

AUTONOMÍA Y VALIDISMO EN LA TERCERA EDAD

Jesús L. Reguera Naranjo,¹ Lex Cervera Estrada,² Reinaldo Rodríguez Ferra,³ Isel Pereira Jiménez⁴ y Jorge L. Pérez Rivero⁵

RESUMEN: Se realizó un estudio de intervención con el objetivo de conocer el grado de autonomía y validismo alcanzado por la tercera edad en 2 consultorios del Médico y la Enfermera de la Familia pertenecientes al Policlínico Comunitario "Tula Aguilera" del municipio Camagüey. El universo de trabajo correspondió a 215 pacientes entre los 60 y 89 años de edad a los que se les aplicó una encuesta antes y después de nuestra intervención. Los resultados muestran que antes del trabajo predominó una evaluación desfavorable en el comportamiento y conocimiento sobre autonomía y validismo que se incrementa con la edad y el sexo femenino. Después de la intervención se observó mejor comprensión de la autonomía y validismo por edad y sexo.

DeCS: ANCIANO; ESPERANZA DE VIDA; ACTIVIDADES HUMANAS.

La población anciana es la que con mayor rapidez está creciendo a nivel mundial, y Cuba no queda excluida de este comportamiento.¹ El envejecimiento involucra cierto número de cambios anatómicos, fisiológicos, psicológicos y sociales, es decir, una declinación en la función del organismo como un todo, si bien no todos los órganos envejecen al mismo tiempo.²

El envejecimiento de los seres humanos es el resultado de la interacción compleja de varios factores, y en esta etapa no sólo afectan los problemas de salud, sino otro grupo de factores sociales que conlle-

van a ser considerados los ancianos como difíciles, por quienes los rodean.^{3,4}

A pesar de los cambios orgánicos, las modificaciones del aspecto y el empobrecimiento gradual de las capacidades, el anciano no está exento de potencialidades creativas y de necesidades emocionales.⁵ La pérdida de ocupaciones en la familia, en el grupo y en el trabajo, conducen a inadaptación social. La gerontología preventiva tiene como objetivo lograr un estado de salud que permita al anciano conservar al máximo la expectativa de vida activa, y mantener un alto nivel funcional, preservarlo

¹ Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Policlínico Comunitario Docente "Tula Aguilera", Camagüey.

² Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Profesor Instructor. Metodólogo del Departamento de Medicina General Integral. Instituto Superior de Ciencias Médicas, Camagüey.

³ Especialista de II Grado en Ginecoobstetricia. Profesor Asistente. Policlínico Comunitario Docente "Tula Aguilera", Camagüey.

⁴ Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Profesora Asistente. Jefa del Departamento de Medicina General Integral del Instituto Superior de Ciencias Médicas de Camagüey.

⁵ Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Policlínico Comunitario Docente "Este", Camagüey.

en su domicilio y en el medio social donde ha vivido, siempre que existan las condiciones requeridas.⁴ Ello se define como autonomía y validismo.

La autonomía es la capacidad del anciano de satisfacer las actividades básicas e instrumentadas de la vida diaria, y el validismo es la capacidad física y mental del anciano para desarrollar las actividades básicas e instrumentadas de la vida diaria.

Con este trabajo nos proponemos determinar el grado de autonomía y validismo en un grupo de pacientes de la tercera edad.

Métodos

Se realizó un estudio de intervención con el objetivo de identificar el grado de autonomía y validismo alcanzado en el adulto mayor en 2 consultorios del Médico de la Familia del Policlínico Docente "Tula Aguilera" del municipio Camagüey, desde diciembre de 1998 hasta febrero de 1999.

El universo de estudio lo constituyeron los 215 pacientes de 60 a 89 años de edad, los cuales fueron seleccionados de las historias clínicas familiares de los consultorios (fuente primaria), a los que se les aplicó una encuesta diseñada al efecto y que respondía a los objetivos de la investi-

gación y a la bibliografía revisada y que contempló las variables grupos de edades, sexo, participación familiar, toma de decisiones, intervención familiar y apoyo familiar. Una vez confeccionada la misma se convirtió en el registro primario.

Durante el mes de diciembre se aplicó la encuesta, en el mes de enero se realizó la intervención y se capacitó al equipo de salud del consultorio, quienes a su vez transmitieron lo orientado a las brigadistas sanitarias y promotores de salud, y en el mes de febrero se volvió a aplicar la encuesta nuevamente.

Los datos obtenidos fueron procesados de forma computadorizada, utilizándose estadísticas descriptivas, y los resultados se expresaron en tablas.

Resultados

En la tabla 1 se analiza la distribución según grupos de edades y sexo, donde se observa que el mayor predominio fue en las edades de 75-79 años, al igual que el comportamiento en cuanto al mayor número del sexo femenino.

La tabla 2 valora el análisis de la autonomía y validismo por grupos de edades antes de nuestra intervención, donde apre-

TABLA 1. Distribución según grupos de edades y sexo

Grupos de edades (años)	Sexo masculino		Sexo femenino		Total	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
60-64	15	6,67	16	7,45	31	14,42
65-69	13	6,04	27	12,55	40	18,59
70-74	20	9,30	26	12,10	46	21,40
75-79	32	14,84	28	13,04	60	27,92
80-84	11	5,12	10	4,65	21	9,77
85-89	7	3,25	10	4,65	17	7,90
Total	98	45,58	117	54,42	215	100

Fuente: Encuestas.

ciamos que en la evaluación realizada en 143 pacientes (66,50 %) era malo, en 58 (26,28 %) regular y solo en 14 (6,52 %) se consideró bueno.

La tabla 3 muestra la valoración de la autonomía y validismo por sexo antes de la intervención, donde se observa que en ambos sexos predominaron las evaluaciones de regular y malo.

En la tabla 4 se observa el comportamiento de la autonomía y validismo por grupos de edades después de la intervención donde se muestra el nivel alcanzado poste-

rior a esta. Es evidente su repercusión tanto en el seno familiar como fuera de este, notándose que la evaluación de mal disminuyó, mientras que la de regular y buena aumentó.

Al describir la tabla 5, que mide el comportamiento de la autonomía y validismo por sexo después de la intervención, quedó demostrado que fue efectiva la labor realizada por el Médico de la Familia en ambos consultorios al percibir los resultados, donde predominó en ambos sexos su aplicación.

TABLA 2. Autonomía y validismo según grupos de edades, antes de nuestra intervención

Edad (años)	Bueno		Regular		Malo	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
60-64	4	1,87	10	4,65	17	7,90
65-69	6	2,79	18	8,39	16	7,45
70-74	2	0,93	12	5,58	32	14,88
75-79	2	0,93	15	6,97	43	20
80-84	-	-	2	0,93	19	8,83
85-89	-	-	1	0,46	16	7,44
Total	14	6,52	58	26,28	143	66,50

Fuente: Encuestas.

TABLA 3. Autonomía y validismo según el sexo antes de la intervención

Sexo	Bueno		Regular		Malo	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Masculino	18	8,39	31	14,41	49	22,79
Femenino	30	13,95	27	12,56	60	27,90
Total	48	22,34	58	26,97	109	50,69

Fuente: Encuestas.

TABLA 4. Autonomía y validismo según grupos de edades después de la intervención

Edad (años)	Buena		Regular		Malo	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
60-64	16	7,44	7	3,25	8	3,72
65-69	25	11,64	11	5,11	4	1,86
70-74	12	5,58	18	8,39	16	7,44
75-79	10	4,65	28	13,02	22	10,25
80-84	1	0,46	9	4,16	11	5,11
85-89	-	-	5	2,32	12	5,58
Total	64	29,77	78	36,27	73	33,96

Fuente: Encuestas.

TABLA 5. Autonomía y validismo según el sexo después de la intervención

Sexo	Bueno		Regular		Malo	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Masculino	50	23,25	23	10,69	25	11,62
Femenino	75	34,88	14	6,54	28	13,02
Total	125	58,13	37	17,23	53	24,64

Fuente: Encuestas.

Discusión

La población geriátrica nacional e internacional se caracteriza por un número mayor de representantes del sexo femenino, y por la disminución de esta a medida que avanza la edad y se sobrepasa la expectativa de vida.⁶

El proceso de envejecimiento puede variar de un individuo a otro en cuanto a la edad en que se comienza a hacer perceptible, la rapidez con que evoluciona y la secuencia en que se afectan los distintos órganos y sistemas. Todo esto hace que los adultos mayores formen un grupo de alta heterogeneidad, donde se aprecian grandes diferencias individuales desde el punto fisiopatológico.⁷

Las limitaciones visuales, auditivas, motoras y aquellas de tipo intelectual, reducen su autonomía e independencia en tal

medida que el enfoque a la atención de las necesidades que se le presentan a las personas envejecidas debe estar dirigido al cumplimiento de su terapia, con el fin de darle una solución adecuada.⁸

La ancianidad es una etapa vulnerable de la vida relacionada con el incremento de la inadaptabilidad en el núcleo familiar de los ancianos, manifestando sentimientos de soledad y tristeza.⁹ Por ello, la aceptación de funciones por parte de los ancianos, parece estar relacionada con la satisfacción de poder ayudar en el hogar en las actividades cotidianas que en él se realizan.⁹

Debemos reflexionar sobre la importancia de planificar estrategias de intervención dirigidas a promover una adecuada salud familiar, a través de un conjunto de acciones que le permitan a la familia desarrollar sus propios recursos psicológicos, y propiciar la autoayuda y la adopción de solu-

ciones adaptativas ante situaciones conflictivas y de crisis.⁷

Conclusiones

Antes del trabajo predominó una evaluación desfavorable en el comportamiento

y conocimiento sobre autonomía y validismo que se incrementa con la edad y en el sexo femenino.

Después de la intervención se observó mejor comprensión de la autonomía y validismo por edad y sexo, a pesar de que con el incremento de la edad ello disminuye.

SUMMARY: An intervention study was carried out in order to know the degree of autonomy and soundness attained by the elderly from 2 family physician's offices of "Tula Aguilera" Community Polyclinic, in the municipality of Camagüey. 215 patients aged 60-89 were surveyed before and after our intervention. The results showed that before the intervention an unfavorable evaluation predominated in the behavior and knowledge about autonomy and soundness that increases with age in the females. After the intervention it was observed a better understanding of the autonomy and soundness by age and sex.

Subject headings: **AGED; LIFE EXPECTANCY; HUMAN ACTIVITIES.**

Referencias bibliográficas

1. Walshe TM. Manual de problemas clínicos en medicina geriátrica. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 1987:1-3.
2. Devesa Colina E. Geriatria y gerontología. Generalidades, fisiológica, sexualidad e inmunidad en el anciano. La Habana: Editorial Científico-Técnica, 1992:13-8.
3. Espinosa Brito A, Romero Cabrera J. Temas de geronto-geriatria. Revista Finlay 1990; 3(1):15-26.
4. Rocabnino Mederos JC, Prieto Ramos O. Gerontología y geriatria. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 1992:2-13.
5. Suárez Terry RL. Geriatria. ¿Nueva especialidad? Rev Cubana Med Gen Integr 1993;(1):6-9.
6. González Sánchez R, Fernández Torrente E, Rodríguez Sánchez R, Romero Guarder M. Características biosociales de los ancianos de 2 consultorios del policlinico California. Rev Cubana Med Gen Integr 1998;14(1):38-42.
7. Illnait Ferrer J. Farmacoterapia de la dislipidemia en el anciano. Rev Cubana Med Gen Integr, 1999;15(4):478-85.
8. Santana Vasallo O, Bembibre Taboada R, García Núñez R, González Ávalos E. Rev Cubana Med Gen Integr 1998;14(4):316-9.
9. Díaz Tabares O, Soler Quintana ML, García Capote M. El apgar familiar en ancianos conviventes. Rev Cubana Gen Integr 1998; 14(6):548-53.

Recibido: 25 de febrero del 2000. Aprobado: 12 de mayo del 2000.

Dr. Jesús L. Regueira Naranjo. Policlinico Docente "Tula Aguilera", Camagüey, Cuba.