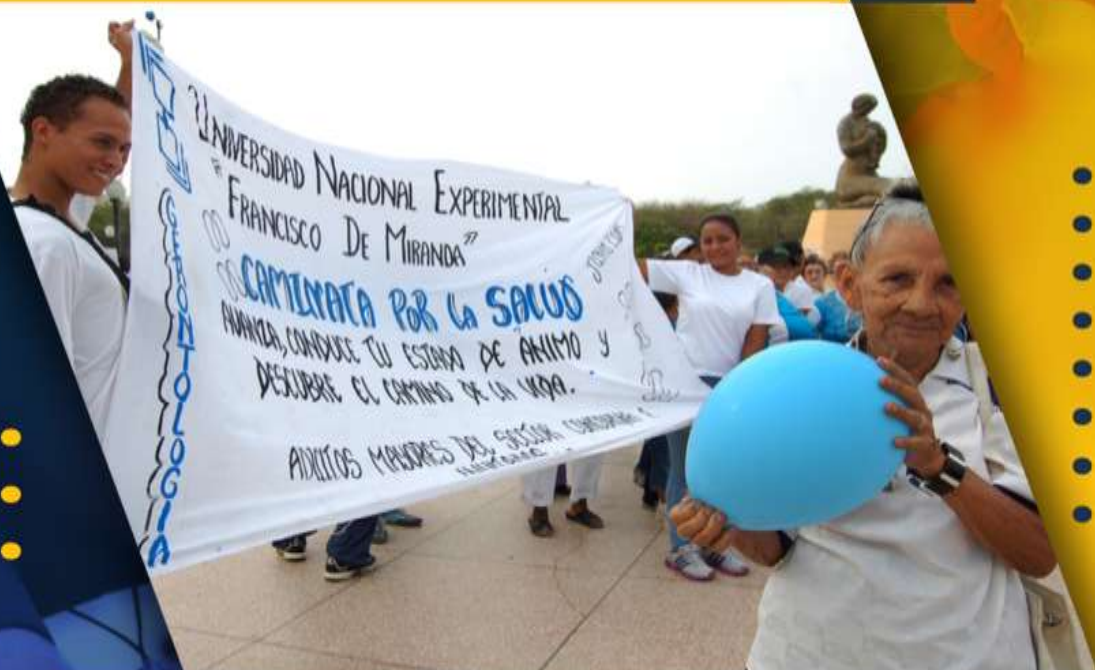




UNIVERSIDAD NACIONAL EXPERIMENTAL
"FRANCISCO DE MIRANDA"
ÁREA CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE GERONTOLOGÍA

REVISTA GEROCIENCIA

DÉCIMA
TERCERA
2023



**Revista electrónica de Gerontología
(Educación, Social, Gerencia, Salud,
Ciencia y Tecnología).**

Año VII Vol I N°13. Enero a Junio 2023

Depósito Legal. FA2017000074

ISSN.2959-6572

Santa Ana de Coro, Estado Falcón, Venezuela

Director-Editor

Dra. Sandra Quintero (UNEFM)

Comité Editor

Dra. Sandra Quintero (UNEFM)

Lcda. Belen Cásares (UNEFM)

Dr. Nohé Ramón Gilson (UNEFM)

Comité Redacción

Lcda. Maroly Quevedo MSc (UNEFM-Venezuela)

Dr. Nohé Ramón Gilson. (UNEFM-Venezuela)

Consejo Asesores

Dr. Jairo Villasmil (UNEFM-Venezuela)

Dra. Carlina García (UNEFM-Venezuela)

Dra. Gioconda Acosta (UNEFM-Venezuela)

Dra. Ivonne Medina (UNEFA-Venezuela)

Dr. Gilberto Ereú (UNEFA-Venezuela)

Comité Memoria

Lcda. Belen Cásares (UNEFM-Venezuela)

Árbitros colaboradores

Dra. PhD. Nerys Ortega (Univ Carabobo Venezuela)

Dra. Maribel Osorio (UCV- Venezuela)

Dr. Jairo Boscan (LUZ-Venezuela)

Dra. Miriam Bazán (Ministerio de Salud Perú)

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

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

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

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

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

Master. Laura Salatino (Maimonides-Argentina)

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

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

Mg. Katuska Sangronis (UNEFM-Univ Kléber Ramírez Venezuela)

Diseñador de portada

Julia Cásares Quintero

CONTENIDO

	Pág.
Editorial de la Revista	4
Filosofía de la Revista	7
Adscripción	9
Artículos	10
Normas editoriales	128
Planilla de arbitraje	134
Líneas de Investigación de la Unidad de Investigaciones Gerontológicas UNIGER del Programa de Gerontología de la UNEFM	136
Resumen técnico de comité	138
Resumen técnico de árbitros	140
Resumen técnico de autores	145
Índice de artículos	147

EDITORIAL DE LA REVISTA

Le Revista Gerociencia es una de publicación ininterrumpida desde el año 2017 cuando la Universidad Nacional Experimental “Francisco de Miranda” UNEFM se encontraba en sus 40 años. En esta oportunidad de divulgación científica de gran significado a nivel nacional e internacional por eso se presenta la edición XIII de cara a diversas experiencias que aportan al conocimiento a la actual ciencia gerontológica.

Cada edición de la Revista GeroCiencia recibe contribuciones que son evaluadas por un equipo de árbitros especialistas de gran talla profesional como gerontólogos, psicólogos, médicos, educadores, enfermeros, trabajadores sociales, comunicadores sociales entre otros. Entre los temas presentados en la Revista se encuentran en el ámbito educativo, social, salud, gerencia, cultural, espiritual, antropológico y tecnológico. Vale decir que, los artículos responden a necesidades reales y son referencia e intereses para investigadores y académicos que profundizan en el estudio de la vejez, adulto mayor y envejecimiento.

Gerociencia es una revista abierta a todas las corrientes de pensamiento cuyos aportes se orientan hacia el conocimiento integral y humanista en la sociedad actual. Por eso, dentro de las políticas de la Revista es esencial responsabilizar a cada autor por las contribuciones que hace teniendo en cuenta que no interfiera. Como ha sido conocido, la presentación de la Revista GeroCiencia se hace en formato digital cuyo fin es posibilitar el alcance y por ende una mayor difusión de la gerontología, de allí la importancia de la vigencia y continuidad de la publicación.

La XIII edición que se presenta, contiene artículos como el de VALORES HUMANOS PARA UNA CULTURA DE PAZ EN ADULTOS MAYORES DE CORO ESTADO FALCÓN VENEZUELA de Cásares Quintero Julia Mariam cuyo objetivo fue determinar los valores humanos para una cultura de paz en adultos mayores del sector Pantano Abajo de Coro estado Falcón donde es necesario fomentar valores de orden social para minimizar las situaciones con los vecinos como la contaminación ambiental y sónica, el egoísmo, el poco compañerismo y unión, así

como la inseguridad en el sector entre otras situaciones que apremian en la comunidad.

Otro es el de Ysolina Soto, Palencia Lisbeth, Hernández Misaudys titulado **IMPACTO DEL COVID-19 EN LOS ADULTOS MAYORES DE LA COMUNIDAD DE SAN NICOLAS I, MUNICIPIO MIRANDA ESTADO FALCÓN** con el objetivo de determinar el impacto del Covid-19 en los adultos mayores en la comunidad de San Nicolás I, municipio Miranda estado Falcón, 2021 la pandemia del covid-19 ha causado un impacto negativo en los adultos mayores ya que han presentado ansiedad, estrés y sentimientos que les impiden afrontarla junto a su familia, asimismo se han sentido insatisfechos en cuanto a la forma de llevar sus vidas.

De igual manera esta el artículo titulado **VERSATILIDAD DE LOS PROGRAMAS DE SALUD. UNA ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR DESDE LA VISIÓN ONTOLÓGICA DE CALLE** de María Teresa Martínez cuyo propósito fue Interpretar el significado de la versatilidad de los programas de salud desde la visión ontológica de calle encontrándose que. la gerencia debe ser proyectada tratando de avanzar en la preparación e implantación de modelos de trabajo que garanticen el logro de los objetivos establecidos en los programas de salud con fines precisos y claros de cumplimiento, y asimismo, renovar los mecanismos de participación activa y protagónica de todos los involucrados.

También está el artículo de Marisabel Hernández Ventura, María Teresa Hernández Ventura denominado **ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD EN EL ÁREA DE SALUD INTEGRAL COMUNITARIA, LA PASTORA, MARACAIBO, ZULIA** siendo su objetivo desarrollar el análisis de situación de salud en el ASIC La Pastora, Maracaibo, Zulia, año 2022. Se debe tomar en cuenta el análisis de situación de salud por ser una herramienta clínica, epidemiología favorecedora de la realización de planes en pro de la salud, hoy en día necesaria, debido al incremento mundial de adultos mayores, donde se requiere la participación activa de éstos en acciones para su bienestar.

Otro artículo es el titulado REFLEXIONES SOBRE LA SITUACION ACTUAL DEL ADULTO MAYOR de Dulce Carrero cuyo propósito es dar a conocer algunas reflexiones sobre la influencia y la importancia que estos cambios han tenido en la población de adultos y adultas mayores. experiencias, y que estas permitan percibir mejor los desafíos y oportunidades que enfrentan los adultos y adultas mayores en la actualidad, esperando a que se desarrollen políticas y programas que aborden sus necesidades que mejoren su calidad de vida como forma de reconocer y valorar la contribución que los adultos mayores han hecho y siguen haciendo a la sociedad.

De igual manera está el titulado UNA MUJER AUTENTICA QUE SE ATREVIÓ A CUMPLIR SUS SUEÑOS de Bernarda Valera y Migdalia Valera con el objetivo dar a conocer la historia de vida de la señora Amelia Agüero, fallecida el 22 de diciembre del 2021 una adulta mayor que emprendió un viaje por la educación andragógica a sus 72 años de edad trazándose como reto llegar a la universidad donde se logro determinar que una persona adulta mayor de aptitud y actitud positiva sirve como ejemplo y motivación para que otras personas se propongan alcanzar sus metas.

Sobre lo presentado aquí, desde la Revista GeroCiencia agradecemos a todos los autores, árbitros y equipo de trabajo por el volumen que se presenta del cual estamos seguros que será de provecho para todos.

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 está adscrita a la Unidad de Investigaciones Gerontológicas UNIGER que tiene dependencia del: Programa de Gerontología, el Instituto de Investigación del Área Ciencias de la Salud de la UNEFM y a su vez, al Decanato de Investigación, se rige por las líneas de investigación de la Universidad Nacional Experimental “Francisco de Miranda”.

**VALORES HUMANOS PARA UNA CULTURA DE PAZ EN ADULTOS MAYORES
DE CORO ESTADO FALCÓN VENEZUELA**

Cásares Quintero Julia Mariam

juliacasaresquintero0.2@gmail.com

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

RESUMEN

El presente estudio tiene como objetivo general determinar los valores humanos para una cultura de paz en adultos mayores del sector Pantano Abajo de Coro estado Falcón. La investigación es bajo el paradigma positivista; de tipo proyecto descriptivo y de campo, no experimental, transeccional o transversal. La técnica de recolección fue la observación y entrevista y como instrumento el cuestionario validado a juicio de experto y con confiabilidad de Alfa de Cronbach de 0,949. Entre los resultados se tiene que los valores presentes en la familia y la comunidad están los de tipo personales tales como: respeto, tolerancia, humildad, amor, paciencia, responsabilidad, esperanza, fe, perdón, oración entre otros. En cuanto a los valores sociales o comunitarios se conocieron: la amistad, solidaridad, comunicación, unión, compañerismo, dialogo, lealtad entre otros. Señalan además que es necesario fomentar valores de orden social para minimizar las situaciones con los vecinos como la contaminación ambiental y sónica, el egoísmo, el poco compañerismo y unión, así como la inseguridad en el sector entre otras situaciones que apremian en la comunidad.

Palabras clave: valor, comunidad, familia, unión, cultura de paz.

**HUMAN VALUES FOR A CULTURE OF PEACE IN OLDER ADULTS IN CORO,
FALCON STATE, VENEZUELA****ABSTRACT**

The general objective of this study is to determine the human values for a culture of peace in older adults in the Pantano Abajo sector of Coro, Falcón state. The research is under the positivist paradigm; descriptive and field project type, not experimental, transactional or cross-sectional. The collection technique was observation and interview, and the instrument was the questionnaire validated by expert opinion and with Cronbach's Alpha reliability of 0.949. Among the results, the values present in the family and the community are those of a personal nature such as: respect, tolerance, humility, love, patience, responsibility, hope, faith, forgiveness, prayer, among others. Regarding social or community values, they met: friendship, solidarity, communication, union, fellowship, dialogue, loyalty, among others. They also point

out that it is necessary to promote values of social order to minimize situations with neighbors such as environmental and noise pollution, selfishness, little camaraderie and union, as well as insecurity in the sector among other situations that are pressing in the community.

Keywords: value, community, family, union, culture of peace.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, existe un tema manejado por muchos organismos e instituciones tanto educativas como de orden social, y ese es el tema de los valores, nada escapa en lo cotidiano y en la formación del ser humano si no se tienen valores sociales, humanos, religiosos, civiles, personales, entre otros; cada uno de ellos, contribuyen tal y como refiere la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela a la formación de un ciudadano integral e íntegro, con valores socialistas y de pensamiento crítico y reflexivo, sobre todo en la contribución a una sociedad equitativa, integrada y humana.

Dicho esto, a nivel mundial la proclamación de la Asamblea Nacional de las Naciones Unidas (2000) es clara al plantear la necesidad de unir esfuerzos para desarrollar el concepto de la paz y la formación de una educación en valores desde temporáneas edades. La razón por las cuales se debe a la transcripción de los valores sociales y morales, comienza desde los primeros meses de vida aunque se consoliden en edades posteriores.

Por esta razón, según Vásquez, (1999) citado por Aragão (2005)

El valor se refiere a una excelencia o una perfección. Por ejemplo, se considera un valor decir la verdad y ser honesto, ser sincero en vez de ser falso, es más valioso trabajar que robar. La práctica del valor desarrollo la humanidad de la persona, mientras que el contravalor lo despoja de esa cualidad. (p.03).

Frente a lo descrito es necesario señalar que los valores son en sí mismo un despliegue de los seres humanos por tanto tienen un carácter individual; sin embargo, por el mismo hecho de ser un acto social, el ser humano adquiere muchos

valores establecido en la sociedad en la sociedad en la que vive. Lo planteado da cabida a comprender que educar hoy en valores es formar ciudadanos auténticos que sepan asumir conscientemente los retos de la globalización y puedan comprometerse en la construcción de un mundo justo, incluyente, equitativo e intercultural. Esta es una situación que debe motivar a las personas a que actúen de manera activa desafiando la adversidad de la influencia externa que trae el mal uso de la información en los medios de comunicación, la desintegración social, el auge de video juegos entre otros.

Es por ello que Martínez (2002, citado por Hurtado 2011) señala que:

Estamos en una sociedad en crisis, donde los valores han sufrido transformaciones fundamentales en su orden, debido al constante cambio que sufre la sociedad invadiendo así las individualidades y no permitiéndoles no desarrollar conductas que tiendan al bien común. Todas estas conductas eran adquiridas en el núcleo familiar pero como esta institución también ésta en crisis, estamos convencidos de que la escuela es uno de los posibles lugares por donde comenzar nuevamente a inculcar estas conductas para una mutua y de enriquecimiento personal para que luego puedan ser multiplicadores de tales actividades en el seno social (p.12).

El problema

Es evidente que la crisis de valores que se vive en nuestros días se manifiesta en todos los aspectos de la vida humana, en el modo de hablar y de relacionarse con los demás, y en todos los grupos sociales. Esta situación se expresa habitualmente en situaciones de discriminación, indiferencia ante lo público, individualismo, competencia desleal, falta de cooperación, entre otros (Hurtado, 2011). Todo ello se constituye como antivalores que conducen a actuaciones desacertadas que afectan, no sólo a la persona que los practica, sino también al entorno social donde se desenvuelve.

Ante lo descrito, el sector Pantano Abajo no escapa ante esta realidad, ya que en conversaciones con varios de los habitantes de la comunidad se conoció que existen muchas situaciones que afectan la dinámica del trato respetuoso hacia las

personas, los vecinos, y hasta en los grupos de dicha comunidad de manera particular en el conglomerado de conforma el consejo comunal Gran Mariscal de Ayacucho, el grupo Brisas Pantaneras, Grupos religiosos y el Comité de adultos mayores Travesuras Pantaneras en Amor Mayor, en especial de este último grupo se conoció el interés que tienen en unir esfuerzos para propiciar la consolidación de valores humanos (sociales y personales) a fin de promover una cultura de paz en ese sector, razón por la cual es motivo de interés del equipo investigador determinar cuáles serían estos valores que deben estar presentes en la comunidad y deben ser fortalecidos por estas organizaciones.

Ante lo descrito se plantea como **objetivo general**: Determinar los valores humanos para una cultura de paz presentes en adultos mayores del sector Pantano Abajo de Coro estado Falcón.

ESTUDIO DE REFERENCIA

Uno de los estudios previos que ha impulsado esta investigación se encuentra el de Gilson, N R (2012) quien ha venido desarrollando un estudio titulado Programa educativo comunicacional para la promoción de valores humanos, teniendo como propósito el de Fortalecer los valores sociales, humanos, religiosos, civiles, personales, en la comunidad falconiana mediante la educación permanente a través del Programa comunicacional “Comunicando valores” en los medios de comunicación social (prensa, radio, TV y medios electrónicos).

Concluyo que en la actualidad, existe un tema manejado por diversos organismos e instituciones tanto educativas como de orden social, y ese es el tema de “los valores”, nada escapa en lo cotidiano y en la formación del ser humano si no se tienen valores sociales, humanos, religiosos, civiles, personales, entre otros; cada uno de ellos, contribuyen tal y como refiere la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela a la formación de un ciudadano integral e íntegro, con

valores socialistas y de pensamiento crítico y reflexivo, sobre todo en la contribución a una sociedad equitativa, integrada y humana.

La dinámica de este proyecto comunicacional apuesta por una sociedad por la PAZ, cuyos valores humanos sean el punto de reflexión a la construcción social, económica, política, y educativa de nuestro país. Por esta razón, cada uno de los espacios dispuestos en este programa radial son de interés a la colectividad en general por cuanto dispone de una variedad de segmentos dirigidos a niños, adolescentes, adultos y hasta adultos mayores.

APOYO TEÓRICO

Los valores. Conceptualizaciones

Durante muchas décadas diversos autores y filósofos han querido explicar el significado del valor. En este sentido a continuación se presentan diversas posturas a modo de cuadro para comprender realmente su significado:

Cuadro N°1. Conceptualizaciones del término valores

<i>Autores</i>	<i>Definiciones</i>	<i>Característica principal</i>
Kluckhohn (1951, p 395, citado por Hitlin y Piliavin 2004, p.362)	El valor es una concepción, explícita o implícita de lo deseable, distintiva de un individuo o característica de un grupo, que influye en la selección de los modos disponibles, medios y fines de acción.	La concepción sobre lo deseable que influye en la acción.
Williams (1968, citado en Hitlin y Piliavin, 2004, p. 362)	Los valores concebidos como estructuras mentales estáticas involucran un enfoque en el criterio o normas de preferencia.	El criterio o las normas de preferencia.

Hoebel (1973, citado por Castro 2004, p.478)	Los valores son los ejes sobre los que se articula la cultura..., patrones de conducta dentro del conjunto global de potencialidades humanas, individuales y colectivas..., creencias profundas en cuanto a sí las cosas o los actos son buenos y debe aspirarse a ellos, o malos y deben ser rechazados.	Las creencias profundas que actúan de patrones culturales de la conducta humana.
Rokeach (1973, p.5)	Los valores son creencias duraderas de que un modo específico de conducta es personalmente o socialmente preferible a otro contrario o el modo inverso de conducta o estado final de existencia.	Las creencias que dan sentido a la acción.
Coll (1985, citado por Castro, 2004, p.478)	El valor es un principio normativo que preside y regula el comportamiento de las personas en cualquier momento o situación.	Las normas que regulan la conducta de las personas.

Fuente: Cásares (2018)

De manera concreta, Herrera (2007) señala que los valores suponen las concepciones, juicios, opiniones, disposiciones y estructuras cognitivas y afectivas, creencias evaluativas e ideales que sirven de fines para la acción, y los criterios y normas de preferencia que regulan la conducta de las personas y que emanan de su evaluación o de eventos de forma jerárquica, a través de las experiencias vividas.

La Actitud y los Valores Humanos

La actitud se define (Mc David, 1979, citado por Serrano, 1994) como un sistema relativamente estable de organización de la experiencia y la conducta en relación a un objeto o suceso particular. Esta definición hace referencia a que las actitudes que resultan de la organización de las ideas, valores y disposiciones que el hombre ha adquirido en su medio social. Aquí se ve como existe una necesidad por

parte del ser humano en plantear una organización de las relaciones con el entorno en relación a las actitudes hacia los objetos o sucesos particulares.

Es en base a lo descrito, se sostiene que la actitud es una estructura de creencias o predisposiciones de un individuo o grupo como una manifestación socialmente aprendida o como un estado mental o neural de respuestas organizadas (Sánchez, 1979; citado por Serrano, 1994). Se puede detectar un rasgo importante, el cual es que el hombre de una forma u otra asume actitudes en su vida diaria como el producto de un aprendizaje obtenido a través del tiempo y su medio social.

Autores que como Gilson (2012) y Serrano (1994) coinciden al afirmar que las actitudes son detectadas en el medio social donde se desenvuelve la persona, sobre todo por los efectos que éstas producen; es por ello que Mc David (citado por Serrano, 1994) las define como “una construcción hipotética que se refiere a algo que no es observable en forma directa y que se deduce indirectamente a partir de sus efectos sobre las acciones conductuales, los cuales son directamente observables”.

Tipos de valores

Gilson (2012) señala varios tipos de valores que es menester mencionar en este punto, y que a continuación se especifican:

Valores Morales Son aquellas cosas que son importantes para una persona. Por ejemplo: la alegría, la responsabilidad, la verdad etc.

Valores Sociales: Son aquellas cosas que son importantes para una persona, pero también para la familia y la comunidad, es decir, son valores compartidos, Por ejemplo: la convivencia, el compartir, el respeto por las cosas ajenas. Aluden a cualidades objetivas que tienen las cosas, son juicios de deseabilidad o de rechazo que se atribuyen a los hechos y objetos, son principios o criterios que definen lo que es bueno o lo malo por lo que acaban influyendo poderosamente en la conducta de los miembros del grupo Social.

Valores Cívicos Al igual que los valores sociales, este tipo de valores son compartidos por la comunidad y la familia, pero también por un país. Por ejemplo, respeto a los símbolos patrios, amor a los héroes.

Valores Estéticos. Al igual que los valores morales, los valores estéticos son personales, es decir, son propios de cada persona. Por ejemplo: aprecio por el arte, respeto por los bienes públicos, aprecio por la naturaleza, etc.

Es por esto que, los valores son propios de cada persona, pero también hay valores compartidos por un grupo grande de personas. Estos valores compartidos cambian de acuerdo a las características de ese grupo, por ejemplo: los Venezolanos no tenemos los mismos valores que los Colombianos. Los valores se transmiten de una generación a otra generación, es decir, los adultos les enseñan los valores a los niños.

METODOLOGÍA

El paradigma aplicado en la investigación es el paradigma positivista, que según Hernández, Fernández y Batista (2010) consiste en “la recolección de datos para probar hipótesis con base en la medición numérica y el análisis estadístico para establecer patrones de comportamientos y probar teorías”, y bajo un tipo de investigación descriptivo definido por estos mismos autores como “aquel estudio donde se pueden identificar las formas, conductas, actitudes y aptitudes de las personas que se encuentran en el universo de investigación”; en este caso los habitantes del sector Pantano Abajo que conforman los distintos grupos organizados que hacen vida en ese sector.

En cuanto al diseño de la investigación, se desarrolló a través de una investigación de campo, diseño no experimental el cual está definido por Hernández, Fernández y Batista (2010) como “la investigación que se realiza sin la manipulación deliberada de las variables, es decir, se trata de estudios donde no se hace variar de forma intencional las variables independientes para ver su efecto sobre otras variables”. Mientras que la muestra es “aquella donde la elección de los elementos

no depende de la probabilidad, sino de causas relacionadas por las características del investigador o del que hace la muestra”. En la presente investigación, se estableció previamente reunión con los grupos organizados del sector mencionado a fin de hacer la selección de los informantes que conforman el lindero del Consejo Comunal Gran Mariscal de Ayacucho integrándose, en este caso los miembros del Grupo Brisas Pantaneras, Comité de Adultos Mayores Travesuras Pantaneras en Amor Mayor y un Grupo Religioso Católico quedando considerados los siguientes:

- 55 adultos mayores participantes en estos grupos organizados.
- 15 dispuestos a participar en la investigación.
- En edades de 60 y más años.
- Sexo masculino y femenino.

Se utilizó la técnica de la entrevista estructurada llamada también entrevista formal o estandarizada y la observación directa. Respecto a la entrevista estructurada Hernández, Fernández y Baptista (2010) refieren que se caracteriza por plantearse idénticas preguntas del mismo orden a cada uno de los participantes quienes deben escoger entre dos o más alternativas que se les ofrecen para orientar mejor la entrevista se elabora un formulario que contenga todas las preguntas. Con relación a la observación como la otra técnica, se puede decir que es directa, por lo que Hernández, Fernández y Baptista (2010), refieren que “la observación consiste en el registro sistemático, cálido y confiable de comportamientos o conductas manifiestas”. Esto debido a que se pretende observar y sistematizar los hechos, actitudes y comportamientos de la muestra seleccionada para fundamentar la investigación.

En cuanto al instrumento fue un cuestionario, estructurado de este forma, I Parte: Datos personales del (la) entrevistado (a). Este contiene cinco (5) preguntas de las cuales cuatro (4) son cerradas y una (1) abierta y la II Parte: Valores Humanos. Este contiene nueve (9) preguntas abiertas que dan cabida a la reflexión por parte de los entrevistados. Sobre la validez del instrumento, se llevó a cabo mediante el juicio de expertos a cargo de tres profesionales con conocimientos en

materia social y educativa quienes trabajan en la Universidad Nacional Experimental Francisco de Miranda (UNEFM).

Sobre la confiabilidad, se aplicó el Alfa de Cronbach dando como resultado 0,949, este instrumento se a un total de 05 sujetos con características similares a la población total pero que no pertenecen a ella, significa que en la escala de interpretación del coeficiente de confiabilidad de Cronbach, Lee (1951) está ubicado en una muy alta confiabilidad, esto quiere decir que el instrumento puede ser aplicado de manera confiada. Paquete estadístico utilizado fue SPSS Versión 20 y evaluado por experto en el campo. Una vez aplicado el instrumento y recabada la información requerida, se efectuó su procesamiento bajo la técnica y análisis de datos en la estadística descriptiva.

Vale resaltar que este estudio, es la prosecución de otro realizado también por la autora con otra investigadora apellido Delgado y que se titulo Valores humanos para una cultura de paz en grupos organizados del sector Pantano Abajo de Coro estado Falcón, el cual integraba a varios grupos de esa comunidad, pero en este caso solo se tomo en cuenta a los adultos mayores.

RESULTADOS

Tabla 1. Distribución de los entrevistados en base a la pregunta: 1.-¿Qué es para usted un valor?

Respuesta	Frecuencia	%
Es aquel que nos ayuda a crecer como persona día a día.	6	40
Es el respeto, la consolidación de una familia.	4	26,6
Es algo importante en la vida, si no hay valor no somos nada.	4	26,6
Es la importancia de una persona.	1	6,6
Total	15	100

Fuente: Cásares (2018)

En la tabla N° 1 sobre la pregunta: 1 ¿Qué es para usted un valor, se puede evidenciar que el 40% señala que un valor “es aquel que nos ayuda a crecer como

persona día a día”, con un 26,5% están los entrevistados que señalaron que un valor “es el respeto, la consolidación de una familia”, con el mismo porcentaje esta los que opinaron que “es algo importante en la vida, si no hay valor no somos nada”, solo el 6,6% señaló que un valor “es la importancia de una persona”.

Sobre lo descrito se puede decir los valores suponen las concepciones, juicios, opiniones, disposiciones y estructuras cognitivas y afectivas, creencias evaluativas e ideales que sirven de fines para la acción, y los criterios y normas de preferencia que regulan la conducta de las personas y que emanan de su evaluación o de eventos de forma jerárquica, a través de las experiencias vividas (Herrera, 2007).

Tabla N°2. Distribución de los entrevistados en base a la pregunta: 2.-¿Qué valores considera usted que existen en su familia?

Respuesta	Frecuencia	%
Amor	12	15
Compañerismo	8	10
Humildad	5	6,25
Respeto	14	17,5
Unión	14	17,5
Comunicación	10	12,5
Solidaridad	9	11,25
Amistad	8	10
Total	80	100

Fuente: Cásares (2018)

Nota: el total de la frecuencia excede el total de los entrevistados porque uno o más respondieron la misma explicación y son coincidentes.

En la tabla N° 2 sobre la pregunta 2 ¿Qué valores considera usted que existen en su familia?, los entrevistados señalaron más de un valor por lo que se consideraron tales respuestas agrupándolas en base a las opiniones de los entrevistados. Por eso, el 17,5% señala que los valores que existen en su familia son el Respeto y la Unión, con un 15% está el Amor, mientras que con el 12,5% está la Comunicación, en tanto que el 11,25% considera que la Solidaridad; solo el 10% que Compañerismo y Amistad, y el 6,25% la Humildad.

Sobre el valor, Eagly y Himmerfach (1974, citados por Serrano, 1994) señalan que entre valores, actitudes y la subsiguiente conducta median otras variables no menos importantes; a saber, las relativas a disposiciones personales y factores situacionales.

Tabla N°3. Distribución de los entrevistados en base a la pregunta: 3.-¿Qué valores considera usted existen en su comunidad?

Respuesta	Frecuencia	%
Esperanza	4	13,3
Compañerismo.	4	13,3
Amistad.	7	23,3
Respeto	6	20
Relación entre los vecinos.	4	13,3
Comunicación.	5	16,6
Total	30	100

Fuente: Cásares (2018)

Nota: el total de la frecuencia excede el total de los entrevistados porque uno o más respondieron la misma explicación y son coincidentes.

En la tabla N° 3 sobre la pregunta 3 ¿Qué valores considera usted existen en su comunidad?, se conoció del 100% de los entrevistados un 23,3% considera que la Amistad en un valor que existe en su familia, un 20% señaló que el Respeto es un valor en su comunidad, el 16,6% de los entrevistados señaló que la Comunicación como valor; por otro lado, el 13,3% están los entrevistados que consideran los valores como Esperanza, Compañerismo, Relaciones entre los vecinos.

Sobre este tipo de valores de orden social, Gilson (2012) señala que estos, son aquellas cosas que son importantes para una persona, pero también para la familia y la comunidad, es decir, son valores compartidos, Por ejemplo: la convivencia, el compartir, el respeto por las cosas ajenas. Aluden a cualidades objetivas que tienen las cosas, son juicios de deseabilidad o de rechazo que se atribuyen a los hechos y

objetos, son principios o criterios que definen lo que es bueno o lo malo por lo que acaban influyendo poderosamente en la conducta de los miembros del grupo Social.

Tabla N°4. Distribución de los entrevistados en base a la pregunta: 4.-¿Cree usted que los valores son importantes en su comunidad? Si__. No__. Explique por qué.

Respuesta	Frecuencia	%
Porque nos ayudan a convivir mejor día a día con otras personas.	8	20
Porque si no hay Respeto y Solidaridad no hay comunidad	8	20
Porque se debe aplicar una mejor Convivencia y una mejor Comunicación en la comunidad.	8	20
Porque si no hay Respeto no hay buena Comunicación.	10	25
Porque sin valores no hay Comunidad.	6	15
Total	40	100

Fuente: Cásares (2018)

Nota: el total de la frecuencia excede el total de los entrevistados porque uno o más respondieron la misma explicación y son coincidentes.

En la tabla N° 4 sobre la pregunta 4 ¿Cree usted que los valores son importantes en su comunidad? Se conoció que el 100% respondió de forma afirmativa esta pregunta, del mismo modo señalaron con un 25% que “si no hay Respeto no hay buena Comunicación”, en tanto que con un 20% están los que consideraron que “nos ayudan a convivir mejor día a día con otras personas”, con este mismo porcentaje también lo que señalaron que “si no hay Respeto y Solidaridad no hay comunidad”, del mismo modo están aquellos que señalaron “se debe aplicar una mejor Convivencia y una mejor Comunicación en la comunidad”, por otro lado se encuentra el 15% que refirió “sin valores no hay Comunidad”.

Sobre lo descrito, Marín (1993) señala que cuando la percepción de cambio de valores entre las nuevas generaciones y las anteriores se atisba como fuerte contraposición o ruptura, la situación adquiere un giro dramático y plantea problemas

culturales, sociales y educativos de tal envergadura que, normalmente, sobrepasa la capacidad para resolverlos.

Tabla N° 5. Distribución de los entrevistados en base a la pregunta: 5.-¿Qué situación observa usted en su comunidad que afecta las relaciones entre los vecinos?

Respuesta	Frecuencia	%
Contaminación ambiental	6	8,5
Egoísmo	3	4,2
Poco Compañerismo	8	11,4
Poca Unión	8	11,4
Mucha Inseguridad	15	21,4
Contaminación sónica	10	14,2
Poca Amistad	8	11,4
Poco Respeto	12	17,1
Total	70	100

Fuente: Cásares (2018)

Nota: el total de la frecuencia excede el total de los entrevistados porque uno o más respondieron la misma explicación y son coincidentes.

En la tabla N° 5 se aprecia la pregunta: 5 ¿Qué situación observa usted en su comunidad que afecta las relaciones entre los vecinos?, conociéndose que del total de los entrevistados, el 21,4% señala que la Inseguridad, el 17,1% indicó que el Poco Respeto; mientras que un 14,2% señalan que la Contaminación Sónica; por otro lado, con un mismo porcentaje es decir el 11,4% señaló que el Poco Compañerismo, Poca Unión, Poca Amistad. El 8,5% señaló que la Contaminación ambiental, solo con el 4,2% el Egoísmo.

En relación a lo planteado, Marín (1993) resalta que las concepciones, modelos y técnicas quedan pronto envejecidas y refuerzan a inventar soluciones escasamente contrastadas y aun con el riesgo que cuando vayan a resolver algún problema., este, haya desaparecido, sustituido por otro no previstos.

Tabla N°6. Distribución de los entrevistados en base a la pregunta: 6.-¿Qué recomienda usted a su comunidad para mantener buenas relaciones entre los vecinos?

Respuesta	Frecuencia	%
Unión entre todos.	13	16,2
Buen Respeto	15	18,7
Amor	14	17,5
Compañerismo.	12	15
Compartir con la comunidad.	10	12,5
Buena Convivencia	8	10
Relacionarse, hablando se entiende la gente.	8	10
Total	80	100

Fuente: Cásares y Delgado (2016)

Nota: el total de la frecuencia excede el total de los entrevistados porque uno o más respondieron la misma explicación y son coincidentes.

En la tabla N° 6 sobre la pregunta: 6 ¿Qué recomienda usted a su comunidad para mantener buenas relaciones entre los vecinos?, se conoció que del 100% de los entrevistados el 18,7% señala como recomendación que “Buen respeto, con un 17,5% indica que el “Amor”, el 16,2% indicó que la “Unión entre todos”, el 15% refiere que el “Compañerismo”, mientras que el 12,5% indicó que “Compartir con la comunidad”, solo el 10% refirió que la “Buena convivencia” y con este mismo porcentaje quienes indicaron que “Relacionarse, hablando se entiende la gente”.

Para lograr una transformación en la comunidad sobre todo en los valores, se debe recurrir al autoconcepto, por eso en el tema de los valores (Feather, 1980; citado por Rokeach, 1979), el autoconcepto, constituye el núcleo central del sistema de creencias, se torna elemento básico desde el cual comprender el problema del cambio. El autoconcepto entonces (*self-concept*) incluye cogniciones de sí mismo, habilidades, posición socioeconómica, identidad religiosa, papeles sociales, etc.; en suma, se configura como el eje en torno al cual se articulan creencias, actitudes y valores.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- Los entrevistados consideran que un valor es aquel que nos ayuda a crecer como persona día a día y se basa en el respeto, a la consolidación de la familia.

- Se conoció que son muchos los valores que están presentes en la familia, la comunidad así como, aquellos que deben fomentarse, por ejemplo los valores personales como: respeto, tolerancia, humildad, amor, paciencia, responsabilidad, esperanza, fe, perdón, oración entre otros. En cuanto a los valores sociales o comunitarios se conocieron: la amistad, solidaridad, comunicación, unión, compañerismo, dialogo, lealtad entre otros.

- Se puede decir que los adultos mayores entrevistados pertenecientes a los grupos organizados como Brisas Pantaneras, Consejo Comunal, Travesuras Pantaneras en Amor Mayor y Grupos Religiosos han considerado que los valores presentes en su familia y su comunidad constituyen un elemento clave para el desarrollo de una cultura de paz, señalan además que es necesario fomentar valores de orden social para minimizar las situaciones con los vecinos como la contaminación ambiental y sónica, el egoísmo, el poco compañerismo y unión, así como la inseguridad en el sector entre otras situaciones que apremian en la comunidad.

- También hacen referencia a la necesidad de fortalecer el respeto, la unión, el compañerismo, la buena convivencia y la buena comunicación, ya que es necesario que reine la paz en la comunidad y ésta sea fortalecida con programas educativos y sociales para integrar a la comunidad.

Recomendaciones

A los grupos organizados:

-Fortalecer la comunicación y relaciones interpersonales entre los miembros de los diversos grupos organizados.

-Establecer estrategias de integración entre los grupos organizados.

-Definir de forma conjunta acciones sociales encaminadas a la solución de los problemas en la comunidad.

-Realizar permanentemente reuniones para conocer las opiniones de los miembros de los diversos grupos de la comunidad.

A las instituciones educativas:

-Desarrollar actividades de orden educativo para la consolidación de las relaciones con la comunidad.

-Establecer mecanismos integradores que acerquen la institución y la comunidad para una convivencia institucional favorable.

-Sostener reuniones permanentes con la comunidad aledaña a la institución para consolidar los lazos interinstitucionales y de convivencia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aragao, D (2005) *Estrategia metodológica para el fortalecimiento de los valores morales honestidad y solidaridad en los estudiantes de la carrera de pedagogía del centro de enseñanza universitario de maranhão-uniceuma* - Brasil.

Documento en línea disponible en:
<http://www.bibliociencias.cu/gsd/collect/tesis/index/assoc/HASH0167.dir/doc.pdf>

Castro, J (2004) *Actitudes y desarrollo moral: función formadora de la escuela*. Educere, 27,475-482.

- Gilson, N R (2012) *Programa educativo comunicacional para la promoción de valores humanos*. Trabajo de extensión docente UNEFM. Coro- Venezuela.
- Hernández, R; Fernández, C y Baptista, P (2010) *Metodología de la investigación*. Editorial Mc Graw Hill. Perú.
- Herrera, M (2007) *Los valores de los adolescentes, de sus padres y profesores, en función de que el contexto educativo sea monocultural o pluricultural*. Universidad de Granada. España.
- Hitlin, S y Pilivian, J (2004) *Valores*. Revisando los conceptos. Annu. Revista Siologia. 30, 359-93.
- Hurtado, Juaelys (2011) *"Sembrar una vida en valores"*. Revista Infantil en valores fundamentales. Universidad Central de Venezuela Facultad de Humanidades y Educación Escuela de Comunicación Social trabajo especial de grado no publicado. Caracas Venezuela.
- Marín, R (1993) *Los valores un desafío permanente*. Madrid. Cincel.
- Rokeach, M (1973) *La naturaleza de los valores humanos*. New York: Free Press.
- Rokeach, M. (1979) *Teoría de los valores y la comunicación*. Jr. of Person and Soc. Psychol, 42, 1.
- Serrano, G (1994) *Problemática Psicosocial de los Valores Humanos*. Boletín de Psicología, No. 3, Marzo 1984, 9-46 Universidad de Santiago.

**IMPACTO DEL COVID-19 EN LOS ADULTOS MAYORES DE LA COMUNIDAD DE
SAN NICOLAS I, MUNICIPIO MIRANDA ESTADO FALCÓN****Ysolina Soto¹, Palencia Lisbeth², Hernández Misaudys³****ysolinasoto@gmail.com¹**

Universidad Nacional Experimental "Francisco de Miranda" UNEFM.
Programa de Enfermería. Maestría en Salud Pública. Santa Ana de Coro estado
Falcón Venezuela.

RESUMEN

La investigación tuvo como objetivo determinar el impacto del Covid-19 en los adultos mayores en la comunidad de San Nicolás I, municipio Miranda estado Falcón, 2021. Metodológicamente se fundamentó en una investigación de campo de carácter descriptivo, teniendo como muestra 20 Adultos mayores de la Comunidad. Como instrumento se aplicó una encuesta estructurada con ítems de respuestas cerradas (Si-No) La validez se realizó por juicio de expertos y la confiabilidad a través de la prueba de Kuder Richardson. Se concluyó que la pandemia del covid-19 ha causado un impacto negativo en los adultos mayores ya que han presentado ansiedad, estrés y sentimientos que les impiden afrontarla junto a su familia, asimismo se han sentido insatisfechos en cuanto a la forma de llevar sus vidas. Se les hace difícil satisfacer las necesidades y tampoco han podido mejorar las condiciones de su vivienda. Además de presentar problemas en sus relaciones interpersonales.

Palabras clave: Impacto, covid-19, adulto mayor.

**IMPACT OF COVID-19 ON THE ELDERLY IN THE SAN NICOLAS I COMMUNITY,
MIRANDA MUNICIPALITY, FALCÓN STATE****ABSTRACT**

The objective of the research was to determine the impact of Covid-19 on older adults in the community of San Nicolas I, Miranda municipality, Falcón state, 2021. Methodologically, it was based on a descriptive field investigation, with a sample of 20 adults older than community. As an instrument, a structured survey with closed-answer items (YES-NO) was applied. Validity was carried out by expert judgment and reliability through the Kuder Richardson test. It was concluded that the Covid-19 Pandemic has caused a negative impact on older adults since they have presented anxiety, stress and feelings that prevent them from facing it with their family, they have also felt dissatisfied in terms of how to carry their lives. It is difficult for them to

meet their needs and they have not been able to improve their housing conditions either. In addition to presenting problems in their interpersonal relationships.

Keywords: Impact, covid-19, older adult.

INTRODUCCIÓN

Las personas adultas mayores son un grupo de alto riesgo ante el contagio por el coronavirus, no por su edad cronológica sino por su edad biológica, por su vinculación a la inmunosenescencia e inflamación crónica producto del envejecimiento. Tal vez por eso, se considera que la fragilidad de algunas personas mayores condiciona su pobre respuesta inmunitaria y la disminución de la reserva funcional, que conlleva una reducción en la capacidad intrínseca y la resiliencia.

Según el Centro Chino para el Control y Prevención de Enfermedades, del total de casos que murieron en el país hasta el 11 de febrero de 2020, el 14,8 % de las personas infectadas por COVID-19 tenía 80 años y más. Por ejemplo en Italia, se conoció gracias al análisis por parte del Instituto Nacional de Salud que, hasta el 4 de marzo de 2020 se detectó que el promedio de edad de las 105 personas fallecidas por el virus fue de 81 años (Huenchuan, 2020,p.43).

En este contexto, la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2020a) estima que, para el 1 de octubre, ya se habrán registrado más de 438 000 muertes por COVID-19 en América Latina y el Caribe (DW, 2020). Junto con estas cifras alarmantes, la crisis sociosanitaria está exacerbando las amplias desigualdades sociales y económicas que caracterizan al subcontinente y, de no adoptarse medidas oportunas y adecuadas, también recrudecerá la inestabilidad política y social que ya asolaba a varios países de la región antes de la pandemia. Sin embargo, el mayor impacto lo sufrirán aquellos sectores de la sociedad que, históricamente, han quedado excluidos del poder político y económico, en particular, los adultos mayores

Si bien todos están el riesgo de contraer la COVID-19, las personas mayores tienen mayor probabilidad de enfermar gravemente si se infectan, con los mayores de 80 años muriendo a una tasa cinco veces mayor que la media. Por esta razón, según el informe de la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2020b): El

impacto de la COVID-19 en las personas mayores, sugiere que esto puede ser debido a condiciones subyacentes que afectan al 66% de las personas mayores de 70 años. (p.2)

Este también es el caso de las Latinoamérica, donde la mayoría de las muertes por la COVID-19 ocurren en personas de 70 años o más, seguidas de personas entre 60 y 69 años. Si bien las residencias o centros de atención a largo plazo han sido las más afectadas, y representan entre el 40% y el 80% de las muertes por la COVID-19 en todo el mundo, en las Américas, donde es más probable que el cuidado de los adultos mayores se lleve a cabo en el hogar, el distanciamiento físico constituye un desafío particular

Esta visto entonces que, las personas adultas mayores, en especial si están aisladas y tienen algún deterioro cognitivo o demencia, pueden volverse más ansiosas, enojadas, estresadas, agitadas y retraídas durante el brote o mientras están en cuarentena. A estas personas se les debe suministrar apoyo práctico y emocional por parte de familiares, cuidadores y profesionales de la salud. Asimismo, según Hernández J (2020):

Se les debe transmitir datos sencillos acerca de lo que acontece y suministrarles información e instrucciones de manera clara, concisa, respetuosa y paciente sobre la manera de reducir el riesgo de infección y practicar las medidas sanitarias y/o preventivas como es el lavado de las manos, el uso de la mascarilla facial, entre otras indicadas en palabras que las personas, con o sin deterioro cognitivo, puedan entender. (P.26)

No obstante, la fragilidad de algunas personas mayores condiciona su pobre respuesta inmunitaria, y la disminución de la reserva funcional, que conlleva una reducción en la capacidad intrínseca y la resiliencia. Además de los problemas de salud que ocasiona la enfermedad así como los miedos que esto suscita, las relaciones interpersonales han cambiado drásticamente desde el confinamiento. La salud psicológica y emocional de muchas personas se está viendo seriamente afectada por los efectos similares al estrés postraumático es posible que sean

duraderos. Estar junto a las personas queridas, especialmente en situaciones dolorosas, al ingreso en unidades de cuidados intensivos, o en los momentos de final de vida, por poner algunos ejemplos, se ha vuelto difícil o imposible en muchos casos.

Aquí resulta oportuno, mencionar que los adultos mayores con enfermedades crónicas y en situación de dependencia son un grupo especialmente vulnerable y de mal pronóstico en relación con la COVID-19, y son una población prioritaria de las iniciativas de confinamiento y distanciamiento social para evitar el contagio por SARS-CoV-2. Todavía no tenemos evidencia científica de cuáles son las mejores intervenciones para estos tiempos de pandemia y poscoronavirus.

Es conveniente conocer con detalle el impacto de la pandemia para así poder establecer medidas que promuevan la detección precoz, la intervención, rehabilitación y el seguimiento. Estas medidas pueden englobar actividades ya conocidas de promoción de la actividad física o estimulación cognitiva, así como las medidas emergentes de prescripción social para la soledad y la afectación del estado emocional.

Realmente en los adultos mayores se conoce que es uno de los grupos sociales más vulnerables al impacto de las enfermedades infecciosas” (Astorga y Barrientos (2020,p.43), es así que, por ejemplo la gripe estacional puede ser para ellos una enfermedad grave y hasta mortal, por ello se calcula que “las epidemias anuales causan alrededor de 3 a 5 millones de casos graves y de 290000 a 650000 muertes” (OMS, 2020,p.21), por ello es que al hablar de la transmisibilidad de la epidemia se ha de prestar principal atención a este grupo vulnerable de la sociedad.

Es así como la calidad de vida del adulto mayor se ve influenciada en mayor proporción por problemas globales como son las pandemias), ya que el nivel económico del país disminuye motivo de la pandemia y por lo tanto también se afectan los presupuestos destinados a los servicios de salud, alimentación, vivienda, entre otros producto de las recesiones económicas de las naciones, producto de este tipo de problemas a nivel social, económico y político.

Por todo lo descrito, la pandemia COVID-19 impacta de manera dramática sobre la salud de las personas adultas mayores, que las convierte más susceptibles de contraer la enfermedad y presentar síntomas graves, por sus comorbilidades y los síndromes geriátricos. Conocer su real repercusión constituye de gran importancia para la comunidad científica internacional, en el establecimiento de protocolos adecuados y en el incremento de estrategias, tanto socio-económicas como sanitarias, que garanticen una mayor atención y protección a este grupo social.

Los adultos mayores representan un sector vulnerable en la sociedad, donde el Estado debe garantizar a través de la Constitución y las Leyes, la igualdad de condiciones y beneficios sociales y de salud, entre otros. Se han generado a través de distintos medios legales, alternativas para lograr que los ancianos puedan acceder a beneficios que sumen valor a la calidad de vida, sin embargo, muchas veces en la práctica no se lleva a cabo, y esto empeora cuando las circunstancias del entorno inciden considerablemente en todos los ámbitos de la sociedad de forma negativa.

Con referencia a lo anterior, los adultos mayores según lo expresado por Heredia (2020):

Pueden tener un mayor riesgo de enfermar gravemente a causa de la nueva cepa de coronavirus, en virtud de que en su mayoría padecen patologías crónicas o catastróficas, lo cual se torna muy negativo para este sector vulnerable de la sociedad Venezolana. De igual forma la OMS (2020) indica que, los casos de personas que superan los 65 años de edad, representan el 12,5% del total de infectados en el Ecuador. (p. 58)

Lo señalado indica que el grupo de atención prioritaria representado por los adultos mayores, requieren ser atendidos en distintos aspectos de salud, incluyendo ayuda psicológica, económica, y familiar. Frente a las acciones tomadas por el Estado Venezolano, como el confinamiento social, los resultados no han sido muy positivos; de acuerdo a información emitida a través de la OMS (2020), el confinamiento comporta riesgos para los ancianos, generando un elevado grado de

angustia psicológica perjudicial para el adulto mayor; de igual forma el deterioro muscular causado por la falta de actividad física o una inadecuada alimentación, aumenta la vulnerabilidad de este grupo de atención prioritaria.

En este orden de ideas, en el estado Falcón, el contexto familiar no es distinto pues a raíz del confinamiento ha vivido etapas de gran sensibilidad tornándose está muy compleja, debido a que el encierro eleva la activación emocional ocasionando alta irritabilidad, síntomas de estrés y ansiedad. Es entonces que se han visto afectaciones que parten desde el distanciamiento de un familiar querido siendo esta una experiencia difícil, el mismo que afecta a toda la familia, de manera en especial si el adulto mayor es el apartado.

Bajo este contexto se han visto escenarios no favorables como el miedo a lo que pueda pasar, rabia por estar encerrados, impotencia por depender de las decisiones de otros, incertidumbre por los constantes cambios, angustia, aburrimiento, soledad, labilidad emocional, irritabilidad, frustración, descontrol, alteraciones del sueño y apetito, pesadillas, síntomas físicos, entre otros. Es consideración aquello se puede indicar que la estrategia de contención de la infección por coronavirus, sin duda han alterado la forma en que se vive impactando en las relaciones interpersonales.

En base a todo lo mencionado, se ha podido extrapolar que las medidas estrictas han tenido un precio, mismo que se ve reflejado en graves consecuencias psicosociales que acarrear los confinamientos y de su efecto negativo en la vida de muchas personas, siendo los adultos mayores los más afectados, especialmente los adultos mayores de la Comunidad de San Nicolás I del municipio Miranda Estado Falcón.

Objetivo general: Determinar el impacto del Covid-19 en los adultos mayores en la comunidad de San Nicolás I, municipio Miranda estado Falcón, en el cuarto trimestre del año 2021.

Objetivos específicos:

- Identificar los datos demográficos de los adultos mayores participantes del estudio
- Describir los efectos emocionales en el desarrollo personal del covid-19 en los adultos mayores de la Comunidad de San Nicolás I
- Señalar los efectos que se generan el confinamiento por COVID-19 en el bienestar material, físico, de los adultos mayores que residen en el Sector San Nicolás I

DESARROLLO**Estudios previos**

Entre los estudios que dan sustento a la presente investigación está el realizado por: Marban y Col (2020) en España realizaron un estudio titulado “El impacto de la Covid-19 en la población mayor dependiente en España con especial referencia al sector residencial”, tiene como objeto analizar la crisis de la atención residencial en España en el contexto de la Covid-19 y su impacto en una elevada mortalidad y el abandono de la población usuaria. Se analizan sus causas inmediatas, mediatas y estructurales.

De manera específica se analiza la precariedad en el empleo en las residencias a lo largo de la pasada década como una de las principales causas explicativas de la crisis estructural de las residencias. El enfoque teórico de análisis es el modelo de atención integral y centrada en la persona (AICP) basado en la autonomía de las personas y en la centralidad de sus derechos.

La metodología combina el análisis cuantitativo en lo referente al empleo junto con una metodología cualitativa basada en el análisis de documentos y debates. El artículo concluye proponiendo una reforma integral de los cuidados de larga duración que incluya tanto un cambio en la atención residencial bajo la forma de pequeñas unidades de convivencia, como un reforzamiento de la atención en el domicilio y la

comunidad en cuanto preferencia creciente la población mayor. La combinación óptima de la atención residencial y domiciliaria es la propuesta básica de este trabajo.

Asimismo, se tiene a Espim J y Col (2020) realizaron una investigación titulada “La COVID-19 y su impacto en la salud de las personas adultas mayores”, con el objetivo de describir el impacto provocado por la pandemia COVID-19 sobre la salud de las personas adultas mayores en Cuba. Se realizó un trabajo de revisión bibliográfica, entre julio y noviembre de 2020. La pesquisa de la referencia se inició a través de plataformas virtuales de datos biomédicas: Scielo, Lilacs, Medline, así como el motor de búsqueda Google Académico.

Fue necesario el desarrollo de varias etapas de trabajo para la pesquisa de la información y su lectura selectiva, analítica e interpretativa, que permitieron seleccionar 49 artículos, de los cuales se citaron 35, publicados en los últimos cinco años y en idioma español e inglés. La estrategia de búsqueda incluyó palabras clave como adulto mayor, envejecimiento poblacional, pandemia, comorbilidades y COVID-19.

Se concluyó que la pandemia por la COVID-19 impacta de manera dramática sobre la salud de las personas adultas mayores, que las convierte especialmente susceptibles de contraer la enfermedad y presentar síntomas graves, por sus comorbilidades y los síndromes geriátricos.

Bases teóricas

Adulto Mayor

Rodríguez, Valderrama y Molina (2010) señalan que la fase de la vejez, es una “etapa del desarrollo del ser humano que inicia a los 60 años y termina en el momento en el que la persona fallece, y se caracteriza por ser un periodo de grandes cambios en todas las áreas de funcionamiento” (p. 247). En tal sentido, el adulto mayor se encuentra en una etapa vista desde el punto de vista de envejecimiento como un proceso de cambio a través del tiempo, natural, gradual, continuo, los

mismos que se desarrollan a partir de la suma de los años, en donde intervienen factores biológicos, psicológicos y sociales, y están determinados por la historia, cultura y situación económica de los grupos y personas.

Cuando el ser humano pasa a esta fase de vida de adulto mayor se denotan ciertas características, mismas que señalan el proceso que se encuentra, tales como señalan Gerino, Rollè ,Sechi, y Brustia, (2007), por ejemplo, cambios fisiológicos (envejecimiento, estructura corporal); cambios en la salud (prevalencia de enfermedades); cambios nutricionales (necesidades metabólicas); cambios en la eliminación (incontinencias); cambios en la actividad (disminuye); cambios en el sueño (patrón se altera); cambios en la percepción (problemas sensoriales sordera, problemas de visión u otros); cambios sociales (relaciones sociales); cambios sexuales (limitaciones físicas en órganos sexuales) cambios en auto concepto (disminuye la autoestima) (p.47)

De acuerdo a lo anterior los adultos mayores se encuentran enfrentados a estos cambios de manera que han sido estudiados por muchos investigadores, que describen estos cambios desde el punto de vista integral desde los sistemas orgánicos.

Calidad de vida

Existen varios enfoques y conceptos de calidad de vida, de los cuales unos responden a una visión economicista del tema, otros a una mirada más psicologicista, aunque la mayoría son multidimensionales. El concepto de la calidad de vida implica varios factores que hacen de la misma, perspectivas buenas o decadentes, en este sentido, Winstead, Yost, Cotten, Berkowsky y Anderson (2014) señalan que la calidad de vida es un concepto multidisciplinario que incluye medidas económicas, sociales y físicas, así como las medidas subjetivas (felicidad, bienestar, satisfacción) como objetivas (salud, educación, estado civil), siendo las subjetivas las que se estiman como mejores indicadores de calidad de vida.

En este orden de ideas Ferriss (2004) expuso que no se conoce una medida explícita que mida la calidad de vida ya que esta se caracteriza por ser subjetiva en

términos de felicidad, satisfacción con la vida y bienestar. La calidad de vida a veces se contrasta con resultados más estrechos relacionados con la salud física, valorando este indicador y los demás, tales como; la salud emocional, funcionamiento cognitivo, desempeño de roles y productividad laboral, funcionamiento sexual y satisfacción con la vida, todos ellos exponen la calidad de vida de un adulto mayor Arnold S (1991). En este sentido, la calidad de vida involucra un sinnúmero de factores que permiten su funcionamiento, la ausencia de uno de ellos afecta de manera directa al resultado final (p,26)

Así también se suma a ello, la interacción de los familiares, factor significativo en el vínculo de bienestar emocional que recibe el adulto mayor, es por ello que se considera a este indicador muy relevante en el bienestar de la vida afectiva, el fortalecimiento y la armonía de las relaciones intrafamiliares y el bienestar y seguridad del adulto mayor Placeres y de León (2012). En base a ello, se expone que el ser humano adulto no puede vivir a plenitud estando aislado, pues posee un instinto gregario muy desarrollado y necesita del contexto familiar.

Covid. 19

El coronavirus es un grupo de virus que causan enfermedades que van desde el resfriado común hasta enfermedades más graves como neumonía, síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS) y síndrome respiratorio agudo grave (SARS). Cabe destacar que la cepa de coronavirus (2019-nCoV) que ha causado el brote en China es nueva y no se conocía previamente. La COVID-19 es la enfermedad infecciosa causada por el coronavirus que se ha descubierto más recientemente. Ambos eran desconocidos antes de que estallara el brote en Wuhan (China) en diciembre de 2019.

El 31 de diciembre de 2019, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020) recibió reportes de presencia de neumonía, de origen desconocido, en la ciudad de Wuhan, en China. Rápidamente, a principios de enero, las autoridades de este país identificaron la causa como una nueva cepa de coronavirus. La enfermedad ha ido

expandiéndose hacia otros continentes como Asia, Europa y América. En cuanto a su comienzo, todavía no se ha confirmado el posible origen animal de la COVID-19.

Síntomas

Los principales síntomas del virus coronavirus incluyen: Síntomas respiratorios (similares a los de un resfriado), Fiebre (alta temperatura), Tos seca, Falta de aliento o cansancio, Dificultades respiratorias. En casos más graves, el virus puede causar neumonía o síndrome respiratorio agudo grave (SRAS) que es una forma grave de neumonía, insuficiencia renal y hasta la muerte. En otros casos, algunas personas infectadas no desarrollan ningún síntoma, pero pueden contagiar igualmente al resto de población.

Hay casos confirmados de coronavirus en casi todo del mundo, incluyendo China, Europa (siendo en Italia y España los primeros focos), Irán, Estados Unidos, África, Australia y LATAM. La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) han reconocido el estado de pandemia, que supone el desarrollo de esta enfermedad. Es por ello que los viajes se han visto restringidos y muchos países han cerrado sus fronteras, para tratar de evitar su expansión.

Según información de la OMS (2020) el coronavirus se transmite por contacto de persona a persona con algún infectado (incluso si no presenta síntomas). Por ello, la mejor manera de evitar contraer este virus es siguiendo las buenas prácticas de higiene que incluyen:

- Mantenerse alejado de las personas enfermas
- No tocarse la cara (boca, nariz u ojos)
- Mantener una distancia mínima de un metro con el resto de las personas.

(Distanciamiento Social)

- Lavarse las manos frecuentemente y a fondo por, al menos 20 segundos, con un desinfectante para manos a base de alcohol o lávalas con agua y jabón. Es importante hacerlo incluso si no hay suciedad visible en las manos

- Practique la higiene respiratoria. Esto significa cubrirte la boca y la nariz con el codo o pañuelo doblado cuando toses o estornudas. Desecha inmediatamente el tejido usado
- Lávese las manos siempre después de toser o estornudar; si está cuidando a alguien; cuando está preparando alimentos, cocinando carnes y/o huevos. También después de comer; después de usar el inodoro; si sus manos están sucias, y/o ha estado cerca de una granja o animales salvajes
- Quédese en casa y practique el aislamiento social o cuarentena
- Quédese en casa si no se encuentra bien

METODOLOGÍA

La presente investigación se enmarca en el paradigma positivista con un enfoque cuantitativo, que según Fernández y Díaz (2002) “la investigación cuantitativa trata de determinar la fuerza de asociación o correlación entre variables, la generalización y objetivación de los resultados a través de una muestra para hacer inferencia a una población de la cual toda muestra procede”. (p.23) se considera como un proceso activo, sistemático y riguroso de indagación dirigida en el cual se toman decisiones sobre lo investigable en tanto esta en el campo de estudio.

Asimismo, la presente investigación es de tipo descriptiva, que al respecto Hernández, Fernández y Baptista (2008) consideran “Son aquellas investigaciones que se orientan a recolectar informaciones relacionadas con el fenómeno tal como se presenta, en el momento de la recolección” (p.45). El diseño de la presente investigación es de campo ya que la información se recolectará directamente donde ocurre el estudio sin manipular o controlar las variables. Según Hernández, Fernández y Baptista (2017) La define como “aquella investigación que permite identificar las características y propiedades de una persona, un grupo una situación o un fenómeno mediante el análisis y la observación determinada de los individuos de cada factor” (p. 55).

Población y Muestra

La muestra estuvo conformada por 20 Adultos mayores de la Comunidad de San Nicolás I, pertenecientes al club de adultos mayores ósea la totalidad de la población, por ser finita o pequeña. La muestra se determinó por los siguientes criterios de inclusión:

- Se incluye a todo Adultos mayores de la Comunidad de San Nicolás I, Municipio Miranda estado Falcón.
- Adultos mayores de 55 años en adelante
- Pertenecientes al Club de adultos mayores del Sector San Nicolás I.

Criterios de exclusión:

- Se excluye a todo adulto mayor que no pertenezca al Sector San Nicolás I, Municipio Miranda estado Falcón.
- Adulto mayor que se niegue a participar en la investigación y no firme el consentimiento informado.

Instrumentos de recolección de datos

Para la recolección de datos, se elaboró un instrumento de tipo cuestionario con ítems acordes a los indicadores de la variable. Así mismo, el instrumento diseñado para tal fin fue una encuesta, donde Méndez (2016) la define como el “instrumento o formulario de preguntas dirigido a una determinada población o sujetos, con la finalidad de obtener información aplicada por una persona o encuestado” (p.39).

Para aplicar el instrumento se visitó en su hogar a cada adulto mayor participante de la investigación aplicando las medidas de bioseguridad para el Covid-19, como el uso de tapabocas y aplicación de gel antibacterial, en las manos tanto del entrevistador como al entrevistado. Por otro lado, la validez es la eficacia con que un instrumento mide lo que pretende comprobar, en este sentido, el instrumento que fue diseñado para este estudio fue sometido a juicio de expertos, en primer lugar por

la tutora de la investigación y luego de contenido, quienes emitieron su juicio críticos en relación a la pertinencia de los ítems con los indicadores, variables y objetivos diseñados, quienes realizaran las correcciones necesarias y luego emitir su juicio crítico para proceder aplicarlos en el sitio o ámbito de estudio.

La confiabilidad del instrumento se realizó por parte de un estadístico previa aplicación de la prueba piloto para establecer la validez de discriminación de los ítems según la fórmula de Kuder Richardson, la cual arrojó un resultado de $KR-20 = 0,8319$ Sampieri R, (2016) refiere: La confiabilidad es el grado en que un instrumento produce resultados consistentes y coherentes. (p.78). En relación al procesamiento de los datos, según lo expresado por Sampieri y Col (2016) "constituye una fase completamente mecánica, la cual puede llevarse a cabo en forma manual o computarizada" (p. 6)

Considerando que las características de la población en estudio, es pequeña, y en función de las técnicas que se aplicaron se realizará un procedimiento de tipo cuantitativo; los datos que se obtuvieron por parte de la población, se cuantificaron y porcentualizarán según las respuestas que se obtengan, se representaron en tablas de distribución de frecuencia y porcentaje.

CUADRO N° 1

Operacionalización de la variable

Variable	Dimensión	Indicador	Sub-indicador	Ítems
Impacto del Covid- (2019) en los adultos mayores	Datos demográficos de los adultos mayores.	Datos estadísticos	-Edad -Sexo -Enfermedades crónicas	
	Efectos emocionales y en el desarrollo personal	Efectos emocionales	-Estrés	1
			-Ansiedad	2
			-Sentimientos	3
			-Satisfacción con la vida	4
	Efectos que se generan el confinamiento por COVID-19	Desarrollo personal	-Satisfacción de necesidades básicas	5
			-Condiciones de vivienda.	6
		Efectos del confinamiento	-Relaciones familiares	7
			-Relaciones de amistad	8
			-Dificultades vividas	9
			-Relaciones Interpersonales	10-11
			-Tiempo de Confinamiento	12

Fuente: Realizado por las autoras (2021)

Análisis de los resultados

Tabla N° 1. Según la edad de los adultos mayores

Edad	F	Porcentaje
56-65 años	05	25%
66-75 años	11	55%
77-85 años	03	15%
86-95 años	01	5%
Total	20	100%

Fuente: Instrumento aplicado (2020)

De acuerdo a la tabla N° 1, sobre las edades de los adultos mayores encuestados se puede evidenciar que el 55 % están en el grupo de 66-75 años, el 25 % 56-65 años, el 15 % 77-85 años, mientras que el 5% en el grupo de 86-95 años. Esto evidencia que la mayoría de adultos mayores de esta investigación se

encuentran en edades 66-75 años de los cuales en su mayoría se encuentran confinados por la pandemia Covid-19.

Tabla N° 2. Enfermedad Crónica de los adultos mayores.

Enfermedad	F	Porcentaje
Diabetes	07	35%
HTA	13	65%
Total	20	100%

Fuente: Instrumento aplicado. (2020)

En relación a la enfermedad crónica de los adultos mayores del sector San Nicolás 1, se evidencia un 65 % padece de hipertensión, mientras que un 35 % sufre diabetes. Estos resultados se relacionan con la Investigación realizada por Espim J y Col (2020) donde concluyeron que la pandemia por la COVID-19 impacta de manera dramática sobre la salud de las personas adultas mayores, que las convierte especialmente susceptibles de contraer la enfermedad y presentar síntomas graves, por sus comorbilidades y los síndromes geriátricos.

Tabla N° 3. Según el sexo de los adultos mayores

Edad	F	Porcentaje
Masculino	06	30%
Femenino	14	70%
Total	20	100%

Fuente: Instrumento aplicado (2020)

El 70 % de los adultos mayores encuestados, son de sexo femenino, mientras que un 30% son de sexo masculino, lo que indica que el sexo femenino es más susceptible en contraer el Covid-19

Tabla N° 4. Variable impacto del covid-19 en los adultos mayores, en su indicador efectos emocionales ítems del 1 AL 4

ITEMS	Alternativas de Respuestas			
	SI		NO	
	F	%	F	%
1. ¿Le ha causado estrés la pandemia del Covid-19?	14	70%	6	30%
2-¿Ha sufrido usted estados de ansiedad durante esta pandemia?	16	80%	4	20%
3-¿Ha experimentado usted cambios en sus sentimientos acerca de la pandemia y como sobrellevarla, hacia sus familiares?	14	70%	6	30%
4-¿Se ha sentido usted insatisfecho con la vida durante estos tiempos de pandemia?	12	60%	08	40%

Fuente: Instrumento Aplicado (2020)

En relación a la tabla según en el indicador efectos emocionales se evidencia que el 70% expresaron que la pandemia del Covid-19 le ha causado estrés, mientras que el 30 % no. Asimismo el 80 % manifiesta que ha sufrido estados de ansiedad, mientras que un 20% no. También un 70% ha tenido cambios en sus sentimientos acerca de la pandemia y como sobrellevarla, hacia sus familiares, un 30 % no. Mientras que un 60% expresa que si se ha sentido insatisfecho con la vida durante estos tiempos de pandemia un 40% no.

Estos resultados con concuerdan con lo expresado con lo descrito por la OMS (2020), donde refiere que el confinamiento comporta riesgos para los ancianos, generando un elevado grado de angustia psicológica perjudicial para el adulto mayor; de igual forma el deterioro muscular causado por la falta de actividad física o una inadecuada alimentación, aumenta la vulnerabilidad de este grupo de atención prioritaria.

Tabla. N° 5, Indicador desarrollo personal ítems del 5 al 6

ITEMS	Alternativas de Respuestas			
	SI		NO	
	F	%	F	%
4-¿Ha podido satisfacer sus necesidades básicas durante la pandemia?	04	20%	16	80%
5-¿Ha podido mejorar las condiciones de su vivienda durante la pandemia?	8	40%	12	60%

Fuente: Instrumento Aplicado (2020)

En relación al indicador desarrollo personal se evidencia en cuadro y grafico que el 80 % no ha podido satisfacer sus necesidades básicas durante la pandemia, un 20 % sí. El 60 % de los adultos mayores encuestados no han podido mejorar las condiciones de sus viviendas durante la pandemia, un 40 % expresó que si ha podido. Se pueden relacionar estos resultados con los resultados de la investigación realizada por Chinchay J (2021) donde refiere que La pandemia por COVID-19, ha generado un impacto nefasto en la vida de las personas, siendo el grupo de los adultos mayores especialmente los más afectados por esta enfermedad y por las restricciones económicas y sociales que se vienen apreciando a raíz de la emergencia sanitaria.

Tabla N° 6. Indicador efectos del confinamiento, ítems del 7 al 9

ITEMS	Alternativas de Respuestas			
	SI		NO	
	F	%	F	%
4. ¿Han mejorado las relaciones familiares durante esta pandemia?	17	85%	03	15%
5. ¿Ha podido usted seguir mantenido las amistades durante la pandemia?	18	90%	02	10%
6. ¿Ha presentado usted muchas dificultades en su desarrollo personal durante la pandemia?	12	60%	08	40%

Fuente: Instrumento Aplicado (2020)

En relación al indicador efectos del confinamiento debido a la pandemia del Covid-19 el 85 % si ha podido mejorar sus relaciones familiares, un 15 % no. El 90 %

si ha podido mantener sus amistades, un 10% no. Mientras que un 60 % si ha tenido dificultades en su desarrollo personal durante la pandemia, un 40% no.

Tabla N° 7. Indicador efectos del confinamiento, ítems del 10 al 12

ITEMS	Alternativas de Respuestas			
	SI		NO	
	F	%	F	%
9-¿Ha podido usted mejorar sus relaciones interpersonales durante esta pandemia?	9	45%	11	55%
10-¿El tiempo de confinamiento ha producido cambios en sus relaciones interpersonales?	11	55%	9	45
11-¿Le ha causado algún efecto negativo el tiempo de confinamiento por el Covid-19?	15	75%	5	25 %

Fuente: Instrumento Aplicado (2020)

En el indicador efectos del confinamiento el 55% no ha podido mejorar sus relaciones interpersonales, un 45 % sí. El 55 % el confinamiento le ha producido cambios en sus relaciones interpersonales, un 45 % no. Mientras que un 75 % el confinamiento le ha causado efectos negativos, un 25% no. Estos resultados se pueden comparar con la investigación realizada por, Vega J y Col (2020) donde los adultos mayores conforman el grupo de mayor impacto negativo por el SARS-Cov2, COVID-19, su vulnerabilidad ante esta pandemia proviene no solo de su edad, sino por la situación económica, laboral y enfermedades asociadas a su edad, su soledad le confiere mayor riesgo ya que tiene que salir a buscar sus víveres, de no apoyarles el impacto en su salud será indudablemente negativo.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

En base a los objetivos planteados y a los resultados arrojados por el instrumento aplicado a los adultos mayores, se presentan las siguientes conclusiones:

De acuerdo a los datos demográficos de la muestra encuestados se evidencia el 55 % están en el grupo de 66-75 años, la enfermedad crónica más prevalente en

este grupo fue la hipertensión Arterial con un 65%, mientras que el 70 % son del sexo femenino.

En relación a los efectos emocionales por efecto de la pandemia se evidencia que el 70% le ha causado estrés. Asimismo el 80 % ha sufrido estados de ansiedad. Un 70% ha tenido cambios en sus sentimientos acerca de la pandemia y como sobrellevarla, hacia sus familiares. Mientras que un 60% se ha sentido insatisfecho con la vida durante estos tiempos de pandemia.

En cuanto al desarrollo personal el 80 % no ha podido satisfacer sus necesidades básicas durante la pandemia. El 60 % de los adultos mayores encuestados no han podido mejorar las condiciones de sus viviendas durante la pandemia.

Sobre los efectos del confinamiento debido a la pandemia del Covid-19 el 85 % si ha podido mejorar sus relaciones familiares. El 90 % si ha podido mantener sus amistades. Mientras que un 60 % si ha tenido dificultades en su desarrollo personal durante la pandemia.

El 55% no ha podido mejorar sus relaciones interpersonales, un 55 % el confinamiento le ha producido cambios en sus relaciones interpersonales. Mientras que un 75 % el confinamiento le ha causado efectos negativos.

Se determina que la Pandemia del Covid-19 ha causado un impacto negativo en los adultos mayores ya que les han presentado ansiedad, estrés y sentimientos que les impiden afrontarla junto a su familia, asimismo se han sentidos insatisfechos en cuanto a la forma de llevar sus vidas. Se les hace difícil satisfacer las necesidades y tampoco han podido mejorar las condiciones de su vivienda. Además de presentar problemas en sus relaciones interpersonales.

Recomendaciones

Presentar los resultados del estudio a las Autoridades del Consejo Comunal de la Comunidad y a la Coordinación del Ambulatorio San Nicolás.

Propiciar otras investigaciones dirigidas a diagnosticar las necesidades de los adultos mayores en las distintas comunidades y así abocarse a realizar estrategias que ayuden a este grupo etario a mejorar su estado de salud.

Aplicar diferentes estrategias a la población adulta mayor, como lo son la telemedicina, las video llamadas, el yoga y la actividad física que son herramientas vitales para contribuir a la mejora de la salud física y mental de esta población.

Es importante que las autoridades de salud refuerce y priorice la atención de los adultos mayores como población vulnerable, cuidando no solo la parte física sino también la salud mental que es importante en el contexto actual por la Pandemia del Covid-19.

A los profesionales de enfermería que aplique programas educativos y estrategias que ayuden a mejorar la salud y sobre todo la salud mental de los adultos mayores.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Arnold. R. (1991). *La contribución relativa de los dominios de calidad de vida a la calidad de vida general para diferentes enfermedades crónicas. Investigación de calidad de vida*, 13, 883-89
- Astorga GL y Barrientos Calvo I (2020). *Infección por COVID-19 en población adulta mayor: recomendaciones para profesionales*. Rev Médica de Costa Rica. [Internet]. 2020;85(629):[aprox. 9 p.]. Acceso: 30/05/2021. Disponible en: <http://www.revistamedicacr.com/index.php/rmcr/article/view/291/268>.
- Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas/INFOMED. Ministerio de Salud Pública: *nueva versión del Protocolo de Actuación Nacional para la COVID-19*. La Habana, 2020. Acceso: 22/05/2021. Disponible en: <https://temas.sld.cu/anuncio/2020/08/13/ministerio-de-salud-publica--nueva-version-del-protocolo-de-actuación-nacional-par/>
- Chinchay J. y Rodriguez Y (2021) *Satisfacción con la vida durante la pandemia por Covid-19 en adultos mayores que residen en el Asentamiento Humano Juan Pablo II de Los Olivos*. Trabajo de grado, para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería. Lima Perú.
- Espim J y Col (2020) *La COVID-19 y su impacto en la salud de las personas adultas mayores*. Perú

- Fernández, P. Díaz, S. (2002). *Investigación cuantitativa y cualitativa Fundamentos de Metodología*. España.
- Ferris, A. (2004). *El concepto de calidad de vida en sociología*. Sociólogo estadounidense, 37-51.
- Gerino, E., Rollè, L., Sechi, C. y Brustia, P. (2017). *Soledad, resiliencia, salud mental y calidad de vida en la vejez*. Edad: un modelo de ecuación estructural. Psicología frontal. (pág. 51). Disponible en <http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/15592/1/T-UCSG-PRE-JUR-MD-TSO-64.pdf> (Acceso Mayo 2020).
- Heredia, V. (2020). *Diario el Comercio*. Retrieved from <https://www.elcomercio.com/actualidad/ecuador-coronavirus-adultosmayores-geriatricos.html>
- Hernández R, Fernández C, Batista, P.(2008)*Metodología de la Investigación*. Editorial Mc. Graw Hill. México.
- Hernández Rodríguez, J (2020). *Impacto de la COVID-19 sobre la salud mental de las personas*. RevMedicentro Electrónica [Internet]. 2020;24(3):[aprox. 6 p.]. Acceso: 30/05/2021. Disponible en: <http://www.medicentro.sld.cu/index.php/medicentro/article/view/3203>
- Huenchuan S (2020). COVID-19: *Recomendaciones generales para la atención a personas mayores desde una perspectiva de derechos humanos*. (LC/MEX/TS.2020/6/Rev.1), Ciudad de México, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2020. Acceso: 26/05/2021. Disponible en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/45316/4/S2000271_es.pdf [Página consultada 20-05-2020]
- Huenchuan, S. (2020), *Covid-19: Recomendaciones generales para la atención a personas mayores desde una perspectiva de derechos humanos*. Ciudad de México.
- Marban V y Col (2020) *El impacto de la Covid-19 en la población mayor dependiente en España con especial referencia al sector residencial* Madrid España.

- Méndez C (2016) *Metodología. Guía para elaborar diseños de investigación en ciencias económicas, contables y administración*. Segunda edición. Editorial McGraw Hill.
- Organización Mundial de la Salud (2020). *Género y envejecimiento*. Disponible en <http://www.paho.org/Spanish/AD/GE/genderageingsp.PDF>. Accedido el 15 agosto 20
- Organización Panamericana de la Salud OPS. (2020a) Efectos del COVID-19, en las personas mayores. <https://www.paho.org/es/noticias/30-9-2020-personas-mayores-60-anos-han-sido-mas-afectadas-por-covid-19-americanas>. [Página consultada 20-05-2020]
- Organización Panamericana de la Salud OPS. (2020b). El impacto del COVID-19 en los pueblos indígenas de América Latina-AbyaYala. https://lac.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/s2000817_es_1.pdf. [Página consultada 20-05-2020]
- Placeres J, De león L (2012) *La familia y el adulto mayor*. <http://scielo.sld.cu/pdf/rme/v33n4/spu10411.pdf>. [Página consultada 20-05-2020]
- Rodríguez, A, Molina, J. Valderrama, L. (2010). *Comunicación: Programa de intervención sobre la calidad de vida, la depresión y deterioro cognitivo en 26º Congreso Internacional de psicología Aplicada, Atenas Grecia*.
- Sampieri P. (2016). *Metodología de la Investigación*. México. Mc. Graw Hill.
- Vega, J; Ruvalcaba, J; Hernández, I; Acuña, M; López, L. (2020) *La Salud de las Personas Adultas Mayores durante la Pandemia de COVID-19*. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo México. Revista Journal ISSN-e: 2529-850X. Volumen 5 Numero 7 pp 726-739
- Winstead, V., Yost, E., Cotten, S., Berkowsky, R. y Anderson, W. (2014). *El Impacto de las Intervenciones de Actividad en el Bienestar de los Adultos Mayores en Comunidades de Cuidado Continuo*. J ApplGerontol.

**VERSATILIDAD DE LOS PROGRAMAS DE SALUD.
UNA ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR DESDE LA VISIÓN
ONTOLÓGICA DE CALLE.**

María Teresa Martínez

mtmartinezt@gmail.com

Universidad Nacional Experimental "Francisco de Miranda". Programa de Medicina.
Doctorado en Ciencias Gerenciales UNEFM.
Santa Ana de Coro, Estado Falcón, Venezuela

RESUMEN

La investigación describe la potencialidad de la atención integral hacia el adulto mayor, como un recurso de indudable valor para la sociedad. Por ello, la versatilidad de los programas nacionales de salud, en la atención integral hacia el adulto mayor desde la visión de calle, pretende mejorar los sistemas de información accesibles al entorno del adulto mayor. El propósito fue Interpretar el significado de la versatilidad de los programas de salud desde la visión ontológica de calle. Estuvo esta centrada en la información es obtenida a través de la e que fue transcrita y organizada en una matriz de categorización. Pertinente la identificación de los recursos centrados en cada programa de salud y a generación de redes de apoyo para posibilitar el acceso ya que para ellos la búsqueda de información requiere mayores esfuerzos. Al mismo tiempo, poder acceder con facilidad a la información que posibilita el ejercicio de los derechos reconocidos en especial al adulto mayor. Se recomienda que la gerencia debe ser proyectada tratando de avanzar en la preparación e implantación de modelos de trabajo que garanticen el logro de los objetivos establecidos en los programas de salud con fines precisos y claros de cumplimiento, y asimismo, renovar los mecanismos de participación activa y protagónica de todos los involucrados.

Palabras Clave: Programas de Salud. Atención Integral. Ontología.

**VERSATILITY OF THE NATIONAL HEALTH PROGRAMS, IN THE INTEGRAL
CARE OF THE ELDERLY FROM THE ONTOLOGICAL VIEW OF THE STREET**

ABSTRACT

The research describes the potential of comprehensive care for the elderly, as a resource of undoubted value for society. For this reason, the versatility of the national health programs, in comprehensive care for the elderly from the street vision, aims to improve the information systems accessible to the environment of the elderly. The purpose was to interpret the meaning of the versatility of health programs from the ontological vision of the street. It was focused on the information obtained through the e that was transcribed and organized in a categorization matrix. It is pertinent to

identify the resources focused on each health program and to the generation of support networks to enable access, since for them the search for information requires greater efforts. At the same time, being able to easily access the information that makes it possible to exercise the rights recognized, especially for the elderly. It is recommended that management should be projected trying to advance in the preparation and implementation of work models that guarantee the achievement of the objectives established in the health programs with precise and clear compliance purposes, and also renew the mechanisms of active participation and leadership of all involved.

Keywords: Health Programs. Comprehensive care. Ontology.

INTRODUCCIÓN

La salud es un concepto multidimensional que va mucho más allá de la ausencia de enfermedades o del concepto limitado a temas de estilo de vida y comportamiento, incluye componentes tanto subjetivos como objetivos, elementos del ambiente, las políticas y componentes relacionados con el individuo, los cuales se deben evaluar en términos cualitativos. La Organización Mundial de la Salud define la salud (2000) como:

Es el estado de completo bienestar biológico, psicológico, social, espiritual y no solo la ausencia de afecciones o enfermedad. Concepto que define al hombre como ser biopsicosocial. La salud es calidad de vida física, mental y social de las personas (p. 23)

Sobre lo referido, considera es una faceta donde el ser humano día a día intenta lograr, mantener o cuidar. Está asociada al cuerpo de la persona por lo que es indivisible y constitutivo de la misma. No es lo mismo hablar de salud que atención de salud, ya que la primera abarca el proceso salud-enfermedad resultante de procesos complejos, no lineales, simultáneos de carácter biológico, psicológico, político, económico y cultural que constituyen una continuidad, se articulan entre si, además determinan la complejidad del proceso como tal, mientras que la atención de salud se define como parte de la respuesta social organizada para enfrentar los problemas de salud.

Mientras que la atención de salud es el conjunto de servicios que se prestan a la persona en el marco de los procesos propios del aseguramiento, así como de las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se prestan a toda la población.

Ahora bien, referente a las políticas de salud en Venezuela, se rigen por el sistema público nacional de salud, el cual está referido a un organismo dependiente del gobierno nacional que establece las directrices de la organización y financiamiento del sistema de salud público del país. Este agrupa a todos los hospitales, ambulatorios y centros asistenciales bajo un esquema descentralizado administrados por cada estado del país.

La Ley Orgánica de Salud (1998) de Venezuela establece que el Sistema Público Nacional de Salud se rige por los principios de universalidad, equidad, gratuidad, solidaridad, integración social, unicidad, integridad y transectorialidad, pertinencia cultural y lingüística, participación y corresponsabilidad social y efectividad social. A su vez, la atención integral a las personas dentro del Sistema Público Nacional de Salud comienza en Barrio Adentro. De necesitar especialistas o atención de urgencia que no provee, la persona es referida a hospitales especializados que forman parte de la instancia pública del estado.

Asimismo, se ha constituido un nuevo modelo de atención integral en Venezuela en pro del fortalecimiento del Sistema Público Nacional de Salud, para el cumplimiento del derecho a la salud, con base en el territorio y la población, articulando redes de atención integradas e integrales tanto institucionales como comunitarias ejecutando políticas estratégicas para la promoción, prevención, vigilancia, control, regulación, rehabilitación, restitución efectiva, segura de la salud integral, garantizando el acceso oportuno a las redes de servicios, asegurando un medio ambiente saludable; impulsando la investigación, el desarrollo científico, tecnológico, humano así como la producción de insumos para la salud, con universalidad, equidad, solidaridad, honestidad, responsabilidad, así como celeridad,

en procura de la calidad de vida de la población venezolana, de forma articulada, corresponsable y participativa.

Asimismo, desde el año (1999), las políticas en materia de salud ha dirigido sus esfuerzos y capacidad para garantizar a la población venezolana un entorno saludable, con eficacia, eficiencia en el desarrollo así como la ejecución de políticas apegadas a los principios, derechos y deberes constitucionales, atinentes a observar un sistema público nacional de salud integrado, exitoso en la consecución de condiciones de bienestar para la sociedad, con progresiva disminución de los índices de morbi-mortalidad, de los factores de riesgos de enfermedades, con destacados avances en el logro de las metas previstas para el sector por organismos internacionales; llegando a promover la creciente soberanía e innovación científica y tecnológica para la producción de insumos y el impulso de un talento humano comprometido y capacitado para facilitar espacios de participación adecuados para la, rendición de cuentas en salud a la población. (Delgado, 2018).

Por lo consiguiente el Estado Falcón, ha posesionado las políticas públicas estatales y municipales como instrumento para garantizar el derecho a la salud que este inmerso en ese concepto holístico, integral, multidimensional de la salud aunadas a las políticas públicas saludables que fortalecer el enunciado que establece: La realización de un derecho es la consecuencia de la realización de otros derechos. El enfoque de derecho aplicado a la salud tiene carácter holístico e integral en virtud de la complejidad y la multidimensión del concepto de salud.

De esta manera, las autoridades sanitarias en el Estado Falcón promueven campañas de prevención y garantizan el acceso democrático y masivo a los centros de atención de salud. Esta acción se denomina programas de salud; siendo esta un conjunto de acciones implementadas por el estado con el objetivo de mejorar las condiciones de salud de la población.

Es por ello que la coordinación de programas, planes y acciones con otras instancias públicas y privadas propician un medio ambiente saludable y una población sana. Los programas de salud están conceptualizados de manera integral

donde se desprenden acciones sanitarias donde se puedan alcanzar sistemas de alto rendimiento que puedan garantizar el acceso equitativo a los servicios, ampliar la cobertura y fortalecer las redes de protección social, en materia de salud integral, lo cual incluye promoción de la salud y calidad de vida, prevención, restitución de la salud y rehabilitación dirigidas a reducir los riesgos a la salud y vida de la población, vinculados al uso o consumo humano de productos así como la prestación de servicios en materia de salud, mediante la aplicación de mecanismos y estrategias de carácter preventivo, basados en criterios científicos, normados nacional e internacionalmente.

DESARROLLO

Modelo de atención integral.

El Modelo de atención integral es la actividad primordial y permanente para garantizar la captación activa, la promoción de la salud, la identificación, prevención y atención temprana de riesgos y daños a la salud, el seguimiento de los tratamientos prescritos y la rehabilitación, en el contexto de la vida cotidiana de las personas, es decir que va más allá del diagnóstico y tratamiento.

Los programas de salud que han sido priorizados por el Ministerio del Poder Popular para la Salud y tienen como propósito contribuir con el fortalecimiento de los de la salud individual y colectiva desde la comunidad, la corresponsabilidad para asegurar el cuidado, protección, inclusión, igualdad, respeto, solidaridad y justicia social a las familias pobladoras en los territorios sociales en las ASIC, para el buen vivir y la eliminación de la morbilidad y la mortalidad evitables, en el marco del Plan Barrio Adentro 100%, el Plan Nacional de Salud y el Plan de la Patria.

El sistema de salud y los programas nacionales de salud, en la atención integral al adulto mayor, debe fomentar el envejecimiento conocido como un proceso fisiológico natural y no una enfermedad, es un determinante para mantener una actitud orientada al mantenimiento de una vida activa y satisfactoria. Gran número de personas mayores realizan su vida cotidiana de forma autónoma, aunque se

reconoce que existen diferencias notables dentro en este colectivo y es mayor su vulnerabilidad.

Es decir, la situación social de los adultos mayores también está atravesada por eventos de salud, que agravan su situación y en numerosos casos, impiden mejorarla. Muchos de estos sujetos padecen de enfermedades crónicas, deterioros cognitivos, falta de ubicación témporo-espacial, adicciones, problemas de movilidad, entre otras.

El Modelo de Atención Integral de salud expresa: a) las políticas y estrategias de la organización sanitaria; b) la concepción que se tiene de la salud-enfermedad en la población; c) importancia que se le atribuye a los componentes de la salud-enfermedad y, d) concepción de cómo participa la comunidad en el proceso sanitario (MSDS, 2001^a).

Por ello, entre los objetivos más resaltantes del Modelo de Atención Integral, se registran el aseguramiento de los servicios de promoción, protección, atención y rehabilitación en términos oportunos y adecuados para toda la población; responder a las necesidades de salud de los grupos específicos de la población de acuerdo a su perfil epidemiológico; lograr que las comunidades se incorporen en forma organizada al sistema de salud; establecer normas para garantizar la calidad, equidad y estándares de servicios; adelantar planes de capacitación de los equipos regionales y locales de salud, y garantizar la sustentabilidad del modelo, utilizando mecanismos de negociaciones permanentes dentro de un sistema intergubernamental, donde estén involucrados lo más altos niveles de decisión.

A su vez, el modelo de atención integral a la persona mayor tiene como propósito proveer servicios de salud pertinentes de calidad, brindados con calidez por el personal de salud, a través de la ejecución de acciones de promoción de entornos favorables para el envejecimiento activo y saludable, por medio de una atención integral. Una de las características del programa es la horizontalidad de sus acciones centradas en el entorno del adulto mayor, tomando como eje asistencial la continuidad de la atención en dos dimensiones: mediante acciones preventivas a

lo largo de la vida cuando prima la salud, cuando se incluye tener en consideración sus derechos, como enfermos, como personas mayores.

Ello lleva implícito una atención particular hacia ellos con sus familiares, para tratar de hacerles las cosas más fáciles dentro y fuera del sistema de salud que actualmente se desarrolla el adulto mayor.

Programas de Salud

Los programas de salud son un conjunto de acciones implementadas por el gobierno con el objetivo de mejorar las condiciones sanitarias de la población. Pèrez y Gardey (2008). De esta forma, las autoridades promueven campañas de prevención y garantizan el acceso democrático y masivo a los centros de atención. Al respecto el Ministerio del Poder Popular para la Salud (2012) refiere que los programas de salud:

Son un conjunto organizado, coherente e integrado de actividades y de servicios, realizado simultánea o sucesivamente, con los recursos necesarios y con la finalidad de alcanzar los objetivos determinados en relación con los problemas de salud precisos y para una población determinada (p.4).

Es de vital importancia re-orientar las acciones de los programas de salud, actuando en el conjunto del ciclo vital de las personas para lograr un envejecimiento más saludable en el futuro. La importancia de promover medidas de promoción y protección de la salud y una intervención precoz sobre el enfermar para promover una calidad de vida satisfactoria, con la mayor autonomía posible y una adecuada integración social.

Por tal motivo es pertinente reorientar los programas y servicios de salud de los adultos mayores, para garantizar los derechos ciudadanos en cada uno de los programas. Se debe garantizar la accesibilidad al sistema de salud por medio de los programas de salud. Al igual mejorar los sistemas de información accesibles al entorno del y garantizar la calidad de atención integral.

Los adultos mayores representan un recurso de indudable valor para la sociedad, que no siempre es reconocido. La experiencia más importante que la persona mayor posee, no radica en sus conocimientos técnicos, que los jóvenes poseen en mayor cantidad, sino en el conocimiento de los problemas psíquicos y sociales que él posee por el mero hecho de haber vivido. Él tendrá por su experiencia posibles respuestas para los temas contemporáneos de crisis individual, diálogo entre generaciones, conflicto entre grupos y tantos otros problemas psicológicos contemporáneos.

Los programas de promoción de la salud sobre este grupo de personas son ampliamente aceptados y se reconoce su eficacia en relación con la prevención de situaciones de dependencia. Sin embargo, el acceso a estos programas no está suficientemente generalizado en su entorno.

Como personas mayores que padecen enfermedades crónicas, asociadas o no a otras situaciones contingentes, determinan una situación de limitación de su autonomía personal y les hace dependientes de la atención de la familia y otros cuidadores. Estas circunstancias requieren una atención particular por el hecho de poner de manifiesto la diversidad actual de prestadores de servicios y las dificultades operativas de coordinación para resolver los problemas de cada adulto mayor. Por lo cual se debe Considerar los cuidados de salud como un derecho social fundamental y en consecuencia, garantizar la igualdad de acceso a la asistencia y cuidados.

Representa un reto para el sistema de salud venezolano, la justificación y necesidad de incorporar a la organización y gestión de un nuevo programa con enfoque estratégico, técnico y multidisciplinar que posibilite una eficiente utilización de todos los recursos disponibles, con independencia de la responsabilidad administrativa del programa de salud ya existente.

Garantizando en el adulto mayor; la continuidad del proceso de asistencia y cuidados en su entorno natural de convivencia. También una orientación particular de los programas hacia la satisfacción y el reconocimiento de la calidad y el trato personal por parte de los adultos mayores que reciben cuidados integrados de esta

naturaleza. Estas consideraciones nacen como respuesta a los cambios sociales derivados de la influencia de diferentes variables a tener en cuenta: cambios demográficos, desarrollo económico, cambios en la estructura familiar, desarrollo nuevas formas de organización, participación, disponibilidad de tecnologías móviles, implantación de nuevos sistemas de intercomunicación, desarrollo de programas de promoción, educación de la salud orientadas al mantenimiento de la autonomía personal.

La atención integral que requieren los adultos es llevar su vejez de manera activa y saludable por su carácter funcional desde diferentes puntos de vista, ya que mayoría de ellos están enfrentando condiciones preocupantes por no acceder a una cobertura de salud adecuada y atención en otras áreas que les brindan beneficios, en muchos casos, sufre discriminaciones en el mercado laboral, en los servicios y en el trato cotidiano en sus comunidades y en sus familias que directamente perjudica el mejoramiento de calidad de vida de ellos.

REFLEXIONES

Si se quisiera resumir de forma sencilla el alcance del propósito de los Programas de salud en la atención del adulto mayor, cabría decir, que se deberían mejorar de forma continua y controlar su cumplimiento, para garantizar los derechos ciudadanos de los adultos mayores en cada uno de los programas. Se debe garantizar la accesibilidad al sistema de salud por medio de los programas de salud, y mejorar los sistemas de información accesibles al entorno del adulto mayor que den garantía a la calidad de atención integral al adulto mayor.

Comprender a la atención del adulto mayor desde la visión ontológica de calle, por medio de la versatilidad de los programas de salud es una realidad, que hoy en día no presenta el dinamismo que se quiere, ya que existen discrepancias en la atención integral de salud del adulto mayor, en la actualidad todavía existen problemas para el acceso a los servicios de salud, no hay equidad, y tampoco se le brinda una atención holística al adulto mayor y los cambios del envejecimiento y de la

dinámica social no son atendidas oportunamente. Se debe cambiar la idea que existe que al hablar del adulto mayor es, carga social y gasto público

Esto permite descubrir las realidades vivenciales de cada uno de quienes operativizan los procesos para desarrollar los programas de salud compartiendo las debilidades observadas para integrar y complementar los procesos de planificación, organización, dirección y control en el desarrollo de los programas de salud, que impide el bienestar de la organización para obtener resultados positivos en la población y así consolidar el compromiso social asumido.

Desde el punto de vista, del compromiso social debe ser proyectado tratando de avanzar en la preparación e implantación de modelos de trabajo que garanticen el logro de los objetivos establecidos en los programas de salud con fines precisos y claros de cumplimiento, y asimismo, renovar los mecanismos de participación activa y protagónica de todos los involucrados.

La sistematización del conocimiento de las condiciones de vida de este importante grupo de la población orientaría el diseño de políticas públicas dirigidas a su protección y a su participación en el desarrollo de la nación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Delgado A (2018) *Modelo analítico del derecho de información de los representantes de los trabajadores y valoración de su reconocimiento en Chile*. Revista Latinoamericana. Derecho soc no.26 Ciudad de México ene/jun. 2018 <https://www.scielo.org.mx/img/es/next.gif>. (consultado 10 Octubre 2022).

Ley Orgánica de la Salud (2000) Asamblea Nacional de Venezuela. Caracas. Editorial Eduven.

Ministerio del Poder Popular para la Salud. (2012). *Programas de Salud*. [Información en Línea]. Disponible en: <http://www.mpps.gob.ve> [Consulta: 2023, Octubre 2].

MSDS. (2001^a). *Documento Base sobre el modelo de atención integral de salud en Venezuela*. 7ma versión preliminar. Caracas.

- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2000). *Informe sobre la salud en el mundo*. Ginebra 27, 2000. (WHO/MNC/OSD/03.01) Disponible on line: https://www.who.int/whr/2000/en/whr00_es.pdf?ua=1 [consultado 2019, enero 30]
- Pérez Porto, J., Gardey, A. (2008). Programa de salud - Qué es, definición, tipos y ramas. *Definicion.de*. <https://definicion.de/programa-de-salud/>[Consulta: 2022, Octubre 3].

ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD EN EL ÁREA DE SALUD INTEGRAL COMUNITARIA, LA PASTORA, MARACAIBO, ZULIA.

Marisabel Hernández Ventura¹, María Teresa Hernández Ventura²

hernandezmarisabel@gmail.com¹ marithdez@gmail.com²

Centro de Diagnóstico Integral La Pastora, Maracaibo, Venezuela¹. Universidad Nacional Experimental Francisco de Miranda. Maestría de Salud Pública. Santa Ana de Coro, Venezuela².

RESUMEN

El objetivo de esta investigación fue desarrollar el análisis de situación de salud en el ASIC La Pastora, Maracaibo, Zulia, año 2022. La investigación es no experimental, transeccional descriptivo; población 22 Mil 562 usuarios de los consultorios populares de Barrio Adentro II. Como resultado se tiene que la población se caracterizó por el grupo etario entre 25 a 44 y 45 a 59 años de edad, sexo femenino y familias extensivas dedicadas a la economía informal; predominio de Hipertensión arterial (35,56%), Diabetes mellitus (25,41%) y riesgos cardiovasculares por la ingesta excesiva de sal y grasas; sedentarismo y obesidad. Se debe tomar en cuenta el análisis de situación de salud por ser una herramienta clínica, epidemiología favorecedora de la realización de planes en pro de la salud, hoy en día necesaria, debido al incremento mundial de adultos mayores, donde se requiere la participación activa de éstos en acciones para su bienestar.

Palabras Claves: Hipertensión, Diabetes mellitus, adulto mayor; diagnóstico.

ANALYSIS OF THE HEALTH SITUATION IN THE AREA OF INTEGRAL COMMUNITY HEALTH, LA PASTORA, MARACAIBO, ZULIA

ABSTRACT

The objective of this research was to develop the Health Situation Analysis at the ASIC La Pastora, Maracaibo, Zulia, year 2022. The research is non-experimental, transectional descriptive; population 22 thousand 562 users of the popular clinics of Barrio Adentro II. As a result, the population was characterized by the age group between 25 to 44 and 45 to 59 years of age, female and extensive families dedicated to the informal economy; prevalence of arterial hypertension (35.56%), diabetes mellitus (25.41%) and cardiovascular risks due to excessive salt and fat intake; sedentary lifestyle and obesity. The Health Situation Analysis should be taken into account because it is a clinical tool, epidemiology favoring the realization of plans in favor of health, nowadays necessary, due to the worldwide increase in older adults, where it is required their active participation in actions for their welfare.

Keywords: Hypertension, Diabetes mellitus, older adult, diagnosis.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la salud (2021) señala que “la Atención Primaria de Salud garantiza a las personas una atención integral de calidades de la promoción, y la prevención de enfermedades hasta el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos, lo más cerca posible de sus lugares habituales”. Respecto a esto es importante tomar en cuenta la necesidad del cuidado integral del individuo lo más cercano a su entorno. En tal sentido, Añez (2022) afirma que:

Un Análisis de Situación de Salud es una práctica habitual en la Atención Primaria en Salud que tiene como propósito básico entender las causas y consecuencias de los diferentes problemas de salud en la comunidad y se concibe como un tratamiento interdisciplinario y sensible en su aplicación.

Por consiguiente, un Análisis de Situación de Salud (Asis) forma parte del diario quehacer de un personal de salud para la comprensión de las realidades que existen dentro de las comunidades, sus problemas, consecuencias y orígenes; todo ello gracias al trabajo de un personal capacitado, donde convergen diversas disciplinas para dar cumplimiento a la parte asistencial, niveles de atención y prevención; proporcionando soluciones de manera individual y colectiva. Por su parte, Calderón y Maita (2018) señalan que el Análisis de Situación de Salud (Asis) consiste en:

El conjunto de conceptos, métodos y actividades para la medición y el monitoreo del proceso salud, enfermedad, servicios, utilizando diferentes metodologías que permitan el análisis estratégico y la síntesis de la información con el fin de facilitar la gestión en salud de manera propositiva, oportuna y participativa, en colaboración con diversos sectores y actores sociales.

Por todas estas razones, el (Asis) es una herramienta de suma importancia porque permite que el personal sanitario haga mediciones, analice y sintetice la información sobre el estado de salud de las personas para poder lograr elaborar propuestas en base a esas realidades existentes, conjuntamente con el apoyo de los sectores y actores que hacen vida dentro de las comunidades. Siendo el objetivo de este estudio, desarrollar el análisis de situación de salud en el ASIC La Pastora, Maracaibo, Zulia, año 2022.

DESARROLLO

En Venezuela, una de las entidades federales con mayor población es el estado Zulia, el cual para el año 2011, tenía una población de 3 Millones 704 mil 404 habitantes, según censo del instituto nacional de estadística (INE, 2014). El Zulia está dividido en un total de veintiún (21) municipios, entre los cuales están: Almirante Padilla, Baralt, Cabimas, Catatumbo, Machiques de Perijá, Lagunillas, Mara, San Francisco y Maracaibo capital, capital de Maracaibo; este último mencionado posee entre sus límites territoriales se encuentran: Norte, el barrio La Cañada; al Sur, el barrio La Pastora; Este, barrio Agua de Dios y al Oeste la avenida principal de Socorro.

En este orden, el año de 1862 se crea el Concejo Municipal del Distrito Maracaibo, bajo la alcaldía de Luis Araujo Guevara. Luego, en 1958, cambió el nombre de Distrito y pasó a ser municipio Maracaibo. En 1990, con la elección directa de las autoridades municipales, concejales y alcaldes, entra en vigencia la nueva Ley de División Político-Territorial de Venezuela, donde los estados quedaron conformados en municipios y estos por parroquias. El 22 de enero de 1995, el municipio Maracaibo se divide para crear el Municipio San Francisco, adoptando el municipio Maracaibo su forma actual.

La comunidad del municipio Maracaibo, para el año 2005, inicia con la Misión Barrio Adentro, fecha en la que la colectividad decide otorgar un terreno para la construcción de un módulo octagonal, el cual, prestaría sus servicios al siguiente

año. Entre los servicios que ofrece se encuentran: Medicina General Integral, servicio de enfermería, planificación familiar, control de riñones sanos, atención prenatal, atención al adulto mayor, cirugía menor, control de enfermedades crónicas no transmisibles, jornadas de vacunación y citología, entre otros.

Las comunidades cuentan con diez Consultorios Médicos Populares que pertenecen al Área de Salud Integral Comunitaria La Pastora, entre los consultorios se encuentran: Consultorio Médico Popular Monte Santos 1; Buena Vista2; Buena Vista3; el Consultorio Médico Popular 12 de octubre; Jorge Hernández, La Pastora, Nueva Venezuela, Socorro I, Socorro II y el Consultorio Médico Popular Arismendi.

Entre el personal que labora y hace vida se encuentra: Médicos venezolanos y cubanos; el personal de enfermería, obreros, estudiantes de medicina de pregrado, Consejo Comunal y equipo de salud; además de Milicianos. El horario de atención es desde las ocho de la mañana hasta las doce del mediodía y desde la una hasta las cuatro de la tarde.

Dentro de este orden, el Centro de Diagnóstico Integral La Pastora, está ubicado específicamente, en la avenida 95 del Barrio La Pastora, parroquia Cacique Mara. Este establecimiento de salud atiende 20.384 personas en una superficie 2100 kilómetros cuadrados. Tiene en su haber establecidas cuatro comunas, treinta y ocho consejos comunales, no tiene bases de misiones y cuenta con dieciséis sectores, Círculo de Lucha Popular cinco ejes y un total de dieciocho Unidades de Batalla Bolívar Chávez, según data de la Fundación Barrio Adentro Zulia.

Este importante centro asistencial el cual atiende a un gran grueso de la población que acude en búsqueda de salud, posee, adicionalmente, una Sala de Emergencia Respiratoria ,donde se toman muestras para realizar la prueba de Reacción en Cadena de la Polimerasa y las Pruebas de Diagnóstico Rápido a los pacientes sospechosos por Covid-19, y se da seguimiento y monitoreo a los mismos, para su traslado, ya sea a los hospitales Centinelas o Centro de Diagnóstico Integrales centinelas, o si fuere el caso, la cuarentena domiciliaria por órdenes emanadas por el MPPS.

En base a lo anteriormente expuesto, según Añez (2010) el Análisis de la Situación de Salud institucional “es aquel que se maneja desde las instituciones prestadoras de servicios y que genera como producto un diagnóstico de salud”. Eso quiere decir que el Análisis de la Situación de Salud es una herramienta que permite, recabar información real a través de un diagnóstico, sino, además, ofrece la posibilidad de dar soluciones sobre la base de necesidades detectadas, con la finalidad de mejorar la calidad de vida y el bienestar de las personas.

En correspondencia con lo descrito, se plantea el siguiente objetivo de estudio:

- Efectuar el Análisis de Situación de Salud en el área de salud integral comunitaria, La Pastora, Maracaibo, estado Zulia.

Antecedentes de la investigación

En lo referido a estudios previos se tienea nivel internacional, Peña, Navarro, Díaz y otros (2020), desarrollaron un trabajo en Cuba, titulado Análisis de la situación de Salud de una población Urbana del Municipio Cienfuegos, el objetivo principal del estudio fue describir la situación de salud de familias pertenecientes al Consultorio Médico de la Familia 28 del Área de Salud II de Cienfuegos. La investigación fue de tipo descriptivo, observacional, de cohorte transversal, con una población de 250 familias, compuesta por 669 personas.

La selección de variables fue basada guía metodológica del análisis de la situación de salud. Los autores concluyeron con la existencia de una población dispensarizada en el grupo III; el grupo etario de 60 años y más; además de pacientes con hipertensión arterial, infecciones agudas respiratorias y como factor de riesgo predominante el sedentarismo.

El aporte que realiza esta investigación al presente estudio radica en mostrar la aplicabilidad del ASIS como una herramienta de utilidad generadora de información, que permite describir como se encuentra la salud de las personas dentro una comunidad, quienes son usuarios de un centro asistencial; lo que implicará la toma

de acciones en conjunto, por un lado, por parte del personal de salud, y por el otro, de los pacientes.

Por otro lado, se tiene a Chong, Pilay, Zorrilla y otros (2019), desarrollaron un trabajo de investigación titulado Análisis de Situación de Salud del Hospital Cantonal de Jipijapa en Ecuador. El objetivo principal fue realizar el análisis de situación de salud del Hospital Jipijapa en el año 2019. La investigación fue bibliográfica descriptiva, no experimental, de corte transversal. Los resultados obtenidos fueron, referido a la morbilidad, la primera causa de muerte fue la neumonía y la primera causa de atención fue por rinofaringitis aguda, seguido de amigdalitis aguda; además se determinó que no se presentó casos de muerte neonatal en el período de enero a diciembre.

Con respecto al personal de salud, cuenta con más de 180 empleados y trabajadores y su infraestructura está adecuada a la tipología del hospital. La conclusión, la realización de un análisis exhaustivo del hospital de Jipijapa respecto a su talento, presupuesto, cartera de servicio, perfil epidemiológico, mortalidad, indicadores de producción talento humano e infraestructura hospitalaria, ya que se dispone de información con un análisis de salud que permite abordar de manera íntegra la situación.

Este estudio ofrece aportes interesantes para profundizar sobre la ventaja que ofrece el ASIS, aun cuando fue elaborado en plena Pandemia del Covid 19 tomando en cuenta documentos ya existentes, permitió obtener una visión global acerca del estado de salud de los usuarios, a través de la morbimortalidad, y a la vez, constatar las condiciones en la que se encuentra el centro de salud para poder ofrecer una atención integral.

De mismo modo está López (2018) quien realizó una investigación titulada El Análisis de la Situación de la Salud Poblacional en América Latina y el Caribe entre el 2000 y 2017, reflexiones y desafíos; el objetivo del estudio fue identificar la evolución teórica metodológica del análisis de la situación de la salud en América Latina y el Caribe y analizar los desafíos en su implementación. La investigación es

una revisión narrativa a partir del estudio de trabajos de investigación, artículos de reflexión y manuales publicados de las bases de datos ebsco, PubMed, Redalyc, Scielo, Lilac.; se analizaron 67 documentos y se hizo comparación de contenidos con los ASIS ejecutados en la región.

Los resultados indican que las guías para los análisis de la situación de la salud reproducen un modelo de diagnóstico de salud epidemiológico y administrativo, no obstante, algunos suscriben, como ejes del análisis, la perspectiva de género, de determinantes sociales, intersectorialidad y la participación social; esto se manifiesta en el 90% de los 19 informes gubernamentales recuperados.

Mientras que, el 80% de las investigaciones recuperadas se identifican como descriptivos, observacionales, y transversales con insuficiente actuación de equipos de salud en el primer nivel de atención y casi una imperceptible participación de las poblaciones y representantes de otros sectores vinculados a la salud. En tal sentido, se hace uso de las estadísticas demográficas y epidemiológicas oficiales, y una mínima proporción de los ASIS concluye en propuestas de actuación.

Este tipo de investigación enfrenta como desafíos transcender a la noción patológica y sectorial de la salud, debe incorporar otros aspectos tales como indicadores de salud positiva, inequidad en salud, determinantes sociales, acceso a los servicios de atención; apoyo el análisis integral e intersectorial de la salud; la capacitación de los equipos de salud, especialmente a los del primer nivel, para el desarrollo de estas investigaciones, con la finalidad de monitorear tendencias y diferenciales en la salud enfermedad de las poblaciones.

El aporte que realiza esta investigación es que el ASIS va más allá de la elaboración de un diagnóstico, por lo que se sugiere el capacitar a los equipos de salud y a la participación social para el desarrollo efectivo de estos estudios, los cuales, van a permitir la búsqueda de soluciones a problemas de la salud detectados.

Bases teóricas

Martínez (2006) citado por Añez y col (2010) señala que el “Análisis de Situación de Salud (ASIS) representa un instrumento científico, metodológico aplicativo para identificar, priorizar y solucionar problemas comunitarios”. Al respecto se puede afirmar que el ASIS es una herramienta irrefutable, comprobable que utiliza o se vale de procedimientos organizados para poder corregir esos problemas que resulten priorizados en el seno de las comunidades.

De acuerdo con lo anteriormente expuesto, considerando como principal objeto de estudio el Análisis de Situación de Salud (ASIS), resulta adecuado hacer referencia a los siguientes términos:

Asis Institucional: Es aquel que se maneja desde las instituciones prestadoras de servicios y que genera como producto un diagnóstico de salud, con información acerca de la morbilidad, mortalidad, datos demográficos, históricos, económicos, políticos, culturales y sociales.

Asis con participación de las comunidades o diagnóstico comunitario: Es aquel donde se demuestra y se da prioridad a problemas sociales, de infraestructura o de organizaciones que hacen vida dentro de la comunidad estudiada y se puede desarrollar en los tres niveles del Sistema de Salud, a nivel Nacional, Estatal y Local.

Asis Mixto: Es aquel que se realiza integrando los Asis arriba mencionados.

ASIS y sus etapas:

El diagnóstico, llamado también Diagnóstico Situacional de Salud (DDS) es la primera etapa del Asis, donde se describe la situación y se analiza la salud-enfermedad de una comunidad; mientras que, el Análisis de la Situación de Salud (ASIS) es el elemento conclusivo para la solución de los problemas. Es decir, en esta primera etapa, se realiza el diagnóstico de la situación de salud, lo que implica búsqueda de la información e interpretación de los datos. Por ejemplo: Características generales de la comunidad, sus aspectos geográficos, históricos,

políticos, culturales, económicos, sociales, morbilidad, mortalidad, discapacidad, educación, organizaciones presentes, servicios públicos y ambiente.

Asimismo, se debe colocar los datos demográficos: (Pirámide poblacional, análisis de los índices demográficos, índice de masculinidad, índice de Fritz, índice Sundbarg, índice Burgdofer, índice de envejecimiento, índice de dependencia, índice de estructura de la población activa, índice de reemplazamiento de la población en edad activa, índice de número de hijos por mujeres fecundas, índice generacional del anciano, tasa general de fecundidad, edad media y la edad mediana de la población.

Por otra parte, en lo referido a la segunda etapa, una vez realizada la caracterización de la comunidad (Diagnóstico de la situación de la salud), se realizan las siguientes fases:

Identificación de los problemas: Permite la libre exposición de ideas por parte de la comunidad sobre las dificultades que perciben, durante la celebración de una Asamblea. Los participantes a través de la Lluvia de Ideas, opinarán sobre lo que ellos consideran sus principales problemas de salud; los mismos, se deben escribir en una hoja de papel bond o pizarra, respetando el derecho de palabra y escribiéndolo textualmente, el mismo debe ser preciso en cuanto a magnitud, localización y tiempo, de expresar carencias, déficit, restricciones, deficiencias, limitaciones y los indicadores que lo describen, expresado en cifras relativas o absolutas o en términos cualitativos.

Por otro lado, en listados con más de veinte (20) inconvenientes, se realiza el Método de Trillaje para obtener un orden de prioridad. Para ello se debe: seleccionar al informante clave, líderes, actores sociales que van a estar en el proceso, leer y clasificar, ubicar los problemas por consenso en tres grupos, de lo más importante, hasta llegar a los residuales.

Priorización de los problemas: Una vez realizada la identificación, se procede a priorizarlos de manera colectiva a través del método de ranqueo, el cual consiste en seleccionar un grupo de criterios y ubicar a cada uno un valor entre (0) y (2). La puntuación de (2) se le coloca al problema que presente: Alta frecuencia, alta

gravedad, alta repercusión en la población, recursos disponibles, tendencia ascendente, alta vulnerabilidad con las intervenciones a ese nivel, coherencia con la misión de los planificadores. Los que cumplan los requisitos en parte, se le pone (1) y los que no cumplan cero (0) punto.

Igualmente, se debe utilizar unos criterios para este método, tales como: Tendencia. El tiempo, incremento o decrecimiento del mismo; Frecuencia. A qué porcentaje de la población afecta; Gravedad o severidad. Cuán grave es para la salud de las personas; Disponibilidad de Recursos. Cuenta la comunidad con los recursos para su solución; Vulnerabilidad y posible prevención. Es posible hacer algo para que la situación mejore y Coherencia con la misión del que planifica. Importancia política. Está interesada la comunidad y la sociedad en general en resolverlo. Al concluir esta operación, se suman los valores obtenidos para cada criterio, luego se organizan por el orden de prioridad.

Análisis causal y búsqueda de alternativas de solución: En este apartado se realizan dos pasos, primero, es análisis causal y la explicación de los problemas priorizados a través del Árbol el problema, basado en los determinantes del Modelo de Campo de la Salud Lalonde. Las ramas del árbol se colocan las manifestaciones o consecuencias (lo visible) y en sus raíces los determinantes o causas. El segundo paso es la exploración o búsqueda de alternativas de solución, a través de la Matriz FODA (Fortalezas a nivel interno; Oportunidades a nivel externo; Debilidades a nivel interno y Amenazas a nivel externo).

Evaluación del plan de acción: En esta fase se elabora un plan en el que se establecen las medidas y acciones a desarrollar; el mismo debe poseer las siguientes características: Debe ser factible, flexible, evaluable, poseer los recursos necesarios y deberá contar con el conocimiento, la involucración y la aprobación de las personas responsables para ejecutarlo. Asimismo, debe incluir: Objetivos, los cuales deben ser medibles y alcanzables, respondiendo el qué y el para qué; Actividades, que son las acciones a ejecutar para alcanzar lo propuesto, es decir el cómo lograrlo; Recursos, material, humanos y financiero, su existencia real disponible o alcanzable a corto, mediano o largo plazo y Responsables.

Vigilancia y evaluación: La evaluación y monitoreo de las tareas y actividades del Plan de Acción deberán ser participativas para tener la auto responsabilidad y pertenencia; en tal sentido, se evaluará el plan de acción conjuntamente con la comunidad a medida que se esté ejecutando; además se tendrá en cuenta las modificaciones obtenidas en la situación de salud al establecer la comparación con los Asis anteriores. A través de visitas de terreno, reuniones colectivas con la gente de los sectores y la información recibida de del personal de salud; se chequeará que se dé cumplimiento a los planes de acción. Por otra parte, los responsables del proyecto redactarán el documento y el Asis de la población o municipio; analizado y firmado por los participantes.

Bases legales.

Para Garay (2009), la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1999), gaceta oficial N°5.908, la cual en su artículo 83, refiere que la salud es un derecho social fundamental y es obligación del Estado, garantizarlo como parte del derecho a la vida, en tal sentido, el Estado deberá promover y desarrollar políticas orientadas a elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso a los servicios, donde todas las personas tienen derecho a la protección de su salud, así como el deber de participar en la promoción y defensa de la misma, y así cumplir con las medidas sanitarias y de saneamiento que establezca la ley, dando cumplimiento a la vez a los tratados y convenios internacionales suscritos y ratificados por la República.

Por otra parte, la Ley Orgánica para la Atención y Desarrollo Integral de las Personas Adultas Mayores (2021), N.º6.641 extraordinario, señala, en su artículo 2, sobre la finalidad de esta norma, en el numeral 3, hace alusión a garantizar la atención integral y especializada que el Estado, la familia y la Sociedad deben brindar a las personas mayores para contribuir al cumplimiento de sus derechos y garantías, buen vivir, calidad de vida, seguridad y envejecimiento saludable activo, digno y feliz.

Por su parte, el artículo 7 establece la obligación por parte del Estado de adoptar las medidas necesarias y apropiadas para asegurar a todas las personas adultas mayores el disfrute de todas sus garantías, de igual forma su desarrollo integral, buen vivir, bienestar, calidad de vida, seguridad y envejecimiento saludable, activo, digno y feliz. Asimismo, el artículo 8, hace referencia a la corresponsabilidad de Estado y Sociedad para garantizar los derechos de los adultos mayores conforme a la ley.

MARCO METODOLÓGICO

En relación con el diseño de la investigación, Balestrini (2006) señala que:

El diseño de la investigación se define en función de los objetivos establecidos en el estudio, es importante señalar que no existe un solo tipo de diseño o modelo de diseño a utilizar para todas las investigaciones; cada investigación contiene en sí misma un nivel de especificidad que puede orientarse hacia la exploración, la descripción, la explicación, experimentación o hacia una propuesta operativa factible.

En este orden, el diseño que se asume en esta investigación es no experimental, el cual está definido por Sampieri, Collado y Baptista (2014) como “estudios que se realizan sin la manipulación deliberada de variables y en los que sólo se observan los fenómenos en su ambiente natural para analizarlos”. También la investigación es transeccional descriptivo, este término se refiere Sampieri, Collado y Baptista (2014) a que “indagan la incidencia de las modalidades, categorías o niveles de una o más variables en una población, son estudios puramente descriptivos”. Con respecto a la población, el presente estudio cuenta con 22 Mil 562 usuarios pertenecientes a los consultorios populares de Barrio Adentro II.

Por otra parte, entre las variables que serán tomadas en cuenta en el presente estudio están: Descripción socio histórica, dispensarización de la población según edad y sexo, ontogénesis de la familia, distribución de la población dispensarizada por categoría ocupacional, distribución de la población dispensarizada por grupo

dispensarial, distribución de la población dispensarizada por entidad nosológica crónica.

La clasificación de la familia según tamaño, generación y ontogénesis, la dispensarización de la comunidad según el nivel de escolaridad, población dispensarizada por el tipo de riesgo cardiovascular y la población dispensarizada por hábitos tóxicos. En relación a esto, Hernández, Fernández y Batista (2014) definen la variable como “propiedad que tiene una variación que puede medirse u observarse”.

Respecto a los criterios de inclusión y exclusión: Inclusión: Área de Salud Integral del Centro de Diagnóstico Integral La Pastora; población atendida en los Consultorios Médicos Populares de Barrio Adentro II, del municipio Maracaibo, parroquia Cacique Mara del estado Zulia; entre menores de un año hasta 65 y más años de edad. Se excluyó a toda la población ajena a las características antes descritas.

Como instrumento para la recolección de datos serán las Fichas de Historia Clínica Familiar e Historia Clínica General, integral individual. En lo referido al procesamiento de los datos, se realizará a través de la herramienta Microsoft Excel (Versión) 2019, mientras que el análisis de los datos se efectuará a través de la estadística descriptiva de cada variable, que para Hernández, Fernández y Batista (2014) esto “se logra al describir la distribución de las puntuaciones o frecuencias de cada variable”.

RESULTADOS

Tabla 1. Dispensarización de la población según edad y sexo

Rango/ Edad	Masculino	%	Femenino	%	Total	%
< 1 año	116	1%	96	0,80%	212	0,93%
1 a 4 años	439	4,10%	453	3,78%	892	3,95%
5 a 6 años	323	3%	330	2,76%	653	2,89%
7 a 9 años	423	3,90%	514	4,29%	937	4,15%
10 a 11 años	362	3,40%	409	3,42%	771	3,41%
12 a 14 años	448	4,20%	508	4,24%	956	4,23%
15 a 19 años	761	7,10%	884	7,39%	1.645	7,29%
20 a 24 años	912	8,50%	1.102	9,21%	2.014	8,92%
25 a 44 años	3.427	32,30%	3.944	32,99%	7.371	32,66%
45 a 59 años	2.023	19%	2.236	18,70%	4.259	18,87%
60 a 64 años	697	6,50%	552	4,61%	1.249	5,53%
65 años y más	677	6,30%	926	7,74%	1.593	7,06%
Total	10.608	99,9%	11.954	99,93%	22.562	99,89

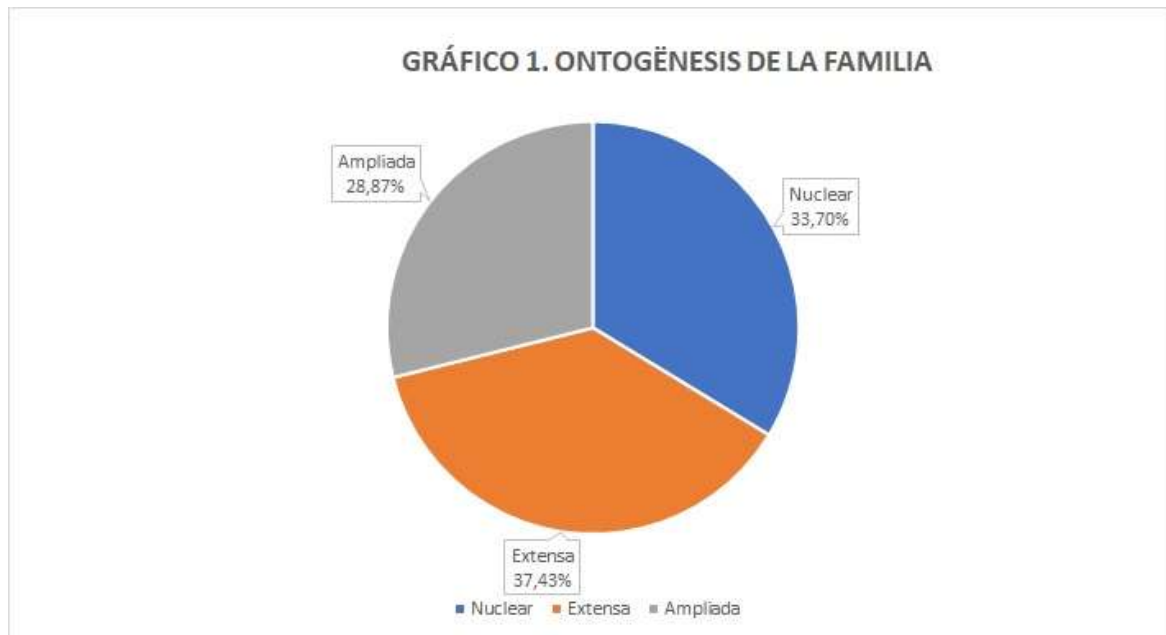
Fuente: Ficha de Historia de Salud Familiar. Año 2022.

En la tabla 1, se evidenció el predominio del sexo femenino. Las edades de mayor preponderancia para ambos géneros se ubican entre 25 a 44 años con un 32,66% y de 45 a 59 años con 18,87%. Estos datos permiten constatar que el ASIS institucional es una herramienta que permite conocer las características de población estudiada, a través de un diagnóstico y en el caso del presente estudio, la demografía denota que se trata de una población caracterizada por fecundidad baja y en proceso de envejecimiento, la cual requiere de mayor interés y la atención por parte de la comunidad, personal de salud y organismos involucrados.

Con respecto a este análisis es necesario citar a la Organización Mundial de la Salud (2022) para indicar que “el envejecimiento de la población es mucho más rápido que en el pasado. Todos los países se enfrentan a retos importantes para

garantizar que sus sistemas de salud y asistencia social estén preparados para afrontar ese cambio demográfico”.

Clasificación de la familia según tamaño, generación y ontogénesis: Se caracterizó por el predominio de familias medianas, las cuales poseen de cuatro a seis miembros; existen 2 Mil 100 familias, de un total de 4 Mil 427 familias.



Fuente: Hernández (2022).

En el gráfico 1 de tipo circular se demostró el predominio de las familias extensas o extensivas, seguido de las familias nucleares. Este resultado denota que en las familias del municipio Maracaibo, el núcleo familiar que prevalece es aquel que está integrado por otros miembros que guardan relación consanguínea, donde resulta interesante ahondar sobre la dinámica de este tipo de familias; ya que la salud y bienestar de las mismas, va a depender de su estilo de vida, entre otros determinantes sociales.

Nivel de Escolaridad

Existen 366 individuos analfabetas, de los cuales 197 pertenecen al sexo femenino y 169 al masculino; sin terminar la secundaria 3 Mil 304 personas, de las cuales, 2 Mil 115 pertenecen al sexo femenino y Mil 189 masculino; bachillerato sin terminar 2 Mil 922 personas, de las que Mil 677 masculino y Mil 245 pertenecen al sexo femenino, con bachillerato terminado 2 Mil 860 personas, de las cuales Mil 600 femenino y Mil 260 masculino.

Frente a este análisis es preciso tomar en cuenta lo señalado Audrey Azouley, directora general de la Organización de Naciones Unidas para la Educación y la Cultura (UNESCO), que “la educación y la salud son derechos humanos fundamentales e interdependientes para todos, radian en el núcleo de cualquier derecho humano y son esenciales para el desarrollo socioeconómico”.

Tabla 2. Distribución de la población dispensarizada por categoría ocupacional

Ocupación	Masculino	Femenino	Total	%
Desempleado	1.065	744	1.809	8,87%
Trabajador informal	3.114	1.617	4.731	23,20%
Ama de casa / Oficios del Hogar	0	2.555	2.555	12,53%
Profesional / TSU	1.361	1.366	2.727	13,37%
Estudiante	2.127	3.431	5.558	27,26%
Universitario	1.202	839	2.041	10,01%
Jubilado	561	402	963	4,72%
Total	9.430	10.954	20.384	99,96%

Fuente: Ficha de Historia de Salud Familiar. Año 2022.

Tabla 3. Distribución de la población dispensarizada por grupo dispensarial

GRUPOS DISPENSARIALES	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL	%
Grupo I	0	0	0	0
Grupo II	6.965	7.726	14.691	65,11%
Grupo III	3.271	3.833	7.104	31,48%
Grupo IV	372	395	767	3,39%
Total	10.608	11.954	22.562	99,98%

Fuente: Ficha de Historia de Salud Familiar. Año 2022.

En la tabla 2, se demostró el predominio de estudiantes; mientras que la población económicamente activa pertenece a trabajadores informales. Se infiere entonces, primeramente, la existencia de personas que dependen económicamente de otras para poder culminar sus estudios hasta nivel profesional, lo que le ofrecerá en el futuro una mejor calidad de vida y por ende una mejor salud.

En segundo lugar, hay familias que no cuentan con un trabajo fijo que les permita tener acceso a los beneficios que ofrece un trabajo fijo como un sueldo o salario, seguridad social, entre otros beneficios de ley; lo cual va incidir directamente en la salud de las personas, especialmente, en aquellas que se encuentren en situación de mayor vulnerabilidad como los niños y adultos mayores.

Por otro lado, en la tabla 3, se evidenció los diferentes grupos dispensariales, siendo el grupo II el de mayor predominio, referido a las personas que no presentan ninguna enfermedad con un (65,11%); pero se ubican en la clasificación de riesgo, debido a que todos los seres humanos se les considera que están en constante exposición a cualquier nivel de riesgos ya sea físico, biológico, químico, psicológico, psicosocial. Seguidamente, se visualiza el grupo III, que corresponde a los individuos que padecen alguna enfermedad crónica, y por último, se observa a las personas grupo IV o discapacitadas.

Tabla 4. Distribución de la población dispensarizada por entidad nosológica crónica

Entidad nosológica	Masculino	Femenino	Total	%
Hipertensión Arterial	839	976	1.815	35,56%
Diabetes Mellitus	543	754	1.297	25,41%
Asma bronquial	489	554	1.043	20,43%
Cardiopatía isquémica	156	170	326	6,38%
Epilepsia	67	131	198	3,87%
Cáncer	10	15	25	0,48%
Patología Tiroidea	40	56	96	1,88%
Patología Reumatológica	47	74	121	2,37%
Hepatopatías crónicas	32	46	78	1,52%
Gastritis crónicas	36	49	85	1,66%
HIV-SIDA	12	8	20	0,39%
Total	2.271	2.833	5.104	99,95%

Fuente: Ficha de Historia de Salud Familiar. Año 2022

En la tabla 4, es notorio visualizar el predominio en el sexo femenino con la Hipertensión arterial seguido de la Diabetes Mellitus; lo cual la sumatoria de ambos géneros representa un 35,56% y 25,41%, respectivamente. Se infiere entonces que existe un significativo porcentaje con hipertensión arterial el cual es un factor de riesgo importante para sufrir una enfermedad cardiovascular. Por otra parte, se evidencia la presencia de una enfermedad crónica no transmisible como la diabetes.

Con relación a este análisis es necesario citar a la Organización Panamericana de la Salud (2022) para indicar que “las enfermedades crónicas no transmisibles (ENT) son la principal causa de muerte y discapacidad en el mundo. Estas condiciones incluyen cánceres, enfermedades cardiovasculares, diabetes y enfermedades pulmonares crónicas”.

En este orden, es de suma importancia esta información para el equipo de salud, quien debe analizar la situación de morbilidad existente en cada uno de los

sectores estudiados con la finalidad de la búsqueda de soluciones eficaces y eficientes abarcando todos los niveles de prevención a través de los distintos programas de salud existentes.

Tabla 5. Distribución de la población dispensarizada por riesgo cardiovascular.

Factor de riesgo	Masculino	Femenino	Total
Ingesta excesiva de sal y grasas	2135	3568	5703
Obesidad	436	1254	1690
Sedentarismo	752	1685	2437
Dislipidemia	428	956	1384
Uso inadecuado de medicamentos	156	168	324
Total	3250	4562	7812

Fuente: Ficha de Historia de Salud Familiar. Año 2022

Tabla 6. Distribución de la población dispensarizada por tipo de hábitos tóxicos.

Hábitos Tóxicos	Femenino	Masculino	Total
Café	1990	2049	4039
Alcohol	1520	954	2474
Tabaco	4568	2576	7144
Drogas	742	468	1210
Total	8820	6047	14867

Fuente: Ficha de Historia de Salud Familiar. Año 2022

En la tabla 5 y 6 se evidenció una población con riesgos debido a la ingesta excesiva de sal y grasas; además del sedentarismo, los cuales en el sexo femenino representa un mayor número en comparación al masculino. Por otra parte, claramente se puede visualizar un alto consumo de tabaco en género femenino, seguido por el hábito de tomar café en el masculino. Al respecto la Organización Panamericana de la Salud (2022) sostiene que “factores de riesgos conductuales modificables, el consumo de tabaco, la inactividad física, el uso excesivo de alcohol y las dietas malsanas, aumentan el riesgo de morir a causas de unas de las enfermedades no transmisibles (ENT)”.

El personal de salud juega un papel muy importante en la promoción de la salud dentro de las comunidades, en tal sentido, es importante que se efectuó los Análisis de Situación de Salud de manera correcta y confiable a fin de que se pueda analizar la información y tomar acciones pertinentes para la conservar la salud y bienestar de las personas.

CONCLUSIONES

Se realizó un Análisis de Situación de Salud en el ASIC La Pastora, Maracaibo, Zulia, año 2022, en una población superior de más 20 Mil personas, agrupadas en más de 4 Mil familias; que representan la totalidad de usuarios de los consultorios populares de Barrio Adentro II. Los ASIS que se manejan desde las instituciones prestadoras de servicios permite generar un diagnóstico de salud, con información de las comunidades sobre la morbilidad, incidencia, prevalencia de enfermedades; mortalidad, datos demográficos, históricos, económicos, políticos, culturales y sociales.

De este modo, en el presente estudio se evidenció predominio del sexo femenino, prevalencia de hipertensión arterial un 35,56%, población con baja fecundidad, y edades predominantes entre 25 a 44 años de edad, en proceso de envejecimiento. La ocupación se caracterizó por estudiantes, seguido de la economía

informal. Asimismo, prevaleció la familia extensiva; la población dispensarizada por el tipo de riesgo cardiovascular se caracterizó por la ingesta excesiva de sal y grasas; sedentarismo y obesidad.

Frente a esta información es preciso citar a la Organización Panamericana de la Salud (2023), para indicar que:

La Hipertensión es el principal factor de riesgo de enfermedades cardiovasculares que son la principal causa de muerte prematura en el continente americano, responsables alrededor de 2 Millones de pérdidas de vidas al año. La hipertensión afecta al 18% de los adultos en las Américas, lo que significa que hay aproximadamente 180 Millones de personas que requieren acceso a los servicios de atención primaria de salud y de tratamiento para controlar su Hipertensión. Además, esta condición es más frecuente con la edad, alrededor del 50% de las personas de 65 años o más padecen hipertensión.

Es necesario señalar que, la Organización Mundial de la Salud (2018) refiere que hay cambios de hábitos que ayudan a reducir la tensión arterial alta, entre ellos, tomar una dieta saludable y baja en sal, perder peso, practicar actividad física y dejar de fumar.

Dicho esto, surge la necesidad que el personal multidisciplinario de salud y las comunidades trabajen de la mano para poder tomar en cuenta esas medidas que favorezcan la salud de los individuos, de manera que éstos formen parte activa en su cuidado y preservación. Es por ello, que también se debe hacer especial énfasis en la población adulta mayor por su vulnerabilidad, en lo referido a las enfermedades, entre ellas las cardiovasculares y sus factores de riesgos.

Por otra parte, el Análisis de Situación de Salud permitió cumplir con fases fundamentales como Diagnóstico Situacional de Salud (DDS) que es la primera etapa del Asis, a través de recogida e interpretación de los datos estadísticos sobre la morbilidad y mortalidad. Posteriormente, durante una Asamblea de ciudadanos, se efectuó la identificación de los problemas, a través de la técnica de lluvia de Ideas, la cual permitió la libre exposición de opiniones por parte de la comunidad sobre las dificultades que perciben; seguidamente, una vez identificados los problemas se

procedió a priorizarlos de manera colectiva a través del método de ranqueo, coincidiendo los resultados arrojados en el diagnóstico de salud con la elevada prevalencia de hipertensión arterial, de diabetes mellitus y prevalencia de asma bronquial. A todo ello se le adicionó la ingesta excesiva de grasas y sal; además del uso inadecuado de la mascarilla como protección contra el Covid 19.

En este orden, la experiencia lograda mediante la realización de este estudio reafirmó que el análisis de situación de salud constituye el ejercicio importante para el especialista de Medicina Familiar; el cual coincide con otras investigaciones realizadas a nivel internacional, donde se evidencia la prevalencia de enfermedades crónicas como diabetes; además de riesgos cardiovasculares y de hábitos tóxicos.

Por consiguiente, el análisis de la situación de la salud es considerado una práctica en la Atención Primaria en Salud de mucho beneficio para saber los problemas de salud que existen en las comunidades. Por lo antes expuesto, se debe tomar esta herramienta clínica y epidemiología favorecedora de la realización de planes en pro de la salud de las personas, hoy en día, necesaria debido al incremento mundial de adultos mayores, en el que se requiere la participación activa de éstos en acciones para su bienestar.

REFERENCIAS

- Añez E (2022). *Análisis de la Situación de Salud: Una Experiencia desde la Docencia, Investigación y Extensión Universitaria*. Rev. Arbitrada Interdisciplinaria de Ciencias de la Salud. Salud y Vida. 2017. [consulta noviembre 2022]. Vol. 1. (Núm. 2); (16):5. Disponible en URL: <https://fundacionkoinonia.com.ve/ojs/index.php/saludyvida/article/view/230/243>
- Añez E., Dávila F., Hernández T., Reyes I., & Talavera, J (2010). *Manual para la Elaboración en un Análisis de Situación de Salud*. (2010). ISBN:978-980-6778-26-9. Maracay. IAES. [consulta enero 2023]. Vol. 36. (Núm.3); p.18-30. Disponible en URL: <https://es.scribd.com/doc/72901591/Manual-Asis#>
- Balestrini, M. (2006). *Cómo se elabora el proyecto de investigación*. (6ta. Edición). Editorial BL Consultores Asociados.

- Calderón, S y Maita, E (2018) Análisis de situación de salud y su importancia en las salas de situación de salud. Documento en línea disponible en URL: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51881/9789806678064_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Chong I., Pilay L., Zorrilla E. y Villacreces D (2021). *Análisis de la Situación de Salud del Hospital Cantonal Jipijapa en el año 2019*. Revista Científica Dominio de las Ciencias. 2021. ISSN:2477-8818. Vol. 7.(Núm. 2); (22):2. Disponible en URL: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8231832>[consulta diciembre 2022].
- Garay J (2009). *La Constitución Bolivariana (1999) comentada*. 5ta.ed. Caracas: Corporación AGR; 2009.
- Hernández R, Fernández C y Baptista P (2014). *Metodología de la investigación*. Quinta edición. MC Graw Hill. México
- Instituto Nacional de Estadística (2014). *División política territorial de Zulia*. Disponible en URL: <http://www.ine.gob.ve/documentos/see/sintesisestadistica2010/estados/zulia/documentos/Situacionfisica.htm>
- Instituto Nacional de Estadística (2014). *XIV censo nacional de población y vivienda*. Disponible en URL: <http://www.ine.gob.ve/documentos/Demografia/CensodePoblacionyVivienda/pdf/nacional.pdf>
- Ley Orgánica para la Atención y Desarrollo Integral de las Personas Adultas Mayores*. (2021) [Internet]. Nº 6.641 Extraordinario (2021sep 13). [citado en enero 2023]. Asamblea Nacional. Venezuela Disponible en URL: https://oig.cepal.org/sites/default/files/2021_leyadultomayor_ven.
- López R. (2018). *El Análisis de Salud Poblacional en América Latina y el Caribe, entre 2000 y 2017*. Rev. De Facultad Nacional de Salud Pública. ISSN0120-386x. [consulta diciembre 2022]. Vol. 36. (Núm.3); p.18-30. Disponible en URL: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2018000300018

- Organización Mundial de la Salud (2018). *Experiencias, salas de situación de salud en Venezuela*. Disponible URL: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51881/9789806678064_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y [consulta 3diciembre 2022].
- Organización Mundial de la Salud (2021). *La atención primaria en salud*. Disponible en URL: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care> [consulta noviembre 2022].
- Organización Mundial de la Salud (2021). *La Unesco y la Oms instan a que los países conviertan a cada escuela en una escuela promotora de salud*. Disponible en URL: <https://www.who.int/es/news/item/22-06-2021-unesco-and-who-urge-countries-to-make-every-school-a-health-promoting-school> [consulta febrero 2023].
- Organización Mundial de la Salud (2022). *Envejecimiento y salud*. Disponible en URL: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health> [consulta enero 2023].
- Organización Panamericana de la Salud (2022) *Enfermedades no transmisibles*. Disponible en URL: <https://www.paho.org/es/temas/enfermedades-no-transmisibles> [consulta febrero 2023].
- Organización Panamericana de la Salud (2023). *Día mundial de la hipertensión, palabras del Dr. Jarbas Barbosa, director de la OPS-11 de mayo de 2023*. Disponible en URL: <https://www.paho.org/es/documentos/dia-mundial-hipertension-palabras-dr-jarbas-barbosa-director-ops-11-mayo-2023>
- Peña R., Navarro A., Díaz C., Sánchez S (2020). *Análisis de la Situación de Salud de una Población Urbana del Municipio Cienfuegos en 2020*. Rev. de la Universidad Médica Pinareña. 2021. [consulta enero 2023]. Vol. 17. (Núm. 1); (8):5-6. Disponible en URL: <https://revgaleno.sld.cu/index.php/ump/article/view/705> [consulta 9 diciembre 2022].
- Sampieri, R., Collado C., Baptista, M. (2014). *Metodología de la investigación*. (6ta. Edición). Mc Graw- Hill/ Interamericana Editores S.A. [consulta enero 2023]. Disponible en URL:

https://www.academia.edu/36397062/Metodolog%C3%ADa_de_la_Investigaci%C3%B3n_sampieri_6ta_EDICION

ANEXOS

Fichas

 Gobierno Bolivariano de Venezuela	Ministerio del Poder Popular para la Salud	
República Bolivariana de Venezuela Misión Médica Cubana Fundación Misión Barrio Adentro		MODELO 18-01
HISTORIA CLINICA GENERAL INTEGRAL INDIVIDUAL		
Nombre y apellidos: _____		No. de H. Clínica _____
Edad: ____ Sexo: ____	Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____	
Dirección Particular: _____		

Estado: _____ Municipio: _____		
ASIC: _____ Consultorio: _____		
A.P.P: _____		

A.P.F: _____		

CONSULTA		
Fecha: ____ / ____ / ____	Hora de comienzo: _____	
Motivo de Consulta: _____		
H.E.A: _____		



Gobierno Bolivariano
de Venezuela

Ministerio del Poder Popular
para la Salud



Examen Físico:

Peso: _____ (Kg)

Talla: _____ (cm)

Estado Nutricional: _____

Piel y Mucosas: _____

T.C.S.: _____

Aparato Respiratorio: _____

Aparato Cardiovascular: _____

Abdomen: _____

S. N. C. _____

Exámenes Complementarios: _____

Impresión Diagnóstica _____

Conducta a seguir: _____

Firma y sello
del médico:

Horario de culminación:

Próxima Consulta:

TCN: Tejido celular subcutáneo.
SNC: Sistema nervioso central



Gobierno Bolivariano
de Venezuela

Ministerio del Poder Popular
para la Salud



República Bolivariana de Venezuela
Misión Médica Cubana
Fundación Misión Barrio Adentro

Modelo 18-02

HISTORIA CLINICA FAMILIAR

ASIC: _____ CONSULTORIO: _____ N° HC _____

FAMILIA: _____

DIRECCIÓN: _____

ESTADO: _____ MUNICIPIO: _____ PARROQUIA: _____



1-INTEGRANTES DE LA FAMILIA:

N°	NOMBRE Y APELLIDOS	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	SEXO	N° DE CEDULA	ESCOLARIDAD	G.D	FACTORES DE RIESGO Y/O PATOLOGIAS CRONICAS
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								

G.D: Grupo Dispensarial

Memoria fotográfica







REFLEXIONES SOBRE LA SITUACION ACTUAL DEL ADULTO MAYOR

Dulce Carrero

dulce.carrero@hotmail.com

RESUMEN

A nivel mundial, se han venido suscitando cambios políticos, sociales y económicos considerables, Venezuela no escapa a esta realidad, este artículo tiene como propósito dar a conocer algunas reflexiones sobre la influencia y la importancia que estos cambios han tenido en la población de adultos y adultas mayores. Conociendo la importancia que tiene el tema se hizo una revisión bibliográfica para recopilar información existente y subrayar los aportes hechos por algunos autores, dar a conocer sus experiencias, y que estas permitan percibir mejor los desafíos y oportunidades que enfrentan los adultos y adultas mayores en la actualidad, esperando a que se desarrollen políticas y programas que aborden sus necesidades que mejoren su calidad de vida como forma de reconocer y valorar la contribución que los adultos mayores han hecho y siguen haciendo a la sociedad.

Palabras claves: Adultos mayores, envejecimiento, calidad de vida, cambios sociales.

REFLECTIONS ON THE CURRENT SITUATION OF THE OLDER ADULT

SUMMARY

Worldwide, considerable political, social and economic changes have been taking place, Venezuela does not escape this reality, and the purpose of this article is to present some reflections on the influence and importance that these changes have had on the population of adults and older adults. Knowing the importance of the subject, a bibliographical review was made to collect existing information and highlight the contributions made by some authors, to publicize their experiences, and that these allow a better perception of the challenges and opportunities that older adults face today, waiting for the development of policies and programs that address their needs that improve their quality of life as a way of recognizing and valuing the contribution that older adults have made and continue to make to society.

Keywords: Older adults, aging, quality of life, social changes.

INTRODUCCION

Según proyecciones estadísticas (INE 2011), para el año 2020 se reportó un total de 4.527.435 habitantes con edades comprendidas entre 55 y 99 y más años, es decir el 12 % de la población total de Venezuela, de 33.728.624 habitantes. Considerando estas cifras podemos evidenciar que se han producido cambios en la dinámica poblacional, donde se pone de manifiesto un aumento acelerado y significativo de la población de adultos y adultas mayores, lo que indica que la mayoría de las personas pueden aspirar a vivir más allá de 60 años, incidiendo en el proceso de envejecimiento de la población, convirtiéndose así en uno de los grupos más vulnerables.

Todo esto, como consecuencia de factores como la dinámica natural de la población, es decir los cambios en la tasa de natalidad, la disminución de los niveles de fecundidad, el aumento de la tasa de mortalidad y del aumento sostenido de la esperanza de vida, así como también al proceso de las migraciones que vive el país que influyen de manera significativa en los cambios de la estructura familiar, en las necesidades y demandas en la atención médica y en las políticas sociales y económicas.

Con lo descrito, la situación actual de los adultos mayores en Venezuela es preocupante, complicada y multidisciplinaria consecuencia de la crisis económica, social y política que ha afectado al país en los últimos años. Ante lo descrito, los adultos mayores conforman una población especialmente vulnerable, representan una proporción cada vez mayor de la población total, por un lado, el envejecimiento de la población está aumentando rápidamente, lo que plantea desafíos para los sistemas de salud, las políticas públicas y las estructuras sociales.

Por otro lado, muchos adultos mayores enfrentan desafíos económicos, sociales y de salud que pueden hacer que sea difícil para ellos disfrutar plenamente de su vida en la vejez. Conocer sobre la situación actual de los adultos mayores es fundamental porque ayuda a comprender mejor los desafíos y oportunidades a que

se enfrentan en la actualidad y permite desarrollar políticas y programas que aborden sus necesidades y mejoren su calidad de vida.

Por esta razón, el objetivo de este artículo consistió en realizar una revisión bibliográfica para recopilar información existente y subrayar los aportes hechos por algunos autores, dar a conocer sus experiencias, y que estas permitan percibir mejor los desafíos y oportunidades que enfrentan los adultos y adultas mayores en la actualidad.

DESARROLLO

Los adultos mayores cumplen una tarea importante en la sociedad, ellos tienen una inmensa experiencia de vida y pueden ser una fuente valiosa de conocimientos, habilidades y sabiduría para las generaciones más jóvenes. Según González de Gago (2010), uno de los aspectos que actualmente interesa a los Estados y su gobierno es el fenómeno de envejecimiento demográfico que ocurre cuando se registra un aumento considerable en la proporción de las personas de 60 años y más por encima de la población total. Este fenómeno que inicialmente había sido experimentado por los países más desarrollados está convirtiéndose en un suceso global presente prácticamente en todo el mundo y nuestro país no escapa a esta realidad.

En los últimos años Venezuela se ha caracterizado por presentar un crecimiento acelerado de la tasa de adultos mayores, esto como resultado de la combinación de factores sociales, económicos y políticos que han influido de manera directa en el proceso de envejecimiento.

Como señala González de Gago (2010), el envejecimiento es el resultado de la interacción de los cambios orgánicos a nivel bioquímico, celular y tisular conjuntamente con modificaciones psicológicas a nivel de las capacidades cognitivas, sensorio-perceptivas, personalidad y conducta, y las modificaciones del medio externo que le rodea a la persona, o del contexto social que a su vez está

influido por los efectos psicológicos del envejecimiento y las experiencias colectivas e individuales.

Por lo referido, el crecimiento de la población de adultos y adultas mayores se manifiesta en primer lugar por la combinación de variables, como son la dinámica natural de la población, los cambios en la tasa de natalidad, definida esta como el número de nacimientos vivos, sucedidas en un periodo, generalmente de un año, por la población total estimada a mitad del periodo (población media), que en el caso de Venezuela, ha tenido una disminución al pasar de 20,0 por 1000 habitantes en el 2010 a 16,8 por 1000 habitantes en el 2020, y con una tendencia a seguir disminuyendo en años posteriores.

Este cambio está estrechamente relacionado por el comportamiento que ha presentado la tasa de fecundidad la cual representa la relación entre los nacimientos vivos y las mujeres en edad fértil en un período determinado, es decir el número de nacimientos vivos por cada grupo de 1.000 mujeres entre las edades de 15 a 49 durante en un año determinado y que ha tenido un importante impacto en nuestro país, pues según datos estimados por la CEPAL - CELADE (2002) esta alcanza un valor 2,2 en el año 2020 lo que representa solo la cifra necesaria para asegurar el reemplazo generacional, es decir se experimentó un descenso del número de hijos por mujer con respecto al año 2010 que fue de 2,5. por 1000 mujeres.

Otra variable importante lo constituye la tasa de mortalidad que hace referencia al número de defunciones en una población, según datos estimados por la CEPAL - CELADE (2002), para Venezuela la tasa de mortalidad en el año 2020 estuvo alrededor de 7,3 por 1000 habitantes lo que indica que hubo un aumento en la tasa de mortalidad con respecto al año 2010 que fue de 4,60 por habitantes esto como consecuencia al lento crecimiento de la población y a factores sanitarios y de alimentación.

Está visto que, todas estas variables han influido de manera trascendental en el proceso de envejecimiento de la población donde la esperanza de vida, definida esta como la estimación del número promedio de años adicionales que una persona

podría esperar vivir, si las tasas de mortalidad por edad específica para un año determinado permanecieran durante el resto de su vida.

Según los últimos datos de la **Organización** Mundial de la Salud (OMS) (2015), para Venezuela la esperanza de vida paso de 73,1 (69,4 hombres y 77,0 las mujeres) en el 2010 a 75,55 en el año 2020 (66,3 hombres y 75,2 las mujeres), alcanzado un aumento de 2,5 lo que indica una mayor cantidad de adultos mayores y por lo tanto un aumento de la vejez.

En segundo lugar, el otro factor que ha influido de manera importante sin lugar a duda en la tasa de crecimiento de la población de adultos y adultas mayores son los procesos migratorios, que han tenido mucha repercusión y se han convertido en un problema social en el país lo que ha favorecido el aumento en la tasa de envejecimiento demográfico.

sobre este tema, para la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015), las migraciones son el movimiento de una persona o grupo de personas de una unidad geográfica hacia otra a través de una frontera administrativa o política con la intención de establecerse de manera indefinida o temporal en un lugar distinto a su lugar de origen.

Sobre lo descrito, para Bautista (2020), la salida del país de grandes grupos de población ha modificado la estructura y las rutinas familiares. La migración es uno de los componentes del cambio demográfico, que junto con la mortalidad y la fecundidad, puede afectar el crecimiento y la estructura por edades de la población, colaborando en el proceso de envejecimiento de un país.

Dado que la población emigrante casi siempre suele ser joven, en edades potencialmente productivas y reproductivas, las regiones de destino se rejuvenecen, mientras que las de origen envejecen al quedar predominantemente los efectivos poblacionales de mayor edad, al presentar un país una disminución en la tasa de natalidad, un aumento en la tasa de mortalidad y como complemento se pierde población por migración, este no sólo pierde su importancia numérica, sino también

se modifica su crecimiento natural, así como elevados porcentajes de población adultos mayores.

Aunado a lo anterior, los datos registrados por la Revista Expansión para el año 2020, Venezuela está entre los países con más emigrantes, 5.415.337 venezolanos, de los cuales 2.810.135 son mujeres, que representan un 51,89 del total y 2.605.202 emigrantes varones, que son el 48.10% del total de migrantes en su gran mayoría en edades productivas por lo que es indiscutible presumir que este elemento no solo interviene en la desintegración de la familia sino también en la modificación de las condiciones socioeconómicas, políticas y culturales, las cuales tienen a su vez repercusiones a nivel personal y familiar.

Frente a lo planteado, Hernández (2012) refiere que los cambios en la estructura familiar deben ser considerados, ya que allí se presenta la situación donde los adultos y adultas pierden la posición y la función social, los roles en la familia cambian, tomando así distintas responsabilidades, ese padre o madre de familia, pasa de ser el jefe(a) de familia a tener dependencia total de los hijos, este cambio en la estructura familiar puede tener un impacto negativo en la calidad de vida de los adultos y adultas mayores.

Sumado a lo anterior, en algunos casos se produce cierto aislamiento social, los cuales se ven reflejados en el estrés, depresión y soledad, además el adulto y/o adulta tiende a perder el interés, se sienten olvidados, dominados, abandonados, desprotegidos e indefensos, no solo de afectos sino también de inestabilidad económica y social, mantenidos ajenos a las decisiones y al control social lo que hace que su integridad se vea vulnerada llevando a que el respeto, dedicación y entrega por parte de la familia, pierda su esencia, lo que a la larga produce un daño psicológico y emocional, convirtiendo a la familia en disfuncional.

En su estudio Cano (2015), señala que el maltrato en los adultos mayores es un problema grave que puede manifestarse de diversas maneras, incluyendo el maltrato psicológico. Este tipo de maltrato se refiere a cualquier acción u omisión que cause daño emocional, sufrimiento, ansiedad, depresión o cualquier otro tipo de afectación

psicológica en una persona mayor, es necesario sensibilizar a la sociedad acerca de la importancia de respetar así como proteger a los adultos mayores, fomentar la cultura del envejecimiento activo y saludable, que las personas mayores sepan que tienen derechos y pueden denunciar cualquier situación de maltrato que sufran.

El Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud de la Organización Mundial de la Salud (2015), considera de gran importancia el acompañamiento de la familia durante el proceso de envejecimiento para que este sea activo, donde haya una mayor participación de los adultos y adultas mayores en actividades sociales y culturales que puedan ayudar a mejorar la calidad de vida y reducir su vulnerabilidad ante situaciones de crisis, favorecer la eliminación de cualquier tipo de discriminación etaria.

Todo esto, se puede lograr fomentando la participación social de los adultos mayores en la comunidad con la promoción de programas y actividades que incluyan clases de arte, música, danza, deporte, informática, entre otros, donde los adultos mayores pueden socializar, aprender también participar en actividades recreativas, culturales para ofrecer su tiempo y experiencias en organizaciones sin fines de lucro, hospitales, escuelas, bibliotecas, entre otros. También implica crear oportunidades para que los adultos mayores se involucren en la política y en actividades intergeneracionales.

El envejecimiento es un proceso que tiene profundas repercusiones para cada uno de nosotros y para las sociedades donde vivimos, por eso es oportuno y de especial interés considerar las estrategias que podemos emplear para la atención del adulto y adulta Mayor, por eso se cita a Quintero (2020) cuando refiere en una publicación realizada en la página de la Universidad de la Tercera edad UNI3, algunas estrategias necesarias para fortalecer la salud del adulto y adulta mayor, ella hace observaciones donde se debe considerar aspectos como la salud emocional, salud física, salud psicológica, salud social, salud cultural y salud espiritual para promover una participación activa del adulto y adulta mayor dentro de la familia y dentro de la comunidad.

CONCLUSIÓN

El envejecimiento de la población se está acelerando en todo el mundo, la mayoría de las personas pueden aspirar a vivir hasta más allá de los 60 años debido a varios factores. De allí que, tal como señala la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2015), se espera que la proporción de personas mayores de 65 años en la población mundial aumente del 9% en 2020 al 16% en 2050.

Venezuela también está sumergida en este escenario, ya que desde del año 2000 la economía del país ha presentado un continuo deterioro, provocando como consecuencia otro tipos de problemas sociales, políticos y de salud pública generando un gran impacto en la población y cuyo efecto se ven reflejados en la estructura demográfica de la población.

En este orden de ideas, vale señalar que en la última década en Venezuela la situación del adulto y adulta mayor ha presentado cambios significativos, tenemos una población que está envejeciendo como consecuencia de la crisis económica que ha afectado el país, las fluctuaciones en las tasa de natalidad y mortalidad han influido seriamente en el aumento de la del envejecimiento demográfico, donde la esperanza de vida alcanzado un aumento de 2,5 al pasar de 73,1 a 75,55 en el año 2020 lo que indica una mayor cantidad de adultos mayores y por lo tanto un aumento de la vejez.

Aunado a esto, se presenta un aumento en las migraciones forzadas, por eso en la Encuesta Nacional de Condiciones de Vida (ENCOVID 2019-2020) se confirma con reales resultados que la gran mayoría de las personas que optan por emigrar son jóvenes, y adultos jóvenes de ambos sexos en edades productivas y reproductivas afectando tanto el volumen como la estructura etaria de la población, esta situación, lleva a asumir que la dependencia total ira en aumento pero esta vez a cuenta de la evolución del componente correspondiente al grupo de 60 años y más.

Todos estos cambios representan desafíos en cuanto al trato hacia los adultos mayores, ya que se presenta un aumento en la demanda de servicios de salud, cuidado y asistencia social para las personas mayores, así como una mayor presión sobre los sistemas de pensiones así como de seguridad social. También hay una necesidad de adaptar las ciudades y los espacios públicos para hacerlos más accesibles y seguros para las personas mayores, promover estilos de vida saludables y activos para reducir el riesgo de enfermedades crónicas y discapacidades asociadas con el envejecimiento.

Se debe y se tiene que ofrecer bienestar a nivel social y económico no solo de manera personal, sino también dentro de lo colectivo de manera que la familia se convierta en el pilar fundamental en el cuidado de los adultos mayores creando una imagen positiva de la vejez, como testimonio de los valores y la experiencia de vida de aquellos que han alcanzado edad avanzada. Apoyar las iniciativas que resguarden los valores de la familia, es apostar por un desarrollo íntegro de la persona.

BIBLIOGRAFIA

- Bautista, F. (2020). Migración y Reconfiguración de las Familias Venezolanas. Centro de investigación y análisis prospectivo, (CIAP)
- Cano, S (2015). Factores asociados al maltrato del adulto mayor de Antioquia .Rev. Fac. Nac. Salud Pública vol.33 no.1.
- Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la CEPAL (2002), "Los adultos mayores en América Latina y el Caribe: datos e indicadores", Boletín informativo, edición especial, Santiago de Chile, marzo; y, Naciones Unidas (2002), World Population Ageing 1950-2050.
- ENCOVID (2019-2020) Encuesta Nacional de Condiciones de Vida 2019 - 2020. Universidad Católica Andrés Bello. Caracas, Venezuela

González de Gago, J. (2010). Teorías de Envejecimiento. Tribuna del investigador, vol.11 (1-2)

Hernández, Y (2012). Cambios en la Percepción del Funcionamiento Familiar de Adultos Mayores de Casa de Abuelos Cotorro. Rev. Hosp. Psiquiátrico de la Habana, 9(1)

INE (2011). Censo de Población y Viviendas. Venezuela: Instituto Nacional de Estadística.

Organización Mundial de la Salud (OMS), 2015. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Red de Desarrollo Social de América Latina y el Caribe. CEPAL

Quintero, S (2020). Estrategias para la Atención del Adulto Mayor. Pagina Web Uni3. Disponible en URL: <https://uni3.org.ve>

Revista Expansión. Documento en línea disponible en URL: <https://expansion.mx/revista-digital/julio-2020>.

UNA MUJER AUTENTICA QUE SE ATREVIÓ A CUMPLIR SUS SUEÑOS.Bernarda Valera¹ y Migdalia Valera²

Universidad Nacional Experimental "Francisco de Miranda" UNEFM y Universidad
Politécnica territorial de Mérida Kléber Ramírez. Comunidad de Aprendizaje J. M.
Cruxent. Santa Ana de Coro estado Falcón.

bernardamvaleraa59@gmail.com¹ y migdaliavalera56@gmail.com²

RESUMEN

Este artículo pretende dar a conocer la historia de vida de la señora Amelia Agüero, fallecida el 22 de diciembre del 2021 una adulta mayor que emprendió un viaje por la educación andragógica a sus 72 años de edad trazándose como reto llegar a la universidad. Con el apoyo de su familia esta mujer logró cuatro títulos universitarios en tan solo diecisiete años, motivando con esta acción a muchos jóvenes y adultos de su comunidad a estudiar para mejorar su calidad de vida. También haremos algunos comentarios y reflexiones a medida que se desarrolla esta investigación. La metodología abordada es la historia de vida; según Rodríguez, Gil y García (1996citado por Sangronis 2021), es una técnica de investigación cualitativa, ubicada en el marco denominado método biográfico, cuyo objetivo principal es el análisis y transcripción que el investigador realiza a raíz de los relatos de una persona sobre su vida o momentos concretos de la misma. Las investigadoras de este artículo como hijas y testigos de la vida de Amelia, tienen acceso a los archivos y documentos escritos por ella en su computadora en la que relataba hechos de su vida, dándonos a conocer varias facetas narradas unas por ella y otras por anécdotas que ella les contaba. En tal sentido, pudimos determinar que una persona adulta mayor de aptitud y actitud positiva sirve como ejemplo y motivación para que otras personas se propongan alcanzar sus metas.

Palabras clave: Historia de vida, andragógica, anécdota, reto, relato, motivación.

AN AUTHENTIC WOMAN WHO DARED TO CARRY OUT HER DREAMS.**ABSTRACT**

This article aims to make known the life story of Mrs. Amelia Agüero, who died on December 22, 2020, an older adult who undertook a journey through andragogic education at 72 years of age, setting herself the challenge of reaching university. With the support of her family, this woman lost four university degrees in just seventeen years, motivating many young people and adults in her community to study to improve their quality of life. We will also make some comments and reflections as this research unfolds. The approached methodology is life history; According to Rodríguez, Gil and García (1996 cited by Sangronis 2021), it is a qualitative research

technique, located in the framework called the biographical method, whose main objective is the analysis and transcription that the researcher performs as a result of the stories of a person about his life or specific moments of it. The researchers of this article, as daughters and witnesses of Amelia's life, have access to the files and documents written by her on her computer in which she recounted events of her life, revealing various facets narrated by her and others by anecdotes that she told them. In this sense, we were able to determine that an older adult with positive aptitude and attitude serves as an example and motivation for other people to achieve their goals.

Keywords: Life story, andragogic, anecdote, challenge, story, motivation.

INTRODUCCIÓN

Hablar de personas de edad avanzada o adulta mayor, es abrir un libro lleno de historias cargadas de muchos episodios. Es sorprendente ver como la vida de una persona quien vivió muchas décadas hasta casi alcanzar un siglo de su existencia, contiene respuestas para todas las generaciones, pasadas, presentes y futuras. Amelia, era considerada por sus hijas como el griot de la familia. En (El País, 2021, 2 de noviembre) un Griot es un narrador de historias del África occidental. El griot cuenta la Historia como lo haría un poeta, un cantante de alabanzas o un músico trashumante. Es el depositario y transmisor de la tradición oral de un pueblo. En las lenguas africanas, los griots son conocidos mediante un sin fin de nombres: jeli en las áreas mande del norte, jali en las áreas mande del sur, guewel en wolof, gawlo en pulaar (fula).

En este artículo se hace referencia a la Historia de Vida de la Sra. Amelia Agüero de Valera, por ser aleccionadora tanto para adultos como para jóvenes, a pesar que la vida no se la puso fácil, cada meta que se propuso fue un logro que ejemplifica sus acciones, debido a su carácter tenaz, persistente y emprendedor. Además de ser una persona elocuente, alegre, jovial, solidaria, con mucho carisma y soñadora, que manifestó durante su transitar cotidiano mientras compartía con otras personas. Trabajadora inagotable y voluntaria en la enseñanza religiosa por más de cuatro décadas, nunca recibió salario por ello, todo lo hacía con mucho amor, eso le salía de su corazón.

Por tener Amelia conocimiento sobre la historia de Caujarao, su pueblo natal fue colaboradora en reiteradas ocasiones con estudiantes universitarios, sobre todos del área de medicina cuando realizaban su servicio comunitario en el Ambulatorio del sector, allí asistía exponiéndoles la reseña histórica de este pueblo, la cual era transcrita por ellos en sus trabajos de grado.

DESARROLLO

Algunos conceptos necesarios para desarrollar este tema.

Antes de comenzar a relatar la historia de esta gran mujer como lo fue Amelia Agüero, es importante tener en claro el significado de una historia de vida, la cual es concebida como el método biográfico o historia de vida es un método de investigación que consiste en recolectar datos cualitativos por medio de la narración oral. La historia de vida es el texto final que recibe el lector, en otras palabras es el resultado de un proceso que lleva a cabo el investigador.

Asimismo Pujadas (1992,p.47), refiere que un relato autobiográfico se obtiene por el investigador mediante entrevistas sucesivas en donde el objetivo es dar a conocer el testimonio subjetivo de una persona en la que se recojan tanto los acontecimientos como las valoraciones que dicha persona hace de su propia existencia. Además este autor considera que el objetivo principal de la historia de vida es comprender cómo se manifiesta la cultura en la vida de una persona. Y establece tres tipos de historia de vida, a saber:

1. Historia de vida de caso único: Trayectoria vital de una persona.
2. Historia de vidas paralelas: se constituye el devenir de una comunidad a partir de los relatos biográficos de varias personas del lugar.
3. Historia de vidas cruzadas: se busca converger los relatos de varias personas hacia un punto o tema central que es el objeto de investigación.

Atendiendo a estas dos definiciones de historia de vida, lo que se quiere en este caso en particular no solo, es dejar ver la sapiencia, la entrega, el tesón y la calidad

humana de una mujer que marco huellas sus huellas de buenos ejemplos no solo en el grupo familiar, sino también en su grupo de amigos y en el pueblo donde vivió. Por eso, es importante resaltar que Amelia fue real protagonista de esta historia, aún cuando ya no se encuentra entre nosotros dejó escritos que reflejan parte de su vida, y un legado oral a sus hijos que hoy en día lo ponen en práctica y lo exponen para que esta historia sea completada.

Para la familia Valera Agüero, Amelia era considerada un griot, es decir, una persona que transmitió sus enseñanzas a través de sus mensajes, consejos, ejemplos no solo a sus familiares sino también a una comunidad, la comunidad de Caujarao, ya que tal como ella lo expresaba “yo soy Caujarao” hacia que las personas se sintieran identificadas con su pueblo.

Para poder entender algunos aspectos de la historia, se hace un recorrido por algunos conceptos claves:

Autobiografía: (De auto y biografía) f. vida de una persona escrita por ella misma. (Dicc. Real Academia de la Lengua Española, 2001- 2002,p.169).

Biografía: Historia de vida de una persona. Narración escrita de la biografía una persona. Género literario al que pertenecen estas narraciones. (Dicc. Real Academia de la Lengua Española, 2001 -2002,p.216).

Andragogía: Según UNA (2004,p.19) “Es la ciencia de la educación del adulto, en la cual se presenta información relacionada con la educación permanente como marco de la educación del adulto”.

Ya presentadas la definiciones vale resaltar que para la señora Amelia, uno de sus logros era dejar un legado escrito (como ya referí y es base para este artículo) que diera cuenta de su paso en esta vida como un ejemplo a futuras generaciones en su familia y comunidad, por lo que a través de un consentimiento informado de su familia que da aprobación al relato de esta historia y a su publicación, se dará a conocer la vida de esta gran mujer. A continuación les permitiremos pasearse por el siguiente relato autobiográfico que dejó plasmado en su computadora y que se

expone de vivo texto evitando interrupción de la idea por eso se preserva su redacción en primera persona.

Autobiografía de Amelia Agüero de Valera.

Nací en Caujarao el 23 de Agosto de 1931, tierra caquetía, donde por primera vez se dio el grito libertario de José Leonardo chirino con la insurrección de los negros. Hija de Bernarda de Lourdes Agüero (Rosarito) y Lucas Mieses; desde bebé me pusieron cariñosamente el sobrenombre de “Negro chato” porque tenía porte de varoncito, era gordita y pequeña, el cual me acompañó toda mi vida, era muy inquieta y curiosa.

En mi adolescencia fui muy feliz a pesar de muchas vicisitudes por el trabajo que realizaba porque picaba piedra, jopeaba las cabras, cargaba leña y agua, tejía cortes de alpargatas que luego vendía para comprar cortes de tela y mandar hacer mi ropa ya que papá se separó de mi mamá por un saco de frijol que le mando de Píritu, en esa época los frijoles eran comida para cerdos, mi madre se lo devolvió diciéndole que eso era comida para los cochinos, fue entonces cuando el señor se desentendió de la familia.

Éramos cuatro hermanos Lucas Antonio, Marcos Diario, Leocadia y yo. Después que hice la primera comunión tomé la decisión de irme a vivir con mi madrina Josefina. Buscando mejor calidad de vida pero no encontré el apoyo que buscaba ni oportunidad de estudio sino más trabajo todavía, vejaciones, palizas, malos tratos, esa casa la limpiaba, barría y coleteaba de rodilla y de paso ayeriaba a los niños ; también ponía la mesa cuando no iba la que cocinaba.

Recuerdo que un día doce de junio me dieron una pela porque quebré una sopera y en la madrugada siguiente recuerdo que era un trece de junio de 1942, día de San Antonio, me escapé de la casa a las cuatro de la mañana y juré que cuando tuviera mis hijos no se los daría a nadie aunque estuviera comiendo piedra, gracias a Dios me he casado con un hombre honesto, Ángel Remigio Valera con el que

procreé once (11) hijos de quienes he recibido el mayor regalo de conocer mi prole 36 nietos y 21 biznietos.

Cursé estudios de Teología a distancia en el Instituto de Estudios Religiosos IDER. En el año 1985 fui nombrada Delegada de la Palabra y Ministro de la Sagrada Comunión por el Obispo Ovidio Pérez Morales, ese mismo año viajé a la ciudad de Maracaibo para acompañar al Papa Juan Pablo Segundo a dar la Sagrada Comunión. Para el año 2003; un 03 de octubre, me inscribí en la Misión Robinson con el firme propósito de estudiar con el Método Yo Sí Puedo y sacar el sexto grado porque se me había perdido la boleta de sexto grado. Continué estudios de bachillerato con la misión Ribas, para después seguir avanzando a estudios de pregrado en la Misión Sucre. En el 2015 obtengo el título de TSU en Medios Audiovisuales, en la actualidad a mis 84 años de edad estoy esperando mi segundo título universitario como Licenciada en Comunicación Social.

Interpretación de la Historia de Vida desde el punto de vista de las investigadoras.

En su autobiografía se puede notar que Amelia en primer lugar deja claro su sentimiento de orgullo arraigado en la historia regional además muestra una alta autoestima. También podemos decir que desde temprana edad los oficios fuertes que realizó más los maltratos recibidos le ayudaron a forjar su carácter de mujer luchadora, aguerrida y emprendedora; además a obtener bienestar económico para su manutención.

Amelia siempre se adelantó a su futuro lo revela cuando siendo apenas una adolescente tuvo que irse a vivir con personas fuera de su grupo familiar donde fue víctima de vejaciones razón por la cual se hizo la promesa de cuando tuviera sus hijos no los dejaría al cuidado de nadie, lo que años después cumplió, todos sus hijos fueron criados, educados y asistidos por ella. Con el tiempo se propuso estudiar desde cero, o sea, desde primaria hasta obtener sus títulos universitarios.

Es de hacer notar que, habiendo culminado materias y defendido su proyecto de grado exitosamente en el 2016, no le fue entregado su título de inmediato debido a que la Misión Sucre hacía un acto de entrega para todos los “vencedores” (este término fue acuñado por el gobierno nacional para referirse a las personas que logran culminar una carrera en la Misión Sucre) del territorio nacional por lo que tuvo que esperar hasta el año 2020. No obstante Amelia supo aprovechar el tiempo mientras esperaba su título de Licenciada, ingresó a la Comunidad de Aprendizaje José María Cruxent para realizar unos Diplomados que luego se transformaron en una Licenciatura obteniendo el título en Pedagogía Alternativa Sub Área Antropología y luego prosiguió a una Maestría en Pedagogía Crítica, ambos avalados por la Universidad Politécnica Territorial Kléber Ramírez del estado Mérida.

Anécdotas que recuerdan la aptitud y actitud de Amelia, según las autoras.

Las anécdotas tal como se encuentra en el Diccionario de la Real Academia Española (2001-2002) son un relato breve de un hecho curioso que se hace como ilustración, ejemplo o entretenimiento. Y a través de las anécdotas de esta afable mujer se quiere visualizar su actitud ante la vida y ante su pueblo de Caujarao, por lo que a continuación se hará un relato que la propia protagonista dejó plasmado en su computadora, esto es posible debido a ser las autoras de este artículo sus hijas, además otros de sus escritos fueron basamento para esta historia que apenas comienzan a leer.

Con esto se da testimonio que su avanzada edad no fue límite para lograr realizar sus sueños. De igual forma y considerando el amor de Amelia por su pueblo se hace previo al relato de las anécdotas, una breve descripción de la población donde vivió y se desarrollaron todas las vivencias de esta maestra pueblo.

Nuestra protagonista nació en un pueblo llamado Caujarao, epónimo del Diao Caujarao, padre del cacique Manaure. Ubicado al sur del estado Falcón, Venezuela. Puerta de entrada a la serranía del estado. Demográficamente esta comunidad está

dividida en nueve sectores, organizados en nueve Consejos Comunales que conforman la Comuna Socialista Gran Cacique Caujarao, cuenta con una población de adultos mayores, además de una mayoría de jóvenes y niños, no tiene una estructura urbanística planificada sino más bien su construcción es empírica, ya que anteriormente la gente construía su vivienda donde más le gusta la ubicación y así fue sucediendo a lo largo de la historia familiar como fueran surgiendo las necesidades urbanísticas por lo que está como caserío y luego con el crecimiento demográfico se transformó en pueblo.

Pero su cercanía a la capital del estado ha propiciado todos los servicios públicos, además, de contar con un ambulatorio, preescolar, calles, liceo y escuela bolivariana, restaurantes, centros familiares, fruterías, iglesias (católica y evangélica), plaza, un malecón, casa de la cultura y dos monumentos ubicados en los imponentes cerros sitiados a la entrada del pueblo de Caujarao, uno de Santa Ana y el otro del cantor del pueblo Alí Primera.

ANECDOTAS:

De su Niñez. Amamantada por una cabra.

Un día su mamá fue al corral de chivos a chequear las cabras sin darse cuenta que la bebe la siguió gateando, ya tenía rato en sus quehaceres, separando los chivitos de sus madres para poder luego ordeñarlas, para su sorpresa al ir por uno de ellos encontró a la negro chato pegada en la teta de aquella cabra. Cuenta que, la leche de cabra tiene los nutrientes suficientes para fortalecer el desarrollo de los niños pequeños. De hecho, algunos pediatras la recomiendan cuando la madre no puede amamantar y el infante tampoco tolera la leche de fórmula.

“El grupo de investigación AGR 206 del Departamento de Fisiología Nutrición y Tecnología de los Alimentos “José Matáix” de la Universidad de Granada, que coordina la profesora Margarita Sánchez Campos, ha demostrado que la leche de cabra es un alimento con beneficiosas características nutricionales que ayudan a mejorar el estado de salud.”

Esos estudios dan como resultado los siguientes beneficios comparable a la leche materna, presenta más oligosacáridos que ayudan a la flora probiótica a competir con la flora bacteriana, contiene menos lactosa, potencia la utilización nutritiva de hierro y eficacia de regeneración de la hemoglobina, protege la estabilidad del ADN, incluso en situaciones de sobrecarga de hierro, es hipoalergénica por lo que en algunos países es utilizada como base para la elaboración de leches maternizadas. Contiene más ácidos grasos que la leche de vaca, lo que la hace elegible ya que disminuye los niveles de colesterol total importante para la prevención de enfermedades cardiovasculares.

Aprendiendo - haciendo

Por ser una niña inquieta, mientras su mamá atendía alguno de sus múltiples quehaceres del hogar le ofrecía un triángulo (objeto para tejido) para tejer alpargatas (zapato de suela de caucho y tejido pabito) así mantenerla bajo su vigilancia y de esa manera la entretenía en un oficio, otras veces la hacía sentarse a su lado para que se fijara como realizaba cada trabajo, tales como: tejer hamacas, hacer pan de horno, hacer alguna conservas (dulces), ordeñar las cabras, a lo cual se interesaba pero siempre se le salía corriendo al patio al escuchar la bulla (gritos) de los otros muchachos que se reunían para jugar con sus hermanos y primos, la mayoría eran varones pero igual la incluían en los juegos porque era muy avispada y peleonera.

Eran juegos tradicionales los que disfrutaba mucho sobre todo cuando trampeaba para ganar: bolitas (metras), pelotica de goma, gurrufío, perinola, trompo, la vieja, el avión y también al escondido, y a veces elevar volantín. Con esto, denota un aprendizaje con el método Robinsoniano, como lo es el aprender un oficio haciéndolo, en otras palabras, la práctica refuerza el conocimiento.

De su Juventud: Tremenda pela (paliza).

Siendo preadolescente, su mamá le encomendó ir a comprar varios artículos a la bodega que para ese entonces (años 40) quedaba muy distante de su casa, para hacer más placentero el viaje ella iba cantandito y brincandito nunca se quedaba quieta, el trayecto era un camino con alguno que otro cují (planta típica de la región árida) y lleno de monte en sus bordes, y de pronto en el caminoviejo un huevo degallina, tuvo una idea la cual desarrolló al regreso, se apresuró y llegó a la bodega del señor Charía, dijo como una metralla “deme un cuarto de cobre de panela, un cuarto de cobre de aceite, un cuarto de cobre de café y otro de caramelos”, tan pronto le entregaron el pedido y pagó dio la vuelta y corrió hacia el camino aún estaba el huevo en el mismo sitio, lo agarró y al llegar a casa su mamá al ver que tocaba el bolsillo de su pantaloncito le preguntó ¿que traes ahí?, con todo y nervios dijo “un huevo”, ¿Dónde lo encontraste?, respondió “ahí”, mientras le preguntaba con una correa le iba pegando todo el camino haciéndole la misma pregunta y ella la misma respuesta la cuál acompañaba de un gesto con los labios, comúnmente llamado jociquito, hasta que llegaron al sitio y dejó el huevo. Más nunca se atrevió a agarrar algo que no fuera de ella.

Se puede apreciar la enseñanza de los valores morales y éticos que debe tener todo ciudadano para las buenas relaciones sociales, en este caso el respeto a la propiedad ajena, de esta manera comenzar a abandonar las conductas impulsivas de actuar sin reflexionar propias de los niños. Según Gómez Rijo (2005) citado por De Valera A, (2020) los valores son los que orientan nuestra conducta. En base a ello se puede decir cómo deben actuar los individuos ante las diferentes situaciones que se plantea la vida.

Buscando leña y disfrutando el trayecto.

Ya en su adolescencia acompañaba a su madre y hermanos a buscar leña, caminando largas distancias hasta el río, pero a pesar de ser esto un trabajo que requería de un gran esfuerzo iba impaciente con su turbante en la cabeza y su

mecate en la cintura, pues el premio era reconfortante echarse un baño en el río, pasar por la hacienda “el buco” para recoger mangos y volver a nadar pero en la cañería.

Contaba con énfasis, que cuando se bañaban en el río o en la cañería todos se quedaban sólo con la ropa interior y jugaban a la patada para salpicar con el agua al otro contrincante y ninguno le faltaba al respeto, ni siquiera una mirada insinuante. Entre oficios, juegos y pelás, creció y también su aprendizaje fusionando una gama de valores al mismo tiempo.

Podemos observar que la recreación es importante en todas las etapas del desarrollo del ser humano. Como resultado para tener una mente sana en cuerpo sano.

Que buenas fiestas aquellas.

Otra anécdota que narró es sobre la amistad que tuvo con una señora llamada María Gómez a quien le gustaba llevar a todas las muchachas a bailes siempre teniéndolas bajo vigilancia ya que era la única adulta mayor entre el grupo de quince que reunía, se llevaban varios trajes en una maleta ya que pasaban varios días de fiestas y mínimo las jóvenes hacían dos cambios de vestuario en cada día festivo.

Las parejas de baile acostumbraban pagar un bolívar por cada pieza que las damas le concedían o regalos que consistían en cualquier artículo de comida que hubiera en el local porque generalmente eran bodegas los lugares donde realizaban las parrandas. A ella su mamá además la hacía acompañar de su hermano Lucas Antonio quien era su cargador del saco donde echaba toda aquella mercancía comestible que al final iba para la casa como compensación a otra oportunidad de bailes futuros.

Podemos apreciar una manera muy común de distracción como los bailes pero además nos refiere un aporte cultural sobre como era esa época, donde la

pareja debía pagar la pieza de baile para disfrutar la fiesta, esta acción no era mal vista por la sociedad por ser una costumbre en los pueblos.

De adulta: Su vida en familia.

Tenía casa propia, pero no había luz (energía eléctrica), agua (sistema de agua), ni gas, aún seguía con el mismo trajín cargando agua y buscando leña, ahora con su marido pero eran muy felices, decía “no teníamos electricidad pero veíamos el cielo cada noche acostados en el suelo del patio, como brillaban las estrellas y a veces pasaba algún satélite corriendo entre ellas”.

Salía tempranito en la mañana con su marido y su primer hijo el cual se lo montaba en el cuadril (entre la cintura y cadera), a picar piedra que luego vendían por camionada pero dos eventos fuertes les hizo cambiar de oficio, uno trágico como fue ver morir a uno de sus compañeros tapiado por un derrumbe del cerro donde extraía la piedra y el otro mágico la aparición de un duende quien llamaba la atención de su niño como para llevárselo.

Los años pasaban y Amelia cada dos años paría otro hijo, cuando tenían los seis años ya los mandaba para la escuela, los inscribía en el grupo escolar Juan Crisóstomo Falcón de la ciudad de Coro porque podían hacer sus seis grados de estudios, y los más pequeños se distraían jugando en el patio mientras horneaba, hacía majarete, molía maíz tostado para hacer los gofios (comida echa de maíz) o dejar para el fororo, también hacía arepas, empanadas, hallacas, dejaba para consumo familiar y el resto era para la venta.

Esto refleja una característica visionaria, sobre la conducta de una persona que piensa en el futuro y planifica según las necesidades que tiene y como debe afrontarlas, por lo que también denota su espíritu emprendedor así como de lucha, de mujer aguerrida.

“Tuve que hacer una actividad más fuerte engordar cochinos, atender un corral de gallinas ponedoras y pilar maíz para para nuestro consumo y para vender a

otros, fui la primera persona en vender pollos beneficiados en la escuela a las maestras y profesores de mis hijos, con eso le compraba ropa o útiles a mis muchachos y así ayudaba al mantenimiento familiar ya que mi marido no ganaba mucho, dos bolívares con cincuenta céntimos por viaje era lo que le pagaban como camionero”.

Años después su marido trabajaba la mecánica, tenían una mejorada economía familiar, Amelia no desistió, se aferró con esa tenacidad propia a seguir realizando las actividades que generaban aporte económico para satisfacer las demandas de todo el grupo familiar, logra de esta manera persistente, llevar a estudios superiores a la mayoría de sus hijos satisfactoriamente.

Amelia no sólo participó en la educación de sus propios hijos, once en total, sino también preparó como Catequista de la Iglesia Nuestra Señora de Lourdes de su pueblo Caujarao a una gran cantidad de niños, niñas, adolescentes y hasta adultos para hacer su Primera Comunión, Confirmación, Bautizos y Matrimonios por más de 40 años, logro que disfrutó con mucho amor y at honorem.

De Adulta Mayor: Su vida como estudiante.

Estudió hasta el tercer grado, luego años más tarde en la década de los 80 realizó estudios religiosos a distancia a través del Instituto IDER (Instituto de Estudios Religiosos), incentivada por el entonces Obispo de la Diócesis de Coro Monseñor Ovidio Pérez Morales, allí logró el Certificado en Teología. Luego cuando llegó al poder el Comandante Hugo Chávez supo aprovechar las políticas educativas de su gobierno en el año 2003 y se inscribió en la misión Robinson, prosiguió a la misión Ribas y luego a la misión Sucre donde logró los títulos de TSU en Medios Audiovisuales y Licenciada en Comunicación Social.

Mediante una reunión comunitaria fue captada por el entonces profesor Camilo Morón para realizar un Diplomado sobre La introducción y fundamentos de la arqueología y la paleontología, esto la motivó a seguir adelante con otros diplomados

que le continuaban a su vez optó por comenzar una nueva carrera universitaria, logrando adquirir su Título como Licenciada en Pedagogía Alternativa, Sub Área: Antropología, avalado por la Universidad Politécnica Kléber Ramírez del estado Mérida.

Para entonces, Amelia contaba con 89 años de edad dando muestra de una férrea perseverancia y mucha fe que nunca la abandonó ya que siempre fue una mujer de oración, fuente de su fortaleza espiritual. También logró hacer una Maestría en Pedagogía Crítica, pero el Creador la llamó al viaje eterno antes de la entrega de su Título.

Formación Académica: Amelia Agüero de Valera (Venezuela):

Licenciada en Comunicación Social. TSU en Producción de Medios Audiovisuales (Universidad Bolivariana de Venezuela). Licenciada en Pedagogía Alternativa Sub Área: Antropología, (Universidad Politécnica Territorial de Mérida “Kléber Ramírez” (UPTM-KR). Magister Scientae en Pedagogía Crítica (Universidad Politécnica Territorial de Mérida “Kléber Ramírez” (UPTM-KR).

Otros estudios:

Estudios de Teología, Instituto de Estudios Religiosos en el año 1985 (IDER).

Delegada de la Palabra y Ministro de la Sagrada Comunión, Catequista, Iglesia San Antonio de Padua, Coro- Edo. Falcón año 1985. Iglesia Nuestra Señora de Lourdes, Caujarao, Edo. Falcón. (1985 hasta 2019).

Luchadora Social. Pueblo de Caujarao, Edo. Falcón. (1970 hasta 2019).

Murió el día del 22 de diciembre del año 2021 a causa de unos tumores cancerígenos de los que se desconocía su existencia y a los que se enfrentó con mucha valentía a la edad de 90 años. A pesar del dolor que le causaba la presencia de uno de ellos en su garganta, no se perturbó y sabiendo que se acercaba el día de

emprender el viaje a la eternidad, dio instrucciones a cada uno de sus hijos para organizar su sepelio, desde mandar hacer su propia urna con una caoba que guardó por muchos años, eligió su vestimenta, hasta describir cómo hacer el altar para su novenario.

A continuación les dejamos pensamientos de Amelia.

“Me siento satisfecha y realizada como hija, hermana, esposa y madre, también como abuela, me siento con mi conciencia tranquila y limpia. Soy feliz que más puedo pedir a mi creador, gracias, gracias, gracias, no me cansaré de darte gracias Dios. Bendice a toda mi familia, amén”. Caujarao 13-07- 2015 hora: 12.25 am.

“Venezuela la tierra prometida, vamos a cuidarla y amarla solo así podemos salvarla, sembrando un árbol no quemando, acariciarla con palabra bonita como estas, no la maltrates ella nos mantiene precisamente, ella tiene los ríos fuentes de vegetación, mar, los minerales de todas clases, somos ricos y nos distinguimos de los demás países por su variedad de paisajes, somos privilegiados; debemos ser agradecidos con el Creador que nos lo ha dado todo sin pedir nada, sólo creer en él”. Caujarao 07-07-2012.Hora: 01am.

“Mi mente no debe ser bloqueada por nadie. Tener buenos pensamientos le dan un equilibrio a mi mente, cuerpo, alma y espíritu, esta es la razón de mantener la sabiduría que Dios me dio, con esto quiero decir que debo dejar que brote en mí, la sapiencia, ese yo dormido que está dentro de mí. Qué debo hacer para cambiar. Lo siguiente, cuando me digan algo utilizar la mente pensar que es un consejo y no responder negativamente, aprender a callar y escuchar morderme la lengua si es preciso.

Para que nadie me saque de mi paz interior, de hoy en adelante debo poner a trabajar la ciencia del amor, eso me va a costar, reconozco que no me gusta que me

digán nada ya es hora de trabajar con la mente y no con el cuerpo. Tener pensamientos positivos que nadie me saque mi paz.

Tener la sabiduría de una anciana para entender a los demás, hacer el bien. Nunca es tarde para dar un paso y decir ya basta, el paso por este mundo se acorta la vida se nos va. La felicidad viene después cuando partimos hacia el Padre, porque debo entregar cuentas a mi Padre que está en el cielo". Caujarao 23- 07- 2013.hora: 12 am.

METODOLOGÍA

Las historias de vida forman parte del campo de la investigación cualitativa, cuyo paradigma fenomenológico sostiene que la realidad es construida socialmente mediante definiciones individuales o colectivas de una determinada situación (Taylor y Bogdan, 1984); es decir, se interesa por el entendimiento del fenómeno social, desde la visión del actor.

De ahí que los datos obtenidos al utilizar la metodología cualitativa constan de ricas descripciones verbales sobre los asuntos estudiados (Kavale, 1996). Además, toma en consideración el significado afectivo que tienen las cosas, situaciones, experiencias y relaciones que afectan a las personas. En tal sentido, los estudios cualitativos siguen unas pautas de investigación flexibles y holísticas sobre las personas, escenarios o grupos, objeto de estudio, quienes, más que verse reducidos a variables, son estudiados como un todo, cuya riqueza y complejidad constituyen la esencia de lo que se investiga (Berríos, 2000).

Es por ello que en esta investigación, se desarrolló bajo un paradigma fenomenológico, ya que lo que se quiere es visualizar la vida de una persona construida desde los escritos de la protagonista de esta historia y desde los testimonios de familiares y amigos que convivieron con ella. Asimismo, se utilizó el tipo de investigación cualitativo, el cual alude a los estilos o modo de investigar los fenómenos sociales que parten de un supuesto básico que intenta reconstruir las acciones de una situación dada. Se trata de conocer cómo se crea la estructura

básica de la experiencia, su significado, mantenimiento y participación a través del lenguaje y de otras construcciones simbólicas.

Uno de los métodos de la investigación cualitativa que ayuda a describir en profundidad la dinámica del comportamiento humano es el biográfico, el cual se materializa en la historia de vida. Para Jones (1983), de todos los métodos de investigación cualitativa tal vez éste Historias de vida sea el que mejor permita a un investigador conocer cómo los individuos crean y reflejan el mundo social que les rodea. Las historias de vida ofrecen un marco interpretativo a través del cual el sentido de la experiencia humana se revela en relatos personales de modo que da prioridad a las explicaciones individuales de las acciones más que a los métodos que filtran y ordenan las respuestas en categorías conceptuales predeterminadas. Afirma este autor que de todos los métodos de investigación cualitativa, tal vez éste sea el que mejor permita a un investigador indagar cómo los individuos crean y reflejan el mundo social que les rodea .

Como valor agregado, como investigadoras realizamos entrevistas con algunas personas que la conocieron de trato, como hermana, como amiga y como maestra catequista las cuales nos aportaron información de valor para esta investigación. Como única pregunta que se les hizo fue que dijeran su apreciación de Amelia en el entorno familiar, como amiga y como instructora de catequesis en la iglesia. Esto fue lo que respondieron:

Leocadia Agüero: 84 años, cariñosamente conocida como Caya, profesora jubilada de la Universidad del Zulia, hermana de Amelia.

Excelente, Amelia fue una gran persona en todos los ámbitos, tanto familiar como en su comunidad. De pequeñas jugábamos, ella cuidó de mí en algunas ocasiones cuando mamá salía al mercado. Hay que ver las actividades desarrolladas a través de la iglesia con los niños y con los adultos. Era muy entregada a los demás, sin establecer diferencias entre familia y comunidad.

Fue muy alegre, le gusto siempre el baile; desde joven era una de las asistentes a las fiestas de Caujarao y pueblos cercanos. La señora María Gómez, se encargaba de llevar a las muchachas a las fiestas bajo su tutela y no las dejaba de vigilar. Si algún caballero se le ocurría abrazar muy cerca, la señora se acercaba y los separaba y le decía “las muchachas vinieron a bailar, no a que las abracen apretao”.

Como anécdota cuando Amelia se graduó de comunicadora social, unos periodistas le preguntaron entre otras cosas “porque ella y su marido esperaron tanto tiempo para casarse?”, a lo que ella respondió: “Bueno ya teníamos once hijos, pero yo tenía que conocerlo primero.

La entrevistada destaca la importancia de valores morales desde el seno familiar como son: el amor, la responsabilidad y la solidaridad que caracterizaban a su hermana.

Francisca Tellería: 69 años, Fisioterapeuta, amiga de Amelia.

“Mí negro chato, como siempre le llamamos, la gran amiga de mi mamá Juana Pastora de Tellería (juanita) como le decían todas sus amistades; para mí hablar de negro chato es de gran agrado ya que fue la mejor amiga de mi mamá desde que eran jóvenes y se consolidó más la amistad a través de los años ya que en varias oportunidades les toco parir juntas y en la maternidad les toco compartir la misma cama por estar el recinto full.

Amelia fue una persona luchadora, llena de valores espirituales donde resaltaron la humildad, nobleza, tolerancia y paciencia para mí ella fue un ser brillante llena de alegría y de buena disposición para ayudar a la gente que le rodeaba ya fuera en la espiritualidad en la iglesia o atenderlo en su casa, una mujer dedicada con sus hijos y su esposo a quien quiso y cuidó con tanto amor toda su vida, como amiga siempre fue sincera abierta a cualquier dialogo con nosotros, nos aconsejaba y compartíamos mucho con ella una mujer alegre, risueña que nos transmitía a todos el hermoso ser que era ella.

Con esta respuesta podemos ver muy claro el valor de la amistad, la humildad, nobleza, tolerancia, paciencia, y solidaridad que denota el arraigo de los mismos en su personalidad.

Deisy Delgado Duno: 46 años, Mg. en Gerencia Educacional, discípula de Amelia.

Sé que hablar de la experiencia vivida con una mujer tan especial y digna de la vida, se quedará corta a mi mediana edad y dentro de mis principios y valores pero sobre todo en mí agradecimiento a Dios y mi vida espiritual, porque tuve la dicha de ser una hija adoptiva religiosamente de una gran mujer inspirada de su humildad y hermoso corazón cargado de amor para con cada uno de nosotros sus hijos de la fe, mi querida inolvidable señora Amelia.

Haber sido su alumna en la fe, es el orgullo más grande y valioso que pudo sembrar en mí con su sencillez, amor y temperamento. Con ella aprendí que el amor de Dios es infinito y por muchas caídas que se tengan, aun subiendo el cerro de la iglesia, como le ocurrió una que otra vez a ella, la fe y la constancia hacia Dios es la mejor recompensa, frases dichas por ella cuando nos vimos después de un largo tiempo.

Ese amor y esa enseñanza de fe para corresponder a Dios los fui aprendiendo de ella. Como ser humano fue una mujer excepcional en la vida dedicada a Dios, su entusiasmo y elegancia de servirle a él se le veía y sentía en cada actividad que realizamos juntas, recuerdo con mucho cariño, amor y respeto, sus hermosas pintas y copetes para celebrar la fiesta en honor a la Virgen de Lourdes cada 11 de Febrero, también recuerdo cómo se esforzaba, dedicaba, motivaba y movilizaba, para que todo quedara súper hermoso para la Madre de Dios, incentivando en todos los jóvenes y niños de la comunidad el prepararse para las comuniones y confirmaciones además de los bautizos. Son tantas las experiencias de vida al lado de mi querida señora Amelia que la vi y aún la siento como mi madre de la fe.

Su muerte fue para mí una noticia inesperada aun cuando fue en una fecha tan emotiva y alegre para ella como lo eran las celebraciones de nuestra Novena al Niño Dios, nuestro Redentor y Salvador. Para culminar con esta oportunidad que me ofrece su hija de expresar mis sentimientos hacia ella, quiero resaltar que así como yo, un gran grupo de esta comunidad, conocen y viven la fe hacia Dios gracias a sus enseñanzas. Dios la tenga en su Santa Gloria señora Amelia.

La entrevistada muestra con su respuesta, la experiencia de una Amelia que apreció y practicó los valores espirituales de amor y humildad que promovió enraizándolos en sus discípulos.

“Valores son los que orientan nuestra conducta, en base a ello decidimos cómo actuar ante las diferentes situaciones que nos plantea la vida. Se relacionan principalmente con los efectos que tiene lo que hacemos en las otras personas, en la sociedad o en nuestro ambiente en general. De esta manera, si deseamos vivir en paz y ser felices, debemos construir entre todos una escala de valores que facilita nuestro crecimiento individual para que, a través de él, aportemos lo mejor de nosotros a una comunidad que también tendrá mucho para darnos. La práctica de los valores morales, es decir la acción moral, nos acerca a la bondad, la justicia, la libertad, la honestidad, la tolerancia, la responsabilidad, la solidaridad, el agradecimiento, la lealtad, la amistad y la paz, entre otros.”(Gómez-Rijo: 2005) citado por De Valera A, (2020). Valores y la educación: Pilares de la Solidaridad y la Participación Ciudadana, 161.

CONCLUSIÓN

Este artículo consiguió sacar a la luz pública la historia de vida de una mujer que dejó un legado y servirá como motivación a los lectores para trazar metas y cumplir sus sueños, también va dirigida a las persona adultas mayores, como una fuente de referencia para que nunca se sientan relegadas e inútiles siempre resaltando que “tenemos algo por hacer”.

Para las autoras esta investigación significa rendirle un tributo a la mujer que además de darles el ser, dio el todo por el todo a su comunidad, a su familia y a toda

persona que necesitó de un apoyo, sin esperar nada a cambio sin embargo cosechó muchos frutos que aún están dando su regalía.

A pesar de haber sufrido varios infartos, Amelia vivió su vida a plenitud, ella misma decía que su hermana muerte a la cual llamaba Josefina, la había visitado varias veces y hablaba con ella pero que aún no era su hora y de esta experiencia también echó su cuento que en otra oportunidad les narraremos.

Glosario de palabras utilizadas en el argot del pueblo de Caujarao.

Alpargata: Tipo de sandalia tejida de hilo o de la piel de caprino o bovino de confección artesanal.

Apretao: De apretar; manera de hablar de algunas personas de pueblo.

Ayeriar: Atender a los niños.

Brincar, brincandito: Acción de saltar.

Coletear: Acción de limpiar el piso con una mopa.

Copete: Tipo de peinado

Cuadril: Costado o cadera de la persona.

El avión: Tipo de Juego tradicional el cual se dibuja un avión en el suelo, dividido en cuadros donde se lanza una ficha depara ir saltando en un solo pie recorriendo la figura de manera sucesiva hasta terminar los cuadros de la misma.

El escondido: Juego tradicional donde un grupo de niños se ocultan mientras uno de ellos sin mirar cuenta hasta determinada cantidad dando tiempo para luego ir a buscarlos.

Fororo: Harina que se prepara del maíz tostado y molido, para hacer bebida.

Gofio: Tipo de dulce que se prepara con maíz molido y tostado y se le agrega papelón o panela.

Gurrufío: Tipo de juego tradicional, confeccionado con una lámina metálica, tapa de refresco, a la que se pasa una cuerda por dos huecos hecho en su centro. Consiste en chocarlo uno con otro.

Jociquito: Señalar con los labios.

Jopear: Gritar al ganado para arrearlo al corral.

La vieja: Juego tradicional que consiste en dibujar una cuadrícula jugada por dos personas que deben elegir las letras “O”, “X” ir escribiéndola en cada cuadro por turnos y gana el que logre tener tres seguidas en línea vertical, horizontal o diagonal.

Majarete: Dulce criollo que se prepara con harina de maíz, coco rallado, leche y canela.

Mecate: soga.

Paliza: Sinónimo de pela.

Pela: Castigo que se le da a los niños utilizando una correa.

Perinola: Juego tradicional. Se fabrica con un palo, un pedazo de cuerda

Pinta: Bien vestido o trajeado.

Píritu: Nombre de lugar, pueblo del estado Falcón.

Saco: Recipiente a modo de bolsa que se abre por arriba.

Teta: Ceno femenino.

Trompo: Juego tradicional, Peonza.

Volantín Juego tradicional. Papagayo.

BIBLIOGRAFÍA

AGR 206 del Departamento de Fisiología Nutrición y Tecnología de los Alimentos
“José Matáix”. Disponible en URL: <https://secretariageneral.ugr.es>>.

- Berríos Rivera, R. (2000): La modalidad de la historia de vida en la metodología cualitativa. *Paidea Puertorriqueña*, 2(1), 1-17. Editorial Espasa.
- Diccionario de la Real Academia Española (2001-2002). Tomo I y II. 2da. Edición Editorial Espasa.
- De Valera A, (2020). Valores y la educación: Pilares de la Solidaridad y la Participación Ciudadana. *Cruxentiana Revista en Línea*, Vol. 4. N°7. Enero Diciembre 2020.
- Jones, G. R. (1983): Life history methodology. En G. Morgan (Ed.), *Beyond Methods*. California: Sage.
- Kavale, S. (1996). *Interviews: An introduction to qualitative research interviewing*. London: Sage Publication.
- Pujadas, J. (1992). *El método Biográfico*. Centro de Investigaciones Sociológica, Madrid.
- Taylor, S. J. & Bogdan, R. (1984). *Qualitative research method: The search for Meanings*. New York: John Wiley.
- Universidad Nacional Abierta. (2004). *Andragogía. La Alternativa Educativa para I tercer Milenio*. Caracas: Autor.
- Sangronis, K. (2020). Antropología de la Vejez: Las Huellas de mis Pasos. *Gerociencia. Revista Electrónica*. Año IV Vol II N° 8 Julio a Diciembre 2020.
- El País. (2021, 2 de noviembre). Los juglares africanos se llaman “griot” y aún ejercen un oficio milenar. *Planeta Futuro*. Disponible en URL: https://elpais.com/elpais/2020/01/08/planeta_futuro/1578477784_297707.html.
- Diccionario de la Real Academia Española (2001-2002). Tomo I. 12da. Edición.

ANEXOS



Celebrando la Palabra Iglesia Nuestra Señora de Lourdes. Caujarao.



Con sus alumnos del catecismo hablándoles de los valores.



Participando en su clase del curso de fotografía.



Con su maestro Camilo Morón y sus compañeros de la comunidad de aprendizaje.

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: 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) *EducationReform in Puerto Rico*. Hato Rey (San Juan de Puerto Rico): Autor.

En caso de reimpresiones

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

Tesis de grado u otro similar

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

Periódicos y/o Revistas

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

Internet

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

Medios audiovisuales

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

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



UNEFM

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 Pedagogía Crítica (UNEKR 2021), Magister Scientiarum en Docencia para Educación Superior (Sumacunlaude UNERMB 2012) Licenciada en Gerontología (Magnacunlaude UNEFM 2008). Especialista en Desarrollo de la gestión educativa Universitaria (2021) Magister en Pedagogía Crítica Universidad Kléber Ramírez. Cursante Doctorado en Gestión de la Creación Intelectual Universidad Kléber Ramírez. Cursante Doctorado en Ciencias de la Salud UNEFM. PEII-A2. Cursante PostDoctorado en Filosofía Educativa Nuestaramericana y Caribeña BARALT. Directora Programa Gerontología y Coordinadora de la Unidad de Investigaciones Gerontológicas UNIGER (UNEFM). Presidenta de la Panamericana de Programas y/o Carreras Universitarias de Gerontología PANAMGERO y Coordinadora de la Investigación Multicéntrica de la Red PANAMGERO. 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 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. Belen Cásares (Univ. Nac. Exp. Francisco de Miranda UNEFM-Venezuela)
 Venezolana. Licenciada en Gerontología. Cursante de la Maestría Gerencia en Recursos Humanos de la Universidad Nacional experimental "Rafael María Baralt". 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.

Dr. Nohé Ramón Gilson. MSc. (Univ. Nac. Exp. Francisco de Miranda UNEFM-Venezuela)

Venezolano. Lcdo en Comunicación Social mención Desarrollo Social. Lcdo. Teología. Lcdo. Filosofía. Magister Scientiarum en Gerencia de la Tecnologías de Información y comunicación. Doctor en Ciencias Sociales UNEFM. Cursante

Doctorado en Gestión de la Creación Intelectual Universidad Kléber Ramírez. Cursante PostDoctorado en Filosofía Educativa Nuestaramericana y Caribeña BARALT 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.

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 Salud UNEFM. 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.

CONSEJO ASESORES

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.

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

Venezuela. Licenciada en educación mención lenguas extranjeras. Docente de la Universidad Nacional Experimental "Francisco de Miranda" administra las unidades curriculares Inglés I y II en el Programa de Gerontología.

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

Venezolana. Médico Cirujano. Universidad Nacional Experimental "Francisco de Miranda" UNEFM-Venezuela. Especialista en Desarrollo de la gestión académica universitaria. 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.

Ivonne medina (Univ. Nac. Exp. Politécnica de la Fuerza Armada Nacional Bolivariana. UNEFA-Venezuela).

Venezolana. Ingeniero Civil UNEFM. Especialista en Control Fiscal mención Auditor. Docente e investigadora de UNEFA. Auditora Interna del MPP Tránsito Terrestre (Jubilada). Cursante Doctorado en Pedagogía Crítica y Alternativa Universidad Kléber Ramírez. Cursante PostDoctorado en Filosofía Educativa Nuestaramericana y Caribeña BARALT. Más de 25 años de Experiencia en el Campo de la Gerencia. Cursante del Doctorado en Ciencias Gerenciales UNEFA.

Gilberto Ereú (Iglesia Evangélica Nueva Canaan-Venezuela)

Venezolano. Pastor de la Iglesia Evangélica Nueva Canaan, Caujarao Municipio Miranda estado Falcón. Cursante PostDoctorado en Filosofía Educativa Nuestaramericana y Caribeña BARALT Director de Misiones transculturales. Exdirector del Instituto Bíblico Falcón. Educador, Administrador, Contador Público. Doctor en Ciencias Gerenciales Universidad Nacional Experimental de la Fuerzas Armadas UNEFA. Cursante Doctorado en Gestión de la Creación Intelectual UPTKR. Miembro de la Comunidad de Aprendizaje J. M. Cruxent. Universidad Nacional Experimental "Francisco de Miranda" UNEFM y Universidad Politécnica territorial de Mérida Kléber Ramírez.

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. 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. Conferencista nacional e internacional.

Dr. Jairo Boscan (Universidad del Zulia LUZ-Venezuela)

Venezolano. Docente titular de la Universidad del Zulia LUZ sede Puto Fijo estado Falcón. Dedicación exclusiva. Licenciado en educación mención ciencias sociales área historia de Venezuela de LUZ, diplomado en estudios avanzados en gestión y desarrollo turístico sostenible de la universidad de Malaga. Actualmente tesista del doctorado de educación de la Universidad Nacional Experimental Rafael María Baralt UNERMB.

Dra. Miriam Bazán (Ministerio de Salud-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 (UnivAut Tlaxcala México)

Mexicana. Docencia en Educación Formal, No formal e Informal. Académica Universitaria. Investigación en Gerontagogía. 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. Lidys Padrón Fernández. (Univ. Met. Quito Ecuador)

Ecuatoriana. 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.

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

Brasileña. Doctorado en Servicio Social - Escuela Superior de Sanidad (1990), Licenciatura em Servicio Social Universidad Nacional de Entre Rios (1993), Maestría em Servicio Social por la Pontificia Universidad Católica de Rio Grande de Sur (1996). Actualmente docente em Universidad Federal de São Carlos en Curso Licenciatura de Gerontología, y el Programa de Postgrado em Enfermería (Maestría y Doctorado), y el Programa de PostGrado de Gerontología (Maestría). Árbitro de revistas: Revista Aquichan, Revista Brasileira de Geriatria y Gerontología, Revista Estudios Interdisciplinarios de Envejecimiento, Revista Interface-Comunicación, Salud, Educación. Publicaciones: Jesús, Isabela Thaís Machado de Orlandi, Ariene

Angelini Dos Santos; Zazzetta, Marisa Silvana .Burden, profile and care: care givers of socially vulnerable elderly persons. *Revista Brasileira de Geriatria y Gerontología*, 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 Thais 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), 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.

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 Beraciert. (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.

Katiuska Sangronis (Comunidad de Aprendizaje J. M. Cruxent. UNEFM-Univ Kléber Ramírez Venezuela)

Venezolana. Médico Veterinario. Magister Scientiarum en Docencia para Educación Superior. Cargo Supervisor Docente II. Labora en la Policía del estado Falcón en la Unidad Curricular y Desarrollo Profesional de la Academia de la Policía. Miembro de la Comunidad de Aprendizaje J. M. Cruxent. Universidad Nacional Experimental "Francisco de Miranda" UNEFM y Universidad Politécnica territorial de Mérida Kléber Ramírez.

RESUMEN TÉCNICO DE AUTORES**Julia Mariam Cásares Quintero (Univ. Bolivariana de Venezuela-Venezuela)**

Venezolana. Estudiante de Comunicación Social Univ. Bolivariana de Venezuela. Estudiante de Ates Audiovisuales en la UNEFM. Miembro de la Fundación Somos Geroactivo. Locutora Certificada. Analista de personal en Empresa de procesamiento de sábila SABILVEN.

Ysolina Guadalupe Soto Ocando (Univ. Nac. Exp. Francisco de Miranda UNEFM-Venezuela)

Venezolana. Licenciada en enfermería. Cursando Maestría Salud Publica Acto diciembre 2023. Participo en Congreso Internacional en Ciencias de la salud 2022 de la Crisis a las oportunidades” Para la salud Universal 7 al 15 de Abril 2022. II Symposium, Perspectivas del Cuidado Humano en Época de pandemia 11 de noviembre 2021. Reconocimientos como Honor al Mérito Mística de trabajo, profesionalismo, compromiso, rendimiento y productividad demostrada en el ejercicio de sus funciones.

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

Venezolana. Licenciada en Gerontología. Egresada de la “Universidad Nacional Experimental Francisco de Miranda”. Magister Scientiarum en Gerencia de la Salud Pública. Egresada Universidad Nacional Experimental de Los Llanos Centrales “Rómulo Gallegos” Docente en la UNEFM. Área Ciencias de la Salud. Dedicación tiempo completo. Categoría; asociado con 15 años de ejercicio en la Docencia. Innovador de diversos trabajos de investigación en marcados en la línea de investigación de promoción y prevención de la salud, representado a nivel nacional. Resido, en la Ciudad de Santa Ana de Coro del Estado Falcón. País Venezuela

María teresa Hernández (Univ. Nac. Exp. Francisco de Miranda UNEFM-Venezuela).

Venezolana. Licenciada en Comunicación social mención desarrollo social (Univ. Católica Cecilio Acosta). Experiencia laboral en la Oficina regional de información en la Gobernación del estado Falcón. Docente de la Universidad Nacional Experimental Francisco de Miranda UNEFM. Diplomada e4n Ambientes Virtuales de aprendizaje UNEFM. Maestrante de salud Publica en la UNEFM:

Dulce carrero (Universidad Politécnica territorial de Mérida Kléber Ramírez-Venezuela).

Venezolana. Geógrafa (1996). Profesional adscrita a la Secretaria de Ambiente y Ordenación del Territorio de la Gobernación del estado Falcón .Coordinadora del Área de educación ambiental (2006). Tutora en pasantías del primer programa de Agroecología de la Universidad Bolivariana de Venezuela (2007). Coordinadora del área de ordenación del territorio (2008). Maestra artesana, facilitadora de talleres y cursos con exposiciones de sus muestras realizadas en diferentes salas del Estado. Actualmente estudiante del PNFA-PROEA Pedagogía de la Antropología, la Arqueología y la Etnohistoria de Venezuela.

Bernarda Marieta Valera Agüero (Universidad Politécnica territorial de Mérida Kléber Ramírez-Venezuela)

TSU Agropecuaria, IUTAG. Licenciada en Comunicación Social, Locutora Universitaria, Vocera de las Comunidades Radio Guadalupana, Instructora curso Productor Agrícola Integral Mención Agropecuaria INCES. Facilitadora Misión Robinson. Instructora curso Granjas Integrales Misión Vuelvan Caras INCES. Extensionista Proyecto CIARA PROSALFA II, Periodista Noticiero VEATV, Reportera Noticiero radio La Sierra106.5 FM, Periodista diario Nuevo Día, Docente Universitaria Misión Sucre – UBV. Licenciada en Pedagogía Alternativa Sub Área: Antropología, Magister Scientiae En Pedagogía Crítica, Doctorante En Ecología del Desarrollo Humano (Universidad Politécnica Territorial de Mérida “Kléber Ramírez” (UPTM-KR).Miembro de la Comunidad de Aprendizaje J. M. Cruxent. Universidad Nacional Experimental “Francisco de Miranda” UNEFM y Universidad Politécnica territorial de Mérida Kléber Ramírez.

Migdalia Josefina Valera Agüero (Universidad Politécnica territorial de Mérida Kléber Ramírez-Venezuela)

Venezolana. Licenciada en Educación Mención Idiomas Modernos Universidad del Zulia. Docente Aula, Ministerio de Educación. 1992 - 1993 Instructora INCE - Coro. 1994 Instructora Extensión UNEFM, Licenciada en Pedagogía Alternativa Sub Área: Antropología, Universidad Politécnica Territorial Kléber Ramírez. Magister Scientiae en Pedagogía Crítica Universidad Politécnica Territorial Kléber Ramírez.

ÍNDICE DE ARTÍCULOS

<i>Título del artículo</i>	<i>Autor(es)</i>	<i>Pág.</i>
VALORES HUMANOS PARA UNA CULTURA DE PAZ EN ADULTOS MAYORES DE CORO ESTADO FALCÓN VENEZUELA	Cásares Quintero Julia Mariam	10
IMPACTO DEL COVID-19 EN LOS ADULTOS MAYORES DE LA COMUNIDAD DE SAN NICOLAS I, MUNICIPIO MIRANDA ESTADO FALCÓN	de Ysolina Soto, Palencia Lisbeth, Hernández Misaudys	28
VERSATILIDAD DE LOS PROGRAMAS DE SALUD. UNA ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR DESDE LA VISIÓN ONTOLÓGICA DE CALLE.	María Teresa Martínez	51
ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD EN EL ÁREA DE SALUD INTEGRAL COMUNITARIA, LA PASTORA, MARACAIBO, ZULIA.	Marisabel Hernández Ventura, María Teresa Hernández Ventura	62
REFLEXIONES SOBRE LA SITUACION ACTUAL DEL ADULTO MAYOR	Dulce Carrero	92
UNA MUJER AUTENTICA QUE SE ATREVIÓ A CUMPLIR SUS SUEÑOS	Bernarda Valera y Migdalia Valera	102



GEROCIENCIA

UNIVERSIDAD NACIONAL EXPERIMENTAL

"FRANCISCO DE MIRANDA"

ÁREA CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE GERONTOLOGÍA

