



**UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA**  
**FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y SOCIALES**  
**ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL**



**CALIDAD DE VIDA EN LA ATENCIÓN DEL ADULTO MAYOR**  
**INSTITUCIONALIZADO: ESTUDIO COMPARATIVO VENEZUELA- MÉXICO,**  
**FEBRERO-ABRIL DEL 2019**

TRABAJO DE GRADO PRESENTADO ANTE LA UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA, COMO  
REQUISITO PARA OPTAR AL GRADO DE LICENCIADA EN TRABAJO SOCIAL

**Autor(as):**

Emma Ramírez C.I.V-24.437.737

Reymar Herrera C.I. V-22.522.267

**Tutor(a):**

Dra. Yudi Chaudary

Caracas, mayo de 2019



Universidad Central de Venezuela  
 Facultad de Ciencias Económicas y Sociales  
 Escuela de Trabajo Social  
 Comisión de Trabajo Especial de Grado



Veredicto de Trabajo Especial de Grado

Reunidos en:  
 Facultad de Farmacia, Sala de Video Conferencia

en fecha: 29 Mayo 2019

los profesores:

- 1.- Yudi CHAUDARY
- 2.- Sara Vera
- 3.- Margarita Rojas

designados por el consejo de escuela de fecha:

para evaluar el trabajo especial de grado, modalidad investigación, titulado:

Calidad de Vida del Adulto Mayor Institucionalizado  
 Estudio comparativo Venezuela - Mexico.

presentados por los bachilleres:

Nombre y apellido	C.I
1.- Emma Ramirez	24.437.737
2.- Reymer Herrera	22.522.267
3.-	

Hemos decidido evaluarlo con la calificación de:

APROBADO, MENCIÓN HONORÍFICA

Jurado evaluador

Tutor YUDI CHAUDARY	Firma <i>Yudi Chaudary</i>
Jurado Sara Vera	Firma <i>Sara M. Vera A.</i>
Jurado Margarita Rojas	Firma <i>Margarita Rojas</i>



## **DEDICATORIA**

*A nuestros padres, a quienes les debemos la vida; por darnos todo el apoyo y su cariño incondicional. Sin ellos jamás habríamos logrado este reto.*

*A nuestros hermanos, por ofrecernos su afecto, solidaridad e ingenuas palabras que llenan de alegría nuestra estancia en el hogar.*

*A nuestras familias, por preocuparse por nosotras y estar siempre dándonos una mano amiga cuando lo hemos necesitado.*

*A nuestra Escuela de Trabajo Social, por el meritorio y admirable labor en pro de formar profesionales de calidad y capacitados para aportar grandes cambios a nuestra sociedad, siempre en búsqueda del bienestar integral de las personas.*

*A cada uno de los adultos mayores, quienes sirvieron de inspiración para la realización de este trabajo de investigación, en especial aquellos que se encuentran en una residencia geriátrica.*

*Luego de esta extraordinaria experiencia definitivamente somos otras personas; con mayor crecimiento intelectual, emocional y espiritual.*

## **AGRADECIMIENTOS**

*Nuestro más sincero agradecimiento a todas aquellas personas que de una u otra forma contribuyeron a la culminación de un periodo de suma importancia en nuestras vidas.*

*A nuestra tutora la Dra. Yudi Chaudary, por su aporte en conocimientos, tiempo, dedicación y por estar siempre en el momento en que la necesitamos para la realización de este trabajo. Aprendimos de usted que no existen obstáculos que no podamos vencer.*

*A cada uno de los profesores de la Escuela de Trabajo Social que nos enseñaron año tras año y que sin duda forman parte indispensable en nuestra formación profesional.*

*Al personal directivo, administrativo y obrero; nuestro profundo agradecimiento por ser piezas fundamentales para el funcionamiento de nuestra casa de estudios.*

*Y finalmente, a las 4 instituciones que nos abrieron sus puertas para la realización de este trabajo de investigación en Venezuela a la Clínica Galipán C.A y el Centro Clínico San Cristóbal C.A., y en México a la Casa de Reposo los Ángeles y al Centro Geriátrico Casa Dorada.*

**UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA**  
**FACULTAD DE CIENCIAS ECONOMICAS Y SOCIALES**  
**ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL**

**Calidad de vida en la atención del adulto mayor institucionalizado: Estudio comparativo**  
**Venezuela- México, febrero-abril del 2019**

Autor(as): Emma Ramírez y Reymar Herrera

Tutor(a): Dra. Yudi Chaudary

Fecha: mayo de 2019

**RESUMEN**

El término adulto mayor es una nueva categoría que se ha implementado para denominar a las personas de 60 años y más; quien se caracteriza por ser un individuo de edad avanzada, perteneciente a la denominada Tercera Edad.

Actualmente, el incremento de la esperanza y mejora en la calidad de vida hicieron que, en las últimas décadas, el número de adultos mayores creciera en todo el mundo, trayendo como resultado lo que se ha denominado como el fenómeno del envejecimiento de la población.

Venezuela y México no escapan de esta realidad, de acuerdo con las proyecciones calculadas por los institutos de estadística de ambos países para el año 2050 un porcentaje considerable de sus habitantes tendrán entre 60 años y más, reflejando así el nombrado fenómeno poblacional.

El crecimiento de la población Adulta Mayor, implica un esfuerzo no solo por parte del Estado, en el desarrollo de políticas que garanticen las demandas y necesidades de su población, sino de todos y cada uno de los implicados y especialmente de la familia. Por tal motivo se hace necesario llevar a cabo un estudio comparativo entre Venezuela y México, que permita conocer la realidad de los Adultos Mayores en estos dos países, con el fin de aportar sugerencias que contribuyan a mejorar su atención integral en aras de promover una calidad de vida digna para ellos.

En este caso, el estudio estará enfocado hacia aquellos que se encuentran institucionalizados, haciendo especial hincapié en el rol del Trabajador Social.

El objetivo de la presente investigación es realizar un estudio comparativo de la atención de los Adultos Mayores institucionalizados en los municipios Cuautitlán Izcalli, Atizapán de Zaragoza y Naucalpan de Juárez del Estado de México, México y del Área Metropolitana de Caracas, Venezuela entre los meses de febrero-abril del año 2019.

**Palabras clave:** adulto mayor, envejecimiento de la población, familia, geriátricos, calidad de vida, atención, política social, Estado.

## ABSTRACT

The term older adult is a new category that has been implemented to refer to people 60 years and older; which is characterized by being an elderly person, belonging to the so-called Third Age. Currently, the increase in hope and improvement in the quality of life made that, in recent decades, the number of older adults grew throughout the world, resulting in what has been called the phenomenon of population aging.

Venezuela and Mexico do not escape this reality, according to the projections calculated by the statistical institutes of both countries for the year 2050 a considerable percentage of its inhabitants will be between 60 years and more, reflecting the so-called population phenomenon.

The growth of the older adult population implies an effort not only by the State, in the development of policies that guarantee the demands and needs of its population, but of each and every one of those involved and especially of the family. For this reason it is necessary to carry out a comparative study between Venezuela and Mexico, which allows to know the reality of the Elderly in these two countries, with the purpose of contributing suggestions that contribute to improve their integral attention in order to promote a quality of a decent life for them.

In this case, the study will be focused on those who are institutionalized, with special emphasis on the role of the Social Worker.

The objective of the present investigation is a comparative study of the care of the institutionalized older adults in the municipalities of Cuautitlán Izcalli, Atizapán de Zaragoza and Naucalpan of the State of Mexico City, Mexico and the Metropolitan Area of Caracas, Venezuela between the months of February -April of the year 2019.

**Keywords:** elderly adult, aging population, family, geriatric, quality of life, attention, social policy, State

## ÍNDICE GENERAL

<i>DEDICATORIA</i> .....	ii
<i>AGRADECIMIENTOS</i> .....	iii
RESUMEN .....	iv
ABSTRACT.....	v
INTRODUCCIÓN .....	15
CAPÍTULO I .....	20
ASPECTOS INTRODUCTORIOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	20
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	20
1.2. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	34
1.2.1. Objetivo general. ....	34
1.2.2. Objetivos específicos.....	35
1.3. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.....	35
1.4. ALCANCES Y LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN.....	36
1.4.1. Alcances: .....	36
1.4.2. Limitaciones: .....	37
1.5. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN .....	37
CAPÍTULO II.....	41
ENVEJECIMIENTO Y CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR .....	41
2.1. ADULTO MAYOR Y ENVEJECIMIENTO .....	41
2.1.1. Cambios fundamentales a nivel fisiológico durante el envejecimiento. ....	49
2.1.1.1. Las funciones de movimiento: .....	50
2.1.1.2. Las funciones sensoriales:.....	50
2.1.1.3. Las funciones cognitivas:.....	51

2.1.1.4.	La sexualidad: .....	52
2.1.1.5.	Las funciones de la piel: .....	53
2.1.2.	Cambios producidos a nivel psico-afectivo durante el envejecimiento. ....	53
2.1.2.1.	Crisis de identidad en el adulto mayor:.....	54
2.1.2.2.	La depresión:.....	55
2.1.2.3.	Las demencias:.....	56
2.1.3.	Violencia o maltrato al Adulto Mayor.....	58
2.2.	DERECHOS HUMANOS DEL ADULTO MAYOR .....	60
2.2.1.	Bases legales.....	61
2.2.1.1.	Marco legal en Venezuela referente al Adulto Mayor:.....	64
2.2.1.2.	Marco legal en México referente al Adulto Mayor: .....	68
2.3.	CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR .....	73
2.4.	ENVEJECIMIENTO ACTIVO Y SALUDABLE.....	76
2.4.1.	Envejecimiento Activo. ....	77
2.4.2.	Envejecimiento Saludable. ....	79
CAPÍTULO III.....		82
ATENCIÓN AL ADULTO MAYOR .....		82
3.1.	POLÍTICA SOCIAL DIRIGIDA AL ADULTO MAYOR .....	82
3.1.1.	Política social dirigida al Adulto Mayor en Venezuela.....	85
3.1.2.	Política social dirigida al Adulto Mayor en México.....	92
3.2.	ATENCIÓN AL ADULTO MAYOR.....	101
3.2.1.	Papel de la familia en la atención del Adulto Mayor. ....	103
3.2.2.	Los geriátricos (Atención institucional al Adulto Mayor).....	107
3.2.2.1.	El espacio residencial y las infraestructuras: .....	108
3.2.2.2.	La distribución espacial de un Centro Residencial:.....	109



3.2.2.3.	Funcionamiento de un Centro Residencial: .....	110
3.2.2.4.	Áreas funcionales de un Centro Residencial: .....	111
3.2.3.	Interdisciplinariedad en la atención del Adulto Mayor. ....	112
3.2.3.1.	Principales funciones de los diferentes profesionales del equipo:.....	113
3.2.4.	La gerontología y la geriatría.....	116
3.2.5.	Parámetros de los Centros Residenciales para el Adulto Mayor en Venezuela. ....	118
3.2.6.	Parámetros de los Centros Residenciales para el Adulto Mayor en México.....	120
3.3.	TRABAJO SOCIAL Y ADULTO MAYOR .....	125
CAPÍTULO IV.....		129
ABORDAJE METODOLÓGICO .....		129
4.1.	TIPO DE ESTUDIO O INVESTIGACIÓN.....	129
4.2.	DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	130
4.3.	POBLACIÓN O UNIVERSO DE ESTUDIO .....	130
4.4.	DEFINICIÓN DE MUESTRA, TIPO, TAMAÑO Y OBTENCIÓN .....	132
4.5.	DEFINICIÓN DE VARIABLES .....	134
4.6.	SELECCIÓN, ADAPTACIÓN Y/O DISEÑO DE INSTRUMENTO .....	136
4.7.	PROCESAMIENTO DE INFORMACIÓN.....	147
4.8.	RESULTADOS, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.....	147
4.8.1.	Instituciones seleccionadas en Venezuela y México.....	147
4.8.2.	Datos sociodemográficos y personales de los AM institucionalizados en Venezuela (Clínica Galipán C.A - Centro Clínico San Cristóbal C.A.) y México (Casa de Reposo los Ángeles - Centro Geriátrico Casa Dorada). ....	156
4.8.3.	Dimensiones de Calidad de Vida de los AM institucionalizados en Venezuela (Clínica Galipán C.A - Centro Clínico San Cristóbal C.A.) y México (Casa de Reposo los Ángeles - Centro Geriátrico Casa Dorada). ....	163
CAPÍTULO V.....		175

CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS.....	175
5.1. CONCLUSIONES .....	175
5.2. SUGERENCIAS .....	182
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	185
ANEXOS .....	193

## LISTA DE TABLAS

<b>Tabla 1.</b> Enfoques del proceso de envejecimiento.....	44
<b>Tabla 2.</b> Teorías sobre el proceso de envejecimiento.....	47
<b>Tabla 3.</b> Marco legal del adulto mayor Venezuela-México.....	73
<b>Tabla 4.</b> Políticas del Estado venezolano y mexicano en atención al adulto mayor.....	98
<b>Tabla 5.</b> Población adulta mayor en Venezuela años 2005, 2015, 2050 (Transición demográfica).....	100
<b>Tabla 6.</b> Población adulta mayor en México años 2005, 2015, 2050 (Transición demográfica).....	100
<b>Tabla 7.</b> Población adulta mayor por sexo en Venezuela y México 2005, 2015, 2050 (Transición demográfica).....	100
<b>Tabla 8.</b> Parámetros generales de los geriátricos en Venezuela y México.....	121
<b>Tabla 9.</b> Datos de las Residencias Geriátricas.....	131
<b>Tabla 10.</b> Residencias Geriátricas seleccionadas en Venezuela y México en el primer semestre de 2019.....	133
<b>Tabla 11.</b> Número de AM por institución.....	134
<b>Tabla 12.</b> Variables de la investigación.....	135
<b>Tabla 13.</b> Matriz de variables evaluadas en el instrumento Atención del AM Institucionalizado.....	138
<b>Tabla 14.</b> Matriz de variables sociodemográficas evaluadas en el AM institucionalizado.....	142
<b>Tabla 15.</b> Matriz de variables del instrumento MQLI/Sp.....	144
<b>Tabla 16.</b> Residencias Geriátricas seleccionadas en Venezuela y México.....	147
<b>Tabla 17.</b> Áreas de atención evaluadas en la encuesta “Atención integral al AM institucionalizado” Venezuela y México.....	149
<b>Tabla 18.</b> Servicios Generales evaluados en la encuesta “Atención integral al AM institucionalizado” Venezuela y México.....	152
<b>Tabla 19.</b> Infraestructura física evaluada en la encuesta “Atención integral al AM institucionalizado” Venezuela y México.....	154

<b>Tabla 20.</b> Percepción de las dimensiones de la calidad de vida en el Adulto Mayor institucionalizado Venezuela-México.....	163
--	-----

## LISTA DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 1.</b> Distribución por edades: Adultos Mayores institucionalizados en Venezuela y México.....	156
<b>Gráfico 2.</b> Distribución por sexo: Adultos Mayores institucionalizados en Venezuela y México.....	157
<b>Gráfico 3.</b> Distribución por estado civil: Adultos Mayores institucionalizados en Venezuela y México.....	158
<b>Gráfico 4.</b> Distribución por escolaridad: Adultos Mayores institucionalizados en Venezuela y México.....	158
<b>Gráfico 5.</b> Distribución por recursos económicos: Adultos Mayores institucionalizados en Venezuela y México.....	159
<b>Gráfico 6.</b> Distribución por uso de medicamentos: Adultos Mayores institucionalizados en Venezuela y México.....	160
<b>Gráfico 7.</b> Distribución por patologías: Adultos Mayores institucionalizados en Venezuela y México.....	161
<b>Gráfico 8.</b> Distribución por actividades físicas o recreativas: Adultos Mayores institucionalizados en Venezuela y México.....	162
<b>Gráfico 9.</b> Distribución por actividades físicas o recreativas: Adultos Mayores institucionalizados en Venezuela y México.....	163
<b>Gráfico 10.</b> Distribución por percepción de bienestar físico: Adultos Mayores institucionalizados en Venezuela y México.....	165
<b>Gráfico 11.</b> Distribución por percepción de bienestar psicológico/social: Adultos Mayores institucionalizados en Venezuela y México.....	166
<b>Gráfico 12.</b> Distribución por percepción de autocuidado y funcionamiento independiente: Adultos Mayores institucionalizados en Venezuela y México.....	167
<b>Gráfico 13.</b> Distribución por percepción de funcionamiento ocupacional: Adultos Mayores institucionalizados en Venezuela y México.....	168
<b>Gráfico 14.</b> Distribución por percepción de funcionamiento interpersonal: Adultos Mayores institucionalizados en Venezuela y México.....	169
<b>Gráfico 15.</b> Distribución por percepción de apoyo social/emocional: Adultos	

Mayores institucionalizados en Venezuela y México.....	170
<b>Gráfico 16.</b> Distribución por percepción de apoyo comunitario y de servicio: Adultos Mayores institucionalizados en Venezuela y México.....	171
<b>Gráfico 17.</b> Distribución por percepción de satisfacción personal: Adultos Mayores institucionalizados en Venezuela y México.....	172
<b>Gráfico 18.</b> Distribución por percepción de satisfacción espiritual: Adultos Mayores institucionalizados en Venezuela y México.....	173
<b>Gráfico 19.</b> Distribución por percepción global de calidad de vida: Adultos Mayores institucionalizados en Venezuela y México.....	174

## LISTA DE ANEXOS

<b>ANEXO 1.</b> Listado de residencias geriátricas ubicadas en el área metropolitana de Caracas, Venezuela; y en los municipios Cuautitlán Izcalli, Atizapán de Zaragoza y Naucalpan de Juárez del estado de México, México.....	194
<b>ANEXO 2.</b> Instrumento Guía de Observación.....	201
<b>ANEXO 3.</b> Instrumento Atención del AM Institucionalizado.....	203
<b>ANEXO 4.</b> Encuesta sobre características sociodemográficas y personales.....	208
<b>ANEXO 5.</b> Instrumento Índice Multicultural de Calidad de Vida (Mqli/Sp) con Formato de Respuesta Múltiple Likert.....	210
<b>ANEXO 6.</b> FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	213

## INTRODUCCIÓN

La definición de Tercera Edad, nace en la *Asamblea Mundial del Envejecimiento* en el año de 1985, donde se acordó que a partir de los 60 años de edad, las personas son consideradas como ancianas o viejas; llamándose hoy Adultos Mayores (AM de ahora en adelante).

El AM se caracteriza por experimentar un progresivo declive en las funciones orgánicas y psicológicas asociadas a la pérdida de capacidades sensoriales y cognitivas. Sin embargo, estas pérdidas pueden ser diferentes para cada uno, debido a que no todos envejecen de la misma forma. Existen casos en lo que los AM viven una larga vida sana hasta prácticamente su muerte y va a depender en gran medida de su estilo y calidad de vida.

Actualmente gracias a los avances tecnológicos, la mejora en los sistemas de salud, entre otros; han permitido que los AM puedan tener mejores condiciones y una vida de calidad, aumentando progresivamente su proporción en la población, trayendo como resultado lo que se ha denominado como el fenómeno del envejecimiento de la población, lo que representa hoy un reto para la sociedad a nivel mundial.

América Latina, pese a que por mucho tiempo fue catalogada como una región joven, no escapa de esta realidad, y aunque la rapidez con que avanza el fenómeno de un país de la región con respecto a otro es distinta, todos van en vías del mismo escenario.

Tales son los casos de Venezuela y México los cuales de acuerdo a estadísticas oficiales para el año 2050 su población estará conformada por un elevado número de AM, quienes desde ya demandan una respuesta por parte del Estado y los organismos competentes.

Venezuela, a diferencia de México, presenta una característica particular durante los últimos años como consecuencia de la crisis económica, política y social por la que atraviesa el país, ocasionando que millones de venezolanos abandonen el territorio nacional en la búsqueda de mejores condiciones de vida, siendo la mayoría jóvenes y adultos en



edades comprendidas entre los 18 y 40 años. Todo ello sin contar con el bajo alcance de las políticas empleadas por el gobierno en relación a la población mayor, quienes en su defecto, serían los que se están quedando en el país.

México quien afortunadamente cuenta con una economía estable, a pesar de los altos índices de corrupción, sus políticas sociales parecen no satisfacer las necesidades más básicas de su población AM, además de la exclusión de miles de AM de los beneficios de su principal programa de pensiones.

Es por ello que la presente investigación busca resaltar más allá del papel del Estado, el rol tan importante que tiene la familia en los cuidados del AM, considerándose los principales responsables en la atención de muchas de sus necesidades.

La familia constituye uno de los recursos más importantes en cualquier situación que pueda presentarse dentro y fuera de la misma, y en la vejez, debe o debería ser la encargada de prestar atención directa en el ámbito de las relaciones socio-afectivas; considerándose como la más idónea para proporcionar sentimientos de arraigo y seguridad, ofrecer sentimientos de capacidad, utilidad, autoestima, confianza y apoyo social a los AM que sufren problemas de salud o un deterioro grave en su autonomía personal.

Sin embargo, el envejecimiento trae consigo múltiples cambios en las personas AM, quienes pueden presentar dificultades como la salud física, desorientación, fallos de memoria, entre otros, lo que conlleva a que dentro de la familia pueda desencadenarse un elevado grado de estrés, que generen consecuencias no sólo para la atención del AM sino también para su propia salud.

Por lo que el cuidado y la atención de las personas con edad avanzada no es una tarea fácil, y menos si no se tiene la información necesaria sobre cómo actuar en las enfermedades asociadas a la vejez como por ejemplo el Alzheimer y la demencia senil, las cuales producen síntomas que podrían salirse de control de aquellos que fungen como cuidadores o familiares de los AM que la padecen.

En esos casos, la disposición de los miembros para atender a un AM puede ser reforzado con la contribución de servicios de apoyo y complementarios. En ocasiones, la institucionalización consigue ser la mejor opción para el AM y para los familiares, pues ciertas patologías requieren de cuidados especiales que no pueden brindarse en la casa.

Estos cuidados se brindan en Instituciones públicas o privadas creadas para tal fin, cuyo objetivo fundamental debe ser ayudar a las familias a cuidar al AM que padece de alguna enfermedad que supere las capacidades de la familia para su atención.

La presente investigación se realizó con el interés de conocer la calidad de vida en la atención del AM institucionalizado a través de un estudio comparativo entre Venezuela y México, resaltando el papel del Trabajador Social en su rol de dinamizador de procesos familiares, en su labor de orientar y procurar que los lazos familiares se vean lo menos afectados, ante los cambios producidos por la vejez y ante la opción de considerar la institucionalización del AM.

Asimismo, se buscó detectar las diferencias y semejanzas entre las políticas ejecutadas por el Estado venezolano y el mexicano, dirigidas a la atención del AM, lo cual permitió observar aspectos que las diferencian y podrían considerarse en algunos casos positivos y en otros negativos para el desarrollo de una política, verificando la concordancia con las teorías generales acerca del tema, así como los aspectos más relevantes de la atención del AM institucionalizado en ambos países, a través de la caracterización de la población AM, la identificación de las áreas de atención en los geriátricos y la infraestructura física destinada a la atención de los AM institucionalizados, con el objetivo de aportar sugerencias que contribuyan mejorar la atención integral al AM.

El presente estudio es de tipo comparativo-descriptivo con un enfoque cualitativo y con un diseño de campo no experimental, cuya información fue obtenida a través de la difusión de un Formulario de Google, a un determinado número de instituciones que así lo permitieran, con una serie de preguntas de selección simple y múltiple y a través de la visita a instituciones a quienes se les realizó la encuesta personalmente y con el apoyo de una

guía de observación. Una vez que permitieran el contacto con los AM, se les pudo suministrar una encuesta a aquellos quienes estuviesen en la posibilidad de responder.

Este trabajo se organiza de la siguiente manera:

Capítulo I. Aspectos introductorios de la investigación, en este capítulo se llevó a cabo una revisión tanto bibliográfica como de las investigaciones realizadas con anterioridad, relacionadas con el tema en cuestión, que sirvieron de sustento teórico. Asimismo se realizó un pequeño resumen sobre los antecedentes de la investigación, la descripción del problema, y los objetivos (generales y específicos) generados de ese planteamiento, justificando posteriormente la relevancia del trabajo así como los alcances y limitaciones que de él se desprenden.

Capítulo II. Envejecimiento y calidad de vida del Adulto Mayor, el siguiente capítulo desarrollo toda la parte teórica sobre el envejecimiento y el AM, el análisis de las teorías y los cambios que se producen tanto a nivel fisiológico como psico-afectivo, la violencia o el maltrato hacia el AM, sus Derechos Humanos, el marco legal tanto a nivel internacional como del Estado venezolano y mexicano, la calidad de vida desde sus diferentes ámbitos y finalmente lo que es el Envejecimiento Activo y Saludable.

Capítulo III. Atención al Adulto Mayor, a partir de este capítulo se desarrollaron las políticas sociales dirigidas a este sector de la población, en este caso, las empleadas en Venezuela y México, para luego abarcar su atención, tanto a nivel familiar como institucional, y finalmente resaltar el rol del Trabajo Social y su abordaje con los AM como población vulnerable.

Capítulo IV. Abordaje metodológico, en función del cumplimiento de los objetivos de la investigación, este capítulo engloba el tipo y diseño de investigación, variables, población, muestra, selección, adaptación y/o diseño del instrumento utilizado, para la recolección de información relevante, así como el procesamiento y análisis de dicha información. En este capítulo se presenta los distintos pasos requeridos para conocer la

calidad de la atención de los AM institucionalizados a partir de las instituciones seleccionadas para el estudio.

Capítulo V. Conclusiones y Sugerencias, este capítulo resume a grandes rasgos los elementos más importantes encontrados en la investigación. Igualmente el aporte de sugerencias tanto a nivel general como institucional que contribuyan a mejorar la atención integral del AM.

## **CAPÍTULO I**

### **ASPECTOS INTRODUCTORIOS DE LA INVESTIGACIÓN**

Al momento de llevar a cabo una investigación es de suma importancia efectuar una revisión tanto bibliográfica como de las investigaciones realizadas con anterioridad, relacionadas con el tema en cuestión, que sirvan de sustento teórico. Para ello se realiza un pequeño resumen sobre los antecedentes de la investigación, la descripción del problema, y los objetivos (generales y específicos) generados de ese planteamiento, justificando posteriormente la relevancia del trabajo así como los alcances y limitaciones que de él se desprenden.

#### **1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

El término AM es una categoría que se ha implementado para denominar a las personas de 60 años y más. Se caracteriza por ser un individuo de edad avanzada, perteneciente a la denominada Tercera Edad. Comúnmente experimenta un progresivo decline en las funciones orgánicas y psicológicas asociado a la pérdida de capacidades sensoriales y cognitivas. Estas pérdidas son diferentes para cada individuo, debido a que no todos envejecen de la misma forma. Existen casos en lo que los AM viven una larga vida sana hasta prácticamente su muerte; el estilo de vida, acompañado de una alimentación balanceada, la actividad física y el apoyo familiar y social, van a incidir considerablemente en un envejecimiento saludable.

En las últimas décadas la esperanza y mejora de la calidad de vida, producto de distintos factores, como los avances tecnológicos y sistemas de salud óptimos, entre otros, han facilitado el incremento del número de AM en el mundo. La proporción de personas de 60 años y más está aumentando rápidamente en relación a cualquier otro grupo de edad, trayendo como resultado lo que se ha denominado como el fenómeno del envejecimiento de la población, constituyendo un reto para la sociedad.

El envejecimiento de la población puede definirse como “el aumento progresivo de la proporción de ancianos en relación con el total de los habitantes de una comunidad o país” (Salgado, 1982, p. 21; Reyes Valles, 2003), esto se debe a una serie de factores tales como la disminución en la tasa de natalidad, la modernización tecnológica dentro del campo de la salud y el control de las enfermedades, que repercuten notablemente en el progresivo aumento de la población AM.

Según el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE, 2006):

A medida que el proceso de envejecimiento va avanzando, el ritmo de crecimiento de la población muestra un incremento mucho más acelerado en el tramo de 60 años de edad y más, por efecto de la disminución de la mortalidad adulta y por la entrada en las edades adultas de generaciones numerosas nacidas en la etapa de alta fecundidad, mientras que, a causa de la baja en la fecundidad, la población menor de 15 años comienza a desacelerar su ritmo de incremento.

Esta situación ha propiciado la preocupación de distintos Estados y organizaciones a nivel mundial en el estudio, análisis e investigación de este fenómeno en la población. Una de las más destacadas es la Organización mundial de la Salud (OMS de ahora en adelante) la cual publicó el *Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud* (2015) donde expresa que “pretende trasladar a un territorio nuevo y mucho más amplio el debate acerca de cuál es la respuesta de salud pública más apropiada al envejecimiento de la población”. Asimismo, pone de manifiesto que “con las políticas y los servicios adecuados, el envejecimiento de la población puede verse como una buena y nueva oportunidad, tanto para las personas como para las sociedades”. (p. vii)

Es por ello que “El marco resultante para adoptar medidas de salud pública ofrece una serie de acciones concretas que pueden adaptarse para usar en países de todos los niveles de desarrollo económico”:

El enfoque recomendado ante el envejecimiento de la población, que tiene en cuenta la sociedad e incluye el objetivo de construir un mundo favorable a las personas mayores, requiere transformar los sistemas de salud del modelo curativo a la prestación de cuidados integrales, centrados en las necesidades de las personas mayores. (p. viii)

(...) Sin embargo, en un estudio reciente sobre los progresos realizados a nivel mundial desde 2002, que abarcó más de 130 países, se señaló que “en las políticas de salud, el reto de la transición demográfica tiene prioridad baja”; “se registran bajos niveles de formación en geriatría y gerontología en las profesiones de la salud, a pesar del creciente número de personas mayores”. (p. 4)

América Latina y el Caribe, no escapan de esta realidad, pese a que por mucho tiempo fue reconocida como una región joven con altas tasas de fecundidad y natalidad, avanza con rapidez hacia el envejecimiento de su población. En palabras de Paulo Saad, Director del Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE), urge que los países implementen políticas públicas que respondan a la nueva estructura demográfica.

Uno de los factores que ha colaborado en el envejecimiento de la población en América Latina es el descenso en la tasa de fecundidad. Los primeros países en los que se mostró esta reducción fueron Argentina y Uruguay que, en las últimas décadas del siglo XX, llegaron a 3.0 nacimientos por mujer; en el resto de los países en términos generales, a finales de la década de los sesenta osciló entre 4.0 y 7.0 nacimientos (Revista CHUBB Asegurados, s.f.).

Una vez iniciado el descenso en la tasa de fecundidad, la tendencia no se ha detenido. Los casos extremos fueron Brasil y México, donde en 1950 registraron una tasa de 6.2 y 6.7 nacimientos, respectivamente, y en ambos países llegó a 2.2 en 2010 (Revista CHUBB Asegurados, s.f.).

De acuerdo a Jackson, Strauss y Howe (2009):

Argentina y Uruguay destacan por tener las poblaciones más viejas en la región, esto debido a que los índices de fecundidad decrecieron antes que en otros países. Detrás de ellos dos, México, Brasil y Chile aún son jóvenes, pero se prevé que su población en este segmento, comparando las cifras del 2050 con el año 2005, decrezca entre 13% (Brasil) y 29.1% (México).

En el otro extremo están Bolivia, Ecuador, Perú y Venezuela, donde la tasa de fecundidad es todavía superior a la tasa de reemplazo y donde la ola de envejecimiento no incidirá de manera tan pronunciada. Si bien en cada país la transición demográfica se da a

diferente velocidad, también es cierto que en todos la tasa de fecundidad cada vez más baja está empujando la ola de envejecimiento (Revista CHUBB Asegurados, s.f.).

Como se puede observar este fenómeno poblacional es una realidad que arropa a los países de la región latinoamericana, que a pesar de las particularidades de cada uno, van en vías del mismo escenario.

Sin embargo, el presente estudio hará referencia solo a los casos de Venezuela y México, por ser parte fundamental de la investigación.

En el caso venezolano, las proyecciones del Instituto Nacional de Estadística (INE) la estructura de la población ha presentado datos donde, los AM, quienes no llegaban ni al 10% de los habitantes, para el año 2050 alcanzarían una cifra de 17,8%, lo que equivaldría a 7.207.862 de habitantes; respondiendo a un crecimiento considerable de lo que podría ser la población venezolana en los próximos años, pudiendo reflejar así el nombrado fenómeno poblacional.

Sumado a ello la crisis económica y social por la cual atraviesa Venezuela durante los últimos años, ha traído como resultado que millones de venezolanos se desplacen hacia otras fronteras (la llamada diáspora) en busca de mejores condiciones y calidad de vida, donde la mayoría de las personas la conforman jóvenes y adultos en edades laborales (18 a 40 años), de acuerdo a las cifras arrojadas por la Encuesta de Condiciones de Vida (ENCOVI) realizada en el año 2017.

De hecho, según un artículo publicado por el periódico El Nacional (2015), titulado *Características y consecuencias del proceso migratorio en Venezuela*, establece que Venezuela, fue un país receptor de inmigrantes de diferentes partes del mundo, enfrenta hoy en día un duro proceso de emigración que no se había visto antes:

En los últimos quince años, más de millón y medio de venezolanos se han ido a otras naciones en busca de una mejor calidad de vida informa El Impulso en un trabajo especial. El sociólogo Iván de la Vega (UCV), que investiga la importancia del capital intelectual para el desarrollo de los países, refiere que 1.6 millones de venezolanos han emigrado tras los despidos de la industria petrolera y el deterioro progresivo del país. De ese monto, más del 51% son



profesionales con especializaciones, postgrados, maestrías o doctorados (...) A la fecha, no existen políticas públicas por parte del Gobierno para aminorar este éxodo masivo, no hay medidas para contactarlos y captarlos, advierte De la Vega.

Un poco más de la mitad de las personas que han salido del país son jóvenes profesionales, lo que implica una pérdida considerable de potencial y talento humano que aporte al desarrollo productivo del país. Ello supondría que quienes se están quedando son niños y AM, lo que sugiere preguntarse ¿Bajo qué condiciones?

En el caso de México, “de acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI, 2000), para el año 2050 se tendrá una población total de 132 millones de habitantes, de quienes 12.5 millones corresponderán al grupo de 60 y más años, es decir, uno de cada cuatro habitantes será considerado adulto mayor” (Flores, M., Vega, G., y González, J., 2011, p. 11). Más recientemente las Proyecciones de Población que elabora el Consejo Nacional de Población (CONAPO, 2017) el número de AM asciende a poco más de 8 millones de personas. Además, se estima que para el 2050 esta población aumentará a 24.4 millones; en términos relativos, la proporción de este grupo etario crecerá de 7.2 a 16.2 por ciento, aproximadamente el doble de lo que se estimaba en el año 2011.

Dicho fenómeno representará un fuerte impacto no sólo en la economía de las familias mexicanas, sino también a nivel social y macroeconómico, así como también en el tema de las pensiones. La población en edad de trabajar (15 a 64 años de edad) deberá sostener el peso de un numeroso conjunto de personas retiradas de la vida laboral (...) debido a que se presentarán cambios sociales importantes, tales como el aumento de hogares con personas adultas mayores, lo cual significa una mayor dependencia de estas últimas. Se calcula que la razón de dependencia de las personas mayores aumentará en el 2050 a 26 adultos mayores dependientes por cada 100 en edades laborales, lo que representa un desafío para la población joven debido a que la tendencia creciente perdurará (Portal web El Economista, 2018).

Si no se modifican las políticas públicas y no se reforma el sistema de pensiones actual, la protección social y el monto de las pensiones podrían no cubrir por completo las demandas de la población adulta mayor. Por otro lado, de no presentarse un cambio en este contexto, la pobreza y las desigualdades en la vejez podrían aumentar (Portal web El Economista, 2018).

Dentro de toda esta situación, teniendo en cuenta el impacto que implica en una sociedad el envejecimiento de su población, el rol que asuma el Estado será indispensable para el desarrollo de políticas que generen mecanismos capaces de dar respuestas a las necesidades y demandas de su población y, en este tema, de los AM los cuales se ha previsto representaran un número importante en estos dos países latinoamericanos.

Tanto el Estado venezolano como el mexicano son consagrados como Estados protectores y promotores de los Derechos Humanos, de cada uno de sus habitantes, sin distinción ni discriminación de ningún tipo:

El Estado venezolano es declarado como un “Estado democrático y social de Derecho y de Justicia”, así establecido en la Constitución de 1999 de la República Bolivariana de Venezuela (en adelante CRBV, Art. 2).

“Como Estado social, se debe a “la defensa y el desarrollo de la persona y el respeto a su dignidad, (...) así como la garantía y cumplimiento de los principios, derechos y deberes reconocidos y consagrados en esta Constitución” (Art. 3, CRBV). El Estado debe garantizar a toda persona, “conforme al principio de progresividad y sin discriminación alguna, el goce y ejercicio irrenunciable, indivisible e interdependiente de los derechos humanos” (Art. 19, CRBV).

Como sujeto obligado, se debe a un sistema de protección, que permita responder a las necesidades de su población con el fin de que los mismos gocen de una calidad de vida digna (Art. 86, CRBV).

Sobre esta lógica, se crea la *Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social (LOSSS)* para el año 2002, destinada a atender las contingencias objeto de la protección de dicho Sistema. La misma está integrada por un conjunto de sistemas y regímenes prestacionales, entre ellos el Régimen Prestacional abocado al AM y otras categorías de personas incluido dentro del Sistema Prestacional de Previsión Social. Este se crea con el objeto de garantizar la atención integral, a fin de mejorar y mantener la calidad de vida y bienestar social de los AM y otras categorías de personas, bajo el principio de respeto a su dignidad humana (Art.

56 LOSS); regido por el Vice-Ministerio de la Suprema Felicidad, adscrito al Ministerio del Poder Popular para el Despacho de la Presidencia; cuya gestión la realiza el Instituto Nacional de los Servicios Sociales (INASS).

La gestión del INASS establece y ejecuta políticas, planes y estrategias para el desarrollo de una cultura de integración, protección y respeto hacia las personas de la tercera edad y otras categorías de personas, en articulación con diferentes instituciones públicas y privadas. El mismo en conjunto con el Instituto Venezolano de Seguros Sociales (IVSS), se destinan a ofrecer a los AM que así lo necesiten, un sitio dónde permanecer con los cuidados médicos indicados.

Sin embargo, no existen cifras oficiales que reflejen el impacto de su labor. Esto podría significar deficiencias en sus servicios, y que no están respondiendo ante las verdaderas necesidades que demandan los AM al no contar con estadísticas que respalden su trabajo.

Otro aspecto a considerar es que el programa de gobierno la *Gran Misión en Amor Mayor Venezuela*, establece un régimen especial para la asignación de una pensión de vejez igual al salario mínimo nacional a los AM (en el caso de las mujeres a partir de los 55 años y de los hombres a partir de los 60 años). Salario que se desvanece antes los altos niveles de inflación por la cual atraviesa la economía venezolana, y que no es capaz de cubrir ni siquiera las necesidades más básicas del AM.

Un estudio realizado por el Convite A. C. (2018) afirma que “el Estado no tiene un plan para atender a los adultos mayores y cumplir con su responsabilidad de garantizarles atención integral para una mejor calidad de vida”:

Las personas de la tercera edad están entre las más afectadas por la crisis económica del país: la hiperinflación, la escasez de alimentos y medicinas, sin contar que recientemente ha habido un repunte de la criminalidad donde las víctimas más comunes son los abuelos, especialmente de quienes se han quedado viviendo solos.

70% de esta población padece de diabetes o hipertensión, pero los medicamentos para tratar ambas enfermedades están escasos en 88%. Si se

consiguen, su precio no es accesible para la mayoría; (...) el ingreso es insuficiente para cubrir sus necesidades. (Luis Francisco Cabezas, Director del Convite A. C., 2018)

Por otro lado, en México, de acuerdo a su marco legal, todas las personas deben gozar de los derechos humanos reconocidos en su Constitución y en los tratados internacionales de los que el Estado Mexicano sea parte:

(...) Todas las autoridades, en el ámbito de sus competencias, tienen la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad (Art. 1, Constitución de los Estados Unidos Mexicanos, en adelante CEUM).

Asimismo en junio de 2002 como resultado del incremento de la población AM, se crea la *Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores* a través de la cual se pretende regular la política pública nacional, las obligaciones de los estados y de las instituciones federales, para atender algún aspecto de la política pública de vejez.

También se crea al Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM), quien “es la institución del Gobierno Federal de México rectora de la política nacional a favor de las personas adultas mayores” (Instituto Nacional de las Mujeres, 2015, p.2), cuya labor consiste en procurar el desarrollo humano integral dirigida a los AM a partir de los 65 años en adelante a través del diseño e implementación de programas sociales como parte de la política pública.

Entre ellos se desarrolla actualmente el *Programa Pensión para Adultos Mayores*, con cobertura nacional, el cual busca contribuir a la protección social de los AM, que no perciben ingreso por concepto de pago por pensión contributiva o ésta no sea superior a 1.092 pesos, incrementando su ingreso a través de un apoyo monetario equivalente a 580 pesos mensuales administrados bimestralmente. Aminorando de algún modo el deterioro de su salud física y mental a través de acciones de participación y protección social (Instituto Nacional de las Mujeres, 2015).

A pesar de la labor que se ha propuesto el programa, de acuerdo al Boletín publicado por el Instituto Nacional de las Mujeres para el año 2015, titulado *Situación de las personas adultas mayores en México*:

(...) los esfuerzos por atender a la población adulta mayor, es muy grande, pues solamente 28.1% de los hombres de 65 años o más de edad y 8.5% de las mujeres de ese grupo de edad reciben los beneficios de una pensión o jubilación, lo que hace evidente la alta demanda de este tipo de programas. (p. 17).

Más recientemente según datos publicados por el Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (CONAPRED) se estima que “la mitad de los adultos mayores en México vive en pobreza y los principales programas federales y estatales que les entregan transferencias monetarias no son suficientes siquiera para cubrir sus necesidades básicas” (CONAPRED, 2018; Toribio, L., 2018).

Asimismo, indicó que “el *Programa Pensión para Adultos Mayores*, que es el más importante y al que se destinan más recursos para ese grupo de población en el gobierno federal, entrega apenas mil 60 pesos cada dos meses a sus derechohabientes” (CONAPRED, 2018; Toribio, L., 2018).

Los AM son en gran parte excluidos de los programas sociales, entre ellos, aquellos que tienen cierto nivel de ingresos, por jubilación o pensión contributiva superiores a los mil 92 pesos mensuales, cifra inferior a las líneas de bienestar económico del Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) en las ciudades y el campo; así como aquellos que están en situación de mayor vulnerabilidad y viven en comunidades remotas o que no hablan español (CONAPRED, 2018; Toribio, L., 2018).

Los datos hasta ahora presentados evidencian como la política pública de Venezuela y México se ve consumida por las demandas de su población AM, cuyos programas sociales parecen no representar mayor incidencia en sus necesidades más básicas, las cuales en gran medida deben ser cubiertas en casa.

Si bien es cierto aun cuando el Estado como sujeto obligado debe velar por garantizar los derechos de los AM, no es el único responsable de su atención. La familia también juega un papel fundamental.

El Instituto Nacional de las Mujeres en México explica que, “por diversas circunstancias, pero en particular, por la falta de acceso a servicios médicos y otros servicios de atención a personas adultas mayores, su cuidado recae principalmente en las familias, lo cual representa un trabajo adicional para los integrantes del hogar y puede incidir en su bienestar físico y emocional” (Instituto Nacional de las Mujeres, 2015).

En Venezuela no pasa de forma diferente, y se acentúa aún más a consecuencia de la crisis integral (económica, política y sobre todo social) por la cual atraviesa. Lo particular, en este caso, son los cambios producidos en la dinámica familiar a la que se ha sometido la familia venezolana, como efecto de la migración masiva por la que pasa durante los últimos años, trayendo como resultado familias separadas, niños sin una figura paterna o materna presente, o a cargo de algún(a) tío(a) o abuelo(a), y en el peor de los casos, AM solos y cada vez mayor número de institucionalizados.

Independientemente de las características específicas de cada país, en ambos casos, la familia, es y seguirá siendo sin lugar a dudas, la más idónea y la principal responsable de atender a los AM que son parte de ella. Trayendo como resultado una mayor dependencia de la ayuda económica y afectiva que puedan prestarles, al ser considerada como el grupo primario del ser humano, el elemento natural y fundamental de la sociedad.

La OMS (s.f.) define a la familia como un “conjunto de personas que conviven bajo el mismo techo, organizadas en roles fijos (padre, madre, hermanos, etc.) con vínculos consanguíneos o no, con un modo de existencia económico y social comunes, con sentimientos afectivos que los unen y aglutinan” (Álvarez *et al.*, 2013).

La familia constituye uno de los recursos más importantes en cualquier situación que pueda presentarse dentro y fuera de la misma, y en la vejez, debe o debería ser la encargada de prestar atención directa en el ámbito de las relaciones socio-afectivas; considerándose

como la más idónea para proporcionar sentimientos de arraigo y seguridad, ofrecer sentimientos de capacidad, utilidad, autoestima, confianza y apoyo social a los AM que sufren problemas de salud o un deterioro grave en su autonomía personal. Siendo sin lugar a dudas el ingrediente fundamental para participar en la satisfacción y atención de muchas de sus necesidades.

Fajardo y Ochoa (1997), señalan a la familia como el ambiente psicosocial más importante en el cual la presencia del AM tiene una multitud de significados para sus integrantes, desde ser considerados seres inútiles, con problemas económicos y de salud hasta la posibilidad de convertirse en fuente de inspiraciones múltiples, siendo capaces de transmitir experiencias y conocimientos.

En ocasiones, aquellas familias que tienen en su hogar una persona mayor, pueden llegar a desarrollar sentimientos dolorosos y de incompreensión frente a los cambios rápidos que se producen en su padre, madre o cualquier otro familiar que se encuentre bajo su cargo; lo que podría suscitar impresiones de desesperación, intolerancia y rechazo.

La presencia del AM y las dificultades que se presentan como la salud física, desorientación, fallos de memoria, entre otros, conllevan a que dentro de la familia pueda desencadenarse un elevado grado de estrés, que generen consecuencias no sólo para la atención del AM sino también para su propia salud.

El cuidado y la atención de las personas con edad avanzada no es tarea fácil, y menos si no se tiene la información necesaria sobre cómo actuar en las enfermedades asociadas a la vejez como por ejemplo el Alzheimer y la demencia senil, las cuales producen síntomas que podrían salirse de control de aquellos que fungen como cuidadores o familiares de los AM que la padecen.

Aunque la sociedad tiende a considerar que los miembros de la familia son responsables del cuidado del otro, el límite de las obligaciones familiares varía de acuerdo con cada familia y miembro en particular.

El panorama se torna crítico cuando los padres ya no pueden cuidarse por sí mismos y pasan a depender de los hijos hasta para lo más básico. Esto implica un cambio muy trascendente para ambas partes, pues el adulto mayor pierde su independencia física y sus costumbres, teniendo que adaptarse a los tiempos y maneras de hacer de los demás y, por otra parte, el hijo adulto tiene que asumir y aceptar el papel de cuidador, al tiempo que sigue siendo hijo (López Blanco, 2012).

En estos casos, la disposición de los miembros para atender a un AM puede ser reforzado con la contribución de servicios de apoyo y complementarios. Muchas veces, la institucionalización consigue ser la mejor opción para el AM y para los familiares, pues ciertas patologías requieren de cuidados especiales que no pueden brindarse en la casa.

Estos cuidados se brindan en Instituciones públicas o privadas creadas para tal fin, cuyo objetivo fundamental debe ser ayudar a las familias a cuidar al AM que padece de alguna enfermedad que supere las capacidades de la familia para su atención.

Dentro del contexto institucional, el Trabajo Social juega un papel de suma importancia, en su labor de orientar y procurar que los lazos familiares se vean lo menos afectados, ante los cambios producidos por la vejez y ante la opción de considerar la institucionalización del AM. Es significativo tomar en cuenta si de verdad es o no la mejor elección, por ello el trabajador social está en el deber de intervenir y servir de guía a los familiares con el fin de salvaguardar el bienestar integral y la calidad de vida del AM así como la relación con sus seres queridos durante su institucionalización.

De hecho,

A la hora de internarlo en un establecimiento geriátrico es necesario evaluar lo que significará para él moverse y adaptarse a un nuevo lugar, pues las dificultades -que pueden haber permanecido ocultas gracias a la estructuración de las costumbres en la casa y sus inmediateces- suelen revelarse drásticamente cuando ingresa al nuevo ambiente y llevarlo a desarrollar un cuadro depresivo (López Blanco, 2012).

Hay autores que afirman que la institucionalización del AM conlleva a un debilitamiento de los lazos familiares y sociales, donde se limita su autonomía, y aumenta su insatisfacción con la vida, lo que propicia la aparición de alteraciones mentales y



aumento de la condición de dependencia del AM (Sepúlveda, *et al*, 2010), repercutiendo de manera importante en su calidad de vida.

Entendiendo por calidad de vida “la percepción del individuo sobre su posición en la vida, en el contexto de la cultura y el sistema de valores en que vive, en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones” (OMS, 1994).

Montenegro y Cuellar (2012), definen la calidad de vida en el adulto mayor como:

El resultado del equilibrio entre la satisfacción de las necesidades básicas de un adulto mayor y la no satisfacción de las mismas, tanto en el plano objetivo como en el subjetivo, a lo que se añade la posibilidad de decidir por sí mismo y poder ejecutar estas decisiones en el plano personal, familiar y social. (p. 212)

Ahora bien aquellos “ancianos que abandonan su domicilio o su lugar de residencia habitual para ingresar en una institución, lo hacen, por citar las causas más habituales, por problemas de salud, por la muerte del cuidador principal o por la imposibilidad de ser atendidos por sus familiares” (Pinazo, S. y Sánchez, M. 2005., p.129).

Son múltiples los cambios que da el AM al pasar de su vivienda a estar institucionalizado. Pinazo, S. y Sánchez, M. (2006) mencionan que el hecho de ingresar en una residencia implica:

El abandono del hogar, con toda la carga emotiva en él implícita, del contacto regular con familiares o vecinos, de sus animales de compañía y de muchas de sus pertenencias. Además, el entorno residencial generará nuevas situaciones a las que el anciano deberá adaptarse: cambio de relaciones sociales, aumento de la estructuración de las rutinas diarias en las que el tiempo y las actividades dependen de las normas que regulan la vida de los residentes, mayor control sobre sus aspectos vitales y la pérdida de ciertas libertades individuales. (p.129)

No solo tienen que pasar por todos esos cambios a nivel físico y psicológico, así como de sus espacios y rutinas habituales, sino adaptarse a una nueva vida. Situación que muchas veces se ve empeorada por las condiciones bajo las cuales se ven obligados a vivir.

Chang, M. (2015) en relación a las Instituciones geriátricas venezolanas refiere:

El INASS es la institución encargada de supervisar estos centros, pero se estima que el 60% de los geriátricos funcionan sin guía, es decir, sin regulación de

condiciones físicas o de personal. La gran mayoría de ellos son manejados por privados, pero a través del IVSS se logran convenios para que las familias puedan cancelar las mensualidades de sus ancianos (Luis Francisco Cabezas, presidente de la Fundación Abuelos de Miranda; Chang, M., 2015).

Además, insiste en que es necesario incluir mayor cantidad de profesionales graduados en gerontología al ser piezas claves en los equipos multidisciplinarios que deben ocupar los geriátricos:

El personal de estos geriátricos es una parte fundamental pero las denuncias de que a falta de supervisión contratan a personas sin siquiera experiencia en el tratamiento de personas mayores abundan (Edgar Álvarez, presidente del Colegio de Gerontólogos de Venezuela). Los casos de maltratos y abusos son numerosos, y la debilidad del marco legal dificulta las denuncias (Chang, M., 2015).

Bajo este argumento, la necesidad de seguir la pista sobre la atención que los AM reciben en estos centros se vuelve urgente, así como la ausencia de profesionales especializados para su atención:

La gerontología como carrera universitaria que estudia el envejecimiento en todas sus facetas, ha egresado entre 1.000 y 1.200 profesionales, pero se estima que se necesitarían aproximadamente 5.500 para atender la cantidad de personas adultas mayores que hay, además de considerarse que para poder atender a todos los adultos mayores debería abrirse la carrera en 2 o 3 universidades más, si se toma en cuenta que en los próximos años Venezuela tendrá una suma importante de adultos mayores dentro de su población (Edgar Álvarez, presidente del Colegio de Gerontólogos de Venezuela; Chang, 2015).

En México no pasa de forma diferente, pese a ser una profesión con gran futuro en materia de empleo, la gerontología, no es un campo aprovechado por los mexicanos. También existe un déficit de profesionales preparados para atender a AM; el número de geriatras no llega a los 500 profesionales, lo que resulta preocupante considerando que cada vez se incrementa más la esperanza de vida de los mexicanos (Montemayor, s.f.; Universia, 2014).

Lamentablemente la gerontología, por no hablar en general de especialistas en AM, es una carrera con poca demanda, lo que implica un trabajo arduo de los Estados del mundo, y las instituciones competentes, encargados de garantizar la atención y el bienestar

integral de la población AM que va en ascenso; proporcionarles las condiciones necesarias para mejorar al máximo las políticas de salud pública y el desarrollo socioeconómico en pro de su bienestar y capacidad funcional, así como su participación social y su seguridad.

Es por ello que la siguiente investigación, en vista de la situación actual del AM a nivel mundial y, en este caso en países como Venezuela y México, cuya política pública, a través de los programas de gobierno, no se dan abasto para cubrir las necesidades mínimas de la población AM, las cuales recaen principalmente en las familias, que por alguna u otra razón se ven en la obligación de recurrir a servicios de apoyo para su cuidado; busca recurrir a instituciones geriátricas que permitan conocer la realidad del AM que se encuentra institucionalizado, así como las condiciones bajo las cuales viven y por ende su calidad de vida, haciendo principal hincapié en la relación con sus familiares y redes de apoyo.

Para el estudio, las instituciones escogidas son las pertenecientes al Área Metropolitana de Caracas, en Venezuela y las instituciones de las delegaciones Cuautitlán Izcalli, Atizapán de Zaragoza y Naucalpan de Juárez del estado de México, México. Dichas instituciones servirán de referencia para llevar a cabo la presente investigación a partir de un estudio comparativo que admita visualizar ambas realidades, con el fin de aportar sugerencias que contribuyan a mejorar la atención integral al AM en general y para aquellos que han sido institucionalizados.

A partir de lo anterior, parte la siguiente interrogante, ¿La atención del AM institucionalizado es de calidad? De lo cual se desprenden los siguientes objetivos:

## **1.2. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**

### **1.2.1. Objetivo general.**

Realizar un estudio comparativo de la atención de los AM institucionalizados en las delegaciones Cuautitlán Izcalli, Atizapán de Zaragoza y Naucalpan de Juárez del Estado de México, México y del Área Metropolitana de Caracas, Venezuela entre los meses febrero-abril del año 2019.

### **1.2.2. Objetivos específicos.**

- Comparar las políticas públicas entre Venezuela y México destinadas a la atención del adulto mayor (AM);
- Describir los aspectos vinculados a la calidad de vida de los AM institucionalizados en Venezuela y México;
- Caracterizar la población de AM institucionalizados en hogares geriátricos de las delegaciones Cuautitlán Izcalli, Atizapán de Zaragoza y Naucalpan de Juárez del Estado de México, México y del Área Metropolitana de Caracas, Venezuela;
- Identificar las áreas de atención en los geriátricos y la infraestructura física destinada a la atención de los AM institucionalizados;
- Destacar el papel del Trabajador Social y la familia en la atención al AM institucionalizado en su rol de dinamizador de procesos familiares.

### **1.3. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN**

El envejecimiento de la población constituye un fenómeno de importancia en el mundo actual. Políticas, programas y proyectos diseñados para otros momentos históricos requieren de su estudio y adecuación para dar respuestas a las necesidades de atención de los AM, hoy respaldados por una infraestructura jurídica organizativa de relevancia internacional y nacional.

Un estudio comparativo de la naturaleza que se presenta es un aporte en la redefinición de una política para la atención de los AM institucionalizados donde debe prevalecer el respeto a sus derechos.

Tanto Venezuela como México desarrollan políticas sociales de atención al AM desde el establecimiento de instituciones destinadas a albergar a esta población etaria. Una política cuyo éxito depende de la Institución y su relación con la familia de los afectados, en este caso los AM.

Es por ello que demostrar la importancia del rol que juega la familia como principal apoyo, de todos los aspectos que involucra su decisión de ingresar a su familiar AM en una institución, como la atención que allí les ofrecen; son aspectos que se hacen vitales para determinar qué estilo de vida llevan estas personas dentro de éstas instituciones. Ello va a permitir conocer su realidad, si están siendo garantizados sus derechos y cómo se sienten ellos al estar allí. Todo ello con el fin de resaltar la unión familiar en relación a la atención de las demandas y necesidades de cada uno de sus integrantes, en especial de los AM quienes ameritan de cuidados específicos y sobre todo del apoyo y solidaridad de sus seres queridos.

Esta investigación aporta elementos para comprender el fenómeno del envejecimiento desde la mirada de las instituciones geriátricas a cargo del Estado y privadas. El estudio y análisis de las instituciones geriátricas permiten visualizar la forma como el Estado garantiza los derechos de los AM quienes constituyen una población muy vulnerable cuyo vertiginoso aumento amerita su continuo análisis, revisión y toma de decisiones.

El estudio de dos países diferentes permitirá tener una noción más amplia de un fenómeno mundial que se fortalece de las experiencias de otros.

En definitiva esta investigación es un aporte para mantener la calidad de vida de los AM considerando que el estudio contiene la descripción de la atención en geriátricos ubicados en distintas latitudes y cuyos resultados permiten considerar a este grupo etario como personas que requieren de condiciones adecuadas para garantizar la satisfacción de sus necesidades. Se espera abrir un espacio de investigación para facilitar el desarrollo de instituciones destinadas a la atención con altos estándares de calidad desde la mirada del trabajo social como profesión encargada de generar a las personas bienestar integral.

## **1.4. ALCANCES Y LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN**

### **1.4.1. Alcances:**

- Se espera la toma de conciencia sobre el fenómeno del envejecimiento demográfico que se está suscitando a nivel mundial.

- El presente estudio explorará la atención del AM dentro de un geriátrico, presentando así una visión institucional de su realidad.
- Esta investigación busca aportar conocimientos sobre los cuidados al AM con el fin de cubrir cada una de sus necesidades.
- Asimismo visibilizar al AM como sujeto de derecho.
- Servir como punto de partida para futuras investigaciones referentes al AM.
- Realizar un estudio comparativo de las realidades del AM institucionalizado en Venezuela y México.
- El aporte de sugerencias que contribuyan a mejorar la atención del AM institucionalizado.

#### **1.4.2. Limitaciones:**

- El acceso a instituciones geriátricas para realizar la investigación.
- No contar con estadísticas oficiales actuales sobre la incidencia de programas de atención al AM en el caso de Venezuela.
- No poder abarcar mayor número de instituciones para la aplicación de esta investigación, por las políticas de restricción encontradas en la mayoría de las instituciones solicitadas.

#### **1.5. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN**

García Sánchez, F., (2014) en su trabajo titulado: *Calidad de Vida de Adultos Mayores Hombres de una Delegación del Municipio de Toluca*; describe la percepción de la calidad de vida de los AM de 60 años, del sexo masculino, de una delegación del municipio de Toluca (México), para lo cual se aplicó el instrumento InCaViSa, integrado por doce áreas, entre ellas: preocupaciones, desempeño físico, aislamiento, percepción corporal, funciones cognitivas, actitud ante el tratamiento, tiempo libre, vida cotidiana, familia, redes sociales, dependencia médica y relación con el médico. Dicho estudio es de tipo descriptivo, de corte transaccional o transversal, recolectándose los datos en un sólo momento, cuyo propósito fue describir la variable calidad de vida, en un grupo de personas y proporcionar la descripción de ésta.

El mismo se encuentra vinculado a la presente investigación, permitiendo visualizar las distintas áreas evaluadas en relación a los indicadores de calidad de vida dentro de una residencia geriátrica, tomando como referencia a México. Asimismo, Luján Padilla, I., (2014) *Calidad de Vida del Adulto Mayor Dentro del Asilo Los Hermanos de Belén*; tuvo como objetivo conocer la calidad de vida del AM que se encuentra recluido dentro del asilo *Los Hermanos de Belén*. La muestra la conformaron 8 AM, de género masculino, comprendidos entre las edades de 60 años en adelante. La investigación fue de diseño descriptivo, con un componente cuantitativo y utilizando el método de estudio de caso para profundizar el análisis de cada una de las participantes. De esta forma, a partir del estudio de caso se pudo conocer la percepción de los AM sobre su institucionalización, permitiendo hacer un contraste sobre la calidad de vida de los AM que hacen vida dentro de una residencia geriátrica, que sirva como punto de partida para la elaboración de una propuesta de atención integral.

Marbella L. y Travieso M., (2005) *La Calidad de Vida de los Adultos y Adultas Mayores Residentes en la Casa Hogar Padre Iriarte, Ubicada en el Municipio Zamora, Guatire, Edo Miranda*; llevaron a cabo una investigación de tipo descriptiva cuyos objetivos consistieron en caracterizar algunos factores que inciden en la calidad de vida de los AM que residen en la *Casa Hogar Padre Iriarte*. Entre los factores trabajados para el estudio de la calidad de vida se consideraron: las relaciones familiares e interpersonales, el estado de salud, la alimentación y nutrición, el ingreso económico, el uso del tiempo en actividades de recreación y esparcimiento, y las condiciones del espacio físico – ambiental; para de esta forma aportar también aspectos importantes en relación a otras variables que deben ser tomadas en cuenta al momento de estudiar la calidad de vida de los AM institucionalizados.

En relación al plano nacional, Güite M., Joddie de la Cruz; Martín M., Elté Sinaí, (2004) *Gestión Local de Atención al Adulto Mayor. Casa de la Juventud Prolongada. Municipio Chacao*; tuvieron como objetivo analizar la gestión que desarrolla la alcaldía del municipio Chacao a través del programa de atención integrada para el AM, para determinar cómo es atendida la población AM a través de programas desempeñados por la alcaldía,

utilizando un método de campo; sirviendo como referencia a nivel local, con el fin de conocer la gestión de los programas gubernamentales avocados al AM y su atención en el área metropolitana de Caracas.

Por otro lado García A. y Bland de García, (1982) *Estudio Histórico de la Atención y Seguridad Social del Anciano en Venezuela (Etapa Precolombina – 1949)*; realizaron un estudio sobre el AM venezolano, utilizando un esquema global, permitiendo así el análisis de los elementos que determinan las características específicas del fenómeno de la ancianidad en nuestro país. A través del análisis histórico del colonialismo, la dependencia y el neoliberalismo, se ha realizado una investigación documental partiendo de todas aquellas fuentes disponibles que tienen que ver con el fenómeno en cuestión.

La utilización del enfoque metodológico descrito permitió conceptualizar a la ancianidad como una categoría social dependiente de las circunstancias históricas. A partir de ello, se puede efectuar una revisión sobre el rol del AM en la historia de Venezuela, lo que sirve como base para entender la conceptualización del AM en la actualidad y cómo ha sido concebido a lo largo del tiempo.

Finalmente Monsalve, M.; &Ortega, B., (1983) *El Anciano en Venezuela un Ente Marginal*; abordaron sobre la situación del AM en Venezuela, las causas y efectos de dicha situación tanto para el individuo, como para la sociedad. Partiendo de la perspectiva de que el AM es un ente marginado dentro de la sociedad, especialmente dentro de los grandes centros urbanos, como Caracas, siendo así, tanto en lo socioeconómico, como en lo afectivo. Tomando elementos como: la familia urbana, la composición poblacional venezolana y las políticas sociales destinadas a este grupo.

Efectivamente esta investigación evidencia la realidad del AM que no se aleja de la actual, admitiendo hacer un recuento histórico que dé razón sobre su dinámica del presente, sirviendo como sustento sobre la situación de la población AM en la sociedad venezolana, que día tras día va en ascenso, y a la cual se debe dar mayor importancia y hacer hincapié en visibilizar sus necesidades, cada vez mayores, y que por ende requieren de soluciones inmediatas.



Cada una de las investigaciones presentadas sirvió como punto de partida, y como sustento teórico, para la realización de la presente investigación, cuyo fin no es otro sino aportar información relevante sobre el AM, en este caso el que se encuentra institucionalizado, y su importancia como población vulnerable, con necesidades que no pueden ser ignoradas y a las cuales el Estado se debe en garantía de sus derechos consagrados constitucionalmente.

## CAPÍTULO II

### ENVEJECIMIENTO Y CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR

El envejecimiento poblacional es un fenómeno que requiere del estudio y análisis de las teorías y los cambios que se producen tanto a nivel fisiológico como psico-afectivo, la violencia o el maltrato hacia el AM, sus Derechos Humanos, la calidad de vida desde sus diferentes ámbitos y finalmente lo que es el envejecimiento activo o saludable.

#### 2.1. ADULTO MAYOR Y ENVEJECIMIENTO

En *La Asamblea Mundial sobre el envejecimiento* convocada por la Organización de las Naciones Unidas en Viena (ONU, 1982), se acordó considerar como ancianos a la población de 60 años y más. Posteriormente a los individuos de este grupo poblacional se les dio el nombre de Adulto Mayor (Pozzi, M., 2016).

Existen términos como viejo, anciano, senecto, provecto, vetusto, carcamal, gerántropo, entre otros. Cada cultura ha manejado el término que por tradición o historia le es más conveniente, por lo que podemos utilizarlos como sinónimos y referirnos al mismo grupo etario.

La OMS considera como AM a quienes tienen una edad mayor o igual a 60 años en los países en vías de desarrollo y de 65 años o más a quienes viven en países desarrollados. Estas diferencias cronológicas obedecen a las características socio-económicas que tienen unos y otros países (Varela, L., 2003).

Conforme al marco legal venezolano los AM corresponden a todas aquellas personas naturales que tengan 60 años de edad y más (Ley de Servicios Sociales, art. 7). De acuerdo con la Ley del Instituto Venezolano del Seguro Social (IVSS) en Venezuela, el(a) asegurado(a) después de haber cumplido 60 años de edad si es hombre o 55 años si es mujer, tiene derecho a una pensión de vejez siempre y cuando cumpla con los siguientes requisitos:

- Mínimo 750 cotizaciones.
- Presentar cédula de Identidad.
- Solicitud de Prestaciones en Dinero, forma 14-04, dos (02) Originales.
- Constancia de trabajo, forma 14-100 de los últimos 6 años trabajados.

El asegurado AM, que no tenga acreditadas el mínimo de 750 cotizaciones semanales para tener derecho a pensión por vejez, puede a su elección, esperar hasta el cumplimiento de este requisito o bien recibir de inmediato una indemnización única equivalente al diez por ciento (10%) de la suma de los salarios correspondientes a las cotizaciones que tenga acreditadas.

Otra forma de tener una pensión para aquellos que no lograron cotizar en el Instituto Venezolano del Seguro Social (IVSS), es a través de la *Gran Misión en Amor Mayor Venezuela*, donde pueden cobrar pensiones de vejez homologadas con el salario mínimo; las mujeres adultas mayores a partir de 55 años y todos los hombres adultos mayores a partir de 60 años, que sean venezolanos(as) o extranjeros(as), con residencia legal en el país durante los últimos 10 años.

En México, las personas que tengan 60 años y más también serán considerados AM (Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores). La Ley de Seguridad Social establece que la pensión por cesantía en edad avanzada se obtiene al tener 1.250 semanas cotizadas y por lo menos 60 años de edad. A su vez, para tener derecho a una pensión por vejez, se requiere 1.250 cotizaciones semanales y tener cumplidos 65 años de edad (Tolentino Morales, 2018).

En ambos casos, al cumplir la edad correspondiente de acuerdo a su marco legal, estas personas pasan a formar parte de la llamada Tercera Edad<sup>1</sup>. En esta etapa los seres humanos pasan por un proceso fisiológico, donde se producen cambios físicos así como psicológicos y sociales: las células envejecen, cambia la estructura corporal, se pierde

---

<sup>1</sup>La expresión tercera edad, por su parte, proviene de la segunda mitad del siglo XX. La misma surge en Francia y es acuñada por el doctor J. A. Huet, pionero de la gerontología en el país galo. Se designaban así a personas de diversa edad, jubiladas o pensionadas, percibidas como de baja productividad. Más adelante, se circunscribió su uso para designar a jubilados y pensionados de más de sesenta años de edad (FAJARDO ORTÍZ, 1995. Citado en Davobe, *et al.*, s.f.).

elasticidad e hidratación en la piel (aparecen las arrugas); aumenta la prevalencia de enfermedades (morbilidad y mortalidad); las necesidades metabólicas ya no son las mismas, y por tanto la alimentación debe ser más específica; pueden aparecer incontinencias, que tienen consecuencias psíquicas y sociales importantes para el adulto mayor. El ritmo de ejercicio disminuye, si bien es más necesario que nunca que se mantenga activo. Los órganos de los sentidos pueden verse afectados, lo que lleva a problemas sensoriales (sordera, problemas de visión.); así como la actitud, la identidad y la imagen corporal de sí mismo cambia (Acera, M., 2015).

No obstante el grupo de población mayor no es homogéneo. Cada persona en función de las experiencias vitales desarrolla procesos cognitivos, destrezas o sensibilidades específicas. Por tanto, no todos los individuos envejecen de la misma manera. Ello depende en gran medida de su estilo y calidad de vida.

En la actualidad cada vez son más las personas puedan llegar a ser AM y sobrepasar los 60 años. Ello supone lo que se ha denominado como envejecimiento de la población<sup>2</sup>.

El envejecimiento de la población es uno de los resultados de la evolución de los componentes del cambio demográfico, el descenso de la mortalidad y su derivado aumento de la esperanza de vida y el descenso de la natalidad. Este cambio incide tanto en el crecimiento de la población como en su composición por edades. En la medida en que avanza la transición demográfica y se producen descensos de la mortalidad, y principalmente de la fecundidad, se asiste a un proceso paulatino de envejecimiento de la población. (Chackiel, 2004; Satorres Pons, 2013, p. 9)

El mundo está cambiando y con él su población, que a consecuencia del mundo globalizado, el desarrollo de nuevas tecnologías y mejoras en los sistemas y servicios de salud, ha traído como resultado mayor esperanza de vida y ha permitido que sean muchas más las personas que puedan llegar a la vejez.

Según la Organización Panamericana de la Salud (2003):

El envejecimiento es un proceso que se vive desde el nacimiento y se caracteriza por diferentes cambios en niveles físicos, mentales, individuales y

---

<sup>2</sup> Ver planteamiento del problema.

colectivos. Estos cambios definen a las personas cuando ya están mayores, pero se debe ver como un proceso natural, inevitable y no necesariamente ligado a estereotipos; como una etapa de la vida apta para “crecer y continuar aprendiendo” (Rodríguez, 2011).

Desde una perspectiva biológica, encontramos que en el envejecimiento todos los sistemas fisiológicos como el cardiorrespiratorio, osteomuscular y renal, y las capacidades intelectuales, cognitivas y psicológicas empiezan a declinar. Según Miquel (2006) este proceso involucra cambios como el “descenso progresivo de los valores máximos de rendimiento fisiológico, disminución del número de células y cambios atróficos, entre otros” (Rodríguez, 2011).

Asimismo se caracteriza por la acumulación gradual, durante toda la vida, de daños moleculares y celulares, lo que produce un deterioro generalizado y progresivo de muchas funciones del cuerpo, mayor vulnerabilidad a factores del entorno y mayor riesgo de enfermedad y muerte, lo que trae consigo una amplia variedad de cambios psicosociales (OMS, 2015).

Castañedo C. (2007) menciona al respecto que “el envejecimiento es el conjunto de transformaciones y/o cambios que aparecen en el individuo a lo largo de su vida; es la consecuencia de la acción del tiempo sobre los seres vivos; originándose cambios bioquímicos, fisiológicos, morfológicos, sociales, sociológicos y funcionales” (Rodríguez, 2011).

El envejecimiento puede ser visto desde diferentes perspectivas y enfoques. Zetina, M. (1999; Rodríguez, 2011) propone los siguientes:

**Tabla 1. Enfoques del proceso de envejecimiento.**

ENFOQUE	CARACTERÍSTICAS
<b>Biológico</b>	El envejecimiento se define como un proceso asociado a la disminución de la eficiencia del funcionamiento orgánico que lleva a la muerte. Se refiere específicamente a la disminución de las funciones fisiológicas que se presentan en la vejez debido al deterioro orgánico. A partir de allí se define un envejecimiento primario y uno secundario.

	<p>El envejecimiento primario se enfoca en la herencia, en la cual, a pesar de los factores que influyen como las enfermedades o traumas, también hay cambios inevitables que se dan con el paso del tiempo, aunque a ritmos diferentes entre personas. El envejecimiento secundario, por su parte, se refiere a la pérdida de las capacidades ocasionada por los traumas, caídas o enfermedades.</p>
<p><b>Demográfico</b></p>	<p>En este caso, se considera a la vejez como la diferencia entre los grupos de tercera y cuarta edad, la cual consiste en que la primera etapa comprende desde la jubilación (60 años) hasta que se pierde la independencia (80 años); a partir de allí se considera como la cuarta edad o longevidad.</p> <p>Es importante tener en cuenta la transición demográfica, pues la pirámide poblacional cambia a razón del aumento de la esperanza de vida. Así como también, la longevidad de las mujeres es mayor respecto a la de los hombres, debido a diversos factores tanto fisiológicos (fisiología hormonal y protectora contra enfermedades crónicas) como sociales (trabajos de alto riesgo que principalmente son realizados por hombres).</p>
<p><b>Socioeconómico</b></p>	<p>Por lo general, el envejecimiento está asociado a la jubilación y se analiza desde una perspectiva donde las personas mayores terminan su ciclo productivo de vida. Esta situación lleva a un conflicto en las personas mayores debido a que sus ingresos disminuyen o son nulos.</p>
<p><b>Sociocultural</b></p>	<p>La organización jerárquica de cada sociedad tiene un comportamiento diferente según cada cultura y sus desarrollos particulares. Por ejemplo en las tribus indígenas y en Oriente la persona mayor cumple un papel importante en la sociedad debido a su sabiduría y experiencia, y la edad por sí misma es símbolo de respeto. Sin embargo, principalmente en Occidente la persona mayor ha perdido el valor moral que se merece debido a la multiplicidad de estereotipos y a la concepción biologista que reconoce a la persona mayor como sinónimo de declive, pérdida e improductividad.</p>
<p><b>Familiar</b></p>	<p>Las personas mayores deben enfrentar la situación donde los hijos adquieren un hogar propio y dejan su casa materna, por lo tanto tienden a vivir solos; problemática que es agravada por la feminización de la viudez. Si por el contrario viven en el núcleo</p>

<b>Psicológico</b>	familiar de sus hijos, se sienten discriminados y poco útiles. La vejez se considera como una etapa donde la disminución de la capacidad funcional y la pérdida de un rol social o de la participación en la comunidad determinan y caracterizan a las personas mayores.
--------------------	---

Fuente: Zetina, M. (1999; Rodríguez, 2011).

Como se puede observar los enfoques dan cuenta de los distintos factores que, de acuerdo a sus características, definen el proceso de envejecimiento. Estos enfoques permiten tener una visión de los diferentes cambios que trae consigo el envejecimiento en el ser humano, cuyos resultados pueden repercutir considerablemente en la calidad de vida del AM.

Biológicamente todo ser humano envejece a medida que pasan los años, cosa que es inevitable, y al llegar a la tercera edad puede presentar una disminución de la eficiencia de su funcionamiento orgánico, siendo más propenso a enfermedades, aunque en forma diferente para cada individuo. De hecho, se estima que las mujeres tienden a ser más longevas en relación a los hombres, a razón de factores tanto fisiológicos como sociales, donde las mujeres se ven privilegiadas sobre los hombres respecto a su fisiología y al desempeñar trabajos de menor riesgo.

En el aspecto económico la edad influye de manera considerable en el campo laboral, donde a los AM se les dificulta conseguir un trabajo, o al tenerlo son jubilados, por lo que su aporte económico, se ve disminuido a una pensión de vejez (en el caso de aplicar a una) o en otros casos no cuentan con un ingreso estable, lo que puede traer consigo sentimientos de inferioridad al dejar de ser productivos laboralmente; por lo que es necesario que se involucren en otras actividades que le permitan sentirse útiles y capaces de valerse por sí mismos.

Socioculturalmente, se plantean dos escenarios: el de la cultura oriental donde el AM es considerado una persona a la cual se le debe respeto por su sabiduría y experiencia, y el de la cultura occidental, donde su papel en la sociedad se ve disminuido por ser sinónimo de declive, pérdida e improductividad. Lamentablemente esta situación se ve agravada si

desde la familia no se le da el valor que merece, pudiendo sentirse inútiles y discriminados o en su defecto abandonados. Por lo que el papel que juega la familia en relación al AM va a influir considerablemente en todos los aspectos que involucra el envejecimiento. El apoyo, la comprensión, el afecto y el reconocimiento que se les brinde son elementos que suman a la salud mental y emocional del AM.

De esta forma, por medio de los enfoques, se pueden identificar algunos aspectos que intervienen en el envejecimiento, lo cual contribuye a fortalecer la comprensión de este proceso, que forma parte del ciclo de vida del ser humano.

Asimismo tanto la enorme investigación biológica como la experiencia médica en atención al AM, han desarrollado diversas teorías haciendo del envejecimiento un proceso más complejo de lo que es. El desarrollo del estudio dentro del campo de las ciencias sociales ha permitido que se consideren diversos factores externos que rodean al ser humano como factores que tienen relación con el envejecimiento.

Cornachione Larrínaga, M. (2008) describe algunas de estas teorías, entre las cuales se destacan:

**Tabla 2. Teorías sobre el proceso de envejecimiento.**

<b>TEORÍA</b>	<b>CARACTERÍSTICAS</b>
<b>Inmunológica</b>	Sostiene que a medida que avanzan los años, el sistema inmunológico resulta menos efectivo para proteger o defenderse de las enfermedades. Llega un momento en que este sistema pierde la capacidad de distinguir la presencia de agentes invasores externos de los elementos del propio organismo y en consecuencia es el que ataca y destruye el funcionamiento biológico natural.
<b>Celular</b>	Sostiene que el envejecimiento biológico es causado por la pérdida de información acerca del metabolismo y reproducción celular. Contenida en el ADN. Por este motivo las células dejan de dividirse, envejecen y pierden su función.
<b>Endocrinológica</b>	El envejecimiento es el resultado de los cambios que se producen en la liberación de hormonas del cuerpo



	humano, por ejemplo, la pérdida de estrógenos que se produce durante la menopausia en las mujeres.
<b>Genética</b>	Postula que todas las especies tienen una cantidad de vida programada y las condiciones ambientales participan modificando en más o en menos los años que nos fueron genéticamente asignados al momento de nacer.
<b>De los Radicales Libres</b>	Teoría ampliamente analizada por Derham Harman en 1988. Los radicales libres son moléculas con un electrón libre o no apareado. Este radical libre va reduciendo la eficiencia celular y provoca la acumulación de productos de desecho en la célula. Pueden producirse por la radiación, el extremo calor o por reacciones oxidativas. Pueden a la vez formarse en cantidades reducidas como parte integrante del metabolismo normal de la célula. Son altamente reactivos y su acumulación afecta la membrana celular y otros componentes de la célula, acelerando el proceso de envejecimiento.
<b>Del Error Catastrófico</b>	Leslie Orgel en 1963 creó esta teoría proponiendo que a medida que se avanza en edad, se van produciendo errores en la síntesis proteica, de tal forma que la célula con el tiempo se hace inviable. (pp. 76-77)

Fuente: Cornachione Larrínaga, M. (2008).

Las teorías descritas aportan elementos relevantes en el desarrollo del estudio del proceso de envejecimiento, permitiendo conocer lo que ocurre en el organismo del ser humano, tanto a nivel biológico como fisiológico, que hacen que las personas envejezcan. Entre ellas podemos encontrar la teoría inmunológica, la cual se enfoca en el deterioro del sistema inmunológico para la defensa de enfermedades en la vida del AM; la teoría celular que centra al envejecimiento biológico en la pérdida de funcionamiento de las células contenidas en el ADN; la teoría endocrina la cual considera que el envejecimiento no es más que la fase final de una serie de cambios producidos por la pérdida de ciertas hormonas con el pasar de los años; la teoría genética establece que las condiciones ambientales son las que influyen en la preservación de la vida de las personas; la teoría de los radicales libres, parecida a la teoría celular, constituye la pérdida de moléculas lo cual reduce la

eficiencia de las células de la persona; y como última teoría establecida, se encuentra la teoría del error catastrófico donde se estipula que con el paso del tiempo se van desarrollando errores a nivel celular que terminan por convertirse en desechables.

No existe una teoría que por sí sola explique el fenómeno del envejecimiento. Probablemente, envejecer sea la consecuencia de una serie de factores específicos y circunstanciales, que interactúan a lo largo del tiempo sobre un individuo y que culmina con la muerte.

Lo cierto es que tanto los enfoques como las teorías del envejecimiento son un aporte importante para la comprensión de este proceso tan complejo. La información suministrada sirve de base para el enriquecimiento de esta investigación en el abordaje de la atención del AM institucionalizado, ya que admite el análisis no solo de los aspectos biológicos, sino también de los aspectos sociales que hacen parte del proceso. Entre ellos los cambios que se producen en correspondencia con la posición que ocupan las personas AM en la sociedad; con los roles de desempeño; las actividades que realizan; la actitud ante la vida, entre otros.

Comienzan entonces una serie de transformaciones complejas que van más allá de las pérdidas biológicas. Se trata de cambios en los roles, las posiciones sociales, y la necesidad de hacer frente a la pérdida de relaciones estrechas (OMS, 2015); produciéndose no solo modificaciones de tipo degenerativas en las funciones del organismo sino también en las psico-afectivas. Estas últimas, en cierta forma, relacionadas con la pérdida de roles en la vida familiar o laboral que pueden repercutir considerablemente en su salud mental (Equipo Nacional de Formación Programa Tercera Edad de Cáritas Cubana, 2009).

### **2.1.1. Cambios fundamentales a nivel fisiológico durante el envejecimiento.**

A medida que el ser humano envejece se presentan algunos cambios fundamentales que suelen ocurrir en algún grado en todos los seres humanos. La OMS en su *Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud* (2015) describe los siguientes:

#### 2.1.1.1. Las funciones de movimiento:

La masa muscular tiende a disminuir con la edad, lo que puede estar asociado con el deterioro de la fuerza y la función musculoesquelética. De esta forma, el envejecimiento se asocia con cambios importantes en los huesos y las articulaciones. Esto se debe a que la densidad ósea tiende a disminuir, especialmente en las mujeres posmenopáusicas. Tal disminución puede avanzar hasta un punto en el que el riesgo de fractura aumenta considerablemente, lo que tiene graves consecuencias ya que puede ocasionar discapacidad, peor calidad de vida y mortalidad (OMS, 2015).

El cartílago articular también sufre cambios estructurales, moleculares, celulares y mecánicos considerables con la edad, lo que aumenta la vulnerabilidad de los tejidos a la degeneración. A medida que se desgasta el cartílago y disminuye el líquido sinovial, la articulación se vuelve más rígida y frágil. Afectando la función musculoesquelética general y el movimiento, lo que puede ocasionar dificultades en las personas mayores para desplazarse (OMS, 2015).

#### 2.1.1.2. Las funciones sensoriales:

El envejecimiento a menudo se asocia con la disminución de la visión y la audición, aunque puede darse de formas diferentes en cada individuo. La hipoacusia relacionada con la vejez es bilateral y más marcada en las frecuencias más altas. Las causas son el envejecimiento coclear, algunos factores ambientales (como el ruido), la predisposición genética y la mayor vulnerabilidad a factores de estrés fisiológicos y hábitos modificables (Yamasoba T, *et. al.* 2013; OMS, 2015).

Con la edad también se producen cambios funcionales complejos en los ojos que dan lugar a la presbicia, una disminución de la capacidad para enfocar que provoca visión borrosa de cerca y que a menudo se manifiesta en la mediana edad (Hickenbotham A, Roorda A, Steinmaus C, Glasser A. 2012; OMS, 2015). Otro cambio común asociado con el envejecimiento es el aumento de la opacidad del cristalino, que en última instancia puede dar lugar a cataratas. La edad de inicio, la velocidad de la progresión y el nivel de

disminución de la visión varían considerablemente entre los individuos, como reflejo de cada perfil genético y la influencia del entorno (Stuck AE, *et., al.* 1999; OMS, 2015). El envejecimiento también está estrechamente asociado con la degeneración macular senil, que provoca daño en la retina y conduce rápidamente a la deficiencia visual grave (frecuente en las personas mayores de 70 años).

Estos cambios pueden tener implicaciones importantes para la vida cotidiana de los AM. La hipoacusia sin tratar afecta la comunicación y puede contribuir al aislamiento social y la pérdida de autonomía, acompañados por ansiedad, depresión y deterioro cognitivo (Parham K, McKinnon BJ, Eibling D, Gates GA. 2011; OMS, 2015). Mientras, las deficiencias visuales pueden limitar la movilidad, afectar las interacciones interpersonales, desencadenar la depresión, convertirse en un obstáculo para acceder a información y a los medios sociales, aumentar el riesgo de caídas y accidentes y hacer que sea peligroso conducir, por citar algunos ejemplos (Turano K, *et., al.* 1994; OMS, 2015).

#### 2.1.1.3. Las funciones cognitivas:

Las funciones cognitivas varían mucho entre las personas y están estrechamente relacionadas con los años de educación. Muchas de las funciones cognitivas empiezan a disminuir a una edad relativamente joven, y las diversas funciones disminuyen a ritmos diferentes.

Es común que falle un poco la memoria y disminuya la velocidad de procesamiento de la información. Sin embargo, aunque el envejecimiento está asociado con una menor capacidad para hacer frente a tareas complejas que requieren atender varias cuestiones al mismo tiempo o cambiar de centro de atención, no parece que disminuya la capacidad para mantener la concentración o evitar la distracción.

Aunque el envejecimiento se relaciona con una menor capacidad de aprender y dominar tareas que implican manipular, reorganizar, integrar o anticipar activamente varios elementos de la memoria, tiene poca relación con la memoria sobre los hechos, el conocimiento de las palabras y los conceptos, la memoria relacionada con el pasado

personal y la memoria procedimental (por ejemplo, la habilidad para montar en bicicleta) (Henry JD, MacLeod MS, Phillips LH, Crawford JR. 2004; OMS, 2015).

Por lo tanto, no todas las funciones cognitivas se deterioran con la edad, y las funciones asociadas con el lenguaje, como la comprensión, la capacidad de leer y el vocabulario, en particular, se mantienen estables durante toda la vida.

#### 2.1.1.4. La sexualidad:

La sexualidad en la vejez está influenciada por numerosos cambios fisiológicos que se producen como parte del proceso de envejecimiento en los hombres y en las mujeres, así como por múltiples factores psicosociales y socio-ambientales (Lochlainn MN y Kenny RA. 2013; OMS, 2015).

Dado que en la edad avanzada también aumenta el riesgo de enfermedades, estos cambios fundamentales a menudo se complican por dolencias que pueden tener efectos físicos en la función sexual. Los impactos pueden ser directos (por ejemplo, la enfermedad vascular produce disfunción eréctil) o indirectos (los medicamentos administrados para una enfermedad no relacionada pueden disminuir la libido), o estar relacionados con las consecuencias psicosociales de una enfermedad o su tratamiento (como los cambios en la imagen de sí mismas que pueden sufrir las mujeres tras una mastectomía). De hecho, las dificultades provocadas por las enfermedades pueden incidir mucho más en los problemas sexuales que la edad en sí (Lindau ST, *et. al.* 2007; OMS, 2015).

A pesar de estas dificultades, o con la ayuda de los tantos tratamientos médicos de que se dispone, la sexualidad sigue siendo importante en la vejez y adopta muchas formas. Un alto nivel de funcionamiento sexual es importante para la satisfacción en la relación, tanto entre las mujeres mayores como entre los hombres mayores (aunque esta asociación puede funcionar en ambos sentidos). No obstante, la intimidad física mediante besos y caricias puede ser aún más importante para los hombres mayores que para las mujeres (Nicolosi A, *et. al.* 2004; OMS, 2015).

#### 2.1.1.5. Las funciones de la piel:

La piel se deteriora progresivamente con la edad debido a los daños provocados por los mecanismos fisiológicos, la predisposición genética y las agresiones externas, en particular la exposición al sol (White-Chu E., y Reddy M., 2011; Lorencini, *et al.* 2014; OMS, 2015). Los cambios asociados al envejecimiento a nivel celular pueden tener numerosos efectos, como una menor capacidad de la piel para actuar como barrera (Farage MA, Miller KW, Berardesca E, Maibach HI. 2009; OMS, 2015). Además, la pérdida de fibras de colágeno y elastina en la dermis reduce la resistencia a la tracción de la piel, y las atrofiaciones vasculares progresivas aumentan la probabilidad de presentar dermatitis, escaras y laceraciones de la piel. Juntos, estos cambios pueden provocar que las personas mayores sean más propensas a muchas afecciones dermatológicas, como las ya mencionadas (Patel T., y Yosipovitch G. 2010; OMS, 2015).

#### **2.1.2. Cambios producidos a nivel psico-afectivo durante el envejecimiento.**

Casi todas las personas AM son emocionalmente saludables, aunque en el plano psicológico se pueden presentar ciertos cambios en la memoria, el aprendizaje, la atención, la orientación y la agilidad mental. Ello va a depender de la cultura, la educación y de los conocimientos y experiencias adquiridas a lo largo de su vida que podrán servir de base para reforzar esas habilidades que van disminuyendo durante el envejecimiento (Fundación del Empresariado Chihuahuense, s.f.).

Al mismo tiempo, la vejez también puede presentarse como una etapa de realización, productividad y consolidación de las habilidades y conocimientos. No obstante, a nivel emocional y afectivo, suelen disminuir con frecuencia como producto de las crisis y tensiones acumuladas lo que puede desencadenar ciertos problemas en su salud mental (Fundación del Empresariado Chihuahuense, s.f.). Entre ellas:

- Vivir con una enfermedad crónico- degenerativa que obliga a modificar su independencia y formas de vida activa.
- La pérdida de la pareja, de algún miembro de la familia o amigo.
- Aislamiento y soledad.
- Un escaso ingreso económico.

- Modificación del lugar que ocupaba en la familia como pareja, líder o proveedor.

Las enfermedades mentales o emocionales pueden manifestarse de diversas maneras, lo que en ocasiones tienden a ser difíciles de reconocer. Pueden confundirse con dolencias o enfermedades físicas; a su vez, pueden ser negadas por los familiares y amigos, o malinterpretadas como parte normal del envejecimiento (Fundación del Empresariado Chihuahuense, s.f.).

La *Guía de Orientación para la Comprensión y Atención Psicológica en la edad avanzada* de la Fundación del Empresariado Chihuahuense (s.f.) desarrolla algunos de los problemas más comunes a nivel psico-afectivo que se presentan durante el envejecimiento:

#### 2.1.2.1. Crisis de identidad en el adulto mayor:

Puede darse por varios motivos que pueden causar un conflicto interno en la persona, entre ellos:

- Vive en la incertidumbre del futuro y tiende a replegarse a sí mismo.
- Vive en una transformación rápida de sus capacidades físicas e intelectuales y de su modo de vida.
- Surge una crisis de identidad: deja de saber quién es y para qué sirve.
- Le asaltan dos temores, por un lado el temor a perder el control de su vida. Y por otro lado un sentimiento de inutilidad. Gran parte de su identidad y del sentido de su vida desaparecen, dejándolo desamparado.
- La llegada a una situación de dependencia debido a la edad avanzada provoca un fuerte deseo de independencia que actualiza conflictos antiguos y por otra parte hace resurgir conflictos con la familia de origen, pero ahora llevados a otras personas.

Lo más resaltante de toda esta situación es que la ausencia de apoyo familiar puede convertirse en un factor de riesgo de institucionalización, lo que va en contra del objetivo central de la geriatría el cual reza que el AM debe estar en su medio habitual, rodeado de su familia, de sus cosas; que sea tratado como un ser humano rico en sabiduría, experiencias y vivencias (Fundación del Empresariado Chihuahuense, s.f.).

### 2.1.2.2. La depresión:

Se refiere a los desórdenes emocionales que se presentan con frecuencia en una persona, tales como angustia, agitación, desesperanza, trastornos del sueño o cambios drásticos del humor. Es el trastorno psiquiátrico más frecuente en la vejez. De hecho, se ha comprobado que uno de cada tres pacientes mayores de 60 años sufre de síntomas de depresión (Fundación del Empresariado Chihuahuense, s.f.).

Está asociado a algunas variables tales como: ser mujer, estar separado(a), la viudez, el nivel socio-económico bajo, insuficiente apoyo social, y cuando ocurren eventos adversos e inesperados. Otro factor de riesgo crucial es la discapacidad producida por enfermedades físicas. Se caracteriza por:

- Tristeza, irritabilidad y/o ansiedad, desánimo persistente o mal humor.
- Pensamientos de muerte o suicidio.
- Sentir cansancio frecuentemente.
- Sentimientos de desesperanza, pesimismo e inutilidad.
- Problemas con la comida (por comer mucho o no tener apetito), engordando o adelgazando visiblemente.
- Pérdida de energía, fatiga, no se puede descansar o se está irritable.
- Dificultad para concentrarse, recordar o para tomar decisiones.
- Incapacidad para disfrutar de la vida, incluso en actividades que eran placenteras para la persona, tales como paseos familiares, visita de hijos o nietos, actividades de jardinería, etc.

Es importante tener en cuenta que la depresión es un problema común entre las personas mayores pero no es una etapa normal del envejecimiento. Muchas veces se presenta la subvaloración que se da por parte del personal asistencial al diagnóstico de esta patología, asumiendo que es un proceso normal durante esta etapa, desconociendo que la depresión está estrechamente relacionada con la calidad de vida del AM (Alexandre, Cordeiro & Ramos, 2009; Chachamovich, Fleck, Laidlaw & Power, 2008; Wada et al., 2005; Estrada, A., *et. al.* 2013).

Además, se conoce que dentro del proceso de institucionalización a un Residencia de atención geriátrica surgen algunas características negativas como son el cambio de contexto para el AM, dejando de obtener reconocimiento por parte de los vecinos, familiares y



amigos; el sentimiento de carga e inutilidad; el desarraigo, generando expectativas básicas que no son colmadas; el aislamiento con el medio, el maltrato, entre otras (Cerquera, 2008; Minor & Kaemppffmam, 2006; Estrada, *et. al.*, 2013), lo que ha reportado que en los AM que viven en Residencias Geriátricas, las condiciones de vida y la falta de contacto social se asocian con síntomas depresivos (Santos et al., 2010; Estrada, A., *et., al.* 2013).

#### 2.1.2.3. Las demencias:

“Es un desorden progresivo de las funciones intelectuales superiores, como la memoria, el lenguaje y otras actividades cognitivas. La demencia es un conjunto de síntomas que deterioran el razonamiento y afectan las actividades de la vida diaria” (Manual para el cuidador de pacientes con demencia, s.f., p. 10).

Al presentar algún tipo de demencia se produce un claro deterioro en el control emocional, de la conducta social, y/o de la motivación. Cuando a una persona se le diagnostica demencia, es porque da claras señales de deficiencias en la memoria, el lenguaje, el razonamiento y el comportamiento (Manual para el cuidador de pacientes con demencia, s.f.).

Tiene una prevalencia entre un 5% a un 8% en la población AM; aumenta en forma progresiva con la edad y es muy frecuente en las Residencias Geriátricas. Se presenta en la enfermedad de Alzheimer, cerebrovascular, y en otras condiciones que afectan al cerebro de forma primaria o secundaria (Fundación del Empresariado Chihuahuense, s.f.).

Algunas de las características de la demencia son las siguientes:

- Problemas para recordar hechos recientes (memoria).
- Dificultad para realizar tareas conocidas y habituales.
- Confusión, alteraciones de carácter y de comportamiento.
- Deterioro del racionamiento.
- Dificultad en el lenguaje, en complementar el pensamiento o seguir una instrucción.
- Sentimiento de depresión.
- Incontinencia urinaria y/o fecal.
- Cambios de conducta.

Sumado a ello, el envejecimiento progresivo de la población y los cambios epidemiológicos recientes han traído como consecuencia el aumento del número de AM que sufren de demencia.

Aunque existen varios tipos, entre ellas:

- Demencias degenerativas (Enfermedad de Alzheimer, Pick y otros).
- Demencias vasculares (infartos cerebrales).
- Demencias infecciosas (Jacob – Kreutzfeldt).
- Demencias traumáticas.
- Demencias tóxicas y metabólicas (por alcohol – drogas).
- Demencias causadas por tumores cerebrales.

La enfermedad de Alzheimer es la más común de las demencias. Esta enfermedad ataca las partes del cerebro que controlan el pensamiento, la memoria y el lenguaje; lo cual afecta la habilidad de las personas para recordar, razonar y comunicarse (Manual para el cuidador de pacientes con demencia, s.f.).

El proceso de esta enfermedad es gradual, se manifiesta de forma lenta y progresiva y, por lo general, la persona se va deteriorando poco a poco, siendo hasta ahora su causa desconocida y que lamentablemente no tiene cura.

Los primeros síntomas están asociados a:

- Disminución de la memoria reciente o inmediata.
- Cambios en el comportamiento y en la personalidad. Se encuentra irritable y con frecuentes cambios de humor, y puede llegar a aislarse de su entorno familiar.
- Problemas para encontrar las palabras precisas. La persona enferma continúa razonando y comunicándose bien con los demás, sin embargo, sus frases son más cortas y mezcla ideas que no tienen relación directa entre sí.

Es indispensable tener en cuenta que esta enfermedad afecta a cada persona de manera distinta. Su impacto depende, en gran parte de cómo era antes de la enfermedad, su personalidad, condición física, estilo de vida, etc. Lo que va a influir en gran medida el progreso de la enfermedad.

Independientemente de la condición o patología que presente el AM, lo realmente importante son las redes de apoyo, la familia, amigos, vecinos, etc., son parte vital de todos estos procesos de cambio. Pero lamentablemente el AM muchas veces enfrenta la realidad del envejecimiento en medio de una sociedad que practica la marginación social de los AM, sintiéndose a sí mismos como alguien que ya no cuenta para los demás, aún más en la familia y por supuesto, en la sociedad; lo que los lleva a sufrir la experiencia de vivir con un autoestima en decadencia.

### **2.1.3. Violencia o maltrato al Adulto Mayor.**

También es un factor de desestabilización emocional el que la persona AM sea víctima de maltrato o violencia, la cual se puede dar por diferentes factores: problemas familiares, escasos recursos económicos, agotamiento por parte del cuidador o familiar, pero sobre todo por una intolerancia debida al desconocimiento de las necesidades de las personas mayores (Fundación del Empresariado Chihuahuense, s.f.). Esto puede traer consecuencias duraderas e importantes.

El maltrato al AM se define como: “un acto único o repetido que causa daño o sufrimiento a una persona mayor, o la falta de medidas apropiadas para evitarlo, que ocurre en una relación basada en la confianza” (Elder abuse, 2014; OMS, 2015). Puede ser físico, sexual, psicológico, emocional, financiero y material, e incluir formas como el abandono, la negligencia y pérdidas graves de dignidad y respeto.

Tiene consecuencias físicas graves, como dolor, lesiones e incluso la muerte, y efectos psicológicos como estrés y depresión, además de aumentar el riesgo de que la persona mayor sea hospitalizada o enviada a una residencia geriátrica (Simón M, , *et. al*, 2009; OMS, 2015). Esto es sumamente grave ya que se estima que “Las tasas de maltrato pueden ser mayores entre los ancianos residentes en instituciones que en los que están en la comunidad”, de acuerdo a datos arrojados por la OMS (2018).

A pesar de que los datos sobre el alcance del problema en establecimientos institucionales como hospitales, Residencias Geriátricas y otros centros asistenciales de

largo plazo son escasos, en una encuesta realizada al personal de hogares de ancianos en los Estados Unidos se apunta la posibilidad de que las tasas sean elevadas:

- Un 36% había presenciado al menos un incidente de maltrato físico contra un paciente de edad avanzada en el año precedente;
- Un 10% había cometido al menos un acto de maltrato físico contra un paciente de edad avanzada;
- Un 40% admitió haber maltratado psicológicamente a pacientes.

Más escasos todavía son los datos sobre el maltrato de las personas mayores en establecimientos institucionales de los países en desarrollo. En tales establecimientos se cometen actos abusivos como maniatar a los pacientes, atentar contra su dignidad (por ejemplo, al no cambiarles la ropa sucia) e impedirles que tomen sus propias decisiones en los asuntos de la vida cotidiana, negarles premeditadamente una buena asistencia (por ejemplo, al permitir que se les formen úlceras de decúbito), ofrecerles una medicación excesiva o insuficiente y retener la medicación que necesitan, y desatenderlos o someterlos a malos tratos emocionales (OMS, 2018).

El maltrato de las personas mayores puede conllevar lesiones físicas –desde rasguños y moratones menores a fracturas óseas y lesiones craneales que pueden provocar discapacidades– y secuelas psicológicas graves, a veces de larga duración, en particular depresión y ansiedad. Para las personas mayores las consecuencias del maltrato pueden ser especialmente graves porque sus huesos pueden ser más frágiles y la convalecencia más larga. Incluso lesiones relativamente menores pueden provocar daños graves y permanentes, o la muerte. Un estudio de seguimiento durante 13 años reveló que los ancianos víctimas de maltrato tienen una probabilidad de morir dos veces mayor que aquellos que no refieren maltrato (OMS, 2018).

Como se puede observar el tema del AM tiene un contenido sumamente amplio, dotado de múltiples factores, entre ellos los familiares y sociales, los cuales requieren de un mayor entendimiento y análisis. Por tal razón, todos los aspectos relacionados con el AM y su bienestar integral, se encuentran fuertemente ligados al ejercicio profesional del Trabajo Social; comenzando con alguno de los distintos enfoques o teorías, o basados en las leyes de Venezuela y México, la población AM requiere de atención profesional, no solo por encontrarse en estado de vulnerabilidad, sino por su crecimiento considerable en el mundo en relación a otros grupos de la población.

El Trabajo Social como profesión facultada de generar bienestar, mediante su intervención, se debe al ser humano, proporcionándole las herramientas necesarias para que este pueda desenvolverse en la sociedad de modo que goce de condiciones óptimas y tenga una mayor calidad de vida; siendo el adulto mayor, sin lugar a dudas, uno de los principales objetos dentro de su actuación. Para esto, principalmente debe tener un conocimiento general de las características de esta población, mejorar la interacción entre el AM y su entorno, partiendo desde el entendimiento de su complejidad para lograr establecer mecanismos que permitan un óptimo desarrollo del proceso del envejecimiento en la sociedad; procurar el conocimiento de sí mismos, de sus fortalezas y debilidades personales que puedan impedir el trabajo efectivo con otros y fomentando la disposición al cambio; servir como guía y acompañamiento del AM y sus familiares en el proceso de decisiones y obtención de recursos adecuados para mejorar las circunstancias en las que se encuentren inmersos, teniendo en cuenta siempre la opinión de la persona mayor y la red de apoyo con la que cuenta. La acción del profesional debe ir dirigida siempre al individuo, su familia y comunidad, con la finalidad de contribuir en medida de lo posible a mejorar su calidad de vida siempre en pro de resguardar su integridad personal a partir de la defensa de sus derechos como ser humano.

## **2.2. DERECHOS HUMANOS DEL ADULTO MAYOR**

Los Derechos Humanos (DDHH):

Son facultades que el ser humano posee, por el simple hecho de serlo, sin importar su edad, sexo, religión, condición socioeconómica, orientación sexual o tendencias políticas, son un conjunto de facultades universales inherentes, irrenunciables, indivisibles, interdependientes de las personas, que le permiten vivir y desarrollarse en condiciones dignas. (Fundación para el Bienestar del Adulto Mayor, 2001, p. 17)

Sin embargo, en una sociedad que acostumbra valorar a las personas desde una perspectiva utilitaria, las personas AM suelen pasar a un segundo plano, sin consideración alguna. Por ello, es frecuente, que sufran maltrato, negación de servicios, restricción de oportunidades y otros tantos tratos discriminatorios que ensombrecen una etapa que debería

ser plena y fructífera (Fundación para el Bienestar del Adulto Mayor, 2001); siendo uno de los grupos que viven mayor discriminación, marginación y desprotección.

La violación de los DDHH de los AM es cosa de la vida diaria, entre la negación al acceso de servicios de salud, despidos y la falta de contrataciones debido a la edad, el abandono, el maltrato físico y psicológico, ocasionan la imposibilidad de acceder a una vida digna.

En respuesta a la situación que atraviesan los adultos mayores a nivel mundial, la comunidad internacional se ha interesado en tomar cartas en el asunto en todo lo relacionado con este grupo etario.

La Asamblea General de las Naciones Unidas ha emitido una serie de medidas que protegen y salvaguardan a las personas mayores de 60 años quienes gozan de la protección establecida en la Declaración Universal de Derechos Humanos; la Convención Americana sobre Derechos Humanos; el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos; la Recomendación 162 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) sobre los trabajadores de edad; el Protocolo de San Salvador; la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer, y la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores que han publicado en Gaceta algunos países.

Lo que ha contribuido de manera considerable a que se den cambios significativos en las leyes internacionales a favor de los derechos de los AM, y de aquellos países que se han suscrito a los pactos establecidos, logrando grandes avances en materia de DDHH del adulto mayor que tanto lo amerita.

### **2.2.1. Bases legales.**

Comenzando por el plano internacional, tenemos los *Principios de las Naciones Unidas en Favor de las Personas de Edad*, reglamento adoptado por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 16 de diciembre de 1991, el cual alienta a que todos los

gobiernos introduzcan los principios básicos dentro de esta para sus planes nacionales. Es así como dentro de sus principios primarios encontramos:

*Independencia:*

1. Las personas de edad deberán tener acceso a alimentación, agua, vivienda, vestimenta y atención de salud adecuados, mediante ingresos, apoyo de sus familias y de la comunidad y su propia autosuficiencia.

5. Las personas de edad deberán tener la posibilidad de vivir en entornos seguros y adaptables a sus preferencias personales y a sus capacidades en continuo cambio.

6. Las personas de edad deberán poder residir en su propio domicilio por tanto tiempo como sea posible.

A partir de este principio se pretende que el AM pueda contar con los medios necesarios para que pueda satisfacer sus necesidades con sus propios recursos, habitando en un espacio digno, el cual avale el pleno cumplimiento de sus derechos así como también pueda desarrollarse libremente en su entorno, como parte indispensable de su bienestar integral.

*Cuidados:*

10. Las personas de edad deberán poder disfrutar de los cuidados y la protección de la familia y la comunidad de conformidad con el sistema de valores culturales de cada sociedad.

11. Las personas de edad deberán tener acceso a servicios de atención de salud que les ayuden a mantener o recuperar un nivel óptimo de bienestar físico, mental y emocional, así como a prevenir o retrasar la aparición de la enfermedad.

13. Las personas de edad deberán tener acceso a medios apropiados de atención institucional que les proporcionen protección, rehabilitación y estímulo social y mental en un entorno humano y seguro.

14. Las personas de edad deberán poder disfrutar de sus derechos humanos y libertades fundamentales cuando residan en hogares o instituciones donde se les brinden cuidados o tratamiento, con pleno respeto de su dignidad, creencias, necesidades e intimidad, así como de su derecho a adoptar decisiones sobre su cuidado y sobre la calidad de su vida.

Se establecen una serie de parámetros relacionados con la atención y el nivel de calidad que reciben los AM. A su vez se habla de la corresponsabilidad que debe tener la

familia en los cuidados, así como se comenta, no solamente se debe buscar el bienestar físico si no que el bienestar emocional también forme parte de este conjunto de necesidades a atender.

Otro acuerdo internacional de relevancia es el de la *Declaración Universal de Derechos Humanos*, decretado el 10 de diciembre de 1948. Destaca específicamente los derechos fundamentales que tiene todo adulto mayor de desarrollar una vida apropiada y que el Estado debe garantizar, reflejado así en los siguientes artículos:

**Art. 22.** Toda persona, como miembro de la sociedad, tiene derecho a la seguridad social, y a obtener, mediante el esfuerzo nacional y la cooperación internacional, habida cuenta de la organización y los recursos de cada Estado, la satisfacción de los derechos económicos, sociales y culturales, indispensables a su dignidad y al libre desarrollo de su personalidad.

**Art. 25.** Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios.

Estos artículos respaldan la garantía de la integralidad en la atención sobre las necesidades de los AM y no solamente el cumplimiento de unos cuantos aspectos. También es vital recalcar el cumplimiento del Estado a la hora de avalar la existencia de la Seguridad Social para esta población, con los mismos derechos de ser atendidos y respetados.

Otro documento internacional de importancia es el *Plan de Acción Internacional de Viena sobre el envejecimiento*, desarrollado en la Asamblea Mundial sobre el envejecimiento en agosto de 1982. Destacándose los siguientes principios:

Los gobiernos y, en particular, las autoridades locales, las organizaciones no gubernamentales, los voluntarios individualmente y las organizaciones de voluntarios, incluidas las asociaciones de personas de edad, pueden contribuir de manera especialmente importante a prestar apoyo y atención a las personas de edad avanzada de la familia y la comunidad. Los gobiernos deben apoyar y fomentar las actividades voluntarias de este tipo;

El envejecimiento es un proceso que dura toda la vida y deberá reconocerse como tal. La preparación de toda la población para las etapas posteriores de la vida deberá ser parte integrante de las políticas sociales y abarcar factores



físicos, psicológicos, culturales, religiosos, espirituales, económicos, de salud y de otra índole;

Las personas de edad deberán participar activamente en la formulación y aplicación de las políticas, incluidas las que les afectan especialmente.

Es importante que los gobiernos presten apoyo así como también busquen integrar mediante el desarrollo de políticas la inclusión tanto de las familias, como de los mismos AM dentro de los procesos que se realicen en un país, planteando el envejecimiento como un evento que tarde o temprano nos sucede a todos y por ello, se deben desarrollar mecanismos que garanticen podamos vivir con el pasar de los años de la manera más saludable y digna posible.

Además, se debe tener en cuenta que,

Para el cumplimiento de los Derechos Humanos, el Estado es el responsable de garantizarlos, lo que quiere significar que al ser obligatorios y universales, pueden ser reclamados por cualquier persona, no como dádiva sino como signatario natural del mismo. No es una prerrogativa del Estado concederlos o no. Es su obligación garantizarlos (Vera, S., 2017, p.26).

#### 2.2.1.1. Marco legal en Venezuela referente al Adulto Mayor:

En cuanto a las leyes venezolanas, de acuerdo con lo establecido en la CRBV en su “Capítulo V. De los derechos sociales y de las familias”. Establece en sus artículos 80, 81 y 83, la corresponsabilidad que tiene el Estado de garantizar el pleno derecho de los beneficios así como la atención integral y de seguridad social de cada uno de los AM dentro de la nación, marcando además que las pensiones y jubilaciones no podrán ser menor al salario mínimo (Art. 80). Igualmente, se comenta que toda persona con algún tipo de necesidad especial como sería la vejez debe tener derecho al pleno uso de sus capacidades y el Estado tendrá que garantizar las mismas oportunidades y condiciones, de acuerdo a lo que se presente dentro de la ley (Art. 81). Finalmente, se habla de la salud como un derecho importante, que se debe garantizar en el cumplimiento de la misma como parte del derecho a la vida, a través de la creación de políticas en donde todas las personas tengan libre acceso a esta según los tratados y convenios internacionales, entre estos los explicados anteriormente (Art. 83).

**Art. 86.** Toda persona tiene derecho a la seguridad social como servicio público de carácter no lucrativo, que garantice la salud y asegure protección en contingencias de maternidad, paternidad, enfermedad, invalidez, enfermedades catastróficas, discapacidad, necesidades especiales, riesgos laborales, pérdida de empleo, desempleo, vejez, viudedad, orfandad, vivienda, cargas derivadas de la vida familiar y cualquier otra circunstancia de previsión social. El Estado tiene la obligación de asegurar la efectividad de este derecho, creando un sistema de seguridad social universal, integral, de financiamiento solidario, unitario, eficiente y participativo, de contribuciones directas o indirectas. La ausencia de capacidad contributiva no será motivo para excluir a las personas de su protección. Los recursos financieros de la seguridad social no podrán ser destinados a otros fines. Las cotizaciones obligatorias que realicen los trabajadores y las trabajadoras para cubrir los servicios médicos y asistenciales y demás beneficios de la seguridad social podrán ser administrados sólo con fines sociales bajo la rectoría del Estado. Los remanentes netos del capital destinado a la salud, la educación y la seguridad social se acumularán a los fines de su distribución y contribución en esos servicios. El sistema de seguridad social será regulado por una ley orgánica especial.

En Venezuela se cuenta con el aval constitucional que garantiza la protección social. El Estado requerirá para garantizarla de un conjunto de recursos financieros que debe invertir en dicha protección y de un conjunto de instituciones donde se materializará la prestación de los distintos servicios (Vera, S., 2017).

El 7 de diciembre del 2002 se crea y materializa la Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social, la cual expresa en su artículo 18 el trato a las personas de edad avanzada dentro de dicho sistema. Aquí se describen diferentes puntos los cuales buscan promover, mediante la atención de distintos enfoques, el cumplimiento de las necesidades básicas que tienen los AM. Resaltando los siguientes:

1. Promoción de la salud de toda la población de forma universal y equitativa, que incluye la protección y la educación para la salud y la calidad de vida, la prevención de enfermedades y accidentes, la restitución de la salud y la rehabilitación; oportuna, adecuada y de calidad.
3. Promoción de la salud de los trabajadores y de un ambiente de trabajo seguro y saludable, la recreación, la prevención, atención integral, rehabilitación, reentrenamiento y reinserción de los trabajadores enfermos o accidentados por causas del trabajo, así como las prestaciones en dinero que de ellos se deriven.
4. Atención integral en caso de enfermedades catastróficas.
6. Protección integral a la vejez.
7. Pensiones por vejez, sobrevivencia y discapacidad.

11. Asignaciones para las necesidades especiales y cargas derivadas de la vida familiar.

Es indispensable señalar que,

(...) ha existido un avance en cuanto a decisiones gubernamentales acerca del goce de pensiones por parte de grupos de la sociedad que han estado excluidos por no haber tenido una relación de trabajo que los incorporara tempranamente a la Seguridad Social. También un conjunto de mujeres, cumpliendo su rol de amas de casa que no cuentan con un sistema previsional que las apoye en la vejez (artículo 88 de la Constitución Nacional). Por tanto se ha concedido el goce de pensiones a grupos de agricultores, pescadores, amas de casa, personas del sector informal, desempleados, quienes no pudieron contribuir con sus cotizaciones, el Estado asumió incorporarlas para la obtención de la pensión de vejez como derecho. Estas políticas han arropado a algunos grupos de la población, pero aún existe un importante contingente de personas que teniendo el derecho no lo pueden gozar (Vera, S., 2017, p. 13).

En el marco de la LOSSS, se crea en 2005 la *Ley de Servicios Sociales*, que tiene por objeto definir y regular el Régimen Prestacional de Servicios Sociales al Adulto Mayor y Otras Categorías de Personas. De cuyos artículos se destacan:

**Art. 61.** El Instituto Gestor realizará inventarios periódicos de los medicamentos necesarios para las personas protegidas por esta Ley, en las instituciones u organismos prestadores del servicio de salud, con el propósito de contribuir a garantizar la disponibilidad en el suministro de fármacos, especialmente los requeridos para las enfermedades crónicas, degenerativas y patologías asociadas al envejecimiento e informara de sus resultados a los órganos de participación y control social.

**Art. 62.** El ministerio con competencia en salud, a través de sus programas, garantizará que en las instituciones públicas prestadoras de servicios de salud, se brinde atención preferencial a las personas adultas mayores y personas con discapacidad, cuando se refiera a control de citas, consultas o salas de espera para la dotación de medicamentos y/o prótesis, o cualquier otra situación administrativa que requiera de hacer colas o permanecer en espera.

**Art. 63.** El Instituto Gestor en coordinación con el Instituto Nacional de Nutrición, la sociedad y la familia, tienen la obligación de diseñar y desarrollar programas destinados a proporcionar la alimentación adecuada, tanto en calorías y nutrientes, como en condiciones de higiene, a personas en situación de indigencia y a personas adultas mayores y personas con discapacidades severas, en estado de necesidad.

**Art. 64.** El Instituto Gestor, en coordinación con las gobernaciones y municipios, desarrollará programas y servicios dirigidos a garantizar un hogar sustituto para todas las personas protegidas por esta Ley, que se encuentren en estado de necesidad, orfandad o abandono. Asimismo, ampliará por regiones y de acuerdo al medio ambiente, la red de hogares sustitutos y residencias diurnas, de corta o larga estancia.

Estos artículos guardan un nexo especial con la investigación, haciendo referencia a las instituciones encargadas de supervisar y de otorgar los recursos necesarios, teniendo como principal obligación no pasar por alto la tenencia de una vivienda adecuada, la alimentación balanceada y la atención médica de los AM; tres elementos los cuales sirven como indicador del nivel de atención que recibe en particular este sector de la población y que de no efectuarse, no se podrá garantizar el pleno cumplimiento de las condiciones básicas de vida que tienen como seres humanos.

Como medida especial, tomando en cuenta el gran número de AM que no cotizaron al seguro social, por uno que otro motivo, se aprobó en segunda sesión de discusión en la Asamblea Nacional durante el mes de noviembre del año 2018 la *Ley Especial del Régimen de Pensiones por Vejez no Contributivo* cuyo fin es brindar protección integral a los AM, de conformidad con lo establecido en la Declaración Universal de los DDHH, la CRBV y la LOSSS; poniendo de manifiesto en su artículo 3 que “La seguridad social en Venezuela es un derecho de toda persona y un servicio público no lucrativo” donde “el Estado tiene la obligación de garantizar la efectividad de este derecho sin discriminación de ninguna naturaleza”, en este caso la capacidad contributiva.

Igualmente, establece:

**Art. 4.** Están comprendidas en el campo de aplicación de esta Ley las personas de sexo femenino que, para el momento de entrada en vigencia de la Ley, tengan una edad igual o superior a los 55 años y las personas de sexo masculino con edad igual o superior a 60 años, que sean de nacionalidad venezolana y con residencia en el territorio de la República. Están comprendidas, también, en el campo de aplicación de esta Ley, las personas de otras nacionalidades, con residencia legal en el país no menor a diez (10) años continuos, debidamente comprobada, mediante certificación de residencia otorgada por los organismos competentes.

**Art. 9.** El Régimen Especial de Pensiones por Vejez no contributivo garantiza a las personas comprendidas en su ámbito de aplicación, protección económica o dineraria y socio-económica en caso de la ocurrencia de alguna de las contingencias siguientes:

- a) Ausencia de medios económicos para atender las necesidades vitales;
- b) Abandono familiar e institucional;
- c) Discapacidad total o permanente;
- d) Situación de dependencia total;
- e) Cualquier otro estado de necesidad susceptible de ser amparado por este régimen de protección social.

**Art. 10.** Las contingencias amparadas por esta Ley, serán atendidas mediante el otorgamiento de tres prestaciones:

- a) Pensión por vejez;
- b) Bono para la adquisición de alimentos;
- c) Bono para la adquisición de medicinas.

**Art. 14.** Los adultos mayores beneficiarios del bono para la adquisición de alimentos y medicinas, que se encuentren hospitalizados o reclusos en instituciones especializadas para su atención, por lapsos superiores a treinta (30) días, que incluya el suministro de alimentos y medicinas, los beneficios de este tipo otorgados se suspenderán por el tiempo que dure la hospitalización o reclusión. Caso contrario se mantendrán inalterables.

Cada uno de los artículos mencionados permite conocer los lineamientos bajo los cuales se aplica la siguiente Ley, quiénes son beneficiarios, bajo qué condiciones se suministra la ayuda económica, cuáles son las ayudas y bajo qué circunstancias deja de ser suministrada.

Lo más importante a resaltar es la iniciativa de sustentar legalmente el otorgamiento de pensiones por vejez no contributiva, protegiendo de manera mancomunada al AM quien al parecer se ve cada vez más vulnerado y cuyas necesidades van en ascenso.

#### 2.2.1.2. Marco legal en México referente al Adulto Mayor:

En relación a México, la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en el Capítulo I, de los Derechos Humanos y sus Garantías, expresa:

**Art. 1o.** En los Estados Unidos Mexicanos todas las personas gozarán de los derechos humanos reconocidos en esta Constitución y en los tratados

internacionales de los que el Estado Mexicano sea parte, así como de las garantías para su protección, cuyo ejercicio no podrá restringirse ni suspenderse, salvo en los casos y bajo las condiciones que esta Constitución establece. Párrafo reformado DOF 10-06-2011

(...) Queda prohibida toda discriminación motivada por origen étnico o nacional, el género, la edad, las discapacidades, la condición social, las condiciones de salud, la religión, las opiniones, las preferencias sexuales, el estado civil o cualquier otra que atente contra la dignidad humana y tenga por objeto anular o menoscabar los derechos y libertades de las personas. Párrafo reformado DOF 04-12-2006 y 10-06-2011 Artículo reformado DOF 14-08-2001

**Art. 4o.** (Se deroga el anterior párrafo primero) Párrafo adicionado DOF 28-01-1992 Párrafo derogado (se recorren los demás en su orden) DOF 14-08-2001

Toda persona tiene derecho a la alimentación nutritiva, suficiente y de calidad. El Estado lo garantizará. Párrafo adicionado (se recorren los subsecuentes) DOF 13-10-2011

Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución. Párrafo adicionado DOF 03-02-1983

De acuerdo con el artículo 1o, párrafo quinto, constitucional, la edad es uno de los motivos por los cuales se prohíbe discriminar a las personas en el territorio nacional. Las personas AM, tienen reconocidos los derechos humanos previstos en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y en los tratados internacionales firmados y ratificados por el Estado mexicano, de acuerdo con la reforma constitucional en materia de derechos humanos publicada el 10 de junio de 2011, específicamente en el artículo 1o.

Algunos de esos tratados internacionales son la Declaración Universal de los Derechos Humanos; el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos; el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; la Convención Americana sobre Derechos Humanos, entre otros.

En México, los compromisos internacionales descritos se retoman en el artículo 4o de la Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación, donde se dispone que no podrán

llevarse a cabo conductas discriminatorias contra las personas por razón de su edad, incluidas las personas AM.

El Estado mexicano tiene la responsabilidad de garantizar el cumplimiento de los DDHH de cada uno de sus habitantes sin distinción, ni discriminación alguna, incluido el derecho a la alimentación y el acceso al sistema de salud. Aspectos relevantes en la calidad de vida de los AM, a quienes se les debe garantizar la inclusión y el cumplimiento de sus derechos como ciudadanos mexicanos, así establecido constitucionalmente.

Por ello es relevante mencionar la *Ley del Seguro Social* creada el 21 de diciembre de 1995 (Última reforma publicada DOF 22-06-2018), la cual expresa:

**Art. 2.** La seguridad social tiene por finalidad garantizar el derecho a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo, así como el otorgamiento de una pensión que, en su caso y previo cumplimiento de los requisitos legales, será garantizada por el Estado.

**Art. 5 A.** Para los efectos de esta Ley, se entiende por:

Pensionados o pensionado: el asegurado que por resolución del Instituto tiene otorgada pensión por: incapacidad permanente total; incapacidad permanente parcial superior al cincuenta por ciento o en su caso incapacidad permanente parcial entre el veinticinco y el cincuenta por ciento; invalidez; cesantía en edad avanzada y vejez, así como los beneficiarios de aquél cuando por resolución del Instituto tengan otorgada pensión de viudez, orfandad, o de ascendencia;

Para la Solicitud de Pensión de Cesantía en Edad Avanzada o Vejez en México, según Régimen de la *Ley del Seguro Social 1997*, el asegurado debe cumplir con los siguientes requisitos:

- Tenga cumplidos al menos 60 años de edad al momento de presentar la solicitud de pensión de cesantía en edad avanzada y 65 años para la pensión de vejez.
- Haya causado baja en el Régimen Obligatorio de la Ley del Seguro Social.
- Se encuentre privado de trabajo remunerado.
- Tenga registradas ante el Instituto un mínimo de 1,250 semanas de cotización.
- Si no reúne las 1250 semanas de cotización y habiendo cumplido sesenta años, podrá retirar el saldo de su cuenta individual en una sola exhibición o seguir cotizando hasta cubrir las semanas necesarias para el otorgamiento de la

pensión. En este caso, si el asegurado tiene cotizadas un mínimo de setecientas cincuenta semanas tendrá derecho a las prestaciones en especie del Seguro de Enfermedades y Maternidad.

En 2013 y como parte de la reforma fiscal presentada por el gobierno federal, se propuso la creación de la pensión universal. En un inicio fue operada por SEDESOL, a través del Programa Pensión para Adultos Mayores (PAM), para después transitar al IMSS (Marcias, Sánchez, 2016). La pensión no contributiva se crea para que todos los AM cuenten con un piso mínimo de ingreso y prevenir que experimenten situación de pobreza.

Ya para 2002 se había creado la *Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores* (Última reforma publicada en 2012), donde se establecen las bases y disposiciones para su cumplimiento, mediante la regulación de:

- I. La política pública nacional para la observancia de los derechos de las personas adultas mayores;
- II. Los principios, objetivos, programas, responsabilidades e instrumentos que la administración pública federal, las entidades federativas y los municipios deberán observar en la planeación y aplicación de la política pública nacional, y
- III. El Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (Art. 1 LDPAM).

Dicha ley establece ciertos derechos que deben gozar los AM, estos están establecidos en el cap. II, Art. 5:

- (..) I. De la integridad, dignidad y preferencia:
- a. A una vida con calidad. Es obligación de las Instituciones Públicas, de la comunidad, de la familia y la sociedad, garantizarles el acceso a los programas que tengan por objeto posibilitar el ejercicio de este derecho.
  - b. Al disfrute pleno, sin discriminación ni distinción alguna, de los derechos que ésta y otras leyes consagran.
  - c. A una vida libre sin violencia.
  - d. Al respeto a su integridad física, psico-emocional y sexual.
  - e. A la protección contra toda forma de explotación.
  - f. A recibir protección por parte de la comunidad, la familia y la sociedad, así como de las instituciones federales, estatales y municipales.



g. A vivir en entornos seguros dignos y decorosos, que cumplan con sus necesidades y requerimientos y en donde ejerzan libremente sus derechos (...).

Además de otros derechos que mencionan en esta Ley, puntualiza el papel y deber que tiene el Estado con este sector de la población; Art. 6:

El Estado garantizará las condiciones óptimas de salud, educación, nutrición, vivienda, desarrollo integral y seguridad social a las personas adultas mayores. Asimismo, deberá establecer programas para asegurar a todos los trabajadores una preparación adecuada para su retiro (...).

A su vez, y con relación a la presente investigación es importante puntualizar lo que establece el Art. 9 de dicha Ley:

La familia de la persona adulta mayor deberá cumplir su función social; por tanto, de manera constante y permanente deberá velar por cada una de las personas adultas mayores que formen parte de ella, siendo responsable de proporcionar los satisfactores necesarios para su atención y desarrollo integral y tendrá las siguientes obligaciones para con ellos:

I. Otorgar alimentos de conformidad con lo establecido en el Código Civil;

II. Fomentar la convivencia familiar cotidiana, donde la persona adulta mayor participe activamente, y promover al mismo tiempo los valores que incidan en sus necesidades afectivas, de protección y de apoyo, y

III. Evitar que alguno de sus integrantes cometa cualquier acto de discriminación, abuso, explotación, aislamiento, violencia y actos jurídicos que pongan en riesgo su persona, bienes y derechos.

Tanto el Estado venezolano como el mexicano establecen en su legislación cada uno de los elementos para la protección y la garantía con la que debe contar el AM a través de leyes constitucionales e institucionales, que establecen los lineamientos que deben cumplirse para la protección de los AM en todos los aspectos que le competen; así como el papel fundamental que cumple la familia en su función protectora, socializadora y principal responsable en la satisfacción de muchas de sus necesidades, todo ello con el único fin de que los mismos puedan gozar de una calidad de vida digna.

**Tabla 3. Marco legal del Adulto Mayor Venezuela-México.**

	<b>Venezuela</b>	<b>México</b>
<b>Constitución</b>	-Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. Art. 80-81-83 y 86.	-Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Art. 1o-4o.
<b>Leyes instituciones</b>	-Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social. Art. 18. -Ley de Servicios Sociales (Régimen Prestacional al Adulto Mayor y Otras Categorías de Personas). Art. 61-62-63 y 64. -Ley Especial del Régimen de Pensiones por Vejez No Contributivo. Art. 4-9-10 y 14.	-Ley del Seguro Social. Art. 2 y 5 A. -Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores. Art. 1-5-6 y 9. - Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación. Art. 4.

Fuente: Ramírez, E., y Herrera, R., tomado de marco legal de Venezuela y México. Calidad de Vida en la Atención del Adulto Mayor Institucionalizado: Estudio Comparativo Venezuela- México.

### **2.3. CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR**

Este es un concepto que con el paso del tiempo se ha introducido cada vez más dentro del campo del estudio para la salud de la Tercera Edad, puesto que es un indicador determinante a la hora de reflejar el grado de atención que reciben las personas mayores.

Puede definirse como un “Concepto multidimensional que comprende componentes tanto objetivos como subjetivos. Incluye diversos ámbitos de la vida, refleja las normas culturales de bienestar objetivas y otorga un peso específico para cada ámbito de la vida, los que pueden ser considerados más importantes para un individuo que para otro” (IMSERSO, 2010).

Actualmente, la vejez supone uno de los contextos en los que más importancia se está dando a la calidad de vida. Ocuparse y preocuparse por una vida de calidad está pasando a ser la meta gerontológica más perseguida y valorada (Reig, 2000; Yanguas Lezaun, 2006).

La calidad de vida en el adulto mayor es:

El resultado del equilibrio entre la satisfacción de las necesidades básicas de un adulto mayor y la no satisfacción de las mismas, tanto en el plano objetivo como en el subjetivo, a lo que se añade la posibilidad de decidir por sí mismo y poder ejecutar estas decisiones en el plano personal, familiar y social. (Montenegro y Cuellar, 2012, p. 212)

Según Velandia (1994) es:

La resultante de la interacción entre las diferentes características de la existencia humana (vivienda, vestido, alimentación, educación y libertades humanas); cada una de las cuales contribuye de diferente manera para permitir un óptimo estado de bienestar, teniendo en cuenta el proceso evolutivo del envejecimiento, las adaptaciones del individuo a su medio biológico y psicosocial cambiante, el cual se da en forma individual y diferente; adaptación que influye en su salud física, fallas en la memoria y el temor, el abandono, la muerte, la dependencia o la invalidez. (p. 300)

Cuando se aborda el concepto de calidad de vida de los AM, que abandonan su domicilio o su lugar de residencia habitual para ingresar en una institución, se debe tener en cuenta que son múltiples los cambios que da el AM al pasar de su vivienda a estar institucionalizado.

Los entornos sociales influyen de manera positiva o negativa en el proceso de envejecimiento, de este modo, el lugar de residencia del AM, en una institución geriátrica o su hogar, puede explicar las diferencias en la capacidad funcional y percepción de calidad de vida; asociándose la institucionalización con varios resultados negativos como aumento de la mortalidad y baja calidad de vida (Luppa M, *et al*, 2010; Herazo Beltrán, *et al.*, 2017).

Para el AM la condición física funcional, concebida por Jones y Rikli (2002) como la capacidad para desarrollar las actividades normales de la vida diaria de forma segura e independiente y sin excesiva fatiga, determinará en alto grado la percepción que cada adulto mayor tiene acerca de su salud (Jones C. Jessie y Rikli R., 2002; Herazo Beltrán, *et al.*, 2017), debido a que la institucionalización de las personas mayores está relacionada con mayores porcentajes de inactividad física y de limitaciones en al menos una actividad básica de la vida diaria.

Krzejmen (2001) sostiene que también la calidad de vida del AM se da en la “medida en que él logre reconocimiento a partir de relaciones sociales significativas; esta etapa de su vida será vivida como prolongación y continuación de un proceso vital; de lo contrario, se vivirá como una fase de declinación funcional y aislamiento social del adulto mayor”. (p. 3)

La calidad de vida contempla múltiples factores, entre ellos la dimensión personal (salud, autonomía, satisfacción) y la dimensión socio-ambiental (redes de apoyo y servicios sociales).

Lawton (2001) sugiere la existencia de cuatro categorías en las que se engloban muchos otros dominios específicos (Yanguas Lezaun, 2006):

1. Calidad de vida física. Estados de salud y calidad de vida relacionada con la salud. Es el dominio más ligado a la biología. Dolor, síntomas, limitaciones funcionales y función cognitiva aparecen en casi todas las listas de dimensiones físicas de la calidad de vida.

2. Calidad de vida social. Incluye indicadores relativamente objetivos de enganche con el mundo externo. El nivel óptimo varía claramente según los individuos, por lo que alcanzar “el máximo” no es necesariamente lo mejor para todos. Las medidas incluyen tamaño de la red social, frecuencia de contactos, participación en actividades y espacio social.

3. Calidad de vida percibida. Generalmente representa el análogo subjetivo de la calidad de vida social, como la calidad familiar, de los amigos, del tiempo, y la seguridad económica.

4. Calidad de vida psicológica. Se compone de los afectos posibles y de los síntomas disfóricos y necesidades personales que tienen un efecto más generalizado en la calidad de vida global.

En cuanto al AM institucionalizado, las características a ser evaluadas sobre la calidad de vida, incluyen: Salud general, Habilidad funcional, Salud mental, Comodidad, Bienestar emocional, Privacidad, Oportunidad y control sobre la vida. Estas pueden ser

operacionalizadas usando escalas sobre capacidad funcional, salud mental y preguntas individuales sobre oportunidades en la vida, rutinas, relaciones, privacidad, niveles de actividad y privaciones del adulto mayor en el ambiente institucional (Bowling y Clark, 1998; Kliempt, P., 2000; Castellanos Ruiz, 2002).

También, se deben tener en cuenta elementos tales como: Ambiente físico (localización, estructura, residencia), Número de camas por cuarto, Ambiente social, (Reglamento institucional, residencias mixtas, oportunidades, decisiones), así como las actitudes y comportamientos de cuidados por parte del equipo profesional (Castellanos Ruiz, 2002).

En definitiva,

Se debe considerar que la calidad de vida en las personas mayores tiene características específicas en las que no intervienen factores propios de otros grupos de edad, por ejemplo: el retiro laboral, aumento en la presencia de enfermedades crónicas, amenazas a la funcionalidad, cambio en las estructuras familiares y en los roles sociales, entre otros... La especificidad va a depender del contexto demográfico, histórico, cultural, político y social en el cual se experimente la vejez (Universidad Católica de Chile, 2011, p. 13).

#### **2.4. ENVEJECIMIENTO ACTIVO Y SALUDABLE**

El envejecimiento del ser humano implica transformaciones positivas, negativas, o neutras, ocasionados por el paso del tiempo, provenientes del propio organismo, del medio social y cultural (Lamas, 2004). El AM necesita asimilar todos estos cambios que le ocurren, para poder adaptarse y reproducir las implicaciones sociales y valorativas de dicha categoría, reestructurando su posición y su forma de participación en la sociedad (Laforest, 1991; Carmona Valdés, s.f.).

Ello no significa que su entorno no se vea implicado en tal situación, al contrario el envejecimiento es un proceso que se ve influenciado por múltiples factores que forman parte de él. Para que el AM pueda mantenerse y disfrutar de esta etapa, debe también gozar

de derechos, comprensión y del apoyo de todo aquel que le rodea (familia, amigos y comunidad), debe gozar de bienestar.

La OMS (1989) define el bienestar como el estado de completo bienestar físico, social y mental, el cual se alcanza a través del equilibrio en estas tres dimensiones, por lo que resulta imposible aislar o disociar una de ellas de las otras dos, y pueda ser integral.

Según Neugarten, Havighurst y Tobin (1961) en la vejez, el bienestar personal o la satisfacción con la vida es el principal criterio para un envejecimiento exitoso, tomando al bienestar como un concepto globalizador que incluye tanto la satisfacción, la felicidad, la vida considerada como un todo, una moral alta, ajuste personal, buenas actitudes hacia la vida y la competencia (Carmona Valdés, s.f.).

Todo ello debe ir acompañado de buena salud y apoyo social; solo de ese modo el AM podrá envejecer de manera saludable y tener bienestar.

Bajo esta lógica, si se quiere hacer del envejecimiento una experiencia positiva, una vida más larga, debe ir acompañada de sistemas de salud óptimos, participación social y seguridad personal.

#### **2.4.1. Envejecimiento Activo.**

En 2002, la OMS dio a conocer el documento *Envejecimiento activo: un marco político*. En este marco se define el envejecimiento activo como “el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida de las personas a medida que envejecen” (OMS, 2002). Se hace hincapié en la necesidad de actuar en múltiples sectores, con el objetivo de asegurar que las personas mayores sigan siendo un recurso para sus familias, comunidades y economías (OMS, 2015).

El envejecimiento activo permite a las personas realizar su potencial de bienestar físico, social y mental a lo largo de todo su ciclo vital y participar en la sociedad de acuerdo

con sus necesidades, deseos y capacidades, mientras que se les proporciona protección, seguridad y cuidados adecuados cuando necesitan asistencia (OMS, 2002).

En cuanto a los términos: *activo* hace referencia a una participación continua en las cuestiones sociales, económicas, culturales, espirituales y cívicas, no sólo a la capacidad para estar físicamente activo o ser parte del mercado laboral. En el entendido de que las personas mayores que se retiran del trabajo y las que están enfermas o viven en situación de discapacidad pueden seguir contribuyendo activamente con sus familias, semejantes, comunidades y naciones (OMS, 2002).

El término *Salud*, se refiere al bienestar físico, mental y social expresado por la OMS en su definición de salud. Por tanto, en este marco, las políticas y los programas que promueven las relaciones entre la salud mental y social son tan importantes como los que mejoran las condiciones de salud física (OMS, 2002).

De tal manera que el envejecimiento activo trata de ampliar la esperanza de vida saludable y la calidad de vida para todas las personas a medida que envejecen, incluyendo aquellas personas frágiles, discapacitadas o que necesitan asistencia.

El marco político de la OMS reconoce seis tipos de determinantes clave del envejecimiento activo: los económicos, los conductuales, los personales, los sociales, los relacionados con los sistemas sanitarios y sociales y los relacionados con el entorno físico (OMS, 2015).

Propone cuatro políticas fundamentales para la respuesta de los sistemas de salud:

- Prevenir y reducir la carga del exceso de discapacidades, enfermedades crónicas y mortalidad prematura;
- Reducir los factores de riesgo relacionados con las causas de enfermedades importantes y aumentar los factores que protegen la salud durante el curso de la vida;
- Desarrollar una continuidad de servicios sociales y de salud que sean asequibles, accesibles, de gran calidad y respetuosos con la edad, y que tengan en cuenta las necesidades y los derechos de las mujeres y los hombres a medida que envejecen; y
- Proporcionar formación y educación a los cuidadores.

Es así como...

El planteamiento del envejecimiento activo se basa en el reconocimiento de los derechos humanos de las personas mayores y en los Principios de las Naciones Unidas de independencia, participación, dignidad, asistencia y realización de los propios deseos. Sustituye la planificación estratégica desde un planteamiento «basado en las necesidades» (que contempla a las personas mayores como objetivos pasivos) a otro «basado en los derechos», que reconoce los derechos de las personas mayores a la igualdad de oportunidades y de trato en todos los aspectos de la vida a medida que envejecen. Y respalda su responsabilidad para ejercer su participación en el proceso político y en otros aspectos de la vida comunitaria (OMS, 2015, p. 79).

#### **2.4.2. Envejecimiento Saludable.**

En cuanto al envejecimiento saludable, es definido por la OMS (2015) como “el proceso de fomentar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez”. A menudo se lo utiliza para referirse a un estado positivo, libre de enfermedades, que distingue entre individuos saludables y no saludables. (p. 30)

Esta distinción es problemática en la vejez debido a que muchas personas presentan una o más afecciones que están bien controladas y tienen poca influencia en su capacidad de funcionamiento. Por lo tanto, al plantear la meta de una estrategia de salud pública sobre el envejecimiento, la OMS considera el Envejecimiento Saludable en un sentido amplio, basado en el curso de la vida y en perspectivas funcionales (OMS, 2015).

Para entender de forma plena este concepto es esencial definir los siguientes términos:

*La capacidad funcional* comprende los atributos relacionados con la salud que permiten a una persona ser y hacer lo que es importante para ella. Se compone de la capacidad intrínseca de la persona, las características del entorno que afectan esa capacidad y las interacciones entre la persona y esas características.

*La capacidad intrínseca* es la combinación de todas las capacidades físicas y mentales con las que cuenta una persona.

*El entorno* comprende todos los factores del mundo exterior que forman el contexto de vida de una persona. Incluye —desde el nivel micro hasta el nivel macro— el hogar, la comunidad y la sociedad en general. (p. 30)



Aunque existen diferentes maneras de promover el Envejecimiento Saludable, todas tendrán un objetivo, y es promover la capacidad funcional. Dicho objetivo puede lograrse de dos formas: fomentar y mantener la capacidad intrínseca o facilitar que las personas que tienen la capacidad funcional disminuida hagan las cosas que son importantes para ellas (OMS 2015).

Por ejemplo, aun cuando una persona mayor pueda tener capacidad limitada, podrá hacer las compras si tiene acceso a medicamentos antiinflamatorios o a un dispositivo de apoyo (como un bastón o una silla de ruedas), o si vive cerca de un medio de transporte asequible y accesible. Esta relación entre el individuo y el entorno en el que vive, y cómo interactúan, es lo que se conoce como capacidad funcional; lo cual le permite a las personas ser y hacer lo que tienen razones para valorar (OMS, 2015).

Es por tal razón que “Se necesita con urgencia una acción de salud pública integral sobre el envejecimiento, (...) no basta con hacer más de lo que ya se hace. En cambio, es preciso crear sistemas de salud que garanticen el acceso asequible a servicios integrados y centrados en las necesidades de las personas mayores”. La principal contribución de los servicios de salud para lograrlo será alcanzar la máxima capacidad intrínseca (OMS, 2015).

Tres enfoques clave ayudarán a adaptar los sistemas de salud a las necesidades de las poblaciones de edad:

1. crear servicios que proporcionen atención integrada y centrada en las personas mayores, y garantizar su acceso;
2. orientar los sistemas en torno a la capacidad intrínseca;
3. garantizar que se cuente con personal sanitario sostenible y debidamente capacitado. (OMS, 2015, p. 16)

Para ofrecer atención centrada en las personas mayores y garantizar su acceso, se requerirán sistemas organizados en torno a las necesidades y preferencias de las personas mayores, además de servicios adaptados a este grupo y vinculados estrechamente a las familias y las comunidades. También se necesitará integración entre los niveles y los servicios, así como entre la asistencia sanitaria y la atención a largo plazo (OMS, 2015).

El envejecimiento saludable es tarea de todos, desde la involucración de la familia y la comunidad hasta de la sociedad en general y las naciones del mundo. El hecho de envejecer más y mejor solo será posible con la contribución de todos y cada uno de los involucrados. Para ello es necesario que se tomen cartas en el asunto.

Entender que el mundo está cambiando y con él su población, donde día tras día serán más las personas AM, es el primer paso. La investigación exhaustiva por sectores podrá permitir caracterizar la población AM y entender las diferencias de unas regiones respecto a otras, ello con el fin de conocer a fondo las verdaderas necesidades de estos grupos, de lo cual se hace tanto énfasis en este documento. Lo que a su vez va a conducir a atacar de forma efectiva y oportuna las demandas reales, contribuir paso a paso con este grupo etario, y al mismo tiempo con un mundo cada vez más humano y saludable.

## CAPÍTULO III

### ATENCIÓN AL ADULTO MAYOR

Abordar el tema de la atención al AM requiere conocer, en primer lugar, las políticas sociales dirigidas a atender las necesidades de este sector de la población. Para ello se hará énfasis en aquellas que están siendo implementadas en Venezuela y México, aterrizando, posteriormente, en la atención desempeñada tanto a nivel familiar como institucional, resaltando el rol del trabajo social y su participación profesional en el abordaje de adultos mayores como población vulnerable.

#### 3.1. POLÍTICA SOCIAL DIRIGIDA AL ADULTO MAYOR

Para introducirnos al tema de las políticas sociales es importante conocer la definición de las mismas, tomando como referencia al Trabajo de Ascenso de la Profa. Sara Vera, titulado *Lineamientos para Programas de Atención al adulto mayor para los profesores protegidos por el Instituto de Previsión del Profesorado de la UCV (Trabajo que se presenta ante la Ilustre Universidad Central de Venezuela, para ascender a la Categoría de Profesora Asociada)*.

La política social se define generalmente como un conjunto de instrumentos a disposición del Estado para orientar sus acciones, producto de una dinámica de tensiones y soluciones políticas originadas en una sociedad y en un contexto histórico determinado, en el que participan actores sociales y se da un papel al Estado para intervenir en los asuntos de la vida social y económica (D' Elía, Y., 2006, p. 29).

Otra definición de Política Social es: “el conjunto de decisiones y medidas de tipo legislativo, programático y administrativo, de carácter general o particular, orientadas al desarrollo multilateral tanto del individuo como de la sociedad globalmente considerada” (Méndez, A., 1992, p. 154).

Para desarrollar este apartado se tomará como base los DDHH, considerados por la Profa. Sara Vera como:

(...) la vida misma, ya que para lograrlos requerimos de un conjunto de condiciones que se garantizan a través del cumplimiento de ciertas condiciones materiales y espirituales de existencia, las cuales serán diferenciales de acuerdo al grupo social y condiciones específicas que rodean a las personas en un momento determinado. Corresponde al Estado atender un conjunto de necesidades, principalmente a los individuos que se encuentran en condiciones de no hacerlo por ellos mismos, ya que como conductor y protector de la sociedad, proveerá la atención de dichas necesidades. (p. 23)

En la actualidad, en vista del fenómeno poblacional en ascenso, la atención al AM ha pasado a ser uno de los principales objetivos de gobiernos, instituciones, organismos y gremios en la tarea de formular y plantearse estrategias dirigidas a elevar los estándares de calidad de vida de la población adulta mayor.

Es por ello que “vivir más y mejor han pasado a ser las metas básicas de las políticas sociales y sanitarias de la gran mayoría de los países” (Reig, 2000; Yanguas Lezaun, 2006); lo que exige a “las políticas actuaciones e intervenciones dirigidas a fomentar en la población estilos de vida sanos y comportamientos saludables que retrasen todo lo posible en el tiempo la aparición de problemas de salud” (Fries, 1980; Yanguas Lezaun, 2006), y generen nuevos hábitos que apunten hacia un envejecimiento activo y saludable.

Aunque por mucho tiempo se consideró que los problemas del envejecimiento y de los AM formaban parte de la vida natural y que había que resolverlos en el ámbito individual en cada caso; se convirtieron en objeto de problemas públicos solo cuando se empezó a definir a la vejez como una categoría social distinta compuesta por personas que en razón de su edad merecían consideraciones especiales (Elder, Ch., y Cobb, R. 1993; Huenchuan, S., 2003).

Para efectos de política, un cambio sustancial respecto a las concepciones y prácticas anteriores, es la nueva forma de definir la cuestión en las políticas de vejez como un asunto de derechos, así lo establece Huenchuan, S. (2003):

En efecto, los derechos de los adultos mayores empiezan a ganar espacio en la agenda internacional. El tema se trata por primera vez en el Plan de Acción Internacional sobre Envejecimiento, aprobado por las Naciones Unidas en 1982. Lamentablemente, este documento no apeló a la sensibilidad de las

personas de edad y tampoco llegó al público en general. Es por esto que la Federación Internacional de la Vejez (FIV) elaboró el *Proyecto de Declaración de Derechos y Responsabilidades de las Personas de Edad* que se presentó a las Naciones Unidas para el décimo Aniversario de la Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento y que las Naciones Unidas aprobaron en 1991.

En esta declaración se reconoce que el problema del envejecimiento hoy en día no es sólo proporcionar protección y cuidados sino también asegurar la intervención y participación de las personas de edad. Esto en base que las funciones, políticas y programas apropiados para los adultos mayores no se han mantenido a la par del aumento de su número y de su contribución potencial a la sociedad. (p. 9)

El objeto de una política de vejez basada en un enfoque de integración social es proveer por parte del Estado mecanismos de apoyo orientados a modificar o superar las condiciones y procesos que pueden provocar desadaptación de las personas mayores.

Dichas políticas deben enmarcarse desde acciones organizadas por el Estado frente a las consecuencias sociales, económicas y culturales del envejecimiento poblacional e individual y permitir tener una visión del "Estado en acción" (Huenchuan, 2003).

Estas acciones se ejecutan a través de las políticas sociales, las cuales se desenvuelven en funciones y estrategias establecidas a través de programas, planes o proyectos que den cuenta de las demandas de la población; divida por sectores de acuerdo con las distintas áreas de intervención: cultura, educación y salud, así como grupos sociales que por su posición en la sociedad requieren de atención por parte del Estado, en este caso los adultos mayores.

Las políticas sociales deben apuntar a elevar los niveles de calidad de vida de la población mayor a través de políticas traducidas en sistemas de salud óptimos, relaciones familiares estrechas y mayor integración del AM en la sociedad, que apunten hacia un envejecimiento cada vez más saludable; así como sistemas de seguridad y protección social, programas de vivienda, recreativos, educativos, de capacitación y de segunda ocupación para el adulto mayor, los cuales den respuestas oportunas, adecuadas y económicamente factibles a los efectos ocasionados por el envejecimiento.

### **3.1.1. Política social dirigida al Adulto Mayor en Venezuela.**

De acuerdo a lo planteado por Reyes Valles, L. (2003):

América Latina presenta una marcada tendencia hacia el envejecimiento de la población, que se estima será mucho más pronunciada en las próximas décadas, por el incremento de la esperanza de vida y el descenso de la tasa de natalidad. Este envejecimiento poblacional trae como consecuencia diversos problemas sociales, tales como el impacto de la jubilación, el deterioro del ingreso y su repercusión sobre la calidad de vida del anciano, entre otros, los cuales son de interés para la investigación gerontológica y deben ser abordados, no sólo por el individuo envejeciente, sino también por la familia, la comunidad y el Estado. (p. 1)

Venezuela es un país donde por muchos años predominó la población joven, situación contraria a la que nos encontramos en la actualidad, puesto que comienza a incrementarse la población AM en el país, los resultados del último censo realizado en Venezuela indicaron que la población venezolana estaba envejeciendo. Para el año 2012, el presidente del INE, para aquel entonces Elías Eljuri, comentaba que la edad promedio de la población pasó de 18 años a 26. Por su parte, quienes tenían entre 15 y 64 años representaban el 56.6% en 1981, 62% en 2001 y 66.7% en el año en curso. Finalmente, las personas que tenían más de 65 años mantenían un incremento sostenido y de representar 3.5% en 1981, pasaron a 4.9% en 2001 y 6.1% en 2011 (FADEP, 2012).

Estos datos revelan que Venezuela, ya para el 2012, se encontraba dentro de los países con tendencia al envejecimiento poblacional, lo que ya suponía un llamado de atención para los entes gubernamentales que se han enfocado en crear programas y proyectos en su mayoría dirigidos hacia los sectores jóvenes de la población y que hoy en día se ven en la obligación de atender a la población de Tercera Edad que de acuerdo las estadísticas serán quienes predominen en el territorio nacional.

Otro aspecto importante a considerar, en los últimos años, lo constituye la crisis integral (política, social y económica) que vive Venezuela en las últimas décadas, la cual ha alterado la estratificación social del país y debilitado la familia, engendrando una serie de problemas relativos a la vivienda, la alimentación, el trabajo, la educación y la salud.

Reyes Valles (2003) considera que,

La institución familiar ha experimentado cambios profundos como consecuencia de los grandes movimientos migratorios del campo a la ciudad y a la aparición de nuevos centros urbanos que responden a la búsqueda de mejores condiciones de vida, entre otros. Los bajos ingresos familiares resultantes de una distribución desigual de la riqueza generaron un gran número de personas desposeídas de todo tipo de bienes, carentes de fuentes de trabajo, que llevan una vida de hacinamiento en zonas marginales y, lamentablemente, esta problemática pesa, aún más, en el grupo de personas de edad avanzada por las características propias de esta etapa. (p. 2)

Adicionalmente, De Lima (1993) explica:

Venezuela es un país mono productor, cuya dinámica socioeconómica obedece a criterios capitalistas de mayor producción, máxima ganancia y optimización de la inversión, tanto en recursos materiales como humanos. Es un sistema productivo que hace énfasis en una marcada valorización de todas aquellas personas que constituyen la fuerza de trabajo.

El sistema de valores que orienta la dinámica social y productiva de la sociedad venezolana se centra en la fuerza física, en la agilidad y en cierta estética como coadyuvantes del elemento productivo, favoreciendo de esta manera al joven sobre el viejo. La persona que envejece pierde espacio y status en la sociedad debido al egreso laboral, a su menor consumo y, a no responder a los requisitos de estética socializadora vigentes. (Reyes Valles, 2003, p. 3)

De acuerdo a estas consideraciones, surgen interrogantes necesarias de indagar para comprender mejor el fenómeno. ¿Cuál ha sido el papel del Estado venezolano en cuanto a la atención de la población AM?

La Profa. Margarita Rojas en su tesis doctoral *Protección Social a las Personas Adultas Mayores en Venezuela*, plantea que, para poder hablar de la institucionalidad de la protección social del AM en Venezuela, es necesario realizar una previa investigación sobre la estructura de la seguridad social, es decir todas aquellas instituciones donde se desarrollan y ejecutan planes y programas avocados a este sector de la población. Para esto, la autora se fundamentó en los planteamientos de autores como el Dr. Rafael Uzcátegui y el Dr. Absalón Méndez.

Uzcátegui, R. (1978), define la estructura de la seguridad social en Venezuela de la siguiente manera:

Entendemos por estructura de la seguridad social venezolana, al conjunto de instituciones, organismos y unidades, los cuales conforman un cuadro complejo de proporciones y relaciones al intervenir en la política social; cuando estudiamos el concepto y contenido de la seguridad social, hemos visto que sus objetivos están en última instancia identificados con la promoción del bienestar social, lógicamente el nivel de bienestar generado por cada una de las instituciones que la integran dependerá necesariamente de la amplitud del campo de aplicación y de la calidad de las prestaciones otorgadas. (p. 121)

En el sector público la protección social se puede ver manifestada a través de los Ministerios y organizaciones gubernamentales implementadas por medio de políticas, misiones y programas sociales. En cuanto a las prestaciones, se contemplan las de tipo económicas, sociales, culturales, recreativas, de salud y servicios sociales en general, dirigidos a sus trabajadores y a los AM, que prestan o han prestado sus servicios en tales organismos (Rojas, M., 2006).

Para el año 1949 por Decreto No. 238 de la Junta Militar de Gobierno, presidida por el militar Carlos Delgado Chalbaud; nace el Patronato Nacional de Ancianos e Inválidos (PANAI), creado como un Instituto Autónomo adscrito al Ministerio de la Familia, a quien por decreto le corresponde programar la Asistencia Integral al Anciano Venezolano (INASS, 2010).

Posteriormente en 1957, se constituye la Sociedad Venezolana de Geriátría y Gerontología con la única finalidad de fundamentar y propagar los conocimientos geriátricos en Venezuela. Después de una larga trayectoria de apoyo social y económico a los ancianos, el 28 de agosto de 1978, el Patronato Nacional de Ancianos e Inválidos (PANAI), fue sustituido por el Instituto Nacional de Geriátría y Gerontología (INAGER), según Gaceta Extraordinaria No. 2303, de fecha 01 de septiembre de 1978 y años más tarde se aprueba el Reglamento de los Beneficios que otorga el Instituto y se decreta el Programa de Ayudas Económicas otorgados, previo estudio social, a ancianos que se encuentran en un estado de pobreza extrema (INASS, 2010).



Años después, dentro de un nuevo escenario político, el 12 de septiembre del 2005 mediante Gaceta Oficial Nro. 38.270, que promulga la *Ley de Servicios Sociales*, se amplía el ámbito de acción del Instituto Nacional de Geriátría y Gerontología y se cambia el nombre a Instituto Nacional de los Servicios Sociales (INASS), adscrito al Vice-Ministerio de la Suprema Felicidad anexo al Ministerio del Poder Popular del Despacho de la Presidencia, y seguidamente se ordena mediante disposiciones transitorias de la Ley la reestructuración del Instituto con miras a responder a la nueva misión fundamentada en la atención integral de los Adultos Mayores (INASS, 2010). En las disposiciones transitorias de la referida Ley, se ordena proceder a la reestructuración del INAGER para convertirlo en el INASS.

Anteriormente en el 2003 el Gobierno venezolano, con el objetivo de atender a los sectores populares y que presentaban mayores carencias dentro del territorio nacional, crea las llamadas *Misiones Sociales* como un estilo de política para la protección de la población vulnerable, y es cuando en el año 2011 se crea la *Gran Misión en Amor Mayor Venezuela*, destinado a la protección del adulto mayor. Esta misión:

Es un programa social destinado a los AM que no lograron cotizar en el Instituto Venezolano del Seguro Social (IVSS), y que ahora pueden cobrar pensiones de vejez homologadas con el salario mínimo. Son beneficiarios(as) todas las mujeres AM a partir de 55 años y todos los hombres AM a partir de 60 años, que sean venezolanos(as) o extranjeros(as) y tengan residencia legal en el país durante los últimos 10 años. Además, cuentan con: universalización del derecho a la pensión de vejez, acceso al sistema financiero, turismo social, recreación y un programa especial de salud (Plataforma de Seguridad Alimentaria y Nutricional, s.f.).

Mediante esta misión se fortalecen las acciones dirigidas a proteger a los AM para superar las desigualdades sociales y las condiciones de pobreza; agrupando las competencias del INASS y otras Instituciones estatales enmarcadas en el Sistema de Seguridad Social (INASS, 2010); estableciendo dos regímenes: el parcial que se refiere solo a prestaciones a largo plazo y el general que además de prestaciones a largo plazo,

incluye asistencia médica y crea el Fondo de Pensiones y el Seguro Facultativo (Dique, López y Asociados C.A., 2017).

Fernández S. en su trabajo titulado *La protección social frente a la vejez en Venezuela*, establece la siguiente posición con respecto a la creación de la Gran Misión:

En consecuencia, esta Misión viene a engrosar el sistema paralelo de seguridad social, que se ha venido configurando desde 2003, lo que evidencia la falta de interés del gobierno nacional en culminar el proceso de reforma del sistema de seguridad social, ya que no se crean los institutos previstos en las diferentes leyes, y además, se le sustraen competencias a los que están operando, tal y como está ocurriendo con el INASS (ANUARIO DE DERECHO, 2012, p. 216; Vera, S. 2017, pp. 13-14).

Corresponde considerar entonces el alcance de los programas y el logro de las políticas de la Gran Misión para la protección del AM en términos de su cobertura a la población en situación de exclusión y en el contexto del mejoramiento de las condiciones de vida de esta población; teniendo en cuenta que la protección social del AM está enmarcada constitucionalmente expresado en el Art. 80 de la CRBV, donde:

El Estado garantizará a los ancianos y ancianas el pleno ejercicio de sus derechos y garantías. El Estado, con la participación solidaria de las familias y la sociedad, está obligado a respetar la dignidad humana, su autonomía y les garantizará atención integral y los beneficios de la seguridad social que eleven y aseguren su calidad de vida. Las pensiones y jubilaciones otorgadas mediante el sistema de seguridad social no podrán ser inferiores al salario mínimo urbano. A los ancianos y ancianas se les garantizará el derecho a un trabajo acorde a aquellos y aquellas que manifiesten su deseo y estén en capacidad para ello.

Y en el supuesto de que “muchos adultos mayores también presentan alguna condición de discapacidad, por lo cual, cuentan también con este derecho a ser asistidos por las respectivas instituciones y a ese trato digno que por las dos situaciones (vejez y discapacidad) se merecen” (Vera, S., 2017). Es importante señalar:

**Art. 81.** Toda persona con discapacidad o necesidades especiales tiene derecho al ejercicio pleno y autónomo de sus capacidades y a su integración familiar y comunitaria. El Estado, con la participación solidaria de las familias y la sociedad, le garantizará el respeto a su dignidad humana, la equiparación de oportunidades, condiciones laborales satisfactorias, y promoverá su formación, capacitación y acceso al empleo acorde con sus condiciones, de conformidad

con la ley. Se les reconoce a las personas sordas o mudas el derecho a expresarse y comunicarse a través de la lengua de señas venezolana (CRBV, Art. 81).

A partir de la Constitución, también surge la LOSSS en el año 2002; la cual se suma a la protección integral al AM y otras categorías de personas, estableciendo en uno de sus regímenes el objeto de garantizar la atención integral, a fin de mejorar y mantener la calidad de vida y bienestar social de los AM bajo el principio de respeto a su dignidad humana (LOSSS, Art. 56).

Dicho Régimen comprenderá las siguientes prestaciones, programas y servicios:

1. Asignaciones económicas permanentes o no, para los adultos mayores con ausencia de capacidad contributiva.
2. Participación en actividades laborales acordes con la edad y estado de salud.
3. Atención domiciliaria de apoyo y colaboración a los adultos mayores que así lo requieran.
4. Turismo y recreación al adulto mayor.
5. Atención institucional que garantice alojamiento, vestido, cuidados médicos y alimentación a los adultos mayores.
6. Asignaciones para personas con necesidades especiales y cargas derivadas de la vida familiar.

Así como cualquier otro tipo de programa o servicio social que resulte pertinente.

No obstante, pese a que existe un marco legal que establece la protección social de los AM, se encuentran frente a un oscuro panorama en cuanto a políticas de vejez se refiere, evidenciándose la ineficacia por parte del Estado al no contar con los recursos institucionales, físicos ni monetarios necesarios para atender a este grupo etario.

La pensión asignada por la Gran Misión tiene grandes limitaciones en cuanto a los montos otorgados igualados al salario mínimo, lo cual no permite que se satisfagan ni siquiera las necesidades mínimas como resultado de los elevados niveles de hiperinflación en el país.

Edgar Silva, coordinador nacional del Comité de Pensionados, Jubilados, Adultos Mayores y Personas con Discapacidad, destaca que la situación del AM actualmente cada vez es más precaria en materia de acceso a la salud, medicamentos y seguro social.

Para el activista la situación de pensionados ha ido agravándose los últimos años y se ha venido convirtiendo en una traba para el acceso de recursos para la población de la Tercera Edad.

De acuerdo al Índice de Escasez de Medicinas para personas mayores publicado por CONVITE A.C (2016), el perfil epidemiológico de los AM está representado por dos principales causas de morbilidad: hipertensión arterial y diabetes no insulino dependiente.

La organización monitoreó 40 de las 160 farmacias de la ciudad capital y concluyó que la escasez de medicamentos para la diabetes se sitúa en 90,13% y para la Hipertensión en 95,98%.

Luis Francisco Cabezas, presidente de Convite y Director de Abuelos de Miranda, denunció la falta de políticas públicas para atender las necesidades del AM y la precariedad del sistema social en materia de acceso a la salud, pensiones y recreación.

“Venezuela es un país duro para envejecer, cerca de 900.000 adultos mayores están fuera del sistema de pensiones, estamos hablando que no reciben nada y que deben buscar cómo sobrevivir” (Luis Francisco Cabezas, presidente de Convite y Director de Abuelos de Miranda).

Lamentablemente la atención que se le da hoy en día a las personas de la Tercera Edad, no es la más eficiente, ni se corresponde tampoco con los problemas y necesidades reales de este grupo poblacional, sin contar con el contexto actual del país, caracterizado por la insuficiencia presupuestaria, la falta de planificación estratégica, la improvisación permanente y el uso inadecuado de los pocos recursos con que se cuenta.

Los sistemas de salud, la asistencia y seguridad social se encuentran en gran decadencia y requieren de una reestructuración donde se planifique de acuerdo a las nuevas

demandas del envejecimiento demográfico en Venezuela para ofrecer soluciones efectivas y eficaces que faciliten y mejoren las condiciones de vida del AM.

### **3.1.2. Política social dirigida al Adulto Mayor en México.**

Para fines de esta investigación y con el objetivo de realizar un análisis comparativo entre las políticas sociales dirigidas al AM y la atención que se le brinda al mismo en Venezuela y México, se debe comprender el fenómeno de la transición demográfica en México, a través de algunos datos que den cuenta de los cambios producidos en la población.

En México, el grupo de población menor a 15 años comenzó a descender a partir de 1970, año en que representaba 46.2 por ciento de la población total, disminuyendo a 37.9 en 1990, posteriormente a 29.6 en 2010 y se prevé que alcance 20.7 en 2050. Por otro lado, a partir de esta fase de la transición el peso relativo del grupo de 15 a 59 años ha ido en aumento, en 1970 constituía 48.2 por ciento de la población total y alcanzará su máximo histórico de 62.6, en 2020.

Durante los últimos 30 años del siglo pasado (1970-2000), la edad promedio aumentó tan solo en cinco años, al pasar de 21.6 a 26.6. En contraste, de 2000 a 2030 se espera que el incremento sea de más de 10 años, llegando a los 37, y en 2050 se calcula que alcanzará los 43 años (CONAPO, 2010; INAPAM, 2010).

Se espera que en las próximas cuatro décadas la natalidad siga descendiendo hasta alcanzar 14 nacimientos por cada mil habitantes en 2050, mientras que la esperanza de vida se incrementará de 75 años en 2015 a casi 80 años en 2050 (CONAPO, 2012). Es en esta fase de la transición cuando la proporción de personas de la Tercera Edad aumenta más rápidamente que cualquier otro grupo de edad, dando paso al envejecimiento de la población.

Según el CONAPO (2004):

El proceso de envejecimiento demográfico de México no es reversible, pues los adultos mayores de mañana ya nacieron. Las generaciones más numerosas, las

nacidas entre 1960 y 1980, ingresarán al grupo de 60 años y más a partir de 2020. Esto se refleja en el aumento de las proporciones de adultos mayores en las próximas décadas. En 2000 la proporción de adultos mayores fue de alrededor de 7.0 por ciento. Se estima que este porcentaje se incremente a 12.5 por ciento en 2020 y a 28.0 por ciento en 2050.

El índice de envejecimiento de la población permite apreciar la relación numérica que hay entre niños y adultos mayores. En 2000 había 20.5 adultos por cada 100 niños; este índice se incrementará paulatinamente en el presente siglo. Se espera que el número de adultos mayores sea igual al de niños alrededor de 2034 y que el índice alcance una razón de 166.5 adultos mayores por cada 100 niños en 2050. (pp. 22-23)

Ante tal panorama, cuando actualmente viven en México 10.8 millones de AM que representan el 9.66% del total de la población (INEGI, 2010), y en el entendido de que esta cifra podría aumentar considerablemente en los próximos años, resulta interesante conocer y analizar las políticas sociales que el Estado diseña y ejecuta para este sector de la población.

Una revisión histórica sobre la atención a la vejez en México muestra que hasta antes de la década de los setenta el país carecía de una política pública de vejez. Sin embargo, las proyecciones demográficas y la presión de algunos grupos lograron poner el tema en la Agenda de Gobierno, que respondió con la creación del Instituto Nacional de la Senectud (INSEN), cuyo decreto fue publicado el 22 de agosto de 1979. Las primeras acciones del Instituto tuvieron como guía la idea de la asistencia a los ancianos desde un enfoque de pobreza e integración social, poco a poco, esta perspectiva ha ido transitando hacia un enfoque que considera a las personas adultas mayores como sujetos de derechos (Razo González, A, 2014).

El objeto del recién creado instituto era: “proteger, ayudar, atender y orientar a la vejez mexicana y estudiar sus problemas para lograr soluciones adecuadas”. En sus inicios estaba suscrito al Sector Salud, y fue pensado para ofrecer atención integral a todos los ciudadanos mexicanos de 60 años y más (Razo González, A, 2014).

Las medidas programáticas, en los primeros años de creación, del Instituto definió un conjunto de programas asistenciales agrupados de acuerdo con el servicio que prestarían a la población (Paz-López M, Salles V, Tuirán R., 2001; Razo González, A., 2014):

- Programas económicos: Tarjeta INSEN; Centros de producción; Bolsa de Trabajo; Cursos de Capacitación.
- Programas Sociales: Procuraduría de la Defensa del Anciano; Albergues; Clubes de la Tercera Edad.
- Programas Educativos: Educación de la Familia y la Sociedad en el Conocimiento del Anciano; Centro Cultural de la Tercera Edad; Enseñanza Geriátrica y Gerontológica; Preparación al Retiro.
- Programas Psicológicos: actividades recreativas, vacacionales, culturales y sociales; valoración psicológica y psicométrica; talleres de terapia ocupacional; Residencias Diurnas.
- Programas de Investigación Gerontológica.

Su marco normativo estaba constituido por la *Ley Orgánica de la Administración Pública Federal* y por la *Ley General de Salud*, que se modificó para considerar a la Asistencia Social como materia de Salubridad General y a los AM desamparados merecedores de Asistencia Social, de los servicios de asistencia jurídica y de orientación social, mediante el Sistema Nacional de Salud (Razo González, A, 2014).

Pocos años después, se crea la *Ley sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social*, donde son sujetos de recepción los “ancianos en desamparo, incapacidad, marginación o sujetos a maltrato”. Esta misma Ley deja los servicios de asistencia en manos del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), quedando dividida en dos organismos, uno dedicado a la atención integral y el otro a la asistencia de los AM desamparados (Razo González, A, 2014).

Esta situación en la aplicación de la política pública de vejez en México continuó hasta principios del año 2000, en que el cambio de administración y de partido en el gobierno, marcó un giro en la forma de definir el problema de la vejez.

A partir del cambio de Sector Salud a Desarrollo Social, se crea la *Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores* en 2002, la cual marca los objetivos de la política pública nacional, las obligaciones de los estados y de las instituciones federales,

para atender algún aspecto de la política pública de vejez, al Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM), en sustitución del INSEN (Razo González, A, 2014), para afrontar los nuevos desafíos a los que se enfrentan con la transición demográfica apuntando al envejecimiento de la población y con el objetivo de mejorar la calidad de vida de las personas AM en México.

De este mismo modo, la *Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores* proporcionó al instituto la autonomía técnica y de gestión para el cumplimiento de sus atribuciones, objetivos y fines.

Este organismo público se convierte en rector de la política nacional a favor de las personas AM, teniendo por objeto general coordinar, promover, apoyar, fomentar, vigilar y evaluar las acciones públicas, estrategias y programas que se deriven de ella, de conformidad con los principios, objetivos y disposiciones contenidas en la Ley.

El instituto se encarga de procurar el desarrollo humano integral de las personas AM, entendiéndose por éste, el proceso tendiente a brindar a este sector de la población, empleo u ocupación, retribuciones justas, asistencia y las oportunidades necesarias para alcanzar niveles de bienestar y alta calidad de vida orientado a reducir las desigualdades extremas y las inequidades de género que aseguren sus necesidades básicas y desarrollen su capacidad e iniciativas en un entorno social incluyente (INAPAM; s.f.). Estableciendo cinco ejes rectores estratégicos en materia de políticas públicas:

- I. Cultura del Envejecimiento.
- II. Envejecimiento Activo y Saludable.
- III. Seguridad Económica.
- IV. Protección Social.
- V. Derechos de las Personas Adultas Mayores.

Al mismo tiempo desarrolla una serie de programas para la atención del AM, entre los cuales se encuentran: actividades deportivas y recreativas, descuentos y beneficios obtenidos a través de una tarjeta que se otorga en materia de salud, transporte,



alimentación, vestimenta, recreación y cultura; y también cuentan con clubes INAPAM a nivel nacional, donde los AM tienen la oportunidad de asistir e interactuar entre ellos mientras a su vez pueden recibir distintas alternativas de formación y desarrollo humano, de corte educativo, cultural, deportivo y social.

No obstante, de acuerdo a lo publicado por la Revista CONAMED (2014):

El INAPAM no ha logrado cumplir con el mandato de la Ley, en el sentido de ejercer plenamente la rectoría, debido al insuficiente conocimiento técnico que permita una adecuada dirección y entendimiento del proceso de las políticas públicas de vejez, lo que resulta evidente por el poco avance en las acciones del Consejo y por la estatización de sus programas (básicamente los mismos desde su creación en los años 80);

Otro factor es la incapacidad para ejercer el presupuesto, en el año 2011 el presupuesto anual del Instituto era de \$233 906,092.00 de pesos, mientras que para el 2012 fue de \$165 000,000.00 de pesos (INAPAM, 2012).

Distintos actores han entrado en juego, (...) han implementado servicios de atención, básicamente clubes de adultos mayores y centros culturales, estas acciones no tienen mayor trascendencia, debido a la falta de consistencia teórico-técnica, generalmente son de cobertura local y de impacto limitado.

Con el paso del tiempo la naturaleza del problema será cada vez más compleja, abarcará las finanzas públicas, los servicios de salud, los sistemas de seguridad social, la asistencia social y los servicios, ello pondrá en entredicho, cada vez más, la capacidad del Estado para brindar soluciones holísticas viables para lo que será necesaria “una acción interministerial e intergubernamental flexible, para responder en mejores condiciones a las necesidades de grupos”, entre ellos personas de la tercera edad (Covarrubias-Moreno OM, 2007; Razo González, A., 2014, p. 84).

Además, de acuerdo a lo expuesto por el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), actualmente “México tiene enfrente un problemón con su sistema de pensiones, que cada día se acerca más a generar conflictos de índole social”, situación que puede verse aún más comprometida por el crecimiento de la población AM.

Los trabajadores del sector privado que comenzaron a cotizar antes del primero de julio de 1997 tendrán una pensión que será cubierta por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Para tener el beneficio deben cotizar al menos 500 semanas y obtendrán alrededor de 70% del sueldo promedio de sus últimos cinco años laborados, de acuerdo con datos oficiales.

Para quienes comenzaron a trabajar bajo el actual sistema de Administradoras de Fondos para el Retiro (Afore) su pensión será el resultado del ahorro logrado durante la vida laboral y, de acuerdo con cálculos oficiales, será de alrededor de 30% del sueldo promedio de los últimos cinco años, según cálculos también oficiales (Portal Web Vanguardia MX, 2018).

David Kaplan (especialista sénior del mercado laboral del organismo), indicó que “tal como está diseñado, (...) es un sistema que no otorga pensiones, que no cumple con su propósito. El objetivo de un sistema de pensiones no es generar un ahorro forzoso que termina con la devolución de esos recursos cuando un trabajador llega a 65 años.

Para el especialista, existe la necesidad de que en México se pongan en práctica políticas que hagan posible no sólo que los trabajadores reciban sus pensiones, tanto aquellos que están en el modelo contributivo (IMSS) como no contributivo (Afore), sino que se asegure que sean vitalicias, haya un pago mensual, de eso se trata un sistema de pensiones, no de devolver los recursos.

Actualmente, sólo 3 de cada 10 adultos mayores tienen una pensión, que acumularon a partir de sus aportaciones al IMSS, antes de que fuera reformada la ley. Los trabajadores que comenzaron a cotizar a partir del 1 de julio de 1997, bajo la modalidad de las Afore, van a tener que aportar durante 1.250 semanas para tener una pensión, por tanto, la cifra de que hoy 3 de cada 10 adultos tienen una pensión contributiva, va a bajar (Portal Web Vanguardia MX, 2018).

A su vez, hay 2.3 millones de trabajadores domésticos, la mayoría mujeres, que ni siquiera tienen derecho a la seguridad social. Aun cuando existe una modalidad en el IMSS para inscribirse de manera voluntaria, y también los trabajadores independientes, con la legislación actual no tienen obligación de cotizar a un sistema de pensiones (Portal Web Vanguardia MX, 2018).

Es por ello que el especialista “recomendó posiciones más fuertes, que además de incorporar el ahorro voluntario previeran cierta obligatoriedad, que la seguridad social sea un derecho igual que para cualquier otro trabajador subordinado” (Portal Web Vanguardia MX, 2018).

La gran pregunta consiste, ¿Cómo planificar de manera objetiva y eficaz políticas, programas, planes y acciones para la vejez que puedan dar respuestas oportunas, adecuadas y económicamente factibles?, considerando que se conoce la realidad social que condiciona el proceso de envejecimiento de la población, y teniendo en cuenta que en ambos países, pese a que se encuentran en condiciones y realidades distintas, apuntan al mismo resultado: ir en miras de convertirse en una población envejecida. Es por ello que sobran razones por la cual ambos gobiernos deben desarrollar políticas que abarquen aspectos tanto psicológicos, sociales y económicos como de salud, de participación y protección, que puedan corresponder a la dinámica desarrollada en la actualidad por la población AM, que permitan asegurar una calidad y condiciones de vida óptimas para este sector de la población y que sean capaces de prever situaciones futuras derivadas de la situación actual, apuntando por supuesto al Marco del Envejecimiento Activo y Saludable que es a lo que se espera se traslade el mundo.

El siguiente cuadro permite realizar una síntesis de las políticas sociales dirigidas al AM tanto en Venezuela como en México:

**Tabla 4. Políticas del Estado venezolano y mexicano en atención al Adulto Mayor.**

<b>PAÍS</b>	<b>POLÍTICA/ INSTITUCIÓN</b>	<b>POBLACIÓN A ATENDER</b>	<b>OBJETIVO</b>	<b>SERVICIOS QUE OFRECE</b>
<b>Venezuela</b>	INASS	Adultos Mayores y otras categorías de personas	Ofrecer atención integral a los Adultos Mayores y otras categorías de personas en las áreas de la salud, deporte, cultura, siembra, entre otras.	-Asistencia médica. -Desarrollo de actividades que promuevan el envejecimiento activo. -Centros de servicios sociales para la atención médica, nutricional,

				social y gerontológica. -Desarrollo de actividades recreativas, deportivas y culturales. -Gerogranjas.
	GRAN MISION EN AMOR MAYOR VENEZUELA	Adultos Mayores que no lograron cotizar al IVSS	Proteger a los Adultos Mayores para superar desigualdades sociales y condiciones de pobreza	-Beneficios económicos (pensiones). -Asistencia médica.
México	INAPAM	Adultos Mayores	Procurar el desarrollo humano integral del Adulto Mayor	-Clubes recreativos y culturales. -Actividades deportivas y recreativas. -Beneficios económicos y alimenticios. -Programas culturales. -Beneficios en el área de la salud. -Obtención de vestimenta.

	PROGRAMA PENSIÓN	Adultos Mayores	Apoyar con mil 275 pesos mensuales a personas Adultas Mayores, en especial a los más pobres	-Beneficios económicos (pensión).
--	---------------------	--------------------	---	---

Fuente: página web Instituto Nacional de Servicios Sociales, Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores.

**Tabla 5. Población adulta mayor en Venezuela años 2005, 2015, 2050 (Transición demográfica).**

Venezuela			
Año	2005	2015	2050
Población total	26.444.921	30.620.405	40.500.761
Población adulta mayor	1.412.519 AM	2.976.079 AM	9.596.206 AM

\*Datos a partir de 65 años en adelante\*

Fuente: Boletín Transición Demográfica en la República Bolivariana de Venezuela 2000-2050.

**Tabla 6. Población adulta mayor en México años 2005, 2015, 2050 (Transición demográfica).**

México			
Año	2005	2015	2050
Población total	103.946.866	112.310.260	121.855.703
Población adulta mayor	7.916.158 AM	11.369.671 AM	33.792.613 AM

Fuente: Proyecciones de la población de México 2005-2050.

**Tabla 7. Población adulta mayor por sexo en Venezuela y México 2005, 2015, 2050 (Transición demográfica).**

Venezuela					
2005		2015		2050	
Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
*No se encontraron los datos por edad y sexo en este año*		1.369.832	1.606.247	4.426.679	5.169.527

<b>Total 1.412.519 AM</b>		<b>Total 2.976.079</b>		<b>Total 9.596.206</b>	
*Datos a partir de 65 años en adelante*					
<b>México</b>					
<b>2005</b>		<b>2015</b>		<b>2050</b>	
Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
3.614.242	4.301.916	5.207.121	6.162.550	15.254.900	18.537.713
<b>Total 7.916.158</b>		<b>Total 11.369.671</b>		<b>Total 33.792.613</b>	

Fuente: Boletín Transición Demográfica en la República Bolivariana de Venezuela 2000-2050; Proyecciones de la población de México 2005-2050.

A partir de los siguientes cuadros se puede destacar que tanto en Venezuela como México el número de mujeres AM es mayor al de los hombres, lo que apoya lo planteado por el enfoque Demográfico, el cual explica que la longevidad de las mujeres es mayor respecto a la de los hombres, debido a diversos factores tanto fisiológicos (fisiología hormonal y protectora contra enfermedades crónicas) como sociales (trabajos de alto riesgo que principalmente son realizados por hombres)<sup>3</sup>.

Evidentemente la población en México es mucho mayor a la de Venezuela en cuanto a número de habitantes; lo que interesa resaltar es el progresivo aumento de la población AM de acuerdo a las proyecciones de ambos países para el año 2050, en donde la población mayor representara el 23,7% (Venezuela) y 27,7% (México).

### **3.2.ATENCIÓN AL ADULTO MAYOR**

La historia del cuidado, se enmarca alrededor del proceso histórico de las distintas civilizaciones, desde la prehistoria con los cuidados por la supervivencia, hasta nuestros días, pasando por las distintas culturas antiguas, la edad media y la moderna, hasta llegar a la edad contemporánea (Quero García M., y Molina Fernández N., 2010).

En el vivir la vida, el ser humano ejercita variadas formas de relaciones o asociaciones afectivas, sociales o de trabajo, asimismo pasa, cuidando de sí mismo y del otro o de las condiciones del vivir.

<sup>3</sup> Ver Capítulo II. Enfoques del envejecimiento.

El cuidado, ejercido por medio de los procesos de relación, interactivos y asociativos, está presente en la vida humana, en su proceso vital, en las condiciones naturales y sociales desde la concepción, nacimiento, crecimiento, envejecimiento, muerte y trascendencia (Alacoque, E., y Bettinelli, L., s.f.).

Puede ser definido como esa acción que se genera cuando existe una importancia hacia el otro, para que de esa forma decida involucrarse en la vida de este, basado en el sentido de la comprensión y la acción transformadora.

En el caso de los AM, el cuidado cobra suma importancia debido a que requieren de mayor atención en su salud; por lo mismo que experimentan problemas y enfermedades crónicas que frecuentemente generan discapacidades, requieren de servicios más complejos y de una atención multidisciplinaria (Gamarra Samaniego, 2010).

Prestar los cuidados básicos necesarios para mantener la calidad de vida y evitar, o al menos retardar, los síndromes geriátricos, forma parte de los objetivos de atención a las personas mayores.

La atención al AM debe estar, en primer lugar, integrada. Esto supone que debe estar incluida en el sistema sanitario general evitando marginación en el uso de recursos. Debe ser asimismo integral, recogiendo todos los aspectos médicos, funcionales, psíquicos y sociales que intervienen directamente en su estado de salud (Gamarra Samaniego, 2010).

El Instituto para la Atención de los Adultos Mayores de la Ciudad de México, define la atención gerontológica integral como el hecho de “Brindar la atención requerida por cada persona mayor a través de apoyo e información a las personas que brindan cuidados primarios, formación y/o fortalecimiento de las redes sociales de apoyo y el fomento del acompañamiento voluntario”.

Es indispensable tener en cuenta que los cuidados y la atención al AM comienzan en el hogar, en el seno de su familia. Para fines de esta investigación, se desarrollará el papel de la familia dentro del proceso de envejecimiento y su importancia en la atención de este grupo. Para posteriormente, tratar el tema del AM institucionalizado.

### 3.2.1. Papel de la familia en la atención del Adulto Mayor.

Para entender cuál es la influencia que ejerce el núcleo familiar en la calidad de vida del AM es importante conocer su definición según diferentes puntos de vista:

Para Martínez, B.; Santamaria, G.; y Fuertes, R. (2011):

La familia es una estructura dinámica que evoluciona con la sociedad de la que forma parte y de la que constituye una fundamental referencia para entenderla. Los factores que determinan su composición, su tamaño y cómo se forman no son sólo demográficos, sino que tienen que ver también con cuestiones económicas y sociales. (p. 2)

Según Tuirán y Salles (1997):

La familia es la institución base de cualquier sociedad humana, la cual da sentido a sus integrantes y, a su vez, los prepara para afrontar situaciones que se presenten.

Finalmente, el *Informe de Desarrollo Humano* en Chile del PNUD (1998), considera a la familia como:

Unidad de análisis porque en ella la seguridad posee un sentido primordial, ya que se configura como un espacio de acción en el que se definen las dimensiones más básicas de la seguridad humana, que son los procesos de reproducción material y de integración social de las personas. Al mismo tiempo, la familia es un espacio en el que se cruzan de manera especialmente intensa las distintas dimensiones institucionales y culturales de la sociedad (p. 193).

Resulta importante establecer la importancia de la familia en el proceso de envejecimiento del AM, en el entendido de que este debe llegar a la vejez en las mejores condiciones posibles, es decir, con una buena condición tanto física como mental y que tenga la capacidad de ser independiente en cuanto a sus actividades diarias.

En la participación colectiva con el AM, resaltan las relaciones familiares como principal fuente de contacto social que tiene dicha persona. En muchos casos ciertos familiares se ocupan del cuidado de los propios padres muy ancianos, de la pareja, de hermanos u otros familiares con los que se ha convivido e incluso con amigos o vecinos.



Bajo esta lógica, el “sentirse necesario” es una de las necesidades que tiene el AM dentro de la familia. En la mayoría de los estudios sobre AM, las personas mayores que se sienten necesarios por los suyos suelen vivir más y mejor.

Por esto es realmente importante crear relaciones familiares con un gran nivel de satisfacción en el que cada miembro sienta que hace un aporte y que es de utilidad para conseguir el bienestar colectivo del grupo y así, en el caso de los AM, puedan conseguir un envejecimiento de calidad.

El Informe TFW, titulado *El papel de la familia en el envejecimiento activo* (2013), señala lo siguiente:

Existe una falsa idea, a saber, que es la gente mayor la que recibe el cuidado de la familia. Ello es parcialmente cierto y ocurre, sobre todo, en las personas mayores con serios problemas de salud. Sin embargo, son las personas mayores las que, en mayor proporción, las que son cuidadoras de los otros miembros de la familia. En un estudio reciente se pone de relieve que el 20% de las mujeres y el 13% de los hombres mayores cuidan a otros adultos y que el 40%, tanto de hombres como de mujeres mayores cuidan a niños (a sus nietos). En definitiva, a lo largo de la vida, existe un claro intercambio de cuidados cuyo centro está en la familia y cuyo motor radica en estrechas relaciones afectivas.

En un estudio realizado en Francia entre 2005 y 2006 encuentra que la cifra de personas que viven solas se ha triplicado con respecto al año 1962. En dicho estudio se asegura que el tener una edad avanzada, haber perdido un ser querido (por ejemplo, al cónyuge) y padecer problemas de salud, produce un intenso sentimiento de soledad, el cual puede tener graves consecuencias sobre la salud en el plano físico, psicológico y social (INFORME TFW, 2013, pp. 16-18).

La familia es un factor para fomentar o garantizar la calidad de vida. Para las personas mayores, las relaciones con la familia son el principal acceso al bienestar y es la tercera condición más importante para la calidad de vida. Envejecer supone siempre un deterioro físico para las personas, pero también un crecimiento en cultura y en valores humanos. Estas son las cualidades que se deben buscar transmitir a las nuevas generaciones, al mismo tiempo que aprender de ellas, todos aquellos conocimientos y vivencias que no estuvieron a nuestro alcance en épocas anteriores y que sin duda servirán como antecedentes para las nuevas generaciones, reconocer el aporte que han dejado en su

entorno y brindarles las condiciones óptimas necesarias para que su proceso de envejecimiento se desarrolle de la mejor manera, es fundamental.

Hablar de envejecimiento, y sobre todo del Envejecimiento Activo y Saludable, permite hablar de relaciones entre generaciones dentro y fuera del ámbito familiar, y para que esa etapa del ciclo vital sea saludable no va a producirse por casualidad. Es importante que exista el compromiso de la familia para conseguirlo, con el objetivo de mejorar la calidad de vida, reducir riesgos de enfermedad y asumir su compromiso por el bienestar integral de su familiar AM.

Pero ¿qué pasa con las familias que toman la decisión de acudir a servicios de apoyo y complementarios para la atención del AM? Es indispensable hablar sobre la importancia de este tema y de las relaciones familiares, que cambian considerablemente su dinámica cuando el AM pasa a estar institucionalizado, siendo el tema principal expuesto en esta investigación, por no decir el factor más importante para mantener o mejorar el estado de salud de este grupo etario.

Al respecto Barenys, M. (1992) expresa que:

En la organización familiar actual difícilmente caben el cuidado y la atención por largo tiempo de un padre o una madre aquejados de alguna dependencia o imposibilidad por larga enfermedad o terminales y, cuando esto se da, el peso psicológico recae sobre los allegados con un peso quizás inusitado. Y aunque la familia sea la que culturalmente, e incluso en caso de necesidad legalmente, deba responder en primera instancia al cuidado y atención de los ancianos, es el Estado o instituciones exteriores a la familia los que tienden a cubrir estas atenciones cada vez con mayor frecuencia. (pp. 124-125)

Las dinámicas familiares se ven frecuentemente afectadas a medida que el proceso de envejecimiento avanza dentro del hogar; los AM comienzan a presentar fallos en la memoria, en la habilidad para desplazarse y poco a poco se van haciendo más propensos a enfermedades que afecten considerablemente su salud.

Muchas veces la familia se ve envuelta en situaciones que se tornan incómodas y que a su vez pueden salirse de control, sobre todo si no tienen conocimientos e información sobre los cambios que van experimentando los AM mientras envejecen.

Ello va a depender en gran medida de la forma de vida que lleve el AM, su alimentación, actividad física, su cultura y educación.

El envejecimiento trae consigo cambios que en ocasiones la familia no sabe cómo manejar, y, por ende, contempla la idea de buscar apoyo de profesionales que asuman la obligación que para ellos se ha vuelto muy pesada.

Es bajo esta situación que deciden acudir a centros de atención especializada que ocupen el lugar que por defecto les corresponde a ellos y no es más que el de ofrecer los cuidados y la atención que el AM necesita.

Lo que no se toma en cuenta es toda la carga emocional que se puede desencadenar dentro del AM, que tiene que asumir no solo los cambios y transformaciones a nivel físico y mental, sino que su rutina y cotidianidad también se ven afectadas considerablemente al momento de pasar a estar institucionalizado.

Los modos de contacto familiar tienden a dar un giro considerable, y se pueden agrupar en tres tipos: llamadas de teléfono, visitas de los familiares al centro y salida del residente al domicilio familiar. Las dos primeras, son las que se llevan a cabo en las dependencias de la residencia (Pérez, 2005), la última es la que muchas veces tiende a disminuir.

En el momento en que la persona mayor institucionalizada no recibe, o no percibe, la suficiente atención por parte de los familiares, comienza a experimentar la sensación de pérdida de rol que éste desempeñaba en el núcleo familiar. Esto puede desencadenar una serie de consecuencias, que pasan por una preocupación constante que puede derivar incluso en manifestaciones clínicas de índole psicológica o fisiológica (Pérez, 2005).

Es por ello que el constante contacto y comunicación con los familiares le hará sentir al AM que se encuentra dentro de una Residencia Geriátrica que los vínculos con el exterior no se han perdido lo que a su vez infiere en un nexo de continuidad con la vida anterior al ingreso (Barenys, 1992).

Otro factor a considerar, dentro de esta situación, es la calidad en la atención que se les ofrece dentro de este tipo de instituciones, pero para ello es indispensable primero conocer: ¿De dónde surge la idea de los geriátricos?, ¿cómo debe ser su funcionamiento, infraestructura y los servicios que ofrece? definir la gerontología y la geriatría como disciplinas avocadas al AM; para posteriormente establecer los parámetros establecidos en las residencias geriátricas en Venezuela y México.

### **3.2.2. Los geriátricos (Atención institucional al Adulto Mayor).**

Los geriátricos, hoy llamados residencias para AM, nacieron como asilos de mendigos, y hacia fines del siglo XIX fueron transformándose en espacios para personas mayores abandonadas. Dichas instituciones constituyen una fase específica de la evolución de aquellas instituciones cuya función dentro de la sociedad ha sido dar cobijo, custodiar y recluir a individuos con fines dispares (socorro, prevención, cura, castigo, etc.); creados para aquellas personas que, por diversas razones, no podían proveer a su subsistencia y/o carecían de asistencia y techo familiares (Barenys, M., 1992).

Estas instituciones se fueron organizando bajo un régimen interno que tendría como finalidad el facilitar el trabajo a los ciudadanos manteniendo su vida y organización previamente establecido, justificándose por razones humanitarias en atención al cuidado y custodia que precisan las personas de la tercera edad de cuyo bienestar es responsable la institución (Barenys, M., 1992).

Las residencias para personas mayores han ido evolucionando a lo largo de los años, desde su histórica concepción benéfico-asistencial, hasta inscribirse dentro de un modelo orientado a atender a las nuevas necesidades de las personas mayores, ofreciendo una atención integral con criterios profesionales y de comprensión de la persona y el medio social en donde reside (IMSERSO, 2011).

Bajo este nuevo modelo, las residencias de atención a las personas mayores pueden definirse como:

Un centro social o socio-sanitario para las personas mayores ofrece atención integral y servicios continuados de carácter personal, social y sanitario en función de la situación de dependencia y las necesidades específicas de apoyo, en interrelación con los servicios sociales y de salud de su entorno.

Es un lugar de alojamiento que facilita un espacio de convivencia y propicia el desarrollo de las relaciones personales, garantizando sus derechos y el respeto a los valores individuales. Tiene como finalidad garantizar la atención básica para el desarrollo de las actividades de la vida diaria y facilitar el mantenimiento de la autonomía de la persona mayor. No obstante, si el deterioro de sus capacidades es tan grave que se produce, junto a la pérdida de la independencia funcional, la falta de la autonomía para tomar decisiones, el objetivo será en todo caso atender a la persona mayor con las máximas garantías de respeto y dignidad (Observatorio Cualitativo de Residencias para Personas Mayores, 2001, p. 17).

#### 3.2.2.1. El espacio residencial y las infraestructuras:

De acuerdo al IMSERSO (2011), las Residencias de atención al AM deben disponer de las condiciones arquitectónicas, las instalaciones y los equipamientos para la estancia, la convivencia y la prestación de servicios, de acuerdo con los requisitos y prescripciones técnicas que en cada periodo se han considerado adecuadas.

Sin embargo, las necesidades son cambiantes y esto determina un proceso continuo de adaptación de los centros en la medida de las nuevas exigencias y en función de las posibilidades y limitaciones que se plantean en cada Residencia.

En este sentido, las Residencias deben realizar el mantenimiento de sus instalaciones y llevar a cabo las revisiones y las actividades preventivas necesarias para disponer de las infraestructuras en correctas condiciones de uso, así como plantear las adaptaciones y actualizaciones necesarias que cumpla con las siguientes características:

- 1) El espacio debe ser accesible y comprensible para permitir la movilidad, la comunicación y las relaciones personales, ofreciendo referencias que favorezcan la orientación espacial y temporal.
- 2) Las infraestructuras y los equipamientos deben ser seguros y ergonómicos, y estar adaptados a las necesidades especiales de las personas usuarias, garantizándose su revisión y conservación para permitir el buen uso de los mismos.

- 3) Las residencias deben ofrecer unas condiciones de habitabilidad adecuadas, procurando un ambiente cálido y una estancia confortable.
- 4) El espacio residencial debe desarrollar un concepto funcional que favorezca la prestación de servicios y atenciones, procurando unas condiciones que estimulen y potencien el ejercicio de la autonomía personal.
- 5) Las Residencias deben disponer en perfecto estado de uso todos los equipamientos y ayudas técnicas necesarias, así como de los instrumentos y materiales utilizados para el desarrollo de las actividades, protocolizando las acciones realizadas para conseguir esta finalidad.
- 6) Es importante que las habitaciones se decoren con objetos que provoquen la reminiscencia de personas y situaciones queridas así como sensaciones positivas y de bienestar. También debe aprenderse a utilizar el paisaje y las salidas al exterior como una actividad terapéutica más, para lo que es preciso cuidar el diseño de terrazas y jardines.

#### 3.2.2.2. La distribución espacial de un Centro Residencial:

Un Centro Residencial debe contemplar espacios suficientes para albergar tanto a los usuarios como a los profesionales. En este sentido, ha de tener dos zonas o áreas claramente diferenciadas y a ser posible independientes: la profesional o de organización y la de atención residencial.

La primera de ellas está destinada a los profesionales que trabajan en el centro, a las instalaciones terapéuticas y a las actividades sociales o comunes. La segunda a la parte de alojamiento y manutención y zonas de servicios (comedor, cocina y cámaras de conservación de alimentos, almacenes, lavandería, calderas, tanatorio, parking, etc.).

Con carácter general, el esquema que se propone a continuación puede ser válido en cuanto a las dependencias con las que debe contar el centro residencial:

##### Área profesional y de organización:

- Dirección y Administración.
- Despacho psicólogo.
- Despacho trabajador social.
- Despacho médico y enfermería.
- Sala de reuniones y archivo de expedientes individuales.
- Salas de rehabilitación, de terapia ocupacional, peluquería, etc.
- Salón de actos y capilla.
- Sala polivalente de actividades y/o atención especializada.

- Vestuarios y aseo del personal.

#### Área Residencial:

- Entrada y Recepción
- Cafetería
- Cocina
- Comedor
- Salas de descanso
- Baño y Aseos accesibles
- Zonas habitacionales
- Lavandería
- Calderas
- Parking

Zona exterior y jardines.

#### 3.2.2.3. Funcionamiento de un Centro Residencial:

El funcionamiento de las Residencias para personas mayores, debe estar sustentado por los principios rectores del respeto a los derechos y obligaciones de los residentes, a los principios éticos, a la atención integral centrada en la persona y al enfoque de calidad de vida.

Sin olvidar que en la función social intervienen varios agentes, tanto en calidad de prestadores de servicios como en la de receptores de los mismos, así como colaboradores o responsables en distintos ámbitos o niveles.

Entre los agentes principales están, además de las personas usuarias, las familias, que demandan información y transparencia en la atención y una comunicación fluida con la residencia, al mismo tiempo que pueden ofrecer una colaboración importante, especialmente en acciones de acompañamiento emocional, ayuda personal y participación en las actividades del centro.

También están los profesionales y sus representantes, que desempeñan una función clave para el desarrollo de las actividades; así como otros agentes implicados en la

dimensión técnica (responsables de programas, servicios de inspección, etc.) o política (autoridades con competencias y responsabilidades en esta materia).

#### 3.2.2.4. Áreas funcionales de un Centro Residencial:

La estructuración del centro en áreas funcionales es una metodología organizativa que se adopta para la gestión y distribución operativa de los recursos y de las intervenciones que no debe ir en detrimento de la imprescindible integración dinámica de los equipos y programas.

Considerando la anterior premisa, las residencias se estructuran en cuatro áreas funcionales:

##### I.- Dirección y administración:

Integra asuntos de dirección y gestión, administración, planificación, organización, coordinación y evaluación de servicios.

##### II.- Atención social y psicosocial:

Comprende actividades de acción social, de acompañamiento emocional e interés cognitivo y animación socio-cultural. La persona que coordina esta área es el profesional de trabajo social en quien se atribuye este cometido por la dirección de la residencia.

##### III.- Atención a la salud.

Incluye atención médica, de enfermería, de rehabilitación y otras actividades sanitarias.

##### IV.- Servicios generales.

Se ocupa de los servicios de alojamiento, restauración y demás actividades auxiliares como lavandería, limpieza, cafetería, transporte (si lo hubiera) y otros servicios generales.

El equipo interdisciplinar debe estar compuesto por los siguientes profesionales que se desempeñen en el área de la geriatría (siempre estará adaptado a las necesidades y demandas de servicios pudiendo aumentar o disminuir), designando a uno de ellos como coordinador del mismo:

- Médico/a (general, gerontólogo)
- Trabajador/a social



- Terapeuta ocupacional
- Psiquiatra
- Psicólogo/a
- Coordinadora de Enfermería
- Coordinadora de Auxiliar de Enfermería/Gerocultores.

El resto de personal que no desarrolla una atención directa, dependerá de las características del centro, debiendo quedar asegurado en todo caso el correcto funcionamiento de la residencia.

- Cocineros/as - Ayudantes de Cocina.
- Encargado de servicios domésticos - Personal de servicios de limpieza y lavandería.
- Recepcionista.

### **3.2.3. Interdisciplinaria en la atención del Adulto Mayor.**

La complejidad de manejo del paciente geriátrico en cuanto a la diversidad e interacción de distintos aspectos clínicos, físicos, funcionales, psicológicos y sociales requiere de una serie de conocimientos, habilidades y aptitudes que no suelen estar al alcance de un único profesional (Verdejo Bravo C., 1998; Gutiérrez Bezón, *et al.*, s.f.).

La participación de los diferentes profesionales médicos, de enfermería, terapeutas y trabajadores sociales en el abordaje de los diferentes aspectos de la asistencia al AM, ha fomentado el desarrollo progresivo de la metodología del trabajo en equipo. Esta forma de trabajar permite un abordaje completo dirigido a ofrecer una atención integral en la que todos los profesionales trabajan para conseguir un objetivo común para el AM (OMS, 1974; Guillén Llera F., 1998; Gutiérrez Bezón, *et al.*, s.f.).

Los equipos interdisciplinarios,

Están constituidos por diferentes profesionales que trabajan en un área común de forma interdependiente e interactúan entre ellos de manera formal e informal. Pueden valorar al enfermo por separado pero intercambian la información de una forma sistemática, comparten una metodología de trabajo y trabajan juntos para conseguir unos objetivos conjuntos, colaborando entre ellos en la planificación y puesta en marcha de un plan de tratamiento y cuidados (Campbell LJ, Cole KD., 1987; Gutiérrez Bezón, *et al.*, s.f., p.89).

La composición del equipo debe adaptarse a las funciones que éste cumple y su estructura dependerá de sus objetivos específicos (Barer D., 1998; Gutiérrez Bezón, *et al.*, s.f.) y de las posibilidades y características del centro y del nivel asistencial en que trabaje.

Generalmente suele existir lo que se denomina núcleo mínimo del equipo, que suele estar formado por el médico geriatra, el personal de enfermería (enfermera y auxiliar) y el trabajador social. Otros colaboradores habituales suelen ser el terapeuta ocupacional y el fisioterapeuta, aunque también pueden participar otros profesionales como el psiquiatra, el psicólogo y el gerontólogo, apoyados por el médico general o internista.

#### 3.2.3.1. Principales funciones de los diferentes profesionales del equipo:

Médico geriatra:

- Realizar la valoración del estado clínico, funcional, mental y social básico (incluyendo aproximación diagnóstica y estimación pronóstica) del paciente.
- Realizar un correcto manejo terapéutico.
- Adecuar la transmisión de la información médica esencial al resto de los profesionales para el establecimiento de un plan conjunto.
- Comunicarse con el Equipo de Atención Primaria para informar de la evolución del paciente y asegurar la continuidad de cuidados al alta.

Personal de enfermería:

- Funciones específicas de los tratamientos y cuidados de enfermería.
- Prevención de complicaciones (úlceras por presión, contracturas, etc.).
- Manejo de problemas como la incontinencia, disfagia, etc., que tanto pueden influir en la recuperación funcional.
- Educación sanitaria del paciente y su familia, involucrándoles en la colaboración necesaria para la realización de las ABVD y de las AIVD (de este modo la rehabilitación se realiza como un proceso continuo a lo largo del día y no limitado a las sesiones programadas).
- Monitorización de la progresión del paciente y detección de problemas que pueden retrasarla, como dolor, inseguridad y falta de motivación.

Terapeuta ocupacional y fisioterapeuta:

- Puesta en marcha del plan terapéutico rehabilitador establecido.
- Valoran y trabajan la movilidad, fuerza, tono de extremidades, rango de movimiento articular, equilibrio, coordinación, posibles apraxias, agnosias, etc.,

y, lo que es más importante, su traducción en funcionalidad, es decir, en la capacidad para la realización de actividades básicas e instrumentales de la vida diaria (transferencias, marcha y uso adecuado de ayudas técnicas, escaleras...).

El terapeuta ocupacional, además, identifica problemas o barreras modificables en el domicilio y realiza recomendaciones en cuanto a adaptaciones domiciliarias que resultan de gran valor tanto para el AM como para el cuidador.

#### Psicólogo:

- Su principal labor es ayudarles a adaptarse a la nueva situación, para lo cual no solo se basan en la típica atención individualizada cara a cara, sino que se valen también de terapias grupales, actividades de ocio o talleres en los que, además de solucionar el problema psicológico del paciente favorecen su integración social, la creación de vínculos, la mejora de la autoestima y el despertar de nuevos intereses y aficiones.
- Se especializa en darle a este tratamiento para las enfermedades mentales y apoyo para comprender y sobrellevar el proceso de envejecimiento.
- También ayudan al diagnóstico de las afecciones relacionadas con la vejez.
- El objetivo del psicólogo es estudiar cómo los procesos neurológicos y fisiológicos del cerebro del adulto mayor afectan el comportamiento de este en la vida diaria.
- Se ocupa de las funciones cerebrales en deterioro y de la atención necesaria para mejorar la calidad de vida del paciente.

#### Psiquiatra:

- Se enfoca en el diagnóstico y tratamiento de determinados trastornos mentales, como depresión, demencia, enfermedad de Alzheimer, etc.
- Es un médico facultado para recetar fármacos a sus pacientes.
- Las personas mayores tienen necesidades físicas, emocionales y sociales especiales. Con este conocimiento, el psiquiatra geriátrico, toma una historia clínica exhaustiva para obtener el diagnóstico y tratamiento adecuado. Esta historia incluye escuchar y responder preocupaciones del AM y ayudar a las familias.

#### Trabajador social:

- Evaluar a fondo las necesidades sociales del AM, sus recursos y red de apoyo.
- Plantear si los cuidados necesarios podrán mantenerse en el futuro.
- Conocer los recursos disponibles, gestionar e informar al AM y a la familia sobre los mismos, facilitando el acceso a aquellos dispositivos que el AM requiera tanto en el momento inmediato como a largo plazo.

- Planificación del alta, desarrollando un plan de soporte y gestión de ayuda social, si se requiere.

Los resultados de la valoración social influirán de forma importante en el establecimiento de los objetivos que el equipo se plantee para el AM, ya que la ubicación final del AM podrá determinar las áreas de prioridad sobre las que el equipo debe trabajar.

Los AM tienen una serie de peculiaridades que hace que sea más compleja su atención, la frecuente confusión entre enfermedad y envejecimiento, menor reserva funcional, mayor tendencia a disfunción y discapacidad, aumento del consumo de fármacos, incidencia elevada de complicaciones, deterioro acelerado en ausencia de tratamiento, todo lo cual va a llevar entre otras cosas a una mayor dificultad diagnóstica (Castañedo Granda y González Moro, 2010).

En opinión de muchos expertos, los elementos antes mencionados, unido a la multiplicidad de condiciones patológicas, y correspondencia de trastornos funcionales, biomédicos, psicológicos y sociales hace muy difícil que un solo profesional como tradicionalmente sucedía, sea capaz de manejar eficazmente las disímiles problemáticas de los pacientes AM debido a la necesidad de requerir aptitudes, habilidades y conocimientos para un adecuado desempeño (OMS, 1974; Verdejo Bravo C., s.f.; Ribera Casado y Gil Gregorio, 1998; Castañedo Granda y González Moro, 2010).

La metodología del trabajo en equipo ha sido la opción por la que hoy se rigen muchos modelos de atención gerontológica, pues se ha demostrado que los equipos aportan diversidad en conocimientos, actitudes, habilidades y experiencias permitiendo con su integración respuestas rápidas e innovadoras a los problemas y retos planteados (Castañedo Granda y González Moro, 2010).

La implementación de equipos interdisciplinarios, han reflejado sus beneficios debido a la demostrada disminución de la mortalidad y mejoría en la funcionabilidad de quienes reciben el servicio, disminución de la posibilidad de ingresos y reingresos hospitalarios, así como una mejor satisfacción de los AM (Castañedo Granda y González Moro, 2010).

Por esta razón es de suma importancia que la atención al AM se lleve a cabo a través de equipos interdisciplinarios que permitan ofrecerles una atención integral, capaz de garantizarle al AM mejores condiciones y calidad de vida durante esta etapa, y en este caso a aquellos que se encuentran institucionalizados.

#### **3.2.4. La gerontología y la geriatría.**

En 1903, Michel Elie Metchnikoff, sociólogo y biólogo ruso, Premio Nobel de Medicina y Fisiología en 1908, propuso a la Gerontología como ciencia para el estudio del envejecimiento, ya que según él "traería grandes modificaciones para el curso de este último período de la vida" (Prieto Ramos, O., 1999).

En la actualidad, la Gerontología es definida como la ciencia que estudia el envejecimiento en todos sus aspectos, e incluye las ciencias biológicas, médicas, psicológicas y sociológicas; además de la aplicación del conocimiento científico en beneficio del envejecimiento y de los adultos mayores (Prieto Ramos, O., 1999).

La gerontología contiene investigaciones y practicantes de diversos campos tales como la biología, medicina, enfermería, odontología, psicología, sociología, economía, ciencias políticas y Trabajo Social. Estas profesiones están interesadas en varios elementos del proceso de envejecimiento, desde el estudio del proceso molecular hasta la búsqueda de maneras de mejorar la calidad de vida de las personas de edad avanzada (Sánchez Delgado, 2000, p. 33).

Su objetivo fundamental, al igual que el objetivo básico de la Geriatría, es mantener al AM en el seno de su hogar, integrado en la comunidad.

Por su parte, el término Geriatría fue acuñado por Ignatiusl Nascher en su obra presentada en 1907 en la Academia de Ciencias de Nueva York titulada *Geriatría, las enfermedades de los ancianos y su tratamiento*. La Geriatría es por tanto una rama de la Gerontología y la Medicina que se ocupa de los aspectos clínicos, terapéuticos, preventivos, y sociales en la salud y enfermedad de los AM. Es una ciencia práctica aplicada, que se ocupa de la asistencia integral a estas personas (Prieto Ramos, O., 1999).

Es la Especialidad que en la práctica aporta soluciones específicas y profesionalizadas a los problemas específicos del AM en materia de salud. Es definido también como:

El conjunto de niveles asistenciales, hospitalarios y extra-hospitalarios, que desde los puntos de vista sanitario y social están destinados a prestar una atención interdisciplinar, integrada en todos sus elementos e integral en todos sus aspectos, para garantizar la calidad de vida de los ancianos que viven en un sector asistencial (Gamarra Samaniego, 2010).

Además de acuerdo a los Principios de Geriátría y Gerontología (Varela y Villanueva, 2011), se deben separar los niveles de asistencia en centros hospitalarios y extra-hospitalarios permitiendo una respuesta escalonada en diferentes situaciones de la evolución de la enfermedad o de la necesidad de los adultos mayores. Cabe acotar que en todos los niveles se debe ofrecer atención primaria (medicina preventiva de enfermedades y de accidentes y promoción de salud), y los clasifica de la siguiente manera:

Función del tiempo, pudiendo ser:

- De corto plazo, para cuidados y resolución de problemas agudos (Ej.: Hospital de agudos, Hospital día, Internación Domiciliaria)
- De largo plazo, para manejo de enfermedades crónico-degenerativas, sus consecuencias y secuelas (Ej.: Atención Domiciliaria, Hospicio, Residencias, Unidades de Larga Estancia).
- La Naturaleza de quien los realiza: a. Formales: Entidades públicas o privadas. Informales: Fundaciones o asociaciones.
- Según la capacidad funcional del paciente a. Independiente b. Semi-independiente c. Dependiente.
- Según el lugar donde se presta el Servicio: a. Ambulatoria b. Hospitalario c. Domiciliario.

También, se encuentran los objetivos de la *Valoración Geriátrica Integral* (VGI) los cuales se establecen para determinar el estudio de la situación basal, diagnóstico integral, descubrir los problemas tratables no diagnosticados, planificar la terapéutica individualizada, situar al adulto mayor en el lugar adecuado, documentar su evolución y las complicaciones y facilitar la transmisión de información entre profesionales (Salgado, A., Ruipérez, I., y Sepúlveda, D., 2002).

Todo esto conduce a tener una visión de los problemas de los AM, lo cual va a permitir la toma de decisiones asertivas en los diversos aspectos que forman parte de sus cuidados, sea físico, mental, social e inclusive económico.

Para fines de la presente investigación se puntualizarán los criterios tomados en cuenta y los procesos establecidos para la atención de los AM en centros geriátricos y/o Residencias, tomando de ejemplo los casos de Venezuela y México.

### **3.2.5. Parámetros de los Centros Residenciales para el Adulto Mayor en Venezuela.**

En el caso de Venezuela, de acuerdo al *Manual de Normas y Procedimientos para la Gestión Integral de Pacientes en las Residencias Socio-Asistenciales del IVSS* (2012), se establece lo siguiente:

- Las residencias socio-asistenciales están obligadas a prestar una atención médica permanente diurna, nocturna y ofrecer servicios de enfermería, rehabilitación física y manejo social para la adecuada recuperación del paciente, así como contar con medios de transporte para el traslado del mismo, en caso de emergencia.
- Las residencias socio-asistenciales brindarán asistencia médica calificada a pacientes clínicamente afectados a enfermedades que puedan ser tratadas en las mismas.
- La enfermería deberá contar con instrumental y material médico quirúrgico, así como también un puesto de enfermería por cada piso.
- Cada residencia socio-asistencial deberá tener un servicio médico para atención de primeros auxilios, equipado con instrumental y material médico quirúrgico adecuado al tipo de pacientes que atiende, además debe contar con personal médico y enfermeras(os) capacitados(as) en el área.
- Las residencias socio-asistenciales deberán contar con un área dedicada a laborterapia y talleres protegidos destinados a la rehabilitación del paciente, cuya área será dirigida por terapeutas ocupacionales, que deben realizar actividades de terapia los días hábiles de la semana en ambos turnos, a fin de atender a grupos no mayores de cuarenta (40) pacientes por cada terapeuta. A tal efecto, los establecimientos promoverán y auspiciarán cualquier labor en ese sentido con la familia, fábricas o industrias vecinas, la propia comunidad y vincularse con instituciones que patrocinen actividades deportivas, culturales y recreativas.

En cuanto al sector administrativo de las Residencias, debe ser:

- Las historias clínicas serán debidamente elaboradas de acuerdo a las técnicas vigentes sobre la historia, con notas médicas de asistencia progresiva estrictamente relacionada con la evolución del paciente, siendo necesario el mantenimiento de los archivos apropiados para la conservación y manejo de las mismas.
- Las residencias socio-asistenciales deberán remitir a la División de Clínicas, toda la facturación presentada por cada mes, así como el censo de pacientes a la fecha correspondiente.
- Las residencias socio-asistenciales manejarán una historia convencional de características “uniformes” del formato, de acuerdo a los lineamientos generales que mantiene vigente el Departamento de Historias Médicas, adscrito a la Dirección General de Salud, de forma que facilite el manejo asistencial y administrativo del paciente, siendo obligatorio acogerse a la Clasificación Internacional de Enfermedades, a objeto del diagnóstico final de los pacientes egresados.
- El material y contenido de las historias clínicas, podrán ser supervisados y utilizados por el IVSS, con fines de estadísticas epidemiológicas y sociales.

De igual manera, así como se establecen directrices en el ámbito del cuidado de la salud, también poseen otras avocadas a la estructura y espacios que las Residencias deben poseer según este manual:

- Las residencias socio-asistenciales deberán poseer espacios destinados a la visita de familiares, donde debe colocarse una cartelera informativa, filtro de agua potable y mobiliario necesario para recibir a las visitas. Esta área será supervisada por personal calificado al momento de su uso, a fin de resolver cualquier contrariedad. El horario de visita deberá ser entregado a los familiares el día del ingreso del paciente.
- La residencia socio-asistencial deberá poseer habitaciones de aislamiento para pacientes que presenten alteraciones en su evolución clínica que ameriten ser separados de los demás pacientes, las mismas deben tener las condiciones necesarias para evitar que los pacientes se hagan daño.
- Las residencias socio-asistenciales deberán estar provistas de consultorios, debidamente equipados.
- Cada residencia socio-asistencial deberá contar con instalaciones sanitarias conformadas por una ducha, un lavamanos y una poceta por cada seis (6) pacientes y equipados con las medidas de protección necesaria contra cualquier riesgo, pasamanos, piso anti-resbalante y demás medidas de seguridad.
- Las áreas destinadas como dormitorios, deben ser adecuadas a los fines y propósitos de la hospitalización de pacientes (...)
- Las residencias socio-asistenciales deben contar con un Reglamento Interno que regule la admisión, control, régimen de visitas, permisos y altas de los pacientes, y que contengan aquellas características de organización y prestación



de servicios que deben estar a la disposición del paciente y sus familiares, colocándolo en lugar visible de la residencia socio-asistencial y realizando entrega al familiar o representante del paciente al momento del trámite de ingreso.

En el entendido de que sin los recursos humanos no sería posible el desarrollo óptimo de las actividades y el cumplimiento del reglamento para alcanzar los estándares de calidad dentro de los de atención geriátrica, el IVSS en su manual señala un punto importante que se desarrolla de la siguiente manera:

Las residencias socio-asistenciales que presten servicios al IVSS, para el cumplimiento de sus fines y propósitos, deberán contar con el siguiente personal:

- Médico Especialista, en el área de psiquiatría para las residencias socio-asistenciales psiquiátricas, uno (1) por turno por cada cincuenta (50) pacientes.
- Médico Especialista para pacientes fármacodependientes y Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), uno (1) por turno por cada cincuenta (50) pacientes.
- Médico Geriatra, Psiquiatra o Medicina Interna para las residencias socio-asistenciales geriátricas. uno (1) por turno por cada cincuenta (50) pacientes.
- Un (1) Médico Residente o Interno, que debe laborar en horario nocturno, feriados y fines de semana.
- Enfermero(a) Profesional o TSU por cada turno y piso, uno (1) por cada cincuenta (50) pacientes.
- Auxiliares de Enfermería, con una proporción de diez (10) pacientes por auxiliar en cada turno.
- Un (1) Terapeuta Ocupacional a tiempo completo por cada cincuenta (50) pacientes o dos (2) a tiempo parcial.
- Camareras y Encargadas de Aseo, una por cada tipo de área.

### **3.2.6. Parámetros de los Centros Residenciales para el Adulto Mayor en México.**

*La Guía de Centros Residenciales para Personas Mayores en Situación de Dependencia* fue elaborada por el “Programa Iberoamericano de Cooperación sobre la Situación del Adulto Mayor en la Región”, aprobado por la XXI Cumbre Iberoamericana de Jefes de Estado y de Gobierno en 2011, en el cual participaron distintas instituciones de varios países, entre los cuales se encuentra México, representado por el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM), el Instituto Nacional de Geriátrica, Instituto de

Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).

México forma parte de los países sujetos a los parámetros establecidos en *La Guía de Centros Residenciales para Personas Mayores en Situación de Dependencia* y por lo tanto a la normativa que se planteó anteriormente de manera general<sup>4</sup>.

El contenido desarrollado, permite evidenciar si efectivamente las directrices para las Residencias Geriátricas en Venezuela y México, se encuentran en sintonía con los estándares generales y como referencia en esta investigación, que permita identificar si aquellas Residencias analizadas cumplen con los procedimientos y normas establecidas a través de los entes rectores que a su vez facilitará el aporte de sugerencias para el mejoramiento o fortalecimiento de las mismas.

**Tabla 8. Parámetros generales de los geriátricos en Venezuela y México.**

País	Venezuela	México
<b>Distribución Espacial</b>	<p>-Cada residencia socio-asistencial deberá tener un servicio médico para atención de primeros auxilios.</p> <p>-La enfermería deberá contar con un puesto de enfermería por cada piso.</p> <p>-Las residencias socio-asistenciales deberán contar con un área dedicada a laborterapia y talleres protegidos destinados a la rehabilitación del paciente.</p> <p>- Las residencias socio-asistenciales deberán poseer espacios destinados a la visita de familiares.</p> <p>-La residencia socio-asistencial</p>	<p>Dirección y Administración.            Despacho psicólogo.            Despacho trabajador social.            Despacho médico y enfermería.            Sala de reuniones y archivo de expedientes individuales.            Salas de rehabilitación, de terapia ocupacional, peluquería, etc.            Salón de actos y capilla.            Sala polivalente de actividades y/o atención especializada.            Vestuarios y aseo del personal.</p> <p>Entrada y Recepción            Cafetería            Cocina            Comedor            Salas de descanso            Baño y Aseos accesibles            Zonas habitacionales</p>

<sup>4</sup> Ver punto 3.2.2.1.

	<p>deberá poseer habitaciones de aislamiento para pacientes que presenten alteraciones en su evolución clínica que ameriten ser separados de los demás pacientes.</p> <p>-Cada residencia socio-asistencial deberá contar con instalaciones sanitarias conformadas por una ducha, un lavamanos y una poceta por cada seis (6) pacientes y equipados con las medidas de protección necesaria contra cualquier riesgo.</p>	<p>Lavandería Calderas Parking</p> <p>-Zona exterior y jardines.</p>
<p><b>Áreas funcionales</b></p>	<p>El Manual del IVSS no especifica las áreas funcionales, como en el caso de México. Sin embargo de acuerdo a los espacios e infraestructura, así como los profesionales y personal que deben tener los centros geriátricos, se pueden establecer algunas áreas:</p> <p>I.- Área de atención médica y social.</p> <p>II.- Área de rehabilitación y terapia ocupacional.</p> <p>III.- Área administrativa.</p> <p>IV.- Servicios Generales.</p>	<p>I.- Dirección y administración: Integra asuntos de dirección y gestión, administración, planificación, organización, coordinación y evaluación de servicios.</p> <p>II.- Atención social y psicosocial: Comprende actividades de acción social, de acompañamiento emocional e interés cognitivo y animación socio-cultural. La persona que coordina esta área es el profesional de trabajo social en quien se atribuye este cometido por la dirección de la residencia.</p> <p>III.- Atención a la salud: Incluye atención médica, de enfermería, de rehabilitación y otras actividades sanitarias.</p> <p>IV.- Servicios generales:</p>

<p><b>Profesionales y personal dentro de la institución</b></p>	<p>-Médico Especialista, en el área de psiquiatría para las residencias socio-asistenciales psiquiátricas, uno (1) por turno por cada cincuenta (50) pacientes.</p> <p>-Médico Geriatra, Psiquiatra o Medicina Interna para las residencias socio-asistenciales geriátricas. Uno (1) por turno por cada cincuenta (50) pacientes.</p> <p>-Un (1) Médico Residente o Interno, que debe laborar en horario nocturno, feriados y fines de semana.</p> <p>-Enfermero(a) Profesional o TSU por cada turno y piso, uno (1) por cada cincuenta (50) pacientes.</p> <p>-Auxiliares de Enfermería, con una proporción de diez (10) pacientes por auxiliar en cada turno.</p> <p>-Un (1) Terapeuta Ocupacional a tiempo completo por cada cincuenta (50) pacientes o dos (2) a tiempo parcial.</p> <p>-Camareras y Encargadas de Aseo, una por cada tipo de área.</p>	<p>Se ocupa de los servicios de alojamiento, restauración y demás actividades auxiliares como lavandería, limpieza, cafetería, transporte (si lo hubiera) y otros servicios generales.</p> <p>-Médico/a (general, gerontólogo).</p> <p>-Trabajador/a social.</p> <p>-Terapeuta ocupacional.</p> <p>Psiquiatra.</p> <p>-Psicólogo/a.</p> <p>-Coordinadora de Enfermería.</p> <p>-Coordinadora de Auxiliar de Enfermería/Gerocultores.</p> <p>-Cocineros/as - Ayudantes de Cocina.</p> <p>-Encargado de servicios domésticos.</p> <p>-Personal de servicios de limpieza y lavandería.</p> <p>-Recepcionista.</p>
---	---	--

Fuente: Manual de Normas y Procedimientos para la Gestión Integral de Pacientes en las Residencias Socio-Asistenciales del IVSS (2012) y La Guía de Centros Residenciales para Personas Mayores en Situación de Dependencia de la IMSERSO.

México, establece un parámetro establecido internacionalmente, donde se analizó por parte de distintas organizaciones de varios países y se incluyeron todos los aspectos que se consideraron importantes y necesarios en la atención al adulto mayor para brindarles una óptima calidad de vida dentro de las instituciones. En Venezuela la normativa es de orden interno y solo rige aquellas instituciones que pertenecen al IVSS, pudiendo considerarse que aquellas con dependencia privada se desempeñan de acuerdo a sus reglamentos de manera individual, es decir, que no hay uniformidad en el cumplimiento de normas, administración y funcionamiento de la institución.

En líneas generales ambos parámetros coinciden en varios aspectos con sus particularidades. Los parámetros de México son más específicos en relación a Venezuela y el Manual del IVSS, indicando cada uno de los espacios que debe tener un centro residencial geriátrico, donde por ejemplo, cada profesional debe contar con su propio despacho de atención; en Venezuela lo establece de forma más general. En cuanto a las áreas funcionales o de atención especializada, el Manual de la IMSERSO especifica 4 áreas diferentes, las cuales deben estar bien delimitadas en sus funciones (Área de Dirección y administración, Atención social y psicosocial, Atención a la salud y Servicios generales); en Venezuela, no se especifica, pero se elaboró de acuerdo a lo establecido en la distribución espacial. Finalmente en el caso de los profesionales y personal que debe laborar en estas instituciones, en el Manual del IVSS a diferencia de la IMSERSO, se establece el número de profesionales que debe haber de acuerdo al número de pacientes o AM, más no incluye dentro de sus normativas a psicólogos, gerocultores y profesionales de Trabajo Social, lo que si ocurre en el caso de México.

Se puede evidenciar que el modelo venezolano tiene una visión hospitalaria de la atención al adulto mayor, ya que no incluye a profesionales del área social. México como país suscrito a los lineamientos establecidos por la IMSERSO, mantiene una concepción mucho más integral y se corresponde a lo que está apuntando la OMS sobre el envejecimiento activo y saludable, a través del apoyo de equipos interdisciplinarios en la atención de los AM institucionalizados.

En este sentido, se debe hacer hincapié a la importancia de incluir profesionales del área social como lo es la figura del Trabajador Social, quien ocupa un papel necesario en el abordaje de la población adulta mayor y sobre todo en la relación con los familiares y el fortalecimiento de los vínculos afectivos y de apoyo entre las partes, que permita romper con viejos conceptos asociados a la atención geriátrica y se sume a los cambios y necesidades relacionados con el envejecimiento de la población a nivel mundial.

### **3.3. TRABAJO SOCIAL Y ADULTO MAYOR**

La Federación Internacional de Trabajadores Sociales (FITS, 2000), definió en la Asamblea celebrada en Montreal el Trabajo Social como:

La disciplina que tiene por objeto la intervención social ante las necesidades sociales para promover el cambio, la resolución de los problemas en las relaciones humanas, el fortalecimiento y la libertad de la sociedad para incrementar el bienestar, mediante la utilización de teorías sobre el comportamiento humano y los sistemas sociales y aplicando la metodología específica en la que se integra el Trabajo Social de caso, grupo y comunidad.

Siendo los principios de los derechos humanos y la justicia social fundamentales (Colegio Oficial de Trabajo Social de Soria, s.f.).

Dicha disciplina encuentra sus fundamentos teóricos y metodológicos en el ámbito de las ciencias sociales y humanas. Asimismo, asume como valores claves la autodeterminación, la promoción del bienestar, la igualdad y la justicia distributiva (Colegio Oficial de Trabajo Social de Soria, s.f.).

Siendo el Trabajador Social quien contribuye en la transformación de los procesos sociales, para incidir en la participación de los sujetos y en el desarrollo social, también se vincula estrechamente al AM, quién al formar parte de la sociedad pasa a ser también sujeto de atención y campo de acción para el Trabajo Social.

Según Salvarezza (1993):

Uno de los prejuicios más comúnmente extendidos es el de que los viejos son todos enfermos o discapacitados porque pasan mucho tiempo en cama a causa de enfermedades, tienen accidentes en el hogar, tienen pobre coordinación psicomotriz, desarrollan infecciones fácilmente, una gran proporción se

encuentra hospitalizada o vive en residencias geriátricas, sus capacidades muestran un alto grado de declinación con el paso de los años, etc. Esto se debe a que se establece una fuerte sinonimia viejo=enfermo que se comporta como una profecía auto predictiva que termina por internalizarse en los propios viejos. Pero si una persona llega a vieja, es porque no ha sufrido grandes enfermedades.

Sin embargo, esta asociación entre vejez y enfermedad puede no darse en todos los casos, ya que una enfermedad puede estar asociada a cualquier edad.

En el entendido de que la vejez es una etapa más del ciclo de la vida, en la cual las personas tienden a tener menos control de lo que les ocurre que en otras etapas del desarrollo, también es una etapa en la que se presentan una serie de eventos, que pueden verse como positivos o negativos, dependiendo de diversos factores. De cualquier manera, debe darse un ajuste y mayor adaptación a los cambios para que el proceso de envejecimiento se pueda desarrollar de la mejor manera posible.

La sociedad tiende a ver a los AM como enfermos, seniles, deprimidos, asexuados, pasados de moda, etc., donde sus problemas físicos y mentales son generalmente ignorados y con frecuencia no se tienen en cuenta sus necesidades físicas, económicas y sociales. Las nuevas generaciones suelen ver a los AM como personas diferentes, no son considerados como seres humanos con iguales derechos y comúnmente ven a la vejez como una situación que se presentara en un futuro muy lejano, lo cual dificulta el trabajo en la atención del proceso de envejecimiento.

La familia sostiene el peso mayor en la prestación de cuidados y atención al AM y representa el factor principal para reducir la posibilidad de institucionalización en caso de estar incapacitado o enfermo.

No obstante, se ha demostrado que el colocar al AM en una Residencia Geriátrica suele ser el último recurso utilizado por las familias. “En general, las familias que internan sus miembros ancianos en las instituciones de larga duración han agotado todas las opciones, padecen toda clase de crisis (económicas, sociales y personales) en este proceso y tomaron la decisión final con gran resistencia” (Guerrini, M, 2010).

Sánchez Salgado (2005), expresa que “a pesar de la creencia común de que las personas ancianas en el mundo contemporáneo han sido abandonadas por su familia, las investigaciones a nivel mundial la desmienten”. Por el contrario, ellas están integradas a un sistema de parentesco con lazos filiales intensos. La familia mantiene una posición de prominencia dentro del espacio vital psicológico de estas personas por virtud de su habilidad para proveer seguridad emocional y material (Guerrini, M, 2010).

“La presencia o la ausencia de esta red pronostican el nivel de autonomía y bienestar de una persona anciana. Ella continúa siendo la principal fuente de protección de los adultos de edad avanzada y a la que acuden generalmente en primera instancia” (Guerrini, M, 2010).

“El desapego no es ni natural ni inevitable, y cuando ocurre es por la falta de oportunidades que la sociedad brinda a los viejos para que puedan seguir ejerciendo sus roles sociales con un buen grado de compromiso” (Salvarezza, 2002).

Es indispensable involucrar diversos profesionales para lograr un balance justo en la calidad de vida de los AM, esto va a permitir que se puedan ejecutar una variedad de opciones de atención acorde a las necesidades de cada individuo. En este marco podemos involucrar en ello al Trabajo Social, disciplina que tiene gran importancia en la intervención del proceso del envejecimiento, y en la cual se hará énfasis.

Quintero Velásquez, Á. (2004) manifiesta que:

El Trabajo Social es una intervención en el sentido que intervenir significa tomar parte de una acción con la intención de influenciarla. La intervención del trabajador social consiste en permitir a la persona/ sujeto desarrollar sus capacidades, ayudarlo a modificar su situación y finalmente ayudarlo a resolver sus problemas.

En el campo profesional del Trabajo Social se busca cumplir con un objetivo, el cual es el mejoramiento de la interacción entre un individuo y su ambiente. Por lo tanto, el Trabajador Social no pretende controlar al individuo sino entenderlo en toda su complejidad según interactúa con su ambiente. Partiendo de la idea de que cada individuo debe tener la oportunidad de desarrollar su potencial, vivir una vida satisfactoria y



socialmente deseable, es como el Trabajador Social debe ejecutar su intervención para lograr mejoras en el desenvolvimiento y desarrollo del bienestar del AM.

Sánchez Salgado (2005) establece que:

Es importante que el profesional que trabaje con la persona anciana posea una información general con respecto a las características de esta población como un todo, y que esté alerta a la diversidad. No existen características que puedan ser aplicadas uniformemente a esta población, ya que poseen variedad de necesidades y problemas sociales. Las personas traen a su mayor edad un caudal de experiencias, condiciones de salud y actitudes, diversos patrones de comportamiento y estilos de vida y una gran variabilidad en niveles de funcionamiento físico y emocional.

Un eje de intervención desde el Trabajo Social es la activación de la resiliencia en las familias que atraviesan un conflicto o un problema. Entendiendo por resiliencia la capacidad de los seres humanos de superar los efectos de una adversidad a la que están sometidos e, incluso, de salir fortalecidos de la situación.

Durante este proceso se necesita del otro como punto de apoyo para la superación de adversidades. El secreto está en ayudar a los AM a reconocer sus fortalezas y confiar en ellas, en adquirir mayor conciencia social para promover cambios que reduzcan la inequidad y el sufrimiento.

Si el punto de partida se posiciona en lo que las personas de edad avanzada tienen, se podrá trabajar no sólo buscando recursos institucionales, sino también aprovechando los recursos vinculares que serán los que apunten a lograr transformaciones y modificaciones en la vida cotidiana de ellos y de sus familias.

De esta manera puede establecerse que, de acuerdo a sus conocimientos, el Trabajador Social es un ente activo, dispuesto y participativo que pone a disposición de las personas su atención, con el objetivo de optimizar y modificar los procesos que se generan dentro de la dinámica social para su mejoramiento; y al mismo tiempo, orientar, proponer y proveer la atención integral en diferentes aspectos de la vida tanto individuales como colectivos que propicien las condiciones necesarias para generar cambios en las sociedad, y en este caso, rompan con los patrones con los que se ha concebido la adultez mayor.

## **CAPÍTULO IV**

### **ABORDAJE METODOLÓGICO**

Para llevar a cabo una investigación se deben describir los pasos a seguir en el estudio, en función del cumplimiento de los objetivos específicos; englobando el tipo y diseño de investigación, variables, población, muestra, selección, adaptación y/o diseño del instrumento utilizado, para la recolección de información relevante, así como el procesamiento y análisis de dicha información. En este capítulo se presenta los distintos pasos requeridos para conocer desde los actores institucionales los distintos elementos que facilitan la mayor comprensión del tema.

#### **4.1.TIPO DE ESTUDIO O INVESTIGACIÓN**

La presente investigación es de tipo comparativa-descriptiva con un enfoque cualitativo donde, en primer lugar, se buscó detectar las diferencias y semejanzas entre las políticas ejecutadas por el Estado venezolano y el mexicano, dirigidas a la atención del AM, lo cual permite observar aspectos que la diferencian y podrían considerarse en algunos casos positivos y en otros negativos para el desarrollo de una política, verificando así la concordancia con las teorías generales acerca del tema, como aspectos sobre la calidad de vida de los AM institucionalizados en ambos países..

Asimismo, se buscó identificar las áreas de atención e infraestructura física de las Residencias Geriátricas ubicadas en el Área Metropolitana de Caracas en el caso de Venezuela y en las delegaciones Cuautitlán Izcalli, Atizapán de Zaragoza y Naucalpan de Juárez pertenecientes al estado de México, México; caracterizar la población AM partiendo de las particularidades de aquellos que se encuentran institucionalizados en las Residencias Geriátricas seleccionadas, para finalmente destacar el papel del Trabajador Social en la atención del AM institucionalizado.

## 4.2.DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Esta investigación se centra en un tipo de diseño de campo no experimental, debido a que se estudia la realidad del AM dentro de un geriátrico, es decir, en el lugar donde ocurren los hechos, con el fin de obtener datos de primera mano (datos primarios), sin someter al grupo de individuos, a determinadas condiciones, estímulos o tratamiento para observar los efectos o reacciones que le pueden producir, pues no se harán variar en forma intencional ninguna variable. Para la obtención de la información se llevó a cabo una revisión bibliográfica y documental vía internet, tomando como fuentes las leyes correspondientes al tema, documentos formato PDF y las páginas web oficiales de las instituciones competentes dirigidas a la atención de la población AM.

## 4.3. POBLACIÓN O UNIVERSO DE ESTUDIO

Aunque resulta difícil manejar el número de Residencias Geriátricas, esta investigación se basó en aquellas ubicadas en Venezuela, en el área Metropolitana de Caracas, y en México, las ubicadas en las delegaciones Cuautitlán Izcalli, Atizapán de Zaragoza y Naucalpan de Juárez entre los meses febrero-abril del año 2019.

En el caso del Área Metropolitana de Caracas se encuentran **18 Residencias Geriátricas públicas** pertenecientes al IVSS y **8 Residencias Geriátricas con dependencia privada** para un total de **26 instituciones**, de acuerdo a los datos obtenidos.

Por su parte, en las delegaciones Cuautitlán Izcalli, Atizapán de Zaragoza y Naucalpan de Juárez se encuentran **15 Residencias Geriátricas públicas y con dependencia privada**; en este caso, no fue posible identificar la dependencia de cada una de forma individual por no contar con el acceso a la información.

Entre los pasos a seguir, en primer lugar, se procedió a elaborar una lista de las Residencias Geriátricas con los siguientes datos:

**Tabla 9. Datos de las Residencias Geriátricas.**

<b>PAÍS</b>					
<b>Dependencia</b>	<b>Nombre</b>	<b>Dirección</b>	<b>Director médico/ Administrador</b>	<b>Correo</b>	<b>Teléfonos</b>

Fuente: Ramírez, E., y Herrera, R., tomado de archivo personal. Calidad de Vida en la Atención del Adulto Mayor Institucionalizado: Estudio Comparativo Venezuela- México.

Una vez elaborada la lista, se realizaron llamadas telefónicas a cada una de las Residencias, para establecer un primer contacto, con el fin de tener la autorización por parte de los directores/gerentes de las instituciones de enviarles vía correo electrónico un Formulario de Google con preguntas referentes al área administrativa y de servicios que permitieran obtener información de primera mano sobre las Residencias Geriátricas y su funcionamiento, a través de aquellas que accedieran a ofrecer la información y en su defecto responder el formulario en su totalidad.

Se anexa el Speech que se utilizó al momento de realizar las llamadas:

Buenos días / tardes, ¿me comunico con el sr(a) / institución? Mi nombre es \_\_\_\_\_, soy estudiante de la Universidad Central de Venezuela, actualmente me encuentro desarrollando el trabajo final de grado para optar por el título de Lda., en Trabajo Social; el cual esta direccionado hacia la atención del Adulto Mayor en instituciones como la que usted dirige, la siguiente llamada es para solicitar su autorización para enviarle un formulario con preguntas referentes al área administrativa y de servicios. Mediante su respuesta, lograré obtener información necesaria para el desarrollo del trabajo. Junto al formulario se le anexara una carta institucional de parte de la tutora académica para la formalidad que requiere ¡Gracias de antemano!

En el Área Metropolitana de Caracas, de las 26 Residencias de la lista, 8 autorizaron el envío del formulario, mientras que de las 18 restantes no se obtuvo respuesta aun cuando se realizaron varias llamadas.

En las delegaciones Cuautitlán Izcalli, Atizapán de Zaragoza y Naucalpan de Juárez del estado de México 2 instituciones accedieron y de las 13 restantes no se obtuvo respuesta.

Una vez realizadas las llamadas, se procedió a enviar los correos con los formularios y la carta sellada y firmada por la tutora académica, para un total de **8 correos enviados** de los cuales **1 respondió satisfactoriamente**, mientras que 6 no dieron respuesta.

En **(1) de los casos se aplicó el formulario directamente en el geriátrico**, ya que no contaban con el servicio de internet, por lo que se procedió al traslado hasta el lugar para la aplicación del instrumento; esto en el caso de Venezuela.

En México, solo **2 instituciones accedieron al envío del correo** con el formulario de los cuales ambos respondieron satisfactoriamente y permitieron la visita a la institución.

#### **4.4. DEFINICIÓN DE MUESTRA, TIPO, TAMAÑO Y OBTENCIÓN**

El muestreo realizado fue de tipo no probabilístico por conveniencia, sujeto a la disposición y disponibilidad de las Residencias Geriátricas al ofrecer la información solicitada y el acceso a la institución, para una población de 26 instituciones en el Área Metropolitana de Caracas, de los cuales se obtuvo una **muestra final de 2 instituciones** ubicadas en el municipio Libertador.

El acceso a las Residencias del Área Metropolitana de Caracas se vio afectado en primer lugar por el contexto-país. Las instituciones que se contactaron manifestaron el problema con los servicios básicos del suministro de agua y electricidad, lo cual afecta directamente a las instituciones y la prestación de sus servicios; en varios casos se analizó la posibilidad de cerrar las mismas. A esto se le suma la situación con el transporte lo que dificultó la visita a otras Residencias Geriátricas por encontrarse ubicadas en zonas distantes de la disponibilidad de la estudiante. Las 2 instituciones que sirvieron de muestra para el estudio desde el primer momento permitieron el acceso a la misma, y colaboraron en la aplicación de los instrumentos.

En el estado de México (en las delegaciones Cuautitlán Izcalli, Atizapán de Zaragoza y Naucalpan de Juárez) la población fue de 15 Residencias Geriátricas, de las cuales se obtuvo **una muestra final también de 2 instituciones** ubicadas las delegaciones Atizapán de Zaragoza y Naucalpan de Juárez.

Por su parte en las delegaciones Cuautitlán Izcalli, Atizapán de Zaragoza y Naucalpan de Juárez, al momento de acceder a las instituciones hubo dificultades ya que al contactarlas, la mayoría manifestó una gran desconfianza al abrir sus puertas para una investigación de una institución que no conocían, por tal motivo se mostraron poco receptivos y se negaron a permitir el contacto y acceso a las mismas. Otras manifestaban que por ser de carácter privado no permitían ingresar a ningún ente externo a la institución o sus enlaces.

En cuanto a las dos instituciones que accedieron al desarrollo y aplicación de los instrumentos para llevar a cabo la investigación dentro de sus instalaciones, lo hicieron con ciertas condiciones para seguridad de sus usuarios, las cuales fueron: no se permite registro fotográfico dentro de la institución para el resguardo y protección al AM interno, y se debe estar acompañado en todo momento de la persona a la cual se contactó desde un inicio o algún delegado por este, para evitar molestias o inconvenientes al momento de la visita.

**Tabla 10. Residencias Geriátricas seleccionadas en Venezuela y México en el primer semestre de 2019.**

Venezuela (municipio Libertador, Área Metropolitana de Caracas)
<b>1.-Centro Clínico San Cristóbal, C.A.</b>
<b>2.-Clínica Galipán C.A.</b>
México (delegaciones Atizapán de Zaragoza y Naucalpan de Juárez, estado de México)
<b>3.-Casa de Reposo Los Ángeles.</b>
<b>4.-Hogar Gerontológico Casa Dorada.</b>

Fuente: Ramírez, E., y Herrera, R., tomado de archivo personal. Calidad de Vida en la Atención del Adulto Mayor Institucionalizado: Estudio Comparativo Venezuela- México.

### **Criterios de inclusión**

- Las instituciones debían acceder a llenar el formulario enviado por correo o en su defecto que fuese aplicado personalmente.
- El formulario debía ser respondido en su totalidad.
- De estar de acuerdo con la visita en la institución debían permitir el contacto con los AM.

### **Criterios de exclusión**

- Formularios incompletos.
- AM institucionalizados que no estuviesen en la posibilidad de responder a la encuesta por presentar alguna patología psiquiátrica.

Con respecto a las 4 instituciones seleccionadas de las Residencias Geriátricas tanto de Venezuela como de México, se pudieron entrevistar a 62 AM en total:

**Tabla 11. Número de Adultos Mayores por institución.**

<b>PAÍS</b>	<b>INSTITUCIÓN</b>	<b>Nº DE AM</b>
<b>Venezuela</b>	Clínica Galipán C.A.	11 Adultos Mayores
	Centro Clínico San Cristóbal C.A.	17 Adultos Mayores
<b>México</b>	Casa de Reposo Los Ángeles	18 Adultos Mayores
	Hogar Gerontológico Casa Dorada	16 Adultos Mayores
<b>Total</b>		<b>62 Adultos Mayores</b>

Fuente: Ramírez, E., y Herrera, R., tomado de archivo personal. Calidad de Vida en la Atención del Adulto Mayor Institucionalizado: Estudio Comparativo Venezuela- México.

## **4.5. DEFINICIÓN DE VARIABLES**

Por la determinación de relaciones entre variables del fenómeno, la investigación realizada responde al tipo de medición de variables independientes, que a pesar de que se correlacionan unas y otras, el resultado de una variable no va a incidir en el resultado de otra variable.

**Tabla 12. Variables de la investigación.**

<b>VARIABLES</b>	<b>DEFINICIÓN</b>	<b>TIPO DE VARIABLE</b>	<b>INSTRUMENTO</b>
<b>Políticas sociales destinadas al AM</b>	Conjunto de directrices, orientaciones, criterios y lineamientos que conducen la preservación y elevación del bienestar social de los adultos mayores.	Cualitativa	Recopilación documental
<b>Atención institucionalizada de los AM</b>	Aspectos relevantes de la atención en las instituciones que prestan servicios a la población adulta mayor.	Cualitativa	Formulario de Google
<b>Características de los AM institucionalizados</b>	Datos de carácter personal que identifican y caracterizan a un adulto mayor respecto a otro y que engloban aspectos de salud, familiares, sociales y cotidianos.	Cualitativa	Encuesta
<b>Áreas de atención de la Residencia Geriátrica</b>	Espacios adoptados para la gestión y distribución operativa de los recursos y de las intervenciones profesionales a los usuarios.	Cualitativa	Formulario de Google
<b>Infraestructura física de la Residencia Geriátrica</b>	Espacios físicos para albergar tanto a los usuarios como a los profesionales. En este	Cualitativa	Formulario de Google



sentido, ha de tener dos ambientes claramente diferenciados y a ser posible independientes: el profesional o de organización y el de atención residencial.

Fuente: Ramírez, E., y Herrera, R., tomado de archivo personal. Calidad de Vida en la Atención del Adulto Mayor Institucionalizado: Estudio Comparativo Venezuela- México.

#### **4.6. SELECCIÓN, ADAPTACIÓN Y/O DISEÑO DE INSTRUMENTO**

Para efectos de la presente investigación se realizaron cuatro instrumentos diferentes para la obtención de la información:

**1 Formulario de Google** enviado por correo a los directores/administradores de las Residencias Geriátricas.

El siguiente instrumento se denomina *Atención del Adulto Mayor Institucionalizado*, instrumento elaborado por las estudiantes Ramírez, E., y Herrera, R. Tiene por finalidad conocer las condiciones bajo las cuales se encuentran las Residencias Geriátricas, establecido como un instrumento de fácil entendimiento con un promedio de aplicación menor de 10 minutos, que permite conocer a través de los profesionales encargados de la dirección/gerencia de las instituciones contactadas, aspectos relevantes de la institución, así como las áreas de atención e infraestructura física de las Residencias Geriátricas.

##### **I.-Parte. La institución.**

1. Dependencia de la institución
2. Sexo de los Adultos Mayores
3. Cantidad de usuarios
4. Persona encargada de la dirección/gerencia
5. Régimen de visitas

## **II.-Parte. Áreas de atención y personal.**

6. Profesionales en las áreas administrativas, de salud y psicosocial
  - Cantidad de profesionales en cada área
  - Frecuencia de las consultas
7. Personal de servicios generales
  - Cantidad del personal
  - Frecuencia de su servicio

## **III.- Parte. Infraestructura física de los geriátricos**

8. Ambiente Profesional y de Organización:
  - Dirección y Administración
  - Despacho psicólogo y psiquiatra
  - Despacho trabajador social
  - Despacho médico y enfermería
  - Sala de reuniones
  - Salas de rehabilitación, de terapia ocupacional, peluquería
  - Salón de actos y capilla
  - Sala polivalente de actividades y/o atención especializada
  - Vestuarios y aseo del personal
9. Ambiente Residencial:
  - Entrada y Recepción
  - Cafetería
  - Cocina
  - Comedor
  - Salas de descanso
  - Baño y Aseos accesibles
  - Zonas habitacionales
  - Lavandería
10. Zona exterior y jardines
  - Jardines

## Estacionamiento

### 11. Visita a la institución

El responsable de responder el formulario debía llenarlo de acuerdo a las características de su institución y los servicios que ofrece, las preguntas son de selección simple y otras de selección múltiple.

**Tabla 13. Matriz de variables evaluadas en el instrumento Atención del Adulto Mayor Institucionalizado.**

<b>VARIABLE</b>	<b>DEFINICION</b>	<b>ESCALA DE MEDICION</b>	<b>RESULTADOS</b>
<b>Dependencia de la institución</b>	Presupuesto de la institución y administración.	Cualitativa Nominal	-Pública. -Privada. -Mixta.
<b>Sexo de los AM</b>	Se refiere a las características biológica que definen a los seres humanos en femenino y Masculino.	Cualitativa Nominal	-Masculino. -Femenino. -Atienden ambos sexos.
<b>Cantidad de usuarios</b>	Número de AM dentro de la institución.	Cuantitativa Ordinal	-0 a 10. -11 a 20. -21 a 30. -31 a 40.
<b>Dirección/gerencia de la institución</b>	Persona que dirige la institución.	Cualitativa Nominal	-Dueño. -Profesional de la salud. -Administrador(a). -Trabajador social. -Otro.
<b>Régimen de visitas</b>	Días que la institución permite la visita de familiares y seres queridos a los AM.	Cualitativa Nominal	-Lunes a viernes. -Sábados y domingos.
<b>Personal y</b>	Personas que prestan	Cualitativa Nominal	-Recepcionista.

<b>profesionales</b>	servicios dentro de la institución y se encargan del funcionamiento y cuidados de los AM y las instalaciones.		<ul style="list-style-type: none"> <li>-Administrador.</li> <li>-Psicólogos.</li> <li>-Psiquiatras.</li> <li>-Trabajadores sociales.</li> <li>-Médico general.</li> <li>-Médico internista.</li> <li>-Geriatras.</li> <li>-Gerontólogos.</li> <li>-Terapeutas ocupacionales.</li> <li>-Fisioterapeutas.</li> <li>-Cocineros.</li> <li>-Personal de limpieza, lavandería y mantenimiento.</li> </ul>
<b>Cantidad de personal y profesionales por área</b>	Número de personal y profesionales que prestan servicios en la institución.	Cuantitativa Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> <li>-0.</li> <li>-1.</li> <li>-2.</li> <li>-3 o más.</li> </ul>
<b>Frecuencia de la atención</b>	Número de veces que se realizan las consultas de los AM.	Cuantitativa Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Diaria.</li> <li>-Interdiaria.</li> <li>-Semanal.</li> <li>-Quincenal.</li> <li>-No hay consultas en el área.</li> </ul>
<b>Frecuencia de los servicios</b>	Número de veces que se realiza la limpieza, mantenimiento y lavandería dentro de la institución.	Cuantitativa Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Diario.</li> <li>-Interdiario.</li> <li>-Semanal.</li> </ul>
<b>Comidas</b>	Número de comidas al día dentro de la institución.	Cuantitativa Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Desayuno.</li> <li>-Almuerzo.</li> <li>-Cena.</li> <li>-Meriendas entre comidas.</li> </ul>
<b>Lavado de ropa y lencería</b>	Personas que se encargan del lavado de la ropa y lencería	Cualitativa Nominal	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Institución.</li> <li>-Familiares.</li> </ul>

	de los AM.		
<b>Ambientes de la institución</b>	Infraestructura física y áreas de atención dentro de la institución.	Cualitativa Nominal	<p>Ambiente profesional y de organización.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Dirección y Administración.</li> <li>-Despacho psicólogo.</li> <li>-Despacho trabajador social.</li> <li>-Despacho médico y enfermería.</li> <li>-Sala de reuniones y archivo de expedientes individuales.</li> <li>-Salas de rehabilitación, de terapia ocupacional, peluquería, etc.</li> <li>-Salón de actos y capilla.</li> <li>-Sala polivalente de actividades y/o atención especializada.</li> <li>-Vestuarios y aseo del personal.</li> </ul> <p>Ambiente residencial</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Entrada y Recepción.</li> <li>-Cafetería.</li> <li>-Cocina.</li> <li>-Comedor.</li> <li>-Salas de descanso.</li> <li>-Baño y Aseos</li> </ul>

---

accesibles.  
-Zonas  
habitacionales.  
-Lavandería.

Zona exterior y  
jardines.

-Jardines.  
-Estacionamiento.

---

Fuente: Ramírez, E., y Herrera, R., tomado de archivo personal. Calidad de Vida en la Atención del Adulto Mayor Institucionalizado: Estudio Comparativo Venezuela- México.

En el caso de que la institución accediera a la visita, se realizó una **Guía de observación** que sirviera como apoyo a la estudiante para establecer los aspectos a considerar importantes al momento de realizar dicha visita.

A continuación, se presentan los aspectos a considerar:

- 1.- Nombre de la institución
- 2.- Dependencia
- 3.- Sexo de los AM
- 4.- Cantidad de AM dentro de la institución
- 5.- ¿Cuenta con área de dirección y administración?
- 6.- Áreas de atención con las que cuenta
- 7.- ¿Cuenta con área residencial?
- 8.- Ambientes e infraestructura
- 9.- Especialistas
- 10.- Cantidad de especialistas por área
- 11.- ¿Cuenta con servicio de comedor?
- 12.- ¿El comedor cuenta con la cantidad suficiente de trabajadores?
- Servicios Generales
- 13.- ¿Cuántas veces al día o a la semana se realiza el aseo de habitaciones?
- 14.- ¿Cuántas veces al día o a la semana se realiza el servicio de lavandería?
- 15.- ¿Cada cuánto tiempo se realiza mantenimiento a las instalaciones?
- 16.- ¿Posee personal específico para el apoyo del aseo personal del AM?
- 17.- ¿El número de habitaciones va acorde a la cantidad de AM institucionalizados?

- 18.- ¿Cuántos AM se encuentran por habitación?
- 19.- ¿Cuentan con sala de visitas?
- 20.- ¿Cuál es el régimen de visitas establecido por la institución?
- 21.- ¿Cuentan con consultorios equipados y dotados para la atención al AM?
- 22.- Observaciones:

Finalmente, se llevó a cabo una **Encuesta** dirigida a los AM de las Residencias Geriátricas, con la finalidad de conocer la percepción sobre su Calidad de Vida.

Primero se realizó una caracterización de la población incluyendo edad, sexo, estado civil, escolaridad, recursos económicos, medicamentos y patologías, actividades físicas o recreativas y redes de apoyo.

**Tabla 14. Matriz de variables sociodemográficas evaluadas en el AM institucionalizado.**

<b>VARIABLE</b>	<b>DEFINICION</b>	<b>ESCALA DE MEDICION</b>	<b>RESULTADOS</b>
<b>Edad</b>	Número de años cumplidos.	Cuantitativa discreta	-Edad en años.
<b>Sexo</b>	Se refiere a las características biológicas que definen a los seres humanos en femenino y masculino.	Cualitativa Nominal	-Femenino. -Masculino.
<b>Estado Civil</b>	Corresponde a la situación jurídica con respecto a la relación que tenga con su pareja.	Cualitativa Nominal	-Casado. -Soltero. -Unión libre. -Divorciado. -Viudo.
<b>Escolaridad</b>	Último grado académico cursado en su totalidad.	Cualitativa Ordinal	-Primaria incompleta. -Primaria completa. -Secundaria incompleta. -Secundaria completa. -Con carrera técnica. -Con estudios universitarios.
<b>Recursos</b>	Corresponde al total de	Cualitativa	-Pensión.

<b>Económicos</b>	entradas económicas con las que cuenta en el momento el individuo.	Ordinal	-Apoyo familiar. -Subsidio. -Otro -No tiene.
<b>Medicamentos y Patologías</b>	Se refiere a aquellas enfermedades que puede padecer el Am o en su defecto si toma algún tipo de medicamento.	Cualitativa Nominal	-Uso de medicamentos (Si o No). -Hipertensión. -Diabetes. -Problemas visuales. -Problemas auditivos. -Incontinencia urinaria. -Otro.
<b>Actividades Físicas o Recreativas</b>	Corresponde a las actividades que realiza el adulto mayor para ejercitarse o mantenerse activo en sus tiempos libres.	Cualitativa Nominal	-Ejercicios cardiovasculares. -Juegos de mesa. -Bailoterapias.
<b>Redes de Apoyo</b>	Corresponde a la estructura de apoyo brindado por terceros a un individuo.	Cualitativa Nominal	-Familia. -Amigos. -Otro. -No tiene.

Fuente: Fuente: Ramírez, E., y Herrera, R., tomado de archivo personal. Calidad de Vida en la Atención del Adulto Mayor Institucionalizado: Estudio Comparativo Venezuela- México.

Posteriormente, el instrumento que se utilizó se denomina *Índice Multicultural de Calidad De Vida*, (Anexo 5), es un instrumento de 10 ítems para la autoevaluación de la Calidad de Vida; haciendo referencia a su uso, no solo en el medio clínico sino social y epidemiológico, por Mezzich, *et al.* (MQLI/Sp) el cual ha sido aplicado en países de Europa, Estado Unidos y en Latinoamérica en Argentina, Perú y Colombia. Se ha utilizado para estimar la calidad de vida de grupos poblacionales con heridas complejas, adultos medios con hipertensión arterial y AM, establecido como un instrumento de fácil entendimiento con un promedio de aplicación menor de 10 minutos, que permite la evaluación subjetiva de las dimensiones interpersonales, socio-normativas, del individuo en tiempo pasado, actual y anticipado, que determinan la calidad de



vida. Este instrumento tiene un formato de opción múltiple, en escala Likert donde se evalúan los siguientes 10 ítems:

- 1.- Bienestar físico
- 2.- Bienestar psicológico/social
- 3.- Autocuidado y funcionamiento independiente
- 4.- Funcionamiento ocupacional
- 5.- Funcionamiento interpersonal
- 6.- Apoyo social / emocional
- 7.- Apoyo comunitario y de servicios
- 8.- Satisfacción personal
- 9.- Satisfacción espiritual
- 10.- Percepción global de calidad de vida

**Tabla 15. Matriz de variables del instrumento MQLI/Sp.**

<b>VARIABLE</b>	<b>DEFINICION</b>	<b>ESCALA DE MEDICION</b>	<b>RESULTADOS</b>
<b>Bienestar físico</b>	Hace referencia a sentirse enérgico, libre de dolor y de problemas físicos.	Cualitativa Ordinal	1-Pésimo 2-Insatisfecho 3-Muy malo 4-Malo 5-Regular 6-Aceptable 7-Bueno 8-Satisfecho 9-Muy bueno 10- Excelente
<b>Bienestar psicológico/social</b>	Se refiere a sentirse bien, capaz con usted mismo.	Cualitativa Ordinal	1-Pésimo 2-Insatisfecho 3-Muy malo 4-Malo 5-Regular 6-Aceptable 7-Bueno 8-Satisfecho 9-Muy bueno 10- Excelente

<b>Autocuidado y funcionamiento independiente</b>	Significa llevar a cabo diariamente tareas de vida cotidiana, tomar propias decisiones.	Cualitativa Ordinal	1-Pésimo 2-Insatisfecho 3-Muy malo 4-Malo 5-Regular 6-Aceptable 7-Bueno 8-Satisfecho 9-Muy bueno 10- Excelente
<b>Funcionamiento ocupacional</b>	Habla de la capacidad de realizar trabajos y tareas domésticas.	Cualitativa Ordinal	1-Pésimo 2-Insatisfecho 3-Muy malo 4-Malo 5-Regular 6-Aceptable 7-Bueno 8-Satisfecho 9-Muy bueno 10- Excelente
<b>Funcionamiento interpersonal</b>	Indica la capacidad de responder y relacionarse bien con familia, amigos y grupos.	Cualitativa Ordinal	1-Pésimo 2-Insatisfecho 3-Muy malo 4-Malo 5-Regular 6-Aceptable 7-Bueno 8-Satisfecho 9-Muy bueno 10- Excelente
<b>Apoyo social / emocional</b>	Determina la disponibilidad de las personas en las que se pueda confiar, que ofrecen ayuda y comodidad.	Cualitativa Ordinal	1-Pésimo 2-Insatisfecho 3-Muy malo 4-Malo 5-Regular 6-Aceptable 7-Bueno 8-Satisfecho 9-Muy bueno 10- Excelente

<b>Apoyo comunitario y de servicios</b>	Hace referencia al apoyo por parte de la comunidad, la disponibilidad de recursos y otros servicios.	Cualitativa Ordinal	1-Pésimo 2-Insatisfecho 3-Muy malo 4-Malo 5-Regular 6-Aceptable 7-Bueno 8-Satisfecho 9-Muy bueno 10- Excelente
<b>Satisfacción personal</b>	Se habla de experimentar un sentido de equilibrio y empoderamiento.	Cualitativa Ordinal	1-Pésimo 2-Insatisfecho 3-Muy malo 4-Malo 5-Regular 6-Aceptable 7-Bueno 8-Satisfecho 9-Muy bueno 10- Excelente
<b>Satisfacción espiritual</b>	Significa tener una alta filosofía de vida, trascendencia más allá de la vida ordinaria.	Cualitativa Ordinal	1-Pésimo 2-Insatisfecho 3-Muy malo 4-Malo 5-Regular 6-Aceptable 7-Bueno 8-Satisfecho 9-Muy bueno 10- Excelente
<b>Percepción global de calidad de vida</b>	Se refiere a sentirse satisfecho y feliz con su vida en general.	Cualitativa Ordinal	1-Pésimo 2-Insatisfecho 3-Muy malo 4-Malo 5-Regular 6-Aceptable 7-Bueno 8-Satisfecho 9-Muy bueno 10- Excelente

Fuente: Ramírez, E., y Herrera, R., tomado de archivo personal. Calidad de Vida en la Atención del Adulto Mayor Institucionalizado: Estudio Comparativo Venezuela- México.

#### 4.7. PROCESAMIENTO DE INFORMACIÓN

Para procesar la información se construyó una base de datos en el programa Microsoft Excel, de acuerdo a los datos del Formulario de Google referente al área administrativa y de servicios de las instituciones seleccionadas, la distribución sociodemográfica y personal de los AM y del instrumento MQLI/Sp, a partir de lo cual se realizó un análisis descriptivo estableciendo frecuencias, porcentajes y medidas de tendencia central, representados en gráficas y tablas, con el fin de caracterizar las instituciones y la población AM, conocer las variables con menor y mayor puntuación evaluadas por los AM institucionalizados de los Residencias Geriátricas del Área Metropolitana de Caracas y las delegaciones Cuautitlán Izcalli, Atizapán de Zaragoza y Naucalpan de Juárez, analizando cada uno de los resultados que arrojaron los datos, tomando en cuenta estudios previos relacionados con la calidad de vida en el AM institucionalizado, lo que permitió tener información valiosa para el aporte de sugerencias que contribuyan a mejorar la atención del AM institucionalizado.

#### 4.8. RESULTADOS, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Se obtuvo una muestra de 4 instituciones y 62 AM institucionalizados entre el municipio Libertador del Área Metropolitana de Caracas (Venezuela) y las delegaciones Atizapán de Zaragoza y Naucalpan de Juárez del estado de México (México) en el primer semestre de 2019, los cuales fueron discriminados para su análisis las semejanzas y diferencias entre ambos países, teniendo en Venezuela un total de 2 instituciones y 28 AM y en México igualmente 2 instituciones y un total de 34 AM.

##### 4.8.1. Instituciones seleccionadas en Venezuela y México.

**Tabla 16. Residencias Geriátricas seleccionadas en Venezuela y México.**

País	Nº	Institución	Dependencia	Sexo de los AM	Nº de AM	Dir/Ger	Régimen de visitas	Personal administrativo
Ven	1	Clínica Galipán C.A.	Privada	Ambos sexos	18	Administrador	Alternado	Solo administrador
	2	Centro Clínico	Privada	Ambos sexos	37	Dueño de la institución	Alternado	Solo administrador

San Cristóbal C.A.								
Mex	3	Casa de Reposo los Ángeles	Privada	Ambos sexos	25	Dueño de la institución	Alternado	Solo administrador
	4	Hogar Geriátrico Casa Dorada	Privada	Ambos sexos	20	Encargado	Alternado	Solo administrador

Fuente: Ramírez, E., y Herrera, R., tomado de archivo personal. Calidad de Vida en la Atención del Adulto Mayor Institucionalizado: Estudio Comparativo Venezuela- México.

En una muestra total de 4 instituciones, 2 ubicadas en el municipio Libertador del Área Metropolitana de Caracas (Venezuela) y 2 instituciones ubicadas en las delegaciones Atizapán de Zaragoza y Naucalpan de Juárez (México), como se puede observar en la **Tabla 16** las 4 instituciones son de dependencia privada y prestan servicios tanto a hombres como mujeres. En la institución n° 1 (Clínica Galipán C.A.) hasta la fecha tienen 18 AM (9 mujeres y 9 hombres), la dirección la ejerce el administrador de la institución, su régimen de visitas son los días martes, jueves y sábados y cuentan solo con un administrador como personal administrativo. En la institución n° 2 (Centro Clínico San Cristóbal C.A.) tienen 37 AM (17 mujeres y 20 hombres), la dirección es ejercida por el dueño de la institución, y su régimen de visitas también son los días martes, jueves y sábados. Asimismo cuenta solo con un administrador como personal administrativo.

En la institución n° 3 (Casa de reposo los Ángeles) residen 25 AM (14 mujeres y 11 hombres), la dirección la ejerce la dueña de la Residencia Geriátrica, y sus días de visita son los fines de semana a menos de que los familiares asistan entre semana con previo aviso y autorización y cuentan solo con un administrador como personal administrativo. En la institución n° 4 (Hogar Geriátrico Casa Dorada) tienen 20 AM (9 mujeres y 11 hombres), la dirección es ejercida por el encargado de la institución, y su régimen de visitas también son los sábados y domingos. Asimismo cuenta solo con un administrador como personal administrativo.

En cuanto a los profesionales que prestan servicios en la institución:

**Tabla 17. Áreas de atención evaluadas en la encuesta “Atención integral al Adulto Mayor institucionalizado” en Venezuela y México.**

ÁREAS DE ATENCIÓN	INSTITUCIÓN			
	VENEZUELA		MÉXICO	
	Clínica Galipán C.A.	Centro Clínico San Cristóbal C.A.	Casa de Reposo Los Ángeles	Hogar Geriátrico Casa Dorada
<b>MEDICINA INTERNA</b>	SI	SI	NO	SI
-Cuenta con				
-Nº de especialistas	1	1	0	1
-Frecuencia de las consultas	Semanal	Semanal	No hay consultas en esta área	Semanal
<b>MEDICINA GENERAL</b>	SI	NO	SI	NO
-Cuenta con				
-Nº de especialistas	1	0	1	0
-Frecuencia de las consultas	Semanal	No hay consultas en esta área	Semanal	No hay consultas en esta área
<b>ENFERMERÍA</b>	SI	SI	SI	SI
-Cuenta con				
-Nº de enfermeras	3 o +	3 o +	10	8
-Turnos	Diurno-Vespertino-Nocturno	Diurno-Vespertino-Nocturno	Diurno-Nocturno	Diurno-Nocturno
<b>GERONTOLOGÍA</b>	NO	NO	NO	NO
-Cuenta con				
-Nº de especialistas	0	0	0	0
-Frecuencia de las consultas	No hay consultas en esta área	No hay consultas en esta área	No hay consultas en esta área	No hay consultas en esta área
<b>GERIATRÍA</b>	NO	SI	NO	NO
-Cuenta con				
-Nº de especialistas	0	1	0	0
-Frecuencia de las consultas	No hay consultas en esta área	Quincenal	No hay consultas en esta área	No hay consultas en esta área

TERAPIA OCUPACIONAL	SI	NO	SI	SI
-Cuenta con				
-Nº de especialistas	1	0	2	2
-Frecuencia de las consultas	Interdiario	No hay consultas en esta área	Semanal y/o quincenal	Quincenal
FISIOTERAPIA				
-Cuenta con	NO	NO	NO	NO
-Nº de especialistas	0	0	0	0
-Frecuencia de las consultas	No hay consultas en esta área	No hay consultas en esta área	No hay consultas en esta área	No hay consultas en esta área
PSICOLOGÍA				
-Cuenta con	NO	NO	SI	NO
-Nº de especialistas	0	0	1	0
-Frecuencia de las consultas	No hay consultas en esta área	No hay consultas en esta área	Quincenal	No hay consultas en esta área
PSIQUIATRÍA				
-Cuenta con	NO	NO	NO	NO
-Nº de especialistas	0	0	0	0
-Frecuencia de las consultas	No hay consultas en esta área	No hay consultas en esta área	No hay consultas en esta área	No hay consultas en esta área
TRABAJO SOCIAL				
-Cuenta con	NO	NO	NO	NO
-Nº de profesionales	0	0	0	0
-Frecuencia de las atención	No hay atención en esta área	No hay atención en esta área	No hay atención en esta área	No hay atención en esta área

Fuente: Ramírez, E., y Herrera, R., tomado de archivo personal. Calidad de Vida en la Atención del Adulto Mayor Institucionalizado: Estudio Comparativo Venezuela- México.

De las 10 áreas de atención con las que debe contar una Residencia Geriátrica, de acuerdo a lo establecido por los estándares internacionales de la IMSERSO (Medicina Interna, Medicina General, Enfermería, Gerontología, Geriátrica, Terapia Ocupacional, Fisioterapia, Psicología, Psiquiatría y Trabajo Social); las instituciones seleccionadas solo cuentan con los siguientes profesionales:

En la Residencia Geriátrica n° 1 (Clínica Galipán C.A.): 1 profesional de Medicina Interna que atiende semanalmente, 1 profesional de Medicina General que atiende semanalmente, 4 enfermeras repartidas en los 3 turnos (diurno, vespertino y nocturno) y un especialista en Terapia Ocupacional que brinda su atención inter-diariamente.

La Residencia Geriátrica n° 2 (Centro Clínico San Cristóbal C.A.): 1 profesional de Medicina Interna que atiende semanalmente, 7 enfermeras repartidas en los 3 turnos (diurno, vespertino y nocturno) y 1 geriatra que realiza consultas quincenalmente o cuando se le solicite.

En la Residencia Geriátrica n° 3 (Casa de Reposo Los Ángeles): 1 profesional de Medicina General que atiende semanalmente, 10 enfermeras repartidas en los 2 turnos (diurno, y nocturno) dos especialistas en Terapia Ocupacional que brindan su atención semanal y quincenal dependiendo de la demanda, y un psicólogo que ofrece servicios en régimen quincenal.

Y la Residencia Geriátrica n° 4 (Hogar Geriátrico Casa Dorada): 1 profesional de Medicina Interna que atiende semanalmente, 8 enfermeras repartidas en los 2 turnos (diurno y nocturno) y 2 especialistas en Terapia Ocupacional, que brindan atención semanalmente.

En Venezuela, ambas instituciones manifestaron que no tenían presupuesto para contratar más profesionales actualmente, sobre todo aquellos del área psicológica y psiquiátrica; la figura del profesional de Trabajo Social no es tomada en cuenta. Asimismo a consecuencia del contexto-país aquellos especialistas con los que contaban anteriormente (como psicólogos o terapeutas ocupacionales) habían emigrado del país. En México ocurre de igual forma, ambas instituciones manifestaron que no tenían presupuesto para contratar más profesionales actualmente, e hicieron énfasis en el área médica de atención al AM y al igual que en Venezuela desconocían la importancia del profesional de Trabajo Social en esta área.

En cuanto a los servicios generales de las Residencias Geriátricas:



**Tabla 18. Servicios Generales evaluados en la encuesta “Atención integral al AM institucionalizado” Venezuela y México.**

SERVICIOS GENERALES	INSTITUCIÓN			
	VENEZUELA		MÉXICO	
	Clínica Galipán C.A.	Centro Clínico San Cristóbal C.A.	Casa de Reposo los Angeles	Centro Geriátrico Casa Dorada
<b>COCINA</b>				
Cuenta con	SI	SI	SI	SI
Nº de personal	3	5	3	4
Nº de comidas al día	5	5	5	5
<b>LIMPIEZA</b>				
Cuenta con	SI	SI	SI	SI
Nº de personal	3	4	3	4
Frecuencia del servicio	Diario	Diario	Diario	Diario
<b>MANTENIMIENTO</b>				
Cuenta con	SI	SI	SI	SI
Nº de personal	1	1	1	1
Frecuencia del servicio	Semanal	Semanal	Cada vez que es requerido	Mensual
<b>LAVANDERÍA</b>				
Cuenta con	NO	NO	SI	SI
Nº de personal	0	0	2	3
Frecuencia del servicio	No presta este servicio	No presta este servicio	3 veces a la semana	3 veces a la semana
La ropa del AM es	Lavada en casa	Lavada en casa	Lavada en la institución	Lavada en la institución

Fuente: Ramírez, E., y Herrera, R., tomado de archivo personal. Calidad de Vida en la Atención del Adulto Mayor Institucionalizado: Estudio Comparativo Venezuela- México.

La Residencia Geriátrica nº 1 (Clínica Galipán C.A.) cuenta con personal de cocina (3) y ofrece 5 comidas al día (desayuno, almuerzo y cena con sus respectivas meriendas, excepto después de la cena), las jornadas de limpieza la realizan 3 personas diariamente y el mantenimiento de las instalaciones está a cargo de una persona quien presta el servicio semanalmente. No tiene servicio de lavandería, la ropa del AM es lavada en casa; para aquellos

que los familiares no pasan buscando la ropa, solo en esos casos es lavada en la institución y se cobra un monto extra.

En la Residencia Geriátrica n° 2 (Centro Clínico San Cristóbal C.A.) cuentan con personal de cocina (4) y ofrece 5 comidas al día (desayuno, almuerzo y cena con sus respectivas meriendas, excepto después de la cena), las jornadas de limpieza la realizan 4 personas diariamente y el mantenimiento de las instalaciones está a cargo de una persona que se encarga del personal de esta área (en caso de necesitar más personas) quien presta el servicio semanalmente. No tiene servicio de lavandería, la ropa del AM es lavada en casa; cada AM tiene su propia cesta de ropa, las cuales son colocadas en un depósito destinado para la ropa sucia.

En la Residencia Geriátrica n° 3 (Casa de Reposo los Ángeles) cuentan con personal de cocina (3) y ofrece 5 comidas al día (desayuno, almuerzo y cena y sus respectivas meriendas entre comidas excepto posterior a la cena), las jornadas de limpieza la realizan 3 personas diariamente y el mantenimiento de las instalaciones está a cargo de dos personas quienes prestan el servicio cada vez que lo requieren. Tiene servicio de lavandería (2), la ropa del AM es lavada en la institución y en casa si la familia así lo requiere.

Finalmente, en la Residencia Geriátrica n° 4 (Hogar Geriátrico Casa Dorada) cuentan con personal de cocina (4) y ofrecen 5 comidas al día (desayuno, almuerzo y cena y sus respectivas meriendas entre comidas, excepto posterior a la cena), las jornadas de limpieza la realizan 3 personas diariamente y el mantenimiento de las instalaciones está a cargo de una persona que presta servicios de forma mensual. Cuenta con servicio de lavandería (3), la ropa de AM se lava 3 días a la semana a menos que por condiciones personales requiera lavarse con más frecuencia.

En total las 4 instituciones cuentan con servicios de cocina, y ofrecen 5 comidas al día. Las jornadas de limpieza la realizan entre 3-4 personas diariamente, cuenta con servicio de mantenimiento y se realiza de acuerdo a las necesidades y características de cada institución. Pero el servicio de lavandería solo lo ofrecen en México a diferencia de Venezuela que tiene una política de que la ropa del AM debe ser exclusivamente lavada en casa con sus respectivas excepciones si el caso lo amerita.

Finalmente, la infraestructura física de las instituciones presentan las siguientes características:

**Tabla 19. Infraestructura física evaluada en la encuesta “Atención integral al AM institucionalizado” Venezuela y México.**

INFRAESTRUCTURA FÍSICA	INSTITUCIÓN							
	VENEZUELA				MÉXICO			
	Clínica Galipán C.A.		Centro Clínico San Cristóbal C.A.		Casa de Reposo los Ángeles		Centro Geriátrico Casa Dorada	
AMBIENTE PROFESIONAL Y DE ORGANIZACIÓN	CUENTA CON		CUENTA CON		CUENTA CON		CUENTA CON	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Dirección y administración	x		x		x		x	
Despacho Psicólogo y Psiquiatra		x		x	x			x
Despacho Trabajador Social		x		x		x		x
Despacho Médico y Enfermería	x		x		x		x	
Sala de Reuniones		x	x			x	x	
Salas de Rehabilitación, de Terapia Ocupacional	x			x	x			x
Peluquería		x		x		x		x
Salón de Actos y Capilla		x	x			x	x	
Sala Polivalente de Actividades y/o Atención Especializada		x		x		x		x
Vestuarios y Aseo Personal	x		x		x		x	
AMBIENTE RESIDENCIAL	CUENTA CON		CUENTA CON		CUENTA CON		CUENTA CON	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Recepción		x	x			x	x	
Cafetería		x		x		x		x
Cocina	x		x		x		x	
Comedor	x		x		x		x	
Salas de Descanso	x		x		x		x	
Baños y Aseos Accesibles	x		x		x		x	
Zonas Habitacionales	x		x		x		x	
Lavandería		x		x	x		x	
ZONA EXTERIOR Y	CUENTA CON		CUENTA		CUENTA		CUENTA	

JARDINES			CON		CON		CON	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Jardines	x		x		x		x	
Estacionamiento	x		x		x		x	

Fuente: Ramírez, E., y Herrera, R., tomado de archivo personal. Calidad de Vida en la Atención del Adulto Mayor Institucionalizado: Estudio Comparativo Venezuela- México.

La Residencia Geriátrica n° 1 (Clínica Galipán C.A.) en cuanto a su estructura física cuenta con los siguientes espacios: Dirección y administración; Despacho Médico y Enfermería; Salas de Rehabilitación, de Terapia Ocupacional; Vestuarios y Aseo Personal; Cocina; Comedor; Salas de Descanso; Baños y Aseos Accesibles; Zonas Habitacionales; Jardines y Estacionamiento.

La Residencia Geriátrica n° 2 (Centro Clínico San Cristóbal C.A.): Dirección y administración; Despacho Médico y Enfermería; Salas de Reuniones; Salón de Actos y Capilla; Recepción; Vestuarios y Aseo Personal; Cocina; Comedor; Salas de Descanso; Baños y Aseos Accesibles; Zonas Habitacionales; Jardines y Estacionamiento.

La Residencia Geriátrica n° 3 (Casa de Reposo los Ángeles): Dirección y administración; Despacho psicológico; Despacho Médico y Enfermería; Sala de Terapia Ocupacional; Vestuarios y Aseo Personal; Cocina; Comedor; Salas de Descanso; Baños y Aseos Accesibles; Zonas Habitacionales; Jardines y Estacionamiento.

Y la Residencia Geriátrica n° 4 (Centro Geriátrico Casa Dorada): Dirección y administración; Despacho Médico y Enfermería; Salas de Reuniones; Salón de Actos y Capilla; Vestuarios y Aseo Personal; Recepción; Cocina; Comedor; Salas de Descanso; Baños y Aseos Accesibles; Zonas Habitacionales; Lavandería; Jardines y Estacionamiento.

En líneas generales, las instituciones tienen una infraestructura semejante, por lo que carecen de varios espacios físicos importantes con los que debería contar una institución de este tipo de acuerdo a los parámetros de la IMSERSO<sup>5</sup> aun cuando en el caso de México pertenece a los países adscritos a este manual. Al carecer de profesionales en el área psicológica y social, por ende no cuentan con los respectivos despachos a excepción de la institución n°3. Así como tampoco uno dedicado al área de peluquería o una sala de actividades y atención especializada; ni cafetería o lavandería (en el caso de Venezuela) que ofrezcan estos servicios.

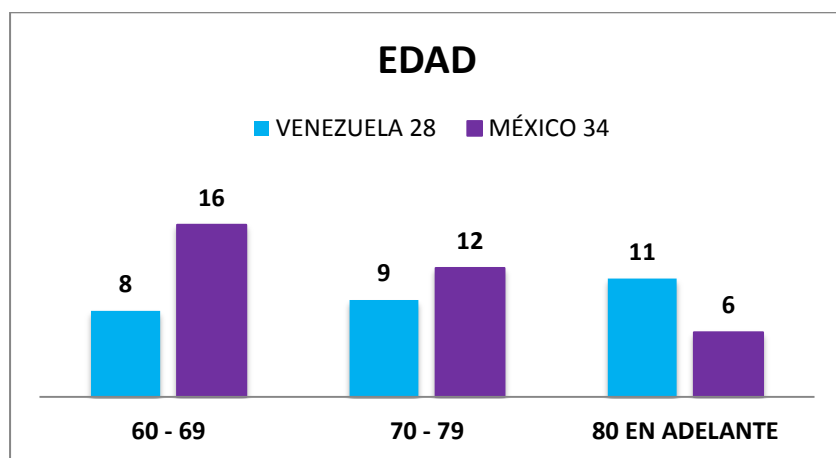
<sup>5</sup> Ver Cap. III, ítem 3.2.2.2. La distribución espacial de un Centro Residencial.

En Venezuela ambas instituciones prestan servicio al IVSS y por lo tanto a los reglamentos o normas establecidos por esta institución. Pese a ello tampoco responden a cabalidad con los parámetros instaurados por el *Manual de Normas y Procedimientos para la Gestión Integral de Pacientes en las Residencias Socio-Asistenciales del IVSS*<sup>6</sup>.

En México en cuanto a la atención e importancia que le brindan al AM si se marca cierta diferencia, puesto que en la institución n° 3 no le da tanta importancia a la preparación y conocimientos de los trabajadores en su residencia ni a las actividades que se van a desarrollar con los AM para su bienestar, otro punto de diferencia son las conexiones institucionales que posee cada una, la institución n° 4 tiene más conexiones y relaciones con fundaciones y grupos de apoyo y recibe innumerable cantidad de donaciones y visitas para actividades de atención y recreación al AM.

#### **4.8.2. Datos sociodemográficos y personales de los AM institucionalizados en Venezuela (Clínica Galipán C.A - Centro Clínico San Cristóbal C.A.) y México (Casa de Reposo los Ángeles - Centro Geriátrico Casa Dorada).**

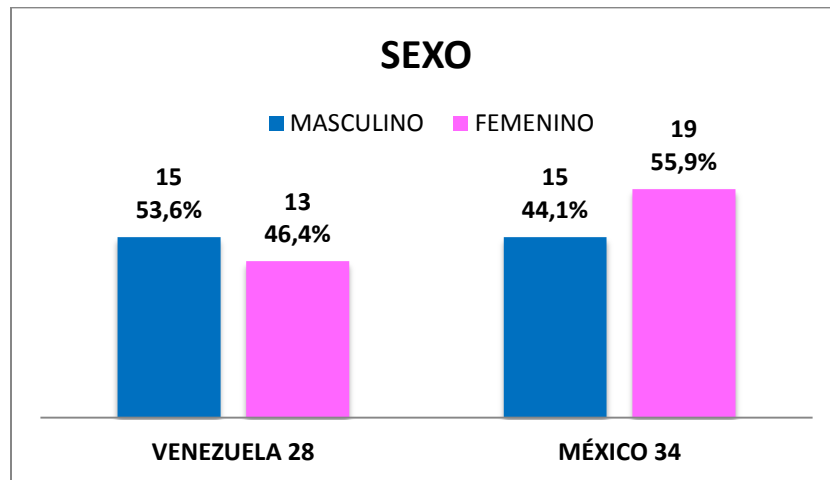
**Gráfico 1. Distribución por edades: Adultos Mayores institucionalizados en Venezuela y México.**



Fuente: Ramírez, E., y Herrera, R., tomado de archivo personal. Calidad de Vida en la Atención del Adulto Mayor Institucionalizado: Estudio Comparativo Venezuela- México.

<sup>6</sup> Ver el punto 3.2.4. Parámetros de los Centros Residenciales para el adulto mayor en Venezuela.

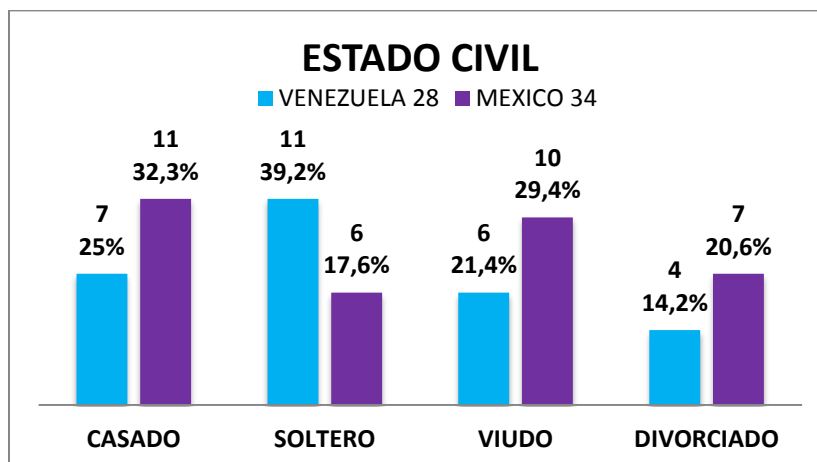
**Gráfico 2. Distribución por sexo: Adultos Mayores institucionalizados en Venezuela y México.**



Fuente: Ramírez, E., y Herrera, R., tomado de archivo personal. Calidad de Vida en la Atención del Adulto Mayor Institucionalizado: Estudio Comparativo Venezuela- México.

En una muestra total de 62 AM (28 en Venezuela y 34 en México), institucionalizados en las 4 Residencias Geriátricas, 2 ubicadas en el municipio Libertador del Área Metropolitana de Caracas (Venezuela) y 2 en las delegaciones Atizapán de Zaragoza y Naucalpan de Juárez del estado de México (México), los cuales fueron entrevistados entre edades de 60 a 80 años en adelante; en Venezuela la edad media de los encuestados es de 80.8 donde la mayoría se encuentra entre edades de 80 años en adelante (Gráfico 1), mientras que en México la edad media es de 70.7 y las edades predominantes están entre el primer rango de edad que va de 60 a 69 años (Gráfico 1). Presentando una distribución por sexo masculino de 54% (n=15) y sexo femenino de 46% (n=13) en el caso de Venezuela; en México el sexo masculino representa el 44% (n=15) y el sexo femenino 56% (n=19) (Gráfico 2).

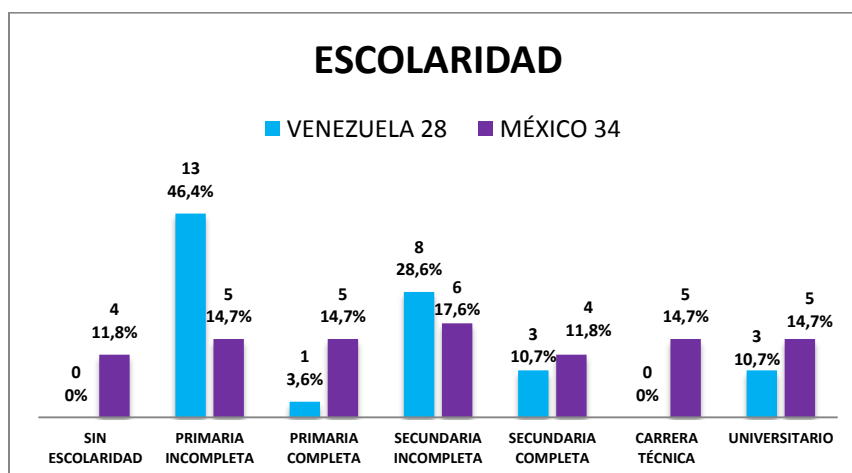
**Gráfico 3. Distribución por estado civil: Adultos Mayores institucionalizados en Venezuela y México.**



Fuente: Ramírez, E., y Herrera, R., tomado de archivo personal. Calidad de Vida en la Atención del Adulto Mayor Institucionalizado: Estudio Comparativo Venezuela- México.

Respecto al estado civil (Gráfico 3) de los AM encuestados en Venezuela, 39,2% son solteros (n=11), 25% casados (n=7), el 21,4% viudos (n=6) y el 14,2% (n=4) son divorciados. En México contrariamente, la mayoría son casados en un 32,3% (n=11), el 29,4% (n=6) lo representan los viudos, el 20,6% (n=7) los divorciados y tan solo el 17,6% son solteros (n=10).

**Gráfico 4. Distribución por escolaridad: Adultos Mayores institucionalizados en Venezuela y México.**

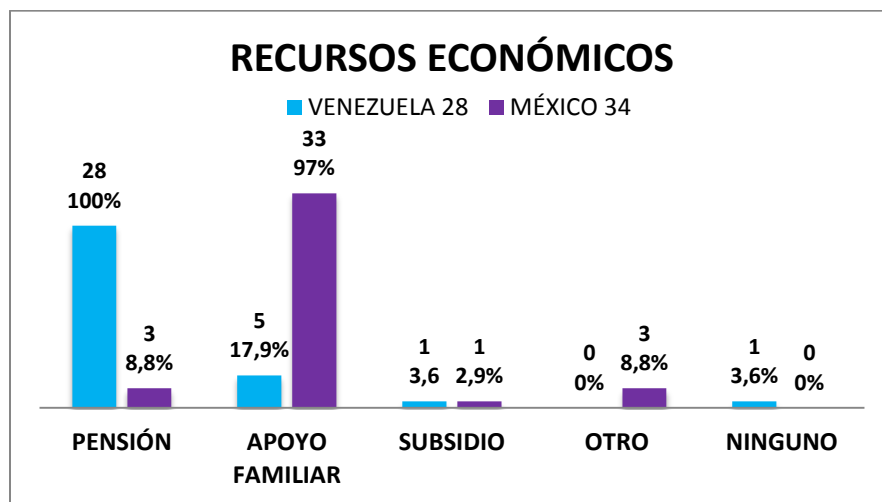


Fuente: Ramírez, E., y Herrera, R., tomado de archivo personal. Calidad de Vida en la Atención del Adulto Mayor Institucionalizado: Estudio Comparativo Venezuela- México.

En cuanto a la escolaridad (Gráfico 4) se encuentra que la mayoría de la población encuestada en Venezuela cursó solo la primaria de forma incompleta en un 46,4% (n =13) seguido de un 28,6% (n=8) que llegó hasta la secundaria pero no la culminó, un 10,7% (n=3) para quienes terminaron la secundaria y obtuvieron un título universitario y tan solo un 3,6% (n=1) completo la primaria. En México en el ámbito de la escolaridad se puede observar que la mayoría de la población cursó la secundaria de forma incompleta en un 17,6% (n =6) seguido de un 14,7% (n=5) que representa el mismo número para aquellos que tienen primaria incompleta, primaria completa, poseen alguna carrera técnica o son universitarios, tan solo un 11,8% (n=4) terminaron la secundaria y otro grupo no posee ningún tipo de escolaridad.

En Venezuela, en su totalidad tienen al menos algún grado de primaria cursado pero la gran mayoría no culminó esta etapa; muchos de los AM explicaban que la razón de que no habían continuado sus estudios era porque anteriormente era mucho más difícil para ellos acceder al sistema educativo. Mientras que en México, de acuerdo a los resultados de las encuestas, hay mayor número de personas que son bachilleres, estudiaron alguna carrera técnica o son profesionales.

**Gráfico 5. Distribución por recursos económicos: Adultos Mayores institucionalizados en Venezuela y México.**



Fuente: Ramírez, E., y Herrera, R., tomado de archivo personal. Calidad de Vida en la Atención del Adulto Mayor Institucionalizado: Estudio Comparativo Venezuela- México.

Con respecto a los recursos económicos (Gráfica 5) que perciben los AM en Venezuela, recibe la pensión en un 100% (n=28) de los encuestados, de ese total 17,9% (n=5) también recibe

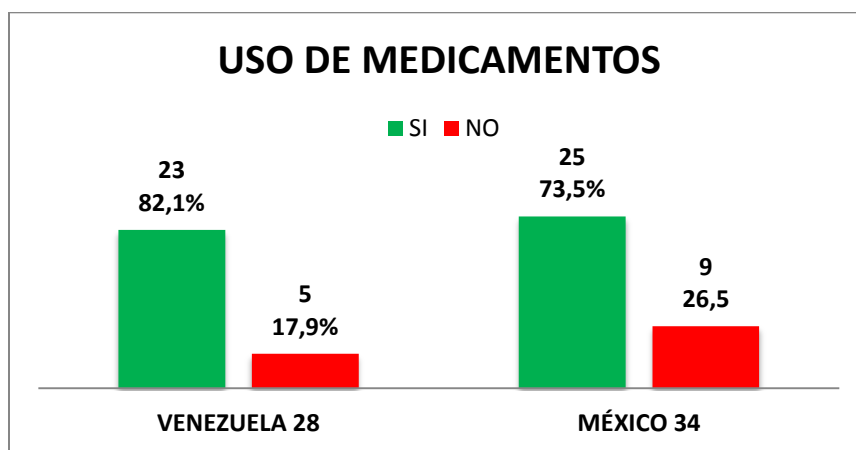


recursos por apoyo familiar y tan solo un 3,6% (n=1) recibe algún subsidio o no recibe ningún tipo de ingreso.

En México a diferencia de Venezuela, la mayor parte de los AM recibe apoyo económico de sus familiares en un 97% (n=33), apenas un 8,8% (n=3) de ese total se beneficia a través de la pensión, otro 8,8% (n=3) también recibe otro tipo de ingreso, y el 2,9% (n=1) recibe apoyo a través de un subsidio por parte del gobierno.

En Venezuela existen cuatro formas diferentes de tener una pensión por el Seguro Social, ya sea por vejez, invalidez, incapacidad o ser sobreviviente (prestaciones dinerarias causadas por el fallecimiento de un beneficiario de pensión de invalidez o vejez en todo caso y por el fallecimiento de un asegurado). Paralelamente también es posible a través de la Gran Misión en Amor Mayor, por esta razón se podría considerar el por qué los AM encuestados en Venezuela reciben este beneficio en su totalidad, a diferencia de México donde apenas 3 personas son pensionadas y en su mayoría los recursos económicos con los que cuentan son provistos por sus familiares, por lo que se infiere que existe mayor apoyo familiar y menos dependencia del Estado.

**Gráfico 6. Distribución por uso de medicamentos: Adultos Mayores institucionalizados en Venezuela y México.**

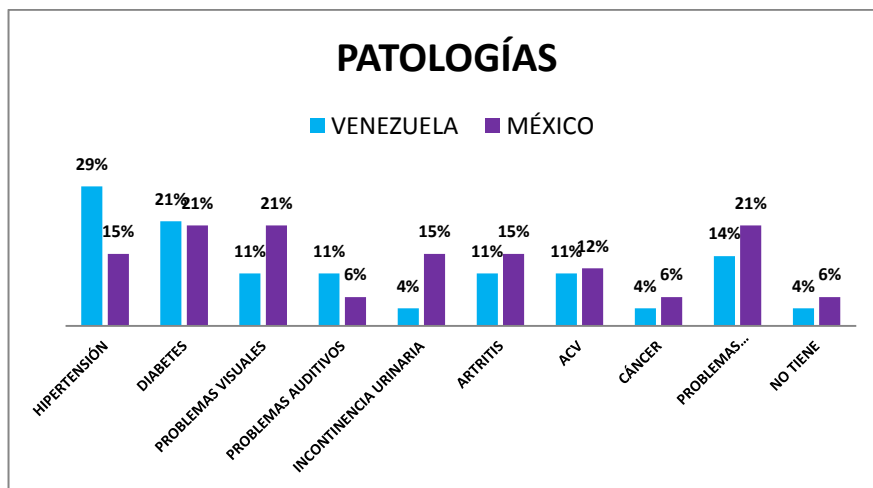


Fuente: Ramírez, E., y Herrera, R., tomado de archivo personal. Calidad de Vida en la Atención del Adulto Mayor Institucionalizado: Estudio Comparativo Venezuela- México.

Del total de AM encuestados en Venezuela el 82,1% (n=23) toma algún tipo de medicamento, mientras que el 17,9% (n=5) no toma ninguno, bien sea porque no lo necesita,

tiene mucho tiempo que no lo consigue o no cuenta con los recursos suficientes para poder comprarlos. En México en su mayoría también toma algún tipo de medicamento en un 73,5% (n=25), mientras que el 26,5% (n=9) restante no toma ninguno, ya que explicaban que hasta el momento no necesitaban de ningún medicamento y otros solo tomaban vitaminas.

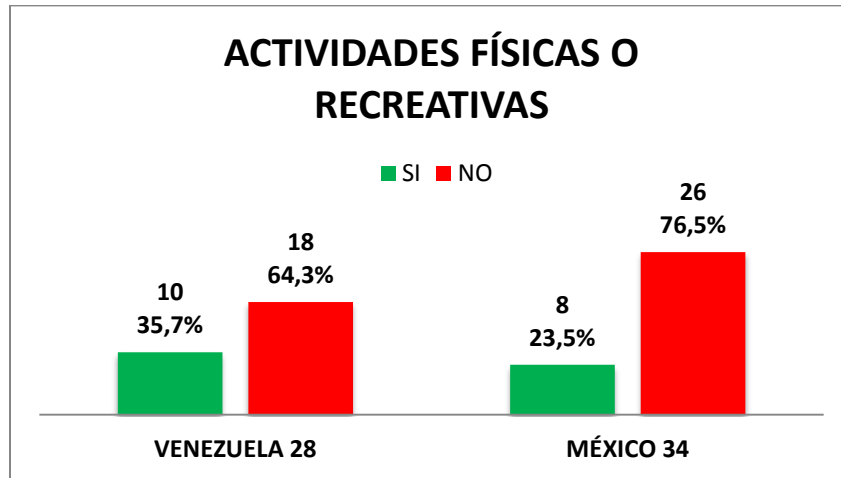
**Gráfico 7. Distribución por patologías: Adultos Mayores institucionalizados en Venezuela y México.**



Fuente: Ramírez, E., y Herrera, R., tomado de archivo personal. Calidad de Vida en la Atención del Adulto Mayor Institucionalizado: Estudio Comparativo Venezuela- México.

En cuanto a las patologías que padecen los AM venezolanos, un 29% padece de hipertensión, un 21% de diabetes, 14% tiene problemas respiratorios, 11% padece de problemas visuales y auditivos, artritis o sufrieron en un momento de un Accidente Cardiovascular (ACV) y un 4% sufre de incontinencia urinaria, tuvo cáncer o no tiene ninguna patología. En México las patologías predominantes entre los encuestados son la diabetes, algún problema visual o en otro grupo algún problema o condición respiratoria en un 21%, 15% padece de hipertensión, presenta incontinencia urinaria, o artritis, un 12% ha sufrido un (ACV) y un 6% poseen problemas visuales, sufren de cáncer o no tienen ningún tipo de patología en especial.

**Gráfico 8. Distribución por actividades físicas o recreativas: Adultos Mayores institucionalizados en Venezuela y México.**



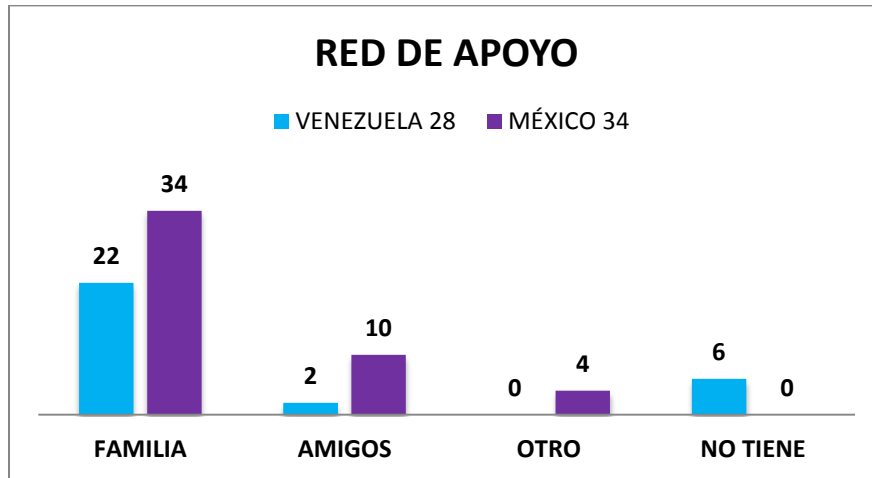
Fuente: Ramírez, E., y Herrera, R., tomado de archivo personal. Calidad de Vida en la Atención del Adulto Mayor Institucionalizado: Estudio Comparativo Venezuela- México.

En relación a la realización de actividades físicas o recreativas la mayoría tanto en Venezuela 64,3% (n=18) como en México 76,5% (n=26) no realiza ningún tipo de actividad, mientras que solo el 35,7% (n=10) en Venezuela y el 23,5% (n=8) en México si realiza alguna actividad ya sea recreativa o física.

En las 2 instituciones seleccionadas en Venezuela no realizan ningún tipo de actividades ya sea físicas o recreativas internamente. Las pocas actividades en las que pueden participar los AM son llevadas a cabo por instituciones o personas que visitan las Residencias Geriátricas esporádicamente para realizar algún servicio comunitario o labor social. En otros casos se encuentran aquellos AM a los que sus familiares buscan para llevárselos a casa por unos días y pueden participar en una que otra actividad, es por ello que en su mayoría son sedentarios y no realizan este tipo de dinámicas.

En México, la mayoría de los AM no realizan ninguna actividad física por manifestar nunca tener la costumbre de haberlo hecho, o que tuvieron otras responsabilidades que cubrir antes que las actividades físicas o recreativas y por lo tanto no cuentan con la energía suficiente para participar en tales actividades; los que manifestaron si realizarlas era porque al igual que en Venezuela grupos externos a la institución donde residen desarrollan actividades recreativas con los AM como parte de acciones benéficas o servicios comunitarios.

**Gráfico 9. Distribución por red de apoyo: Adultos Mayores institucionalizados en Venezuela y México.**



Fuente: Ramírez, E., y Herrera, R., tomado de archivo personal. Calidad de Vida en la Atención del Adulto Mayor Institucionalizado: Estudio Comparativo Venezuela- México.

Finalmente en relación a la red de apoyo la mayoría de los AM igualmente en ambos países, Venezuela en un 78,6% (n=22) y México en un 100% (n=34), recibe apoyo de algún familiar, mientras que en Venezuela un 21,4% (n=6) de AM no tiene ningún tipo de apoyo y apenas un 7,2% (n=2) recibe apoyo de algún amigo(a). En México un 29,4% (n=10) si recibe apoyo de ciertas amistades y un 11,8% (n=4) recibe algún tipo de apoyo fuera de los señalados.

#### 4.8.3. Dimensiones de Calidad de Vida de los AM institucionalizados en Venezuela (Clínica Galipán C.A - Centro Clínico San Cristóbal C.A.) y México (Casa de Reposo los Ángeles - Centro Geriátrico Casa Dorada).

**Tabla 20. Percepción de las dimensiones de la calidad de vida en el Adulto Mayor institucionalizado Venezuela-México.**

VARIABLE	VENEZUELA			MÉXICO		
	Md	Q1	Q3	Md	Q1	Q3
Bienestar Físico (BF)	8	7	9	6	5	7
Bienestar Psicológico/Social (BPS)	7	6	8	7	6	8
Autocuidado Y Funcionamiento	8	7	9	6	5	7
Independiente (AFI)						

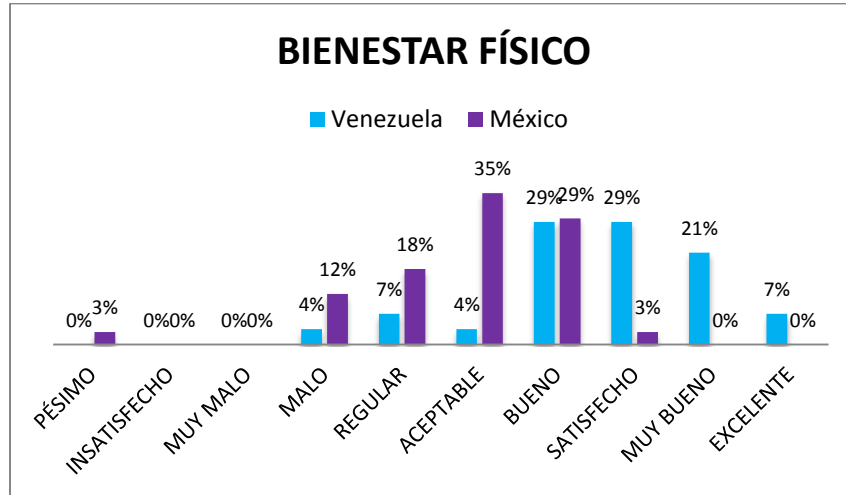
Funcionamiento Ocupacional (FO)	8	7	9	5,5	5	7
Funcionamiento Interpersonal (FI)	8	7	9	7,5	5,5	9
Apoyo Social/Emocional (ASE)	9	7	10	8	7	9
Apoyo Comunitario Y De Servicio (ACS)	9	7	10	7	5	8
Satisfacción Personal (SP)	7,5	7	9	7	6	8
Satisfacción Espiritual (SE)	7,5	7	9	7,5	7	8
Percepción Global De Calidad De Vida (PGCV)	8	7	8	7,5	7	8

Fuente: Ramírez, E., y Herrera, R., tomado de archivo personal. Calidad de Vida en la Atención del Adulto Mayor Institucionalizado: Estudio Comparativo Venezuela- México.

En la **Tabla 20** se observa el comportamiento de las diferentes dimensiones evaluadas por la escala Likert para los AM encuestados en las instituciones seleccionadas en Venezuela y México, evidenciando calificaciones desde Bueno a Excelente para la mayoría de estas en más del 50% de la muestra de ambos países, la puntuación más baja en Venezuela se dio en la variable Bienestar Psicológico/Social con datos que varían entre las percepciones Aceptable y Satisfecho según la escala Likert (Gráfica 11), lo que podría verse influido por la falta de profesionales en el área psiquiátrica, psicológica y Trabajo Social. En México las puntuaciones más bajas se dieron en las variables Bienestar Físico, Autocuidado y Funcionamiento Independiente y en la variable Funcionamiento Ocupacional con datos que varían entre las percepciones Regular y Bueno con una media de 6, esto responde a que hay un porcentaje de AM que suelen ser sedentarios, es decir, no han tenido, ni tienen la actividad física como prioridad; manifestaron sentirse bien haciendo actividades sencillas como mirar Tv, sentarse a platicar o salir al jardín a tomar aire, así como también expresaron que los cuidadores de las Residencias hacían, en lo posible, toda la labor necesaria para el cuidado e higiene tanto de ellos como del espacio físico, sin requerir ni permitir que ellos se involucren en dichas tareas.

En Venezuela el Apoyo Social/Emocional y el Apoyo Comunitario y de Servicios fueron las variables mejor calificadas por la muestra con una mediana de 9 y una calificación de Bueno a Excelente en más del 80% de los AM (Gráfica 15 y 16). En México la variable Apoyo Social/Emocional también fue la mejor calificada por la muestra con una mediana de 8 y una calificación de Bueno a Muy Bueno en más del 60% de los encuestados.

**Gráfico 10. Distribución por percepción de bienestar físico: Adultos Mayores institucionalizados en Venezuela y México.**

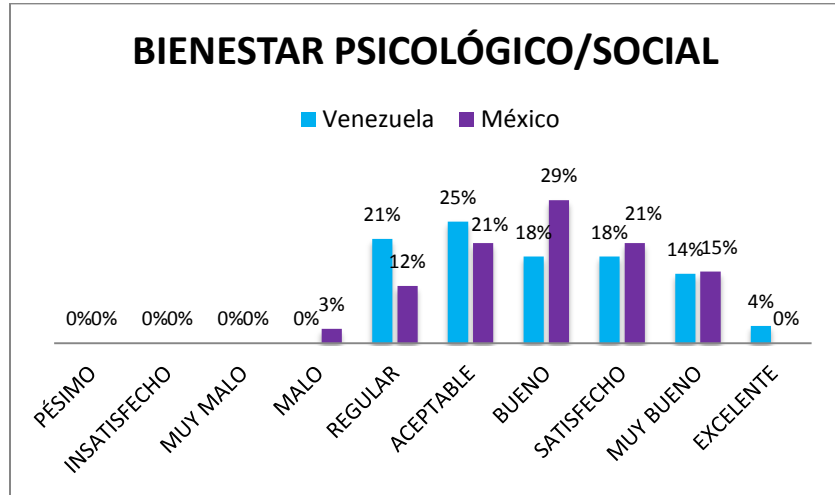


Fuente: Ramírez, E., y Herrera, R., tomado de archivo personal. Calidad de Vida en la Atención del Adulto Mayor Institucionalizado: Estudio Comparativo Venezuela- México.

En el Gráfico 10 se puede observar que la mayoría de las personas encuestadas en Venezuela respondieron con una calificación entre Bueno (29%), Satisfecho (29%) y Muy Bueno (21%) respecto a su percepción de Bienestar Físico. A pesar de que la mayoría no realiza ningún tipo de actividad física o recreativa (Gráfico 8) manifestaron sentirse bien físicamente, libres de dolor y problemas físicos. Tan solo un 7% expresaron sentirse Excelente o en el otro extremo Regular respecto a esta variable y apenas 4% entre Aceptable y Malo.

En México, por su parte la mayoría de los AM (35%), coincidiendo con Venezuela, a pesar de que no realizan actividades físicas, manifestaron sentirse en un nivel Aceptable de Bienestar Físico, seguido del 29% quienes respondieron que era Bueno, el 18% siente que tiene un nivel Regular, 12% no está conforme con su Bienestar Físico por lo que lo califican de Malo y en el 3% están aquellos AM que sienten Satisfechos o por el contrario sienten que es Pésimo.

**Gráfico 11. Distribución por percepción de bienestar psicológico/social: Adultos Mayores institucionalizados en Venezuela y México.**

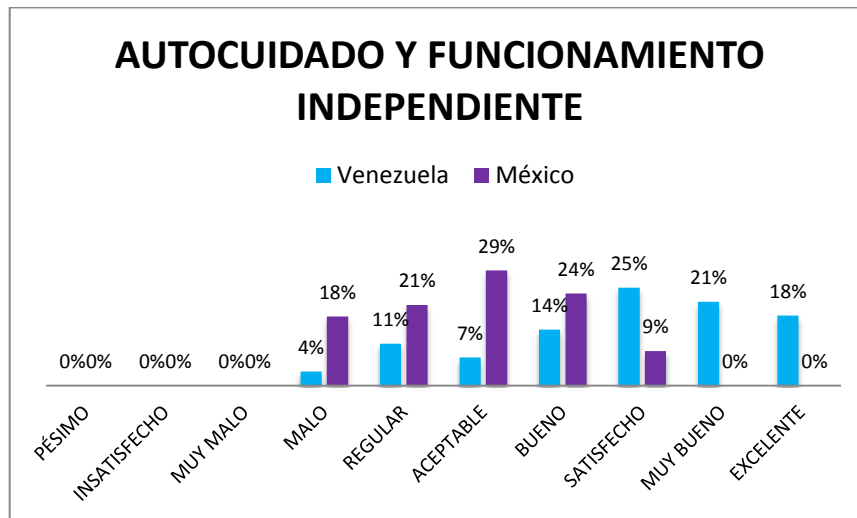


Fuente: Ramírez, E., y Herrera, R., tomado de archivo personal. Calidad de Vida en la Atención del Adulto Mayor Institucionalizado: Estudio Comparativo Venezuela- México.

En relación a la variable Bienestar Psicológico/Social en Venezuela el 25% de las personas lo calificó como Aceptable, otro 18% entre Bueno y Satisfecho, 14% Muy Bueno y 4% Excelente, es decir, que el estado de ánimo de los AM encuestados en líneas generales se mantenía positivo y estable. Sin embargo un 21% de la muestra manifestó que su Bienestar Psicológico/Social era Regular, este grupo de AM en ocasiones se sentía con una actitud triste o nostálgica con respecto a su familia y su situación de salud.

Los AM encuestados en México, respecto a esta variable, arrojó que el 29% se califica en un Buen nivel, el 21% se sienten Satisfechos con su Bienestar Psicológico/Social o consideran que es Aceptable, el 15% se siente con un Muy Buen Bienestar Psicológico/Social, el 12% califica su nivel de Regular y tan solo el 3% lo considera Malo, estos dos últimos porcentajes de AM manifestaron no sentir atención ni apoyo de sus familiares más allá de la ayuda económica que ellos podrían ofrecerles, no sienten que le brinden el cariño y el apoyo que ellos requieren emocionalmente y por ende su estado de ánimo.

**Gráfico 12. Distribución por percepción de autocuidado y funcionamiento independiente:  
Adultos Mayores institucionalizados en Venezuela y México.**



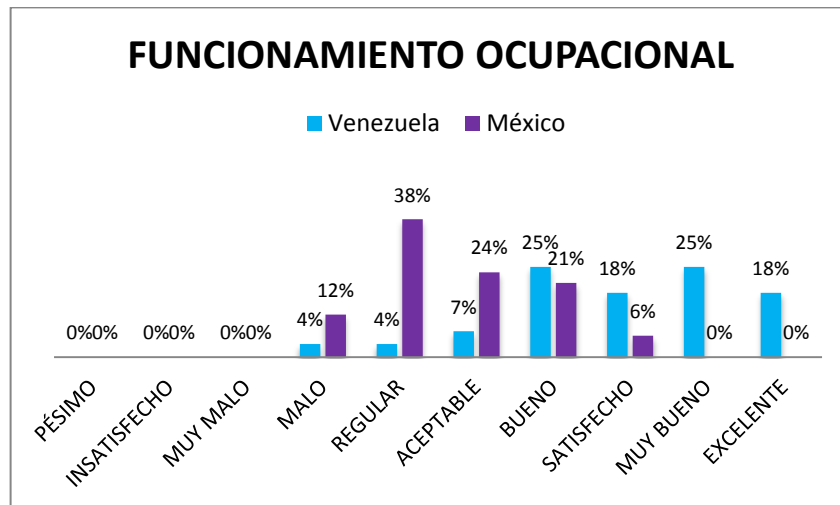
Fuente: Ramírez, E., y Herrera, R., tomado de archivo personal. Calidad de Vida en la Atención del Adulto Mayor Institucionalizado: Estudio Comparativo Venezuela- México.

En la variable Autocuidado y Funcionamiento Independiente (Gráfico 12) la percepción de los AM venezolanos en su mayoría tienen una puntuación positiva que va desde Satisfecho (25%), Muy Bueno (21%), Excelente (18%), Bueno (14%) y Aceptable (7%) al realizar y llevar a cabo actividades cotidianas como peinarse, lavarse los dientes, bañarse, etc., por sí mismos. Otro grupo lo calificó como Regular (11%) y un 4% como Malo, esto en el caso de AM que tienen dificultad para caminar, dolor en los huesos o tienen alguna discapacidad física.

De los AM encuestados en México, el 29% dio una calificación de Aceptable, 24% como Bueno y el 9% como Satisfechos, calificaciones positivas en cuanto a su Autocuidado y Funcionamiento Independiente, sin embargo el 21% lo considera Regular y otro 18% como Malo, lo que significa que este grupo se le dificulta realizar actividades cotidianas y sencillas como peinarse o cepillarse los dientes por sí mismos.



**Gráfico 13. Distribución por percepción de funcionamiento ocupacional: Adultos Mayores institucionalizados en Venezuela y México.**

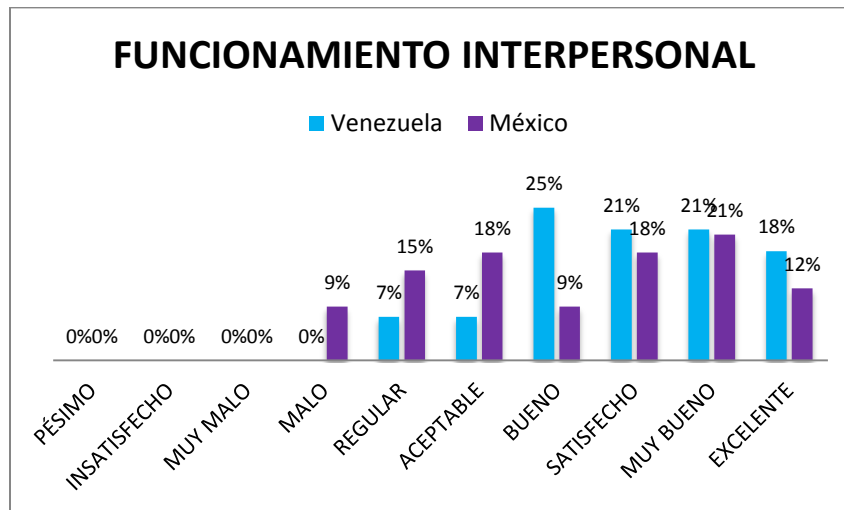


Fuente: Ramírez, E., y Herrera, R., tomado de archivo personal. Calidad de Vida en la Atención del Adulto Mayor Institucionalizado: Estudio Comparativo Venezuela- México.

En cuanto a la variable Funcionamiento Ocupacional (Gráfico 13) la percepción de los AM venezolanos oscilo entre Bueno (25%), Muy Bueno (25%), Satisfecho (18%) y Excelente (18%) en realizar trabajos o tareas domésticas como tender su cama, limpiar, etc. Aun cuando se encuentran viviendo en una institución de este tipo en su mayoría manifiestan sentirse capaces de realizar este tipo de actividades por ellos mismos y colaborar en lo que puedan para el mantenimiento y orden de su dormitorio u otros espacios, así como cuando sus familiares los buscan para pasar un día en casa. Apenas un 7% calificó esta variable como Aceptable y otro 4% entre Regular y Malo.

En México, al contrario, el 50% de los encuestados calificó esta variable entre Regular en un 38% y otro 12% como Malo. El otro 50% lo califico de forma positiva, 24% aceptable, 21% bueno y 5% como satisfecho. Este grupo que calificó de forma negativa su Funcionamiento Ocupacional se debe porque a diferencia de Venezuela, en su mayoría los AM manifestaron sentirse capaces de realizar actividades domésticas sencillas pero que el personal de la institución y sus familiares al momento de visitar su hogar no les permitían desarrollar ningún tipo de actividad que los hiciera sentir útiles.

**Gráfico 14. Distribución por percepción de funcionamiento interpersonal: Adultos Mayores institucionalizados en Venezuela y México.**

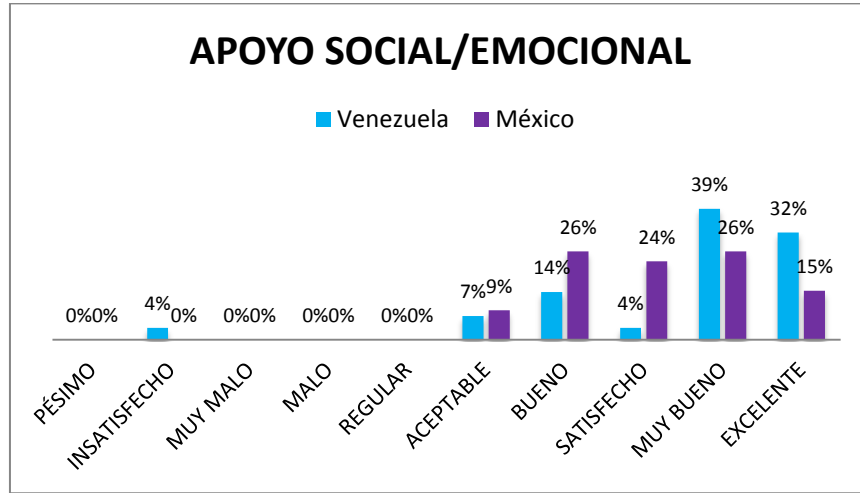


Fuente: Ramírez, E., y Herrera, R., tomado de archivo personal. Calidad de Vida en la Atención del Adulto Mayor Institucionalizado: Estudio Comparativo Venezuela- México.

En la variable Funcionamiento Interpersonal (Gráfico 14) los encuestados en Venezuela en su mayoría se calificó entre Bueno (25%), Satisfecho (21%), Muy Bueno (21%) y Excelente (18%), en este caso los AM indicaron ser capaces de relacionarse óptimamente bien sea con sus familiares, amigos y hasta con las mismas personas con las que conviven en la Residencia Geriátrica; tan solo 7% lo calificó como Aceptable o Regular.

En México, la variable Funcionamiento Interpersonal en su mayoría (21%) lo calificó de Muy Bueno teniendo el mismo % que en Venezuela, el 18% va entre Satisfecho y Aceptable y el 12% lo considera Excelente, reflexionando sobre la facilidad de su palabra y relación con familia, amigos y compañeros de la institución donde residen, por su parte el 15% lo calificó como Regular, y tan solo el 9% oscila entre Bueno y Malo.

**Gráfico 15. Distribución por percepción de apoyo social/emocional: Adultos Mayores institucionalizados en Venezuela y México.**

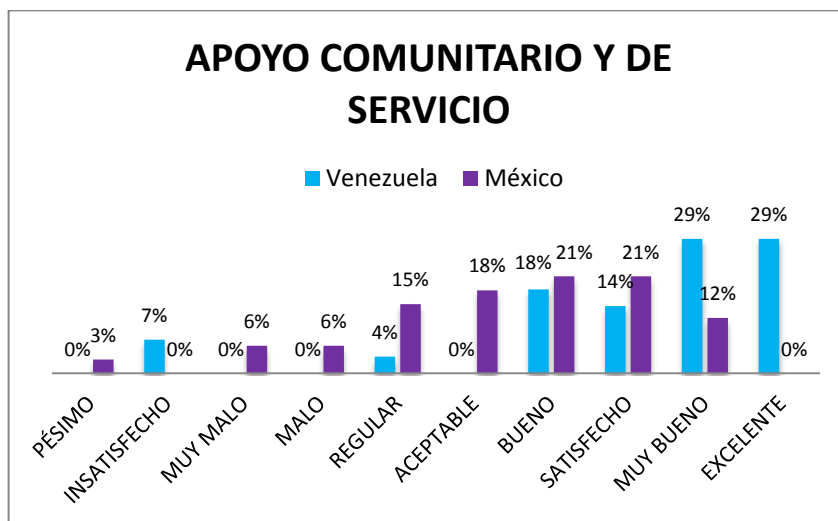


Fuente: Ramírez, E., y Herrera, R., tomado de archivo personal. Calidad de Vida en la Atención del Adulto Mayor Institucionalizado: Estudio Comparativo Venezuela- México.

Respecto a la variable Apoyo Social/Emocional la mayoría de los AM en Venezuela perciben el apoyo brindado por la institución y sus cuidadores como Muy Buena (39%) o Excelente (32%), ya que manifiestan un buen trato en su atención ofrecidos por la institución y su personal, otro 14% les parece Bueno, un 7% lo perciben como Aceptable, apenas un 4% como Satisfecho y en el otro extremo se encuentran aquellos que se sienten Insatisfechos con la atención también en un 4%.

México, también arrojó resultados positivos, donde el 26% va entre calificaciones de Bueno a Muy Bueno, indicando que los cuidadores de la institución suelen ser bastante amables y atentos a la hora de brindarles atención y compañía a los AM, el 24% se sienten Satisfechos, el 15% lo calificó como Excelente y el 9% lo considera Aceptable.

**Gráfico 16. Distribución por percepción de apoyo comunitario y de servicio: Adultos Mayores institucionalizados en Venezuela y México.**

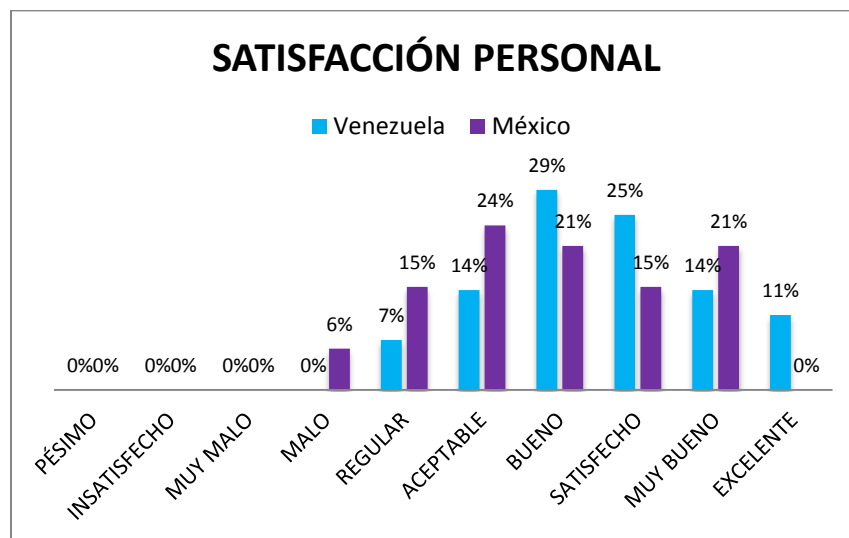


Fuente: Ramírez, E., y Herrera, R., tomado de archivo personal. Calidad de Vida en la Atención del Adulto Mayor Institucionalizado: Estudio Comparativo Venezuela- México.

En la variable Apoyo Comunitario y de Servicios, Venezuela cuenta con un 29% de personas que perciben los servicios prestados por la institución y su vecindario entre Muy Bueno y Excelente, 18% como Bueno, otro 14% se sienten Satisfechos, únicamente 7% como Insatisfechos y otro 4% perciben los servicios de forma Regular. Ambos geriátricos reciben frecuentemente visitas de otras instituciones ya sea de corte religioso o educativo los cuales llevan a cabo diferentes tipos de actividades con los AM, con las cuales se sienten a gusto y alegres cuando van a visitarlos y en su mayoría participan activamente. Estas actividades van desde rezar, cantar, realizar otras dinámicas como juegos de mesa y compartir con jóvenes que van a cumplir con su servicio comunitario o alguna labor social.

En este punto, los AM en México consideran la variable Apoyo Comunitario y de Servicio, por parte de la institución, como Buena o se sienten Satisfechos en un 21%, el 18% lo percibe como Aceptable, el 12% siente que es Muy Bueno, el 6% varía entre Malo y Muy Malo, y tan solo el 3% lo considera Pésimo. Es importante señalar que uno de los dos geriátricos visitados recibe innumerables visitas y donaciones de parte de grupos ajenos a la institución, lo cual genera bienestar en los AM y los incita a sentirse más activos y con más ganas de relacionarse entre sí gracias a las actividades que se desarrollan.

**Gráfico 17. Distribución por percepción de satisfacción personal: Adultos Mayores institucionalizados en Venezuela y México.**

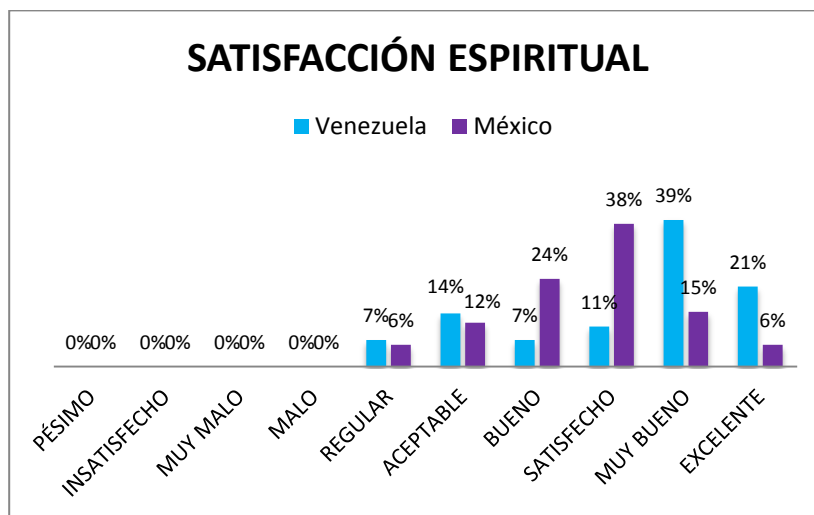


Fuente: Ramírez, E., y Herrera, R., tomado de archivo personal. Calidad de Vida en la Atención del Adulto Mayor Institucionalizado: Estudio Comparativo Venezuela- México.

Respecto a la variable Satisfacción Personal (Gráfico 17) la percepción de los AM en Venezuela tuvo una mayor calificación en Bueno (29%) y Satisfecho (25%) en relación a como se sienten consigo mismas, 14% de las personas lo calificó como Muy Bueno y Aceptable; 11% como Excelente y un 7% como Regular.

En México, la opinión con mayor resultado fue la de Aceptable con un 24%, entre Bueno y Muy Bueno se califica el 21%, el 15% entre Satisfecho y Regular, y tan solo el 6% lo califica como Malo, siendo así la percepción que tienen los AM sobre sí mismos.

**Gráfico 18. Distribución por percepción de satisfacción espiritual: Adultos Mayores institucionalizados en Venezuela y México.**

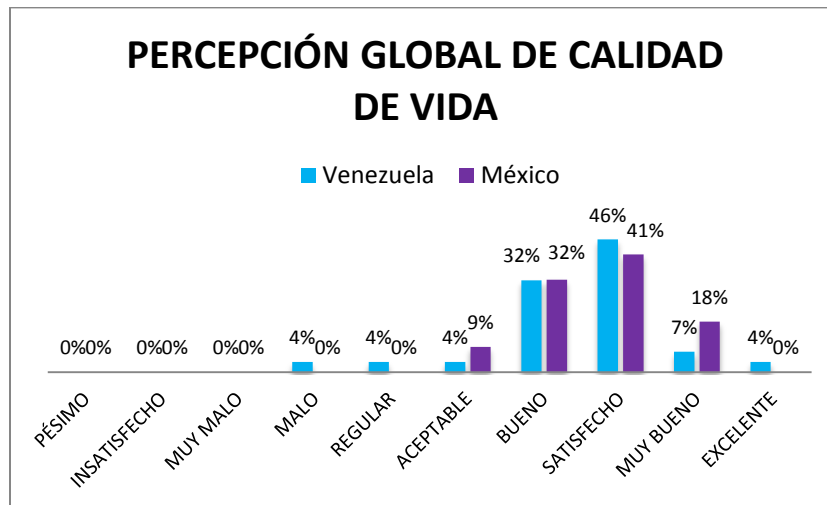


Fuente: Ramírez, E., y Herrera, R., tomado de archivo personal. Calidad de Vida en la Atención del Adulto Mayor Institucionalizado: Estudio Comparativo Venezuela- México.

En la variable Satisfacción Espiritual (Gráfico 18) la gran mayoría de los encuestados en Venezuela calificó su espiritualidad como Muy Buena en un 39%, otro 21% como Excelente, un 14% lo calificó como Aceptable, 11% como Satisfecho y apenas un 7% entre Bueno y Regular respecto a sus creencias y filosofía de vida. Como se puede observar la mayoría de las calificaciones son positivas en relación a esta variable y esto se debe a que muchas de las actividades que realizan los adultos mayores son de corte religioso, llevadas a cabo por personas de alguna iglesia o religión.

La mayoría de los AM encuestados en México, se califican como Satisfechos en un 38%, el 24% como Bueno, un 15% lo califica como Muy Bueno, 12% como Aceptable, y el 6% Excelente; apenas otro 6% lo califica como Regular, esto porque manifestaron que a pesar de tener creencias religiosas dentro de una de las instituciones no se realizan muchas actividades de corte religioso; en la otra si lo hacen pero en un nivel moderado según la percepción de los AM.

**Gráfico 19. Distribución por percepción global de calidad de vida: Adultos Mayores institucionalizados en Venezuela y México.**



Fuente: Ramírez, E., y Herrera, R., tomado de archivo personal. Calidad de Vida en la Atención del Adulto Mayor Institucionalizado: Estudio Comparativo Venezuela- México.

Finalmente, la variable sobre Percepción Global de Calidad de Vida, los AM institucionalizados encuestados en Venezuela en su mayoría se sienten Satisfechos con su vida en general en un 46%, otro grupo la percibe como una vida Buena (32%), un 7% como Muy Buena y 4% entre Aceptable y Excelente. Si se observan los resultados de las variables anteriores, en líneas generales las puntuaciones son altas, lo que significa que los AM encuestados perciben su calidad de vida de forma positiva en relación a las variables analizadas en la encuesta y en especial con la atención que le ofrecen en la institución. Apenas un 4% la percibe como Mala.

En cuanto a México la mayoría de los AM manifestaron sentirse Satisfechos con su vida a nivel general en un 41%, coincidiendo con Venezuela, seguido de esto, está un 32% quienes lo califican de Bueno, 18% Muy Bueno y 9% lo califica como Aceptable, pudiendo evidenciar que tomando en cuenta la atención recibida por parte de la institución y de los familiares de los AM, los resultados en mayor o menor porcentaje apuntan a una calificación positiva.

## **CAPÍTULO V**

### **CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS**

Al finalizar una investigación es importante destacar a grandes rasgos los elementos más importantes encontrados durante la realización de la misma, así como aportar sugerencias que permitan contribuir y mejorar, en este caso, la atención del AM tanto a nivel general como aquellos que están institucionalizados.

#### **5.1. CONCLUSIONES**

Es un hecho que, en las últimas décadas, la proporción de personas de 60 años y más está aumentando rápidamente en relación a cualquier otro grupo de edad, el fenómeno del envejecimiento de la población es una realidad que no escapa de nuestras manos; lo que no solo constituye un reto para los países y sus gobiernos sino que amerita de una transformación en las políticas públicas, los sistemas de salud y demás servicios que se adecuen a los cambios que implica tener mayor número de AM en la sociedad.

En la actualidad, son muchos los avances e investigaciones que se están llevando a cabo respecto al tema. Organizaciones internacionales como la OMS y algunos gobiernos se han preocupado por buscar soluciones factibles frente al problema, sin embargo, no es suficiente, se necesita de la colaboración y el apoyo de todos los implicados.

Es por ello que a lo largo de la investigación se buscó hacer hincapié en la importancia que juega el papel del Estado, y en especial la familia, ante este fenómeno que sugiere grandes cambios sobre la noción que se ha tenido hasta ahora respecto al Adulto Mayor.

La realización de un estudio comparativo entre Venezuela y México permitió conocer dos realidades distintas y a la vez semejantes sobre la atención del Adulto Mayor a nivel Estatal, institucional y familiar; para ello se tocaron temas como las políticas públicas empleadas por los respectivos Estados, su marco legal, y aquellas instituciones que cumplen la labor de ofrecer su servicio para la atención y cuidados de los Adultos Mayores de los que por una u otra razón su familia no puede hacerse cargo. Encontrándose los siguientes resultados:



- En cuanto a los países seleccionados, se caracterizaron por tener un marco legal que los consagra como Estados protectores y promotores de los Derechos Humanos, de cada uno de sus habitantes, sin distinción ni discriminación de ningún tipo.

Pero en la práctica, en cuanto a las políticas dirigidas a la población Adulta Mayor aún queda mucho por hacer. Son evidentes las deficiencias que presentan Venezuela y México si de políticas de vejez se trata:

- En Venezuela el INASS, quien es la institución y principal encargada de brindar asistencia y protección a los Adultos Mayores desasistidos y, a su vez, la prestación de una atención integral a éstos; el alcance de sus programas es casi nulo al no contar con información actualizada sobre el desarrollo y ejecución de tales programas y su funcionamiento, así como la inexistencia de cifras oficiales que respalden su labor.
- El sistema de pensiones, tanto en Venezuela como en México, no representan mayor incidencia en las necesidades de la población mayor. Los montos asignados son insuficientes para satisfacer las necesidades más básicas en ambos países. Sin contar con que gran parte de los Adultos Mayores mexicanos son excluidos de los programas sociales y en Venezuela el único programa de gobierno dirigido a esta población se resume en la Gran Misión en Amor Mayor Venezuela.

En relación a los aspectos más importantes de la atención institucionalizada a nivel estatal, los parámetros por los que se rigen las instituciones son los siguientes:

- En el caso de México se maneja bajo un parámetro establecido internacionalmente que determina como debe estar diseñada una Residencia Geriátrica. En Venezuela la normativa es de orden interno y solo administra aquellas instituciones que pertenecen o prestan servicio al IVSS, pudiendo considerarse que aquellas con dependencia privada se desempeñan de acuerdo a sus reglamentos de manera individual, lo que sugiere que no hay uniformidad en el cumplimiento de normas, administración y funcionamiento de las instituciones.
- Los parámetros de México son más específicos en relación a Venezuela y el Manual del IVSS, indicando cada uno de los espacios que debe tener una Residencia Geriátrica, donde

cada profesional debe contar con su propio despacho de atención por ejemplo; en Venezuela lo establece de forma más general.

- En cuanto a las áreas funcionales o de atención especializada, el Manual de la IMSERSO especifica 4 áreas diferentes, las cuales deben estar bien delimitadas en sus funciones (Área de Dirección y administración, Atención social y psicosocial, Atención a la salud y Servicios generales); en Venezuela, no se especifica.
- Los profesionales y personal que debe laborar en estas instituciones, en el Manual del IVSS a diferencia de la IMSERSO, establece el número de profesionales que debe haber de acuerdo al número de pacientes o AM, más no incluye dentro de sus normativas a psicólogos, gerocultores y profesionales de Trabajo Social, lo que si ocurre en el caso de México.
- Se puede evidenciar que el modelo venezolano tiene una visión hospitalaria de la atención al Adulto Mayor, ya que no incluye a profesionales del área social. México como país suscrito a los lineamiento establecidos por la IMSERSO, mantiene una concepción mucho más integral y se corresponde a lo que está apuntando la OMS sobre el Envejecimiento Activo y Saludable, a través del apoyo de equipos interdisciplinarios en la atención de los Adultos Mayores institucionalizados.

Asimismo la investigación permitió comparar la atención ofrecida en estos dos países a través de 4 instituciones:

- Las instituciones seleccionadas demostraron similitudes en el área administrativa y de servicios. Igualmente en el número de profesionales que atienden en las instituciones, donde en ambos casos presentan un vacío importante de profesionales del área médica/geriátrica, social y de rehabilitación.
- En tanto los servicios generales, en las 4 instituciones cuentan con personal de cocina y ofrecen 5 comidas al día (desayuno, almuerzo y cena con sus respectivas meriendas entre comidas excepto después de la cena) así como personal de limpieza y mantenimiento, la única diferencia con las instituciones seleccionadas en México, es que en las de Venezuela no ofrecen servicio de lavandería, por política del IVSS la ropa del Adulto Mayor debe ser lavada en casa.

- En líneas generales, las instituciones tienen una infraestructura semejante, por lo que carecen de varios espacios físicos importantes con los que debería contar una institución de este tipo de acuerdo a los parámetros de la IMSERSO, aun cuando en el caso de México pertenece a los países adscritos a este manual. Al carecer de profesionales en el área psicológica y social, por ende no cuentan con los respectivos despachos a excepción de la institución n°3 (en México). Así como tampoco uno dedicado al área de peluquería o una sala de actividades y atención especializada; ni cafetería o lavandería (en el caso de Venezuela) que ofrezcan estos servicios.

Por otro lado, la caracterización de los Adultos Mayores entre Venezuela y México presentaron las siguientes particularidades:

- La edad media de los encuestados fue de 80.8 en Venezuela y 70.7 en México, el sexo de los Adultos Mayores fue semejante entre hombres y mujeres, de los cuales la mayoría está soltero en Venezuela mientras que en México hay mayor número de personas casadas y viudas.
- En Venezuela, en su totalidad tienen al menos algún grado de primaria cursado pero la gran mayoría no culminó esta etapa; muchos de los Adultos Mayores explicaba que la razón de que no habían continuado sus estudios era porque anteriormente era mucho más difícil para ellos acceder al sistema educativo. Mientras que en México, de acuerdo a los resultados de las encuestas, hay mayor número de personas que son bachilleres, estudiaron alguna carrera técnica o son profesionales.
- Los recursos económicos de los encuestados marcaron grandes diferencias, en Venezuela el total de los encuestados tiene como recurso económico la pensión. En México, a diferencia de Venezuela la mayoría de los Adultos Mayores reciben recursos económicos por sustento familiar. Pudiendo inferirse que existe más apoyo a nivel familiar en México y mucho menos dependencia del Estado que en el caso de Venezuela.
- En ambos países la mayoría de los encuestados toma algún tipo de medicamento y las patologías más comunes en Venezuela son la hipertensión y la diabetes. En el caso de México repite la diabetes pero se agregan los problemas visuales y respiratorios. Generalmente los encuestados de ambos países no realizan ningún tipo de actividad ya sea

física o recreativa y la principal red de apoyo de los Adultos Mayores tanto en Venezuela como en México lo ocupa algún familiar.

En cuanto a la percepción global sobre la calidad de vida de los encuestados:

- Se evidenciaron calificaciones desde Bueno a Excelente para la mayoría de estas en más del 50% de la muestra en ambos países.
- La puntuación más baja en Venezuela se dio en la variable Bienestar Psicológico/Social con datos que varían entre las percepciones Aceptable y Satisfecho según la escala Likert, lo que podría verse influido por la falta de profesionales en el área psiquiátrica, psicológica y Trabajo Social. En México las puntuaciones más bajas se dieron en las variables Bienestar Físico, Autocuidado y Funcionamiento Independiente y en la variable Funcionamiento Ocupacional con datos que varían entre las percepciones Regular y Bueno con una media de 6, esto responde a que hay un porcentaje de Adultos Mayores que suelen ser sedentarios, es decir, no han tenido, ni tienen la actividad física como prioridad; manifestaron sentirse bien haciendo actividades sencillas como mirar Tv, sentarse a platicar o salir al jardín a tomar aire, así como también expresaron que los cuidadores de las Residencias hacían, en lo posible, toda la labor necesaria para el cuidado e higiene tanto de ellos como del espacio físico, sin requerir ni permitir que ellos se involucren en dichas tareas.
- En Venezuela el Apoyo Social/Emocional y el Apoyo Comunitario y de Servicios fueron las variables mejor calificadas por la muestra con una mediana de 9 y una calificación de Bueno a Excelente en más del 80% de los AM. En México la variable Apoyo Social/Emocional también fue la mejor calificada por la muestra con una mediana de 8 y una calificación de Bueno a Muy Bueno en más del 60% de los encuestados. En ambos casos los Adultos Mayores demostraron sentirse a gusto y contentos cada vez que personas externas a la institución realizaban alguna visita para efectuar cualquier tipo de actividad, sentían que en cierta forma los tomaban en cuenta.
- La mayoría de los AM encuestados en Venezuela y México tienen una percepción positiva sobre su calidad de vida, la atención brindada en las instituciones es considerada por ellos como buena, se sienten cómodos y agradecidos.

- Mantener los vínculos y compartir con sus familiares, cobra doble importancia para los Adultos Mayores, ya que el apoyo emocional y de reconocimiento que puedan brindarles es indispensable, lo que les otorga confianza y seguridad de ser queridos y valorados.

Hoy más que nunca es necesario hablar e investigar sobre el Adulto Mayor y sobre sus necesidades reales, hacerlos partícipes de sus propias soluciones, dejar de lado la concepción que se tiene del Adulto Mayor la cual es sinónima de pasividad e improductividad; y para ello se debe comenzar desde el seno del hogar.

La familia siempre será considerada como la principal responsable, desempeñando un rol importantísimo durante la vejez y la más idónea para llevar a cabo la atención y los cuidados que el Adulto Mayor requiere. Pero desafortunadamente, en algunas familias los Adultos Mayores no son tratados con consideración, y a menudo son objeto de abandono y/o marginación por parte de sus propios familiares.

Son numerosos los casos de familias que no pueden cuidar de los Adultos Mayores, ya sea por que presentan algún tipo de incapacidad física o bien porque simplemente no desean tenerlos por considerarlos una “carga”. En muchas oportunidades esto ocurre por la falta de información que hay en casa sobre los cambios que se producen durante la vejez, lo que para ellos en ocasiones suele salirse de sus manos; y es en estos casos en que se recurre normalmente a medidas como la institucionalización.

No se trata de cuestionar los motivos por los que se toma la decisión de acudir a servicios de apoyo y complementarios, sino de tomar consciencia sobre las implicaciones de dejar en manos de otros la atención y los cuidados de las personas mayores y de todas las consecuencias que se puedan desprender de ello.

El Trabajo Social, cumple una función indispensable en ésta temática, por el hecho de ser una profesión que tiene como fin ser agente de cambio, lo que en éste aspecto es fundamental, no solo en su labor de atender y orientar a la familia sino ante su decisión de considerar la institucionalización del Adulto Mayor.

Como profesión facultada de generar bienestar, mediante su intervención, el Trabajo Social se debe al ser humano, proporcionándole las herramientas necesarias para que este pueda

desenvolverse en la sociedad de modo que goce de condiciones óptimas y tenga una mayor calidad de vida; siendo el Adulto Mayor, sin lugar a dudas, uno de los principales objetos dentro de su actuación.

Por esta razón, procurar que los Adultos Mayores se mantengan por un tiempo prolongado en el interior de su familia, debe ser siempre la primera opción. Ya que si bien la institucionalización es algo necesario en algunos casos, no debería presentarse como la principal alternativa; el objetivo siempre deberá estar en salvaguardar los derechos de los Adultos Mayores y que los mismos puedan disfrutar de su vida dignamente al lado de su familia durante sus últimos años.

De ser necesaria la institucionalización, el Trabajador Social debe, en medida de lo posible, generar y mantener los lazos afectivos entre el Adulto Mayor y sus respectivas familias, por lo que es necesario hacer énfasis en la educación a nivel familiar para que se realicen los cambios necesarios en la percepción que se tiene sobre el envejecimiento y por ende de las necesidades de los Adultos Mayores.

Para esto el Trabajador Social debe, principalmente, tener un conocimiento general de las características de esta población y apoyarse a través de equipos interdisciplinarios, que contribuyan a mejorar la interacción entre el Adulto Mayor y su entorno, procurando el conocimiento de sí mismos, de sus fortalezas y debilidades personales que puedan impedir el trabajo efectivo con otros, fomentando la disposición al cambio. Al mismo tiempo, servir como guía y acompañamiento del Adulto Mayor y sus familiares durante su institucionalización, para así mejorar las circunstancias en las que se encuentren inmersos, teniendo en cuenta siempre la opinión de la persona mayor y la red de apoyo con la que cuenta.

La acción del profesional de Trabajo Social deberá estar dirigida siempre al individuo, su familia y comunidad, con la finalidad de contribuir en medida de lo posible a mejorar su calidad de vida siempre en pro de resguardar su integridad personal a partir de la defensa de sus derechos como ser humano.

Aportar sugerencias para la atención integral al adulto mayor institucionalizado representa la principal aspiración dentro de esta investigación, lo cual se fundamenta y cobra importancia en las etapas precedentes y a lo largo del estudio, cuyo único fin es contribuir con soluciones que

conlleven a mejorar los estándares de calidad de vida de los Adultos Mayores que hacen vida en instituciones de carácter geriátrico.

## **5.2. SUGERENCIAS**

La implementación de programas dirigidos a la atención de las poblaciones más vulnerables por parte de la Organización Mundial de la Salud (OMS) a nivel global, convoca a todos a diseñar, formular e implementar políticas dirigidas a garantizar la atención en salud y la asistencia social de los Adultos Mayores como respuesta ante el fenómeno del envejecimiento de la población a nivel mundial. Ello implica una amplia participación de la familia y la comunidad, superando viejos patrones, que dejan en claro que el Estado, por sí solo, no posee la capacidad para hacerse cargo de tan significativa responsabilidad. Por lo que se sugiere a nivel general:

- Construir un sistema público de salud que fortalezca la atención médica gerontológica a todos los niveles, que contribuya a atender las necesidades socioeconómicas, psicológicas, afectivas y biomédicas de la población Adulta Mayor.
- Seguir fortaleciendo las políticas preventivas de salud pública, que ayude a mejorar la calidad y el aumento de vida activa de la tercera edad, por medio del tratamiento preventivo, curativo y rehabilitador.
- Impulsar a la par en la sociedad substanciales cambios en los estilos de vida, hábitos y costumbres que favorezcan la salud y la robustez que permita afrontar los últimos años de existencia biológica.
- Desarrollar actividades y planes formativos acerca de la importancia y la responsabilidad del individuo en el diagnóstico precoz de enfermedades.
- Promover y estimular la participación comunitaria en la caracterización, atención y búsqueda de soluciones a los problemas que afectan a los Adultos Mayores a través de la instauración de vías no formales de atención al Adulto Mayor, conformándose programas y/o grupos de autoayuda y ayuda mutua, incorporando no sólo a otros sectores de la población, sino también a las propias personas de la Tercera Edad.
- Crear planes educativos y de superación personal, que capaciten al Adulto Mayor en la realización de actividades sociales, económicas, culturales, deportivas, recreativas y productivas.

- Fomentar desde la Escuela de Trabajo Social de la Universidad Central de Venezuela en alianza con universidades públicas y privadas, el desarrollo de investigaciones científicas que logren identificar la morbilidad, mortalidad, letalidad, discapacidades, entre otros de la población Adulta Mayor.
- Para hacer posible una atención integral, escalonada, oportuna y eficaz, es necesario fortalecer en las universidades públicas y privadas programas de formación y capacitación de recursos humanos especializados y comunitarios que garanticen la calidad de vida de los Adultos Mayores desde la atención formal y no formal.
- Llevar a cabo una política que incentive el estudio y preparación de profesionales especializados en el área geriátrica y gerontológica, como respuesta a la escasez de profesionales en este campo.
- Resaltar la necesidad de seguir impulsando un cambio cultural en los países latinoamericanos, destinado a transformar la imagen que se tiene sobre el Adulto Mayor, la familia y la sociedad y el rol fundamental que aún cumplen dentro de ella.

En cuanto a la atención del Adulto Mayor institucionalizado:

- Disponer de las condiciones arquitectónicas, las instalaciones y los equipamientos para la estancia, la convivencia y la prestación de servicios dentro de las Residencias Geriátricas, de acuerdo con los requisitos y prescripciones técnicas que en cada periodo se consideren adecuadas, que cumplan con los lineamientos establecidos por la IMSERSO.
- Mantener un proceso continuo de adaptación de los centros en la medida de las nuevas exigencias y en función de las posibilidades y limitaciones que se plantean en cada Residencia, a través del mantenimiento de sus instalaciones, revisión y prevención necesaria para disponer de las infraestructuras en correctas condiciones de uso.
- Conformar equipos interdisciplinarios que cuenten con las cualidades necesarias para la investigación, análisis, planificación desarrollo y evaluación para crear un estándar de atención adecuada a la realidad de cada país, que se ajuste a las necesidades del Adulto Mayor y donde se les dé importancia al cuidado que ellos requieren.



- Sustentar el funcionamiento de las Residencias para personas mayores, bajo los principios rectores del respeto a los derechos y obligaciones de los residentes, a los principios éticos, a la atención integral centrada en la persona y al enfoque de calidad de vida.
- Emplear una metodología basada en el trabajo de equipo que es a lo hoy están apuntando muchos modelos de atención gerontológica, donde se acoplen los conocimientos, actitudes, habilidades y experiencias permitiendo con su integración respuestas rápidas e innovadoras a los problemas y retos planteados.
- A través de equipos profesionales y capacitados, asumir el control, seguimiento y evaluación continua de los servicios y atención ofrecida en estas instituciones.
- Incluir y resaltar la figura del Trabajador Social dentro del contexto institucional, como profesional indispensable en su labor de orientar a la familia ante la decisión de considerar la institucionalización del Adulto Mayor y asegurar que los vínculos familiares se vean lo menos afectados posibles a través de la activación de la resiliencia.
- Exigir que las Residencias Geriátricas dispongan de equipos interdisciplinarios calificados que se encarguen de brindar la atención integral que los Adultos Mayores requieren.
- Ofrecer actividades ya sea físicas, recreativas o lúdicas, que se adecuen a las particularidades de los Adultos Mayores, que contribuyan a ejercitar su capacidad de decidir, realizar y desarrollar aptitudes y actitudes y de reconocer limitaciones concretas ante determinadas situaciones.
- Propiciar acciones que contribuyan a mantener la capacidad funcional de los Adultos Mayores a través de actividades productivas y de ocupación de acuerdo a sus características y habilidades.
- Incluir por medio de estas actividades la participación activa de familiares y redes de apoyo quienes pueden ofrecer una colaboración importante, especialmente en acciones de acompañamiento emocional y ayuda personal.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acera, M. (27 de julio de 2015). Características de la tercera edad: ¿cómo son nuestros mayores? Deusto Salud. Planeta Formación y Universidades. Recuperado de: <https://www.deustosalud.com/blog/teleasistencia-dependencia/caracteristicas-tercera-edad>
- Alacoque, E., y Bettinelli, L. (s.f.). El ser humano y sus posibilidades de construcción desde el cuidado. Colombia: Universidad de la Sabana. Recuperado de: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/37/71>
- Álvarez, J., *et al.* (2013). Factor de Riesgo suicida y factores asociados en adolescentes de una institución educativa de Palestina- Caldas (Colombia) 2012; pp. 127–141.
- Asamblea General de las Naciones Unidas. Principios de las Naciones Unidas en Favor de las Personas de Edad. 16 de diciembre de 1991, Resolución 46/91.
- Barenys, M. P. Las residencias de ancianos y su significado sociológico. *Papers revista de Sociología*. 1992 (40). Recuperado de: <https://www.sis.net/documentos/ficha/53021.pdf>
- Cáritas Cubana. (2009). El envejecimiento y la vejez. Equipo Nacional de Formación. Programa Tercera Edad. *Revista de la Arquidiócesis de La Habana*. (186). Recuperado de: [www.palabranueva.net](http://www.palabranueva.net)
- Carmona Valdés. (s.f.). Envejecimiento activo: la clave para vivir más y mejor. Recuperado de: <http://envejecimiento.sociales.unam.mx/articulos/ENVEJECIMIENTO%20ACTIVO.pdf>
- Castañedo Granda y González Moro. (2010) ¿Es necesaria la interdisciplinariedad en la atención gerontológica en el nivel primario? La Habana: Centro de Investigaciones sobre “Envejecimiento, Longevidad y Salud”. Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/geroinfo/ger-2015/ger152d.pdf>
- Castellanos Ruiz, J. (2002). Concepto de calidad de vida para el adulto mayor institucionalizado en el Hospital Geriátrico San Isidro de Manizales. Recuperado de: <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/Colombia/alianza-cinde-umz/20130404070013/TJulialbaCastellanos.pdf>
- CELADE–División de Población de la CEPAL. (2006). *Manual sobre Indicadores de Calidad de Vida en la Vejez*. Santiago de Chile: Publicación de las Naciones Unidas.
- Chang, M. (2015). Venezuela no está preparada para el inevitable envejecimiento de su población. Efecto Cocuyo. Recuperado de: <http://efectococuyo.com/efecto-cocuyo/venezuela-no-esta-preparada-para-el-inevitable-envejecimiento-de-su-poblacion/>
- Chaudary, Y. (s.f.). Guía de Análisis Conceptual de la Seguridad Social. Caracas: Universidad Central de Venezuela; p. 1.
- Colegio Oficial de Trabajo Social de Soria. (s.f.). La profesión del Trabajo Social. Recuperado de: <http://www.trabajosocialsoria.org/laprofesion.php>

- Consejo Nacional de Población [CONAPO]. (2004). Envejecimiento de la población de México: reto del Siglo XXI. México: Consejo Nacional de Población.
- (2012). Proyecciones de la Población 2010- 2050. México.
- (2017). “Retos y oportunidades del cambio en la estructura por edades de la población”, en Población de México en el nuevo siglo, México, pp. 249-260.
- Constitución de la República Bolivariana de Venezuela [CRBV]. (1999). Artículos, 2- 3- 19- 80- 81- 82- 83- 86.
- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Constitución publicada en el Diario Oficial de la Federación el 5 de febrero de 1917. Última reforma 10 de junio de 2011. Art. 1o- 4o.
- Convite A.C. (2018). “Venezuela es el peor país para envejecer en Suramérica”. Recuperado de: <http://efectococuyo.com/principales/venezuela-es-el-peor-pais-para-envejecer-en-suramerica-asegura-director-de-convite/>
- Cornachione Larrínaga, M. (2008). Vejes: Aspectos Biológicos, Psicológicos y Sociales. Psicología del desarrollo. 2da Edición. Córdoba: Brujas, pp. 76-77.
- Declaración Universal de Derechos Humanos. (1948). Artículos 22-25.
- Dique, López y Asociados C.A. (5 de marzo de 2017). Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS). Recuperado de: <https://consultoresdlca.wordpress.com/2017/03/05/instituto-venezolano-de-los-seguros-sociales-ivss/>
- El Economista (06 de febrero de 2018). Envejecimiento de la población mexicana y su impacto en las pensiones. Recuperado de: <https://www.economista.com.mx/opinion/Envejecimiento-de-la-poblacion-mexicana-y-su-impacto-en-las-pensiones-20180206-0109.html>
- El Nacional. Características y consecuencias del proceso migratorio en Venezuela: elaborado el 12 de octubre de 2015 05:13 pm | actualizado el 09 de diciembre de 2016 12:55 pm. Recuperado de: [http://www.el-nacional.com/noticias/sociedad/caracteristicas-consecuencias-del-proceso-migratorio-venezuela\\_38346](http://www.el-nacional.com/noticias/sociedad/caracteristicas-consecuencias-del-proceso-migratorio-venezuela_38346) (consultado: el 10 de marzo del 2017 a las 10:10 pm).
- España N., y Ponce. (Febrero de 2018). Encuesta sobre Condiciones de Vida [ENCOVI]. (2017). Caracas: IIES-UCAB. Recuperado de: <https://www.ucab.edu.ve/wp-content/uploads/sites/2/2018/02/ENCOVI-2017-presentaci%C3%B3n-para-difundir-.pdf>
- Estrada, A., et., al. (2013). Síntomas depresivos en adultos mayores institucionalizados y factores asociados. *Universitas Psychologica*, Vol. 12 (1), pp.81-94.
- Fajardo, G. y Ochoa, M. (1997). Necesidades del Adulto Mayor, su Familia y la Teoría de Maslow. Problemas y Programas del Adulto Mayor. México. Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS) y Organización Panamericana de la Salud (OPS).

- Fundación del Empresariado Chihuahuense, A.C. [FECHAC]. (s.f.). Adulto Mayor: Una Nueva Etapa de Vida. Guía de orientación para la comprensión y atención psicológica en la edad avanzada. Chihuahua, México. Recuperado de: [http://www.fechac.org/pdf/prodia/guia\\_adulto\\_mayor\\_una\\_nueva\\_etapa\\_de\\_vida.pdf](http://www.fechac.org/pdf/prodia/guia_adulto_mayor_una_nueva_etapa_de_vida.pdf)
- Fundación para el Bienestar del Adulto Mayor, I.A.P. (2001). Manual de Derechos Humanos y no discriminación del adulto mayor. México D.F.: Manuel Camargo Sánchez. 1era Edición; p. 17. Recuperado de: [https://www.gerontologia.org/portal/archivosUpload/manual\\_derechos\\_humanos.pdf](https://www.gerontologia.org/portal/archivosUpload/manual_derechos_humanos.pdf)
- Gamarra Samaniego, M. La Asistencia al Adulto Mayor. *Revista Horizonte Médico*. Volumen 10 (1), enero-julio 2010. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/html/3716/371637119001/>
- García Sánchez. (2010). *Calidad de Vida de Adultos Mayores Hombres de una Delegación del Municipio de Toluca* (Tesis de Grado). Recuperado de: <http://ri.uaemex.mx/handle/20.500.11799/41351>
- Guerrini, M. (2010). La vejez. Su abordaje desde el Trabajo Social, Edición N° 57. Recuperado de: <https://www.margen.org/suscri/margen57/guerrini57.pdf>
- Gutiérrez Bezón, Jiménez Rojas y Corregidor Sánchez. (s.f.). El Equipo Interdisciplinar. Tratado de geriatría para residentes., p. 89. Recuperado de: [https://www.segg.es/download.asp?file=/tratadogeriatría/PDF/S35-05%2007\\_I.pdf](https://www.segg.es/download.asp?file=/tratadogeriatría/PDF/S35-05%2007_I.pdf)
- Ham, R. (2003). El envejecimiento en México: el siguiente reto de la transición demográfica. México: Colegio de la Frontera Norte.
- Herazo Beltrán, et al. (2017). Calidad de vida, funcionalidad y condición física en adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados. *Revista Latinoamericana de Hipertensión*. Vol. 12, (5).
- Huenchuan Navarro, S. (2003). Políticas sobre Vejez en América Latina: Elementos para su Análisis y Tendencias Generales. Santiago de Chile: CELADE-División de Población de la CEPAL. Recuperado de: [https://www.cepal.org/celade/noticias/paginas/9/12939/EPS9\\_huenchuans.pdf](https://www.cepal.org/celade/noticias/paginas/9/12939/EPS9_huenchuans.pdf)
- (2011). La protección de la salud en el marco de la dinámica demográfica y los derechos. Santiago de Chile: CELADE.
- Hurtado, I y Toro, J. (2005). Paradigmas y Métodos de Investigación en tiempos de Cambio. 5ta Edición., p. 81.
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales [IMSERSO]. (2011). Guía de Centros Residenciales para Personas Mayores en Situación de Dependencia. Programa Iberoamericano de Cooperación sobre la Situación de los Adultos Mayores en la Región. Recuperado de: [http://www.oiss.org/IMG/pdf/GUIA\\_DE\\_RESIDENCIAS\\_Prog-Ib-def-.pdf](http://www.oiss.org/IMG/pdf/GUIA_DE_RESIDENCIAS_Prog-Ib-def-.pdf).
- Instituto Nacional de Estadística [INE]. Nacimientos vivos registrados por año de registro, según entidad federal de residencia habitual de la madre, 2001-2012. Recuperado de: [http://www.ine.gov.ve/index.php?option=com\\_content&view=category&id=96&Itemid#](http://www.ine.gov.ve/index.php?option=com_content&view=category&id=96&Itemid#)

- Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI]. (2000). Estadísticas Históricas de México, México.
- (2010). Principales resultados del Censo de Población y Vivienda 2010. México: INEGI. Disponible en: [http://www.inegi.gob.mx/prod\\_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/censos/poblacion/2010/princi\\_result/cpv2010\\_principales\\_resultadosII.pdf](http://www.inegi.gob.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/censos/poblacion/2010/princi_result/cpv2010_principales_resultadosII.pdf)
- Instituto Nacional de las Mujeres. (2015). Situación de las personas adultas mayores en México., pp. 2-17. Recuperado de: [http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos\\_download/101243\\_1.pdf](http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/101243_1.pdf)
- Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores [INAPAM]. (2010). Ejes rectores de la política pública nacional a favor de las personas adultas mayores. 1era Edición. México D.F.: Gobierno Federal. Recuperado de: [http://www.inapam.gob.mx/work/models/INAPAM/Resource/Documentos\\_Inicio/Libro\\_ejes\\_rectores.pdf](http://www.inapam.gob.mx/work/models/INAPAM/Resource/Documentos_Inicio/Libro_ejes_rectores.pdf)
- (s.f.). Modelos de atención gerontológica. Recuperado de: [http://www.inapam.gob.mx/work/models/INAPAM/Resource/Documentos\\_Inicio/Libro\\_Modelos\\_de\\_Atencion\\_Gerontologica\\_%28web%29.pdf](http://www.inapam.gob.mx/work/models/INAPAM/Resource/Documentos_Inicio/Libro_Modelos_de_Atencion_Gerontologica_%28web%29.pdf)
- Instituto Nacional de Servicios Sociales [INASS]. (1 de noviembre de 2010). Recuperado de: <http://mismisiones.blogspot.com/2010/11/instituto-nacional-de-servicios.html>
- Instituto Venezolano de Seguros Sociales [IVSS]. Normas y Procedimientos para la Gestión Integral de Pacientes en las Residencias Socio-Asistenciales. Resolución N° 46, 2 de febrero de 2012.
- Jackson, Strauss y Howe. (2009). El desafío del envejecimiento en América Latina. USA: Center of Strategic and International Studies. Recuperado de: <http://bit.ly/2rbhr3e>
- Krzemien D. (2003). Calidad de vida y participación social en la vejez femenina. Mar de Plata: Universidad Nacional del Mar del Plata, Grupo de investigación psicológica del desarrollo, p. 3.
- Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores. Nueva Ley publicada en el Diario Oficial de la Federación el 25 de junio de 2002. TEXTO VIGENTE. Última reforma publicada DOF 25-04-2012. Artículos 1-5-6-9.
- Ley del Régimen Prestacional del AM y Otras Categorías de Personas. (2005). Artículos 58-61-62-63-64.
- Ley Especial del Régimen de Pensiones No Contributivo. (2018). Artículos 3-4-9-10-14.
- Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social [LOSSS]. (2002). Artículos 18-56.
- López Blanco. (2012). Cuando la opción es el geriátrico. Recuperado de: [https://www.clarin.com/entremujeres/hogar-y-familia/tercera-edad/opcion-geriatrico\\_0\\_ryIdFhtDml.html](https://www.clarin.com/entremujeres/hogar-y-familia/tercera-edad/opcion-geriatrico_0_ryIdFhtDml.html)

- Luján Padilla, I. (2014). *Calidad de vida del adulto mayor dentro del Asilo Los Hermanos de Belén* (Tesis de grado). Recuperado de: <http://biblio3.url.edu.gt/Tesario/2014/05/42/Padilla-Ivanna.pdf>
- Manual para el cuidador de pacientes con demencia. (s.f.). Recomendaciones para un cuidado de calidad., p. 10. Recuperado de: <http://www.copib.es/pdf/Vocalies/Envejecimiento/manual%20cuidadores.pdf>
- Marcias Sánchez, A. (10 de noviembre de 2016). La pensión no contributiva en México: Cobertura y alcance. Recuperado de: <https://ciep.mx/la-pension-no-contributiva-en-mexico-cobertura-y-alcance/>
- Martínez, B.; Santamaría, G.; y Fuertes, R. (2011). La familia un concepto siempre moderno. Madrid: Centro Regional de Formación e Investigación en Servicios Sociales “Beatriz Galindo”; p. 2. Recuperado de: <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM007239.pdf>
- Mezzich, J., *et al.* (2011). The Multicultural Quality of Life Index: presentation and validation. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 17, pp. 357–364. doi:10.1111/j.1365-2753.2010.01609.x
- Montenegro, Eduardo y Cuellar, Felipe. (2012). Geriatría y Gerontología para el médico internista, pp. 104-212-637.
- Observatorio Cualitativo de Residencias para Personas Mayores. (2001). Modelo Básico de Atención en Residencias para Personas Mayores. Castilla- La Mancha: SC CONSULTORES S.L. Recuperado de: <http://www.castillalamancha.es/sites/default/files/documentos/20120511/modelobasicoatencionresidenciaspersonasmayorespdf.pdf>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2002). Envejecimiento activo: un marco político. Grupo Orgánico de Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental. Departamento de Prevención de las Enfermedades No Transmisibles y Promoción de la Salud Envejecimiento y Ciclo Vital. Recuperado de: [https://ccp.ucr.ac.cr/bvp/pdf/vejez/oms\\_envejecimiento\\_activo.pdf](https://ccp.ucr.ac.cr/bvp/pdf/vejez/oms_envejecimiento_activo.pdf)
- (2015). Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud, pp., vii-viii-4-16-30-79. Recuperado de: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186471/WHO\\_FWC\\_ALC\\_15.01\\_spa.pdf?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186471/WHO_FWC_ALC_15.01_spa.pdf?sequence=1)
- (2018). Maltrato de las personas mayores. Recuperado de: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/elder-abuse>
- Pérez, L. (2005). Mayores en residencias. En M. Sancho (coord.) *Las Personas Mayores en España. Informe 2004. Datos Estadísticos Estatales y por Comunidades Autónomas*. Madrid: IMSERSO.
- Pinazo S, Sánchez M, directores. (2006). *Gerontología. Actualización, innovación y propuestas*. Madrid: Pearson Prentice Hall; p. 129.

- Plan de Acción Internacional de Viena. (1982). Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento.
- Plataforma de Seguridad Alimentaria y Nutricional [SAN]. (s.f.). Gran Misión en Amor Mayor Venezuela. CELAC. Recuperado de: <https://plataformacelac.org/programa/349>
- PNUD. Desarrollo humano en Chile 1998, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo: Santiago, 1998.
- Pozzi, M. (15 de noviembre de 2016). Adulto mayor: un neologismo para disimular la ineludible vejez. Barcelona: Universitat Pompeu Fabra. Recuperado de: [https://www.upf.edu/web/antenas/el-neologismo-del-mes/-/asset\\_publisher/GhGirAynV0fp/content/id/6332740/maximized#.XHVW1oIKhdg](https://www.upf.edu/web/antenas/el-neologismo-del-mes/-/asset_publisher/GhGirAynV0fp/content/id/6332740/maximized#.XHVW1oIKhdg)
- Prieto Ramos, O. (1999). Gerontología y Geriátrica. Breve resumen histórico. *RESUMED*. Vol. 12 (2). Cuba: Centro Iberoamericano de la Tercera Edad. Recuperado de: [http://www.bvs.sld.cu/revistas/res/vol12\\_2\\_99/res01299.pdf](http://www.bvs.sld.cu/revistas/res/vol12_2_99/res01299.pdf)
- Quero-García M, Molina-Fernández N. (2010). Humanización de los cuidados: una reflexión sobre nuestra práctica profesional. *Enfermería docente*. Vol. 92. Recuperado de: <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/huvvsites/default/files/revistas/ED-092-08.pdf>
- Quintero Velásquez, Á. (2004). El Trabajo Social Familiar y el enfoque sistémico. Buenos Aires: Lumen Humanitas.
- Razo González A. La política pública de vejez en México: de la asistencia pública al enfoque de derechos. *Revista CONAMED*. Vol. 19 (2) abril-junio 2014, p. 84. Recuperado de: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/politica-publica-mexico2014-03-2015.pdf>
- Revista CHUBB Asegurados*. (s.f.). Envejecimiento de la población, el panorama de América Latina para 2050. Recuperado de: <https://chubb.lat/enlace/es/2018/01/13/envejecimiento-de-la-poblacion-el-panorama-de-america-latina-para-2050>
- Reyes Valles, L. (2003). Investigación gerontológica y políticas sociales de atención al adulto mayor en Venezuela. *Telos*, Vol. 5 (2): 214 – 227. Recuperado de: <https://docplayer.es/32964480-Investigacion-gerontologica-y-politicas-sociales-de-atencion-al-adulto-mayor-en-venezuela.html>
- Rodríguez, K. (2011). Vejez y Envejecimiento. Grupo de Investigación en Actividad Física y Desarrollo Humano, Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud, Universidad Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario. Bogotá: Editorial Universidad del Rosario.
- Rojas, M. (2016). Protección Social a las Personas Adultas Mayores en Venezuela (Tesis Doctoral). Caracas: Universidad Central de Venezuela.
- Salvarezza, L. (1993). Psicogeriatría. Teoría y clínica. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Sánchez Delgado, C., (2000). Gerontología Social. Buenos Aires: Espacio Editorial; p.33.

- Sánchez Salgado, C. (2005). Gerontología social. Buenos Aires: Editorial Espacio. 1 era Reimpresión.
- Satorres Pons, E. (2013). Bienestar psicológico en la vejez y su relación con la capacidad funcional y la satisfacción vital (Tesis de Grado). Valencia: Universidad de Valencia, p. 9.
- Sepúlveda C., *et al.* (2010). Perfil socio-familiar en adultos mayores institucionalizados: Temuco, padre las casas y nueva imperial. *Cienc. Enferm*; Vol. 16 (3): 49-61. Recuperado de: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95532010000300007](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532010000300007&lng=es)  
<http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532010000300007>
- Serrano, L. INFORME TFW (29 ABRIL 2013). El papel de la familia en el envejecimiento activo. Madrid: Instituto Internacional de Estudios sobre la Familia; pp. 16-18. Recuperado de: <https://fiapam.org/wp-content/uploads/2013/06/Informe20132.pdf>
- Tolentino Morales, J. (18 de abril de 2018). “Si no le dan su pensión, puede retirar lo que haya en su afore”. Recuperado de: <https://www.economista.com.mx/finanzaspersonales/Si-no-le-dan-su-pension-puede-retirar-lo-que-haya-en-su-afore-20180418-0144.html>
- Toribio, L. (22 de mayo de 2018). En pobreza, la mitad de los adultos mayores en México: CONAPRED. Recuperado de: <https://www.excelsior.com.mx/nacional/en-pobreza-la-mitad-de-los-adultos-mayores-en-mexico-conapred/1240504>
- Travieso, M. (2005). *La calidad de vida de los adultos mayores residentes en la casa hogar Padre Iriarte. Ubicada en el Municipio Zamora-Guatire Estado Miranda* (Tesis de Grado). Recuperado de: <http://hdl.handle.net/123456789/2419>
- Tuirán, R. y Salles, V. (1997). Vida familiar y democratización de los espacios privados. México: El Colegio de México.
- Universia México. (2014). Gerontología: faltan profesionales capaces de atender a los adultos mayores. Recuperado de: <http://noticias.universia.net.mx/empleo/noticia/2014/08/07/1109310/gerontologia-faltan-profesionales-capaces-atender-adultos-mayores.html>
- Universidad Católica de Chile. (2011). Guía de Calidad de Vida en la vejez. Herramientas para vivir más y mejor. Vicerrectoría de Comunicaciones y Educación Continua, Programa Adulto Mayor. 1era Edición. Chile: Centro de Geriatria y Gerontología., p. 13.
- Vanguardia MX. (10 de mayo de 2018). México tiene un “problemón” con su sistema de pensiones: BID. Recuperado de: <https://vanguardia.com.mx/articulo/mexico-tiene-un-problemon-con-su-sistema-de-pensiones-bid>
- Varela L. (2003). Valoración geriátrica integral. Geriatria primera parte. *Revista Diagnóstico*. Vol. 42 (2) marzo-abril. Recuperado de: <http://www.fihu-diagnostico.orgpe/revista/numeros/2003/marabro03/38-42.html>
- Varela L. TT, Villanueva FI. “Niveles Asistenciales en Geriatria”. En: Principios de Geriatria y Gerontología. Lima: Universidad Cayetano Heredia, 2da Edición, 2011, (28).



Velandia A. (1994). Investigación en salud y calidad de vida. 1ra Edición. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. p. 300.

Yanguas Lezaun, J. (2006). Análisis de la calidad de vida relacionada con la salud en la vejez desde una perspectiva multidimensional. 1era Edición. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales. Recuperado de: <http://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/analisiscalidad.pdf>

## **ANEXOS**

**ANEXO 1. Listado de residencias geriátricas ubicadas en el área metropolitana de Caracas, Venezuela; y en los municipios Cuautitlán Izcalli, Atizapán de Zaragoza y Naucalpan de Juárez del estado de México, México.**

<b>VENEZUELA</b>					
<b>DEPENDENCIA</b>	<b>NOMBRE</b>	<b>DIRECCIÓN</b>	<b>DIRECTOR MÉDICO / ADMINISTRADOR</b>	<b>CORREO</b>	<b>TELÉFONOS</b>
IVSS	Casa Hogar las Colinas S.R.L. (Mixta)	Av. El Estanque Qta. Topelan al lado del colegio Humbolt, Alta Florida.	Dra. Elena Córdova/ Lcdo. William Vincent	<a href="mailto:wv2500@hotmail.com">wv2500@hotmail.com</a>	0212-6381274
IVSS	Instituto Reinaldo C.A.	Dr. Poleo a Buena Vista, 104-1, Miraflores.	Dr. Reinaldo Visconti	-	0212-8607028
IVSS	Clínica Galipán C.A.	El Pinar Qta. San Luis, El Paraíso.	Gregorio Valenzuela	<a href="mailto:clinicagalipanca@gmail.com">clinicagalipanca@gmail.com</a>	0212-4611979/ 0424-1246490 /
IVSS	Residencia Geriátrica Dr. J Quintero C.A.	Av. Berrizbeitia, N° 12, El Paraíso (A media cuadra de Clínica Amay).	Dr. Rodrigo Quintero/ Carolina Quintero	<a href="mailto:Ccqn1968@gmail.com">Ccqn1968@gmail.com</a>	0212-4611197/ /6142925 /4622988 /4611197
IVSS	Clínica Residencial Rafael Rangel, C.A.	Sede Ppal. Av. Los Próceres, N° 57 Quinta Nena San Bernardino. Anex: Av. Tamanaco Qta. El Samán.	José Acosta	<a href="mailto:clínica_rafaelrangel@hotmail.com">clínica_rafaelrangel@hotmail.com</a>	0212- 5512300/4637 /0414-2006785 /0424-1382330

IVSS	Centro Clínico San Cristóbal, C.A.	Urb. La Paz, Av. Las Mercedes, El Paraíso, frente a cafetería TAXCO.	Dr. José Sánchez	sancristobal12@hotmail.com	0212-4725292
IVSS	Residencia Clínica San Miguel, C.A.	Av. El Ejercito N° 26, El Paraíso, (al lado de restaurant marisquería Rebaños).	Dr. Luis Martínez	<a href="mailto:clincasanmiguel01@cantv.net">clincasanmiguel01@cantv.net</a>	0212-4813708/ 0414-3171162
IVSS	Geriátrico Virgen del Valle, C.A. (El Cementerio)	Prolongación Santa Isabel 2da Av. Las Luces N° 12 Casa Virgen del Valle Urbanización, El Cementerio.	Dr. William Vargas	geriatricovirgindelvalle@gmail.com	0212-6314404 /6321533 /0414-2219373
IVSS	Residencia Geronto-Psiquiátrica San Bernardino, C.A.	Av. Eduardo Blanco, Qta. Coromoto, San Bernardino.	Dra. Aida Sanabria Paola	<a href="mailto:gerontopsi@gmail.com">gerontopsi@gmail.com</a>	0212-5529920 /0212-4272515 /0424-2145481
IVSS	Residencias Nonna, C.A.	La Av. Ppal. El Salvador, Qta. Antares Las Acacias.	Dra. Carmen Quiroz/ Dr. Luis Betancourt	luisebg@cantv.net	0212-6328940
IVSS	Residencias Medico Sociales La Mano de Dios, C.A.	Calle F de Vista Alegre, Qta. Coromoto Urb. Vista Alegre.	Dr. Wilmer Monsalve/ Dr. Omar Zambrano	lamanodediosca@hotmail.com/ jborrego23@hotmail.com	0212-4728654
IVSS	Servicios Médicos Geriátrica, C.A.	Av. E Sector El Pinar, Qta. Amanda, El Paraíso.	Dra. Aurora Reyes/ Lcda. Esperanza	smgeriatrix@gmail.com	0212-4615610 /4625978 /0416-5191675
IVSS	Unidad de Servicios Geriátricos Uniserge, C.A.	Av. Los Próceres Qta. Faro, San Bernardino / Calle Santa Cruz Qta. La Mora Chuao.	Dra. Yamira Calderón/ Lcda. Milagros Martínez	uniserge2000@gmail.com	0212-5514344 /9928383 /0412-2708044

IVSS	Residencia Geriátrica Rosa, C.A.	Doña	Qta. Magla, Av. Eduardo Calcaño Urb. Santa Mónica.	Dr. Manuel Rojas	bedacarvajal@hotmail.com	0414-2779849
IVSS	Clínica de Reposo Claurima, C.A.		Av. Las minas con calle el Tejar de La Trinidad, Qta. Claurima, La Trinidad, Baruta.	Dra. Aida Sanabria	clinicacaurima@gmail.com	0212-9433664 /0416-2279691
IVSS	Casa Hogar San Judas Tadeo de Altamira.		Av. 11 entre 7ma y 8va transversal N° 39 Qta. Jessy, Altamira.	Abg. Ingrid Ron	yepi28@hotmail.com	0212-2638863/6471
IVSS	Hogar Bello Monte (Mujeres).	Colinas de Monte	Calle Cabriales, Qta. Ruzafa, Colinas de Bello Monte.	Dra. Elena Córdova/ Lic. William Vincent	doctoraelena@hotmail.com	0212-7513541 /0414-2910179
IVSS	Residencias Nonnitas, C.A.	Las	Qta. Los Sauces Sector La Mata, Vía Gavilán Turgua, Baruta.	Gladys Ragazzi	gcragazzi@gmail.com	0212-9620579 /0416-6347322 /0414-2128113
PRIVADA	Casa Hogar Cerezo.	El	Segunda avenida de Campo Alegre, Chacao.	-	-	0212-2661465 /2660542
PRIVADA	Fundación de Coromoto.	Virgen	Av. Principal, entre Calle Cuica y Urimare, Qta. Siramar, Macaracuay, Caracas.	-	hogarabuelosvirgendecoromoto@gmail.com	0212-2565550
PRIVADA	ADUSER. Mayor A.C.	Adulto	La Castellana	-	aduser2013ca@gmail.com	0212-2647716

PRIVADA	Residencia Geriátrica Buenaventura.	San Román, Calle Cocorote, Qta. Rebeca.	-	-	0212-9914867
PRIVADA	Residencias Remanso.	El Av. Victoria, Calle Nicaragua, Qta. Magdalena, Las Acacias.	-	-	0212-6332192
PRIVADA	Geriátrica Miguel Arcángel.	San Calle Guanare, Residencias San Miguel (detrás del Centro Comercial Diana). Bello Monte, Caracas.	Luisa Carranza	luisacarranza30@gmail.com	0212-7515534
PRIVADA	Casa Hogar Nuestra Santísima Trinidad.	Calle Socuy, Quinta Archipielago, Zona Industrial de la Trinidad, (a una cuadra del seguro social), Municipio Baruta.	-	-	0212-9446305 /0416-4283212
PRIVADA	El Jardín de los Sueños. Casa hogar de reposo y recuperación.	Urbanización El Paraíso, sector Loira, Avenida el Estadium con calle C, Quinta Casa Hogar, frente al Estadio Brigido Iriarte.	-	-	0212-8145806 /0414-2431956

### MÉXICO

DEPENDENCIA	NOMBRE	DIRECCIÓN	DIRECTOR MÉDICO /ADMINISTRADOR	CORREO	TELÉFONO
I.A.P	Hogar geriátrico Elena	Av. Miguel Hidalgo No.25 -B Col. Granjas de Guadalupe Cuautitlán Izcalli Edo., de México C.P. 54760.	-	ahyjrc@yahoo.com.mx	58773236 /58610003

PRIVADA	Residencia Corpus Christi 2000 AC	Carretera Lago de Guadalupe No. 305 Colonia San José del Jaral, C.P. 52924 Atizapán de Zaragoza, Estado de México.	-	<a href="mailto:corpuschristiasilo@hotmail.com">corpuschristiasilo@hotmail.com</a>	58875961
PRIVADA	Residencia Margarita	Av. Paseo de los Gigantes No. 9 Fracc. Mayorazgos de los Gigantes, Atizapán de Zaragoza. Estado de México. C.P. 52957.	-	<a href="mailto:info@asiloresidenciamargari.ta.com">info@asiloresidenciamargari.ta.com</a>	+ (55) 53707704 /53707720
PRIVADA	SERADIEM	José Rubén romero, 115-a, ciudad satélite, Naucalpan de Juárez, México, c.p. 53100.	-	contacto@seradiem.mx	+ (55) 63560753
PRIVADA	Impulsora Geriátrica S.C.	Av. Campestre del Lago 165, Campestre del Lago, 54766 Cuautitlán Izcalli, México.	-	-	+(55) 62686499 /5562686501
-	CASA DE RETIRO SATELITE Residencia Asistida Para la Tercera Edad.	53100, Circuito Ingenieros # 47, Cd. Satélite, 53100 Naucalpan de Juárez, México.	-	-	53178625 / + (55) 84896459
-	Atención Geriátrica Santa María	Fuente de Diana San lomas de Tecamachalco, Naucalpan de Juárez, México 53950.	-	-	+ (55) 52905079 / + (55) 90187414

-	Casa de reposo Los Ángeles, A.C.	De Los Gansos 26, Las Alamedas, 52970 Cd López Mateos, México.	-	<a href="mailto:casaderetiroangeles@gmail.com">casaderetiroangeles@gmail.com</a>	+ (55) 50775141/ 044 / +(55) 29719948
-	Casa Yesli	CALLE EDUCADORES 70, CIUDAD SATELITE , MEXICO, C.P.53100	-	<a href="mailto:contacto@casayesli.com.mx">contacto@casayesli.com.mx</a>	65776843/ 044 /+ (55) 18425980/ 044 / +(55) 15849074
-	Hogar gerontológico Casa Dorada	BOHEMIA 20 20, BOSQUES DEL LAGO CUAUTITLAN IZCALLI - México.	-	hogargerontologicocasadora@hotmail.com	3105655897
-	Los Sabinos Casa de descanso para adultos mayores	Calle: Cda. De Sembradores no.8 entrando por la calle: Atl, Colonia: Axotlán, Cuautitlán Izcalli, Estado de México.	-	casadereposolosabinos@outlook.com	58968147
-	Luz Azteca A.C	Hacienda de san miguel # 27 fracc. Lomas de la hacienda. Atizapán de Zaragoza, México.	-	-	56334542 / 49972659
-	Residencia Buenaventura	Centenario 85. Lomas de Atizapán. C.P. 52977, Atizapán de Zaragoza, México.	-	-	+ (55) 58160368
I.A.P	FUNDACIÓN DE PROTECCIÓN Y ASISTENCIA PARA ANCIANAS	PRIVADA NOGAL, 0 COLONIA CEBADALES (Cuautitlán) 54800, Cuautitlán, México.	-	-	+ (55) 58720626



---

DESVALIDAS

-	ETERNA JUVENTUD Casa de Reposo	Mineros Metalúrgicos Tequexquina huacriviera Bosque, 54020 Tlalnepantla, México.	-	-	01 + (55) 21256820
---	--------------------------------------	---	---	---	-----------------------

---

## ANEXO 2. Instrumento Guía de Observación.



UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA  
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y SOCIALES  
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL



### GUÍA DE OBSERVACIÓN

La presente guía sirve como apoyo al visitante para establecer los aspectos a considerar importantes al momento de visitar la institución.

A continuación, se presentarán dichos aspectos:

**Nombre de la institución** \_\_\_\_\_

**Dependencia:** Pública ( ) Privada ( ) Mixta ( )

**Atienden:** Solo hombres ( ) Solo mujeres ( ) Ambos ( )

**Cantidad de adultos mayores dentro de la institución:** Hombres\_\_\_ Mujeres\_\_\_

**¿Cuenta con área de dirección y administración?** Sí ( ) No ( )

**Cuenta con área de atención en:** Psicología ( ) Psiquiatría ( ) Trabajo Social ( ) Medicina Integral, Gerontología y Enfermería ( ) Terapia ocupacional ( )

**Cuenta con:** Sala de reuniones ( ) Rehabilitación ( ) Recreación ( ) Vestuario y aseo del personal ( )

**¿Cuenta con área residencial?** Sí ( ) No ( )

**Cuenta con:** Recepción ( ) Cafetería ( ) Cocina ( ) Comedor ( ) Sala de descanso ( ) Baño y aseo accesibles ( ) Zonas habitacionales ( ) Lavandería ( )

**¿Cuenta con zonas exteriores y jardines?** Sí ( ) No ( )

**Laboran especialistas en:** Gerontología ( ) Terapia Ocupacional ( ) Trabajo Social ( )

**Cantidad de especialistas por área:** Psicólogos\_\_\_ Psiquiatras\_\_\_ Trabajadores Soc. \_\_\_ Médicos\_\_\_ Enfermeros(as)\_\_\_ Terapeutas ocupacionales\_\_\_ Gerontólogos\_\_\_

**¿Cuenta con servicio de comedor?** Sí ( ) No ( )

**¿El comedor cuenta con la cantidad suficiente de trabajadores?** Sí ( ) No ( )

**Tiene servicios y personal de:** Limpieza ( ) Lavandería ( ) Mantenimiento ( )

**¿Cuántas veces al día o a la semana se realiza el aseo de habitaciones?**

\_\_\_\_\_

**¿Cuántas veces al día o a la semana se realiza el servicio de lavandería?**

---

**¿Cada cuánto tiempo se realiza mantenimiento a las instalaciones?**

---

**¿Posee personal específico para el apoyo del aseo personal del AM? Sí ( ) No ( )**

**¿El número de habitaciones va acorde a la cantidad de AM institucionalizados? Sí ( ) No ( )**

**¿Cuántos AM se encuentran por habitación?**

---

**¿Cuentan con sala de visitas? Sí ( ) No ( )**

**¿Cuál es el régimen de visitas establecido por la institución?**

---

**¿Cuentan con consultorios equipados y dotados para la atención al AM? Sí ( ) No ( )**

**Observaciones:**

---

---

---

### ANEXO 3. Instrumento Atención del AM Institucionalizado.



UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA  
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y SOCIALES  
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL



#### Estimado(a) Participante:

El presente formulario tiene como propósito recabar información sobre la atención del adulto mayor institucionalizado. Consta de una serie de preguntas cerradas. Al leer cada una de ellas, concentre su atención de manera que la respuesta sea fidedigna y confiable. La información que se recabe tiene por objeto la realización de un trabajo de investigación relacionado con dichos aspectos.

El mismo está basado en los parámetros de la Guía de Centros Residenciales para Personas Mayores en Situación de Dependencia, elaborada por el “Programa Iberoamericano de Cooperación sobre la Situación del Adulto Mayor” del Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO), aprobado por la XXI Cumbre Iberoamericana de Jefes de Estado y de Gobierno en 2011.

Es de suma importancia e interés los datos que pueda aportar de manera sincera y la colaboración que pueda brindar para llevar a feliz término la presente recolección de información que se emprende.

*¡Muchas gracias por su valiosa colaboración!*

---

**Nombre de la persona que respondió el formulario**

---

**Cargo dentro de la institución**

---

A continuación seleccione la respuesta correspondiente de acuerdo a las características de su institución:

#### **I-. Parte. La institución (áreas de atención al adulto mayor)**

---

**1. Dependencia de la Institución:**

Pública ( ) Privada ( ) Mixta ( )

**2. Atienden:**

Solo hombres ( ) Solo Mujeres ( ) Ambos ( )

**3. Cantidad de adultos mayores dentro de la institución:**

Hombres\_\_\_ Mujeres\_\_\_

**4. ¿Quién ejerce la dirección / gerencia de la institución?**

Dueño de la institución ( ) Profesional de la salud ( ) Administrador(a) ( ) Trabajador social ( ) Otro ( )

Si la respuesta es **otro**, especifique: \_\_\_\_\_

**5. Régimen de visitas:**

Lunes a Viernes ( ) Sábados y Domingos ( )

**Observaciones:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**6. Indique si cuenta con:**

Recepcionista ( ) Administrador(a) ( )

Medicina interna ( ) Medicina General ( ) Enfermeros(as) ( ) Gerontólogos ( ) Geriatras ( ) Terapeutas  
ocupacionales ( ) Fisioterapeutas ( )

Psicólogos ( ) Psiquiatras ( ) Trabajadores sociales ( )

**Nº de especialistas en medicina interna:**

0\_\_ 1\_\_ 2\_\_ 3 o +\_\_

**Frecuencia de las consultas:**

Diarias ( ) Semanal ( ) Quincenal ( ) Mensual ( )

**Nº de especialistas en Medicina General:**

0\_\_ 1\_\_ 2\_\_ 3 o +\_\_

**Frecuencia de las consultas:**

Diarias ( ) Semanal ( ) Quincenal ( ) Mensual ( )

**Nº de especialistas en enfermería:**

0\_\_ 1\_\_ 2\_\_ 3 o +\_\_

**Frecuencia de la atención:**

Diurno ( ) Vespertino ( ) Nocturno ( )

**Nº de especialistas en gerontología:**

0\_\_ 1\_\_ 2\_\_ 3 o +\_\_

**Frecuencia de las consultas:**

Diarias ( ) Semanal ( ) Quincenal ( ) Mensual ( )

**Nº de especialistas en geriatría:**

0\_\_ 1\_\_ 2\_\_ 3 o +\_\_

**Frecuencia de las consultas:**

Diarias ( ) Semanal ( ) Quincenal ( ) Mensual ( )

**Nº de especialistas en terapia ocupacional:**

0\_\_ 1\_\_ 2\_\_ 3 o +\_\_

**Frecuencia de las consultas:**

Diarias ( ) Semanal ( ) Quincenal ( ) Mensual ( )

**Nº de especialistas en fisioterapia:**

0\_\_ 1\_\_ 2\_\_ 3 o +\_\_

**Frecuencia de las consultas:**

Diarias ( ) Semanal ( ) Quincenal ( ) Mensual ( )

**Nº de especialistas en psicología:**

0\_\_ 1\_\_ 2\_\_ 3 o +\_\_

**Frecuencia de las consultas:**

Diarias ( ) Semanal ( ) Quincenal ( ) Mensual ( )

**Nº de especialistas en psiquiatría:**

0\_\_ 1\_\_ 2\_\_ 3 o +\_\_

**Frecuencia de las consultas:**

Diarias ( ) Semanal ( ) Quincenal ( ) Mensual ( )

**Nº de profesionales en trabajo social:**

0\_\_ 1\_\_ 2\_\_ 3 o +\_\_

**Frecuencia de las consultas:**

Diarias ( ) Semanal ( ) Quincenal ( ) Mensual ( )

**7. Servicios generales:**

**¿Cuenta con personal de cocina?**

Si ( ) No ( )

**Nº de personal de cocina:**

0\_\_ 1\_\_ 2\_\_ 3 o +\_\_

**Nº de comidas al día:**

Desayuno ( ) Merienda ( ) Almuerzo ( ) Merienda ( ) Cena ( ) Merienda ( )

**¿Cuenta con personal de limpieza y mantenimiento?**

Si ( ) No ( )

**Nº de personal de limpieza y mantenimiento:**

0\_\_ 1\_\_ 2\_\_ 3 o +\_\_

**Frecuencia de las jornadas de limpieza:**

Diario ( ) Interdiario ( ) Semanal ( ) Quincenal ( )

**Frecuencia de las jornadas de Mantenimiento:**

Semanal ( ) Quincenal ( ) Mensual ( )

**¿Cuenta con personal de lavandería?**

Si ( ) No ( )

**Nº de personal de lavandería:**

0\_\_ 1\_\_ 2\_\_ 3 o +\_\_

**Frecuencia de las jornadas de lavandería:**

Semanal ( ) Quincenal ( ) Mensual ( )

## **II. Infraestructura física de los geriátricos.**

---

**Seleccione de acuerdo a las características de su institución si cuenta con:**

### **8. Ambiente Profesional y de Organización:**

Dirección y Administración ( )

Despacho psicólogo y psiquiatra ( )

Despacho trabajador social ( )

Despacho médico y enfermería ( )

Sala de reuniones ( )

Salas de rehabilitación, de terapia ocupacional ( )

Peluquería ( )

Salón de actos y capilla ( )

Sala polivalente de actividades y/o atención especializada ( )

Vestuarios y aseo del personal ( )

### **9. Ambiente Residencial:**

Recepción ( )

Cafetería ( )

Cocina ( )

Comedor ( )

Salas de descanso ( )

Baños y Aseos accesibles ( )

Zonas habitacionales ( )

Lavandería ( )

#### **10. Zona Exterior y Jardines**

Jardines ( )

Estacionamiento ( )

---

#### **11. ¿Estaría de acuerdo en permitir una visita a su institución?**

Si ( ) No ( )

#### **Observaciones:**

---

---

---



## ANEXO 4. Encuesta sobre características sociodemográficas y personales.

### Instrucciones:

#### -Características sociodemográficas

**Edad:** llenar la casilla en blanco con el número de años cumplidos del entrevistado en el momento.

**Sexo:** marcar con una X en la casilla que corresponda al sexo del entrevistado.

**Estado civil:** marcar con una X en la casilla que corresponda al estado civil actual del entrevistado.

**Escolaridad:** corresponde al último grado académico cursado en su totalidad, marcar con una X en la casilla que corresponda a la escolaridad del entrevistado.

**Recursos económicos:** marcar con una X en la casilla que corresponda al medio por el que recibe los recursos económicos.

#### -Características personales

**Medicamentos y patologías:** determina si el usuario toma o no medicamentos y cuál es la patología que presenta, marcar con una X en la casilla que correspondiente sobre el consumo de medicamentos y especificar la patología que padece.

**Actividades físicas o recreativas:** determina si el usuario participa en actividades de tipo física o recreativa, marcar con una X la casilla que corresponda a si participa o no en alguna actividad.

**Red de apoyo:** hace referencia al apoyo externo a la institución con el que cuenta el entrevistado, marcar con una x la casilla que corresponda con la red de apoyo del entrevistado.

### Características sociodemográficas

<b>1. Edad:</b>
<b>2. Sexo:</b> Masculino ___ Femenino ___
<b>3. Estado civil:</b> Casado ___ Soltero ___ Divorciado ___ Viudo ___
<b>4. Escolaridad:</b> Sin escolaridad ___ Primaria ___ Secundaria ___ Técnico ___  Universitario ___
<b>5. Recursos económicos:</b> Pensión ___ Apoyo familiar ___ Subsidio ___ Otro ___ Ninguno ___  Si la respuesta es <b>Otro</b> , especifique _____

### Características personales

<p><b>6. Recibe medicamentos:</b> Sí ___ No ___</p> <p><b>Patologías:</b> Hipertensión ___ Diabetes ___ Problemas visuales ___</p> <p>Problemas auditivos ___ Incontinencia urinaria ___ Otro ___</p> <p>Si la respuesta es <b>Otro</b>, especifique _____</p>
<p><b>7. Participa en actividades físicas o recreativas:</b> Sí ___ No ___</p>
<p><b>8. Red de apoyo:</b> Familia ___ Amigos ___ Otro ___ No tiene ___</p>

## ANEXO 5. Instrumento Índice Multicultural de Calidad de Vida (Mqli/Sp) con Formato de Respuesta Múltiple Likert.

### Instrucciones:

#### -Características de índice multicultural de calidad de vida

**Bienestar físico:** hace referencia a sentirse enérgico, libre de dolor y de problemas físicos.

**Bienestar Psicológico:** se refiere a sentirse bien, capaz con usted mismo.

**Autocuidado y funcionamiento independiente:** significa llevar a cabo diariamente tareas de vida cotidiana, tomar propias decisiones.

**Funcionamiento ocupacional:** habla de la capacidad de realizar trabajos y tareas domésticas.

**Funcionamiento interpersonal:** indica la capacidad de responder y relacionarse bien con familia, amigos y grupos.

**Apoyo social/emocional:** determina la disponibilidad de las personas en las que se pueda confiar, que ofrecen ayuda y comodidad.

**Apoyo comunitario y de servicio:** hace referencia al apoyo por parte de la comunidad, la disponibilidad de recursos y otros servicios.

**Satisfacción personal:** se habla de experimentar un sentido de equilibrio y empoderamiento.

**Satisfacción espiritual:** significa tener una alta filosofía de vida, trascendencia más allá de la vida ordinaria.

**Percepción global de calidad de vida:** se refiere a sentirse satisfecho y feliz con su vida en general.

Para responder este formato se deberá llenar la casilla que corresponda con una **X** teniendo en cuenta la siguiente calificación de percepción de cada uno de los ítems:

- 1: Pésimo
- 2: Insatisfecho
- 3: Muy malo
- 4: Malo
- 5: Regular
- 6: Aceptable
- 7: Bueno
- 8: Satisfecho
- 9: Muy bueno
- 10: Excelente

**1.- Bienestar físico:** Sentirse enérgico, libre de dolor y de problemas físicos. (¿Qué tan bien se siente usted con su salud teniendo en cuenta su actividad física?).

<b>Pésimo</b>									<b>Excelente</b>
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>

**2.- Bienestar psicológico/social:** Sentirse bien, capaz con usted mismo (¿Qué tan bien se ha sentido usted de ánimo?).

<b>Pésimo</b>									<b>Excelente</b>
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>

**3.- Autocuidado y funcionamiento independiente:** Llevar a cabo diariamente tareas de vida cotidiana, tomar propias decisiones (¿Qué tan capaz se siente para realizar actividades cotidianas diarias? Ej. Peinarse, lavarse los dientes, bañarse, vestirse, ir al baño).

<b>Pésimo</b>									<b>Excelente</b>
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>

**4.- Funcionamiento ocupacional:** Capaz de realizar trabajos y tareas domésticas (¿Qué tan capaz se siente de ejercer labores del hogar (lavar la loza, cocinar, tender la cama) o de trabajo?).

<b>Pésimo</b>									<b>Excelente</b>
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>

**5.- Funcionamiento interpersonal:** Capaz de responder y relacionarse bien con familia, amigos y grupos (¿Qué tan capaz es usted para relacionarse con otras personas como la familia, amigos y desconocidos?).

<b>Pésimo</b>									<b>Excelente</b>
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>

**6.- Apoyo social / emocional:** Disponibilidad de las personas en las que se pueda confiar, que ofrecen ayuda y comodidad (¿Qué tan bien se siente con el apoyo brindado por la institución y cuidadores?).

<b>Pésimo</b>									<b>Excelente</b>
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>

**7.- Apoyo comunitario y de servicios:** Vecindario bueno, seguro, disponibilidad de recursos y otros servicios (¿Qué tan bien se siente con los servicios prestados por la institución y su vecindario?).

<b>Pésimo</b>									<b>Excelente</b>
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>

**8.- Satisfacción personal:** Experimenta un sentido de equilibrio y empoderamiento (Que tan bien se siente con usted como persona?).

<b>Pésimo</b>									<b>Excelente</b>
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>

**9.- Satisfacción Espiritual:** Tener una alta filosofía de vida, trascendencia más a la de la vida ordinaria (¿Qué tan bien se siente al respecto con sus creencias?).

<b>Pésimo</b>										<b>Excelente</b>
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	

**10.- Percepción global de calidad de vida:** Sentirse satisfecho y feliz con su vida en general (¿Qué tan bien se siente con su vida?).

<b>Pésimo</b>										<b>Excelente</b>
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	

**Resultados:**

<b>Variable</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>
<b>Bienestar físico</b>										
<b>Bienestar psicológico/social</b>										
<b>Autocuidado y funcionamiento independiente</b>										
<b>Funcionamiento ocupacional</b>										
<b>Funcionamiento interpersonal</b>										
<b>Apoyo social/emocional</b>										
<b>Apoyo comunitario y de servicios</b>										
<b>Satisfacción personal</b>										
<b>Satisfacción espiritual</b>										
<b>Percepción global de calidad de vida</b>										

## ANEXO 6. FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Sr..... El propósito de este documento es brindar toda la información necesaria para que usted, decida libremente participar de la investigación **CALIDAD DE VIDA EN LA ATENCIÓN DEL ADULTO MAYOR INSTITUCIONALIZADO: ESTUDIO COMPARATIVO VENEZUELA- MÉXICO**. Certifico que se me ha informado acerca de la investigación, la manera que se va a desarrollar esta y las eventuales incomodidades que la realización de la encuesta implica. He sido también informado/a previamente que los procesos que se realicen, no implican un costo que yo deba asumir, junto a ello he recibido una explicación optima sobre el propósito de la actividad, así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera estos produzca. Estoy en pleno conocimiento que la información obtenida con la actividad en la cual participaré, será confidencial, y mi nombre, mis datos personales no aparecerán en ningún medio de publicidad derivado de la investigación ya descrita. Sé que la decisión de participar en esta investigación, es totalmente voluntaria. Si no deseo participar en ella o una vez iniciada la investigación, no deseo proseguir colaborando, puedo hacerlo sin problemas, ni recriminación alguna a mi nombre. Adicionalmente los investigadores responsables han manifestado su voluntad y disponibilidad para aclarar cualquier duda que me surja acerca de mi participación en la actividad. He leído el documento: Consentimiento informado, entiendo las declaraciones contenidas en él y la necesidad de hacer constar mi consentimiento, para lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Yo,..... con cédula de identidad No.: ..... mayor de edad. Consiento en participar en la investigación: **CALIDAD DE VIDA EN LA ATENCIÓN DEL ADULTO MAYOR INSTITUCIONALIZADO: ESTUDIO COMPARATIVO VENEZUELA- MÉXICO**. Autorizo a los investigadores responsables del proyecto y/o a quienes éste designe como sus colaboradores directos y cuya identidad consta al pie del presente documento, para realizar el(los) procedimiento(s) requerido(s) por el proyecto de investigación descrito. En constancia se firma a los..... Días del mes de..... del año 2019.

Autoriza,

Nombre: .....

Hogar geriátrico: .....

Investigadores,

**Emma Ramírez C.I. V- 24.437.737**

**Reymar Herrera C.I. V- 22.522.267**