).

La vejez, representa una de las etapas del ciclo vital en la cual se acentúan y/o evidencian los cambios del proceso de envejecimiento. (Arcila. 2011), ya que se produce una alteración de las estructuras psico-físicas de forma gradual y por consiguiente de la actividad sexual disminuye pero no desaparece. (Sánchez y otros. 2009) Ahora bien, la función sexual es una respuesta fisiológica del organismo, al igual que la función cardiovascular. (Literat. 2017). Aunque no es una actividad indispensable para la conservación de la vida, resulta fundamental para mantener la calidad de la misma y la sensación de bienestar y armonía biopsicológica (Álvarez. 2008).

La sexualidad es el conjunto de condiciones anatómicas, fisiológicas y psicológico-afectivas que caracterizan cada sexo. (Álvarez. 2008) De acuerdo con la OMS (2006²) se define como un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida que abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual (OMS 2017⁴).

En cuanto a la función sexual masculina, integrada por el deseo sexual, la erección, la eyaculación y el orgasmo, es de una altísima complejidad debido a que involucra diversos mecanismos fisiológicos en los que intervienen diferentes sistemas y órganos (endocrinológico, vascular, neurológico y otros), altamente controlada por el cerebro y dependiente de factores educacionales, culturales, sociales, religiosos y muchos otros que condicionan las diferencias interindividuales (Pomerol. 2005).

La respuesta sexual en los adultos mayores puede presentar diversas alteraciones, dentro de las más comunes se encuentra la disfunción eréctil (DE). La disfunción eréctil se define como la incapacidad persistente o recurrente para conseguir o mantener la suficiente rigidez del pene que permita una relación sexual satisfactoria. Afecta al 10-50% de los varones, según estudios epidemiológicos efectuados en distintos países, y tiene una mayor prevalencia en las últimas décadas de la vida (Pomerol. 2005).

En la edad avanzada se evidencia una mayor incidencia de los factores de riesgo de DE, así como también de las enfermedades cardiovasculares. Está bien demostrado que la DE puede ser un síntoma centinela de enfermedades cardiocirculatorias. (Pomerol. 2005). En consideración con lo antes expuesto, se

plantea la siguiente interrogante: ¿Cómo influyen los Factores de Riesgo Cardiovascular (hiperlipidemia, sedentarismo y obesidad) en la Función Sexual Masculina en los adultos mayores de la población de Píritu, Municipio Píritu, Estado Falcón durante el período Julio-Octubre 2017?.

En la recaudación de información referente a estudios previos relacionados con las variables en cuestión, se encontraron los siguientes trabajos de investigación: Según Celada en el año 2016 llevó a cabo un estudio observacional, descriptivo, transversal-analítico que tuvo como objetivo determinar la prevalencia de disfunción eréctil en pacientes con Factores de Riesgo Cardiovascular (FRCV).

Se analizaron datos como la edad, talla, peso e IMC y la existencia o no de dislipidemia, en una muestra de 179 pacientes. Dicho estudio tuvo como resultado, la edad media de $64,5 \pm 11,6$ años y que al analizar todas las variables del estudio en relación a la variable principal de presencia o ausencia de disfunción eréctil, se observó que la edad juega un papel importante es este estudio. Por otra parte, no mostraron relación significativa con la DE, el IMC y la dislipidemia.

El Dr. Moya (2016) en ese mismo año realizó un estudio cuyo objetivo fue analizar las características epidemiológicas de una población de pacientes derivados con diagnóstico de Disfunción Eréctil a un centro urológico especializado y la relación entre la severidad de ésta y los FRCV en la Universidad de Chile; se analizaron en forma retrospectiva 200 pacientes españoles durante los años 2009 y 2010 con edades entre 20 y 85 años, también la presencia de Dislipidemia y el IMC. Para evaluar la función eréctil se aplicó el cuestionario del Índice Internación de Función Eréctil (IIEF-5).

De esta manera encontró que la mayoría de los pacientes con Disfunción Eréctil (DE) se encontraba entre los 60-69 años con un 35% y que un 40% del grupo presentaba una DE moderada a severa, además la presencia de sobrepeso y obesidad fue cerca de un 75%. Así mismo concluye que la presencia de Disfunción Eréctil aumenta en forma progresiva a medida que aumenta la edad y que existe una gran asociación entre la presencia de FRCV y la presencia de Disfunción Eréctil.

Por otra parte, Riedner C. para el año 2010, realizó otro estudio con el objetivo de evaluar la asociación entre la disfunción eréctil y la enfermedad arterial coronaria en diferentes grupos de edad comprendidos entre <60 años y ≥ 60 años, que presentaron factores de riesgo cardiovascular como el sedentarismo, dislipidemia y obesidad. En cuanto a la función eréctil, se evaluó mediante el Índice Internacional de Función Eréctil (IIEF). De esta manera concluyó que la edad media de los pacientes fue de $58,3 \pm 8,9$ años y demostró que la disfunción eréctil no está relacionada de forma independiente a la presencia de enfermedad arterial coronaria.

En el mismo año, Machado (2010) realizó un trabajo de investigación con el objetivo de evaluar la asociación entre el nivel de actividad física y estado físico asociado a factores de riesgo cardiovascular como la obesidad y la dislipidemia. En esta investigación se evaluaron 180 pacientes masculinos con edades comprendidas entre los 40 y los 75 años, el cual fueron evaluados por edad, presencia de factores de riesgos cardiovasculares (en la que destacó la dislipidemia) y los parámetros antropométricos basados en el IMC. La evaluación de la función eréctil fue realizada por el cuestionario IIEF y el sedentarismo se evaluó mediante el Cuestionario Internacional de Actividad Física en su versión corta.

Donde se evidenció una asociación inversa entre la actividad física y la disfunción eréctil de ($p < 0,001$), la dislipidemia ($p = 0,02$) y la edad ($p < 0,001$). Se encontraron diferencias estadísticamente significativas para las asociaciones entre la disfunción eréctil y el IMC ($P = 0,062$). Concluyendo de esta manera que los hombres con mayor actividad física o en mejor forma física son menos propensos a sufrir de disfunción eréctil.

Otro antecedente de importancia es el de Rosales y otros en el año 2013, quienes realizaron un proyecto de investigación titulado “Factores de Riesgo Cardiovascular y Función Eréctil, en los sectores Providencia y San Román, Pueblo Nuevo de Paraguaná, Municipio Falcón”. Dicha investigación tuvo como objetivo Asociar Factores de Riesgo Cardiovascular (Obesidad) con la Función Eréctil, en la población de 20 a 80 años de edad. El tipo de investigación fue analítica con un diseño de investigación de campo transversal, en el cual la población estuvo conformada por 86 pacientes. Para la recolección de los datos

se aplicó una ficha con el Índice Internacional de Función Eréctil (IIEF) y una hoja rotulada con los ítems edad, peso, talla e IMC.

De esta manera se concluyó que: existe una alta prevalencia de los factores de riesgos cardiovascular, específicamente la obesidad con un 57%; y que existe relación en cuanto a la edad y la función eréctil observándose la presencia de disfunción eréctil con un rango de edad promedio de 44,64 años (DE $\pm 11,49$) en adelante, evidenciándose así, que a medida que aumenta la edad se incrementa la severidad de la disfunción eréctil.

Objetivos de la investigación:

1. Objetivo general.

Correlacionar los factores de riesgo cardiovascular y función sexual masculina en adultos mayores de la población de Píritu, Municipio Píritu, Estado Falcón.

2. Objetivos específicos.

2.1 Describir las características socio-demográficas y epidemiológicas del adulto mayor masculino con factores de riesgo cardiovascular (hiperlipidemia, sedentarismo y obesidad) de la población de Píritu, Municipio Píritu, Estado Falcón durante el período Julio-Octubre 2017.

2.2 Determinar las concentraciones de colesterol total, HDL, LDL, triglicéridos y VLDL en la población en estudio.

2.3 Obtener información sobre comportamiento sedentario a través del instrumento STEPS de la OMS para la Vigilancia de los Factores de Riesgo de Enfermedades No Transmisibles en la población en estudio.

2.4 Verificar el índice de masa corporal en adultos mayores mediante la tabla establecida por la OMS.

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

Tipo de Investigación:

Correlacional.

Diseño de la Investigación:

Transversal - De Campo - No Experimental.

Población y Muestra:

La población objeto de estudio será finita y manejable, la cual está conformada por 81 adultos mayores masculinos, todos pertenecientes a la población de Píritu, Municipio Píritu, Estado Falcón. En cuanto a la muestra, la misma fue calculada realizando la fórmula de Lilian Bajo García (2015). De esta manera, la conforman 44 adultos mayores masculinos que cumplirán con los criterios de inclusión que a continuación se presentan.

Criterios de Inclusión:

1. Adulto mayor masculino habitante de la población de Píritu, Municipio Píritu, Estado Falcón.
2. Adulto mayor masculino con al menos uno de los siguientes factores de riesgo cardiovascular (hiperlipidemia, sedentarismo y obesidad).
3. Adulto mayor masculino que firme el consentimiento informado para la participación en el estudio.
4. Adulto mayor masculino sexualmente activo.
5. Adulto mayor masculino alfabeto.

Criterios de Exclusión:

1. Pacientes con algún trastorno psiquiátrico o enfermedad neurológica.
2. Pacientes con cirugía o trauma mayor.
3. Pacientes con dificultad visual.
4. Pacientes encamados o en estado crítico.

Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos:

Con el fin de llevar a cabo la presente investigación, una vez seleccionada la muestra objeto de estudio mediante los criterios anteriormente establecidos, se les informo a los pacientes sobre el protocolo de esta investigación y la importancia de la misma, así como también se les explico su propósito y objetivos, para obtener la firma del consentimiento informado y proceder a la recolección de datos.

Una vez obtenida la aprobación del consentimiento informado, la obtención de toda información necesaria fue mediante la entrevista de tipo semi-estructurada. De esta manera, el instrumento estuvo conformado por la Historia Clínica, Índice Internacional de Función Eréctil y Cuestionario Mundial de Actividad Física del paciente, en el cual dichos instrumentos se introdujeron en un sobre manila, inicialmente la Historia Clínica y Cuestionario Mundial de Actividad Física y luego de que el paciente llenara el IIEF de manera anónima, esto se realizó con el objetivo de respetar el pudor y la privacidad del paciente. Finalmente se depositó en una caja sellada para posteriormente procesar y graficar los resultados.

En cuanto a la Historia Clínica, la misma consto de 5 partes: en la I Parte se realizó la identificación del paciente especificando la edad y sexo; la II Parte estuvo constituida por los antecedentes personales, familiares y hábitos psicobiológicos. Posteriormente la III Parte estuvo conformada por el examen funcional, en la cual se interrogo acerca de los síntomas que se manifestaban de 6 meses hasta la actualidad y que guarden relación con el objeto de estudio; luego en la IV Parte se realizó el examen físico exhaustivo incluyendo signos vitales, peso y talla, registrando hallazgos clínicos de importancia; y finalmente en la V Parte se registró la clasificación de la obesidad por IMC según la OMS, así como los valores obtenidos en el examen paraclínico (Perfil Lipídico).

Por su parte, el Cuestionario Mundial sobre Actividad Física de la OMS estuvo integrado de tal manera que permitió evaluar el dominio en el cual se lleva a cabo la actividad física (la actividad física profesional, la actividad física relacionada con el transporte y la actividad física durante el tiempo libre. Estuvo distribuido en 3 columnas: la primera es la pregunta, el cual se leyo en voz alta a los entrevistados, la segunda son las opciones de respuesta que el entrevistador encerrará en un círculo o anotará en las casillas, y por último la columna de clave.

Con la finalidad de diagnosticar y conocer la función Eréctil, Rosen et al. formularon el Índice Internacional de Función Eréctil (IIFE), dicho instrumento consta de 15 preguntas que abarcan: función eréctil, función orgásmica, deseo sexual, satisfacción con la relación sexual y satisfacción global, de los cuales tienen 6 opciones de respuesta que abarcan desde sin actividad física hasta casi siempre o siempre, otras el número de veces, el grado de disfrute y satisfacción.

Al final se suma el puntaje de las respuesta y se califica el grado de Disfunción Eréctil de 0 a 30 puntos; entre 6 a 10: severa, entre 11 a 16: moderada, entre 17 a 25: leve y desde 26 a 30 no existe DE.

De igual manera se realizaron estudios paraclínicos de laboratorio, con la finalidad de demostrar la presencia de dislipidemia a través de la toma de muestra sanguínea con ayuno previo de 8 horas. Se realizó por medio de punción venosa en el pliegue del codo, extrayéndose 10 ml de sangre y mediante el método de centrifugación se estimó de esta manera, el perfil lipídico.

Análisis Estadístico de la Investigación.

En el presente trabajo de investigación, los datos obtenidos de la muestra objeto de estudio a través de los distintos instrumentos, para el análisis de los datos se utilizaran técnicas de la estadística descriptiva, a través de cuadros y tablas con porcentajes y frecuencias y la estadística inferencial para establecer la relación entre las variables en estudio: para las variables cualitativas se utilizará la prueba de independencia del chi – cuadrado y para las cuantitativas el coeficiente de correlación de Pearson, mediante el uso del paquete estadístico IBM – SPSS STATISTICS, versión 21.

RESULTADOS

Esta investigación se llevó a cabo con una muestra de cuarenta y cuatro (44) Adultos Mayores Masculinos, con al menos uno de los siguientes factores de riesgo Cardiovascular (hiperlipidemia, sedentarismo y obesidad) de la población de Píritu, Municipio Píritu, Estado Falcón durante el Período Julio-Octubre 2017. El rango de edad con mayor porcentaje en la muestra fueron los adultos con edades comprendidas entre 60 y 74 años (50%) tal como se ilustra a continuación:

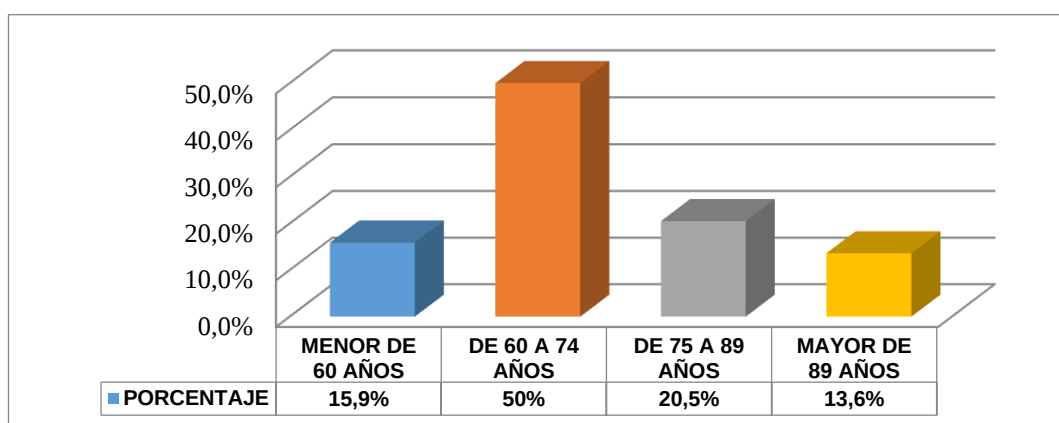


Gráfico 1. Distribución según rangos de edad. Fuente: Datos procesados por los autores (2017)

Es importante señalar, que a todos y cada uno de los pacientes de la muestra, con las características antes descrita, se les realizó exámenes de laboratorio para así determinar perfil lipídico, siendo los resultados obtenidos los siguientes:

Cuadro 1
Distribución de acuerdo a resultados del perfil lipídico

Perfil lipídico	Medidas descriptivas			
	Media	Desviación estándar	Mínimo	Máximo
COLESTEROL (mg/dl)	114,27	± 21,29	43	152
TRIGLICÉRIDOS (mg/dl)	79,59	± 36,84	30	213
HDL (mg/dl)	38,25	± 10,20	16	57
LDL (mg/dl)	62,11	± 18,54	34	99
VLDL (mg/dl)	15,30	± 8,16	6	43
COL/HDL (mg/dl)	3,26	± 1,05	1,79	6,81
LDL/HDL (mg/dl)	1,79	± 0,86	0,64	4,56

Fuente: Datos procesados por los autores (2017).

De acuerdo a los valores resumidos en el cuadro precedente, se pudo determinar que el promedio del colesterol de la muestra fue de 114,27 mg/dl, con una desviación estándar de $\pm 21,29$ mg/dl. Con respecto a los triglicéridos, se puede indicar que el valor promedio fue de 79,59 mg/dl, con una desviación estándar de $\pm 36,84$ mg/dl. Se pudo determinar que un total de 43 de los adultos mayores, que representan el 97,7% de la muestra, presentan valores normales en

sus niveles de triglicéridos, más sin embargo, hay un adulto mayor (2,3%) que si presenta alteraciones ya que posee cifras superiores de 150 mg/dl.

Con el propósito de obtener información sobre el comportamiento sedentario en los adultos mayores de la muestra, se utilizó el Cuestionario Mundial sobre Actividad Física de la OMS, dando como resultados que el promedio fue de 7569,79 MET, con una desviación estándar de $\pm 87,51$ MET. Al realizar la categorización de todos los participantes, a partir del baremo establecido para tal fin, se contabilizó que 35 adultos mayores de la muestra (79,5%), se categorizaron con un nivel alto de actividad física, al registrar cifras superiores a 1500 MET.

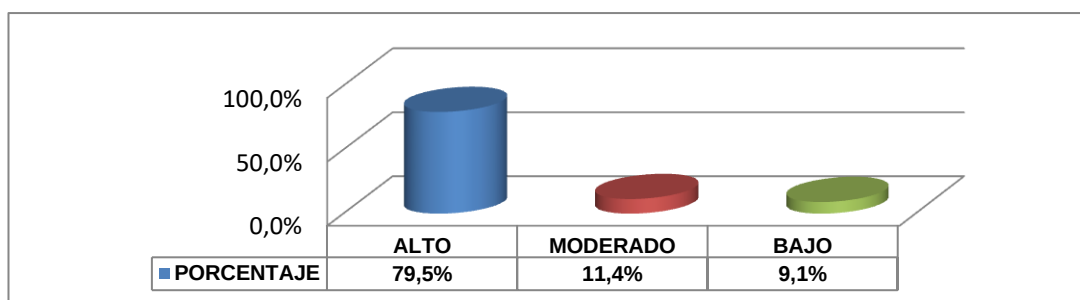


Gráfico 2. Distribución Según Niveles de Actividad Física. Fuente: datos procesados por los autores (2017)

Con relación al examen físico de todos y cada uno de los pacientes que participaron en la presente investigación, se obtuvo la siguiente información referida a las medidas antropométricas:

Cuadro 2
Distribución de acuerdo a medidas antropométricas

Medidas antropométricas	Medidas descriptivas			
	Media	Desviación estándar	Mínimo	Máximo
Peso (kg)	66,77	$\pm 10,44$	40	87
Talla (mts)	1,66	$\pm 0,09$	1,46	1,82
Imc (kg/mts ²)	24,08	$\pm 3,27$	16,87	31,63

Fuente: Datos procesados por los autores (2017).

Se pudo determinar, de acuerdo a las cifras procesadas, que el peso promedio de los adultos mayores en estudio fue de 66,77 Kg. Con una desviación

estándar de $\pm 10,44$ Kg. En cuanto a la talla se observó una talla promedio de 1,66 mts con una desviación estándar de $\pm 0,09$ mts.

A partir de estos resultados y tomando en consideración los parámetros establecidos por la OMS para la clasificación de los adultos de acuerdo al grado de obesidad, se pudo observar que un solo adulto presenta Bajo Peso I ($< 18,5$ Kg/m²) y 30 de ellos (68,2%) fueron categorizados con Peso Normal (de 18,5 a 24,9 Kg/m²). De igual manera se observó que el 22,7% de los adultos participantes (10 en total), se ubican en un nivel de Sobrepeso (de 25 a 29,9 Kg/m²). Así mismo se pudo determinar, que hay un total de 3 adultos, que representan el 6,8% de la muestra, que fueron clasificados con Obesidad Grado I (cifras de 30 a 34,9 Kg/m²); tal como se ilustra a continuación:

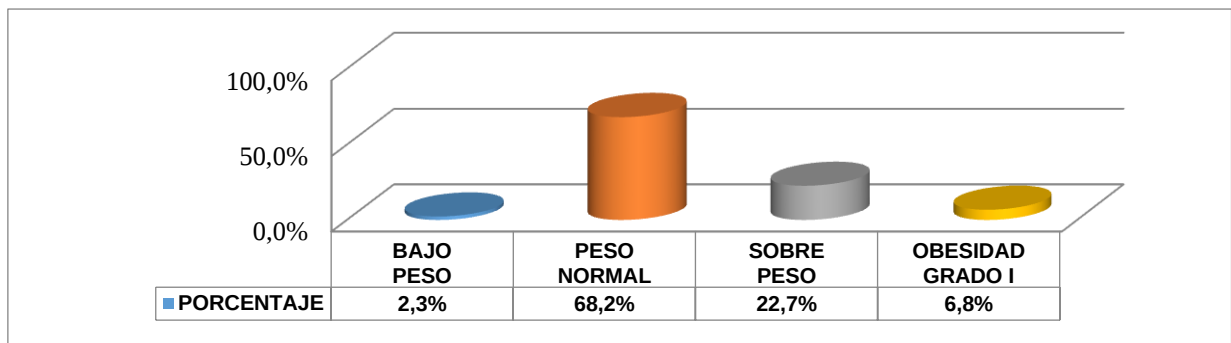


Gráfico 3. Distribución de acuerdo al IMC. Fuente: Cuadro 2 (2017)

Con la finalidad de diagnosticar y conocer la Función Eréctil de los Adultos Mayores de la muestra en este estudio, se utilizó el Índice Internacional de Función Eréctil (IIFE) para clasificar el grado de Disfunción Eréctil, de una escala de 0 a 30 puntos, a partir del siguiente patrón de categorización: de 6 a 10 puntos: Disfunción Eréctil Severa; entre 11 a 16 puntos: Moderada; entre 17 a 25 puntos: Leve y desde 26 a 30 puntos no existe Disfunción Eréctil. Los resultados obtenidos revelan que el promedio general fue de 12,61 puntos, con una desviación estándar de $\pm 8,87$ puntos.

Al realizar la clasificación de los adultos mayores participantes, a partir del patrón de categorización establecido para tal fin, se observó que 14 de ellos (31,8%) fueron clasificados con Disfunción Eréctil Severa (cifras entre 6 y 10 puntos). Importa señalar que 8 de ellos (18,2%), todos con edades superiores a 70 años, manifestaron no haber tenido actividad sexual.

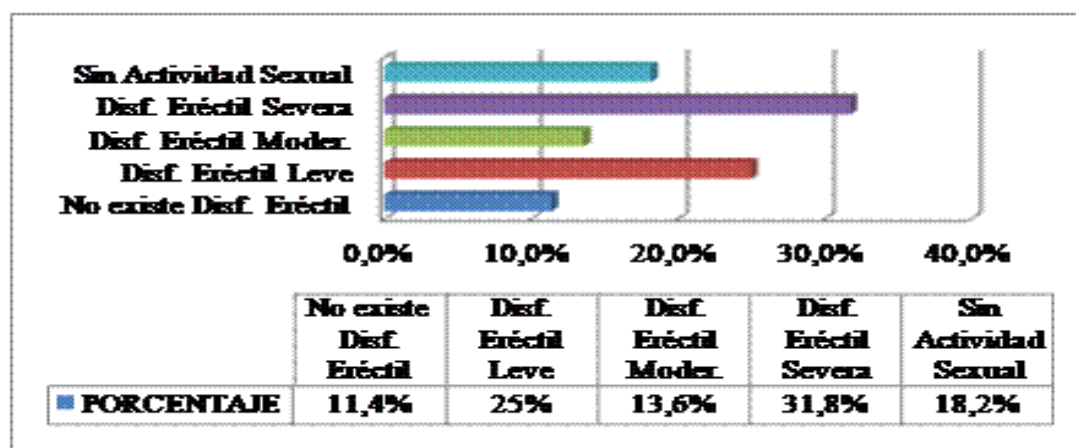


Gráfico 4 Distribución de acuerdo al nivel de disfunción eréctil. Fuente: Datos procesados por los autores (2017)

Con el firme propósito de determinar la correlación de los Factores de Riesgo Cardiovascular y Función Sexual Masculina en Adultos Mayores de la población de Píritu, se utilizaron técnicas de la Estadística Inferencial Paramétrica, a través de la Correlación de Pearson (para las variables cuantitativas).

Al realizar la comparación de la Función Sexual con las variables cualitativas de los factores de riesgo cardiovascular, a partir de la Correlación de Pearson, se obtuvo el siguiente resultado:

Cuadro 3
Resultados correlación de Pearson

Variables	Valor correlación de Pearson	Significación	Valor p
Función sexual vs. Edad	- .593 **	.000	p < .01
Función sexual vs. Colest.	- .156	.312	p > .05
Función sexual vs. Triglic.	- .030	.848	p > .05
Función sexual vs. HDL	+ .077	.618	p > .05
Función sexual vs. LDL	- .170	.270	p > .05
Función sexual vs. VLDL	+ .011	.942	p > .05
Función Sexual Vs. COL/HDL	- .140	.363	p > .05
Función Sexual Vs. HDL/LDL	- .187	.224	p > .05
Función Sexual Vs. ACT. FÍSICA	+ .181	.241	p > .05
Función Sexual VS. IMC	- 1,62	.292	p > .05

Fuente: Datos procesados por los autores (2017)

Los resultados indican que la Función Sexual no se relaciona con el Colesterol, Triglicéridos, HDL, LDL, VLDL, COL./HDL, HDL/LDL, Actividad Física e IMC, por valores de Pearson= **-.156, -.030, +.077, -.170, +.011, -.140, - .187, +.181 y -1,62**, con significaciones asintóticas bilaterales iguales a **.312, .848, .618, .270, .942, .363, .224, .241 y .292**, siendo mayores a 0,05 ($p < .05$). Sin embargo, la Función Sexual se relaciona significativamente con la edad, ya que el valor de Pearson = **- .593****, con una significación asintótica bilateral menor de 0,01 ($p < .01$). Deduciendo así, que existe una tendencia estadística altamente probable de que adultos con menos edad, tengan buena Función Sexual, con un nivel de confianza del 99% y un margen de error del 1%.

Discusión.

Esta investigación se llevó a cabo con la finalidad de correlacionar los Factores de Riesgo Cardiovascular y Función Sexual Masculina en Adultos Mayores de la Población de Píritu, Municipio Píritu, Estado Falcón; y de acuerdo a las características socio-demográficas analizadas a través del paquete estadístico de una muestra de 44 pacientes, se determinó que el rango de edad con mayor porcentaje estuvo comprendido entre 60 y 74 años, representando el 50% con una edad promedio de 71,32 años. Similar a *Celada A.* cuya edad media fue de $64,5 \pm 11,6$ años.

Tal y como lo señala dicho autor, quien refiere que en su estudio no mostraron relación significativa con la Disfunción Eréctil, el IMC y la dislipidemia; de la misma manera sucede en la presente investigación, donde se destaca que el Colesterol, Triglicéridos, HDL, LDL, VLDL, Actividad Física e IMC, no están correlacionadas con la Función Sexual, debido a que se encuentran dichos valores dentro de los rangos normales.

Sin embargo, otro trabajo de investigación realizado por *Riedner C.* demostró que el aumento del IMC puede ser particularmente útil en la predicción disfunción eréctil. En este caso no aplica con nuestro estudio, ya que se observó que el 68,2% presentan Peso Normal, 22,7% con Sobrepeso y sólo 6,8% de la muestra, fueron clasificados con Obesidad Grado I.

En otra investigación realizada por *Rosales* y colaboradores concluyeron que existe alta prevalencia de factores de riesgos cardiovascular, específicamente la

obesidad con un 57%; caso contrario con la presente investigación, donde el 68,2% fueron categorizados con Peso Normal y sólo el 22,7% de los adultos se ubican en un nivel de Sobrepeso. Pero similar en cuanto a la función eréctil, donde evidenciaron que a medida que aumenta la edad se incrementa la severidad de la disfunción eréctil. Con resultados similares fue el estudio que realizó el *Dr. Moya* que concluye que la presencia de Disfunción Eréctil aumenta en forma progresiva a medida que aumenta la edad.

Partiendo de los resultados obtenidos de la presente investigación en donde se determinó que 79,5% se categorizaron con un nivel alto de actividad física y un 31,8% fueron clasificados con Disfunción Eréctil Severa; evidenciándose lo contrario en el estudio realizado por Machado donde se evidenció que los hombres con mayor actividad física o en mejor forma física son menos propensos a sufrir de disfunción eréctil.

CONCLUSIÓN

1. El rango etario con mayor porcentaje fueron los adultos en edades comprendidas entre 60 y 74 años.

2. Se pudo determinar que la mayoría absoluta de la muestra (100%) presenta valores normales en su nivel de Colesterol, y sólo un adulto mayor (2,3%) si presenta alteraciones en los niveles de Triglicéridos, ya que posee cifras superiores de 150 mg/dl. Y en relación al HDL, un 79,5% de adultos mayores sobrepasan cifras superiores a los 40 mg/dl.

3. Se demostró que el 79,5% se categorizaron con un nivel alto de actividad física, al registrar cifras superiores a 1500 MET.

4. Se observó que el 68,2% presentan peso normal.

5. En cuanto a la Función Sexual se pudo determinar que 31,8% fueron clasificados con Disfunción Eréctil Severa.

6. Se demostró que la Función Sexual no se relaciona con el Colesterol, Triglicéridos, HDL, LDL, VLDL, COL./HDL, HDL/LDL, Actividad Física e IMC.

7. La Función Sexual se relaciona significativamente con la edad. Resultando que adultos con menor edad, mayor será la Función Sexual.

BIBLIOGRAFÍA

- Alvarado J, Santos M. (2013). *Determinación de perfil lipídico y factores de riesgo aterogénico en pacientes geriátricos del Área de Salud*. No. 2 – Miraflores. Subcentro de Salud, UNCOVÍA. Tesis de grado. Universidad de Cuenca. Ecuador.
- Álvarez Vázquez Luisa, Rodríguez Cabrera Aida, Salomón Avich Nelli. (2008). *Salud sexual y envejecimiento*. Rev. Cubana Salud Pública.
- Arcila M, Velásquez M (2011). *Actividad sexual de los adultos mayores pertenecientes al comedor popular Luis Daniel Beaupethuy*. Tesis de grado. Cumana, municipio Sucre, estado Sucre. Venezuela
- Celada R, A. Celada R, C. Loreto, M. Tárraga M. Salmerón, R. Sarek S. Tárraga P. (2016). *Prevalencia de disfunción eréctil (DE) en pacientes con factores de riesgo cardiovascular (FRCV)*. Rev JONNPR. 2016; 1(3):107-114
- Díaz MN, Frei B, Vita JA & Keaney JF, Jr. (1997). *Antioxidants and atherosclerotic Heart disease*. N Engl J Med 337, 408-416.
- Framingham Heart Study (2017) *Estudio del Corazón de Framingham*. Disponible en URL: <https://www.framinghamheartstudy.org/about-fhs/about-spanish.php> [Consultado 14 Junio 2017].
- Literat, B (2017) *Respuesta Sexual Humana*. Disponible en URL: www.drabeatrizliterat.com.ar [Consultado en 16 Junio 2017].
- Machado L, A. (2010). *Relación entre el nivel de actividad Física y disfunción eréctil en hombres con edades entre 40 y 75 años*. Tesis de grado. Universidad Federal de Juiz de Fora. Brasil.
- Ministerio del poder Popular para la Salud MPPS. (2011). Anuario de Mortalidad. WHO. Disponible en URL: www.bvs.gob.ve/anuario/Anuario2011.pdf [Citado 14 junio 2017].
- Morales A, Coca A (2009) *Obesidad, actividad física y riesgo cardiovascular: clasificación ergoantropométrica, variables farmacológicas, biomarcadores y paradoja del obeso*. Medicina clínica. Vol. 134, No. 11. España.
- Moya G, F. (2016). *Caracterización epidemiológica de población con disfunción eréctil y análisis de sus factores de riesgo cardiovascular y grado de disfunción eréctil en un centro cuaternario*. Hospital Clínico Universidad de Chile. Rev Chilena de Urología. Vol. 81; Nº 2: 1-22.

- Organización Mundial de la Salud OMS (2006²). *Salud Sexual y Sexualidad*. WHO. Disponible en URL: http://www.who.int/topics/sexual_health/es/ [Consultado 19 Junio 2017].
- Organización Mundial de la Salud OMS (2017²). *Obesidad y Sobrepeso*. WHO. Disponible en URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/> [Citado 14 Junio 2017].
- Organización Mundial de la Salud OMS (2017³). *Inactividad física: un problema de salud pública mundial*. WHO. Disponible en URL: http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_inactivity/es/ [Consultado 16 Junio 2017].
- Organización Mundial de la Salud OMS (2017⁴). *Actividad Física*. WHO. Disponible en URL: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/es/> [Consultado 16 Junio 2017].
- Organización Mundial de la Salud. OMS (2017¹). *¿Qué son las enfermedades cardiovasculares?*. WHO. Disponible en URL: http://www.who.int/cardiovascular_diseases/about_cvd/es/ [Consultado 14 junio 2017].
- Paffenbarger, R. S. (2000). Jerry Morris: *pathfinder for health through an active and fit way of life*. British Journal of Sport Medicine. 34(3), 217.
- Pemberthy C, Jaramillo N, Velásquez A, Cardona J, Contreras H, Jaramillo V (2016). *Conceptos actuales sobre el envejecimiento y la enfermedad cardiovascular*. Revista Colombiana de Cardiología. [Vol. 23, publicación 3](#), May–Jun 2016, Pág. 210-217. Colombia.
- Pomerol J. (2005). *Edad y función sexual masculina*. Rev. Vol. 124. Núm. 5. Febrero 2005. Barcelona, España.
- Riedner, E, C. (2010). *Evaluar la asociación entre la disfunción eréctil y la enfermedad arterial coronaria*. Tesis de grado. Universidad Federal de Rio Grande do Soul. Porto Alegre. Brasil.
- Rosales Ch. Kristofer J. (2013). *Factores de riesgo cardiovascular y función eréctil, Sectores Providencia y San Román, Pueblo Nuevo de Paraguaná, Municipio Falcón*. Tesis de grado. Universidad Nacional Experimental Francisco de Miranda. Pueblo Nuevo de Paraguaná, municipio Falcón. Venezuela.

- Sánchez M; Morales L; Sandoval R; Duran R; Suarez K (2009). *La importancia de la sexualidad en la tercera edad*. Clínica Especializada de Urología y Fertilidad I.A.P. México.
- Uzcátegui M y Alvarado J. (2011). *Estilos de vida y riesgo cardiovascular en adultos mayores de la Población de Maripa*. Estado Bolívar. Tesis de grado. Universidad de Oriente.

ESTADO COGNITIVO DE ADULTOS MAYORES RESIDENTES EN CENTROS DE ATENCIÓN CERRADA DEL ESTADO FALCÓN VENEZUELA (2017)

Bravo Maika¹; Granadillo Luisa², Moreno Martha³

Universidad Nacional Experimental "Francisco de Miranda"

maikabravo72@gmail.com¹, luisaegs@hotmail.com², martha2780@gmail.com³

RESUMEN

El Deterioro Cognitivo Leve (DCL), es una etapa de transición entre cambios cognitivos del envejecimiento normal y un adelantado de demencia. El objetivo fue analizar el estado de salud cognitivo de adultos mayores residentes en Centros de Atención Cerrada del Estado Falcón. Con estudio no experimental, descriptivo, diseño de campo. La población fue 86 adultos mayores, la muestra intencionada con criterios de exclusión: adultos mayores con demencia y los incapaces de comunicarse con el entrevistador fue 27 adultos mayores, como instrumento el cuestionario Pfeiffer. Resultados: 59,25% de adultos mayores tienen un estado de salud cognitivo normal, 14,82% deterioro cognitivo leve y 25,91% deterioro cognitivo moderado. Los déficits fueron cálculo y orientación temporo-espacial. Se concluye: los déficit cognitivos son una patología de alta incidencia en centros residenciales, pueden interferir en su autonomía, independencia y su calidad de vida. Se recomienda valoración funcional periódica para detectar e intervenir a tiempo tales déficit.

Palabras Clave: Deterioro cognitivo, envejecimiento patológico, instituciones cerradas.

COGNITIVE STATUS OF ELDERLY ADULTS RESIDENT IN CLOSED CARE CENTERS OF THE FALCÓN VENEZUELA STATE (2017)

ABSTRAC

Mild Cognitive Impairment (MCI), is a transition stage between cognitive changes of normal aging and an advance of dementia. The objective was to analyze the cognitive health status of elderly people living in Closed Call Centers of the State of Falcón. With non-experimental, descriptive study, field design. The population was 86 older adults, the intentional sample with exclusion criteria: older adults with dementia and those unable to communicate with the interviewer was 27 older adults, as instrument the Pfeiffer questionnaire. Results: 59.25% of older adults have a normal cognitive health status, 14.82% mild cognitive impairment and 25.91% moderate cognitive impairment. The deficits were temporo-spatial orientation and calculation. It is concluded: cognitive deficits are a pathology of high incidence in residential centers, they can interfere in their autonomy,

independence and their quality of life. Periodic functional assessment is recommended to detect and intervene in time such deficits.

Key words: Cognitive impairment, pathological aging, closed institutions.

INTRODUCCIÓN

Uno de los aspectos que actualmente está preocupando a los Estados es el fenómeno del envejecimiento demográfico, caracterizado por el incremento absoluto y sostenido de las personas de 60 años y más por encima del 11% en relación a la población total, este fenómeno que inicialmente había sido experimentado por los países más desarrollados está convirtiéndose ahora en un suceso global presente en prácticamente todo el mundo. Se considera que este fenómeno ha sido el resultado de políticas de salud, sociales y educativas adecuadas que han ido mejorando las condiciones de vida y de salud de la población, incidiendo por tanto, en el incremento de la esperanza de vida al nacer, la disminución progresiva de las tasas de natalidad y mortalidad, factores éstos que incrementan de forma relativa la proporción de personas mayores.

Puede decirse entonces que el envejecimiento demográfico es el resultado del éxito de las políticas públicas educativas y de salud, así como del desarrollo socioeconómico. Pero también ha de concebirse como un reto para las naciones al tener que garantizar a los adultos mayores, políticas de salud contextualizadas a las características y demandas de este grupo poblacional que permitan que más personas lleguen a las etapas de la vejez saludables y activas.

En el caso de Latinoamérica y el Caribe esta realidad no difiere puesto que los países de la región se han encaminado hacia etapas más avanzadas de transición demográfica de forma paulatina, pero inexorable. Esto se evidencia en las consideraciones hechas por el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE, 2009) “De acuerdo con esta dinámica, la proporción de personas mayores de 60 años dentro de la población total se cuadruplicará entre 2000 y 2050, de modo que uno de cada cuatro latinoamericanos y caribeños será una persona mayor en el 2050” (p. 57).

Este incremento progresivo de la población mayor ocasionará efectos de naturaleza multidimensional, desde las propias biografías de las personas, sus

necesidades, el rol de la familia; así como las demandas de la población hacia el Estado en los ámbitos educacionales, económicos, sociales, medioambientales, recreativos y sobre todo sanitarios, puesto que el envejecimiento demográfico viene acompañado con un cambio significativo de los patrones epidemiológicos para lo cual los profesionales de la salud deberán estar preparados a atender.

Desde esta perspectiva, las transformaciones relacionadas con el incremento de las proporciones absolutas o relativas de personas mayores en América Latina, traerá consigo el aumento en la incidencia de las enfermedades crónico-degenerativas y la persistencia de algunas enfermedades de tipo transmisibles y no transmisibles, características de los países en transición (CELADE, 2006) como la hipertensión arterial, diabetes, osteoartritis, entre otras.

Del mismo modo, la complejidad de esta dinámica indica la necesidad de invertir tanto en las mejoras de los recursos tecnológicos como de infraestructura disponibles para tratar estos y otros tipos de enfermedades, tal es el caso de los deterioros cognitivos y las demencias, como en la capacitación constante de los profesionales de la salud para atender una realidad altamente demandante de atención desde las acciones de prevención, el diagnóstico oportuno, la curación, rehabilitación, hasta la capacitación para el trabajo multi e interdisciplinario.

En el orden de las ideas anteriores, Venezuela está experimentando este mismo proceso de envejecimiento poblacional contando para el año 2018 con un porcentaje de personas de 60 años y más cercano al 10% y con una esperanza de vida de 77,18 para las mujeres y de 71,22 años para los hombres, según las proyecciones del Instituto Nacional de Estadística (INE, 2011) encontrándose, según un informe presentado CELADE - División de Población de la CEPAL- CELADE entre uno de los primeros países que, junto con la Guayana Francesa, Costa Rica, Colombia presenta el mayor incremento de población adulta mayor de la región, con tasas superiores al 4%, ubicándose entre el grupo de quince países de Latinoamérica que se encuentra en una transición moderada hacia un envejecimiento poblacional.

Este envejecimiento poblacional le exigirá adecuar las políticas de atención a la población adulta mayor, tanto aquellas que se encuentren insertos en su comunidad-familia, como aquellos que se encuentren en instituciones de atención

cerrada, a las demandas de este grupo poblacional, exigencias que apuntan hacia la promoción de un envejecimiento saludable y activo.

Las ideas planteadas describen la situación demográfica Latinoamericana y venezolana de forma general; sin embargo, así como envejecen las regiones, ciudades, los pueblos, en esa misma medida envejecen los seres humanos. En tal sentido puede describirse al envejecimiento en términos generales, como un proceso que conduce a la etapa de la vejez, acompañado de cambios anatómicos y fisiológicos que ocasionan un declive funcional normal.

El estado de salud se caracteriza por la progresiva disminución de la funcionalidad, entendida como la pérdida de la capacidad de realizar por sí mismo y sin ayuda las actividades básicas (ABVD), instrumentales (AIVD) y avanzadas de la vida diaria (AAVD), el incremento en la probabilidad de sufrir múltiples enfermedades; y desde el punto de vista psico-social existe mayor probabilidad de experimentar sentimientos de soledad y depresión, baja autoestima, una merma en los recursos económicos, cambios en los roles sociales y finalmente, la muerte en las edades avanzadas se debe principalmente a enfermedades crónicas-degenerativas, con un proceso largo y costoso para la familia, pero también costoso institucionalmente por los requerimientos humanos y materiales necesarios para las acciones de curación y rehabilitación (Langarica, 1985).

Quizás, de las situaciones que desembocan en la pérdida progresiva de la independencia personal y de la funcionalidad, uno de los más alarmantes es deterioro cognitivo progresivo que lleva a la demencia, en virtud que sus consecuencias impactan no sólo el propio funcionamiento del cerebro, sino que sus repercusiones llegan a impactar la capacidad que posea la persona mayor para realizar las ABVD, AIVD AAVD y tomar las decisiones sobre su propia vida, lo cual lo convierte en una persona que requiere de cuidados.

Ante lo descrito, se entiende al deterioro cognitivo como el “conjunto de disminuciones de diferentes aptitudes intelectuales que pueden asociarse con alteraciones sensoriales, motrices y de la personalidad, atribuibles a distintas causas etiopatogénicas que incluyen, además de las de naturaleza orgánica, otra de tipo social” (Wells, 1977, p.65). Esta situación ha motivado a los especialistas a tomar en consideración la evaluación del estado de salud cognitivo de la persona mayor cuando se evidencia una pérdida de la funcionalidad.

De tal manera que la presente investigación tuvo como objetivo analizar el estado de salud cognitivo de los adultos mayores residentes en las instituciones cerradas del estado Falcón, como es el caso del Centro de Servicio Social y residencial Dr. José Dolores Beaujón (institución dependiente del Instituto Nacional de los Servicios Sociales INASS), la Casa de Alivio Familiar Padre Pio (bajo la responsabilidad de un grupo religioso) y la Casa Dios es Amor (coordinado por un voluntariado privado).

DESARROLLO

En relación al deterioro cognitivo, a nivel internacional se ha realizado un sinnúmero de investigaciones, tomando en cuenta el incremento en la incidencia que en los últimos años se ha venido presentando, en tal sentido Castro, Valdés y Mena (2009) realizaron una investigación con el propósito de determinar factores predictores clínicos y neuropsicológicos para la conversión del DCL en Enfermedad de Alzheimer. Se empleó el Método de Muestreo Discrecional Intencional. De esta misma forma, se empleó el muestreo por criterios de inclusión y exclusión. Se estudiaron 42 pacientes con criterios de DCL y se sometieron a una evaluación clínica y neuropsicológica al inicio de la investigación y cada 6 meses hasta completar 36 meses.

Se concluyó que en pacientes con DCL que mostraron peor rendimiento en la evaluación neuropsicológica y en las actividades instrumentadas, pero no en los trastornos de memoria, es más probable la conversión a enfermedad de Alzheimer en un periodo de 2 años. Además la edad, el sexo, el nivel de escolaridad y la de los sujetos con DCL no tienen valor como factores predictores de conversión a Enfermedad de Alzheimer.

Por otra parte, Varela, Chávez, Gálvez y Méndez (2004) realizaron una investigación denominada características del deterioro cognitivo en el adulto mayor hospitalizado a nivel nacional. El objetivo general fue determinar la frecuencia y grado de deterioro cognitivo del adulto mayor hospitalizado en el Perú, así como su asociación con otros síndromes y problemas geriátricos. Método: En base a la información del estudio “Valoración Geriátrica Integral en adultos mayores hospitalizados a nivel nacional (Perú)”, se incluyeron a 312 pacientes de 60 años o más. Se evaluó la frecuencia y severidad del deterioro

cognitivo; y se comparó estos resultados con los principales síndromes y problemas geriátricos.

En cuanto a los resultados, se encontró una frecuencia de deterioro cognitivo moderado-severo de 22.11%. Se encontró una asociación significativa entre deterioro cognitivo y edad, grado de instrucción (analfabeto), situación socioeconómica, confusión aguda, deprivación sensorial auditiva, inmovilidad, caídas, incontinencia urinaria y fecal, desnutrición, depresión establecida y estatus funcional. La presencia de insomnio y deprivación visual no tuvo presentación asociada significativa. Conclusiones: La frecuencia de deterioro cognitivo en la población adulta mayor hospitalizada es elevada. Se encontró que el deterioro cognitivo estuvo asociado a múltiples y diversos problemas y síndromes geriátricos.

Un aspecto importante a tener en cuenta es que en Venezuela, aunque la mayoría de las personas mayores se encuentran viviendo en comunidad y con su núcleo familiar, cuestión que constituye un factor protector para su estado de salud y calidad de vida, un porcentaje considerable se encuentra institucionalizado en residencias de carácter público dependientes del Estado o en instituciones cerradas de carácter privado con fines benéficos o lucrativos.

Contextualizando esta investigación, se tiene que en el estado Falcón existen instituciones dependientes del Instituto Nacional de Servicios Sociales (INASS) e instituciones de carácter privado que están bajo la responsabilidad de grupos religiosos destinadas a ofrecer atención a las personas mayores. Por ser centros de atención cerrada, los residentes permanecen en ellas debiendo ser atendidos por un equipo multidisciplinario de salud.

Estas instituciones cerradas se caracterizan por el cumplimiento de normas de horario y realización de actividades planificadas por el equipo multidisciplinario tanto aquellas relacionadas con la hora del baño, comida, hora de dormir, como las de carácter complementario como es el caso de las recreativas. El ambiente donde discurren estas actividades es monótono, existen pocas posibilidades salir de la institución salvo en ocasiones especiales. Los espacios asignados para cada residente son compartidos por más de dos personas, lo que le resta intimidad.

Todas estas características que son comunes en las instituciones cerradas, convierte a las personas mayores en vulnerables para la aparición y desarrollo de deterioro cognitivo, en virtud que las posibilidades de interacciones distintas a las habituales, en contextos sociales estimulantes y exigentes de toma de decisiones rápidas e imprevistas se encuentra disminuido, sumado a lo anterior, se encuentran las circunstancias propias de la institucionalización, relacionadas con la carencia de un familiar directo que pueda atenderle, los bajos recursos económicos, los estados de indigencia, entre otros; además de los cambios propios del proceso de envejecimiento normal que trae consigo un declive funcional. Todos los factores antes mencionados inciden en la aparición, desarrollo y complicación de los deterioros cognitivos.

En tal sentido, es importante que en las instituciones cerradas se realice un proceso de evaluación del estado de salud cognitivo de los adultos mayores como forma de detectar a tiempo algún deterioro y diseñar actividades de estimulación cognitiva que les permita mantener su estado de salud o retardar procesos de mayor magnitud como son las demencias. Todo esto tomando en cuenta que al estar bajo la responsabilidad de instituciones dependientes o bajo la supervisión del Estado, deben garantizarse que estas personas reciban la atención necesaria para que alcancen o permanezcan saludables.

Lo antes expuesto señala la necesidad que, de forma periódica, cada adulto mayor en los centros residenciales sean evaluados integralmente, se planifiquen actividades para la intervención multidisciplinaria, se evalúe el éxito de cada plan de intervención y por tanto se garantice que permanezcan funcionalmente sanos y por tanto cognitivamente saludables. Lo importante de todo lo presentado es poder detectar a tiempo algunas alteraciones, en este caso de carácter cognitivo y tomar las medidas adecuadas para su atención oportuna.

Por esta razón, para llevar a cabo esta investigación, en primera instancia se realizaron entrevistas informales con algunos miembros del personal directivo de las instituciones cerradas y éstos manifestaron que han identificado adultos mayores con conductas como: olvidos de hechos recientes, desubicados en tiempo y espacio. Al indagar sobre las evaluaciones sobre la funcionalidad, éstos manifestaron que se hacen esporádicamente, lo que indica que desconocen el estado de salud cognitivo de sus residentes, esta realidad puede incidir en la no

realización de actividades de promoción de salud que incidan en la mejora de las condiciones de salud.

Ahora bien, en relación a la metodología como tal la presente investigación fue de carácter no experimental, el nivel fue descriptivo y el diseño de campo. La población estudiada estuvo conformada por 86 adultos mayores residentes en Centro de Servicio Social y residencial Dr. José Dolores Beaujón, la Casa de Alivio Familiar Padre Pío, y la Casa Dios es Amor. La muestra estuvo conformada por 27 adultos mayores, utilizando el muestreo intencionado para su elección, siendo los criterios de exclusión aquellos adultos mayores que presentaban deterioro cognitivo severo diagnosticados con demencias y las que eran incapaces de comunicarse con el entrevistador por diversas razones (sordera extrema, idioma, disfasia, disartria).

Como instrumento de recolección de información, se empleó el test de Pffifer. El cuestionario de Pfeiffer es una prueba breve, que consta de 10 ítems que evalúan las siguientes funciones: orientación, memoria de evocación, concentración y cálculo. A pesar de su brevedad, presenta una aceptable capacidad discriminativa. Se consideró normal entre 0 y 2, entre 3 y 4 errores, deterioro leve, entre 5 y 7 errores, deterioro moderado, y más de 8 errores, deterioro severo. Un solo investigador evaluó las funciones mentales, de esta forma disminuyó la variabilidad interobservador en los resultados de las pruebas neuropsicológicas

Una vez obtenidos los resultados se utilizó la estadística descriptiva para el cálculo de los porcentajes y se confeccionaron tablas para su mejor comprensión. Los resultados de la presente investigación señalan que el mayor rango de edades de personas mayores institucionalizadas se encuentra entre los 70 y 79 años con un 48,8%. La mayoría de los adultos mayores entrevistados son del sexo masculino en un 51,85% y el sexo femenino representó el 48,15%. En su mayoría no culminaron estudios de primaria en un 37,05%, sin embargo un 22,2% culminó sus estudios hasta sexto grado y un 18,51% llegaron a alcanzar el título de bachiller.

Tabla 1
Distribución frecuencial del estado cognitivo de los adultos mayores residentes en instituciones cerradas ubicadas en el estado Falcón

Estado Cognitivo	F	%
Normal	16	59,25
Deterioro Leve	04	14,82
Deterioro Moderado	07	25,93
Total	27	100

Fuente: Bravo, Granadillo y Moreno (2018)

Entre los resultados importantes encontrados presentados en la tabla 1 se tiene que, la mayoría de los adultos mayores entrevistado exhibieron un estado de salud cognitivo normal con un 59,25% seguido de aquellos quienes se les detectó un deterioro cognitivo moderado con un 25,91% y por último, sólo un 14,81% presentó deterioro cognitivo leve.

Tabla 2
Descripción frecuencial del estado cognitivo de los adultos mayores residentes en instituciones cerradas ubicadas en el estado Falcón según sexo

Sexo	Estado Cognitivo					
	Normal		Leve		Moderado	
	F	%	F	%	F	%
Femenino	07	25,92	02	7,40	03	11,11
Masculino	09	33,33	02	7,40	04	14,81
Total	16	35,5	04	14,81	07	25,92

Fuente: Bravo, Granadillo y Moreno (2018)

Ahora bien, al analizar la distribución del estado de salud de las personas entrevistadas según el sexo (tabla 2) se encontró que, por una parte, en aquellas personas que presentaron un estado de salud cognitivo normal, el sexo masculino fue quien presentó mayor porcentaje (33,3%) al igual que en el caso de aquellos que presentaron deterioro cognitivo moderado (51,84%). Al analizar aquellos con deterioro cognitivo leve no hubo diferencias relacionadas con el sexo.

Tabla 3
Descripción frecuencial del estado cognitivo de los adultos mayores residentes en instituciones cerradas ubicadas en el estado Falcón según grupo de edad.

Grupo de Edad	Estado Cognitivo					
	Normal		Leve		Moderado	
	F	%	F	%	F	%
60-64	04	14,81	02	7,40	01	3,70
65-69	03	11,11	--	--	--	--
70-74	06	22,22	02	7,40	02	7,40
75-79	--	--	-	-	01	3,70
80 y más	03	11,11	--	--	03	11,11
Total	16	59,25	04	14,81	07	25,91

Fuente: Bravo, Granadillo y Moreno (2018)

Por otra parte, al hacer la distribución de los entrevistados según estado de salud cognitivo por edades se encontró que, de aquellas que presentan deterioro cognitivo moderado el mayor porcentaje se encuentra entre los 80 años y más (11,1%) seguido del grupo de 70-74 años (7,4%), no se encontraron diferencias entre los grupos de edades con deterioro cognitivo leve. Otro elemento importante es que los adultos mayores cuya valoración fue de un estado de salud cognitiva normal, sus edades se encuentran entre los 60 y 74 años de edad y a partir de éste en adelante comienza a incrementarse la frecuencia de adultos mayores con deterioro; sin embargo, la edad no es sólo el factor desencadenante de problemas cognitivos, tomando en cuenta que enfermedades crónicas como Hipertensión arterial, Diabetes mellitus o Cardiopatía isquémica, sumado a factores sociales como nivel de escolarización, estado nutricional, consumo de fármacos, pueden incidir en su aparición.

Tabla 4
Descripción frecuencial del estado cognitivo de los adultos mayores según instituciones cerradas ubicadas en el estado Falcón según grupo de edad.

Institución	Estado Cognitivo					
	Normal		Leve		Moderado	
	F	%	F	%	F	%
Casa de Alivio Familiar Padre Pío	02	66,6	01	33,3	0	0
Casa Hogar Dios es Amor	02	33,3	01	16,6	03	50
C.S.S.R. Dr. José Dolores Beaujón	12	66,6	02	11,1	04	22,2
Total	16		4		7	

Fuente: Bravo, Granadillo y Moreno (2018)

Es importante resaltar el análisis hecho de la distribución del estado de salud cognitivo por institución estudiada, recordando que tanto la institución Casa de Alivio Familiar Padre Pío, como la Casa Hogar Dios es Amor, son instituciones cerradas privadas, una de corte religioso y otra regida por un voluntariado y el Centro de Servicio Social y Residencial C.S.S.R. Dr. José Dolores Beaujón es una institución pública dependiente del Estado y bajo la rectoría del Instituto Nacional de Servicios Sociales (INASS).

En las instituciones cerradas de carácter privado, sólo se cuenta con un personal multidisciplinario mínimo para la atención (médico, enfermera, trabajador social) además del personal de aseo y aquellos cuya función se centra en los aspectos administrativos; sin embargo en la casa de Alivio Familiar Padre Pío, son los religiosos quienes cumplen las tareas de aseo y atención directa a la persona mayor y no cuentan dentro de su equipo con la presencia de un trabajador social o cualquier otro profesional de la salud.

Mientras En la institución cerrada dependiente del Estado, específicamente el INASS, se cuenta con un equipo multidisciplinario para la atención de la persona mayor (médico, enfermera, trabajador social, terapeuta ocupacional, abogado, nutricionista) además de aquellos encargados de los aspectos administrativos y de aseo. Se desarrollan, dentro de la misma, actividades planificadas por este equipo para el alcance y mantenimiento de la salud.

Al observar los resultados encontrados se pudo determinar que el 50% de los adultos mayores residentes en la Casa hogar Dios es amor presenta deterioro cognitivo moderado y en el caso de la Casa de Alivio Familiar Padre Pío el 33,3% posee deterioro cognitivo leve, ambos porcentajes son considerablemente altos en relación a aquellos que se encuentran residentes en el Centro de Servicio Social y Residencial Dr. José Dolores Beaujón.

Tabla 5
Descripción frecuencial sobre los principales déficit cognitivos de los adultos mayores residentes en instituciones cerradas ubicadas en el estado Falcón.

Preguntas del Cuestionario de Pfeiffer		f	%
1	¿Cuál es la fecha de hoy?	11	40,74
2	¿Qué día de la semana es?	06	22,22
3	¿En qué lugar estamos?	05	18,51
4	¿Cuál es su número de Teléfono?	06	22,22
5	¿Cuántos años tiene?	03	11,11
6	¿Dónde nació?	01	3,7
7	¿Cuál es el nombre del Presidente actual?	05	18,51
8	¿Cuál es el nombre del Presidente anterior?	09	33,33
9	¿Cuál es el primer apellido de su mamá?	03	11,11
10	Resta 3 en 3 desde el 20	19	70,37

Fuente: Bravo, Granadillo y Moreno (2018)

En cuanto a los principales déficit encontrados se tiene que en los entrevistados, los principales déficit estuvieron en el cálculo con un 70,37%, seguido de la orientación temporal y espacial (40,74%, 22,22%, 18,51%) memoria de evocación (11,11%).

Del mismo modo, también se investigó el estado de salud cognitivo del adulto mayor residente en las instituciones cerradas del estado Falcón con una muestra probabilística de 27 sujetos, los resultados encontrados señalan que aunque existe un porcentaje considerablemente mayor de personas adultas mayores con un estado de salud cognitivo normal, el 40,75% de las personas entrevistadas poseen un grado de severidad entre leve y mayormente en la categoría de moderado.

Para Barahona, Villasán y Sánchez (2014) “el Deterioro Cognitivo Leve (DCL) es un estado transicional entre los cambios cognitivos del envejecimiento normal y un estadio temprano de la demencia” (p.47). Estos autores reportan a través de sus observaciones que, hasta un 10% del total de pacientes diagnosticados de deterioro cognitivo leve evolucionan anualmente hacia esta patología, la cual se objetiva como una pérdida de memoria en una intensidad superior, llegando a afectar ya las actividades de la vida diaria del paciente. Acotan igualmente, que la prevalencia de la demencia aumenta con la edad, desde un 3-5% en mayores de 65 años, y aumentando la incidencia a razón de un 1% anual aproximadamente.

De estas consideraciones puede señalarse que existe similitud en los resultados encontrados, puesto que en cuanto a la edad se encontró asociación significativa entre mayor edad y mayor frecuencia de deterioro cognitivo, además de mayor severidad de la misma en edades avanzadas.

Los resultados señalan la importancia de la evaluación y la realización de un plan de intervención temprana en estas personas mayores por parte de un equipo multidisciplinario (que en el caso de las instituciones privadas estudiadas es casi inexistente) a fin de evitar que puedan llegar a desarrollar estados demenciales, lo que implica que este personal sepa identificar cambios en el comportamiento y ánimo, personalidad, problemas de lenguaje, disminución de la memoria reciente, desorientación de tiempo y espacio, capacidad de juicio disminuida

En relación a la distribución de estas dificultades cognitivas según su género, se encontró mayor proporción de adultos mayores hombres con deterioro cognitivo leve y moderado en relación las mujeres, lo cual difiere de algunas investigaciones donde las mujeres presentan mayor frecuencia de deterioro cognitivo (Ortiz, 2010; Gómez, Bonnin, Gómez, Yáñez y González, 2002; Portillo, 2015), pudiendo deberse en este tipo de población estudiada a que, generalmente, los hombres son más propensos a ser institucionalizados si durante su edad adulta tuvo dificultad para conformar una familia.

Por otra parte, los resultados encontrados en relación al nivel de instrucción donde la mayoría de aquellos que poseen algún deterioro cognitivo no culminaron estudios de primaria (37,05%), concuerdan con Gómez y Col. (2002) quienes reportaron un mayor porcentaje de pacientes con nivel de escolaridad primario que aquellos con una escolaridad superior a dicho nivel, indicando que las personas con alto nivel de educación, tienen un riesgo menor de presentar deterioro cognitivo según lo expresan en su concepto de “reserva neuronal”, donde plantean que aquellos individuos educados poseen mayores sinapsis corticales, estando más capacitados para hacer frente al deterioro causado por la pérdida neuronal característica de las afectaciones cognitivas del envejecimiento y la demencia

Uno de los aspectos que resultó interesante fue el encontrar que había un incremento en la frecuencia de deterioro cognitivo en las instituciones de carácter privado; es decir, que en la Casa Dios es amor el 66,6% de los entrevistados

presenta algún grado de deterioro cognitivo, seguido de aquellos residentes en la Casa de Alivio Familiar Padre Pío con un 3,3%, esto es un indicador que debe ser tomado en cuenta por ambas instituciones puesto que es importante determinar si se trata, en el caso de aquellos que tienen deterioro cognitivo leve, de una condición propia del envejecimiento o se encuentra la persona mayor ante estadios precoces de un síndrome de demencia y, en cualquier caso, planificar actividades de intervención de estimulación cognitiva que minimice o invierta el proceso degenerativo, lo cual es posible porque los deterioros cognitivos pueden ser reversibles siempre que no se trate de problemas demenciales.

Por último, entre los principales déficit encontrados estuvieron el cálculo y la orientación temporal y espacial, resultados que son preocupantes puesto que concuerdan con las investigaciones hechas por Petersen (2004) quien explica que las áreas para discriminar mejor entre demencia y no demencia son orientación temporal, memoria, atención y percepción, siendo la orientación temporal la más discriminante, así mismo sucede con la memoria y la escala de atención.

CONCLUSIÓN

Estos resultados constituyen una aproximación neuropsicológica de los adultos mayores que se encuentran residentes en las instituciones cerradas ubicadas en el estado Falcón, los cuales junto al análisis de los factores socio-demográficos estudiados (sexo, edad, grado de inducción), permitirán determinar las acciones adecuadas que deben planificarse y desarrollarse por parte del equipo de salud que forma parte de tales instituciones destinadas no sólo a los adultos mayores entrevistados, sino a la totalidad de la población que es atendida. Por ello se recomienda establecer como norma, las evaluaciones periódicas para iniciar intervenciones pertinentes, sobre todo, terapias no-farmacológicas como lo es la estimulación cognitiva.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Barahona, M., Villasán, A. y Sánchez, A. (2014). *Controversias y utilidad clínica del deterioro cognitivo leve (DCL)*. International of Developmental and Educational Psychology N°2 Vol 1 p.47-54. Disponible en URL:

http://www.infad.eu/RevistaINFAD/2014/n2/volumen1/0214877_2014_2_1_4_7.pdf. [consulta 10 de julio de 2017]

Castro, J., García, M., Valdéz, S. y Mena, Y. (2009). *Aproximación a los criterios diagnósticos para la definición de deterioro cognitivo leve*. Revista Científica de las ciencias médicas en cienfuegos. MediSur. Volumen 7. No. 6 .

Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) – División de Población de la CEPAL (2009). *Estimaciones y proyecciones de población*. Disponible en URL: www.eclac.cl/celade/proyecciones/basedatos_BD.htm [consulta 10 de julio de 2017]

CELADE-División de población de la CEPAL. (2006). *Manual de indicadores de calidad de vida en la vejez*. LCW-113 diciembre de 2006.

Gómez, N., Bonnin, B., Gómez, M., Yáñez, B. y González, A. (2002). *Caracterización clínica de pacientes con deterioro cognitivo*. Revista Cubana de Medicina 2003.

Instituto Nacional de Estadística (INE) (2011) *Reporte Sociodemográfico. Ministerio de Planificación y Desarrollo*. Disponible en URL: <http://www.ine.gov.ve> [consulta 10 de julio de 2017]

Langarica, R. (1985) *Gerontología y Geriátría*. México; Nueva Editorial interamericana S.A.

Ortiz, C. (2010) *Prevalencia del deterioro cognitivo en el adulto mayor con depresión crónica de la UMF61 de Veracruz* Trabajo de grado para optar al título Médico Familiar. . Universidad veracruzana. México. Disponible en URL:

<https://cdigital.uv.mx/bitstream/handle/123456789/42253/OrtizVargasCristabell.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Petersen, R. (2004). *Mild cognitive impairment as a diagnostic entity*. Medicina Interna N° 256, pp.183-94.

Pfeiffer, E. (1975) *A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients*. J Am Geriatr.

Portillo, P. (2015) *Factores de riesgo para el deterioro cognitivo leve en adultos mayores de Maracaibo*. Tesis doctoral en Psicología Clínica y de la salud. Universidad Autónoma de Madrid. Madrid

- Varela, L., Chávez, H., Herrera, A., Ortiz, P. y Chigne, O. (2004) *Valoración Geriátrica Integral en adultos mayores hospitalizados a nivel nacional. Diagnóstico*. Artículo científico publicado en la Revista de la Sociedad Peruana de Medicina Interna . 17(2) 2004 | 37. Disponible en URL: <http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/spmi/v17n2/contenido.htm>
- Wells, Ch. (1977). *Dementia: Definition and description*. En: Wells ch. (DIR) 2.ed. Dementia, Philadelphia: Davis.

NEGACIONISMO INDIVIDUAL EN EL COMPORTAMIENTO DE UN ADULTO MAYOR CON VIH/SIDA

Urdaneta Flor Teresa¹ y González, Edgline Marina²

Universidad Nacional Experimental "Francisco de Miranda"

florteresa5@gmail.com¹ y emarimag@gmail.com²

RESUMEN

El Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), ataca al sistema inmunitario de la persona infectada sin distinción de edad. Este estudio tiene como propósito demostrar la evolución de la infección y la exposición en un adulto mayor y los factores que inciden en un desenlace fatal. Se utiliza la metodología cualitativa de tipo descriptivo, utilizando como técnicas de recolección de datos la entrevista a profundidad y la historia clínica. Debido al impacto social, la vulnerabilidad y su transcendencia temática se justifica este estudio. Se concluye que: el estigma de presentar una infección por VIH cambia el comportamiento de una persona radicalmente, pudiendo afectar a nivel personal, emocional y social a la persona por eso hay que intervenir oportunamente. Se recomienda apoyo emocional, familiar e institucional así como documentarse sobre el tema, en la medida que se reciba más información sobre el VIH/SIDA, será mejor su cooperación, bienestar y calidad de vida.

Palabras clave: Adulto mayor, VIH, negacionismo, comportamiento, infección.

INDIVIDUAL NEGACIONISM IN THE BEHAVIOR OF A SENIOR ADULT WITH HIV / AIDS

ABSTRAC

The Human Immunodeficiency Virus (HIV) attacks the immune system of the infected person without distinction of age. The purpose of this study is to demonstrate the evolution of infection and exposure in the elderly and the factors that have a fatal outcome. The qualitative methodology of descriptive type is used, using as data collection techniques the in-depth interview and the clinical history. Due to the social impact, vulnerability and its thematic transcendence, this study is justified. It is concluded that: the stigma of presenting an HIV infection changes the behavior of a person radically, and may affect the person at a personal, emotional and social level, for that reason, it is necessary to intervene in a timely manner. Emotional, family and institutional support is recommended as well as documentation on the subject, as more information about HIV / AIDS is received, cooperation, well-being and quality of life will be better

Keywords: Older adult, HIV, denial, behavior, infection

INTRODUCCIÓN

Entre los fundamentos referenciales que servirán de base en el reporte de caso de un adulto mayor portador de VIH, se tiene el estudio de Zevallos y Taype-Rondan (2015) que denominaron Explorando el Negacionismo del VIH/SIDA en idioma español, en internet; en el mismo, hacen referencia que los primeros casos de SIDA se reportaron alrededor del año 1981 y 1983 estableciéndose la relación del VIH con el SIDA. Sin embargo, no mucho después algunas personas empezaron a negar la existencia del VIH y del SIDA, estas personas formaron diversos grupos que aún persisten en la actualidad y son conocidos como los Negacioncitas del VIH/SIDA (NVS), lamentablemente, estos grupos han causado un gran daño a la lucha contra el VIH/SIDA.

También Zevallos y Taype-Rondan consideran que, tal vez el ejemplo más representativo fue el presentado en 1999 cuando el presidente de Sudáfrica prohibió la entrada de antirretrovirales a ese país, pues estaba convencido que no existía relación entre el VIH y el SIDA y que los antirretrovirales iban a causar más daño que la enfermedad, causando un estimado de 330.000 muertes, provocando que cada año miles de pacientes con VIH abandonan su tratamiento al ser convencidos por argumentos negacioncitas, en efecto uno de los medios de comunicación que usan los NVS es internet, donde pueden divulgar sus argumentos a millones de personas, incluyendo pacientes que están buscando información sobre esta enfermedad, sin embargo, poco se ha estudiado sobre la actividad de los NVS en internet.

De allí que, el objetivo del estudio Explorando el Negacionismo del VIH/SIDA en idioma español, en internet fue describir el contenido web en español que exhiba argumentos NVS, para ello, se realizó una búsqueda en Facebook y en Google durante mayo de 2015 utilizando los términos: (*Negacionismo del VIH/SIDA*), (*VIH no causa SIDA*), (*Antirretrovirales son veneno*), (*farsa/mentira del VIH/SIDA*), (*Engaño del VIH/SIDA*), (*cura del VIH/SIDA*), (*VIH/SIDA no existe*) y (*Conspiración del VIH/SIDA*).

Es este se obtuvo 14 resultados que cumplieron los criterios de inclusión: 2 páginas de Facebook, 1 blog, 3 foros, 4 páginas web, y 4 videos, de estos sólo 2 resultados tuvieron alguna actualización referente al tema durante el 2015, lo cual

significó que algunos grupos NVS de habla hispana siguen activos en internet, igualmente hubo un resultado, en donde el autor, auto identificado como médico, ofrecía brindar consultas a pacientes con VIH, evidenciando la actividad de personas que desinforman a la población con intereses económicos, lo cual representa un riesgo para la salud de los pacientes que no estén adecuadamente informados sobre su condición.

Al respecto, la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) que causa el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), no distingue edad, sexo, raza, ocupación, procedencia o país, condición social, etnia, estado civil, nivel socioeconómico o religión, constituye sin duda uno de los principales problemas de Salud Pública por su morbilidad y mortalidad en el sector salud y en especial en el grupo de la tercera edad o adulto mayor.

Pese a lo anterior, a pesar de los avances que ha experimentado la respuesta al VIH/SIDA, parece que se está dejando atrás al adulto mayor, al no recibir la información, atención y servicios que ellos necesitan ya que las campañas preventivas de tipo educativo son fundamentalmente orientados hacia la población estudiantil en escuelas e instituciones de educación básica y diversificada.

En el caso específico del Estado Falcón, gracias a conversaciones realizadas se conoció que, en la planificación de actividades por la Coordinación Regional de Infecciones de Transmisión Sexual y SIDA no se registra capacitación continua ni actualización de conocimientos dirigidas al adulto mayor.

También es imprescindible señalar el comportamiento de esta infección, pues en muchos casos la persona infectada se mantiene sin síntomas por largo tiempo, esto conlleva a que mucha gente vive sin saber que está infectado y que su enfermedad avanza; aunado a todo esto se encuentra un adulto mayor confiado en su suficiente experiencia y conocimiento de la vida, o producto en ocasiones de la desinformación cree que la infección no les afectará a ellos, confiriéndoles entonces una falsa confianza.

Lo antes descrito es lo que se conoce como Negacionismo Individual, que normalmente lo presentan personas que sienten que no están en riesgo de contagiarse, que no desarrollaran la enfermedad, motivo por lo cual tardan en

realizarse las pruebas; y cuando esto llega a ocurrir rechazan o no aceptan la realidad empíricamente verificable (Oshea, 2008).

En cuanto a la salud mental, Carrazana (2003) considera que esta tiene que ver con la vida diaria de todos y se refiere a la manera como cada uno se relaciona con las actividades en general en la comunidad, es decir, comprende la forma en que cada uno armoniza sus deseos, anhelos, habilidades, ideales, sentimientos y valores morales con los requerimientos para hacer frente a las demandas de la vida.

En concreto, la salud mental depende de cómo uno se siente frente a sí mismo, cómo uno se siente frente a otras personas, y en qué forma uno responde a las demandas de la vida, sobre todo las personas con VIH/SIDA, que tienen las tasas más altas de problemas de salud mental que el público en general; estas pueden sentir depresión, ansiedad, trastornos de estrés, pensamientos suicidas e insomnios. Aquí es necesario resaltar que estos problemas de salud mental, pueden tratarse y las personas se recuperan a través de una oportuna intervención.

Dado la importancia y relevancia sobre el tema de la infección por VIH , como ya se referenció, se realiza el estudio de un reporte de caso sobre el negacionismo individual en el comportamiento de un adulto mayor con VIH/SIDA, cuyo propósito es demostrar la evolución de la infección y exposición de esta persona sin llegar a enfermar por SIDA y morir; aquí se evidencia como en primer lugar la no aceptación de su realidad, los factores sociales, emocionales personales, y en segundo lugar las decisiones no asertivas por parte de las instituciones cuya responsabilidad es atender y vigilar la salud de estos pacientes, lo cual influye de manera determinante en el comportamiento del paciente, ya sea a favor o en contra.

Con respecto a la metodología utilizada en este estudio corresponde a uno cualitativo tipo descriptivo, mostrando la evolución de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana en un adulto mayor, que asiste a la consulta de VIH/SIDA en la ciudad de Coro en el Estado Falcón partiendo de los datos suministrados en la historia clínica del paciente, tanto los antecedentes como el examen clínico, apoyado en las entrevistas informales realizadas al personal de salud es decir médico, enfermeras y personal de registro médico que mantuvieron

contacto frecuente con el paciente en las consultas, resaltando que este personal se solicitó previamente el consentimiento informado a las personas entrevistadas, todo esto se realiza a través de una continua interpretación entre análisis y la recogida de los datos.

Este tipo de estudio constituye una fuente importante de conocimiento y referencia, que permitirá el abordaje del paciente adulto mayor con VIH/SIDA con la eficacia y la efectividad requerida para sus beneficios, que abarque no solo la relación médico paciente sino también el área emocional, psicológica, de los tratamientos e intervenciones administrativas sanitarias, en el contexto de la práctica clínica habitual.

DESARROLLO

Al realizar revisión de la literatura sobre negacionismo individual en salud, se presenta un artículo sobre “La negación del duelo tras el diagnóstico de infección por VIH” en el año (2014), en el que un individuo explica su experiencia, en este artículo, la psicopatóloga norteamericana Elisabeth Kubler-Ross describió en su obra “On death and dying en 1969”, un clásico ya de la psiquiatría moderna, presenta cinco etapas donde el individuo subdivide su forma de pasar el duelo, de enfrentarse con la adversidad, entendida inicialmente esta como una pérdida catastrófica o una enfermedad terminal o fatal y posteriormente, extendida a cualquier evento significativo o suceso traumático que pueda marcar o no, un antes y un después en la vida de una persona.

En este documento, menciona que la Negación, Ira, Negociación, Depresión y Aceptación son los cinco estadios que la persona idealmente pasaría desde la aprehensión de la noticia fatídica hasta su asimilación para su interiorización y posterior convivencia con las secuelas, los daños colaterales dejados, de tal modo que entre el primero y el último pueden mediar años, señala además que incluso tampoco tienen por qué darse los cinco, ni tampoco necesariamente en ese orden.

Por otro lado, un caso que se aparta de la evolución típica es el enquistamiento del individuo en una de las fases, al respecto un enquistamiento en la fase de negación es un patrón observado en muchos de los recién diagnosticados, en un intento a veces a la desesperada de autoprotección, de

huida hacia delante: “Esto no me puede haber pasado a mí”, “Yo no me lo merezco”, “El diagnóstico es erróneo” o “A mí no me va a pasar nada de lo que me advierten”, son algunas de esas consignas-refugio en los que el paciente se resguarda para evitar enfrentarse con las inclemencias fisiológicas y psicológicas de su nuevo estatus.

El paciente al que se refiere este artículo, expresa, en una de estas huidas hacia delante, “yo fui uno de esos que se acogió al seno de los negacionistas, más por conveniencia que por convicción, pensaba eso no podía ir conmigo, que no respondía al perfil de grupo de riesgo y que, cuidándome mínimamente, esquivaría los fatales designios que aguardaban a otros portadores de ese fatídico diagnóstico y así, durante un año, evité las consultas al médico especialista, convencido de que unos cuantos complementos herbales orientales y alguna cosa más, la enfermedad se mantendría alejada”.

Continúa el informe clínico referenciando que “Un año durante el cual mi estado de salud fue dañándose, de forma progresiva pero sin freno: candidiasis en la garganta, gingivitis, infecciones cutáneas inexplicables, y así, un deterioro general que terminó con un ingreso hospitalario durante casi tres semanas por una neumonía típica en pacientes inmunodeprimidos por cáncer y sida que casi me lleva a la muerte”.

Con respecto al caso del Negacionismo individual en el comportamiento de un adulto mayor con VIH/SIDA, este se comenzó a estudiar el 03 de Octubre de 2018 y corresponde a un paciente masculino que estuvo en la consulta de VIH/SIDA en la Unidad Sanitaria de Coro del Estado Falcón, que al examen físico se encontraba en aparentes buenas condiciones generales y desde el punto de vista psicológico poco expresivo de sus emociones, empático, así mismo inmunológicamente estable, bien controlado, casado, de profesión Ingeniero Civil con un alto cargo gerencial en la administración pública además profesor universitario, de estatus socioeconómico alto, el cual en el año 2002 a la edad de 58 años se entera que es un paciente VIH positivo, no llegando a desarrollar nunca el SIDA, esta infección la padeció durante 16 años y muere a los 74.

Cabe destacar entre sus antecedentes, el hecho de tener suficiente información y conocimiento sobre el VIH/SIDA, le permite al inicio aceptar la existencia del virus y aquello que lo ocasiona, del mismo modo acepta la

veracidad de su diagnóstico; sin embargo el hecho de estar consciente de ser un paciente VIH positivo lo inquietaba, atemorizaba, le preocupaba que se llegase a conocer su condición, todo esto hizo que la alegría desapareciera de su vida, se aisló de su círculo social originando en él una rebeldía, una inconformidad, hasta el punto de no aceptar su realidad, es decir no aceptaba que estuviera ocurriéndole a él, no aceptaba estar viviendo con el VIH.

La metodología utilizada en este reporte de caso es cualitativa, tipo descriptivo. La técnica empleada es la entrevista a profundidad realizada a los médicos, enfermeras y personal encargado de registro médico, en la que se utilizó una conversación sistemática, usando la técnica mayéutica logrando así que los entrevistados presenten e informen la verdadera realidad, tal y como fue producida, además también se utilizó la técnica de lectura de textos a través de los datos recogidos en la historia clínica y revisión de literaturas sobre temas afines.

Al realizar el análisis de los datos obtenidos se tiene: Paciente conocido por su médico tratante y por el Coordinador Regional del Programa de Infecciones de Transmisión Sexual y SIDA, ellos lo describen como una persona que mostraba un manejo adecuado de las emociones, que no se le observaba expresiones de alegría ni tristeza sino neutral, de trato amable, empático, buen sueño, ingesta alcohólica tipo social sin llegar a estado de embriagues, sin hábito tabáquico, vida sexual activa y heterosexual, con características de conducta prosocial, con una variable emocional que facilita la interacción positiva con las demás personas, con disposición de ayudar, compartir, colaborar o apoyar a otras personas, considerado esto como factor de protección contra una conducta agresiva.

Aunque dentro de la variable cognitiva, destaca la relación positiva de esta conducta con el razonamiento internalizado, argumentos que incluyen la comprensión de la situación del otro, la anticipación de consecuencias, principio de justicia, bien común entre otros y con la empatía en su dimensión cognitiva, de toma de perspectiva o capacidad para ponerse en el lugar del otro, no obstante a pesar de reflejar estas características era una persona encerrada en sí misma, posee buena fluidez en la comunicación pero poco hablante, poco expresivo de sus emociones, difícil de conocer su estado de ánimo, por lo tanto era difícil saber

cuándo necesitaba ayuda o apoyo emocional, nunca informó el mecanismo de transmisión de su infección, es decir como adquirió la infección.

Sabía que presentaba la infección pero no la aceptaba, sin embargo trataba por todos los medios de evitar complicaciones y de aparentar no tener la infección, mostrarse sano, porque sus múltiples ocupaciones así lo requería, por eso asistía con regularidad a la consulta de manera diferencial al resto de los pacientes, ya que solicitó que por la vía de la excepción, se le concediera el beneficio de retirar sus medicamentos con una periodicidad bimensual, en vez de ser de manera mensual, como usualmente lo aplica la coordinación a los pacientes en general, razón por la cual el Coordinador del Programa en pro de transmitirle tranquilidad y confianza en el servicio sanitario, así como el resguardo de su derecho a la Confidencialidad, accedió a su petición, con ello se redujo el número de visitas de su persona hasta el edificio del servicio de salud.

Ante lo señalado, las consultas eran realizadas cada dos (2) meses asistiendo al finalizar el horario de atención de la misma, lo mismo ocurría con el suministro de medicamentos igualmente era para dos (2) meses de tratamiento ya que trataba de evitar asistir lo menos posible a la consulta por la posibilidad de ser reconocido por las demás persona, adicionalmente tomaba como precaución, llamar vía telefónica al teléfono personal del coordinador o su adjunto, en horas del mediodía, de 12.30 a 1.00 pm, encontrándose ya en las cercanías del servicio para confirmar si justamente en ese instante no habían otros pacientes en espera a fin de estar el menor tiempo posible en el edificio.

Otro hecho es que realizaba los exámenes de laboratorio fuera de la ciudad, por lo general viajaba a la ciudad de Caracas al Instituto Nacional de Higiene o al Instituto Nacional de Inmunología, toda vez que debía hacerse sus controles serológicos, esto le ocasionaba tanto gasto físico como monetario, sin embargo no le importaba el tiempo utilizado en la realización de sus exámenes, así como el aumento de los costos que ameritaba el traslado, ni el de los mismo exámenes.

Aquí vale resaltar que, en todos los pacientes con VIH positivo es importante conocer la carga Viral (CD4 y CD8) y la cantidad de linfocitos, estos son exámenes fundamentales para determinar si el paciente está o no bien controlado, por consiguiente la carga viral es el término empleado para referirse a la cantidad de VIH en sangre, de tal manera que cuanto más virus haya en ese

fluido, mayor será la carga viral, más rápido disminuirá el recuento de células CD4 y mayor será el riesgo de enfermar, de tal modo las pruebas de carga viral miden la cantidad de material genético del VIH en sangre y los resultados de una prueba de carga viral se expresan como el número de copias del VIH en un mililitro de sangre, en general, se refiere a la carga viral simplemente como un número, por ejemplo, una carga viral de 10.000 se consideraría baja y una de 100.000, alta, en consecuencia las personas que tienen una carga viral elevada tienden a perder células CD4 y a enfermar con más rapidez.

En relación a los linfocitos, un conteo de CD4 es una prueba que mide la cantidad de linfocitos CD4 en la sangre, en efecto los linfocitos CD4, también son conocidos como linfocitos T4 y son glóbulos blancos que combaten infecciones además desempeñan un papel importante en el sistema inmunitario, este conteo de CD4 se usa para vigilar la salud del sistema inmunitario en personas infectadas con el VIH, cuando el VIH ataca, destruye los linfocitos CD4, siempre que se pierden demasiados linfocitos CD4, el sistema inmunitario tiene dificultad para combatir las infecciones, este conteo de CD4 ayuda al médico o profesional de la salud a determinar si el paciente está en riesgo de tener complicaciones graves por el VIH, esta prueba también sirve para ver qué tan bien están funcionando los medicamentos contra el VIH.

El paciente de este estudio era considerado por sus médicos tratantes como buen paciente ya que aceptaba indicaciones y recomendaciones que mejorara su estado de salud, llevaba una vida sana, con alimentación balanceada, tomaba diariamente 8 tabletas de antirretrovirales, sin trasnocho e ingesta de bebidas alcohólicas, en sus controles de laboratorio siempre se encontraban dentro de sus límites normales como se muestran algunos exámenes realizados donde se evidencia estos resultados:

1. Carga viral Indetectable: Desde el año 2010, esto significa que el total de las copias virales es menor a 50 x ml y por consiguiente el lector óptico del equipo no puede cuantificarlos, obteniéndose en el resultado indetectable. En cuanto a los CD4 estos mostraron un progresivo incremento, lo cual indica que existe mejoría debido a que sus defensas inmunitarias son normales.

2. Estudios virales: Hepatitis B, Hepatitis C, Herpes Viral y Citomegalovirus negativos, Epstein Barr: IgM positiva.

3. Estudios Micológicos: Histoplasmosis, Paracoccidioidosis, Coccidioidosis, Aspergilosis negativos.

4. Estudios Radiológicos: Muestra radiotransparencia pulmonar normal, diámetros cardíacos conservados.

5. Estudios Ecosonográficos: Abdominal: Muestra la vesícula, las vías biliares, el páncreas, el bazo y riñones dentro de parámetros normales.

6. Otros Estudios: Protozoarios y Toxoplasma, con resultado negativo.

Por todo lo anteriormente presentado, se considera que se trata de un paciente estable y compensado desde el punto de vista inmunológico, además, en relación al tratamiento antirretroviral, seleccionado para este tipo de infección, este lo inicia el 15 – 12 – 2000, con la prescripción de los medicamentos Crixivan, Videx y Zerit, los cuales consumía diariamente, motivo por lo cual nunca llegó a presentar resistencia al medicamento que hubiese la necesidad de cambiarlo por otro esquema, situación ésta que sucede cuando el paciente abandona el tratamiento o lo consume de forma irregular entonces hay que cambiarlos por otros esquemas, con medicamentos distintos y más fuertes.

Otro aspecto a resaltar es que, durante todo el tiempo que estuvo ingiriendo tratamiento, solamente ocurrió un cambio en la indicación, por motivo de la salida del mercado del Crixivan, que a partir del año 2003 cambia su esquema por el Stocrin, 3TC y Kaletra, siendo estos bien tolerado, además de mostrar una satisfactoria efectividad. En consecuencia durante años y de manera consecutiva mostro un 100% de adherencia o apego al tratamiento, lo que resulta poco frecuente en estos casos cuando se trata de llevar un tratamiento de por vida, situación que mantuvo hasta el mes de septiembre del año 2015, fecha en el cual retira por última vez sus medicamentos en la Coordinación Regional del Programa.

En esta fecha de 2015, el adulto mayor toma la decisión como paciente de no continuar tomando más medicamentos, así como abandonar la consulta y por ende sus controles de salud, tal decisión obedece al hecho que en este año, hubo cambio de Coordinador Regional del Programa de VIH/SIDA por parte de la gerencia de la Secretaria de Salud del Estado Falcón, aquí se designa nuevo coordinador y la consulta es cambiada para otras instalaciones físicas, siendo un lugar más público donde labora un mayor número de personas con mayor tránsito

de pacientes debido a la prestación de otros servicios de salud por ejemplo de laboratorio, y sumado a ello, las nuevas normas para asistir a la consulta y suministro de medicamentos.

En consecuencia ya no podría asistir a la consulta cada dos (2) meses sino mensual y el tratamiento también lo tenía que recibir mensual, ya no lo podía recibir directamente de la consulta sino que debía pasar por diferentes instancias cuyas instalaciones físicas eran distantes una de la otra, esto hacía que todos cuantos trabajaran allí se enterarían de su condición de salud; todo esto lo desmotiva llevándolo a un estado depresivo, produciendo un quebranto de su estado emocional y su negacionismo se incrementa, con esto último no acepta los cambios que vivencia, no acepta esta nueva realidad a la cual se tiene que enfrentar, no acepta el riesgo a ser reconocido, no acepta su condición de ser paciente VIH positivo, decide entonces no asistir más a la consulta, no buscar más el medicamento, abandonar el programa de Infecciones de Transmisión Sexual y SIDA, decisión que lo conlleva seis (6) meses después a la muerte.

CONCLUSIÓN

Este estudio de caso muestra la existencia de factores que deben considerarse en adultos mayores que padecen VIH/SIDA, en primer lugar es importante conocer los datos clínicos del paciente al momento de emitir un juicio sobre los elementos que han podido influir en el desenlace final, así como las condiciones físicas en que se encontraba lo cual conlleva a la reflexión, por ejemplo en este caso toda la información suministrada así como los datos recogidos, indican era un paciente que gozaba de un satisfactorio estado de salud y emocionalmente estable; sin embargo, el hecho de ser reconocido como un paciente VIH positivo desde el principio lo mantenía estresado, muy callado con poca o casi nula actividad social.

El estigma de presentar solo la infección por VIH porque nunca enfermo de SIDA, hizo que cambiara su estilo de vida y su círculo social se fue limitando, desarrollando una personalidad muy hermética para manifestar sus sentimientos, retraído y sin entusiasmo, por eso trataba de salir de su casa lo menos posible solo cuando era sumamente necesario, situación que lo llevo a desprenderse de sus amigos y en cierta forma de algunos familiares, por temor al trato que recibiría

de su familia así como de lo que llegasen a pensar de él, su familia no llegó a conocer su real condición de salud, ni aun los parientes más cercanos, de hecho no buscó ayuda emocional de ningún tipo.

Debido a su estatus social, el hecho de conocerse como paciente de VIH era un trauma para él, por eso prefería morir antes que las personas se enteraran de su condición. Ante esta situación, hay que tomar muy en cuenta la privacidad del paciente y la confidencialidad con el equipo de salud, el hecho de cambiar el escenario de salud donde habitualmente se desenvolvía fue fatal para él, pues una vez que recibe su última entrega de medicamentos con fecha del 27 de julio 2015, correspondiente a los meses de agosto y septiembre de dicho año, no regreso en busca de más tratamiento, todo esto motivado al cambio realizado tanto del recurso humano del Programa Regional VIH/SIDA como de la sede, ya que todo fue mudado desde el Edificio Antigua Unidad Sanitaria de Coro, en donde los pacientes tenían mayor tanto espacio como confort, además de la mayor discreción y resguardo de su condición, para ser trasladado hacia el Centro Regional de Inmunología Clínica.

Por otro lado, los cambios efectuados en el mecanismo de la consulta y en la entrega de medicamentos, por parte del nuevo Coordinador del Programa de VIH/SIDA, con nuevas normas y requisitos para acceder a la entrega de los medicamentos, resultó negativo e intolerante para el paciente, enfrentarse a personas desconocidas para él, lo motivó a un estado de negación y desesperanza, optando por no volver a retirar dichos medicamentos, lo cual lo conllevó progresivamente a una fase depresiva, al verse impotente ante el dilema de encarar personas extrañas a su confianza.

Otra de las nuevas medidas de la Coordinación del Programa fue que el suministro de los medicamentos no se hiciera como antes directamente en la oficina de la Coordinación del Programa, sino que allí se les entregaba ahora, pero la orden debía retirarla por la secretaria de salud; presentándose una doble gestión o trámite ante personas e instancias diferentes, aunado a todo esto, también se tiene el factor edad que para el momento de su diagnóstico contaba con 58 años a tan solo a dos años de la clasificación de adulto mayor, luchando por espacio de 16 años con su problema, considerándose entonces una lucha durante 14 años siendo adulto mayor cuando formó parte de este grupo etario.

Las expectativas de vida del adulto mayor son muy distintas a los grupos que le preceden; la visión hacia el futuro y su salud es a corto plazo, se siente que ya “Ha Vivido” mucho más de la mitad de su vida, le queda poco tiempo aunado al sacrificio que significa llevar a costas el peso de la Cruz del SIDA en su soledad y enclaustramiento; esta situación se enfrenta con la observada en los adultos mayores y pacientes en general, aquí el apoyo psicosocial puede ayudar a dar al menos alivio a posibles sentimientos de culpa, la vergüenza de ser señalado y discriminado desde el punto de vista social y familiar, además de superar la angustia, el miedo derivado por ser un “Sidoso” como el vulgo lo describe.

En consecuencia, el hecho que no tuviera un apoyo para desahogarse, ni amigos ni familiares, a pesar que era una persona muy conocida en la sociedad, el hecho de no contar con quien confiar hizo que nadie pudiera ayudarlo a la hora de tomar una decisión tan fuerte como fue la dejarse morir, hizo falta abrir esa puerta hacia la posibilidad de contar en este caso el tan necesario apoyo familiar y hasta hacer contacto con las personas que anteriormente le atendieron en el programa VIH/SIDA, procurando alguna alternativa.

Este adulto mayor, tampoco buscó ni intentó utilizar esta atención, finalmente, una vez agotados los medicamentos retirados para los meses de agosto y septiembre 2015, aunado a que no tuvo fuerza de voluntad para ir en procura de los mismos en estas nuevas condiciones, sumido en estado depresivo y encerrado en sí mismo lo que a su vez le generó inestabilidad emocional e inmunológica, fallece 06 meses después en marzo del año 2016, a la edad de 74 años, con una condición de Síndrome Depresivo del Adulto Mayor.

Por todo lo anteriormente expuesto no puede olvidarse la repercusión psicológica de esta enfermedad, al contrario hay que tenerla muy en cuenta pues los estados anímicos desfavorables contribuyen al progreso de este cuadro morboso, según estudios de psiconeuroinmunología, por ello es recomendable la información continua hacia la población en general pero de manera especial en el adulto mayor, sobre que es la Infección por el VIH, como se transmite, cuales son los factores de riesgo y principalmente como se previene, así como resaltar que ninguna edad escapa de poder adquirir la infección, desde un recién nacido hasta el adulto mayor.

Gracias a la información y al apoyo emocional, se podrá revertir el negacionismo individual que a ellos muchas veces acompaña, del mismo modo se debe hacer énfasis en conservar la empatía entre el médico y el paciente, que éste vea y sienta en su médico un pilar de apoyo que lo ayude a enfrentar su enfermedad, igualmente el médico y el equipo de salud deben demostrar confianza y tratar en todo momento de equilibrar su salud emocional. En la medida en que sean atendidos todos estos aspectos en los pacientes, será mayor su cooperación con los planes terapéuticos, tendrán más fuerza para enfrentar cualquier adversidad, tendrán más disposición para aceptar cambio, cuyo resultado será tener una salud en óptimas condiciones y podrán vivir más, logrando así una verdadera inserción del paciente adulto mayor VIH positivo en la sociedad.

BIBLIOGRAFÍA

- Carrazana, V (2003) *El concepto de salud mental en psicología humanista-existencial*. Scielo. Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UCBS. Vol. 1. N.1 La Paz. Marzo 2003.
- Kubler, E. (2014) *La negación del duelo tras el diagnóstico de infección por VIH*. Revista Imagina más. Editorial Salud. VIH/SIDA. Junio 2014.
- Ministerio de Salud de la Nación (2008). *Boletín sobre El VIH-SIDA en la Argentina*, XI (25), agosto (2008).
- Oshea, P. A Cross too Heavy: Pacelli, Eugenio (2008) *Politics and the jews of Europe. 1917 -1943*. Rosenberg Publishing. 2008. ISBN 187705. Pag. 20.
- Zevallos, A. Taype – Rondan, Á (2015) *Explorando el negacionismo del VIH/SIDA en idioma español, en internet*. Scielo. Revista médica de Chile. Vol. 143. N° 12. Santiago. Dic. 2015

NORMAS EDITORIALES

La Revista GeroCiencia, constituye un marco referencial para la construcción del conocimiento integral de las ciencias humanas en el ámbito de la Gerontología orientado a las áreas de Educación, Gerencia, Salud, Ciencia y Tecnología. Por esta razón a continuación se precisan las normas editoriales de la Revista.

Instrucciones para autores

La Revista GeroCiencia, es una Revista Científica Electrónica de Gerontología, en las áreas de educación, salud, gerencia, ciencia y tecnología, dicha revista ofrece la publicación de investigaciones, ensayos científicos, artículos científicos, revisiones documentales, experiencias sistematizadas y estudios de investigadores invitados relacionados con los ámbitos de competencia de la Revista (los cuales previa revisión del comité editorial puedan ser arbitrados). Todo artículo o trabajo debe ser enviado con carta de autorización de publicación firmada por el o los autores. Las producciones deben ser originales e inéditas que no hayan sido enviados a otras revistas.

Los artículos que no sean considerados como contribución científica original para su publicación serán notificados por el equipo editorial a él o los autores.

1. Normas generales de la Revista GeroCiencia:

1.1. La Revista publica investigaciones, ensayos científicos, artículos científicos, artículos académicos, revisiones documentales, reportes de caso, experiencias sistematizadas en las áreas o contextos gerontológicos educativo, demográfico, artístico, biológico, psicológico, sociales-comunitarios, salud, gerenciales, metodológicos, tecnológicos, culturales, antropológicos.

1.2. Las producciones (investigaciones, ensayos científicos, artículos científicos, artículos académicos, revisiones documentales, reportes de caso, experiencias sistematizadas) deben ser enviados así como comunicaciones relacionadas con asuntos editoriales al Director Editor correo: gerociencia@correo.unefm.edu.ve y revistaelectronicagerociencia@gmail.com

1.3. Las producciones deben estar escritos en idioma Español y el resumen en Español e Inglés con un máximo de 150 palabras, también debe incluir

palabras clave no mayores de cinco (5) palabras que no estén contenidas en el título.

1.4. Los artículos o trabajos deben ser remitidos en original en formato Word, no debe exceder de 20 cuartillas.

1.5. Para la identificación de los artículos o trabajos, él o los autores deben adjuntar resumen curricular del autor o autores no mayor de 15 líneas por cada uno, que incluya: formación profesional, cargos desempeñados, e-mail, experiencia laboral e información relevante.

1.6. Los artículos o trabajos enviados serán sometidos a evaluación por el equipo editor de la Revista y estará conformado por tres o más árbitros quienes emitirán un veredicto que será inapelable.

1.7. Los artículos o trabajos que sean aceptados pasan a ser propiedad de esta Revista.

1.8. Los artículos o trabajos que no cumplan con los requisitos serán notificados al autores o autores una vez dado el veredicto de los árbitros.

2. Normativas para la Presentación de los artículos o trabajos:

2.1. Los artículos o trabajos deben ser transcritos a computadora, a espacio 1.5, hoja tamaño carta, enumeración arábica superior derecha, en letra Arial 12 color negro. Márgenes: izquierdo 3cm; mientras que el margen superior, derecho e inferior 2,5cm.

2.2. Los artículos o trabajos deben contener la siguiente estructura, centrado en negrilla con mayúscula minúscula: título en español (no mayor de 15 palabras) en mayúscula sostenida, los subtítulos en mayúscula minúscula, los títulos de cada apartado dentro del texto en mayúscula sostenida, año de ejecución del artículo o trabajo (no debe ser mayor de 5 años considerando la fecha actual de publicación), a un espacio del título el autor o autores (primer apellido, primer nombre), dirección institucional (institución donde labora), correo del o los autores, resumen (no debe exceder las 150 palabras con interlineado sencillo), palabras clave (no mayor de 5 palabras clave), el Resumen en inglés debe presentar los mismos criterios que el español. En cuanto al contenido de los artículos o trabajos debe contener: introducción (se plantea la idea o problema de estudio y objetivos), referencia teórica sustentadora, metodología utilizada, resultados, discusión y

análisis de los resultados, consideraciones finales y referencias bibliográficas (no menor de 15 referencias). En cuanto a los artículos académicos (entre 10 y 20 páginas), revisiones documentales (entre 5 y 10 páginas), reportes de caso (entre 10 y 20 páginas), experiencias sistematizadas (entre 10 y 20 páginas), cuya naturaleza es expositiva-reflexiva debe por lo menos contener resumen (inglés y español), introducción, desarrollo y conclusiones o reflexiones y referencias bibliográficas.

2.3. En el contenido del artículo o trabajo no deben utilizarse letras mayúsculas intercaladas, excepto para los nombres propios.

2.3.1. Las tablas, figuras, diagramas y fotos, deben ser de alta calidad y deben estar incluidas en el texto, identificadas con números arábigos (sin usar símbolo N°) debe considerar la secuencia de la presentación de las tablas, figuras, diagramas y fotos presentadas en el artículo y trabajos. El título de las tablas, se coloca encima de las mismas, mientras que el título de figuras, gráficos y fotos se coloca debajo. Incluir en el texto con la mención correspondiente, es decir, las tablas, figuras, diagramas y fotos deben estar referidas en el texto.

2.3.2. En los artículos deben emplearse abreviaturas internacionales convencionales, en caso de utilizar abreviaturas particulares debe aclararlas en el texto posterior a la cita. El lenguaje debe ser técnico acorde al nivel y metodología.

2.3.3. Los nombres científicos deben escribirse en letra itálica (cursiva) y debe mencionarse completo la primera vez, luego se menciona usando la inicial del género más la especie.

2.3.3. En cuanto a las Citas que deben presentarse en los artículos o trabajos se deben considerar los siguientes aspectos:

- El texto del artículo o trabajo debe ajustarse a las normas APA (American Psychological Association) 2012.

- Citas textuales mayor de 40 palabras deben tener interlineado sencillo a 5 espacios izquierda y derecha.

- Citas parafraseadas deben ser intercaladas en el texto y encerrada entre comillas ("). La cita no debe ser mayor a 40 palabras.

- Toda cita textual debe llevar autor(es) año entre paréntesis (año y numero de página), no así en las citas parafraseadas.

Libros

Segal, S y Giuliani, D. (2010) *Modelización en el aula: posibilidades y necesidades*. Mexico: Libros del Zorgal.

-Libros con más de seis autores se coloca luego del sexto autor y otros.

Autor corporativo

Departamento de Educación. (1998) *Education Reform in Puerto Rico*. Hato Rey (San Juan de Puerto Rico): Autor.

En caso de reimpresiones

Rorschach, H. (1921/q970). *Psicodiagnóstico (7ma Reimpresión)* Buenos Aires, Argentina: Paidos.

Tesis de grado u otro similar

Quintero, S (2012) *La gerontología educativa en la competencia educador gerontológico para la intervención socioeducativa con adultos mayores. Caso UNEFM Coro*. Trabajo de grado presentado para optar al título de magister scientiarum en docencia para educación superior. Universidad Nacional Experimental Rafael María Baralt. Núcleo Coro: Estado Falcón Venezuela.

Periódicos y/o Revistas

López, J (01 de diciembre de 2007) *Crea y administra tu propio foro con phpBB*. España: Todo Linux, 83, pp. 12-17.

Internet

Castilla, A (28/07/2007) *Enganchadas a final Feliz repostaje: El éxito de la novela romántica*. Disponible en URL: http://www.elpais.com/articulo/semana/Enganchadas/final/final/feliz/elpepuculbab/20070728elpbabese_1/Tes [consulta 23 de junio de 2008]

Medios audiovisuales

National Geographic Society (Productora) (1987). *In the shadow of Vesuvius*. [Video]. Washington, DC. USA: National Geographic Society.

Importante

Las conversaciones personales, cartas, conversaciones telefónicas, etc (fuentes vivas) no publicadas no deben ser listadas en la referencia debido ya que no pueden ser consultadas por los lectores.

3. Normativas sobre el Arbitraje

3.1. El artículo o trabajo científico, debe ser enviado al Director Editor, quien enviará al Comité Editor para su revisión y visto bueno, una vez revisado se convocará al Comité de Redacción y Consejo de Asesores de ser necesario para definir los árbitros correspondientes.

-La evaluación de los artículos y trabajos deben responder a los siguientes criterios: coherencia del discurso, claridad en la exposición de ideas, adecuada organización del discurso escrito, pertinencia de las referencias bibliográficas, aportes al conocimiento del objeto, apropiada elaboración del resumen y abstract, pertinencia del título en relación a la relevancia que se presenta, estricto apego a las Normas editoriales.

-Si el artículo o trabajo es aprobado con observaciones por parte de los árbitros, las mismas serán enviadas al (los) autor (es) para su corrección en caso que así lo exija el comité. Después de realizar las correcciones y ajustes sugeridos por los árbitros, los autores devolverán la versión corregida en formato digital como en su primer envío al correo destinado para tal fin.

-Si el artículo o trabajo no es aprobado, el o los autores recibirán comunicación indicando la no aceptación para publicación.

-Aprobado el artículo o trabajo el o los autores recibirán fecha posible de publicación, así como envío del ejemplar de la revista digitalizado.

-Las opiniones, comentarios u opiniones emitidos en los artículos y trabajos son estrictamente responsabilidad del o los autores.

-El Comité Editor se reserva el derecho de los arreglos de estilo que considere conveniente.

-Lo no previsto en las presentes normas será resuelto por el Director Editor y el Comité Editor.

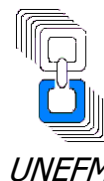
Instrucciones para árbitros de la Revista y colaboradores.

Estimado Arbitro Colaborador, reciba un cordial saludo desde la Revista GeroCiencia (*revista científica electrónica de gerontología, educación, gerencia, salud, ciencia y tecnología*). Agradecemos su valioso apoyo con nuestra revista. En el documento que le fue enviado, agradecemos su atención al estricto apego a las normas de edición de la Revista GeroCiencia, para la revisión del artículo o trabajo enviado. En caso contrario no consideraremos las observaciones realizadas por su persona.

La Revista GeroCiencia, busca el mejoramiento de la calidad investigativa en torno al tema del adulto mayor, la vejez y el envejecimiento en los distintos ámbitos o áreas planteadas en las normas editoriales, por tanto, resulta importante que cada artículo o trabajo ofrezca un aporte significativo a esta revista.

A continuación, presentamos un instrumento cualitativo para evaluar el artículo o trabajo científico.

UNIVERSIDAD NACIONAL EXPERIMENTAL
“FRANCISCO DE MIRANDA”
 AREA CIENCIAS DE LA SALUD
 PROGRAMA GERONTOLOGÍA
 Coro - Venezuela
 Unidad de Investigaciones Gerontológicas UNIGER



Planilla de arbitraje

Criterios	Excelente (2 puntos)	Muy bueno (1,5 puntos)	Bueno (1 punto)	Regular (0,5 puntos)	Deficiente (0 puntos)	Observaciones
1. Pertinencia del título del artículo o trabajo.						
2. Adecuada redacción del resumen.						
3. Claridad, coherencia y originalidad del discurso.						
4. Adecuada organización del artículo o trabajo.						
5. Calidad de las referencias bibliográficas citadas.						
6. Aportes del artículo o trabajo al conocimiento del objeto de estudio.						
7. Estricto apego a las normas editoriales.						
8. Apreciación general del documento.						
9. Lenguaje de acuerdo con el nivel del documento						
10. Correspondencia con la línea de investigación.						

Veredicto:

- El artículo o trabajo evaluado puede ser publicado sin ninguna modificación_____
- El artículo o trabajo evaluado puede ser publicado con ligeras modificaciones_____
- El artículo o trabajo evaluado puede ser publicado con importantes modificaciones_____
- El artículo o trabajo evaluado no puede ser publicado_____
- Observaciones_____

**Líneas de Investigación de la Unidad de Investigaciones Gerontológicas
UNIGER del Programa de Gerontología de la UNEFM**

Área Prioritaria de Desarrollo: Ciencias de la Salud

Área de Investigación	Línea de Investigación	Sublínea de Investigación
Educación para la salud, prevención de enfermedades y aspectos clínicos	Promoción de salud:	Estilos de vida saludable
		Nutrición en el adulto mayor
	Prevención de enfermedades	Abordaje gerontológico de las patologías neurológicas en adultos mayores
	Rehabilitación y habilitación	Rehabilitación y habilitación en el adulto mayor
		Autonomía y funcionalidad en el adulto mayor
		Discapacidad y salud
Salud y envejecimiento	Gestión de salud	Evaluación y fortalecimiento de la gestión de salud
		Administración gerontológica
	Dinámica psicosocial	Integración familiar del adulto mayor
		Participación del adulto mayor
		Demografía gerontológica
		Recreación y tiempo libre
		Dinámica social de la vejez y envejecimiento
		Educación gerontológica
		Gerontología educativa
		Dinámica sociocultural de la vejez
		El adulto mayor y las tecnologías de información y comunicación
	Derechos humanos	Orientación gerontológica
		Envejecimiento activo
		Derechos humanos,

		ocupación y diversidad
		Derechos humanos y salud
	Economía política y calidad de vida	Economía en la vejez
		Sistemas de seguridad social
		Políticas públicas y formación social y ciudadana
	Entornos físicos saludables	Entornos físicos saludables para el adulto mayor
	Apoyo social	Sistemas de apoyo en los adultos mayores
	Apoyo social	Asistencia al adulto mayor en etapa terminal
		Cuidadores formales e informales
	Epidemiología de la vejez	Demografía en la vejez

RESUMEN TÉCNICO DE COMITÉ:**DIRECTOR-EDITOR**

Dra. Sandra Quintero (Univ. Nac. Exp. Francisco de Miranda UNEFM-Venezuela)

Venezolana. Doctora en Ciencias Gerenciales (Sumacunlaude UNEFA), Magister Scientiarum en Docencia para Educación Superior (Sumacunlaude UNERMB 2012) Licenciada en Gerontología (Magnacunlaude UNEFM 2008). PEII-A2. Directora Programa Gerontología y Coordinadora de la Unidad de Investigaciones Gerontológicas UNIGER (UNEFM). Locutora universitaria. Presidenta Fundación Somos Geroactivo. Tutora pregrado y postgrado. Autora de los Libros: -Gerontología Ciencia para la vida 2013. -Manual de Buenas Prácticas Gerontológicas como vivir feliz más de 100 años 2015. -Pensando las organizaciones desde las imágenes de Gareth Morgan. 2017 entre otros. Columnista Diario Nuevo Día con "Gerontología al Día". Publicación en REDALYC.ORG. Revista Multiciencias y otros. Conferencista nacional e internacional. Miembro de la Panamericana de Programas y/o Carreras Universitarias de Gerontología PANAMGERO y Coordinadora de la Investigación Multicéntrica de la Red PANAMGERO. Miembro del Consejo Editor QMayor. Áreas de conocimiento educación gerontológica, gerontología educativa, envejecimiento activo, cultura y vejez, medios de comunicación social y adulto mayor.

COMITÉ EDITOR

Lcda. Maroly Quevedo MSc (Univ. Nac. Exp. Francisco de Miranda UNEFM-Venezuela)

Venezolana. Lcda. En Gerontología. Magister Scientiarum en Recurso Humanos. Doctorante de Ciencias de la Educación UPEL. Docente Programa de Gerontología de la Universidad nacional Experimental "Francisco de Miranda". Miembro Fundación Somos Geroactivo. PEII-A1. Memoria de VIII Jornadas de Investigación de la UNEFM. Conferencista y organizadora de eventos a nivel nacional e internacional. Miembro Fundación Somos Geroactivo. Tutor y jurado de estudios de Gerontología. Área de conocimiento: prácticas gerontológicas integrales, gerencia en gerontología, intervención social, Economía Política en la Vejez.

Lcda. Juleidys Reyes (Univ. Nac. Exp. Francisco de Miranda UNEFM-Venezuela)

Venezolana. Licenciada en Gerontología. Diplomada en Docencia. Asesor metodológico en estudios cualitativos. Área de conocimiento cultura y adulto mayor. Coordinadora de la Defensoría de Salud para la atención del adulto mayor en Consultorio Popular Hugo Chávez.

COMITÉ REDACCIÓN

Lcda. Belen Cásares (Univ. Nac. Exp. Francisco de Miranda UNEFM-Venezuela)

Venezolana. Lcda. en Gerontología. Cursante de licenciatura en Comunicación social UBV. Miembro Fundación Somos Geroactivo. Organizadora de eventos científicos y comunitarios. Conferencista en eventos científicos. Formada en desarrollo social, multidiversidad, aprovechamiento energético ONCTI entre otros. Facilitadora de talleres de formación laboral en INCESS. Facilitadora curso de inducción para estudiantes de Gerontología. Autora del estudio Educación Ambiental con adulto mayores de Coro estado Falcón. Premio mención al mejor trabajo en las jornadas de investigación UNEFM 2015. Cumlaude grado 2017. Área de conocimiento: envejecimiento activo y educación ambiental.

Lcdo. Nohé Ramón Gilson. MSc. (UNEFM)

Venezolano. Lcdo en Comunicación Social mención Desarrollo Social. Lcdo. Teología. Lcdo. Filosofía. Magister Scientiarum en Gerencia de la Tecnologías de Información y comunicación. Doctorante en Ciencias Sociales UNEFM. Docente Universidad Nacional Experimental "Francisco de Miranda" UNEFM, Programa de Medicina y Programa Artes Audiovisuales. Autor de libros como Semillas de Esperanza (2003), Poemas para el Alma (2012), Candelaria Virgen Amada (2017), San Antonio Patrono Bendito (2017), Valorando la profesión del periodista (2017). Reconocimientos: Premio Municipal de Periodismo "Salomón Maduro Ferrer" (2016), Premio Regional de Periodismo "Carlos Martínez Bueno" (2016), Premio Regional de Periodismo mención Interpretativo "Lino Revilla" (2015). Miembro Fundación Somos Geroactivo. Conferencista e Investigador PEII A-1. Locutor Universitario. PEII-A1. Área de conocimiento: medios de comunicación social y adulto mayor. Apropiación social de las tic. Artes audiovisuales.

CONSEJO ASESORES

Dra. María Romero (UNEFM)

Venezolana. Licenciada en Educación en Lengua Extranjera mención Inglés. Magister Scientiarum en Docencia para Educación Superior. Doctora en Educación. Docente asociado de la Universidad Nacional Experimental "Francisco de Miranda". Miembro activo de la Asociación Venezolana para el Avance de la Ciencia Capítulo Falcón Conferencista nacional e internacional. Publicaciones: Repensar la Formación Docente: Hacia el encuentro de una Nueva Perspectiva Epistémica para su Abordaje y Resignificación en CIENCIA MATRIA Universidad Nacional Experimental "Francisco de Miranda" Año III. Vol III. N°5. Julio – Diciembre, 2017. Fundamentos Teórico-Conceptuales del Pensamiento Complejo: Una Aproximación a la Epistemología de la Complejidad en REVISTA CIENCIAS SOCIALES Y EDUCATIVAS (RCSE) Universidad Nacional Experimental "Francisco de Miranda" Vol.6, Nro.1, año 2016 pp. 132-148

Nota: Varios árbitros y miembros del comité de redacción que son asesores en esta edición

ÁRBITROS

Dra. PhD. Neris Ortega. (Univ. Carabobo Venezuela)

Venezolana. PhD Enfermería, salud y Cuidado Humano. Enfermera. Universidad de Carabobo. Master en Cuidado Intensivo: Mención Médico quirúrgico, UC /2000. Especialista en Investigación en drogas. USP-Brasil/ 2005. Prof. Titular Universidad de Carabobo/Facultad de Ciencias de la Salud/ Dpto de Enfermería en Salud Integral del Adulto. Publicaciones: Resiliencia a la violencia como fenómeno complejo del cuidado humano año 2015, Aproximación a la persona humana como aspecto esencial para la comprensión del fenómeno de la resiliencia año 2014 entre otras.

Dra. Maribel Thamara Osorio. (Univ. Central de Venezuela. Venezuela)

Venezolana. Doctora en Ciencias de la Educación. Licenciada en Enfermería. Especialista en Docencia en Educación Superior. Especialista en Salud Ocupacional. Maestría en Docencia en Educación Superior. Maestrante en Bioética. Cursando postdoctorado educación, ambiente y sociedad. Universidad Pedagógica Libertador. Directora de la Escuela de Enfermería de la UCV y Directora del Postgrado de Enfermería Oncológica UCV. Editora de la Revista Venezolana de Enfermería. Miembro de la Asociación de Revistas Médicas de Venezuela. Miembro del equipo editorial de la Revista de la Facultad de Medicina UCV. Miembro del equipo de investigadores Fundación Ciea-Sypal. Publicaciones: Cuidados de enfermería en biopsia de ganglio centinela en cáncer de mama. Revista Venezolana De Enfermería, 2015; Volumen 2, Número 1. [Http://Saber.Ucv.Ve/Ojs/Index.Php/Rev_Venf/Article/View/9381/9189](http://Saber.Ucv.Ve/Ojs/Index.Php/Rev_Venf/Article/View/9381/9189). Investigación y Enfermería. Revista Venezolana De Enfermería, Volumen 1, Numero 1; 2014. [Http://Saber.Ucv.Ve/Ojs/Index.Php/Rev_Venf/Article/View/8257/8156](http://Saber.Ucv.Ve/Ojs/Index.Php/Rev_Venf/Article/View/8257/8156). Conferencista nacional e internacional.

Dra. Marisa Silvana Zazzetta (Univ. Fed. São Carlos Brasil)

Brasileña. Doctorado en Servicio Social - Escuela Superior de Sanidad (1990), Licenciatura en Servicio Social Universidad Nacional de Entre Rios (1993), Maestría en Servicio Social por la Pontificia Universidad Católica de Rio Grande de Sul (1996). Actualmente docente en Universidad Federal de São Carlos en Curso Licenciatura de Gerontología, y el Programa de Postgrado en Enfermería (Maestría y Doctorado), y el Programa de PostGrado de Gerontología (Maestría) arbitro de revistas: Revista Aquichan, Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, Revista Estudos Interdisciplinares do Envelhecimento, Revista Interface - Comunicação, Saúde, Educação. Publicaciones: Jesús, Isabela Thaís Machado De ; Orlandi, Ariene Angelini Dos Santos; Zazzetta, Marisa Silvana . Burden, profile and care: caregivers of socially vulnerable elderly persons. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, v. 21, p. 194-204, 2018. Jesús, I. T. M. ; [Orlandi, Fabiana De Souza](#) ; Zazzetta, M. S. . Frailty and cognitive performance of elderly in the context of social vulnerability. Dementia & Neuropsychologia, v. 12, p. 173-180, 2018. Jesus, Isabela Thaís Machado De ; Diniz, M. A. A. ; Lanzotti, R. B. ; [Orlandi, Fabiana De Souza](#) ; [Pavarini, S.C.I.](#) ; Zazzetta, M. S. . Fragilidade E Qualidade De Vida De Idosos Em Contexto De Vulnerabilidade Social. Texto e Contexto. (UFSC Impresso) JCR, v. 27, p. e4300016, 2018. Entre otros.

Dra. Sonia Patricia Carreño Moreno. (Univ. Nac de Colombia. Colombia)

Colombiana. Enfermera, Especialista en prevención del maltrato infantil, Magíster en Enfermería con énfasis en cuidado al paciente crónico, Doctora en Enfermería. Profesora Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia. Secretaria del Capítulo Upsilon Nu de la Sociedad de Honor de Enfermería Sigma Theta Tau International, Miembro vitalicio de la International Association for Hospice and Palliative Care. Miembro de la Red Latinoamericana de Investigadores en Cuidado al Paciente Crónico y la Familia. Miembro del Grupo de Investigación Cuidado de Enfermería al Paciente Crónico clasificado en A en Colciencias. Investigadora reconocida por Colciencias. Autora de 34 artículos publicados en revistas indexadas y dos capítulos de libro.

Dra. Miriam Bazán (Univ. ALAS Peruana Perú)

Peruana. Médico cirujano. Miembro. PhD. en Educación, Msc en Administración y Diplomado en Docencia Universitaria en la Universidad Alas Peruanas. Fundadora y Presidenta de la Red Panamericana de Programas y/o Carreras Universitarias de Gerontología PANAMGERO. Directora de la Escuela Profesional de Gerontología Universidad Alas Peruana. Área de conocimiento: Dinámica Social de la Vejez y el Envejecimiento. Educación Gerontológica, Gerontología Educativa. Conferencista nacional e internacional. Graduada del curso de especialización en servicios para la tercera edad en la familia y la comunidad en Haifa-Israel. Coautora del libro: "Perfiles de envejecimiento: Gerontología para la vida activa, una propuesta regional".

Dra. Claudia Mendoza (Univ Aut Tlaxcala México)

Mexicana. Docencia en Educación Formal, No formal e Informal. Académica Universitaria. Investigación en Gerontología. Programación en Áreas de Asistencia, Bienestar y Desarrollo Social. Intervención Socioeducativa y Sociocultural en Grupos Vulnerables. Doctora en Estudios Migratorios, Desarrollo e Intervención (Universidad de Almería; Almería, España, 01 febrero 2017. Maestra en Animación Sociocultural e Intervención Socioeducativa (Universidad Pablo de Olavide, Sevilla, España, enero 2009. Licenciada en Educación Social (Universidad Autónoma de Tlaxcala; Tlaxcala, México:2006). Área de conocimiento: Intervención Socioeducativa en Adultos Mayores (LGAC Individual) Inclusión social de personas con discapacidad (LGAC Cuerpo Académico). Coordinadora del programa educativo Licenciatura en Atención Integral al Adulto Mayor Facultad de Ciencias para el Desarrollo Humano (Universidad Autónoma de Tlaxcala; México, vigente. Publicaciones: La educación Inclusiva. Reflexiones desde Latinoamérica. México: Castellanos Editores. Espacios para hablar y compartir sobre la intervención social y educativa en grupos vulnerables: Vol.I.(pp. 149-156) Almería, España: Enfoques Editoriales. Entre otros. Conferencista nacional e internacional.

Dr. Jairo Villasmil (Univ. Nac. Exp. Francisco de Miranda UNEFM-Venezuela)

Venezolano. Psicólogo (1990). Lcdo en Comunicación social mención desarrollo social (1999). Maestría en Ciencias mención desarrollo comunal (1995). Doctorado en Educación (2010). Formación en Gerencia social comunitaria, planificación y diseños de sitios web, como escribir y publicar artículos científicos.

Experiencias: Miembro asesor de la junta tratamiento postpenitenciario, Tutor y asesor de estudios de postgrado en materia gerencial como educativa. Publicaciones Revistas y artículo científicos en Revista Ciencias sociales y educativas UNEFM, Revista Laurus, Revista Educación UPEL. Conferencista nacional e internacional. Director de currículo de la UNEFM.

Dr. Luis Alberto Alzate Peralta. (Int. Tec. Boliv. de Tec. Ecuador)

Colombiano. Doctor en Ciencias Pedagógicas de la Universidad de Oriente de Santiago de Cuba, Máster en Educación Médica de la Universidad de Ciencias Médicas de Villa Clara Cuba, Especialista en Pedagogía de las Ciencias y Enfermero Universidad Simón Bolívar de Barranquilla, docente universitario con 12 años de experiencia en cargos como la Dirección de Vinculación con la comunidad, Director de Investigación y Decano de la unidad académica de salud del Instituto Tecnológico Bolivariano de Tecnología (ITB), actualmente coordinador del Centro de Gestión de la Información Científica, Director de la editorial Bolivariana y Editor Fundador de la Revista identidad Bolivariana del ITB Guayaquil Ecuador, Investigador registrado en SENESCYT Ecuador y Colciencias Colombia, se ha desempeñado como Par Académico del Consejo de Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior (CACES) y Facilitador Externo del Consejo de Educación Superior (CES) para las carreras de Enfermería en Ecuador.

Mag. Sergio Flores (Univ del Valle de Toluca. México)

Mexicano. Maestro en Ciencias de la Educación (Univ del Valle de México). Licenciado en Gerontología (Univ Estatal del Valle de Ecatepec). Doctorante en Educación (Univ Rey Juan Carlos, España). Actualmente es Director de la Licenciatura en Gerontología en la Universidad Estatal del Valle de Toluca. Líneas de investigación estructuración de diseños curriculares en planes y programas universitarios en gerontología. Coordinador de los Libros: "Perfiles sobre envejecimiento, Estrategias gerontológicas en acción" (2014), UNEVT. "Perfiles sobre envejecimiento, "Gerontología para la Vida Activa. Una propuesta Regional" (2017), Fondo editorial UAP, Perú. Miembro activo de la Asociación Mexicana de Gerontología y Geriatria A. C. Miembro fundador y Secretario de la Red Panamericana de Programas y/o Carreras Universitarias de Gerontología PANAMGERO. Prepara su siguiente coordinación del libro: "La Historiografía de los Modelos Educativos de Gerontología en Iberoamérica".

Master. Laura Inés Salatino. (Univ. Maimonides Argentina)

Argentina. Master en atención integral centrada en la persona AICP Universidad de Vic Barcelona, España. Especialista en Psicogerontología de la Universidad Maimónides; Licenciada en Gerontología de la Universidad Maimónides. Docente a Cargo Curso de Psicogerontología: El Modelo de Atención Integral y Centrado en La Persona, Universidad Maimónides. Universidad Maimónides, Licenciatura en Gerontología, Titular de la Cátedra Gerontología Social III, modalidad a distancia. Conferencista nacional e internacional 2018: V Congreso Latinoamericano de Universidades con Carrera en Gerontología "Construcción del Rol Profesional, de la Teoría a la Práctica", 2017: VII Congreso Latinoamericano de Psicogerontología: Avanzando en la inclusión, la integración y la interdisciplina, Santiago de Chile, expositor en la mesa redonda "Aislamiento social y perceptivo

en el adulto mayor” con la ponencia “Prevención del aislamiento en la vejez” entre otros.

Mag. Yeis Miguel Borré (Univ. Met de Barranquilla-Colombia)

Colombiano. Magister en Enfermería con énfasis en Gerencia en Salud. Magíster en Investigación con énfasis en Docencia. Candidato a Doctor en Investigación y Docencia. Universidad Metropolitana de Barranquilla (Docente Investigador del Programa de Enfermería) Universidad Libre Seccional Barranquilla (Docente Jornada laboral completa – Líder Grupo de Investigación en Salud Pública). Publicaciones Sánchez C, Urbina A, Borré-Ortiz YM. Utilidad del cuestionario SERVQHOS-E para medir calidad de atención de Enfermería y satisfacción del paciente en población de México. Rev. Paraninfo digital, 2017; 27. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n27/015.php>. Borré-Ortiz YM. Editorial: La Producción Científica en Ciencias de la Salud ¿un asunto de cantidad o calidad? Rev. Biociencias. 2017; 12(2). <https://doi.org/10.18041/2390-0512/bioc..2.2553> entre otras.

Master. Juleiky García Beracieto. (Univ. Met. Quito Ecuador)

Cubano. Licenciado en Enfermería. Máster en Urgencias médicas en atención primaria de salud, con experiencia laboral en el área de la docencia, la investigación, la publicación de artículos científicos, el postgrado y la atención primaria de salud en área prehospitalaria en emergencias médicas, cuidados críticos. Docente en la Universidad Metropolitana de Quito, Ecuador. Docente de la carrera de Licenciatura en Enfermería. Estrategias educativas en la educación superior. Revista de Información científica de Guantánamo. Cuba. 2018.

Master. Lidys Padrón Fernández. (Univ. Met. Quito Ecuador)

Licenciada en Enfermería. Máster en Educación. Docente en la Universidad Metropolitana de Quito, Ecuador. Docente de la carrera de Licenciatura en Enfermería. Docencia alumnos de pregrado en la Universidad Metropolitana de Quito Ecuador. Miembro del Capítulo Provincial de Medicina Familiar. Conferencista nacional e internacional. Publicaciones: Cuidados de enfermería y efecto por separación del vínculo familiar en pacientes pediátricos con quemaduras. Revista Cultura de los Cuidados. Aprobada para publicación 2do cuatrimestre 2019/agosto-septiembre/volXXIII/No.54.

Esp. Adelmary Bravo Muñoz (Univ. Nac. Exp. Francisco de Miranda UNEFM-Venezuela)

Venezolana. Médico Cirujano UNEFM 2008. Especialista Medicina Familiar UNEFM 2017. Profesor Instructor UNEFM Programa de Gerontología. Investigadora en Adulto Mayor, Fragilidad, Pacientes Crónicos, Atención Paciente Etapa Terminal, Epidemiología. Experiencia de 7 años como médico residente en ambulatorios tipo 2 Urbano y Experiencia laboral Servicio de Epidemiología Distrito Sanitario Coro. Asesora y Jurado de Tesis de Pregrado y postgrado.

RESUMEN TÉCNICO DE AUTORES**Juan Carlos Sarratud, (Univ. Nac. Exp. Francisco de Miranda UNEFM-Venezuela)**

Venezolano. Médico Cirujano egresado de la Universidad Nacional "Francisco de Miranda". Doctorante en Ciencias de la Salud UNEFM. Especialidad en Medicina Familiar y Neumonología. Trabajo actual: Docente desde el año 2006, actualmente en la categoría de Agregado del Departamento de Trabajo Comunitario de la Universidad Nacional "Francisco de Miranda". Jefe del Postgrado de Medicina Familiar.

Milagros García C (Univ. Nac. Exp. Francisco de Miranda UNEFM-Venezuela)

Venezolana. Médico Cirujano egresado de la Universidad Nacional "Francisco de Miranda". Doctorante en Ciencias de la Salud UNEFM. Especialidad en Medicina Familiar. Trabajo actual: Docente desde el año 2007, actualmente en la categoría de Agregado del Departamento de Trabajo Comunitario de la Universidad Nacional "Francisco de Miranda". Jefe del departamento de Trabajo Comunitario desde el 2013.

Sandra Romero (Univ. Nac. Exp. Francisco de Miranda UNEFM-Venezuela)

Venezolana. Licenciada en Bioanálisis, Licenciada en Educación mención ciencias sociales (Summa Cum Laude). Magister Scientiarum en Docencia para la Educación Superior (Summa Cum Laude). Doctorante en Ciencias de la Salud UNEFM. Responsable del grupo de investigación: ciencias de la salud y la vida (GICSV) adscrito al Departamento de Estudios Morfofuncionales y al Centro de investigaciones Biomédicas de la UNEFM. Coordinadora del Programa Nacional de Formación en Histocitotecnología desde Mayo 2015. Coordinadora de la Unidad Curricular Microbiología I y II del Programa de Medicina ADI desde enero 2015.

Alejandro Llovera (Univ. Nac. Exp. Francisco de Miranda UNEFM-Venezuela)

Venezolano. Médico Cirujano, Especialista en Obstetricia Y Ginecología, Especialista en Gerencia de Servicios de Salud, Magister Scientiarum en Gerencia de Recursos Humanos, Doctorante en Ciencias de la Salud UNEFM. Cargo Ministerio del Poder Popular para la Salud MPPS Hospital de Coro: Médico Jefe II adjunto al Departamento de Ginecología y Obstetricia; Docente UNEFM Coordinador De Clínica Ginecología y Obstetricia. Miembro Titular de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología. Directivo de Seccional Falcón de la SOGV, Secretario Junta Directiva 2017-2019.

Esther Áñez. (Univ. Nac. Exp. Francisco de Miranda UNEFM-Venezuela)

Venezolana. Maestría en Docencia para la Educación Superior. Doctorante en Ciencias de la Salud UNEFM. Comisión de Evaluación y Apelaciones PEI (Observatorio Nacional de Ciencia y Tecnología) Investigador "B". Postgrado Especialidad en Gestión en Salud Pública. Licenciada. Educación Integral. Histotecnólogo. T.S.U Electromedicina. Directora de Extensión del Área Ciencias de la Salud. Docente Categoría Agregado. Publicación del Manual para elaborar un Análisis de Situación de Salud. Libro Pensando en las Organizaciones desde las Imágenes de Gareth Morgan con un Artículo Titulado Visión Metafórica de la

Calidad de Educación del Programa Medicina UNEFM. Innovación Educativa y las Tics en los Análisis de Situación de Salud. Conferencista Regional y Nacional.

José Salas (Univ. Nac. Exp. Francisco de Miranda UNEFM-Venezuela)

Venezolano. Lcdo. Educación Integral. Lcdo. en Inspección en Salud Pública. Especialista en Gestión en Salud Pública. Investigador, Nivel "A-1" (ONCTI, 2011). Diplomado en Gestión Social en Nutrición (UBV, 2013). Magíster Scientiarum en Docencia para Educación Superior. Doctorante en Ciencias Gerenciales, Doctorante en Ciencias de la Salud UNEFM. Cargo Inspector en Salud Pública en los diferentes Servicios, actualmente Jefe de la Oficina de Inspección de Salud Pública del estado Falcón (Inspector IV-PII). Responsabilidad como integrante del Consejo Presidencial del Colegio Nacional de Inspectores de Salud Pública de Venezuela, entre otras en la Comisión para la profesionalización de la Licenciatura en Inspección de salud Pública con la Universidad Nacional Experimental Francisco de Miranda.

Luisa Granadillo MSc (Univ. Nac. Exp. Francisco de Miranda UNEFM-Venezuela)

Venezolana. Psicólogo clínico. Doctorante en Ciencias de la Salud UNEFM. Docente Programa de Gerontología de la Universidad Nacional Experimental "Francisco de Miranda". Magister en Intervención Social (2016). Docente Programa de Gerontología de la Universidad nacional Experimental "Francisco de Miranda". Tutor y jurado de estudios de Gerontología. Área de conocimiento: psicología del envejecimiento.

Marta Moreno (Univ. Nac. Exp. Francisco de Miranda UNEFM-Venezuela)

Venezolana. Ingeniera Químico. Maestría en Docencia para la Educación Superior. Docente Agregado. Doctorante en Ciencias de la Salud UNEFM. Jefe Dpto. de Electromedicina 2014-2017. Integrante activa desde el 2013 de la comisión de estudio de credenciales del personal académico. Miembro de la comisión de evaluación del Área Cs de la Salud Unefm (2009), miembro activo de la Comisión de Curricular. Actualmente Coordinadora de Trabajo de grado y Pasantías Profesionales. Participación en comité científico en el Área de Ciencias de la Salud y Programa de Ing. Biomédica. Colaboradora en la clase de la Unidad Radiobiología del Convenio UCV-UNEFM. Formación en Destrezas facilitativas y comunicativas para el ejercicio de la Docencia, tecnología de la información y comunicación en ambientes de aprendizajes, capacitación para la extensión-investigación universitaria, fenomenología avanzada, otros. Publicaciones: Estrategias Metacognitivas para el Aprendizaje de los Contenidos de Biofísica. Caso: Estudiantes del Programa de Ing. Biomédica. Editado para Ágora Científica.

Maika Bravo. (Univ. Nac. Exp. Francisco de Miranda UNEFM-Venezuela)

Venezolana. Magister Scientiarum en Docencia para Educación Superior. PELL-A1. Locutora universitaria. Doctorante de Ciencias para el desarrollo estratégico (Universidad Bolivariana de Venezuela). Doctorante en Ciencias de la Salud UNEFM. Docente Programa de Gerontología de la Universidad nacional Experimental "Francisco de Miranda". Tutor y jurado de estudios de Gerontología. Líneas de investigación Rehabilitación y habilitación en adultos mayores, Autonomía y funcionalidad en el adulto mayor.

Héctor Bracho Espinoza (Univ. Nac. Exp. Francisco de Miranda UNEFM-Venezuela)

Venezolano. Doctorante en Ciencias de la Salud UNEFM. Docente-Investigador, Categoría Titular en la UNEFM. Jubilado. Desempeño: Docencia e Investigación en Ciencia y Tecnología de Alimentos. PEI-ONCTI N° RNI-7495218-01-2013, Reclasificado 2016 y Auditado 2017. Docente/Investigador Certificado del Instituto de Investigación y Docencia ATINER de Grecia en las áreas: Salud Pública y Ciencias Agropecuarias. Conferencista de Trabajos de Investigación y Desarrollo. Publicación de artículos en Revistas Arbitradas e Indexadas, Nacionales: Rev. Ciencias Veterinarias LUZ, Rev. Electrónicas UDEFA, CLIC-CENDITEL, Repositorios Académicos. Internacionales Open Access, Licencia Creative Commons en Línea de alto Impacto: Science Publishing Group. SJPH, BRJASR, SJMMS, IJERST EJERS, WWJMRD, J.IJFC, IJMB, IJNFS, J.JFNS y IESALC-UNESCO. Referente, Articulista, Forista de la Red de Profesionales ENGORMIX.COM.FEPALE E-Learning y Mundo Agropecuario.com. Peer Reviewer de Journal Internacionales: Science PG, SAS-Publisher, IJPPAW, and Elsevier Research. Autor-Editor KDP-Amazon (authorcentral.amazon.com), EAE-Publishing.com y Consejo Nacional del Libro (CENAL) Venezuela.

Eyranabell García (Univ. Nac. Exp. Francisco de Miranda UNEFM-Venezuela)

Venezolana. Médico cirujano UNEFM. Médico internista UNEFM. Magister en administración de hospitales LUZ. Doctorante en Ciencias de la Salud UNEFM. Coordinador instructor de clínica, medicina interna UNEFM, Docente postgrado de UNEFM. Cargo Médico adjunto y Jefe de servicio de medicina interna del Hospital del IVSS Dr. Rafael Calles Sierra.

Flor Urdaneta (Univ. Nac. Exp. Francisco de Miranda UNEFM-Venezuela)

Venezolana. Médico Cirujano. Magister Scientiaurum en Administración del Sector Salud Mención Epidemiología. Maestría en Endocrinología Avanzada. Universidad de Alcalá España. Doctorante en Ciencias de la Salud UNEFM. Curso Universitario de Locución. Certificado de Locución N° 34094. UNEFM. Curso de Capacitación Pedagógica para Profesionales no Docentes. Universidad Pedagógica Experimental Libertador. Diplomado en Actualización de Conocimiento sobre el Manejo del Paciente Diabético. Centro de Altos Estudios Dr. Arnaldo Gabaldón Maracay. Curso de Prospección integral en Atención Primaria: Instituto de Investigaciones Integradas. Cargo: Médico de Salud Pública Jefe II. Coordinadora del Servicio de Epidemiología del IVSS CORO. Coordinadora de Optativas de la UNEFM.

INDICE DE ARTICULOS

	Pág.
Toxicidad Tardía por tratamiento oncológico en un Adulto Mayor	9
Conocimientos del Pescador Adulto Mayor de Médano Blanco, sobre la higiene del pescado y anisakiasis. Año 2018	25
Cáncer de Mama como referencia de autoconcepto en una Adulta Mayor	36
Intervención comunitaria para mejorar la calidad de vida del adulto mayor del sector Pantano Abajo	54
Factores de riesgo cardiovascular y función sexual masculina en adultos mayores de la población de Píritu, municipio Píritu, estado Falcón. Julio-Octubre 2017	72
Estado cognitivo de adultos mayores residentes en centros de atención cerrada del estado Falcón Venezuela (2017)	91
Negacionismo individual en el comportamiento de un adulto mayor con VIH/Sida	107

GEROCIENCIA

**UNIVERSIDAD NACIONAL EXPERIMENTAL
"FRANCISCO DE MIRANDA"
ÁREA CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE GERONTOLOGÍA**

