

2019

QUINTA 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 III Vol I Nº 5. Enero a Junio 2019

Depósito legal. FA2017000074

Santa Ana de Coro, Estado Falcón, Venezuela

Director-Editor

Dra. Sandra Quintero (UNEFM)

Comité Editor

Lcda. Juleidys Reyes (UNEFM)

Lcda. Belen Cásares (UNEFM)

Comité Redacción

Lcda. Maroly Quevedo MSc (UNEFM)

Lcdo. Nohé Ramón Gilson. MSc. (UNEFM)

Consejo Asesores

Dra. María Romero (UNEFM)

Nohedwin Córdova (Lcda. Psicología y

Lcda. Gerontología UNEFM)

Dr. Jairo Villasmil (UNEFM-Venezuela)

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)

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

Master. 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)

Lcda. Arelis Camacho (Centro de Investigación y

Análisis Prospectivo CIAP-Venezuela)

Lcda. Alba Zárraga (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	89
Planilla de arbitraje	95
Líneas de Investigación de la Unidad de Investigaciones Gerontológicas UNIGER del Programa de Gerontología de la UNEFM	97
Resumen técnico de comité	99
Resumen técnico de árbitros	102
Resumen técnico de autores	106
Índice de artículos	108

EDITORIAL DE LA REVISTA

En estos tiempos, divulgar y difundir estudios en materia gerontológica sobre el adulto mayor, vejez y envejecimiento desde su propia realidad es menester de **“Revista GeroCiencia”**, cuyo ámbito de abordaje son lo 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.

Esta 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 y de los pueblos, se ocupan de entender a la 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.

Es oportuno referir que, la publicación de esta Revista se hace bajo el concepto digitalizado a fin de 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 como ya se ha mencionado en las ediciones anteriores.

En esta edición, se presentan dos 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 que no pudieron ser presentados en la edición anterior y que 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.

Es preciso destacar que, lo expresado por cada autor es responsabilidad propia del (los) mismo(s) siempre que no interfiera con el propósito de la Revista. Del mismo modo quiero resaltar que, el arbitraje de los Reportes de Caso y artículos de esta edición fue realizada por doctores y especialistas en diversas áreas multidisciplinarias a las Ciencias de la Salud quienes aportaron su conocimiento y experiencia siendo sus observaciones consideradas en cada artículo, caso y experiencia a fin de producir una Revista de calidad. 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 tanto con las familias como las 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”.

VIVIR CON CROMOMICOSIS, EN LA VOZ DE QUIEN AFRONTA ESTA REALIDAD EN LA ZONA SEMIÁRIDA DEL ESTADO FALCÓN

Paris, Luis

Universidad Nacional Experimental Francisco de Miranda UNEFM. Coro estado Falcón. Venezuela.

luisparisa@gmail.com

RESUMEN

La Cromomicosis, es una micosis de distribución mundial que afecta principalmente las poblaciones rurales de las zonas tropicales del mundo (Borelli 1979). Este artículo, expone los resultados de un estudio sobre la comprensión de las perspectivas que tiene un afectado de área endémica de Cromomicosis del Estado Falcón, respecto a su vida, situación y perspectivas sobre su enfermedad. El paradigma asumido fue el interpretativo naturalista (Martínez, 2009). Entre los resultados, se determinaron 2 categorías: Percepción de la Vida Diaria con Cromomicosis y Percepción de la Atención Médica y 6 subcategorías. Conocer el significado de vivir con Cromomicosis, en la voz de quienes enfrentan la experiencia, aporta respuestas sobre una enfermedad invalidante; cuya dimensión social ha sido discretamente abordada desde el punto de vista investigativo. La implementación de intervenciones educativas y de consejería a personas diagnosticadas, a sus familiares y comunidad general permitirán el cambio de percepción sobre la enfermedad

Palabras clave: Cromomicosis, área endémica, vivir con Cromomicosis.

LIVING WITH CHROMOMYCOSIS, IN THE VOICE OF WHO FACES THIS REALITY IN THE SEMI – ARID ZONE OF FALCON STATE**ABSTRACT**

Chromomycosis is a mycosis of worldwide distribution that mainly affects rural populations in the tropics of the world (Borelli 1979). This article presents the results of a study on the understanding of the perspectives of a person affected by the endemic area of Cromomicosis of the Falcón State, regarding their life, situation and perspectives on their disease. The assumed paradigm was the naturalistic interpretative (Martínez, 2009). Among the results, 2 categories were determined: Perception of Daily Life with Chromomycosis and Perception of Medical Attention and 6 subcategories. Knowing the meaning of living with Chromomycosis, in the voice of those who face the experience, provides answers about a disabling disease; whose social dimension has been discreetly approached from the investigative point of view. The implementation of educational interventions and counseling to diagnosed people, their families and the general community will allow the change of perception about the disease

Key word: Chromomycosis, Endemic Area, living with Chromomycosis.

INTRODUCCIÓN

La Cromomicosis (CM), es una micosis de distribución mundial que afecta principalmente las poblaciones rurales de las zonas tropicales y subtropicales del mundo, es considerada rara fuera de las zonas endémicas (Borelli 1979). La primera descripción de CM en el mundo fue publicada en 1914 por el médico alemán Max W. Rudolph (1887-1955) en Minas Gerais, Brasil y la denominó "Figueira" (Arenas 2014). En Venezuela, el primer caso fue reportado por José Antonio O'Daly Serraille en 1938. Describió posteriormente en 1943, ocho nuevos, dos de los cuales eran procedentes del estado Falcón (Borelli 1979).

El mecanismo de transmisión de la enfermedad quedaría explicado por la inoculación del agente causal en la piel de los afectados por la abundancia de plantas espinosas existentes en la zona semiárida del estado Falcón de donde proceden la mayoría de los casos, los cuales son infectados por *Cladophialophora carrionii* (Trejos 1954, de Hoog, 1995). El hongo se presenta en los tejidos parasitados como células cuerpos escleróticos (Arenas 2014, Richard 2005; Bonifaz, 2010).

La zona semiárida del Estado Falcón es "Reservárea" de esta especie, según se pudo comprobar por el aislamiento repetido de este hongo en varias plantas xerófilas propias de la zona (Richard y otros, 2005). En las zonas endémicas subhúmedas los pacientes son infectados por *Fonsecaea pedrosoi* (Brumpt 1922, Negroni, 1936), siendo este el segundo agente causal más frecuente en Venezuela. Según Richard y otros, (2005) la CM afecta la piel y el tejido celular subcutáneo; se localiza mayormente en las extremidades, también afectando aunque en menor proporción la cara, el cuello y el tronco. Se caracteriza por producir nódulos, placas escamocostrosas, verrugosidades y atrofia, de evolución crónica. La mayoría de los casos provienen de Latinoamérica, pero también se han publicado casos provenientes de Asia, África y Australia. En países como Costa Rica se registra 1 caso por cada 24.000 habitantes, en Madagascar 1 caso por cada 480 habitantes. En México ocupa el tercer lugar entre las micosis profundas (6%). (Arenas, 2014).

Las especies causales de esta micosis profunda fueron agrupadas con el nombre de "Cromomicetos" por el Dr. Dante Borelli. El Dr. Borelli a este respecto

indicaba que los "Cromomicetos" eran hongos oscuros, por el contenido de melanina en su pared celular, llamados dematiáceos, clasificados como *Hyphomycetes* en la familia *Herpotrichiellaceae* (Borelli, 1979).

Al hablar del "Área endémica", Pífano, que relacionaba la enfermedad al medio físico, la definía como "... extensión biogeográfica en donde concurren los elementos que integran el denominado complejo patógeno o cadena epidemiológica, ya sea al estado potencial (sin repercusión humana) o afectando al individuo o a las comunidades que entran en contacto con los agentes causales a través de vectores u otro medio de transmisión (Pifano, 1965).

En Venezuela, si bien la enfermedad ha sido señalada en todo el territorio nacional, es importante resaltar que posee áreas endémicas tales como las descritas en los estados: Falcón, Lara y Zulia, donde se concentró la gran mayoría de los casos reportados entre 1983 y 2005, 852/ 900 (94,66 %). Considerando lo anteriormente expuesto en relación al Estado Falcón, la casuística acumulada representa 49/900 (54,44 %), casi de manera exclusiva causado por el agente *C. carrionii*, mientras que, en los estados Lara y Zulia representan 178/900 (19,77 %) y 184/900 (20,44), respectivamente. (Richard et al., 2009). Entre el 2006 y el 2008 se reportaron 32 casos nuevos de cromomycosis en Venezuela (Boletín Informativo de las Micosis en Venezuela, 2009). Entre el 2010 y el 2013 se reportaron en el estado falcón 45 nuevos casos de CM (Hernández 2012, Paris 2012).

Con el devenir del tiempo se han estudiado a profundidad los aspectos etiológicos, fisiopatológicos, epidemiológicos, clínicos, patológicos, microbiológicos y terapéuticos de la Cromomycosis; sin embargo los aspectos psicológicos, psiquiátricos y sociales sobre la enfermedad que tienen los afectados o los familiares no han sido abordados. Todo lo explicado anteriormente fue motivo para descubrir el interés por ocuparme en estudiar la percepción del paciente sobre la cromomycosis como una enfermedad familiar, rural e invalidante. Por tal motivo surge la interrogante ¿Qué Significado tiene Vivir con Cromomycosis, en la Voz de Quien Enfrenta esta Realidad en la Zona Semi- Árida del Estado Falcón? Emergiendo como propósito Interpretar los elementos del Significado que tiene Vivir con Cromomycosis, en la Voz de Quien Enfrenta esta Realidad en la Zona Semi- Árida del Estado Falcón.

METODOLOGÍA

En esta investigación el paradigma asumido, para acercarse a la realidad es el interpretativo naturalista, el cual es definido por Martínez (2009) como el estudio de una cualidad o calidad, representando la naturaleza y la esencia de una realidad. El método cualitativo desde el paradigma naturalista señala Guba y Lincon (2000); es el laboratorio de la investigación cualitativa es la vida cotidiana, independientemente del marco interpretativo que se use, construye el conocimiento sobre la realidad social y cultural que permite captar el punto de vista de quienes lo producen y lo viven.

En el contexto de la presente investigación: primero se escogió al participante: quien fue un paciente de la consulta de micología médica del Centro Regional de Inmunología del Estado Falcón; el cual fue captado en unas jornadas de atención medica realizada en la población de Urumaco, municipio homólogo del Estado Falcón.

Posteriormente se realizó el acceso a través de un informante clave, recolectando la información a través de entrevistas semiestructuradas, audiograbadas, cara a cara, durante 2 encuentros de 2 horas cada una, esto dirigido hacia la comprensión de las perspectivas que tienen el informante respecto a su vida, su experiencia o situación, tal como lo expresan Taylor y Bodgan (1992). La segunda, fue la observación participante moderada, definida por Hernández, Fernández y Baptista (2010) como “la participación del observador en algunas actividades, pero no en todas”.

En este caso se realizaron visitas al informante en su casa de habitación para visualizar y tomar nota de sus actividades y aplicar la guía de entrevista semiestructurada que sirvió como técnica. El análisis de contenido implicó la realización de una categorización definida por Martínez (2009) como aquella que consiste en clasificar las partes en relación con el todo, de describir categorías o clases significativas. Posteriormente fue realizado un microanálisis del texto línea por línea utilizando la codificación abierta y selección de códigos vivos para definir categorías temáticas iniciales; posteriormente se buscó reducir el texto, para extraer las categorías y subcategorías y de esta manera construir la síntesis de la relación final de los temas o conceptos mediante la codificación axial y selectiva.

En relación a los aspectos éticos del estudio, se obtuvo el consentimiento informado por escrito del participante.

El área de investigación del estudio en la UNEFM es: Educación para la salud, prevención de enfermedades y aspectos clínicos, línea de investigación: Rehabilitación y habilitación y sublínea: Discapacidad y salud.

MARCO REFERENCIAL

Referentes de investigación

En vista de lo inédito de esta investigación, en el proceso de revisión documental hasta este momento no se han encontrado estudios relacionados que permitan explorar las percepciones de los afectados en cuanto a su condición médica, la interacción con los miembros del equipo de salud, la interacción social, los procesos de aprendizaje y su vida cotidiana.

En tal sentido entre los referentes citados se encuentra Paris (2017), en cuyo trabajo titulado: programa de control de la endemia de cromomicosis en los estados Falcón, Lara y Zulia cuyo objetivo fue proponer un plan de abordaje integral del paciente con cromomicosis, menciona al rechazo social, al aislamiento social, y a la discriminación, como representaciones sociales las cuales pueden estar presentes en personas con Cromomicosis.

Sin embargo existen investigadores que han abordado, la percepción del afectado por enfermedades infecciosas como el VIH- SIDA; como es el caso de un estudio, llevado a cabo por Calvo, Pérez y Morales en un estudio titulado: El significado de vivir con VIH, en la voz de quienes enfrentan esa realidad cuyo propósito fue comprender como se construye socialmente el significado de vivir con VIH. Se utilizó una aproximación cualitativa bajo la teoría fundamentada; la selección de participante se realizó mediante una técnica de bola de nieve, se recolectaron datos a través de una entrevista semiestructurada y mediante el análisis de contenido de categorías. Se pudieron identificar 7 categorías: información, creencias, percepciones, sentimientos, actitudes, aceptación de la realidad y adaptación a una nueva vida.

En un estudio realizado por Palacios, Lizarazo, Moreno y Ospino (2015), titulado: El significado de la vida y de la muerte para mujeres con cáncer de mama; cuyo propósito fue comprender el significado de la vida y la muerte en un

grupo de once mujeres con cáncer de mama. El método utilizado fue una entrevista a cada participante y se clasificó y codificó la información buscando categorías emergentes con base en el enfoque procesual de las representaciones sociales. Como resultados se obtuvieron como categorías: apoyo, tratamiento, muerte; efectos secundarios; afrontamiento y suicidio; experiencia positiva con el médico y el hospital; reacciones emocionales; conocimiento previo de la quimioterapia; experiencias previas con el cáncer; proceso de diagnóstico y médico como poseedor de conocimiento. Este estudio permitió aproximarse a la comprensión tanto del cáncer de mama como de los cambios que este genera en el significado de la vida y de la muerte. Así mismo, permitió comprender la importancia de la familia y de la red de apoyo en esta.

RESULTADOS

Se evaluó un paciente masculino de 65 años de edad, natural y procedente de la Parroquia Urumaco, estado Falcón, de ocupación agricultor. Quien refirió presentar lesión traumática con Guasábara (*Opuntia caribea*), en la mano derecha. Un mes posterior a esta eventualidad presenta una pequeña placa escamocostrosa, pruriginosa apenas perceptible a la vista en el área afectada que fue creciendo a lo largo de 6 años produciendo lesiones mixtas: placas escamocostrosas y verrugosas de 38cm aproximadamente, así como pérdida gradual de la movilidad de la mano y el codo de la extremidad afectada, interfiriendo con el desarrollo de las actividades diarias. Se realiza una jornada de atención médica en el pueblo de Urumaco donde fue evaluado y se toma muestra para examen directo donde se evidencia la presencia de cuerpos escleróticos, así como muestra para cultivo donde se aisló *Cladophialophora carrionii* confirmándose el diagnóstico de Cromomicosis, siendo clasificada con el Grado de Severa (ver anexo).

Se realizaron las siguientes preguntas: ¿Cómo ha sido afectado su vida diaria esta enfermedad?; ¿Porque cree usted, que esta enfermedad afecto la relación con sus familiares?; ¿Cómo se ha visto afectada su capacidad de trabajar?; ¿Usted acudió a algún centro médico para recibir atención y ayuda?.

Se determinaron 2 categorías orientadoras: Percepción de la Vida Diaria con Cromomicosis y Percepción de la Atención Médica. 6 subcategorías: La

enfermedad como causa de desdicha; temor al contagio; la enfermedad como causa de incapacidad; falta de atención adecuada; la enfermedad como causa de vergüenza; la enfermedad deforma las áreas afectadas; falta de atención adecuada por parte del equipo de salud, falta de conocimiento sobre la enfermedad, por parte del equipo de salud.(Ver Matriz de Categorización).

Cuadro 1. Categorización (categorías orientadoras).

Categoría Orientadora	Subcategorías
Percepción de la enfermedad	Percepción de la Vida Diaria con Cromomicosis.
	Percepción de la Atención Médica.

Fuente: Paris (2018).

Cuadro 2. Matriz de categorización. Percepción de la Vida Diaria con la Enfermedad (Extracto).

Percepción de la vida diaria con cromomicosis.		
Preguntas del entrevistador	Informante	
¿Cómo ha sido afectada su vida diaria esta enfermedad?	Información Oral y Gestual	Subcategoría
	Esta enfermedad me ha quitado muchas cosas y me hace estar triste; por perder mi trabajo y mi familia.,,,,	La enfermedad como causa de desdicha.
¿Porque cree usted, que esta enfermedad afecto la relación con sus familiares y amigos?	Nadie se quiere acercar a mí, por temor a contagiarse con esto que tengo.	Temor al contagio.
	Además esta enfermedad es muy fea. Mi brazo se ha deformado con el tiempo.	La enfermedad deforma las áreas afectadas.

¿Cómo se ha visto afectada su capacidad de trabajar?	Esta enfermedad me ha causado problemas, para mover el brazo que tengo afectado; lo cual me ha limitado bastante para usar una pala, un pico u otra herramienta en mi huerta.	La enfermedad como causa de incapacidad
--	---	---

Fuente: Paris (2018).

Cuadro 3. Matriz de categorización. Percepción de la atención en salud (extracto).

Percepción de la atención en salud		
Preguntas del entrevistador	Informante	
	Información Oral y Gestual	Subcategoría
¿Usted acudió a algún centro médico, para recibir atención?	Sí, en alguna oportunidad asistí al ambulatorio de la comunidad cuando estaban pequeñas las lesiones, pero no me realizaron exámenes como el que me hicieron en la piel, para ver que tenía. Solo me colocaban cremas que no me mejoraban. Una vez que fue progresando la enfermedad en mi brazo, me daba vergüenza mostrárselo a alguien.	Falta de atención adecuada. La enfermedad como causa de vergüenza. Falta de conocimiento sobre la enfermedad, por parte del equipo de salud.

Fuente: Paris (2018).

CONCLUSIONES

Conocer el significado de vivir con Cromomicosis, en la voz de quien afrontan la experiencia, aporta respuestas sobre la multidimensionalidad de una enfermedad micótica considerada familiar, laboral, rural e invalidante; cuya dimensión social no ha sido abordada desde el punto de vista investigativo .

Los hallazgos en las categorías y subcategorías permiten, iniciar la comprensión del contexto social de los afectados por esta enfermedad en el Estado Falcón. La Cromomicosis fue identificada como causa de desdicha por el informante, ya que deforma sus miembros y altera sus vínculos afectivos con su familia y amigos; siendo señalado el temor al contagio como causa principal de esto. Se puso en evidencia que el afectado por la enfermedad percibe una atención inadecuada por parte del equipo de salud asociándolo a la falta de conocimiento sobre la enfermedad, por el mencionado equipo. La exclusión social, la atención médica inadecuada, la depresión, la invalidez, son facetas de esta enfermedad micótica.

RECOMENDACIONES

La implementación de intervenciones tanto educativas como de consejería a personas diagnosticadas, a sus familiares y comunidad general permitirán el cambio de percepción sobre la enfermedad y redundarán en el fortalecimiento de la dignidad humana de los afectados. Otro aspecto a considerar es incentivar la participación de los afectados, como generadores de conocimiento hacia la prevención y sobre los intrincados procesos sociales que determinan el rechazo de una sociedad frente a un padecimiento de esta índole. Es necesario en futuras investigaciones a su vez profundizar en evaluar la percepción que presenta el personal de salud del área endémica de cromomicosis en el estado Falcón, sobre esta enfermedad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Arena R. (2014). Cromoblastomicosis. En *Micología Médica ilustrada*. 5ta. ed. México: Ed. Interamericana McGraw-Hill; p. 139-147.
- Borelli, D. (1979). Reservárea de algunos agentes de Paracoccidioidomicosis. *Med. Cut.*; 4:70-387.
- Calvo, M y otros (2018). El significado de vivir con VIH, en la voz de quienes enfrentan esa realidad. *Desarrollo Científico en enfermería*. Vol. 16, N° 7 (agosto 2018), p 309 – 312.

- Guba E, Lincon Y (2000). Paradigmas en competencia en la investigación cualitativa. En por los rincones: antología de métodos cualitativos en investigación social. México.
- Hernández, H. (2013). Factores Clínicos y epidemiológicos asociados a la endemia de cromomycosis en la Parroquia Sabaneta, Municipio Miranda-estado Falcón. Trabajo de grado presentado como requisito parcial, para optar al título de Magister Scientiarum en Micología de la Universidad Nacional Experimental Francisco de Miranda, Coro – estado Falcón.
- Martínez, M (2009). Ciencia y Arte de la Metodología Cualitativa. Editorial Trillas. México.
- Morse JM (2003). Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa. Colombia: Ed. Universidad de Antioquia.
- O' Daly, J.A. (1938). La cromoblastomycosis. Rev Policlínica de Caracas; 4: 2300-2303.
- O' Daly J.A. (1943). La cromoblastomycosis en Venezuela. Memoria de la Primera Jornada Venezolana de Venereología y Dermatología Lit y Tip del Comercio, Caracas; 121-145.
- OPS (2011). Planes de Acción Integrados para la Prevención, Control y Eliminación de las Enfermedades Infecciosas Desatendidas.
- Palacios, X y otros. (2015). El significado de la vida y de la muerte para mujeres con cáncer de mama. Avances en Psicología Latinoamericana / Bogotá (Colombia) / Vol. 33(3) / pp. 455-479.
- Paris, L y otros. (2012). Consideraciones Epidemiológicas de la Endemia de Cromomycosis en el Estado Falcón -Venezuela. Ponencia presentada en la I Jornada Científica, Epidemiología: Dr. Francisco Leal. Santa Ana de Coro - Venezuela, 30/11/2012.
- Paris, L y otros. (2012). Cromomycosis: Niveles de Consanguinidad en poblaciones del área endémica de la Zona Semiárida del Estado Falcón, Venezuela. Trabajo de investigación presentado en la LXII Convención Anual de Asociación Venezolana de Avance de la Ciencia (ASOVAC) Caracas - Venezuela 2012.
- Paris, L. (2013). Factores Clínicos terapéuticos y epidemiológicos asociados a la endemia de cromomycosis en el municipio Urumaco- estado Falcón. Trabajo

de grado presentado como requisito parcial, para optar al título de *Magister Scientiarum* en Micología de la Universidad Nacional Experimental Francisco de Miranda, Coro – estado Falcón.

Paris, L. (2017). Programa de control de la endemia de Cromomicosis en los estados Falcón, Lara y Zulia. Fondo Editorial UNEFM. Primera Edición. Santa Ana de Coro, Estado Falcón.

Pifano F. (1969). Algunos aspectos en la ecología y epidemiología de las enfermedades endémica. Caracas, Ed. del M.S. y A. S.

ANEXOS



Lesiones presentadas por el informante



Detalle de las lesiones.

Fotografía1: Lesiones presentadas por el informante. Fuente: Paris (2018).

Fotografía 2: Detalle de las lesiones. Fuente: Paris (2018).

FACTORES DE RIESGO DE PROTESIS DENTAL EN UNA ADULTA MAYOR**Pulgar, María Teresa**

Universidad Nacional Experimental "Francisco de Miranda" Coro estado Falcón.
Venezuela

mariapulgar123@gmail.com

RESUMEN

Al hablar de envejecimiento decimos que es un proceso dinámico, un cambio que se da en forma y paulatina que pertenece al sujeto. Dicho esto, el objetivo de este estudio de caso, es dar a conocer los riesgos que conlleva a nuestros adultos mayores el uso de prótesis dental deteriorada, ante la amenaza de ser deglutidas y una vez en el esófago las consecuencias pueden ser devastadora. Esta investigación es de tipo cuali-cuantitativa, por lo tanto se torna una forma, es decir, que intervienen muchos factores para prevenir y minimizar el riesgo que produce el mal uso de las prótesis dentales en los adultos mayores. Si enseñamos a nuestros adultos mayores a conservar una excelente salud bucal, le estaremos brindando calidad de vida al adulto mayor. Podemos concluir que prevenir las complicaciones de las perforaciones esofágicas depende de un diagnóstico precoz y tratamiento oportuno.

Palabras clave: Esófago, perforación esofágica, mediastinitis, absceso.

RISK FACTORS OF DENTAL PROTESIS IN A GREATER ADULT**ABSTRACT**

When we speak of aging we say that it is a dynamic process, a change that occurs in a gradual way that belongs to the subject. The objective of this case study is to publicize the risks that the use of deteriorated dental prostheses entails for our elderly people, given the threat of being swallowed and once in the esophagus the consequences can be devastating. This research is of qualitative-quantitative type, therefore it becomes a quantitative prospective form, that is to say, that many factors intervene to prevent and minimize the risk that the misuse of dental prostheses produces in the elderly. If we teach our elders to maintain excellent oral health, we will be providing quality of life to the elderly. We can conclude that preventing the complications of esophageal perforations depends on an early diagnosis and timely treatment.

Key words: Esophagus, esophageal perforation, mediastinitis, abscesses.

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento de la sociedad es una tendencia global, según el informe de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) del año 2006 la población superaría los 6500 millones. Por eso, durante muchos años la superpoblación fue considerada el principal problema demográfico pero hoy en día los expertos se preocupan más por el envejecimiento. Cuando hablamos de envejecimiento, sabemos que constituye un proceso biológico donde ocurre una serie de cambios estructurales y funcionales que aparecen con el paso del tiempo, no escapan de ello los cambios originados en la cavidad bucal del adulto mayor, como parte del envejecimiento general del organismo, entre los cuales podemos mencionar el desgaste de los dientes, degeneración de la mucosa oral y otros como consecuencia de enfermedades bucales y malos hábitos de higiene.

En este sentido, la salud bucal deteriorada, también conlleva a una mala calidad de vida del adulto, cuando este se ve limitado en poder ejercer el proceso natural de la masticación o trituración de los alimentos para así lograr un estado nutricional adecuado. Aquí es importante tomar en cuenta que los estudios de la salud bucal guardan relación con la calidad de vida y con la salud en general debido a que las alteraciones propias del envejecimiento y el desgaste que se presentan en la boca comprometen el bienestar funcional, social y psicológico del adulto mayor.

Siguiendo este orden de ideas, es como vemos que esta pérdida parcial o total de las piezas dentarias, ocasiona el uso de elementos artificiales destinados a restaurar la anatomía de una o varias piezas dentarias, y que ellas pueden ser removibles o fijas. Cuando son removibles podemos insertarlas y desinsertarlas cuando nosotros queramos considerando que deben retirarse en la noche, y limpiarse una vez al día. De no ser tratada como corresponde, puede generar lesiones a nivel bucal en las encías que es donde se sujeta o ancla al mismo tiempo puede ocurrir un desprendimiento de una pieza dentaria que ocasione graves lesiones una vez que es tragada por la persona.

La investigación que se realizó se fundamentó sobre el riesgo en el adulto mayor del uso inadecuado de prótesis dentales. Este reporte de caso es importante, ya que nos va a permitir prevenir el riesgo que corren los adultos mayores, con el uso de prótesis dentales en mal estado, desajustadas, viejas por

mucho tiempo de uso, que ocasiona daños a la salud física, social, económica, y mental del adulto mayor. Los resultados presentados en este caso permitirán educar a las personas mayores acerca del buen uso de las prótesis dentales en relación al buen uso de las prótesis bucales, su salud bucal, a su núcleo familiar y prevenir complicaciones por las consecuencias que puede generar el cuerpo extraño en el esófago. Dicho lo anterior, el objetivo de este caso es dar a conocer los riesgos que conlleva a nuestros adultos mayores el uso de prótesis dental deteriorada, ante la amenaza de ser deglutidas y una vez en el esófago las consecuencias pueden ser devastadora.

MARCO REFERENCIAL

Referencias de investigación

Cabe considerar como lo plantea Carvalino de Oliveira en Abreu de la Huerta (2000) que al aumentar la edad y como consecuencias de las sucesivas perdidas dentarias, aumenta el número de personas que requieren ser habilitadas protésicamente. Los dientes inferiores son los últimos que se pierden, por eso hay supremacía en cuanto al desdentamiento superior, 6. En una investigación realizada por portadores de prótesis en Holguín también predominaron las prótesis totales superiores sobre las inferiores similares a lo encontrado en estudios epidemiológico de Colombia.

Cuando se analiza las visitas periódicas a los odontólogos, nuestros resultados concuerdan con investigaciones realizadas en Cuba y en otros países, que arrojan cifras muy bajas de pacientes portadores de prótesis que asisten con periodicidad al odontólogo. Esto puede estar asociado con la creencia errónea de que con la colocación de las prótesis se ha concluido el trabajo y muchas veces no acuden al odontólogo, la misma necesita ser reparada o ante el dolor o lesión evidente que afecta el bienestar del individuo.

Dentro de este marco de ideas, como lo expresa en el trabajo realizado en el hospital General Docente “Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso” Cuba (2014 citado por Verdecia M, Rodriguez D y Verdecia R, 2014) sobre Perforación esofágica por cuerpos extraños en una anciana. En los cuerpos de guardia resulta muy frecuente, para los especialistas en otorrinolaringología, la atención de pacientes que presentan algún cuerpo extraño en el esófago. En muchos casos los

afectados suelen tener edades avanzadas, debido a la ausencia de dentición y el uso de prótesis dentales que imposibilitan detectar la presencia de cuerpo extraño en sus alimentos. En los ancianos dementes existe la posibilidad de ingestión espontánea por falta de juicio crítico ante el peligro. Por ello los cuidadores deben evitar accidentes, a través de la vigilancia de las comidas y de los objetos pequeños al alcance de estas personas.

Cabe señalar que en los adultos mayores coexisten cambios y afecciones que predisponen a las complicaciones postquirúrgicas, por lo que suelen evolucionar desfavorablemente y fallecer entre 16 y 40% del total, generalmente por choque séptico y fallo de múltiples órganos.

En atención a la problemática, la perforación del esófago es una afección mortal que requiere la atención del especialista para la supervivencia del enfermo. La perforación esofágica ocurre como resultado de la realización de endoscopia ingestión de cuerpos extraños. La hemorragia, penetración, perforación mediastinitis y pitorax son complicaciones que pueden desarrollarse. De hecho está representado en el reporte de un caso, en el trabajo perforación esofágica por desgarró al descenso de una prótesis dental (Bolio A, Medina K, Luna J, 2004)

Se reporta el caso de un paciente quien presentó perforaciones esofágicas múltiples, varias en el esófago cervical y una en el esófago torácico después de tragar la prótesis dental. Las perforaciones fueron resueltas mediante intervención quirúrgica en la región cervical y torácica. El enfisema mediastinal fue resuelto la evolución post operatoria fue excelente.

Referencia teórica para el estudio

Esófago.

Es el segmento que conecta la faringe al estómago y por el cual los alimentos masticados pasan. Mide aproximadamente 25 cm de longitud y 2 cm de diámetro. El funcionamiento del mismo, es que al llegar los alimentos el emite contracciones musculares que permiten el descenso de los alimentos. El esófago dispone de un esfínter superior que impide la regurgitación de los alimentos, no así, es su parte inferior que se ubica un musculo del estómago que hace las veces de esfínter, e impide que los alimentos se devuelvan.

Perforación esofágica.

Es un orificio en el esófago. Este es el tubo a través de la cual el alimento pasa desde la boca hacia el estómago. Los contenidos del esófago pueden pasar a la zona alrededor del pecho (mediastino) cuando hay una perforación esto a menudo ocasiona infección del mediastino (mediastinitis)

Mediastinitis.

Es una enfermedad poco frecuente que se caracteriza por la existencia de inflamación de tipo agudo o crónico en el mediastino, es un proceso grave que causa mortalidad.

Absceso Fríos.

Zona de infección que no muestra signos típicos de calor, rubor o eritema, e inflamación. Acumulación de pus en una cavidad del cuerpo debido a un proceso infeccioso en el que se producen destrucción de tejidos orgánicos.

REPORTE DE CASO

Se trata de paciente femenina de 58 años de edad, con antecedentes de hipertensión arterial y diabetes mellitus, quien consulta a la sala de urgencia de la clínica Virgen de la Guadalupe dos días después, por presentar posterior a ingesta de dosis de medicamento, ingestión simultanea de prótesis dental, acude a facultativo por presentar dolor, malestar general, fiebre, dificultad para deglutir alimentos sólidos y líquidos. Es ingresada al Hospital General de Coro y se le practica endoscopia digestiva superior, para realizar extracción de cuerpo extraño (prótesis dental), la cual es extraída con pinzas, quedando recluida en hospitalización para antibioticoterapia y vigilancia. En días posteriores presenta aumento de volumen en región de cuello, dolor, dificultad más acentuada para la deglución de alimentos, requiriendo valoración por el servicio de cirugía general.

Examen físico realizado al momento de la historia médica, se aprecia consciente pero angustiada, estresada, con rostro de dolor. Región del cuello izquierdo con aumento de volumen de aproximadamente 5x6 cm, sin calor local, rubor, se aprecia ganglios palpables en región del cuello, dolor a la palpación de la tumoración. El área cardio-pulmonar no mostraba alteraciones de importancia. Resto del examen físico sin compromiso.

Pruebas de laboratorio: se aprecia aumento de las células de defensa del organismo (leucocitos) 12.000 y luego progresa a 24.500, polimorfo nucleares 90%, valores de glucosa en sangre elevada. Se le realiza otros estudios entre los cuales está el rayo x de cuello, y ecosonograma de región cervical donde describen una masa ocupante de espacio alrededor de la tráquea hacia el lado izquierdo, de 4x 2 cm, heterogénea de bordes bien circunscritos. No presenta vascularidad al uso del doppler. El lóbulo izquierdo del tiroides, muestra efecto de masa en su cara inferior. Concluye con una masa para-traqueal izquierda con las características antes descritas, sugerente de absceso frío. Se le realiza estudio de tomografía computarizada de cuello, apreciando en la imagen en región lateral del cuello (izquierdo) aumento de la densidad paralela a la tráquea y glándula tiroidea, haciendo efecto de masa compresiva sobre las estructuras cercana.

Por otra parte, en la tomografía de tórax no se aprecian alteraciones. El diagnóstico emitido fue perforación esofágica por cuerpo extraño (prótesis dental) complicada con absceso en región cervical. Izquierda. La conducta asumida fue realizar intervención quirúrgica: Cervicotomía Izquierda más drenaje, los hallazgos fueron 50 cc de secreción purulenta aproximadamente, con escasa fetidez, tejido esofágico y sus alrededores friables, congestivos. Se pasa a hospitalización donde permanece con antibióticos endovenosos, curas diarias y egresa a los 6 días por mejoría clínica.

Así mismo, el trauma esofágico es considerado una de las más graves lesiones en el sistema digestivo. Depende del tiempo transcurrido entre el momento de la lesión y la instalación del tratamiento, así como también, la causa que originó el traumatismo (perforación). La mortalidad por perforación esofágica gira entre un 19% a un 40%, como lo afirma Asensio y col (2001). Y las complicaciones un 49% fueron asociadas a las lesiones en esófago, siendo las más frecuentes infecciones en la herida 8%, fistulas (comunicación entre dos espacios) 5%, abscesos 4%, y la más temida de las complicaciones es la mediastinitis 4% (infección severa mortal de un espacio denominado mediastino).

El área de investigación del estudio en la UNEFM es: Educación para la salud, prevención de enfermedades y aspectos clínicos, línea de investigación: Rehabilitación y habilitación y sublínea: Discapacidad y salud.

CONCLUSIONES

Cuando apreciamos que estas lesiones afectan a los adultos mayores, tienen mayor probabilidad de perecer después del traumatismo. Debido a que los adultos mayores por el efecto del envejecimiento en los diferentes órganos y sistemas, que no son notorios usualmente, en pacientes estables, en los ancianos sometidos a situaciones de estrés como lo representa la perforación del esófago, ellos no son capaces de responder al aumento metabólico generado por el trauma, como lo haría una persona joven. Además, estos cambios fisiológicos del envejecimiento hacen que estos pacientes sean más susceptibles a tener complicaciones.

RECOMENDACIONES

Como hemos observado la susceptibilidad que presentan los adultos mayores con el uso de prótesis dentales en estado de deterioro, hace necesario mejorar la salud bucal del anciano, a través de facilitar la educación para la promoción de la salud del mismo, a través de charlas acerca de explicar que ocurre con sus órganos y sistemas por la acción de la edad, sobre todo a su cavidad bucal que conlleva a la rehabilitación con el uso de prótesis y enseñarles que el solo hecho de colocarles las prótesis requiere de cuidados especiales como lo son: Las consultas periódicas a los odontólogos con la finalidad de chequear el estado de la prótesis y toda la cavidad oral. Estimular el cepillado de las prótesis varias veces al día, así como también el retiro de la misma en las horas nocturnas para descansar la cavidad bucal. Promover el uso, cuidado, conservación de las prótesis dentales. Se sugiere que el personal encargado del cuidado de estos ancianos haga evaluaciones periódicas a la cavidad bucal, con el fin de prevenir lesiones.

Precisemos antes que nada, que es de suma importancia que al sospechar de estos accidentes en los adultos mayores se hace sumamente importante, acudir lo más pronto posible a las emergencias de los centros de salud, para establecer un diagnóstico precoz y un tratamiento oportuno con el fin de prevenirlas complicaciones que contribuyen al aumento de la tasa de mortalidad del adulto mayor.

Por último es conveniente anotar que cuando valoramos el paciente anciano debemos tomar en cuenta la salud física, mental, socioeconómica adulto mayor.

ANEXOS



Fotografía: Prótesis dental extraída del esófago. Fuente: Pulgar (2018).



Fotografía: Radiografía de región cervical. Fuente: Pulgar (2018).



Fotografía: Tomografía de región cervical. Fuente: Pulgar (2018).



Fotografía: Tomografía de región cervical. Fuente: Pulgar (2018).



Tomografía de región torácica. Fuente: Pulgar (2018).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu de la Huerta M del C, Sanjuro Alvarez M del C, Fornaris Frias MF (2000) *Conocimiento y Hábito en pacientes portadores de prótesis dentales en relación con su uso y cuidados*- Rev Medisan. 2000; 4 (4): 23-7.
- Bolio A, Medina K, Luna J (2004). *Perforación esofágica por desgarro al descenso de una prótesis dental, Reporte de un Caso*. Acta Médica, Grupo Ángeles 2 (4), 243- 245; 2004.
- Verdecia M, Rodríguez D y Verdecia R. (2014) *Perforación esofágica por cuerpo extraño en una anciana*. Hospital General Docente “Dr Juan Bruno Zsayas Alfonso”. Santiago de Cuba, Cuba. Medisan Vol.18 N° 18 N° 7, Santiago de Cuba Jun-Jul. 2014.

CALIDAD DE VIDA Y TRASPLANTE DE ÓRGANOS EN ADULTOS MAYORES. Un tema poco tratado en la comunidad de la salud

Acosta, Gioconda¹ y Quintero, Sandra²

Universidad Nacional Experimental "Francisco de Miranda" UNEFM. Coro estado
Falcón Venezuela.

Programa de Medicina ¹, Programa de Gerontología ²

giocondacosta19@gmail.com¹ y investigacionsandraquintero@gmail.com²

RESUMEN

El presente artículo, es una exposición teórico legal del tema de la calidad de vida y trasplante de órganos en adultos mayores, como tema poco tratado en la comunidad de la salud reflexionados en base a las experiencias vividas en el campo gerontológico y médico propio de las autoras. El propósito del mismo es mostrar desde la revisión documental la importancia de considerar el trasplante de órganos en adultos mayores como una oportunidad de fortalecimiento y mejora de su calidad de vida. No pretendemos obligar a la toma de conciencia sino a sensibilizar a los entes de salud, familias, instancias gubernamentales y no gubernamentales a contribuir con la inclusión del adulto mayor como ciudadano de derecho dentro del proceso de trasplante y donación de órganos pues se ha visto y comprobado gracias a estudios de carácter científico que existe una mejora de su calidad de vida como seres humanos y, se avivan los deseos de vivir una vida plena como cualquier grupo etéreo.

Palabras clave: trasplante, adulto mayor, derechos humanos, calidad de vida.

QUALITY OF LIFE AND ORGAN TRANSPLANTATION IN ELDERLY ADULTS A little discussed topic in the health community

ABSTRACT

This article is a legal theoretical exposition of the issue of quality of life and organ transplantation in older adults, as a topic that has not been discussed in the health community, based on the experiences of the gerontological and medical field of Authors Its purpose is to show from the documentary review the importance of considering organ transplantation in older adults as an opportunity to strengthen and improve their quality of life. We do not intend to force awareness but to sensitize health entities, families, governmental and non-governmental entities to contribute to the inclusion of the elderly as a citizen by law in the process of transplantation and organ donation as it has been seen and proven thanks to studies of a scientific nature that there is an improvement in their quality of life as human beings and, the desire to live a full life like any age group is fueled

Keywords: transplant, elderly, human rights, quality of life.

INTRODUCCIÓN

Cuando se habla de calidad de vida y trasplante en el adulto(a) mayor, se debe hablar de éste como ser humano, como persona, sujeto de derechos y centro de dicha atención; una situación que expone la necesidad de reconocer el derecho a la vida y la preservación de una salud óptima al mismo nivel de cualquier otro grupo de edad. Frente a lo señalado, es posible observar en la visión o razón de algunos profesionales e instancias de salud un cuestionamiento tal vez malsano acerca del tema “trasplante para el adulto(a) mayor” al considerar que, por su edad, son pocas las posibilidades de supervivencia y peor aún, de aprovechamiento del órgano trasplantado para la mejora de su calidad de vida; es aquí precisamente cuando se devela la poca inclusión que tiene el adulto mayor en las listas de espera de donantes.

Hay que tener claro, que la calidad de vida abarca distintos ámbitos, entre ellos la salud física, mental y social, pero no sorprenden que las personas mayores con alguna afección tiendan a reportar una calidad de vida más baja en comparación con otras personas mayores que no la padece.

Es por ello que, indistintamente de la situación de enfermedad que padezca el adulto(a) mayor, es menester el conocimiento de sus derechos como condición básica para exigir mejores condiciones de supervivencia y una mejor calidad de vida; de hecho, el impacto que producen las complicaciones de la enfermedad sobre la calidad de vida ha sido demostrada en diversas investigaciones, especialmente cuando se destaca la relación entre la satisfacción de vida y los síntomas depresivos, puede estar asociada parcialmente con el tipo de emociones positivas o negativas en situaciones de trasplante de órgano en adultos mayores tal como plantea Cohn (2009).

El área de investigación del estudio en la UNEFM es Educación para la salud, prevención de enfermedades y aspectos clínicos, línea de investigación: Rehabilitación y habilitación y sublínea: Rehabilitación y habilitación en el adulto mayor.

DESARROLLO

Conociendo sobre la salud enfermedad

Para desarrollar el tema de calidad de vida y trasplante de órganos en adultos mayores, haremos un recorrido por algunos estudios que sirven como referente para comprender mejor la conjunción de estas temáticas iniciando por Rivera (2016, p.76) quien publicó un capítulo titulado “Calidad de vida en adultos mayores mexicanos con diabetes” en el libro *Perfiles sobre envejecimiento. Gerontología para la vida activa, una propuesta regional*; en este refiere que en la última década del siglo XXI, la investigación en el campo de la gerontología ha mostrado interés sobre temas relacionados con la calidad de vida en adultos mayores que padecen enfermedades crónicas; señala que existen dos indicadores de la calidad de vida que son los síntomas depresivos y los niveles de satisfacción con la vida; sin embargo, acota que pocos estudios han examinado la satisfacción con la vida en personas que padecen diabetes.

Refiere también Rivera que los niveles de satisfacción en esa población son relativamente altos, evidencia una serie de problemas y dificultades asociadas con la enfermedad, por ejemplo, los síntomas depresivos, complicaciones derivadas que dificultan las actividades de la vida diaria, monitoreo de glucosa, entre otras relacionadas con la satisfacción de vida. Es importante reconocer que los datos manejados estudio de Rivera son de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, (ENSANUT, 2012) en México.

Por su parte, Kutner y otros (2000), examinaron el estado funcional, la depresión y la satisfacción de vida en adultos mayores de edad similar con enfermedad renal, algunos en etapa terminal. En los resultados del estudio de estos investigadores se encontró que las puntuaciones de la depresión y el deterioro funcional fueron mayores en los pacientes con tratamiento de diálisis, al inicio del estudio, pero no así después de tres años, en comparación con sus contrapartes. Los pacientes en tratamiento de diálisis presentaron una menor satisfacción de vida al inicio del estudio, pero no se encontraron diferencias durante el seguimiento. Así, es posible conjeturar que los pacientes en diálisis fueron más optimistas con el tratamiento y apreciaron más el tiempo de vida que les da ese procedimiento.

También se tiene a Laborde y Powers (1980) quienes en su estudio sugieren que los pacientes dializados reportaron una mejor satisfacción que las personas con osteoartritis, por factores como el dolor experimentado y la disminución en el funcionamiento físico y social que padecen los pacientes artríticos, a diferencia de los enfermos renales en diálisis, quienes pueden presentar esta disminución sólo por tratamiento muy prolongado. Otra probable explicación se puede relacionar con lo grave del padecimiento, la autopercepción de la enfermedad y la autoestima, como factores que influyen en los resultados así como señala Steca (2013).

En éste sentido, las emociones positivas juegan un papel importante en la recuperación y adaptación a cambios drásticos, por medio de mecanismos de resiliencia y afrontamiento, favoreciendo así el aumento de satisfacción con la vida tal como refiere Cohn (2009); de igual forma, un estado emocional negativo puede afectar el nivel de satisfacción y tener relación directa con síntomas depresivos y problemas de bienestar señala Barnes (2005).

Está visto que la calidad de vida en las personas mayores con enfermedades crónicas, constituye un aspecto verdaderamente importante al momento de tratar el tema de trasplante pues debe ser el propósito central de dicha operación, sobre todo al visibilizar el derecho a la vida y por ende a la salud. Por esta razón, el objetivo de la medicina y de las ciencias de la salud es intervenir sobre la historia natural de la enfermedad en búsqueda de una mejor calidad de vida, por eso, desde 1945 se definen cuatro grandes áreas de la atención en salud a saber:

1. Promoción de la salud.
2. Prevención de la enfermedad.
3. Atención del enfermo.
4. Rehabilitación

Estas cuatro áreas han sido agrupadas también como prevención primaria, secundaria y terciaria, ubicadas cada una dentro de la figura que se muestra:

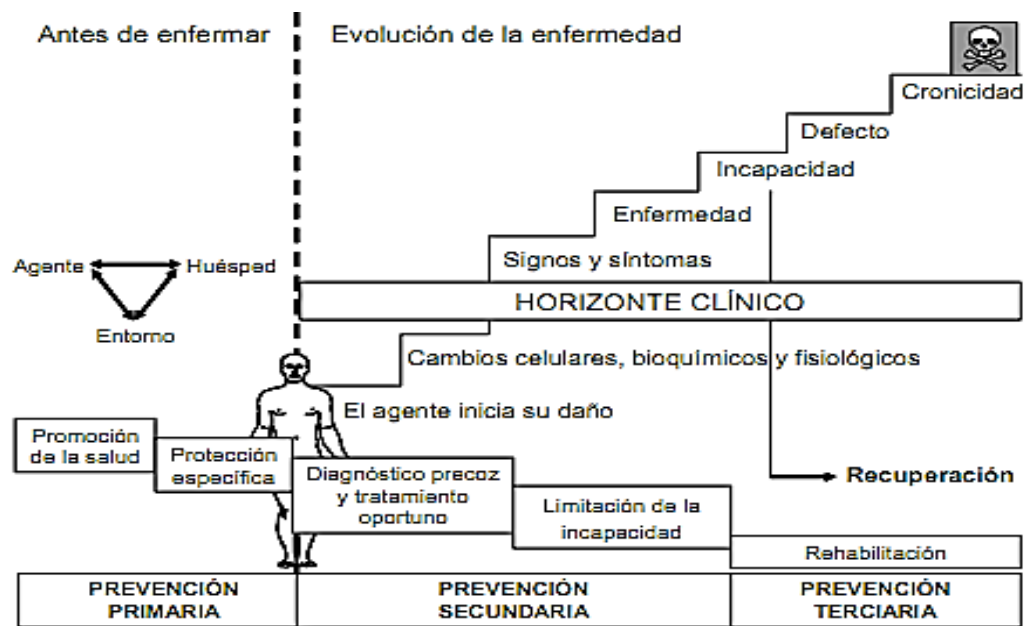


Figura 1. Historia natural de la enfermedad (1945).

Calidad de vida y trasplante

Rodríguez, y otros (2009) señalan que según la Organización Mundial de la Salud OMS, la calidad de vida se define como “la percepción personal de un individuo de su situación de vida, dentro del contexto cultural y de valores en el que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses”; esta autora refiere que se trata, por tanto, de un concepto que abarca aspectos objetivos y subjetivos que reflejan el grado de bienestar físico, emocional y social de cada individuo.

Por otro lado señala Rodríguez al citar a López y otros (2004) que el concepto de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) “incorpora una perspectiva distinta a la puramente biológica, ampliando el foco de atención a parcelas relacionadas con el funcionamiento social, la accesibilidad a los servicios sanitarios o la percepción subjetiva del bienestar general del individuo” (p.27); así pues, bajo esta perspectiva, la CVRS representa “las respuestas individuales a los efectos físicos, mentales y sociales que la enfermedad produce sobre la vida diaria, lo que influye sobre la medida en que se puede conseguir la satisfacción personal en las circunstancias de la vida” (en las reflexiones de Ruiz, 2003)

Cambios asociados al envejecimiento

Respeto a este tema de los cambios asociados al envejecimiento, señalan Carracedo, Arias, y Jiménez (2006, p.627) en un capítulo sobre Insuficiencia renal aguda publicado en el Tratado de Geriatria para residentes que, en numerosas circunstancias es difícil establecer el límite entre aquellas modificaciones debidas al proceso de envejecimiento renal normal y aquellas como resultado exclusivo de patología previa, coincidiendo también con lo referido por Macías (2002) en su texto sobre el riñón del anciano: morfología y función. Principales nefropatías.

Del mismo modo Carracedo, Arias, y Jiménez (2006, p.627), destacan como principales modificaciones anatómicas y funcionales asociadas al envejecimiento las reflejadas en la tabla 1 como se verá más adelante. Respecto al aclaramiento de creatinina, hay que tener en consideración que la pérdida de masa muscular inherente al proceso de envejecimiento ocasiona una disminución consecuente en cuanto al aporte de creatinina al riñón, motivo por el cual es conveniente aplicar fórmulas correctoras de la creatininemia, que consideren la edad y el peso del individuo.

La fórmula de Crockcroft y Gault es la más utilizada, aplicando un factor de corrección (x 0,85) para la mujer tal como sigue:

$$Ccr \text{ (ml/min)} = \frac{(140 - \text{edad [años]}) \times \text{peso (kg)} \times 0,85 \text{ (si es mujer)}}{72 \times \text{creatinina sérica (mg/dl)}}$$

Fuente: Carracedo, Arias, y Jiménez (2006, p.628)

Esta fórmula se desarrolló y validó en muestras muy seleccionadas de adultos de edad avanzada que no incluyeron a muchos individuos de esta edad. Sólo se han encontrado correlaciones moderadas entre las cifras de aclaramiento de creatinina obtenidas por la fórmula y las cifras reales, de lo cual se puede deducir que la fórmula de Crockcroft y Gault proporciona una guía rápida y razonable para la toma de decisiones en la práctica clínica diaria, al no existir

ningún método preciso disponible para el cálculo de la filtración glomerular a partir de variables como edad, sexo, creatinina sérica y peso.

Tabla 1. Cambios renales asociados al envejecimiento.

Modificaciones morfológicas
1. Aspecto macroscópico: — Pérdida gradual de tamaño y peso. — Aumento de contenido graso perieintrarrenal. — Aparición de quistes.
2. Aspecto histológico: — Adelgazamiento de la corteza renal. — Disminución del número de glomérulos funcionantes. — Esclerosis glomerular. — Degeneración grasa a nivel celular tubular. — Diverticulosis a nivel tubular distal y colector. — Engrosamiento parcelar y desdoblamiento a nivel de la membrana basal.
3. Modificaciones vasculares: — Reducción del tamaño arterial. — Engrosamiento de la íntima y atrofia de la media.
4. Modificaciones intersticiales: — Fibrosis intersticial y atrofia tubular. Modificaciones funcionales. — Descenso del filtrado y de la permeabilidad glomerular. — Descenso de flujo plasmático renal. — Pérdida de función tubular traducida como alteración a nivel de la absorción, secreción y excreción de sustancias. Alteraciones hormonales. — Disminución de valores de renina y aldosterona, con mantenimiento del nivel eritropoyetina.

Fuente: Carracedo, Arias, y Jiménez (2006, p.628)

Marco legal venezolano sobre el tema de donación y trasplante de órganos, tejidos y células. ¿Beneficia al adulto(a) mayor?

En Venezuela poco se conoce sobre el marco legal en torno al tema de la donación y trasplante de órganos, tejidos y células en seres humanos; sin embargo, existe una ley (Reforma 8/11/2011) en este ámbito de la cual a continuación referenciaremos algunos artículos de especial interés en esta revisión:

Artículo 1. El objeto de la presente Ley es la regulación de los procedimientos con fines terapéuticos, de investigación o de docencia para la donación y trasplante de órganos, tejidos y células en seres humanos, en el ámbito del territorio nacional y con base al derecho a la salud previsto en la Constitución, las leyes, los tratados, pactos y convenios internacionales suscritos y ratificados por la República Bolivariana de Venezuela.

Participación social

Artículo 4. El Poder Popular por vía de sus organizaciones sociales participará en el ámbito nacional, regional y local en las políticas, planes y programas de promoción, educación, investigación, iniciativas, intercambio de experiencias, control y otras actividades que contribuyan con la procura, donación y trasplante de órganos, tejidos y células. Las instituciones y entes del Estado promoverán y facilitarán la participación ciudadana y el control social en materia de trasplante de órganos, tejidos y células con base a los términos de esta Ley y su reglamento.

Criterios de selección

Artículo 29. Los criterios de selección del receptor o la receptora deben ser objetivos, verificables y de carácter público. Estos criterios serán revisables para que puedan ser actualizados de acuerdo a los progresos y avances médicos.

Serán criterios aceptables a considerar en el proceso de selección de receptores o receptoras de órganos, tejidos y células los siguientes: urgencia médica, territorialidad, características médicas del receptor o la receptora, antigüedad en la lista de espera y reciprocidad, entendida como el otorgamiento de prioridad a quien ha donado con anterioridad.

Prioridad absoluta

Artículo 35. El Sistema de Procura de Órganos, Tejidos y Células debe dar prioridad a los niños, niñas y adolescentes con necesidad de trasplante, tomando en cuenta su interés superior, para garantizar su bienestar y derecho a la salud.

Como se puede evidenciar en la ley citada, el artículo 1 es claro al referir que dicha ley es aplicable a todos los ciudadanos venezolanos sin distinción de edad, también resalta en su artículo 4 la participación del Poder Popular en promover y facilitar la participación ciudadana y el control social en materia de trasplante; mientras el artículo 29 expone los criterios aceptables a considerar en

el proceso de selección de receptores o receptoras de órganos, tejidos y células. Sin embargo en el artículo 35 es enfático al dar prioridad a los niños, niñas y adolescentes con necesidad de trasplante cuestión que de alguna manera contradice lo expresado en el artículo 1, al excluir al adulto y adulta mayor de esta posibilidad de trasplante.

Experiencias vividas en el campo de la salud

En el campo gerontológico.

Desde la visión de la gerontología, el envejecimiento humano es un proceso que ocurre por la acción del tiempo y como proceso se vivencian cambios propios de la etapa de la vejez. Muchas de las enfermedades, disminuciones y pérdidas relacionadas con la edad son consecuencia del estilo de vida que ha tenido la persona. Precisamente en el tema del estilo de vida en adultos mayores, el informe mundial sobre el envejecimiento y la salud presentado por la OMS (2015, p.193) señala que, cuando las personas envejecen, es muy común que deban realizar grandes cambios en su estilo de vida, como tomar nuevos medicamentos, cambiar la alimentación o modificar la rutina de ejercicios.

Igualmente señala que, puede tengan además otros motivos para realizar estos cambios en su estilo de vida. Tal vez, por ejemplo, no quieran convertirse en una carga para sus familiares, lo que probablemente sirva como incentivo adicional para mantener su capacidad física. Quizás también quieran vivir para ver crecer a sus nietos y dejar su huella en la próxima generación y, a diferencia de los adultos más jóvenes, que probablemente no perciban el efecto de las conductas negativas hasta pasado cierto tiempo, los adultos mayores probablemente vean efectos inmediatos y potencialmente mortales en esas conductas.

Señala Árraga y Sánchez (2007) que si bien es cierto que con el envejecimiento suceden muchas pérdidas, el enfoque del curso de vida desarrollo del ciclo vital indica que las ganancias que se obtienen compensan las pérdidas. Está claro que existen cambios a nivel orgánico pero tales cambios tendrán incidencia en el desarrollo de las capacidades funcionales de la persona mayor en la medida que existan los mecanismos de adaptación y adecuación del entorno ante la necesidad del adulto mayor.

La OMS (2015, p.vii) considera que la diversidad resultante en las capacidades y las necesidades de salud de las personas mayores no es aleatoria, sino que se basa en hechos ocurridos a lo largo del curso de la vida que a menudo pueden modificarse, lo que pone de manifiesto la importancia del enfoque del curso de la vida. Aunque a la larga la mayoría de las personas mayores experimentarán múltiples problemas de salud, la edad avanzada no implica dependencia. Además, contrariamente a lo que suele suponerse, el envejecimiento tiene mucha menos influencia en los gastos en atención de la salud que otros factores, como el alto costo de las nuevas tecnologías médicas.

También señala la OMS (2015, p.248) que el enfoque de curso de la vida es aquel que tiene en cuenta los procesos biológicos, conductuales y psicosociales subyacentes que operan en todo el curso de vida y que están determinados por las características individuales y el entorno en que se vive. Es probable que exista cierto grado de limitación producto de los cambios propios del envejecimiento como pérdida o disminución de la masa muscular, cambio en la composición química de los huesos, pérdida de elasticidad en la piel, disminución de la producción de células en diferentes órganos y tejidos, todo depende del estilo de vida que haya tenido la persona; sin embargo, no es causa plena del mal funcionamiento renal y menos aún, justificativo para negar un trasplante renal en adultos mayores puesto que se ha evidenciado frente al grado de compatibilidad y adaptación que tiene ante este hecho clínico.

Para ello se recomienda no solo que la persona mayor pueda crear las condiciones necesarias a nivel personal y familiar para habilitar la posibilidad de trasplante renal y la familia promueva tal hecho, sino que se posibilite desde temprana las medidas necesarias que garanticen una buena vejez con mínimas oportunidades de dependencia.

De hecho, la OMS (2015, p.36) refiere que las intervenciones de salud pública dirigidas al segmento de la población que padece un deterioro de las capacidades requieren un enfoque diferente. En esta etapa, es posible que las enfermedades ya se hayan instalado, y los sistemas de salud en general no se entrarán en la prevención o la curación, sino en reducir al mínimo los efectos de estas afecciones en la capacidad general de la persona.

En el campo médico.

Entre enfermedades crónicas que afectan al adulto mayor, está la Insuficiencia Renal Crónica (IRC), esta es considerada una patología sin expectativa de cura, de evolución rápida y progresiva, que desencadena diversas reacciones para los pacientes, además de comprometer la calidad de vida. se ha visto que la prevalencia de la insuficiencia renal aumenta con la edad, de modo que más del 44,2% de pacientes con insuficiencia renal crónica terminal son mayores de 60 años. La hemodiálisis es la técnica de depuración extracorpórea más utilizada en estos casos aunque se asocia generalmente a una peor calidad de vida.

El trasplante renal se pudiese considerar una alternativa terapéutica en pacientes mayores de 65 años con insuficiencia renal crónica terminal. Un estudio en España (del Hospital Universitario Dr. Peset de Valencia), avala el trasplante renal en personas mayores de 70 años, el mismo demuestra que, aunque los pacientes receptores mayores de 70 años presentaron mayor número de incompatibilidades, el rechazo agudo en el postrasplante inmediato fue menor en estos pacientes que en aquellos menores de 70 años, demostrando que el trasplante renal sí es una opción adecuada en pacientes de edad avanzada. Estos pacientes presentaron una supervivencia del injerto similar a la de los receptores más jóvenes que, lo constituye un tratamiento eficaz y seguro de la insuficiencia renal crónica con niveles adecuados de supervivencia del injerto y del paciente.

REFLEXIONES

Parece ser que existe poco interés por el asunto de trasplante de órgano en el adulto mayor, especialmente de tipo renal; lamentablemente cuando éstos son muy mayores y dependientes, genera en algunos profesionales de la salud como pacientes de segunda categoría, haciéndoles caer posiblemente en el peligro de recibir una asistencia de menor calidad.

Pueden presentarse formas de ageísmo bastante reconocidas, e incluso socialmente aceptadas, así como, ciertas modalidades de tratamientos como ingresos en cuidados intensivos, trasplantes de órganos, algunos tipos de intervenciones quirúrgicas, acceso a servicios de rehabilitación, uso de ciertos

procedimientos diagnósticos técnicamente sofisticados con frecuencia denegados a las personas adultas mayores por “motivo de la edad” de éste como paciente, por lo regular sin base científica para ello.

Otra forma de “ageismo” en el proceso de enfermedad de la persona adulta mayor consiste en culparlo de consumir un alto nivel de recursos sanitarios, atribuyéndole el incremento del gasto sanitario de las últimas décadas producto del envejecimiento poblacional que vivencian los países.

Está visto que, desde el principio de la medicina occidental, *Primum non nocere* o “primero no hacer daño”, ha guiado la práctica médica, por lo que es necesario hacer reflexión sobre la forma apropiada de manejar la relación profesional con el paciente adulto mayor, en la cual se presenta una variedad de dilemas éticos. El objetivo terapéutico no sólo debe buscar la reducción de la morbimortalidad, sino fundamentalmente la buena calidad de vida, no ofrecida con el tratamiento dialítico, al ser rechazado de la lista para optar a un trasplante renal. Aquí se reafirma el principio de equidad y universalidad por el cual un anciano, por el sólo hecho de ser tal, no debe ser excluido de ninguna de las opciones diagnósticas ni terapéuticas que brinda la nefrología.

El hacerlo implica caer en el etarismo o discriminación en función de la edad, pero también, debe evitarse en esta población el caer en la futilidad o implementación de tratamientos que lejos de ayudar al paciente pueden sobre todo perjudicarlo. Los tratamientos fútiles son más un encarnizamiento terapéutico que un verdadero tratamiento médico, y avasallan dos principios fundamentales de la bioética: el de beneficencia (ayudar) y el de no maleficencia (no dañar). Es así como debemos unir esfuerzos ante las instancias públicas para lograr alcanzar este sueño como una realidad legal (Artículo 4 de la Ley de trasplantes de la República Bolivariana de Venezuela).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Árraga y Sánchez (2007) *Orientación gerontológica. Desarrollo humano y calidad de vida en la vejez*. Universidad del Zulia. Ediciones del Vicerrectorado Académico. Venezuela.

- Barnes, P. W. y Lightsey, O. R. (2005). *Perceived Racist Discrimination, Coping, Stress, and Life Satisfaction*. Journal of Multicultural Counseling and Development, 33(1), 48–61. doi:10.1002/j.2161-1912.2005.tb00004.x.
- Carracedo, A; Arias, E y Jiménez, C (2006 p.627) *Insuficiencia renal aguda. Tratado de Geriátrica para residentes*. Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología.
- Cohn, M. A., Fredrickson, B. L., Brown, S. L., Mikels, J. A. y Conway, A. M. (2009). *Happiness un-packed: Positive emotions increase life satisfaction by building resilience*. Emotion, 9(3), 361–368. doi:10.1037/a0015952.
- Kutner, N. G., Brogan, D., Hall, W. D., Haber, M. y Daniels, D. S. (2000). *Functional impairment, de-pression, and life satisfaction among older hemodialysis patients and age-matched controls: A pro-spective study*. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 81(4), 453–459. doi:10.1053/mr.2000.3878.
- Laborde, J. M. y Powers, M. J. (1980). *Satisfaction with life for patients undergoing hemodialysis and patients suffering from osteoarthritis*. Research in Nursing & Health, 3(1), 19–24. doi:10.1002/nur.4770030105.
- López M^a A, Rodríguez B, Gómez E, Ortega F. *Evaluación de la calidad de vida relacionada con la Salud en enfermos en tratamiento con hemodiálisis periódica incluidos en lista de espera para TR*. En: Libro de comunicaciones del XXIV Congreso de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica. Barcelona: HOSPAL; 2004. p. 277-280.
- Macías (2002). *El riñón del anciano: morfología y función. Principales nefropatías*. En: Salgado Alba A, Guillén Llera F, Ruipérez I, editores. Manual de Geriátrica. 3^a ed. Barcelona: Masson; 2002. p. 399-412. (1).
- Organización Mundial de la Salud (2015) *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*. 1.Envejecimiento. 2.Esperanza de Vida. 3.Anciano. 4.Servicios de Salud para Ancianos. 5.Salud Global. 6.Dinámica de Población. 7.Prestación de Atención de Salud. I. Organización Mundial de la Salud. Estados Unidos de América. Disponible en URL: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf;jsessionid=316B48195804854475EC90FA151E2C2A?sequence=1

- Rivera, M (2016) *Calidad de vida en adultos mayores mexicanos con diabetes. Perfiles sobre Envejecimiento. Gerontología para la vida activa, una propuesta regional*. Vol II. Fondo Editorial Universidad Alas Peruanas. Perú-México
- Rodríguez, M^a y otros (2009). *Calidad de vida y trasplante renal en mayores de 65 años*. Revista de la Sociedad Española de Enfermería y Nefrología 2009; 12 (1): 26/30. Departamento de Enfermería. Fundación Puigvert. Barcelona
- Ruiz M^a J, Román M, Martín G, Alférez M^a J, Prieto D. *Calidad de vida relacionada con la salud en las diferentes terapias sustitutivas de la insuficiencia renal crónica*. Rev Soc Esp Enferm Nefrol 2003; 6(4): 222-232.
- Steca, P., Greco, A., Monzani, D., Politi, A., Gestra, R., Ferrari, G. Parati, G. (2013). *How does illness severity influence depression, health satisfaction and life satisfaction in patients with cardiovascular disease? The mediating role of illness perception and self-efficacy beliefs*. Psychology & Health, 28(7), 765–783. doi:10.1080/08870446.2012.759223.

DIABETES EN EL ADULTO MAYOR.**Una experiencia educativa para INASS en Venezuela****Correa Iris¹, Guerrero Henry², Medrano Williams³, Rodríguez Sonia⁴.**

Universidad Nacional Experimental "Francisco de Miranda"

irisvcp26@gmail.com¹, henryguerrero3@hotmail.com²,
williamsmedranor30@gmail.com³, soniaj_rodriguez@hotmail.com⁴**RESUMEN**

La diabetes es una enfermedad que ha ido en aumento en el país, siendo los más afectados los adultos mayores. El objetivo de este reporte de casos múltiples es determinar los conocimientos que tienen los mayores de los Centros INASS de los estados Vargas, Táchira y Caracas sobre los factores de riesgos y cuidados que debe tener el paciente con diabetes, para lo cual se entrevistaron a 4 adultos mayores, seleccionados aleatoriamente para luego aplicarles una encuesta mixta aprobada por los médicos de los Centros. Los resultados indican el reconocimiento de la diabetes como una enfermedad incurable también el desconocimiento de factores de riesgo como fumar, hipertensión y el peso, así como, medidas de autocuidado, sintomatología y órganos que afecta. Por lo que se proponen intervenciones educativas para informar y orientar a los adultos mayores sobre estos aspectos a fin de evitar complicaciones que limiten su autonomía en un futuro.

Palabras Claves: Adulto mayor, diabetes, factores de riesgo, intervención educativa.

DIABETES IN THE ELDERLY ADULT**An educational experience for INASS in Venezuela**

ABSTRACT: Diabetes is a disease that has been increasing in the country, with older adults being the most affected. The objective of this multiple case report is to determine the knowledge that the elderly of the INASS Centers of the states of Vargas, Táchira and Caracas have about the risk and care factors that the patient with diabetes should have, for which they were interviewed older adults, randomly selected to then apply a mixed survey approved by the doctors of the Centers. The results indicate the recognition of diabetes as an incurable disease but the ignorance of risk factors such as smoking, hypertension and weight, as well as measures of self-care, symptomatology and organs that it affects. Therefore, educational interventions are proposed to inform and guide older adults about these aspects in order to avoid complications that limit their autonomy in the future.

Key words: Older adult, diabetes, risk factor, educational intervention.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, la diabetes mellitus se encuentra entre las primeras cinco causas de mortalidad a nivel mundial, siendo la principal causa de muerte en la población diabética las enfermedades cardiovasculares tales como la cardiopatía isquémica e infartos, esta enfermedad es definida por la Organización Mundial de la Salud como una “enfermedad crónica que aparece cuando el páncreas no produce insulina suficiente o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce” (OMS, 2018). Algunos de los factores responsables de esta enfermedad son el sobre peso, los factores genéticos, ambientales y el sedentarismo (Rizo y Sandoval, 2016, p. 7).

Existen varios tipos de diabetes por ejemplo se tiene la diabetes tipo 1 cuando no hay producción de insulina entonces el organismo no puede darle entrada de azúcares a los tejidos, su tratamiento implica seguir un plan alimenticio adecuado y la aplicación de inyecciones de insulina, entre los factores de riesgo incluyen el historial familiar, infecciones e influencias ambientales. La diabetes tipo 2 por su parte es la forma más común, aunque hay producción de insulina la misma actúa de forma inadecuada y el paso de insulina en los tejidos es dificultoso, este tipo de diabetes puede pasar desapercibida y no ser diagnosticada durante muchos años de vida de quien lo padece. Entre los factores de riesgo están el sobre peso, el sedentarismo, una dieta pobre y edad avanzada. Otro tipo de Diabetes es la llamada gestacional, esta aparece durante el embarazo y está asociada a un aumento del riesgo de la madre y el niño de desarrollar diabetes tipo 2 en un futuro (Federación Internacional de Diabetes FID, 2015, p. 12).

Es una patología en constante aumento en personas que la padecen por eso, se calcula que para el 2040 existan unas 642 millones de personas con diabetes en el mundo, siendo los adultos mayores los más afectados (Hevia, 2016, p. 271-276). Dicho esto, de acuerdo a la Asociación de Diabetes Americana los hispanos y los latinos pertenecen a uno de los grupos más susceptibles de contraer la enfermedad, ya que la prevalencia de la diabetes tipo 2 es de dos veces más alta en este grupo que en los blancos no hispanos. En Venezuela, la prevalencia era de 7,7% en el 2010 y para el 2017 aumentó a 13,1%, mientras que el porcentaje de personas en riesgo escaló de 22% al 39,8%, más de 8

millones de venezolanos (Sociedad Venezolana de Medicina Interna, 2014, p.4). De hecho, la OMS señala que en el 2017 las muertes causadas por diabetes mellitus representaron el 8,98% de todas las muertes en el país.

Ante esta situación, se ha visto que la manera más eficiente de prevenir la diabetes y sus complicaciones es a través de programas educativos que permitan concientizar a la población adulta mayor sobre sus implicaciones y factores de riesgo, de allí que la educación se convierte en una oportunidad positiva para estimular el autocuidado de la salud del adulto mayor, en concreto es, brindar una educación clara que los encamine a un ambiente psicológico que estimule la acción y los lleve a tomar medidas para prevenir complicaciones, es decir que la persona asuma la responsabilidad de mantener su salud personal.

En este reporte de casos múltiples se presentan cuatro casos de adultos mayores con edades comprendidas entre los 61 y los 88 años de edad, pertenecientes al Instituto Nacional de Servicios Sociales (INASS), de los cuales dos residen en el estado Vargas, uno en Caracas y otro en el estado Táchira. Tres de ellos fueron diagnosticados con diabetes desde hace más de dos años, mientras que uno es pre diabético.

Haciendo un poco de referencia del contexto, el INASS es el antiguo Instituto Nacional de Geriátría y Gerontología (INAGER) cuya función es brindar atención integral a los adultos mayores y otras categorías de personas, fue creado desde el 12 de septiembre del 2005, y actualmente, forma parte del Sistema de Seguridad Nacional conjuntamente con otras instituciones públicas.

En razón que la intención última de este reporte es la orientación sobre los factores de riesgo que implica la diabetes a partir partiendo del conocimiento que poseen los adultos mayores entrevistados, se hace oportuno señalar que la intervención educativa a nivel gerontológica es llevada a cabo con el propósito de informar y motivar en los adultos mayores, con sus respectivos grupos de pares, para la adopción y mantenimiento de prácticas y estilos de vida saludables. Para cumplir con el propósito del estudio de caso que consiste en determinar los conocimientos de los adultos mayores con respecto a la diabetes, fue necesario aplicar una encuesta de 10 preguntas sobre los factores de riesgo y los conocimientos previos sobre medidas de autocuidado y sintomatología.

DESARROLLO

En el 2010 se llevó a cabo en México un estudio descriptivo de corte transversal titulado Calidad de vida en adultos mayores diabéticos tipo 2. Policlínico Hermanos Cruz 2010, realizado por los especialistas en medicina Casanova, Transacos, Orraca, Prats y Gómez a quienes se les aplicó un cuestionario constituido por 40 ítems distribuidos en seis escalas a 91 adultos mayores con la finalidad de conocer cómo afecta la diabetes tipo 2 su calidad de vida en lo físico y psicológico, estado de ánimo, funcionamiento y bienestar social. Los resultados obtenidos demuestran que hay un predominio de la patología en el sexo femenino entre los 60 a 69 años, la enfermedad crónica con mayor relevancia es la hipertensión arterial con 66,6% y los factores que más deterioran su calidad de vida son el sobrepeso, los estados de ánimos negativos y los hábitos de vida poco saludables (Casanova, Transacos, Orraca, Prats y Gómez, 2011, p. 145-156).

Otro estudio relevante, es el realizado por las doctoras De La Paz, Proenza, Gallardo, Fernández y Mompie entre abril 2008 y enero del 2010 en Cuba, titulado Factores de riesgo en adultos mayores con diabetes mellitus, el cual es un estudio descriptivo y retrospectivo, en el que se seleccionaron por muestreo no probabilístico al azar a 50 pacientes del Policlínico Universitario “Francisco Rivero Arocha”; arrojando como resultados que los factores de riesgos más predominantes de la diabetes en los adultos mayores son la hipertensión arterial (36,0%) y la cardiopatía isquémica (30,0%). Entre los hábitos tóxicos están la ingesta de café (92,0%), fumar (30,0%), ingesta de alcohol (28,0%), incumplimiento de la dieta (56,9%) y el sedentarismo (56,0%). Por lo que se recomienda aumentar el cuidado y la educación para facilitar la comprensión, destreza y motivación con el cual el paciente adulto mayor afronta las exigencias terapéuticas de la diabetes (De La Paz, Proenza, Gallardo, Fernández y Mompie, 2012, p. 489).

Ese mismo año en nuestro país, se presenta un trabajo de grado en la Universidad Central de Venezuela por los técnicos superiores en enfermería Albornoz Martha y Alemán Yolimar titulado Información que posee el paciente diabético sobre su enfermedad y autocuidado que asisten al distrito sanitario N° II Ruiz Pineda, en el segundo semestre del año 2007, el cual se basa en un estudio

descriptivo de campo de corte transversal con una población de 30 pacientes a los cuales se les aplicó un cuestionario de 32 ítems en escala dicotómica de sí y no con respecto a tópicos relacionados con la diabetes.

Entre los resultados obtenidos destacan que el 77% de la población en estudio desconoce que la fatiga es uno de los síntomas de la diabetes, siendo los síntomas más reconocidos las lesiones en los pies con 70%, las alteraciones en la vista con 60% y las complicaciones en los riñones con el 67%. El 77% desconoce las alteraciones que puede causar la diabetes en el sistema nervioso, mientras que el 67% no asocia el consumo de alcohol como un factor de riesgo con la diabetes, el 87% no maneja información sobre los alimentos limitados en la dieta Albornoz y Alemán (2008). Dichas cifras son preocupantes ya que ha sido confirmado por diversos estudios a nivel mundial que mientras mayores conocimientos tengan los pacientes y la población sobre la diabetes menor será el riesgo de complicaciones para el paciente o de padecerla.

Más recientemente, se encuentra el trabajo de Campo titulado Nivel de conocimiento sobre diabetes mellitus que tienen los pacientes diagnosticados del servicio médico Sanitas de Venezuela entre diciembre 2015 a julio 2016 realizado por la Dra. Casanova. Él mismo es una investigación descriptiva, exploratoria y de campo en una población de 150 pacientes al cual se le aplicó una encuesta para valorar sus conocimientos sobre la diabetes. Los resultados obtenidos señalan que los pacientes diabéticos no tienen conocimientos claros sobre la enfermedad (69%) o tienen conocimientos ambiguos sobre los factores de riesgo (53,3%), y medidas de prevención y autocuidado. Por lo que se recomienda generar estrategias efectivas de educación diabetológica que conlleven a disminuir la morbilidad (Casanova, 2017, p. 4).

De acuerdo a estos estudios, la educación se visualiza como un elemento de vital relevancia en la distribución de oportunidades de bienestar en el adulto mayor debido a que el aprendizaje continuo favorece el aprovechamiento de los recursos en pro de la satisfacción de las necesidades personales, la formación de valores, hábitos, costumbres, actitudes, capacidades y creencias. En otras palabras, la educación produce un cambio relevante en el ser humano, ya que lo lleva a alcanzar el máximo de posibilidades que lo conduzcan a mejorar y

optimizar desde lo físico, psicológico, intelectual, moral, afectivo, estético, social y cultural (Quintero, 2013, p. 53).

En razón que el propósito de este estudio es determinar el conocimiento que poseen los adultos mayores de los centros INASS en los estados Vargas, Táchira y Caracas sobre los factores de riesgo de la diabetes, es oportuna la ocasión para la orientación e información necesaria a favor de hábitos de vida saludable, conocimientos sobre medidas de prevención y autocuidado personal que le permitan tener una mejor calidad de vida; entendiendo por calidad de vida la comprensión y satisfacción de las necesidades básicas a fin de transformarlas y potenciar el bienestar propio (Romero, 2009).

Presentación de casos:

Caso 1: Adulta mayor INASS, estado Vargas

Adulta mayor de 88 años de edad, natural de Miranda y radicada en Vargas en la parroquia Caraballeda desde hace más de 50 años, vive sola en una vivienda de su propiedad declarada en situación de riesgo desde 1999. No tiene hijos, es viuda desde hace 20 años. Pensionada y jubilada del sector público, con estudios de primaria aprobada. Padece diabetes mellitus tipo 2 con 18 años de evolución, actualmente compensada. Inicialmente fue tratada con dieta, no la ha podido cumplir de forma estricta, y metformina de 500 mg/día. Con antecedentes de hipertensión arterial desde hace cinco años bajo tratamiento con losartan potásico-hidroclorotiazida 12/5 por día, presenta obesidad, fue operada de cataratas hace dos años, usa prótesis dentales. Como antecedente tiene a su padre y una hermana quienes fallecieron por complicaciones diabéticas.

La adulta mayor pertenece al Comité del Adulto Mayor Dr. Obdulio Álvarez de Macuto, desde hace cinco años, este grupo está conformado por 35 adultos mayores (12 masculinos y 23 femeninos) con edades entre los 60 y los 93 años de edad. Dicho Comité pertenece al Centro de Servicios Sociales Ambulatorio CSSA Dr. Obdulio Álvarez, adscrito al INASS, la adulta mayor señala desconocer factores de riesgos y cómo manejar su enfermedad para poder vivir lo más saludablemente posible.

El CSSA Dr. Obdulio Álvarez abrió sus puertas en marzo de 1964 cuando el Dr. Obdulio Álvarez dona la infraestructura a INAGER (antiguo INASS) bajo el

compromiso de que dicha propiedad solo puede ser utilizada como centro de atención para adultos mayores, funcionando desde esa fecha como un centro residencial para un máximo de 70 adultos mayores; sin embargo, en diciembre de 1999 tuvo que ser desalojado debido a la tragedia natural surgida en el estado Vargas. Reabrió sus puertas en mayo del año 2000 como un centro de atención ambulatoria y actualmente, cuenta la participación de 53 adultos mayores quienes acuden de lunes a viernes a realizar actividades recreativas, educativas, de salud y nutrición.

Caso 2: Adulto mayor INASS estado Táchira

Adulto mayor de 79 años de edad, natural del estado Táchira, municipio la Fría y residenciado en el centro residencial INASS Pedro María Ureña, el cual debe su nombre al fundador de la ciudad y está ubicado en el Municipio Pedro María Ureña de la parroquia Nueva Arcadia (Aguas Calientes). Se creó el 27 de julio de 1977, con el nombre de Unidad Gerontológica Pedro María Ureña, adscrita al Patronato Nacional de Ancianos e Inválidos. El 12 de septiembre del 2005 es llamado Centro de Servicios Social Residencial y Ambulatorio C.S.S.R.A Dr. Pedro María Ureña adscrito al Instituto Nacional de Servicios Sociales (INASS); cuenta con 65 adultos (as) mayores residentes de los cuales 35 presentan discapacidad, 20 adultos (as) mayores ambulatorios y 78 servidores públicos.

La familia del adulto mayor vive en La Fría, tiene 4 hijos es casado, ingresa al INASS tanto por su esposa e hijos quienes le buscaron cupo en centro ya que no contaban con los recurso para tenerlo en su casa y atenderlo. Es pensionado por la Misión Amor Mayor Venezuela, transferido al IVSS, ya que nunca cotizo en el seguro social, no curso estudios, se dedicaba al campo pero por su enfermedad tuvo que dejar su trabajo. Padece diabetes mellitus tipo 2 hace 3 años presentando complicaciones típicas de la enfermedad, tanto a nivel cardiovascular como renal y del sistema nervioso. Mantiene control médico con metformina 850mg y losartan 50mg, fue operado de hernia umbilical. El adulto mayor participó en el consejo presidencial de adulto mayor y se representó como vocero al Táchira hasta hace 1 año que se retiró por problema de salud.

Caso 3: Adulta mayor INASS ciudad de Caracas

Adulta mayor de 78 años de edad, residente de Vargas, Tanaguareñas. En su etapa fértil procreó 5 hijos, dos femeninos y dos masculinos. Hace vida en el Centro de Servicio Social Ambulatorio Don Antonio Ramia desde hace 11 años a través del grupo Aimara formado por 6 adultos mayores quienes desde el 2009 realizan presentaciones musicales en diferentes eventos del distrito capital. El CSSA Don Antonio Ramia está ubicado en el Distrito Capital, esquina de Sordo a Peláez N° 31, cerca de Puente Hierro, Parroquia Santa Rosalía. En el mismo hacen vida 37 adultos mayores, también se brinda atención médica a los adultos mayores que acuden solo por consulta médica. La adulta mayor es insulino-dependiente y sobreviviente de cáncer de mama, fue operada de la vesícula, hernia de hiato y varices. Tiene prótesis de rodilla y cumple tratamiento médico con carvedilol 12.5/d, atorvastatina, clopidogrel 75mg/d e insulina 70/30. Entre los antecedentes personales resalta que su madre padecía de diabetes, es hipertensa, pesa 83 kg y no fuma.

Caso 4: Adulto mayor INASS ciudad de Caracas

Adulto mayor de 61 años de edad natural de Caracas y residenciado en Catia. Posee vivienda propia en buenas condiciones socio-sanitarias. Es casado con adulta contemporánea de 59 años de edad, procrearon 3 hijos, de los cuales dos se encuentran residenciados en el exterior y otro en el estado Miranda, todos tienen sus respectivos grupos familiares y mantienen comunicación constante. El adulto mayor es bachiller por la Misión Ribas, pensionado del IVSS y jubilado de empresa pública. Es comensal del Centro de servicio Social Ambulatorio Don Antonio Ramia, desde hace nueve meses.

Actualmente, presenta estado de salud estable, aunque hace siete meses presentó niveles de glucosa elevados por lo cual fue diagnosticado como pre diabético. Señala que desde esa fecha no acude a control médico ya que se siente bien de salud, sin embargo, manifiesta sentirse preocupado en ocasiones por su diagnóstico, aunque desconoce que es la diabetes y sus consecuencias. Señala que su abuela materna fue diagnosticada también como diabética y asegura no consumir alcohol en exceso, fuma de dos a tres cigarrillos al día y dormir lo necesario. Reconoce que por indicaciones médicas debe cumplir una

dieta pero señala que le ha costado seguirla por la situación económica del país. Eventualmente, camina por lo menos 15 minutos debido a que se fatiga con facilidad.

METODOLOGÍA

El diseño del estudio fue cualicuantitativo con el objetivo de determinar los conocimientos que tienen los adultos mayores de los centros INASS, ubicados en los estados Vargas, Táchira y la ciudad de Caracas, sobre la diabetes. Se utilizaron las técnicas de observación y la entrevista, como instrumento la encuesta para la recolección de datos. La encuesta presentada a los adultos mayores consta de 10 preguntas, las cuales están basadas en las preguntas 6, 10, 11, 14, 18, 22 y 23 del instrumento DKQ 24, reelaboradas y adecuadas para facilitar su comprensión en los adultos mayores, presentadas en las preguntas 6, 7, 8 y 9. La encuesta fue revisada por los doctores de los Centros Dr. Obdulio Álvarez (Vargas), Don Antonio Ramia (Caracas) y Dr. Pedro María Ureña (Táchira). La encuesta aplicada consta de cinco preguntas relacionadas con los factores de riesgos más relevantes de acuerdo a los estudios aquí presentados y las cinco preguntas relacionadas con las medidas de autocuidado y síntomas de la enfermedad.

Para la selección de los adultos mayores se utilizó como criterio la edad, el tiempo de estadía en el Centro (mayor a seis meses ininterrumpidos) y la aprobación para participar en el estudio. Se siguieron criterios propios de este tipo de estudio considerando las necesidades e intereses, respeto y confianza, bajo un planteamiento didáctico participativo y flexible del instrumento cuyos resultados permitan potenciar sus capacidades de implicación, reflexión encaminadas hacia un cambio de actitud que los motive para adoptar estilos de vida saludables tales como realizar dieta, incorporar actividades físicas en sus rutinas diarias, además de cumplir el tratamiento médico farmacológico.

RESULTADOS

Tomando en cuenta las variables socio medicas de los adultos mayores en estudio los resultados obtenidos son:

Tabla 1. Caracterización del grupo estudiado por variables socio médicas

Caracterización del grupo estudiado	Nº	%
Femeninos	2	50
Masculinos	2	50
De 60 a 70 años	1	25
De 71 a 79 años	2	50
De 80 a 90 años	1	2
Pre diabéticos	1	25
Diabéticos tipo 1	1	25
Diabéticos tipo 2	2	50
Tiempo de evolución de la enfermedad menor a cinco años	1	25
Tiempo de evolución de la enfermedad mayor a 10 años	2	75

Fuente: Correa, Guerrero, Medrano y Rodríguez (2018)

De acuerdo a estos resultados predomina la diabetes tipo 2 entre los adultos mayores (50%), en edades entre los 71 y 79 años de edad (50%), con un tiempo de evolución mayor a los cinco años. Cabe destacar que cuando la diabetes es diagnosticada después de los 70 años de edad tiene una prevalencia baja de complicaciones microvasculares en comparación con los casos que son diagnosticados antes de los 40 años. En este sentido, el perfil clínico del paciente con diabetes es heterogéneo, pudiendo ser desde un padecimiento asintomático con bajo riesgo de complicaciones hasta una enfermedad incapacitante debido a que produce deterioro cognitivo, fragilidad y, por último, la muerte (Roopa, Del Moral y Aguilar, 2010, p. 305).

Con respecto al conocimiento que tienen los adultos mayores sobre los factores de riesgo de la enfermedad, los resultados son los siguientes:

Tabla 2. Número de adultos mayores que presentan factores de riesgo

Factor de riesgo	Si	%	No	%
Antecedentes familiares	4	100	0	0
Hipertensión arterial	3	75	1	25
Sobrepeso	2	50	2	50
Tabaquismo	2	50	2	50

Fuente: Correa, Guerrero, Medrano, Rodríguez (2018)

Los factores de riesgos con mayor prevalencia entre los adultos mayores estudiados son los antecedentes familiares con un 100% y la hipertensión arterial con un 75%. Mientras que el sobrepeso predomina en el sexo femenino (50%) y el tabaquismo en el sexo masculino (50%).

Tabla 3. Órganos que los adultos mayores reconocen que son afectados por la diabetes

Órgano del cuerpo	Si	%	No	%
Vista	4	100	0	0
Riñones	2	50	2	50
Sistema nervioso	1	25	3	75
Pies	3	75	1	25
Corazón	2	50	2	50

Fuente: Correa, Guerrero, Medrano, Rodríguez (2018)

Como se muestra en la tabla 3, los adultos mayores tienen conocimiento en un 100% sobre los daños que causa la diabetes en la vista y en los pies en un 75%, sin embargo, desconocen o tienen un conocimiento ambiguo sobre los daños que ocasiona en el sistema nervioso, los riñones y el corazón.

Tabla 4. Alimentos que son reconocidos por los adultos mayores como perjudiciales para los pacientes diabéticos

Alimentos	Si	%	No	%
Pasta	4	100	0	0
Vegetales	1	25	3	75
Cereales	1	25	3	75
Café	1	25	3	75
Frutas	2	50	2	50
Pescado	1	25	3	75
Harinas integrales	3	75	1	25
Huevos	2	50	2	50
Jugos de frutas	1	25	3	75

Fuente: Correa, Guerrero, Medrano, Rodríguez (2018).

El alimento que el total de adultos mayores en estudio reconoce como perjudicial para la salud de los pacientes diabéticos es la pasta, mientras que el 75% desconoce que el café ingerido en exceso es perjudicial, así mismo, el 75%

desconoce que los cereales forman parte de los alimentos no permitidos debido a que han sido procesados y tienen niveles de hidratos elevados, al tiempo que un mismo porcentaje descarta las harinas integrales como parte de la dieta de los pacientes diabéticos. Mientras que existen dudas sobre si el pescado, los huevos y las frutas son perjudiciales o no, sin embargo, una alimentación adecuada para los pacientes diabéticos incluye vegetales, granos integrales, frutas, productos lácteos sin grasa, carnes magras, aves de corral y pescado (Pérez y Ruano, 2004, p. 5)

Tabla 5. Hábitos reconocidos por los adultos mayores como saludables

Hábito	Si	%	No	%
Comer varias veces al día	4	100	0	0
Control médico	4	100	0	0
Dormir	0	0	4	100
Ejercicios físicos	3	75	1	25

Fuente: Correa, Guerrero, Medrano, Rodríguez (2018).

Los hábitos más reconocidos por los adultos mayores como saludables para los pacientes diabéticos son comer de cinco a seis veces al día y mantener un control médico, ambos con un 100%, seguidos por la realización de ejercicios físicos, el cual a pesar de ser reconocido con un 75% como un hábito saludable es el que menos importancia e incorporación tiene a la rutina diaria de los encuestados. Mientras que el hábito menos conocido es el de dormir lo suficiente.

Tabla 6. Síntomas que los adultos mayores relacionan con la diabetes

Síntoma	Si	%	No	%
Visión borrosa	4	100	0	0
Mal aliento	1	25	3	75
Gingivitis	1	25	3	75
Retención de orina	1	25	3	75
Fatiga	2	50	2	50
Sueño constante	0	0	4	100

Fuente: Correa, Guerrero, Medrano, Rodríguez (2018).

En cuanto a la sintomatología que presentan los pacientes diabéticos, el síntoma más reconocido por los adultos mayores es la visión borrosa con el 100% de los encuestados, mientras que los menos conocidos son el mal aliento, la gingivitis y la retención de orina, todos con un 25% cada uno. En cuanto a la retención de orina el 75% los participantes desconocen que las constantes ganas de orinar que presentan es debido a que esta patología produce una reducción de la sensibilidad en la vejiga, provocando deterioro en contractilidad de la misma, por lo que en ocasiones tienen la necesidad de ir al baño frecuentemente sin poder vaciarla completamente o, por el contrario, no sentirán la necesidad de hacerlo y solo lo harán una o dos veces al día.

CONCLUSIONES

Tomando en cuenta los resultados obtenidos se determina que estos se asemejan a los obtenidos con el trabajo de grado presentado en la UCV por los técnicos superiores en enfermería Albornoz Martha y Alemán Yolimar en Ruiz Pineda, Caracas (ya referenciados en el estudio), donde el desconocimiento de aspectos claves en la prevención y control de la patología son predominantes. Esto puede deberse a que posiblemente en la institución no se orienta a los adultos mayores acerca de esta enfermedad, o bien, no está interesado con conocerlos. Parece ser que los entrevistados mostraron cierto conocimiento sobre tales factores de riesgo de Diabetes, se evidencia en las pocas las medidas de prevención que toman para garantizar un buen estado de salud pese a la enfermedad que padecen.

Está claro que la dinámica económica y familiar muchas veces limita el acceso a las medidas de prevención que garanticen la salud de estos adultos mayores, sin embargo, en gran parte consideramos que las estrategias educativas empleadas hasta ahora por la institución no toman en cuenta las necesidades educativas de cada grupo etario sino que están diseñadas para una población estándar y se desarrollan de forma monótona y sin motivación, siendo urgente actuar desde la prevención con la educación para la salud.

Otros de los errores cometidos en el área de salud preventiva es que, a la hora de diseñar programas educativos no incluyen a los adultos y adultas mayores como parte del equipo responsable de diseñar estos programas junto a

médicos y/o enfermeras, esto ocasiona en ellos motivación hasta rechazo hacia estos programas; de hecho pudieran en algunos casos no sentirse identificados con el equipo de salud que los lleva a cabo debido a que estos desconocen gran parte de las inquietudes, características, experiencias y entorno de las personas mayores. Es de destacar que en muchos centros del INASS no existe personal de gerontología como el profesional de salud más idóneo para diseñar las estrategias educativas para la población adulta mayor que padece diabetes o presenta predisposición a la misma, situación que es menester de este profesional.

A modo de conclusión, en los resultados obtenidos en los adultos mayores entrevistados pertenecientes al INASS en los estados Vargas, Táchira y la ciudad de Caracas se observa el poco conocimiento sobre los factores de riesgo y las medidas de tipo educativo para controlar la diabetes y prevenir sus complicaciones lo que puede afectar en un futuro su autonomía física y mental, por lo que se hace necesario implementar estrategias educativas en los Centros INASS que les permitan a los adultos mayores desarrollar una actitud favorable y preventiva hacia la enfermedad a fin de facilitarle la adopción de conductas de autocuidado, tales como comer saludable, realizar actividades físicas de manera continua, mantener un chequeo y monitoreo médico de los niveles de glicemia, cumplir el tratamiento médico de la forma indicada, identificar y reducir los factores de riesgos, es decir, orientarlos para que tomen la decisión diaria de modificar sus estilos de vida.

RECOMENDACIONES

Para los adultos mayores:

- Incorporar la actividad física en la rutina diaria empezando con pocos minutos al día y con una actividad que no requiere mayor esfuerzo como caminatas.
- Seguir un horario de descanso e incorporar hábitos saludables de sueño.
- Realizarse chequeos médicos odontológicos, del sistema nervioso y cardiovascular, de los riñones y la vista de forma periódica.
- Mantenerse informado sobre el manejo de la diabetes, ya que mientras mayor información tenga menos complicaciones se le presentarán.

- Abandonar el hábito de fumar de forma paulatina.
- Mantener un peso adecuado a través del cumplimiento de dietas equilibradas y saludables y la realización de ejercicios físicos acordes con sus capacidades físicas.
- Mantener la higiene y cuidados de los pies, tales como la hidratación y corte de uñas.
- Incorporar hábitos saludables en la rutina diaria de forma paulatina para poder internalizarlos y adaptarse a los mismos.

Para el INASS:

- Establecer programas educativos que tomen en cuenta los hábitos, estilos de vida y entornos de los adultos mayores diabéticos o no, para lo cual es necesario realizar un diagnóstico gerontológico de los mismos.
- Incorporar al gerontólogo en los planes de salud y educación de los adultos mayores con diabetes.
- Realizar revisiones periódicas de la salud física y mental de los adultos mayores con diabetes.
- Garantizar el tratamiento médico y la alimentación adecuada a los adultos mayores residentes con diabetes a fin de mejorar su calidad de vida.
- Incorporar a los familiares de los adultos mayores en los planes educativos diabetológicos
- Garantizarle a los adultos mayores el acceso a equipos multidisciplinario de salud especializados en el manejo de la diabetes en el adulto mayor.
- Planificar en conjunto con los adultos mayores los programas educativos y de salud a fin de garantizar el éxito del mismo y que esté acorde a sus intereses y necesidades.

REFERENCIAS CONSULTADAS

Albornoz, M. y Alemán Y (2008). *Información que posee el paciente diabético sobre su enfermedad y autocuidado que asisten al distrito sanitario N° 2 Ruiz Pineda, en el segundo semestre del año 2007. UCV. Caracas.* Trabajo de

- grado presentado como requisito para optar por el título de Licenciado en Enfermería. Universidad Central de Venezuela, Caracas, Venezuela.
- Casanova, K. (2017). *Nivel de conocimiento sobre diabetes mellitus que tienen los pacientes diagnosticados del servicio médico Sanitas de Venezuela entre diciembre 2015 a julio 2016*. Caracas: Revista diabetes.com., IX (2), p.1-5.
- Casanova, M; Transacos, M; Orraca, O; Prats, O; y Gómez D. (2011). *Calidad de vida en adultos mayores diabéticos tipo 2. Policlínico Hermanos Cruz, 2010*. México: Rev. Ciencias Médicas, 15 (2), p. 145-156.
- De la Paz, K; Proenza, L; Gallardo, Y; Fernández, S; y Mompie, A. (2012). *Factores de riesgo en adultos mayores con diabetes mellitus*. Cuba: Medisan, 16 (4), p.489.
- Federación Internacional de Diabetes. (2015). *Atlas de la diabetes de la FID*. Bélgica: FID, 15º, p. 12.
- Hevia, P. (2016). *Educación en diabetes*. Chile: Issue, 2, p. 271-276.
- OMS. (2018). *Diabetes*. Disponible en URL: http://www.who.int/topics/diabetes_mellitus/es/. [Consulta el 7 de noviembre del 2018].
- Pérez, M. y Ruano, A. (2004). *La alimentación de los ancianos diabéticos*. España: Elsevier, 23 (1), p. 6.
- Quintero R Sandra B. (2103). *Gerontología. Ciencia para la Vida*. Venezuela: Linografías López, p. 53.
- Rizo, M y Sandoval K. (2016). *Comportamiento clínico-epidemiológico de la diabetes mellitus, en niños y adolescentes atendidos en consulta externa, Hospital Manuel de Jesús Rivera "La Mascota" durante enero 2012-junio 2014*. Nicaragua: UNAN, p. 7.
- Romero, Pablo. (2009). *Calidad de vida*. Disponible en URL: <http://calidaddevidapablroromero.blogspot.com/>. [Consultada el 5 de enero del 2019].
- Roopa, M; Del Moral, M y Aguilar C. (2010). *Epidemiología de la diabetes en el anciano*. México: Medigraphic, 62 (4), p. 305-311.
- Saldaña, Florean, López, Sánchez, Palomera y otros. (2007). *Conocimientos usuales de los pacientes diabéticos en los estudiantes de medicina del occidente de México*. México. Scielo, 10 (4), p. 225-232.

Sociedad Venezolana de Medicina Interna. (2014). *Que debemos saber acerca de la diabetes*. Caracas: SVMI, p.1-4.

ANEXOS

Anexo 1

Universidad Nacional Experimental
"Francisco de Miranda"
Área ciencias de la Salud
Licenciatura en Gerontología
(Convenio UNEFM-INASS)

Encuesta basada en 10 ítems para evaluar los conocimientos que tienen los adultos mayores sobre la sintomatología, factores de riesgos y medidas preventivas o saludables necesarias para tratar las implicaciones de la diabetes en la vejez.

Lugar:

Fecha:

Indique la opción que considere correspondiente.

1. ¿Qué edad tiene? _____
2. ¿Tiene padres, hermanos, tías, tíos que padecen diabetes? Si____ No____
3. ¿Padece de hipertensión arterial? Si____ No____
4. ¿Sabe cuál es su peso actual? Si____ No____
5. ¿Usted fuma? Si____ No____
6. ¿Cree usted que la diabetes es una enfermedad curable? Si____ No____
7. ¿Cuáles de las siguientes partes del cuerpo cree usted son afectados por la diabetes?
 Vista____ Riñones____ Páncreas____
 Nervios____ Pulmón____ Corazón____
 Articulaciones____ Pies____ Ninguno de los anteriores____
8. ¿Cuáles de los siguientes alimentos cree usted son perjudiciales para las personas que padecen diabetes?
 Pasta____ Vegetales____ Cereales____ Café____
 Frutas____ Pescado____ Harinas integrales____ Huevos____
 Jugos de frutas____
9. ¿Cuáles de los siguientes hábitos considera usted ayudan a prevenir o a mejorar la diabetes?
 Comer de cinco a seis veces al día____ Realizar poca actividad física____ Tener control médico____ Mantener un peso adecuado____ Dormir____ Consumir alcohol____
10. ¿Cuáles de los siguientes síntomas cree usted están relacionados con la diabetes?
 Visión borrosa____ Mal aliento____ Gingivitis____ Retención de orina____
 Fatiga____ Sueño constante____

Anexo 2

Memoria fotográfica de las entrevistas



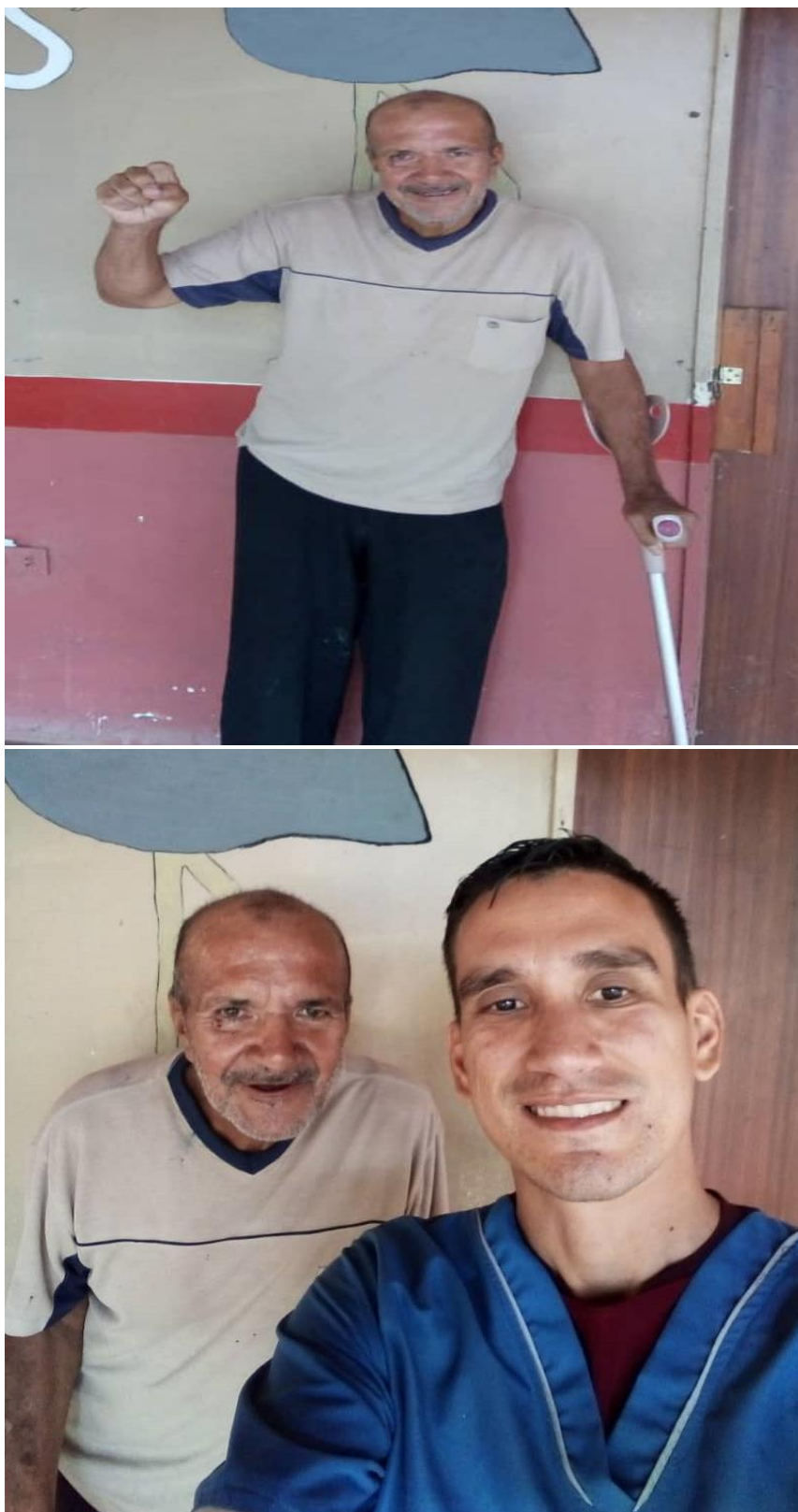
Entrevista. Adulta Mayor Caso INASS Vargas



Entrevista. Adulto Mayor Caso INASS Vargas



Entrevista. Adulta Mayor Caso INASS, Caracas



Entrevista. Adulta Mayor Caso INASS Táchira

Anexo 3
Instrumento DKW-24

Ítem	Pregunta	Si	No	No se
1	El comer azúcar no es causa de diabetes			
2	La diabetes es causada por la falta de insulina			
3	La diabetes es causada porque los riñones no expulsan la glucosa del cuerpo			
4	Los riñones no producen insulina			
5	Siendo diabético puede tener hijos diabéticos			
6	La diabetes mellitus no se cura			
7	La diabetes se divide principalmente en tipo 1 y 2			
8	Comer mucho estimula a producir insulina			
9	Es igual de importante el escoger los alimentos a ingerir que la forma de prepararlos			
10	Los alimentos de los diabéticos no deben ser diferentes a los de los demás			
11	Aquel diabético sin dieta, ejercicio y tratamiento médico le aumenta la glucemia			
12	Identificación de nivel alto de glucemia en valores de 210 mg/dl			
13	No es la mejor prueba para valorar la glucemia la realización de glucosurias			
14	El ejercicio no produce mayor necesidad de insulina o medicamentos			
15	El medicamento no es más importante que la dieta y el ejercicio			
16	No son datos de hiperglucemia la sudoración y la sensación de frío			
17	No son datos de hipoglucemia la presencia de polidipsia y polifagia			
18	La diabetes mellitus causa problemas de circulación sanguínea			
19	Las heridas en los pacientes diabéticos no cicatrizan más lento			
20	El paciente diabético debe de tener			

	cuidado en el cortado de sus uñas			
21	Las heridas de los diabéticos no deben de lavarse a base de yodo y alcohol			
22	La diabetes mellitus puede dañar los riñones de los pacientes			
23	La diabetes mellitus produce alteraciones en la percepción sensitiva			
24	Los pacientes diabéticos no deben de utilizar medias elásticas o calcetines apretados			

Fuente: Saldaña, Florean, López, Sánchez, Palomera y otros, 2007.

LA ESPIRITUALIDAD EN EL ADULTO MAYOR

Gilson, Nohé Ramón

Universidad Nacional Experimental "Francisco de Miranda" Coro estado Falcón.
Venezuela

ramongilson1@gmail.com

RESUMEN

Cuando el hombre y la mujer tienen un acercamiento con Dios es porque ha se fortalecido poco a poco su espiritualidad. Recordemos lo que nos dice el apóstol Pablo: "Caminar en el Espíritu". Los adultos mayores hacen vida en nuestros templos católicos y no sólo oran, rezan y realizan novenas delante del Santísimo Sacramento sino que también, forman parte de los grupos de apostolado seglar que tienen las parroquias, allí ellos se sienten bien y contribuyen con las actividades sociales que organiza nuestra Santa Madre Iglesia. Los amigos de la tercera edad que están en este caminar espiritual son espejos para muchos y más aún para sus seres queridos, entre ellos así como con sus hijos y nietos, porque les enseñan los primeros pasos del camino de la fe, como itinerario de creer, confiar y abandonarse en las manos de aquel que da la paz verdadera que es Dios. Sus canas y arrugas son indicios de la experiencia que tienen de la vida y por supuesto de la vivencia personal que tienen amando a Dios y al prójimo. Todos estamos llamados a imitar a estos abuelos nuestros en este camino espiritual para poder crecer y vivir como cristianos verdaderos y así alcanzar la santidad que también es una gracia de Dios.

Palabras clave: Espiritualidad, Fe, Amor al prójimo, Solidaridad, Temor de Dios

SPIRITUALITY IN THE ELDERLY ADULT

ABSTRAC

When the man and the woman have an approach with God it is because their spirituality has been gradually strengthened. Remember what the apostle Paul tells us: "Walk in the Spirit." Older adults live in our Catholic temples and not only pray, pray and perform novenas in front of the Blessed Sacrament but also, they are part of the secular apostolate groups that have parishes, there they feel good and contribute to social activities organized by our Holy Mother Church. The friends of the third age who are on this spiritual walk are mirrors for many and even more for their loved ones, among them as well as with their children and grandchildren, because they teach them the first steps of the path of faith, as an itinerary to believe, trust and abandon yourself in the hands of the one who gives the true peace that is God. Their gray hair and wrinkles are indications of the experience they have of life and of course of the personal experience they have

loving God and neighbor. We are all called to imitate these grandparents of ours on this spiritual path to be able to grow and live as true Christians and thus achieve holiness that is also a grace of God.

Key words: Spirituality, faith, love of neighbor, solidarity, fear of god.

INTRODUCCIÓN

“Los dichos de los viejitos, son evangelios chiquitos”.

Dicho popular

Cuando tenemos un encuentro muy personal con Dios nuestra fe se fortalece de tal manera que ese Amor no es sólo para Él sino también se lo demostramos a nuestros hermanos. En la primera epístola de Juan leemos y meditamos: *“Y hemos recibido de él este mandamiento: quien ama a Dios, ame también a su hermano”* (1 Jn.4, 21).

En este ensayo reflexivo, expongo la experiencia que he visto de los Adultos Mayores que hacen vida en nuestros templos católicos, siendo espejo de alegría cristiana para muchos. San Juan Pablo II cuando publicó la Exhortación Apostólica Familiaris Consortio (1981) habla de los adultos mayores como aquel hombre o mujer que trabaja dentro de la familia para propagar la fe. “En realidad, la vida de los ancianos ayuda a clarificar la escala de valores humanos; hace ver la continuidad de las generaciones y demuestra maravillosamente la interdependencia del Pueblo de Dios. Los ancianos tienen además el carisma de romper las barreras entre las generaciones antes de que se consoliden: ¡Cuántos niños han hallado comprensión y amor en los ojos, palabras y caricias de los ancianos! y ¡cuánta gente mayor no ha suscrito con agrado las palabras inspiradas!, “la corona de los ancianos son los hijos de sus hijos” (Prov 17, 6).

Hablar de espiritualidad es mencionar la obra que hace el “Espíritu Santo” en el hombre y la mujer que quiera aceptar esta bendición. Los adultos mayores que siguen este regalo de Dios son orientados por este fuego de Amor y tratan de “caminar en el Espíritu” (Rom 8,4). Es una vida que se quiere profundizar en toda su realidad humana, con autenticidad y profundidad. A este respecto Quintero (2013, p.47) expresa sobre la importancia que tiene dicha espiritualidad en el

adulto mayor que “En la edad adulta mayor son muchas las experiencias que se acumulan en torno al crecimiento espiritual que muchas veces no nos damos cuenta. Todo lo asociamos al ámbito de la religiosidad. Evidentemente que como seres humanos buscamos siempre la respuesta a todo lo que nos rodea e introducimos a Dios en él, pero es importante personalizar esas experiencias y vivenciarlas verdaderamente en nuestra vida diaria”.

Toda la vivencia de fe que tienen nuestros abuelos es gracias a esta permanencia dentro de la Iglesia católica, muchos van solo a la Eucaristía los domingos mientras otros hacen vida dentro de nuestros templos siéndose bien trabajando por Dios y por nuestros hermanos a pesar de la edad que puedan tener. Me gusta ver, y muchas veces acompañar a los adultos mayores que delante del Santísimo Sacramento se encuentran con Dios, ya sea reflexionando alguna cita bíblica, rezando el rosario, haciendo una novena, leyendo la liturgia de las horas o simplemente meditando la oración de una estampita, todos estos momentos también los lleva a fortalecer su vida espiritual. En este tema Sánchez (1997, p.11) dice “En la vida espiritual, el hombre concreto e histórico actúa movido y animado por el Espíritu, dinamizado y transformado por el motor de la gracia”.

Gracias a la experiencia vivida en la espiritualidad de estos hombres y mujeres en la tercera edad se va transformando poco a poco la sociedad de hoy haciéndola más humana y solidaria, de hecho, así lo expresa Huarte (1998) al decir “...tiene que ver con el sentido de nuestra vida y con el despertar a un modo nuevo de vivir”. La espiritualidad de estos adultos mayores se ve reflejada claramente en el hogar cuando inculcan a sus hijos y nietos a ir a la Eucaristía los domingos o enseñándoles el Amor por las cosas de Dios ayudándoles a ellos a prepararse para los sacramentos de Bautismo, Primera Comunión, Confirmación y hasta para el matrimonio.

Viene a mi memoria la figura de mi abuela materna, Aminta porque ella nos enseñó a rezar el rosario y ayudó a preparar la Primera Comunión de mi hermano y la mía. Igual con mi abuela paterna, Silvestra quien a pesar de sus años nos contaba la experiencia de fe vivida desde su juventud, gracias a las fiestas patronales y las procesiones de los santos que hacían aquellas parroquias donde ella participaba.

Para el año 2012 publiqué un libro titulado “Poemas para el Alma” y uno de los temas lo llamé “Entre canas y arrugas”, y quise demostrar en estas líneas que también nuestros adultos mayores tienen esa oportunidad para encontrarse con Dios.

I

Son los años que me hacen
sentir débil y cabizbajo
pero me da animo el tiempo
poder vivir con Dios cada paso.

II

Ya tengo hijos, nietos y hasta bisnietos
son un regalo del Señor,
ellos, al igual que yo
tendrán su momento para alabar a Dios.

III

Hombres y mujeres de la tercera edad
les pido que se unan a mí para evangelizar,
ustedes que han pasado por la universidad de la vida
animen a otros para que amen a Dios nuestro guía (p.27).

Dentro de la Iglesia católica los abuelos nuestros tienen responsabilidades muy importantes donde el sacerdote o párroco del lugar les da un voto de confianza, y esto es gracias a los años que tienen asistiendo al templo o simplemente por la experiencia de fe que tienen, muchos son catequistas, celebradores de la Palabra o Ministros de Comunión, coordinadores de los grupos apostólicos, entre otros.

En estos movimientos de apostolado seglar donde los adultos mayores hacen vida se sienten muy bien, tomados en cuenta y hasta le dedican gran parte de su tiempo para estar en dicho grupo, allí trabajan por la Iglesia y están muy compenetrados con las obras sociales, por ejemplo visitan los hogares, hacen ollas de sopa para los niños desnutridos, regalan ropas, entre otras cosas. Su fe les ayuda a hacer todas estas obras de caridad.

El Concilio Plenario de Venezuela en el libro La Proclamación profética del Evangelio de Jesucristo en Venezuela, nos dice: “Reconocemos que la espiritualidad de los diversos Movimientos de Apostolado Seglar ha impulsado y sostenido el testimonio cristiano de muchos hombres y mujeres a lo largo de Venezuela. Son agentes de la Nueva Evangelización, ponen en práctica las obras de misericordia, visitan hogares, atienden enfermos, brindan atención a los encarcelados, imparten catequesis, dedican tiempo a la oración. Todo ello constituye un trabajo positivo” (PPEJV 20)

Retomando la estadía de los adultos mayores en estos grupos apostólicos es bueno destacar que se sientan a gusto al estar allí y ante los problemas o dificultades familiares que puedan estar pasando ese lugar es el cielo para ellos. Pérez (2001, p.129) nos habla de los grandes beneficios que tienen estas personas de la tercera edad de pertenecer a estos movimientos, “En estos grupos de reflexión el adulto mayor escuchan, piensan y repiensen, logrando disminuir la angustia, alivian tensiones, reflexionar su propia situación, y se comparten miedos que aparecen del pasado”.

Donde se sientan bien, allí hay que dejarlos. He tenido la experiencia de compartir con muchos clubes de adultos mayores en Coro estado Falcón, Venezuela, y se ve en ellos una alegría profunda que sale de su corazón porque en ese lugar ellos se forman, comparten, juegan y aprendiendo del otro. Podemos decir que uno de los temas que suelen tratar es sobre el valor FE y estos abuelos nuestros lo comparten con una Eucaristía el día del aniversario del Club o un Rosario cuando es el mes de mayo o, una actividad social en el sector para ayudar a cualquier familia que tenga alguna necesidad material o espiritual.

Este artículo, es realmente parte de las experiencias vividas con los abuelos que he conocido en los templos católicos donde he podido estar, en los clubes de adultos mayores, de amigos que he conocido a través de mi profesión como periodista y por supuesto los que me educaron en la fe como fueron mis abuelos. Toda esta espiritualidad me ayuda a seguir imitándolos porque ellos seguirán siendo para mí un ejemplo a seguir.

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

Biblia de Jerusalén (1975) *Desclee de Brouwer*, Bilbao, 1975

Gilson R; N, R (2012) *Poemas para el Alma*, Impresiones SURTIGRAF C:A., 2012, pág 27

Huarte, I (1998) *Espiritualidad Ignaciana*, artículo en la revista Misión Hoy 16. 1998.

Juan Pablo II (1981) *Exhortación Apostólica Familiaris Consortio*, 1981. Ediciones Tripode.

Pérez Rebour, I (2001) *Hospital de Día. Metodología de Inserción Social*, 2001, pág 129

Quintero, S (2013) *Gerontología. Ciencia para la vida*, linográficas López, 2013. Coro, Falcón Venezuela. pág 47.

Sánchez Chamoso, R. (1997) *Espiritualidad. Contexto existencial y teológico*. Teología IUSI, 1997, pág 11.

LOS ADULTOS MAYORES Y LAS MIGRACIONES VENEZOLANAS

García Zaida

Comunidad de Aprendizaje J. M. Cruxent

garciazaida08@gmail.com

RESUMEN

Hablar de migraciones es hablar de desplazamientos de ciudadanos que van de un país a otro. Desde el siglo XVI hasta el presente, han existido innumerables registros de movimientos migratorios en Venezuela. En diversos momentos de su historia, este país ha sido receptor de extranjeros; pero debido a la difícil situación económica, social y cultural generada, pasa a ser mundialmente, la nación con mayor número de emigrantes. Generalmente, son los jóvenes en edades económicamente productivas quienes han emigrado; algunos se han llevado la familia, incluyendo a adultos mayores. En otros casos, permanecen en el país, ejerciendo básicamente roles en el cuidado de los nietos. En el estudio los adultos mayores y las migraciones venezolanas, se expone una realidad actual de desplazamiento poblacional al exterior sin precedentes. Para el desarrollo del mismo se empleó como metodología la revisión documental

Palabras clave: gerontes, jubilación, país, desplazamientos, ciudadanos.

OF OLDER ADULTS AND VENEZUELAN MIGRATIONS

ABSTRAC

To talk about migration is to talk about movements of citizens who go from one country to another. From the 16th century to the present, there are innumerable records of migratory movements in Venezuela. At various times in its history, this country has been a recipient of foreigners; but due to the difficult economic, social and cultural situation generated, it becomes worldwide, the nation with the largest number of emigrants. Generally, it is young people of economically productive ages who have emigrated. Some have taken the family, including older adults. In other cases, they remain in the country, basically exercising roles in raising grandchildren. In the study of older adults and Venezuelan migrations, an unprecedented current reality of population displacement abroad is exposed. For the development of the same, the documentary review was used as a methodology

Keywords: people, retirement, country, displacements, citizens.

INTRODUCCIÓN

A lo largo de la historia de Venezuela se han registrado muchas migraciones ya sean por entradas o salidas de personas del país, de hecho, en el siglo pasado (XX), se conoció de un alto porcentaje de inmigrantes y algunas emigraciones. Se ha visto que desde el 2014, se ha generado un elevado éxodo, motivado a la situación del país, en su mayoría han escogido como destino los países andinos como Colombia, Ecuador, Perú, Chile, Argentina y Brasil.

La real situación de inestabilidad política, económica, social y cultural que se está viviendo en Venezuela, ha sido un factor determinante en estas migraciones. Muchos venezolanos, sobre todo jóvenes, se han visto en la necesidad de abandonar su país de origen, en busca de otros horizontes. Al respecto, Semple (2017), afirma que la mayoría de las personas que están emigrando son jóvenes en edades económicamente activas; sin embargo hay adultos mayores que han logrado pasar las fronteras venezolanas, siguiendo los pasos de hijos, nietos, bisnietos, sobrinos, entre otros; que van en busca de mejores condiciones de vida.

DESARROLLO

La migración se refiere a los desplazamientos que realizan los ciudadanos de un país a otro, motivados por diversas razones de índole económica, política, social, cultural, entre otras. En cuanto a este fenómeno, Vargas (s/f) expresa que:

Se trata de un movimiento de un país a otro con carácter de permanencia y puede tener diversos tipos según sean las motivaciones del individuo, su percepción del contexto o a las oportunidades que tienen para desarrollarse en otros espacios, aunque ello signifique salir de su país de origen (p 91).

Pero es la CEPAL (2018) quien ha profundizado en este tema de migración al decir que, la migración internacional ha tenido una presencia constante en la historia de los países de América Latina. Como resultado de su vinculación con Europa, desde los períodos coloniales y de la independencia hasta mediados del siglo XX la región recibió inmigrantes de ultramar cuya presencia aún es notoria en varios países. De hecho, refiere además que el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE)-División de Población de la Comisión

Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) cuentan con una base de datos regional denominada Investigación de la Migración Internacional en Latinoamérica (IMILA), iniciativa pionera desde los años sesenta en la que, a partir de las bases de los censos de población, se explotan características y potencialidades de la migración en la región.

Resalta la CEPAL (2018) que la migración internacional no es un hecho nuevo en los países, la movilidad contemporánea ha adquirido múltiples facetas y una dinámica sin precedentes (p.9). Mientras que Bermúdez y otros, (2018) refieren en el Informe movilidad humana venezolana que “La migración es un fenómeno ineludible a la humanidad que ha transfigurado civilizaciones, ha redefinido fronteras y ha permitido el desarrollo y socorro a millones de ciudadanos a lo largo de siglos” (p.8). En este momento crucial en la historia de Venezuela, la migración se plantea como un fenómeno inevitable; aunque antes no haya sido considerada como posibilidad. En el caso de los adultos mayores, Semple, K. (2017) expresa que la decisión de irse provoca ansiedades e incertidumbres para ellos; ya que estarían dejando amistades y comodidades acumuladas durante su actividad laboral, sería empezar de nuevo.

Entre las causas que generan este fenómeno migratorio se pueden mencionar las persecuciones político-ideológicas y étnico-religiosas, la inseguridad ocasionada por la violencia, las guerras, los problemas socioeconómicos, la búsqueda de desarrollo individual o familiar, oportunidades de empleo y educación, entre otras. Ésta difícil decisión de la migración, se combina entre factores internos, que incluye las necesidades básicas insatisfechas y los externos la frustración en la realización personal (Aruj. 2008.s/p).

De acuerdo a lo planteado, en la actualidad la principal causa de migración para el venezolano es la oportunidad de empleo, destinado a la satisfacción de sus necesidades básicas y de sus familiares. Las personas de edad avanzada cuando logran irse, ven aquí la posibilidad de satisfacer por lo menos su necesidad de alimentación y la de medicinas, más que todo los enfermos crónicos.

En el caso venezolano, a lo largo de la historia se han conocido altos movimientos migratorios, tanto de entradas (inmigraciones) como de salidas

(emigraciones). Al igual que en muchos países de América Latina, en primer lugar, se registra la llegada masiva de los europeos al país, mayoritariamente españoles y portugueses, trayendo como resultado la colonización (S. XVI), trascendente hecho que dejó imborrables huellas en la historiografía de este importante país suramericano (Delgado y Abellana, 2009, p. 233).

Durante el proceso de colonización tanto los españoles, como los alemanes, portugueses, entre otros, eran inmigrantes; pero también se debe hacer mención de los africanos (esclavizados), que aunque fueron obligados, forman parte de ese grupo de extranjeros que llegó a Venezuela en ese tiempo. y que su presencia en el país ha sido significativa en muchos sentidos. En Memorias de Venezuela (2009), se hace referencia a que la trata de negros africanos “fue el sistema de violencia institucionalizada de mayor magnitud en la historia de la humanidad”, y en el siglo XVI se inicia en este país (p. 20).

Desde la colonización hasta mediados del S. XX, Venezuela se constituyó en una región receptora de numerosos inmigrantes de ultramar; que en su mayoría llegaban por motivos laborales; pero aun así, entraban personas de diferentes grupos étnicos, por supuesto incluyendo adultos mayores. Poco a poco, esta región fue dejando de ser atractiva para los migrantes, dándose después, desplazamientos progresivos hacia el exterior (Delgado y Abellana 2009, p. 233). En relación a esta situación, Semple, K (2017) considera que muchos venezolanos de avanzada edad, al decidir adónde escapar, se reconectan con esas raíces extranjeras, algunas prácticamente olvidadas (s/p).

Según las consideraciones de Bermúdez y otros (2018), los ciudadanos venezolanos han emigrado indiferentemente del estado civil, nivel académico, ocupación; y que además en los próximos años, esta crisis migratoria generalizada va a originar un problema demográfico. De igual manera afirman, que como la mayor proporción de emigrantes son jóvenes; el país pierde fuerza laboral necesaria para la recuperación económica del mismo (p. 9).

Tomando en cuenta que en este proceso migratorio muchos son los venezolanos altamente calificados que han tenido que abandonar el país, esta situación ha traído como consecuencia la fuga de talento, que Zúñiga (s/f), define como la salida de migrantes que han alcanzado un nivel educativo superior o una experiencia laboral equivalente a ese grado de instrucción, a este grupo le

denomina migrantes calificados; donde también se cuentan adultos mayores que en una oportunidad apostaron a esta patria; pero que ahora con sus ingresos disminuidos, van a ofertar sus conocimientos y experiencia más allá de las fronteras.

Al respecto, Adams (citado por Padilla y otros, 2015) considera que un país al pasar el 10% de fuga de talento su desarrollo estaría en detrimento. Pero, los organismos oficiales no tienen cifras exactas del éxodo venezolano; por lo tanto se desconoce el porcentaje real de profesionales, especialistas, inversionistas, entre otros; que no están aportando sus conocimientos; y por ende, no están contribuyendo a que mejore la situación del país. Por la misma razón, se desconoce el total de la población adulta mayor y demás grupos etáreos que actualmente están en el país, confiando que con el esfuerzo de todos se podrá salir adelante (p. 30).

En relación a las oportunidades de trabajo, no todos los emigrantes han corrido con la dicha de ser ubicados en cargos correspondientes a su profesión u oficio; precisamente por requerir un empleo; para cubrir sus necesidades básicas han tenido que aceptar ser ubicados en otras áreas e incluso en puestos de menor categoría. Que igual lo ejercen con entusiasmo, buscando con ello, mejorar por lo menos sus condiciones de vida y también la de sus familiares.

Frecuentemente, se escucha entre algunos familiares de emigrantes, que éstos no están ejerciendo su profesión; pero aun así desempeñándose en otros cargos de menor rango, sus ingresos son sustancialmente mayores a los que pudiera estar devengando en el país e incluso en un cargo gerencial. Esos comentarios hacen ruido, sirviendo de impulso a otros emigrantes.

Castillo y Reguant (2017), hacen un recuento de los momentos históricos (1920 – 1999) que han impulsado desplazamientos migratorios tanto de entradas como salidas en Venezuela. A partir de 1920, se produjeron movimientos importantes, con el inicio de la actividad petrolera (exploración y explotación) se establecieron las primeras compañías extranjeras, impulsando el flujo masivo de inmigrantes al país, motivando al aumento vertiginoso de la economía; puesto que ofrecían sus conocimientos; sobre todo las personas mayores, que eran quienes más contaban con experiencia.

En el año 1938, el General Eleazar López Contreras diseña y ejecuta políticas educativas, de salud y de inmigración incentivando a agricultores venezolanos y extranjeros al latifundio a través de la creación del Instituto Técnico de Inmigración y Colonización, en la puesta en marcha del Plan Trienal. En el período gubernamental de Marcos Pérez Jiménez, se registra un importante número de inmigrantes, debido a que en este lapso (1948 – 1958) se minimizaron los requisitos de ingreso al país.

Durante la década de los 60, el movimiento migratorio venezolano, fue también bastante denso. Para ese período se registra un 15% de inmigrantes provenientes de España, Portugal, Italia (la Europa devastada en la 2da guerra mundial). Para esa época ocurrió en este continente, un fenómeno demográficamente similar al que está aconteciendo en Venezuela. El desplazamiento de la población económicamente activa, originó un desequilibrio que incidió notablemente en el aumento porcentual de adultos mayores, que aunado a otros indicadores dio como resultado el envejecimiento poblacional.

En esta misma década, también se registraron inmigraciones de origen libanés, sirio y judío. Posteriormente, de Colombia, Argentina, Chile, Perú y Cuba, originadas por las fuertes condiciones económicas de esos países, a las dictaduras de Cuba, Argentina y Chile, al igual que la guerrilla colombiana y los grupos armados en Perú. Ya en los años 70, se produce un aumento de los precios del petróleo, por ende mayores ingresos al estado y se pone en ejecución el V Plan de la nación incrementando la entrada de inmigrantes de la región andina. Al respecto Cañizález (2018) afirma, que en ese momento llegaron chilenos, argentinos, uruguayos, que venían huyendo de los gobiernos militares de sus naciones; de igual manera peruanos ecuatorianos, colombianos y también dominicanos que venían en busca de oportunidades de trabajo, motivado a la difícil situación económica de sus países y que Venezuela como receptor, implementó medidas para captar mano de obra extranjera (s/p).

Con relación a los migrantes colombianos Álvarez (2004), expresa que en su mayoría, al llegar a Venezuela se quedaban un tiempo en los estados fronterizos como Apure, Zulia y Táchira, debido a la extensa actividad comercial; de la zona; pero luego se desplazaban a la región central del país, (estados como Distrito

Federal, Miranda, Aragua, Carabobo) buscando mayores oportunidades de trabajo, vivienda y servicios (p.194).

Continúan Castillo y Reguant con su recuento refiriendo que desde la década de los 80 (ochenta) y los 90 (noventa) Venezuela tiene cuatro momentos puntuales de migraciones internacionales, en los 80, el país vive una crisis política y económica que disminuyó notoriamente las migraciones extranjeras, generando más bien el retorno de algunos inmigrantes y la emigración de venezolanos, reducida en este caso a motivos de estudios con esperanza de regreso. Durante la presidencia del Dr. Luis Herrera Campins, el 18/02/83, se suscitó el famoso “viernes negro” (devaluación del bolívar frente al dólar de 4,30 por 20 años a 7,50 Bs). Los sucesos ocurridos entre el 27 y 28 de febrero del 89, conocido como el “Caracazo” fue la respuesta dada por el pueblo a los programas de ajustes económicos del gobierno de Carlos Andrés Pérez. Se produce aquí el regreso de muchos españoles a su país.

Ya llegada la década de los 90, específicamente en 1994, segundo gobierno del Dr. Rafael Caldera, ocurre el llamado “Crash Financiero”, con la intervención y cierre de algunas entidades bancarias. Esta difícil situación económica del país generó desconfianza en muchos venezolanos e hijos de inmigrantes que también se fueron. En 1999, al asumir la presidencia el Comandante Hugo Chávez, se produjo otra ola migratoria más intensa que las anteriores (Castillo y Reguant, 2017, p.139 a 142)

Todos los movimientos demográficos venezolanos han tenido fuertes trascendencias económicas y sociales; pero es necesario hacer mención que en ellos ha habido la presencia de personas mayores o en edades avanzadas, aportando no solo sus conocimientos, sus ideas; sino también su cultura en el caso de los extranjeros; y de esta forma contribuyendo con el desarrollo del país

Padilla y otros (2015), refieren que entre las migraciones venezolanas no están incluidos los registros de salida de estudiantes, exiliados y refugiados. Sin embargo, en el mismo trabajo es citada Freitez, A, Directora del Instituto de Investigaciones Económicas y Sociales de la Universidad Católica Andrés Bello, quien refleja un total de 800.000 venezolanos que emigraron desde el año 2000 hasta el 2014 (p.28). Al respecto, La Organización de las Naciones Unidas (ONU), registra desde 2014 hasta mediados de 2018, un éxodo de venezolanos de 2,3

millones, lo que representa el 7% de la población total, porcentaje mismo que informó a esta organización que la principal causa de su salida del país era la falta de alimentación, evidenciándose un estado de desnutrición en el 1,3 millones (s/p)

En un texto de Fernández (2018), titulado “El viacrucis de ser viejo en Venezuela” afirma que “La ONG Convite AC, ratificó la crítica situación de la alimentación al concluir que los adultos mayores venezolanos pierden entre 1 y 2 kilos al mes por el casi imposible acceso a una dieta adecuada”, de acuerdo a un estudio realizado en el estado Miranda, en diciembre de 2017. En el mismo también hace mención que “en septiembre de 2018 los ancianos lideraron las principales protestas en el país. Falta de efectivo, retraso en pago de jubilaciones, hiperinflación, escasez de alimentos y medicinas los aquejan y alejan de una vejez digna” Los ingresos de estos mayores, están tan reducidos, que no alcanzan para nada.

En Lima, Francisco Quintana, director del Programa para la Región Andina, Norteamérica y el Caribe del Centro por la Justicia y el Derecho Internacional (Cejil, 2018), advirtió que a finales de 2018, la cifra de venezolanos emigrantes al resto de los países americanos, podía llegar a 4 millones. También afirmó que este éxodo tan acelerado no tiene precedentes en ninguna parte del mundo. Al respecto, el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR) y la Organización Internacional para las Migraciones (OIM), afirman que hasta mediados del 2019, la cifra de emigrantes supera los cuatro millones. Es importante resaltar que comparando las cifras desde el 2000 hasta el 2019, se deduce que la emigración va en aumento acelerado; puesto que el número de emigrantes cada vez es sorprendentemente mayor.

Human Rights Watch (2018), afirma que a pesar de las serias dificultades que esta crisis migratoria genera, algunos gobiernos sudamericanos han realizado enormes esfuerzos por acoger a ciudadanos venezolanos, incluyendo la adopción de normas especiales para brindarles permisos legales de permanencia, además de la posibilidad de pedir asilo. Es necesario resaltar, que pese a estos esfuerzos los países cooperadores, también requieren ayuda internacional, motivado a la gran cantidad de personas que están recibiendo (p. 3).

Se le reconoce y se agradece a estos gobiernos el esfuerzo en recibir a los venezolanos; aunque debido al elevado número de personas que han albergado ellos estén tomando medidas progresivamente más duras, que hacen cada vez más difícil regularizar la situación como inmigrantes. También se da el caso de personas que por razones políticas han tenido que salir del país, viéndose en la necesidad de solicitar a los países receptores el reconocimiento de refugiados. En otros, simplemente van y vienen tantas veces puedan y deseen.

La periodista Martín (2018) de Panam Post, entrevistó al exdirector del Departamento de Extranjería y Migración de Chile, Sandoval R, quien señaló a la prensa que “así la situación de Venezuela cambie, hay que tener en cuenta que su normalización estará sujeta a un proceso de reconstrucción que será una realidad de largo plazo, por lo que el flujo migratorio va a seguir por un tiempo”. También consideró que “dicho movimiento migratorio de venezolanos podría prolongarse unos cinco o 10 años y que no se espera un proceso de pronto retorno” (Martín, 2018, s/p).

Debido a la situación, se comprende que el proceso de recuperación del país no va ser rápido, como de la noche a la mañana; pero existe la esperanza, que sería el motor para que tanto individual como en conjunto, todos los venezolanos adquieran el compromiso de hacer un esfuerzo mayor y poner su granito de arena en cuanto al trabajo honesto, conocimientos, ideas innovadoras aplicables para reactivar la economía; al igual que la solidaridad con el grupo más vulnerable, en este caso con los adultos mayores. En fin, estar todos dispuestos a emprender acciones que ayuden a resolver la situación, a lograr la unión como hermanos; y no a la separación ni a la destrucción de todos como se ve actualmente.

Es tiempo que cada venezolano, es decir adultos mayores y demás grupos etáreos que estén en capacidad de analizar su comportamiento y reflexionar sobre ello; puesto que no se puede vivir aislado, mucho menos causando daño al prójimo. Que toda esta difícil situación sirva para un mayor acercamiento a Dios, a la oración; y así hacer florecer los mejores sentimientos de amor, bondad, fraternidad, hermandad; porque más temprano que tarde llegará la calma a esta tempestad, por lo que hay que mantener la fe y la esperanza de que los planes de Dios son únicos y su tiempo es perfecto.

CONCLUSIONES

En este inédito proceso migratorio existe un elemento digno de reflexionar, pues se ha dado a conocer la salida de venezolanos competentes, que dejan al país en condiciones de inestabilidad ante los apresurados cambios culturales, sociales y tecnológicos que se han venido suscitando a nivel mundial. Toda esta situación de inestabilidad política, económica, social y cultural del territorio nacional, es lo que gira en torno a este elevado número de emigrantes venezolanos, que ha traído como consecuencia la separación de muchas familias, más específicamente a partir del 2014.

Sin duda, este fenómeno migratorio venezolano, ha generado serios cambios demográficos, que deben ser una alerta para tomar algunas medidas que mantengan en constante actividad a la población adulta mayor, promoviendo de esta manera un envejecimiento activo y saludable; ya que al gobierno le convendría más invertir en medicina preventiva que en la curativa.

Por su parte, el factor laboral se ha convertido en un agente fundamental del cambio suscitado en Venezuela a lo que a migraciones se refiere, este progresivo número de ciudadanos aspirantes a un trabajo digno, en el que puedan poner en práctica sus conocimientos en los cuales fueron formados, y así devengar un salario que les permita alcanzar un futuro estable para ellos y sus familiares.

En relación a las personas que de una u otra manera permanecen en el país, para ellos existe una mayor probabilidad de ingresar al mercado laboral, puesto que con las migraciones ha disminuido notablemente la competencia; aunque muchos consideran que no vale la pena con los ínfimos salarios devengados; esta es una manera de aportar a la reconstrucción de la nación; es decir trabajar juntos en pro y bienestar de la patria. De igual forma, se desea que los que están fuera trabajen honradamente y den lo mejor de sí, para dejar en alto el nombre de Venezuela.

REFERENCIAS CONSULTADAS

Alto Comisionado para las Naciones Unidas para los Refugiados: ACNUR (2019).

Refugiados y migrantes de Venezuela superan los cuatro millones: ACNUR

– OIM. Disponible en URL:

<https://www.acnur.org/noticias/press/2019/6/5cfa5eb64/refugiados-y->

migrantes-de-venezuela-superan-los-cuatro-millones-acnur-y.html

Consultado 13/08/19

Álvarez R. (2004) *La dinámica migratoria colombo-venezolana: evolución y perspectiva actual*. Disponible en URL: <http://www.saber.ula.ve/bitstream/handle/123456789/20988/articulo4.pdf;jsessionid=F0AE04E696ECBDC266C1DC29BBAE0D0F?sequence=2>.

Consultado en: 28/02/19.

Aruj. R. (2008) *Causas, Consecuencias, Efectos e Impacto de las Migraciones en Latinoamérica*. Universidad de Buenos Aires. Disponible en URL: <http://www.scielo.org.mx/pdf/pp/v14n55/v14n55a5.pdf>. Consultado el 16/02/19

Bermúdez Y, y otros. (2018) *Informe Movilidad Humana Venezolana*. Disponible en URL: [HTTPS://CPALSOCIAL.ORG/DOCUMENTOS/570.PDF](https://cpalsocial.org/documentos/570.pdf) Consultado el 20/02/19

Cañizález A, (2018) *Antes de la diáspora: la Venezuela que acogía inmigrantes*. Disponible en URL: <https://prodavinci.com/antes-de-la-diaspora-la-venezuela-que-acogia-inmigrantes/> Consultado 27/06/19

Castillo T, y Reguant M, (2017). *Percepciones sobre la migración venezolana: causas, España como destino, expectativas de retorno*. Disponible en URL: <https://revistas.upcomillas.es/index.php/revistamigraciones/article/viewFile/7898/7683>. Consultado el: 28/02/19.

Cejil, (2018) [Cifra de migrantes venezolanos llegaría a 4 millones para finales de 2018](http://efectococuyo.com/internacionales/cifra-de-migrantes-venezolanos-4-millones-segun-cejil/). Disponible en: <http://efectococuyo.com/internacionales/cifra-de-migrantes-venezolanos-4-millones-segun-cejil/>. Consultado 04/03/19.

CEPAL (2018) *Migración Internacional. Observatorio Demográfico América Latina y el Caribe*. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Observatorio Demográfico, 2018 (LC/PUB.2018/25-P), Santiago, 2019.

Delgado Y. y Abellana M (2009). *Venezuela y Migración: El Trabajo como Agente de Cambio*. Disponible en URL: <http://servicio.bc.uc.edu.ve/derecho/revista/idc32/art8.pdf>. Consultado 17/02/19

- Fernández Herminia (2018), titulado *“El viacrucis de ser viejo en Venezuela”*. Disponible en URL: <https://www.france24.com/es/20180925-ancianos-venezuela-maduro-migracion>. Consultado 04/03/19.
- Human Rights Watch, 2018. *El éxodo venezolano, Urge una respuesta regional ante una crisis migratoria sin precedentes*. Impreso en Estados Unidos de América. Disponible en URL: <https://www.hrw.org/es/report/2018/09/03/el-exodo-venezolano/urge-una-respuesta-regional-ante-una-crisis-migratoria-sin> Consultado el 16/02/19.
- Martín S (2018). *Flujo de migrantes venezolanos aumentó 900 % en tres años*. Disponible en URL: <https://es.panampost.com/sabrina-martin/2018/07/10/migrantes-venezolanos-aumento/>. Consultado 18/02/19.
- Memorias de Venezuela (2009). *Ruta de africanos esclavizados*. Número 9.
- Migración masiva en Venezuela: (2016) *¿Una consecuencia de la violación a los derechos económicos, sociales y culturales de sus ciudadanos?*. Disponible en URL: <http://www.venezuelaawareness.com/2016/02/migracion-masiva-en-venezuela-una-consecuencia-de-la-violacion-a-los-derechos-economicos-sociales-y-culturales-de-sus-ciudadanos/> Consultado el 15/02/19.
- ONU (2018) *Éxodo de venezolanos ya supera los 2.3 millones, más de la mitad sufre de desnutrición*. Disponible en URL: <https://www.elnuevoherald.com/noticias/mundo/america-latina/venezuela-es/article216706480.html>. Consultado 14/03/19.
- Padilla J y otros (2015) *Migración: una tendencia irreversible*. Volumen XX, Número 3. Disponible en URL: <http://virtual.iesa.edu.ve/servicios/wordpress/wp-content/uploads/2016/04/2015-3-padillatorresmichelena.pdf>. Consultado el 17/02/19.
- Semple K (2017) *Quedarse es morir: los jubilados venezolanos obligados a migrar por la crisis*. Disponible en URL: <https://www.nytimes.com/es/2017/12/11/venezuela-migracion-ancianos-tercera-edad-crisis/>. Consultado 17/02/19.
- Vargas C (s/f). *La migración en Venezuela como dimensión de la crisis. Investigación y análisis*. Disponible en URL: <http://www.cries.org/wp-content/uploads/2018/09/009-Vargas.pdf>. Consultado el 16/02/19.

Zúñiga G (s/f). *Instituto de Investigaciones Económicas y Sociales* Universidad Católica Andrés Bello. Disponible en URL: <http://www.ildis.org.ve/website/administrador/uploads/PresentacionZuniga.pdf>. Consultado 14/02/19.

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*. México: 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: Paidós.

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.

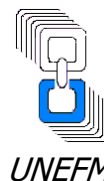
Instrucciones para árbitros de la Revista y colaboradores.

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. 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.

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.

COMITÉ REDACCIÓN

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.

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.

Lcda. Nohedwin Córdova (Instituto Médico Coro y Clínica AME Falcón Punto Fijo)

Venezolana. Licenciada en Gerontología (2018 Universidad Nacional Experimental "Francisco de Miranda"), Licenciada en Psicología (2015 Southern Christian University International Florida). Certificado Internacional Practicante de

CRP. (Círculo de Realización Personal) por UNIRIQUEZA, Diplomado de Psicología en Psicoterapia Gestal por UPEL-FEVEPNE. Publicaciones Revista GeroCiencia 2018. Conferencista en crecimiento personal.

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.

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

RESUMEN TÉCNICO DE 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.

Magister. 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.

Magister. 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.

Méd. 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.

Lcda. Arelis Camacho (CIAP-Venezuela. Oficina de atención integral al adulto mayor)

Venezolana. Licenciada en Gerontología UNEFM 2012. Maestría en curso. Orientación de la Conducta del Centro de Investigaciones Psicológicas, Psiquiátricas y Sexológicas de Venezuela. Labora en Centro de Investigación y Análisis Prospectivo CIAP-Venezuela, oficina de atención integral al adulto mayor.

Lcda. Alba Zárraga (Univ. Nac. Exp. Francisco de Miranda UNEFM-Venezuela)

Venezolana. Licenciada en Gerontología UNEFM 2012. Gerencia en Salud Publica (Maestría en curso en espera defensa tesis) Profesor Instructor UNEFM Departamento de Trabajo Comunitario.

RESUMEN TÉCNICO DE AUTORES**Luis Paris (Univ. Nac. Exp. Francisco de Miranda UNEFM-Venezuela)**

Venezolano. Médico Cirujano, Especialista en Neumonología, Magister Scientiarum en Micología UNEFM. Docente Agregado UNEFM, Jefe del Post Grado en Neumonología. Director Fundador de la Revista Mirandina de Ciencias de la Salud UNEFM. Cursante Doctorado en Ciencias de la Salud UNEFM.

María Teresa, Pulgar (Univ. Nac. Exp. Francisco de Miranda UNEFM-Venezuela)

Venezolana. Médico Cirujano. Universidad Nacional Experimental "Francisco de Miranda" UNEFM-Venezuela. Odontólogo. Docente UNEFM. Cursante Doctorado en Ciencias de la Salud UNEFM.

Gioconda Acosta (Univ. Nac. Exp. Francisco de Miranda UNEFM-Venezuela)

Venezolana. Médico Cirujano. Universidad Nacional Experimental "Francisco de Miranda" UNEFM-Venezuela. Actualmente Decana de Ciencias de la Salud de la UNEFM. Ecografista Integral del Centro de Enseñanza e Investigación de Ultrasonido en Medicina (CEIUM). Barquisimeto, Edo. Lara. Estudios: 1) "Determinación de la Valoración Nutricional en pacientes con Enfermedad Renal Crónica en Hemodiálisis. 2) "Estudio Epidemiológico de Leishmaniasis Cutánea en la Población de San Juancito, Edo. Falcón. 3) "Programa de Educación Sexual dirigido a los Adolescentes entre 12 y 18 años de la escuela y el Liceo Bolivariano Arenales. Parroquia Guzmán Guillermo, Municipio Miranda-Estado Falcón. Conferencista. Publicaciones: Parasitología: "Estudio Epidemiológico de Leishmaniasis Cutánea en la Población de San Juancito, Edo. Falcón. Experiencia Laboral: Jefe del Departamento de Estudios Morfofuncionales 2016-2019, Directora del Programa de Medicina marzo-julio 2019.

Iris Correa

Venezolana. Cursante de Licenciatura en Gerontología de la Universidad Nacional Experimental "Francisco de Miranda" UNEFM-Venezuela. Formada en primeros auxilios, farmacia e hipertensión arterial. Actualmente labora como asistente de farmacia en el área de presidencia del Instituto Nacional de los Servicios Sociales INASS ente rector de políticas de atención al adulto mayor en Venezuela con respaldo de la Ley de los Servicios Sociales o Ley del Adulto Mayor y otras Categorías de Personas. Experiencia laboral 19 años de servicio en INASS.

Henry Guerrero

Venezolano. TSU en Fisioterapia. Cursante de Licenciatura en Gerontología de la Universidad Nacional Experimental "Francisco de Miranda" UNEFM-Venezuela. 9 años de experiencia en fisioterapia. Formada en cuidado hacia el adulto mayor por la Fundación Alzheimer de Venezuela primeros auxilios, farmacia e hipertensión arterial. Actualmente labora en el Instituto Nacional de los Servicios Sociales INASS ente rector de políticas de atención al adulto mayor en Venezuela con respaldo de la Ley de los Servicios Sociales o Ley del Adulto Mayor y otras Categorías de Personas. Experiencia laboral 9 años de servicio en INASS.

Williams Medrano

Venezolano. Abogado. Cursante de Licenciatura en Gerontología de la Universidad Nacional Experimental "Francisco de Miranda" UNEFM-Venezuela. Actualmente labora en la Fábrica Nacional de Cemento S.A.C.A. Apoderado Judicial. Consultor Jurídico y ex director de gestión humana de FNC. Experiencia laboral: Ocupó el cargo de Coordinador Nacional de Asuntos Educativos del Instituto Nacional de los Servicios Sociales INASS ente rector de políticas de atención al adulto mayor en Venezuela con respaldo de la Ley de los Servicios Sociales o Ley del Adulto Mayor y otras Categorías de Personas.

Sonia Rodríguez

Venezolana. TSU en Trabajo Social. Cursante de Licenciatura en Gerontología de la Universidad Nacional Experimental "Francisco de Miranda" UNEFM-Venezuela. 8 años de experiencia en trabajo social y atención al adulto mayor, familiares y comunidades. Tutora Institucional de estudiantes universitarios y bachillerato. Actualmente labora en Transporte Baperca C.A en el área administrativa.

Gilson, Nohé Ramón

La reseña del autor se encuentra en comité editorial

Lcda. Zaida García (Comunidad de Aprendizaje J. M. Cruxent)

Venezolana. Licenciada en Gerontología, Lcda en Educación Mención Desarrollo Cultural. Diplomado en Introducción y Fundamentos de la Pedagogía y la Filosofía, Diplomado en Introducción y Fundamentos de la Arqueología y la Paleontología, Diplomado en Introducción y Fundamentos de la Historia, Diplomado en Historia Colectiva y Patrimonio Cultural, Diplomado en Introducción y Principios de la Etnohistoria, Diplomado Métodos & Técnicas de Investigación & Documentación, Diplomado en Gestión Social de Colecciones Culturales y Naturales. Cursante de la Licenciatura en Pedagogía de la Antropología, la Arqueología y la Etnohistoria (Universidad Poli-Territorial de Mérida "Kléber Ramírez" UPTM).

INDICE DE ARTÍCULOS

	Pág.
• Vivir con cromomicosis, en la voz de quien afronta esta realidad en la zona semiárida del estado Falcón.	9
• Factores de riesgo de prótesis dental en una adulta mayor.	20
• Calidad de vida y trasplante de órganos en adultos mayores. Un tema poco tratado en la comunidad de la salud	33
• Diabetes en el adulto mayor. Una experiencia educativa para INASS en Venezuela	47
• La espiritualidad en el adulto mayor	70
• Los adultos mayores y las migraciones venezolanas	76

GEROCIENCIA

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

