

Valoración biopsicosocial del adulto mayor desde un enfoque bioético en una población cubana

Biopsychosocial assessment of the older adult from a bioethical approach in a Cuban population section

Dr. Germán Brito Sosa,^I Dra. Ana María Iraizoz Barrios^{II}

^I Hospital "Julio Trigo López". La Habana, Cuba.

^{II} Hospital Clínicoquirúrgico "Hermanos Ameijeiras". La Habana, Cuba.

RESUMEN

Objetivo: explorar la situación biopsicosocial del adulto mayor en una población del municipio Arroyo Naranjo.

Métodos: estudio de tipo observacional, descriptivo longitudinal y prospectivo. El instrumento utilizado fue una encuesta original elaborada por los autores y validada por un comité de expertos, representados por psicólogos, y geriatras y que se les aplicó a 400 personas mayores de 60 años entre enero y diciembre de 2007. Se confeccionó una base de datos con la información de las entrevistas y se obtuvieron los porcentajes de las variables seleccionadas.

Resultados: el 88,2 % (353 abuelos) de los encuestados padecían al menos de una enfermedad crónica. Se sintieron maltratados en el consultorio del médico y enfermera de la familia, los policlínicos, las clínicas estomatológicas y hospitales, en un 14,7, 9,2, 11,5 y 9,5 % respectivamente. El 19,8 % de los adultos mayores considera que sus familiares no le brindan el apoyo que necesitan. El 44,2 % representado por 177 ancianos de los tres grupos, plantea que sí existe discriminación con el adulto mayor.

Conclusiones: la asistencia médica es buena, pero en un pequeño porcentaje no fue la mejor, se violaron los principios de beneficencia, no maleficencia, justicia y autonomía. Los círculos de abuelos y la casa de abuelos, ayudan al adulto mayor a mantenerse integrado a la sociedad.

Palabras clave: Bioética, adulto mayor.

ABSTRACT

Objective: to assess the biological, psychological and social situation of the older people in a population living in Arroyo Naranjo municipality.

Methods: prospective, observational and descriptive study was conducted in which an original survey prepared by the authors of the paper and validated by an expert committee of psychologists and geriatricians was used. Four hundred people over 60 years were surveyed from January to December, 2007. They were divided in three groups based on their participation in the grandparent's clubs, the homes for grandparents and those not involved in neither of the former. Data from the interviews were included in a database and the percentages of the selected variables were estimated.

Results: of the participants, 88.2 % (353 grandparents) suffered at least one chronic disease. They felt ill-treated in the family physician's office, in the polyclinics, at the dental clinics and at hospitals in 14.7 %, 9.2 %, 11.5 % and 9.5 % of the sample, respectively. In this study, 19.8 % of the older people believed that their families did not support them as they should. One hundred seventy seven of the participants, who accounted for 44.2 % of the total number, stated that the elderly are discriminated.

Conclusions: medical assistance is good; however it was not the best in a small percentage of cases, since the principles of benefaction, non-malefaction, justice and autonomy were not respected. The grandparents' clubs and the homes for grandparents do help the older people to remain integrated to the society.

Key words: Bioethics, older people.

INTRODUCCIÓN

La bioética es una disciplina nueva^{1,2} que sirve como instrumento para encontrar soluciones a los problemas que afectan a los seres humanos, a la naturaleza y a la vida en general.

El término bioética aparece por primera vez a principios de la década de los 70.^{2,3} El desarrollo vertiginoso de todas las ciencias en general y de las ciencias medicas en particular, puso al hombre ante nuevos dilemas a los que había que dar respuestas. Como se puede apreciar, es una disciplina joven, pero estudia temas antiguos, pues incluye el estudio de las actitudes humanas en el campo de las ciencias de la vida y del cuidado de la salud; examina todas sus esferas a partir de los valores, la ética y los principios morales.^{2,4}

La bioética rebasa las relaciones habituales entre el enfermo y el médico, actúa en una nueva dimensión, entre el hombre supuestamente sano con su medio ambiente, la sociedad y se extiende a la naturaleza.⁵

De acuerdo con la actual tendencia demográfica, la población mayor de 60 años de edad, se ha incrementado en los países de alto desarrollo económico,⁶ y Cuba no se encuentra dentro de los países desarrollados, pero en lo que respecta a la salud, se comporta como tal.

Según datos de las Naciones Unidas, en 1950 existían en el mundo 200 millones de personas mayores de 60 años, pero ya en 1975, esta cifra alcanzó los 350 millones. Las proyecciones demográficas indican que en el año 2000 hubo alrededor de 600 millones de ancianos, cifra que prácticamente se duplicará en el 2025.⁷

En Cuba el 13,9 % de los cubanos tienen 60 años o más, cifra que aumentará, según estimaciones, a casi el 25 % en el 2025, con una expectativa de vida al nacer de más de 75 años.⁸

Hay que considerar al adulto mayor como una persona integral, es decir en un contexto holístico, con necesidades físicas, biológicas, psicológicas, sociales y espirituales, propias.⁹

En el municipio Arroyo Naranjo, se realizaron charlas educativas sobre cómo tener un estilo de vida más saludable, y a partir del programa del adulto mayor, se hicieron extensivos los resultados. Estos se incluyeron en un curso impartido en el Hospital Clínicoquirúrgico "Julio Trigo López", para que el personal de salud conociera cómo sienten los adultos mayores que son tratados, y cuáles son sus principales problemas. Es importante la atención a nivel primario y secundario, para que el adulto mayor no sea discriminado, se respete y tenga la atención que merece; así como una buena calidad de vida.

Este trabajo se realizó con el objetivo de explorar la situación biopsicosocial del adulto mayor en una población cubana del municipio Arroyo Naranjo.

MÉTODOS

En nuestra investigación se realizó un estudio observacional, descriptivo, longitudinal y prospectivo. Se hizo una solicitud de consentimiento informado, para que constara por escrito la participación voluntaria de los sujetos en el estudio. El instrumento utilizado fue una encuesta original elaborada por los autores (anexo) y validada por un comité de expertos, representados por psicólogos, y geriatras. Fue aplicada inicialmente a un grupo de personas, para poder realizar un análisis de las respuestas y posteriormente se realizaron las correcciones necesarias a la encuesta. Esta pretende explorar la situación biopsicosocial del adulto mayor del municipio Arroyo Naranjo y aplicar la bioética a las situaciones que surgen, debido a las limitaciones progresivas del envejecimiento humano.

Anexo

Encuesta

Edad: _____ Sexo: _____

1. ¿Padece usted de alguna enfermedad? Sí _____ No _____

Marque con una X la que presenta.

_____ Diabetes mellitus

_____ Hipertensión arterial

- Cardiopatía isquémica
- Insuficiencia cardiaca
- Asma
- Trastornos del sueño (insomnio, pesadillas y otros)
- Trastornos nerviosos (ansiedad, depresión, otros)
- Trastornos de la visión (especifique) _____
- Trastornos de la audición _____
- Trastornos gastrointestinales _____
- Enfermedades cerebrovasculares
- Artrosis generalizada
- Sacrolumbalgia
- Enfisema
- Bronquiectasia
- Otras

2. ¿Marque con una X cuáles son sus hábitos tóxicos?

- Hábito de fumar
- Ingestión de bebidas alcohólicas
- Café
- Otros _____

3. Marque con qué regularidad tiene estos estilos de vida:

a) Siempre b) Casi siempre c) A veces d) Nunca

- Comer con mucha sal
- Comer alimentos con grasa animal (mantequilla, carne de cerdo, piel del pollo)
- Comer muchas pastas (espaguetis, pizzas, macarrones)
- Comer muchos dulces
- Caminar muy poco

___ Realizar actividad manual (cocinar, lavar, planchar, limpiar, hacer mandados, tejer, bordar, coser, pequeñas reparaciones de mecánica, electricidad, plomería, carpintería y otras)

___ Realizar actividad intelectual (leer el periódico, revistas, libros, ver la TV, oír la radio, ir al cine, al teatro, al ballet, a conciertos, entre otras)

___ Realizar actividad social (ir a la reunión del CDR, a la asamblea de circunscripción, a la reunión de la FMC, a cumpleaños de familiares o amigos, visitas a familiares y amistades, asistir a los oficios religiosos, si profesa alguna creencia religiosa u otras)

4. ¿Cuáles son los medicamentos que ingiere usted con regularidad y marque con una X cuáles son los indicados por el médico?

5. Mencione los niveles de atención de salud, a los que ha tenido que asistir, después de haber cumplido los 60 años:

___ Consultorio del médico y enfermera de la familia

___ Policlínico

___ Clínica estomatológica

___ Hospitales

6. ¿Con qué regularidad acude al consultorio del médico y enfermera de la familia?

___ Diariamente

___ De 2 a 3 veces por semana

___ Semanal

___ De 2 a 3 veces al mes

___ Mensual

___ Cada 2 a 3 meses

___ Cada 6 meses

___ Anual

7. ¿Cuáles son los motivos de consulta?

___ Solicitud de medicamentos

___ Medir tensión arterial

____ Enfermedad aguda

____ Seguimiento de la enfermedad que padece

____ Descompensación de la enfermedad que padece

Otros

8. ¿Cómo ha sentido que es atendido en los diferentes niveles de asistencia médica que se mencionan a continuación?

Debe responder bien, regular o mal y de responder regular o mal, diga ¿por qué?

_____ Consultorio del médico y enfermera de la familia

_____ Policlínico

_____ Clínica estomatológica

_____ Hospitales

9. ¿Cómo siente que es tratado por su familia? ____ Bien ____ Regular ____ Mal

De responder regular o mal, diga ¿por quién y por qué? _____

10. ¿Considera usted que su familia le brinda el apoyo que necesita? Sí ____ No

En caso de ser negativa su respuesta, diga ¿por qué?

11. ¿Se siente usted útil en el medio familiar? Sí ____ No ____

En caso de ser negativa su respuesta, diga ¿por qué?

12. ¿Sus familiares respetan su privacidad?

____ Casi siempre

____ Muchas veces

____ A veces

____ Pocas veces

____ Casi nunca

____ Nunca

13. ¿Sus familiares le quitan la autoridad?

____ Casi siempre

____ Muchas veces

____ A veces

____ Pocas veces

____ Casi nunca

____ Nunca

14. Mencione cuáles son los problemas que más le preocupan:

15. ¿Cree que existe discriminación con las personas mayores de 60 años? Sí ____
No ____

En caso de ser positiva su respuesta, diga ¿por qué?

16. ¿Está usted incorporado al círculo de abuelos? Sí ____ No ____

En caso de ser negativa su respuesta, diga ¿por qué?

17. En caso de estar incorporado al círculo de abuelos ¿Cree usted que lo ha ayudado a mantenerse integrado a la sociedad? Sí ____ No ____

Explique _____

18. En caso de estar incorporado a la casa del abuelo ¿Cree usted que lo ha ayudado a mantenerse integrado a la sociedad? Sí ____ No ____

Explique _____

19. ¿Usted se mantiene más de 8 horas solo en la casa? Sí ____ No ____

En caso de ser positiva su respuesta, diga ¿por qué?

20. ¿Se considera usted capaz de atenderse a sí mismo? Sí ____ No ____

En caso de ser negativa su respuesta, diga ¿por qué?

21. ¿Se considera usted capaz de mantenerse integrado a la sociedad? Sí ____
No ____

En caso de ser negativa su respuesta, diga ¿por qué?

Se aplicó la encuesta a 400 personas mayores de 60 años, divididas en tres grupos; 200 adultos mayores del área que no pertenecen a círculos de abuelos, ni a la casa de abuelos (grupo I), 150 personas que pertenecen a círculos de abuelos (grupo II) y 50 personas de casa de abuelos (grupo III). Fueron excluidas las personas portadoras de algún tipo de demencia.

La encuesta fue aplicada entre enero y diciembre del 2007 con la población de los policlínicos de municipio Arroyo Naranjo, los cuales son: "Julián Grimau", "Párraga", "Mantilla", "Los Pinos", "El Eléctrico" y "Managua" y con los ancianos de la única casa de abuelos que existe en el municipio, ubicada en Víbora Park.

De la pregunta 1 a la 4 se recoge información para conocer el estado de salud, de la 5 a la 8 para valorar la asistencia médica, las preguntas de la 9 a la 13 incluyendo la 20, se realizan para caracterizar cómo son tratados en su medio familiar. La 14 y la 15 para identificar sus principales preocupaciones y detectar si existe discriminación con el adulto mayor respectivamente y de la 16 a la 22, excluyendo la 20, para realizar un análisis de cómo están integrados a la sociedad.

El total de la población de adultos mayores del municipio Arroyo Naranjo es de 32 064, de ellos 17 915 son del sexo femenino y 14 069 pertenecen al sexo masculino. El cálculo para estimar la muestra con una proporción del 5 % y una confiabilidad del 95 %, dio como resultado que la muestra debía ser 385 y la muestra seleccionada fue de 400 personas.

PROCESAMIENTO ESTADÍSTICO

Se construyó un archivo de datos con la información obtenida de las historias clínicas y de las entrevistas, para ser procesada con el paquete estadístico SPSS versión 11,5 sobre plataforma Windows., con el cual se obtuvieron las tablas de distribuciones de frecuencia que arrojaron las cifras puntuales requeridas en este estudio.

La información obtenida en las entrevistas se procesó con la técnica de análisis de contenido, se efectuó la triangulación con los datos de las historias clínicas.

RESULTADOS

La muestra estuvo integrada por 156 hombres (39 %): 95 ancianos del área, 38 del círculo de abuelos, y 23 de la casa de abuelos; y 244 mujeres (61 %) de ellas: 105 ancianas del área, 112 del círculo de abuelos, y 27 de la casa de abuelos.

En los grupos de edades del grupo I predominaron los mayores de 70 años con 134 adultos mayores (67 %), en el grupo II el mayor porcentaje se encontró entre los 60 y 69 años con 105 ancianos (70 %) y en el grupo III este correspondió a los ancianos con más de 80 años (56 %) (tabla 1).

El porcentaje de adultos mayores con riesgos y con al menos una enfermedad crónica, en los tres grupos encuestados se comportó de la siguiente manera: con factores de riesgos fueron 47 abuelos (11,7 %), de ellos 25 ancianos del área (6,2 %), 17 del círculo de abuelos (4,25 %), y 5 de la casa de abuelos (1,25 %); y 353

enfermos (88,2 %), de ellos 175 ancianos del área (43,8 %), 133 del círculo de abuelos (33,2 %), y 45 de la casa de abuelos (11,2 %).

Dentro de las enfermedades crónicas más frecuentes se encuentran:

- La artrosis generalizada: 246 personas afectadas (61,5 %).
- La hipertensión arterial: 228 personas para el 57 %.
- Sacrolumbalgia: 104 personas (26 %).
- Asma: 80 personas (20 %).
- Cardiopatía isquémica: 76 personas (19 %).
- Diabetes mellitus: 63 personas afectadas para el 15,7 % (tabla 2).

Tabla 1. Distribución por edades de los tres grupos encuestados

Grupo de edad (años)	Grupo I		Grupo II		Grupo III		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
60 - 64	29	14,5	43	28,7	3	6,0	75	18,6
65 - 69	37	18,5	62	41,3	3	6,0	102	25,6
70 - 74	36	18,0	23	15,3	9	4,5	68	17,0
75 - 79	43	21,5	13	8,7	7	3,5	63	15,8
80 y >	55	27,5	9	6,0	28	14,0	92	23,0
Total	200	100,0	150	100,0	50	100,0	400	100,0

Tiene hábitos tóxicos el 51,5 % de las personas mayores de 60 años. Los estilos de vida no saludables que predominaron en los tres grupos, y que a veces practican son: comer alimentos con grasa animal en 206 ancianos (51,5 %), consumir muchos alimentos que contienen pastas en 194 personas (48,5 %), comer muchos dulces en 177 ancianos (44,2 %), y caminar muy poco en 109 ancianos (27,2 %).

En 229 ancianos que representa el 57,2 % de los tres grupos, ingiere tres tipos de medicamentos o más, y el 60 % de ese grupo ingiere sedantes y ansiolíticos, lo cual afecta a 145 personas (32,6 %) que ingieren meprobamato y en buena medida sin prescripción médica y por periodos prolongados.

Asiste al consultorio del médico de la familia (C.M.E.F.), el 93,2 % de las personas mayores de 60 años, el 70,5 % acude a los hospitales, el 54,7 % a los policlínicos y el 51 % a las clínicas estomatológicas.

Específicamente la asistencia de los ancianos que acuden al consultorio del médico y enfermera de la familia, lo hacen con una regularidad de 2 a 3 veces al mes y una vez al mes en el 40,8 % y 30,6 % respectivamente (tabla 3).

Tabla 2. Enfermedades frecuentes en los tres grupos encuestados

Enfermedades	Grupo I		Grupo II		Grupo III		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Artrosis generalizada	109	54,5	107	71,3	33	60,0	246	61,5
Hipertensión	107	53,5	101	67,3	20	40,0	228	57,0
Trastornos de la visión	95	42,5	76	50,6	39	78,0	210	52,5
Trastornos del sueño	81	40,5	72	48,0	35	70,0	188	47,0
Trastornos de la audición	50	25,0	41	27,3	19	38,0	110	27,2
Sacrolumbalgia	44	22,0	43	28,6	17	34,0	104	26,0
Trastornos nerviosos	38	19,0	31	20,6	29	58,0	98	24,7
Trastornos gastrointestinales	43	21,5	28	18,6	21	42,0	92	23,0
Asma	36	18,0	36	24,0	8	16,0	80	20,0
Cardiopatía isquémica	35	17,5	28	18,6	13	26,0	76	19,0
Diabetes mellitus	30	15,0	25	16,6	8	16,0	63	15,7
Insuficiencia cardíaca congestiva	22	11,0	15	10,0	6	12,0	43	10,7
Hipercolesterolemia	21	10,5	12	8,0	7	14,0	40	10,0
Otras	38	19,0	49	32,3	25	50,0	112	26,7

Los porcentajes están calculados en base al total de ancianos, que es 400.

Tabla 3. Frecuencia de la consulta en el consultorio del médico y enfermera de la familia de los adultos mayores

Frecuencia de la consulta	Grupo I		Grupo II		Grupo III		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Diariamente	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
De 2 a 3 veces por semana	5	2,5	0	0,0	8	16,0	13	3,4
Semanal	4	2,0	0	0,0	5	10,0	9	2,4
De 2 a 3 veces al mes	56	28,0	91	60,6	6	12,0	153	40,8
Mensual	58	29,0	41	27,3	16	32,0	115	30,6
Cada 2 o 3 meses	33	16,5	12	8,0	7	14,0	52	13,0
Cada 6 meses	11	5,5	3	2,0	6	12,0	20	5,8
Anual	9	4,5	0	0,0	2	4,0	11	2,9
Total	176	176,0	147	147,0	50	50,0	373	373,0

Los motivos de consultas más frecuentes al médico de la familia son: solicitud de medicamentos con un 67,4 %, el seguimiento de las enfermedades que padece, el 60 %, medir la tensión arterial en el 54,6 %, presencia de una enfermedad aguda en el 22,4 %, descompensación de su enfermedad de base en el 22,1 %.

Se sumaron los adultos mayores de los tres grupos encuestados que el trato fue regular o malo: a nivel del C.M.E.F., 59 abuelos (14,7 %) refieren que la atención no fue la más adecuada, a nivel del policlínico 37 ancianos (9,2 %) plantearon que el trato no fue el mejor, a nivel de las clínicas estomatológicas fueron 46 abuelos (11,5 %) los que no se sintieron bien atendidos, y a nivel de los hospitales, 38 adultos mayores (9,5 %) se sintió maltratado (tabla 4).

Tabla 4. Trato de los pacientes en los diferentes niveles de asistencia médica y clínica estomatológica

Nivel de asistencia médica	Grupo I							
	Bien		Regular		Mal		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
C.M.E.F	138	69,0	35	17,5	5	2,5	178	89,0
Policlínico	84	42,0	18	9,0	0	0,0	102	51,0
Clínicas estomatológicas	62	31,0	16	8,0	4	2,0	82	41,0
Hospitales	112	56,0	17	8,5	2	1,0	131	65,5
Nivel de asistencia médica	Grupo II							
	Bien		Regular		Mal		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
C.M.E.F	136	87,6	10	6,6	1	0,6	147	98,0
Policlínico	61	40,6	10	6,6	3	2,0	74	42,6
Clínicas estomatológicas	76	56,6	19	12,6	5	3,5	100	66,6
Hospitales	92	61,3	13	8,6	2	1,3	107	71,3
Nivel de asistencia médica	Grupo III							
	Bien		Regular		Mal		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
C.M.E.F	42	84,0	6	12	2	4,0	50	100,0
Policlínico	36	72,0	5	10	1	2,0	42	84,0
Clínicas estomatológicas	30	60,0	2	4	0	0,0	32	64,0
Hospitales	40	80,0	3	6	1	2,0	44	88,0
Nivel de asistencia médica	Total							
	Bien		Regular		Mal		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
C.M.E.F	316	79,0	51	12,7	8	2,0	375	93,7
Policlínico	181	45,2	33	8,2	4	1,0	218	54,5
Clínicas estomatológicas	168	42,0	37	9,2	9	2,2	214	53,5
Hospitales	244	61,0	33	8,2	5	1,2	288	72,0

C.M.E.F.: consultorio del médico y enfermera de la familia.

En los tres grupos encuestados el 79,5 % de los ancianos se sintió bien tratado por sus familiares, pero en el 18 y el 2,5 %, el trato fue de regular o malo respectivamente.

Considera que sus familiares le brinda el apoyo que necesita el 80,2 % de los adultos mayores, pero el 19,8 % plantea que no.

Los adultos mayores del grupo I y III no se sienten útiles en su medio familiar en el 16 y 28 % respectivamente, con porcentajes mayores que los del grupo II, el 9,9 %.

El 59 % de los ancianos, con resultados similares en los tres grupos, plantearon que siempre es respetada su privacidad, el 24,7 % refiere que casi siempre, pero el 16,3 % plantea que su privacidad es violada con más frecuencia (tabla 5).

El 64 % de la totalidad de los ancianos refiere que nunca sus familiares le han quitado la autoridad, el 23,6 % que casi nunca, pero el 10,4 % de los tres grupos de ancianos, sí refiere que sus familiares le han quitado la autoridad con mayor regularidad, fundamentalmente los del grupo III, lo cual ocurre en el 30 %.

Tabla 5. Discriminación del adulto mayor

Discriminación	Grupo I		Grupo II		Grupo III		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Sí	81	40,5	64	42,7	32	64,0	177	44,2
No	119	59,5	86	57,3	18	36,0	223	65,8
Total	200	100,0	150	100,0	50	100,0	400	100,0

Los problemas que más les preocupan a los ancianos en orden de frecuencia se pueden agrupar del modo siguiente: Problemas de salud personal y familiares en el 54,7 %, problemas económicos en el 45,2 %, problemas sociales en el 32 % y problemas familiares en el 15,2 %.

El 55,8 % representado por 223 ancianos de los tres grupos, plantea que no existe discriminación con el adulto mayor, pero el 44,2 % representado por 177 ancianos, refiere que sí, este criterio de discriminación prevalece en el grupo III en el 64 %.

De los 400 ancianos encuestados, 150 de ellos pertenecen al círculo de abuelos para un 35,5 %, estos son del grupo II y el resto no pertenece al círculo de abuelos por diversas razones, las cuales mostraremos por orden de frecuencia: Por enfermedades (predominan las pertenecientes al aparato osteomioarticular), no lo creen necesario todavía, por la necesidad de atender a sus familiares, por tener mucho trabajo en la casa y porque aún trabajan para el estado.

De los adultos mayores que pertenecen al círculo de abuelos y a la casa de abuelos, el 100 % afirma que estar en ese medio los ha ayudado a mantenerse integrados a la sociedad. El 26,7 %, representado por 107 adultos mayores fundamentalmente del grupo I, afirma que está más de 8 h solo, en el hogar.

Un pequeño grupo de ancianos (47 pacientes) considera que no son capaces de atenderse a sí mismos, los cuales pertenecen al grupo I y III, representados por el 17 y el 26 % respectivamente, debido en su mayoría a enfermedades y a las limitaciones propias de la edad.

El 94 % de los ancianos se consideran capaces de mantenerse integrados a la sociedad, esto en el grupo II está representado por el 100 % y en el grupo III por el 96 %, lo que afirma la utilidad del círculo de abuelo y la casa de abuelo respectivamente; en el grupo I lo considera un 89 %.

DISCUSIÓN

El sexo femenino está más representado en el grupo II, ya que tienen más motivación para realizar ejercicios.

Una de las razones por las que en el grupo II predominaron los ancianos de 60 y 69 años, es porque se encuentran en mejor estado físico, lo cual les permite realizar mejor las actividades del círculo de abuelos. El desarrollo de estas propicia que el adulto mayor enfrente situaciones reales, y ponga de manifiesto su autonomía.¹⁰

En los grupos I y III la mayor cantidad de adultos mayores tenían más de 70 y 80 años para un 67 y 56 % respectivamente, debido a que presentaban un mayor

número de limitaciones y tenían que asumir las actividades de la casa, lo cual les imposibilitaba incorporarse al círculo de abuelos, y a la casa de abuelos.

El porcentaje descrito en nuestra investigación de la cantidad de abuelos que padecen de enfermedades crónicas, es mayor que el descrito para Cuba (69,6 %), por autores cubanos.⁸

Podemos decir que estas enfermedades son las más frecuentes en el anciano, y deben ser controladas para evitar que se compliquen. Es de gran importancia el trabajo que realiza el médico para prevenir y tratar las enfermedades crónicas no transmisibles, principalmente a nivel de la atención primaria. También es fundamental la labor que realiza la enfermera en el primer nivel de atención, pues en su labor de promoción y prevención, influye directamente al "aplicar medidas especiales para prevenir las enfermedades crónicas no transmisibles", para que el anciano se mantenga como una fuerza activa y productiva en nuestra sociedad.¹¹

Entre los hábitos tóxicos predominó el café, consumido por 204 ancianos para un 51 %, seguido por el hábito de fumar con 32 adultos mayores para un 8 %, y en menor porcentaje la ingestión de bebidas alcohólicas con 8 ancianos para un 2 %, sin diferencias sustanciales en los tres grupos.

En los grupos II y III los estilos de vida no saludables ocurrían con menos frecuencia. Aunque se puede apreciar que a pesar de las acciones de salud a nivel de la atención primaria, continúa siendo un problema por resolver, el estilo de vida inadecuado, que debe cambiarse, para que mejore la calidad de vida del adulto mayor.

El uso de los medicamentos en ocasiones es indiscriminado y se sabe que el uso prolongado de algunos puede crear hábito. Al mejorar el estilo de vida podemos lograr que un mayor número de enfermedades que padecen los ancianos, sean controladas, sin que tengan que ingerir medicamentos, y así se evita la polifarmacia que por lo general trae complicaciones, y las gastrointestinales es una de las más frecuentes.

Los abuelos cuando presentan alguna situación de salud, acuden principalmente al consultorio del médico y enfermera de la familia y a los hospitales, seguidos por los policlínicos y las clínicas estomatológicas, por tanto, predomina la asistencia a nivel de la atención primaria; de esta manera se evidenció en los tres grupos encuestados. El 77,2 % acude al consultorio del médico y enfermera de la familia una vez al mes o más, lo cual confirma que la asistencia sanitaria a nivel primario es muy importante, ya que se encarga del mayor número de consultas médicas.

Los motivos de consulta al médico de la familia, demuestran en buena medida la aplicación de la medicina preventiva, tan importante, catalogada como la medicina del futuro, a la que todos los países aspiran.

Un grupo de los ancianos encuestados en los tres grupos seleccionados, sin grandes diferencias, reflejados en la tabla 4, no se ha sentido bien tratado en los diferentes niveles de asistencia médica, predomina la insatisfacción a nivel del C.M.E.F. Las causas fundamentales se pueden resumir en dos grupos: la deficiencia en la prestación de los servicios y la falta de profesionalidad en la asistencia médica. Se debe recordar que el enfermo que recurre a los servicios médicos, espera además de recibir un diagnóstico de su padecimiento y un tratamiento adecuado para recobrar su salud, ser reconocido como igual y que se le trate con respeto.¹² Si se analiza la relación del anciano con los trabajadores de la salud, se evidencia que a veces se considera al paciente adulto mayor, como un individuo débil, en ocasiones

indefenso, con grandes necesidades insatisfechas y trastornos invalidantes, que lo hacen dependiente de los demás.

Con frecuencia surgen aspectos legales y éticos que ofrecen aristas particulares y colocan al trabajador de la salud, ante algunos problemas cuya solución requiere de un profundo análisis y una preparación particular, en cuanto a los principios básicos de la especialidad. Su carencia plantea para el médico, nuevos elementos en el análisis ético de la atención de salud al anciano.⁴ Podemos decir, que se han incumplido los 4 principios de la bioética los cuales son: beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia.^{4,13,14,15}

Es violado el principio de beneficencia, ya que en ocasiones no se brindó todo el beneficio que los ancianos podían haber recibido, porque a veces la atención fue demorada.

El principio de no maleficencia, que es conocido y formulado desde la época hipocrática, y se refiere a la obligación de no hacer daño a los pacientes, con la conocida frase de *primum non nocere*⁶ no se cumple, porque existe maltrato en la comunicación y no se respeta su integridad psicológica, lo cual le proporciona daños en esa esfera.

El principio de justicia se viola, ya que no se le da a los adultos mayores lo que necesitan, lo que merecen y no pueden tener por las limitaciones que a veces presentan; y el de autonomía, porque no se respetan los valores y opciones personales de cada persona. No se debe olvidar que la dignidad del hombre está fundamentada en su autonomía y libertad, la cual se hace vulnerable cuando llega a la etapa de adulto mayor, por el deterioro fisiológico, las enfermedades, alteraciones psicológicas, y discapacidades.¹⁷ El personal de salud se encuentra en la obligación de brindar el trato adecuado, además, hay que considerar al adulto mayor como una persona integral, en un contexto holístico, con necesidades físicas, biológicas, psicológicas, sociales y espirituales propias,^{6,18} por lo que la atención debe ser de excelencia.

Los ancianos se sintieron maltratados por sus familiares, alegaron fundamentalmente que todo lo que hacen se lo critican, no se les da la atención que necesitan, no se preocupan por ellos, no les hacen caso y los maltratan.

No se debe olvidar que todas las personas merecen el mejor trato en todo momento, para que se sientan bien, y no se despierten sentimientos que los puedan herir y que provocarían como respuesta, la agresión a la persona que los está maltratando. Este buen trato del que hablamos es más importante y necesario cuando la persona ha vivido tanto, y tiene un mayor número de limitaciones que le impiden a veces, la plenitud de sus capacidades, lo cual la hace más vulnerable e indefensa.

Considera que sus familiares no le brinda el apoyo que necesita el 19,8 % de los adultos mayores, porcentaje menor que el encontrado en otro estudio realizado en Cuba en el 2003 donde se obtuvo que el 24,1 % de los ancianos no cuenta con el apoyo de su familia.¹⁹ En la relación anciano-familia, aparecen elementos que se introducen a partir de las diferencias intergeneracionales en las que se entremezclan elementos afectivos que positivos o negativos, matizan la relación en cada caso y van desde la sobreprotección, hasta el maltrato y la franca violencia, y dan lugar a violaciones de la ética que pueden influir en la salud del anciano.²⁰

Las razones fundamentales encontradas en nuestro estudio fueron: porque tienen poca ayuda en la casa, no se les brinda el apoyo espiritual que necesitan y no se

preocupan por ellos. Estas razones nos demuestran la poca atención que en ocasiones tiene el adulto mayor por parte de sus familiares, lo cual agrava aún más su situación, ya que no son pocas las limitaciones que tienen propias de la edad. Lo lógico, lo sensato, y lo que mayor satisfacción les daría, es que les brinden el cariño y amor que necesitan y esto está en manos de sus familiares.

No se sienten útiles debido a las limitaciones de su edad, ya que el mayor porcentaje del adulto mayor de los grupos I y III tiene más de 70 y 80 años respectivamente, y otras razones que alegan los ancianos es que son ignorados, que existen incomprensiones y que no los dejan hacer nada. Todo esto los hace más infelices.

Cuando la privacidad no es respetada esto produce un estado de insatisfacción, si no se respetan los valores ni las opciones personales de cada individuo, este no tiene autonomía y se es injusto, porque se le quita a la persona lo que verdaderamente necesita o le corresponde,²¹ por lo que los principios de autonomía y justicia son violados. Quitarles la autoridad a los abuelos es un acto que va en contra de la dignidad de la persona y es una forma más de discriminación.

En el grupo II los problemas económicos estuvieron presentes en el 53,3 % de los casos, predominaron sobre los problemas de la salud con un 50 %. De modo general los problemas que más les preocupan a los ancianos son los de la salud y los económicos.

En el grupo III la diferencia entre los distintos problemas es mayor, ya que los problemas de salud están representados por el 70 % y los económicos, los sociales y los familiares por el 16, 8 y 24 % respectivamente, lo cual está en relación con la edad, ya que en este grupo predominaron los adultos mayores de 70 años con un 88 %.

Cuando avanza la edad, los ancianos se sienten más discriminados y los motivos más frecuentes por los que consideran esto son: Porque abusan de ellos y son maltratados, ya que su criterio no se tiene en cuenta, y en ocasiones utilizan expresiones que los ofenden como "no le hagas caso, que tiene arteriosclerosis". También con frecuencia no lo atienden bien, no les dan la alimentación necesaria. Una parte de las generaciones más jóvenes no consideran ni respetan a los adultos mayores, dicen muchas palabras inapropiadas y en los servicios públicos son maltratados con frecuencia. Además, debido a su poder adquisitivo y a la sociedad en general, que no les brinda la atención esmerada que merecen.

Todo esto demuestra cómo este ser humano se siente maltratado y en ocasiones marginado, a veces por la familia y otras por la sociedad en general. Nos percatamos de que existe un gran desequilibrio; ya que son personas que desde el punto de vista biológico su organismo es más frágil, por lo que con mayor facilidad pueden aparecer las enfermedades. Tienen mayor número de limitaciones y a medida que avanza el tiempo tienden a empeorar debido a los cambios propios de la edad. Desde el punto de vista social, podemos apreciar, que también tienen limitaciones para lograr un buen desenvolvimiento.

Estos cambios biológicos y limitaciones sociales, sin duda influyen en el factor psicológico, lo que ocasiona una disminución para el desarrollo de sus capacidades. Se afecta su autoestima y disminuye la facultad para interactuar adecuadamente con su entorno y el medio que lo rodea, se afecta su salud y con esta, el pleno disfrute biológico, psicológico y social.

Podemos decir que el adulto mayor es un ser con grandes necesidades insatisfechas y trastornos en ocasiones invalidantes, que abren las puertas a situaciones legales y éticas.²² Debido a esto, el bienestar para este grupo de personas tan especiales, consiste en brindarles una atención muy esmerada por parte de la familia y la sociedad en general.

Existe un gran número de ancianos que no pertenecen al círculo de abuelos por razones que no lo justifican, y quizás sea por desconocimiento de las actividades que se realizan y de sus beneficios.

Los círculos de abuelos y la casa de abuelos, ayudan al adulto mayor a mantenerse integrado a la sociedad, lo cual se refleja en las opiniones que expresaron: Se realizan varias actividades, lo que ayuda a que el tiempo se pase muy entretenido, tenemos tranquilidad y paz, la atención es muy buena, es un lugar donde me siento bien, útil, me ayudan, me quieren y me respetan, me siento estimulado espiritualmente, soy otra persona desde que estoy aquí, cuando vine estaba deprimida, ahora me siento tan bien que a veces siento que este es mi centro laboral.

Los ancianos se sienten bien en los círculos de abuelos y en la casa de abuelos ya que son ayudados, son tratados con respeto, les brindan afecto y les dedican tiempo, algo necesario para que cualquier persona sea feliz.

La soledad para el adulto mayor no es buena, ya que la comunicación es muy importante y más a esa edad, para que puedan expresar todo lo que sienten, y se integren a la familia y a la sociedad.

En un estudio realizado en Cuba en el año 2000, se reportó que el 65,8 % de los ancianos necesitó ayuda para valerse,²³ por lo que la atención con este grupo de personas debe ser más esmerada por parte de la familia y la sociedad. Se debe recordar que la familia representa la fuente principal de ajuste sociopsicológico en el proceso de envejecimiento, debido a que es el medio que ofrece mayores posibilidades de apoyo y seguridad.²⁴

En estos momentos no se trata solamente de que aumente la esperanza de vida al nacer y mejore el estado de salud de la población mayor de 60 años, sino de que aumente la calidad de vida. En este sentido, si se elevara el conocimiento teórico con respecto a la ética hacia la tercera edad, entre los propios adultos mayores, vivirían una vida más digna, conscientes de que el respeto hacia su persona, no es el resultado de la generosidad de nadie, sino un derecho legítimo, el de ser respetados como personas.²⁵

El estado de salud de los adultos mayores de los 3 grupos no es bueno, por los antecedentes de enfermedades, hábitos tóxicos y porque un buen porcentaje tiene un estilo de vida no saludable. La asistencia médica es buena pero en una pequeña magnitud no fue la mejor, debido a la deficiencia en la prestación de los servicios y la falta de profesionalidad. En un grupo de abuelos el trato familiar no fue el mejor. Los ancianos se sintieron maltratados por sus familiares porque no les dan la atención que necesitan. Los problemas de salud y los económicos son los que más preocupan al adulto mayor, seguidos por los sociales y los familiares. Un porcentaje no despreciable de los adultos mayores considera que son discriminados, ya que la sociedad en general no les brinda la atención que necesitan.

Los círculos de abuelos y la casa de abuelos ayudan al adulto mayor a mantenerse integrado a la sociedad. Al realizar un enfoque biopsicosocial se demostró la interrelación de la bioética, con la gran cantidad de situaciones en las que el anciano puede estar incluido, y que la bioética es una disciplina útil para enfrentar

los problemas que presenta el adulto mayor, y puede ser el camino para que los trabajadores de la salud encuentren un enfoque más integrador, que garantice la calidad de vida del anciano.

Se recomienda construir una casa de abuelo por cada policlínico, para que el adulto mayor tenga una vida más sana, se integre a la sociedad, aprenda un estilo de vida más saludable y emplee el tiempo libre en diversas actividades. Incrementar las acciones de salud dirigidas al adulto mayor, a nivel de la atención primaria y secundaria, para que mejore su estilo de vida. Crear un Comité de Bioética en cada policlínico, que permita la disminución de los problemas del adulto mayor e incrementar la formación de círculos de abuelos, para que mejore la calidad de vida del adulto mayor.

Agradecimientos

A *María del Carmen Amaro*, por su valiosa ayuda en la revisión del artículo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ética y deontología. 2008 [citado 15 Ago 2010]. Disponible en: <http://www.scribd.com/doc/7274482/bioetica/>
2. Kottow MH. Introducción a la bioética. Santiago de Chile: Editorial Universitaria. 1995: 137-48.
3. Amador Romero FJ, Mayor Ríos JH, Tosar Alonso Z. Bioética y sida, el ser humano y su dignidad. Rev Cubana Salud Trabajo. 2005 [citado 15 Ago 2010];6(2). Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/rst/vol6_2_05/rst08205.html
4. Couso Seoana C, Zamora Anglada M, Purón Iglesias I, del Pino Boytel I. La bioética y los problemas del adulto mayor. MEDISAN. 1998 [citado 11 Jul 2010];2(3):30-5. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/san/vol2_3_98/san06398.htm
5. González J, Lasanta AM, Montalvo E, Lleo G, Suárez R, Pérez E. Bioética y derecho médico. Temas de medicina legal para estudiantes de derecho. La Habana: Editorial Félix Varela. 2004:227-8.
6. García LA, Rodríguez R. MoralesJJ, Encinas JE, Dhyver C, Trujillo Z. Abatimiento funcional. Geriatria. México: McGraw-Hill Interamericana; 2000.
7. Morfi S R. La salud del adulto mayor en el siglo XXI. Rev Cubana Enfermer. 2005 [citado 20 Jul 2010];21(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192005000300001&lng=es&nrm=iso&tlng=es
8. Álvarez R. Atención al adulto mayor. Temas de Medicina Familiar Integral. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2001.

9. Olmo J E, Mezquia N. Bioética y Adulto Mayor. 2009 [citado 20 Jul 2010]. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos45/bioetica-adulto-mayor/bioetica-adulto-mayor.shtml/>
10. González T, Vázquez M, Terry R, Molina M, Padrón M. Propuesta de actividades para el trabajo con el anciano discapacitado en la cátedra del adulto mayor. 2010 [citado 20 Jul 2010]. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos52/catedra-adulto-mayor/catedra-adulto-mayor2.shtml?monosearch>
11. Morfi S R. Atención del personal de enfermería en la gerontología comunitaria en Cuba. Rev Cubana Enfermer. 2007 [citado 20 Jul 2010]; 23(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086403192007000100005&lng=es&nrm=iso&tIng=es
- 12 Real Sánchez S. Discriminación y rechazo en la relación medico-paciente con VIH-SIDA. Implicaciones y propuesta ética. Portales Médicos.com. 2008 [citado 20 Jul 2010]. Disponible en: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/1245/4/Discriminacion-y-rechazo-en-la-relacion-medico-paciente-con-VIH-SIDA.-Implicaciones-y-propuesta-etica/>
13. Holstein Beller M. Prismas morales: ética y adulto mayor. Acta bioética. 2001 [citado 11 Jul 2010]; 7(1):43-55. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S1726-569X2001000100004&script=sci_abstract
14. García JC. La bioética en la práctica psicológica institucional. 2010 [citado 15 Ago 2010]. Disponible en: http://www.uaq.mx/psicologia/lamision/smbioetica_22.html
15. Pinto J, Cerero I, Díaz MA. Algunos aspectos bioéticos en los pacientes con sida. 2005 [citado 25 Jul 2010]. Disponible en: <http://www.revistaciencias.com/secciones/Salud-1.html>
16. Morales MR, Raso MS, Romero C. Dilema Bioético y Psicológico en Pacientes con VIH [Internet]. 2009 [citado 25 Jul 2010]. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos69/dilema-bioetico-psicologico-pacientes-vih/dilema-bioetico-psicologico-pacientes-vih.shtml/>
17. Fernández E V, Rondón R. Bioética. Dignidad humana y derechos del adulto mayor. 2008 [citado 20 Jul 2010]. Disponible en: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/1074/1/Bioetica-Dignidad-humana-y-derechos-del-adulto-mayor.html>
18. Rodríguez R, Morales JJ, Encinas JE, Hyver C, Trujillo Z. Controversias y términos difíciles en geriatría. Geriatría. México: Mc Graw-Hill Interamericana; 2000.
19. Estela B, Martínez A J, Núñez V. Características biopsicosociales en una población anciana. Rev Cubana Enfermer. 2003 [citado 25 Jul 2010]; 19(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086403192003000300007&lng=es&nrm=iso&tIng=es

20. Couso Seoane CI, Zamora Anglada M, Purón Iglesias I, Aurora del Pino I. La bioética y los problemas del adulto mayor. [citado 25 Jul 2010]. Disponible en: www.portaldoenvelhecimento.net/artigos/maio2007/bioetica.pdf
21. Suardiaz J. Aportes y limitaciones del principalismo en bioética. Bioética. Rev Centro de Bioética Juan Pablo I. 2006;6(1):6.
22. Olmo J, Mezquía N. Conceptos y principios básicos de la bioética. 2007 [citado 11 Jun 2010]. Disponible en: <http://www.monografias.com/conceptos-principios-basicos-bioetica.shtml/>
23. Figueredo N, Arcias R C, Díaz G. Caracterización del adulto mayor en la comunidad. Rev Cubana Enfermer [Internet]. 2003 [citado 20 Jul 2010];19(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192003000300008&lng=es&nrm=iso&tlng=es
24. Cabanes L. Tercera edad. Necesidad de educación en el adulto mayor. 2005 [citado 20 Jul 2010]. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos23/tercera-edad-educacion/tercera-edad-educacion.shtml?monosearch/>
25. Amaro M del C. El adulto mayor, pasado, presente y futuro en Cuba, desde el prisma de la bioética. Rev Marplatense de Filosofía. 2005;6(11):73-83.

Recibido: 15 de febrero de 2009.

Aprobado: 17 de septiembre de 2012.

Germán Brito Sosa. Hospital "Julio Trigo López". Calzada de Bejucal Km. 7 ½ Arroyo Naranjo. La Habana, Cuba.
Correo electrónico: germanbrito@infomed.sld.cu