



UNIVERSIDAD DE ORIENTE  
NÚCLEO DE SUCRE  
ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES  
DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL

**“ANÁLISIS DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LOS SERVICIOS MÉDICO-  
ASISTENCIALES BRINDADOS A LOS ADULTOS/AS MAYORES EN LAS  
UNIDADES DE: DIABETES Y MEDICINA INTERNA DEL “HOSPITAL  
ESPECIAL ANTITUBERCULOSO DE ORIENTE DR. JULIO RODRÍGUEZ”  
MUNICIPIO SUCRE-ESTADO SUCRE, 2012”**

TUTOR: IVONNE RODRIGUEZ

Gómez Keyla: 15.288.865  
Rivas Alfredo: 18.904.140

**TRABAJO DE GRADO, EN MODALIDAD DE TESIS. PRESENTADO  
COMO REQUISITO PARCIAL PARA OPTAR AL TÍTULO DE  
LICENCIADOS EN TRABAJO SOCIAL**

Cumaná, Marzo 2013.

## ÍNDICE

<b>DEDICATORIA.....</b>	<b>i</b>
<b>DEDICATORIA.....</b>	<b>iii</b>
<b>AGRADECIMIENTO.....</b>	<b>v</b>
<b>LISTA DE CUADROS.....</b>	<b>vii</b>
<b>LISTA DE GRÁFICOS.....</b>	<b>ix</b>
<b>RESUMEN.....</b>	<b>xi</b>
<b>INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>1</b>
<b>CAPITULO I.....</b>	<b>6</b>
<b>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....</b>	<b>6</b>
1.1 Naturaleza del Problema.....	6
1.2. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	16
1.2.1. OBJETIVO GENERAL.....	16
1.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	16
1.3. JUSTIFICACIÓN.....	16
<b>CAPÍTULO II.....</b>	<b>21</b>
<b>MARCO TEÓRICO.....</b>	<b>21</b>
2.1 ANTECEDENTE DEL PROBLEMA.....	21
2.1.1. Antecedentes Internacionales:.....	22
2.1.2. Antecedentes Nacionales:.....	26
2.1.3. Antecedentes Locales: .....	29
2.2 BASES TEÓRICAS.....	35
2.2.1 Teorías Bio-Psico-Sociales en La Vejez.....	35
2.2.2 TEORÍAS ORGÁNICAS:.....	39
2.2.3 TEORÍAS GENÉTICAS:.....	40

2.2.4 Teorías sobre las Políticas Públicas: .....	42
2.2.5 Teorías de las Políticas Públicas de Salud:.....	45
2.2.6 Concepciones de la Vejez, dentro de la definición de las políticas públicas:.....	49
2.2.7 Expectativas de vida de la población senil Venezolana:.....	51
2.2.8 Rol del Estado como garante del bienestar a los adultos/as mayores y políticas públicas en materia de Seguridad Social:.....	53
2.2.9 Abandono y maltrato a la ancianidad, ¿Un Problema Cultural?....	55
2.2.10 Rol del Trabajador Social en el ámbito de la salud dirigida a los adultos/as mayores.....	59
2.2.10 DESCRIPCIÓN INSTITUCIONAL .....	62
2.2.10.1 Reseña Histórica .....	62
2.2.10.2 Organigrama Institucional.....	63
2.2.10.3 Misión:.....	63
2.2.10.4 Visión:.....	64
2.2.10.5 Objetivos de la Institución: .....	64
2.2.10.6 Actividades de la Institución:.....	64
2.2.10.7 Estructura Organizativa.....	64
2.3 BASES LEGALES .....	66
2.3.1 Constitución de la República Bolivariana de Venezuela Publicada en Gaceta Oficial Extraordinaria N° 5.453 de la República Bolivariana de Venezuela. Caracas, viernes 24 de marzo de 2000.....	66
2.3.2 Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social (Gaceta Oficial N° 5.891), de fecha 31 de Julio de 2008.....	68
2.3.3 Ley de Servicios Sociales (Gaceta Oficial 38.270), de fecha 26 de julio del 2005.....	74
2.5. SISTEMA DE VARIABLES.....	78
2.5.1 DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE VARIABLE:.....	79
2.5.2 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	81

<b>CAPÍTULO III.....</b>	<b>83</b>
<b>MARCO METODOLÓGICO.....</b>	<b>83</b>
3.1 Nivel de Investigación.....	83
3.2 Diseño de la Investigación.....	83
3.3.1 Área de Estudio:.....	84
3.3.2 Población y Muestra.....	84
3.3.3 Unidades de estudio:.....	90
3.4 Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos:.....	90
3.4.1. Técnicas de recolección de información:.....	91
3.4.2 Instrumentos de recolección de información:.....	91
3.5 Validación del Instrumento:.....	92
3.6 Fuentes de Recolección de Datos:.....	93
3.7 Procesamientos de Resultados:.....	94
<b>CAPÍTULO IV.....</b>	<b>95</b>
<b>PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.....</b>	<b>95</b>
<b>CAPÍTULO V.....</b>	<b>148</b>
<b>CONSIDERACIONES FINALES.....</b>	<b>148</b>
CONCLUSIONES:.....	148
<b>RECOMENDACIONES:.....</b>	<b>152</b>
<b>BIBLIOGRAFÍAS.....</b>	<b>157</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>165</b>
<b>HOJAS DE METADATOS.....</b>	<b>180</b>

## DEDICATORIA

A:

**Dios**, por darme la oportunidad de vivir y por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el periodo de estudio.

Mi madre **Keyla Rojas**, por darme la vida, quererme mucho, creer en mí y porque siempre me apoyaste. Mamá gracias por darme una carrera para mi futuro, todo esto te lo debo a ti.

Mi abuelito **Nicasio Rojas (QEPD)**, por quererme y apoyarme siempre, esto también te lo debo a ti.

Mis hermanos, **Luisa Virginia, Keliomar José, Jesús Omar**, por estar conmigo y apoyarme siempre, los quiero mucho.

Mis hijos, **Keyher Rafael, José Gabriel Jesús**, para que vean en mí un ejemplo a seguir.

Mi Esposo **Hernán Delgado**, por compartir los buenos y malos momentos juntos.

Todos aquellos **familiares y amigos** que no recordé al momento de escribir esto. Ustedes saben quiénes son.

A mis **amigos** o todas aquellas personas que creyeron en mí, entre otros.

Y cómo olvidar a mi compañero y amigo **Alfredo Rivas** por el tiempo dedicado, por su apoyo y paciencia, a este trabajo y por todo lo que me ha enseñado en este proyecto de tesis: ojalá sea el primero de muchos triunfos.

Nuestra tutora, Licenciada **Ivonne Rodríguez** por brindarnos su amistad, confianza y apoyo en nuestra investigación para desarrollar este trabajo de tesis y, sobre todo, por ser la gran persona que es.

Gracias a todos y cada uno de los **profesores** de la UDO SUCRE, por entregar parte de su vida para nuestro desarrollo. Gracias al Hospital Especial Antituberculoso “Dr. Julio Rodríguez” y al personal y Especialistas que de una manera u otra nos brindaron todo el apoyo necesario, gracias.

Gracias a todos y cada uno de los que lean y han leído este trabajo porque, por ese simple hecho, ya forman parte de él.

Keyla Gómez

## DEDICATORIA

**A:**

Nuestro Padre Celestial **Dios Todopoderoso** y al Doctor José Gregorio Hernández, mis guías espirituales por iluminar mi camino y guiarme hacia la meta trazada (Licenciado en Trabajo Social), y a su vez por darme la fuerza de voluntad debido a que no fue nada fácil, pero con sacrificios y perseverancia obtuve lo que quería.

Mi sublime madre **Zuleima Rengel**, por darme la vida, confiar en mí y ofrecerme lo poquito pero suficiente para cubrir las necesidades presentadas durante la carrera; te amo mami dios te bendiga.

Mi estupendo padre **Alfredo Rivas**, por consentirme en todos mis caprichos, por formarme con buenos modales, por confiar en mis virtudes, por escucharme siempre, por comprenderme, por amarme..... Papi GRACIAS de todo corazón esto no se hubiese logrado sin tu humilde y solidaria ayuda, te amoooooooooooo dios te de salud y vida para que tus ojos siempre me vean brillar.

Mi tesorito y maravilloso hermanito **Francisco José** (Checheto), quien fue el pionero que me impulso superarme para poder ayudarlo en un futuro, no sabes cuánto te amo *Chechetone*, ya verás como dios nos va a dar larga vida para que tú y yo nos confortemos con todo lo que nos gusta.

Mi segunda madre **Edelmira Herrera**, por aceptarme en su humilde hogar, brindarme su cariño, amor y guiarme por el camino correcto, Mami eres un gran ejemplo a seguir dios te sane todo tus malestares y te de fuerza para que sigas dejando tus legados, te amo mi santa.

Mi tía hermosa que jamás voy a olvidar **Arelis Rengel (Q.E.P.D)**, no sabes cómo me hubiese gustado que tu cuerpo estuviera presente en este mundo,

sentir tus brazos sobre mi cuerpo y tu voz diciéndome felicitaciones mi muñeco lo lograste, bueno espero que desde el cielo me veas y me sigas guiando así al éxito, te amaré por siempre mi tía.

Mi abuelita **Modesta Salazar**, por consentirme y estar allí cuando más la necesito GRACIAS Maita Dios te de mucha salud, te amo.

Mi futura y amada esposa **Marianyelis Rivas**, por su apoyo incondicional ante este éxito, por regalarme momentos excelentes, por ser la mejor amante, por estar allí cuando más la necesito y porque sé que es la mejor mujer del mundo te amoooooooooooo con todas las fuerzas de mi corazón.

Mi compañera bella **Keyla Gómez**, me gusto un chorro trabajar este estudio con tu presencia, gracias por enseñarme tus virtudes, SOPORTAR mis locuras, creer en mi confianza, creer en mi aptitud, aceptarme en tu casa y brindarme tu apoyo sin pedir nada a cambio, te quiero un montón mi santa, espero que después de aquí muchos caminos se nos abran para seguir triunfando.

Y todos aquellos **compañeros y profesores** de clase que me inspiraron y ayudaron para alcanzar este sueño los quiero.

Alfredo Rivas



## **AGRADECIMIENTO**

**A:**

Nuestro poder supremo, padre celestial DIOS todopoderoso por todas sus bendiciones, por todo lo que junto a él logramos y por todo lo que nos falta por conseguir.

A la Universidad de Oriente, Núcleo de Sucre, por abrirnos sus puertas y regalarnos el camino al éxito.

Al Hospital Especial Antituberculoso Dr. Julio Rodríguez, por permitir que nuestro trabajo de investigación se llevara a cabo dentro de sus instalaciones.

A nuestros abuelitos, Adultos Mayores del Hospital Especial Antituberculoso Dr. Julio Rodríguez, por aceptar ser nuestros sujetos de estudio, gracias a ustedes logramos delimitar la problemática en cuestión, para luego dar las posibles soluciones.

Leonor (leito), bibliotecaria de la escuela de Ciencias Sociales “LÉRIDA MATTEY” por brindarnos su ayuda incondicional, sin poner obstáculo alguno, te queremos leito.

A todos los profesores de la especialidad Trabajo Social, por brindarnos todos los conocimientos teóricos, metodológicos y técnicos durante la carrera.

A todos nuestros familiares, por brindarnos todo el apoyo incondicional que nos llevo a alcanzar este tramo.

Muy especialmente a nuestra tutora Ivonne Rodríguez, por siempre estar allí con nosotros, porque vive lo que enseña, porque enseña vivir, porque tiene el corazón atrapado por sus alumnos, por convertir nuestras asesorías

en una fiesta de la creatividad y de trabajo, y porque ama tanto y tan profundamente, nos asomó cada día a la bondad infinita del éxito.

Keyla Gómez y Alfredo Rivas

## **LISTA DE CUADROS**

<b>CUADRO N° 1 Sexo y grupo de edades de los pacientes que asisten a la Unidad de Diabetes y Medicina Interna.....</b>	<b>96</b>
<b>CUADRO N° 2 Estado civil del paciente Adulto Mayor.....</b>	<b>98</b>
<b>CUADRO N° 3 Lugar de residencia del paciente (Adulto Mayor) Unidad de Diabetes y Medicina Interna.....</b>	<b>99</b>
<b>CUADRO N° 4: Oficio o profesión del paciente (Adulto Mayor), de la Unidad de Diabetes y Medicina Interna.....</b>	<b>101</b>
<b>Cuadro N° 5 Existencia de personal profesional en los servicios de Diabetes y Medicina Interna, según opinión de los pacientes adultos/as mayores.....</b>	<b>110</b>
<b>Cuadro N° 6 Cantidad de personal médico que labora en las Unidades de Diabetes y Medicina Interna, según la opinión del paciente adulto mayor.....</b>	<b>112</b>
<b>Cuadro N° 7 Valoración sobre la atención y el trato que le proporciona el personal de la Unidad de Diabetes y de Medicina Interna al adulto mayor.....</b>	<b>114</b>
<b>Cuadro N° 8 Frecuencia con la que se realizan chequeos y revisiones integrales al Adulto Mayor en sus consultas.....</b>	<b>119</b>
<b>Cuadro N° 9 Existencia de vinculación entre el hospital y otras instituciones de salud, para remitir al Adulto Mayor.....</b>	<b>120</b>
<b>Cuadro N° 10 Existencia del mobiliario adecuado, para la atención del Adulto Mayor.....</b>	<b>122</b>
<b>Cuadro N° 11 Condiciones físico-ambientales adecuadas, en la Unidad de Diabetes del Hospital Especial Antituberculoso “Dr. Julio Rodríguez”</b>	

.....	124
Cuadro N° 12 Condiciones físico-ambientales adecuadas, en la Unidad de Medicina Interna del Hospital Especial Antituberculoso “Dr. Julio Rodríguez.....	125
Cuadro N° 13 Condiciones físico-ambientales adecuadas, en la Unidad de Diabetes y Medicina Interna, según opinión de personal especializado del Hospital Especial Antituberculoso “Dr. Julio Rodríguez.....	126
Cuadro N° 14 Sentimientos experimentados por los Adultos Mayores ante la enfermedad en su desenvolvimiento diario.....	129
Cuadro N° 15 Conocimiento de tratamiento y pronóstico según la evolución del paciente después del diagnóstico en la institución.....	134
Cuadro N° 16 Satisfacción con los servicios prestados por la institución según el paciente Adulto Mayor.....	139
Cuadro N° 17 Respeto de los derechos del Adulto Mayor en los servicios prestados, según los pacientes y especialistas.....	140
Cuadro N° 18 Fortalezas y Debilidades observadas por el Adulto Mayor y el Especialista en la institución.....	141
Cuadro N° 19 Recomendaciones sugeridas por el paciente y el Especialista para mejorar el servicio que presta la institución.....	145

## LISTA DE GRÁFICOS

7. Discapacidad: Al déficit físico, mental, sensorial, intelectual o visceral que cause alteración fisiológica, a las limitaciones en la actividad, y restricciones en la participación. Indica los aspectos negativos de la interacción entre un individuo, con una condición de salud y sus factores contextuales, ambientales y personales, ya sea de naturaleza permanente o temporal.....	75
9. Servicio social: A la intervención interdisciplinaria, metódica y científica, orientada a la atención general y especializada, institucionalizada, interna o ambulatoria, a domicilio, de rehabilitación y habilitación física, mental, sensorial, intelectual o social y de asistencia en general, para las personas protegidas por esta Ley.....	75
10. Atención integral: A las acciones destinadas a satisfacer las necesidades económicas, físicas, materiales, emocionales, sociales, laborales, culturales, educativas, recreativas, productivas y espirituales de las personas protegidas por esta Ley.....	75
14. Instituto Gestor: A la institución encargada en el ámbito nacional de la gestión de los servicios sociales destinados a garantizar la atención integral a las personas protegidas por esta Ley.....	75
15. Órgano Rector: Al Ministerio con competencia en servicios sociales al adulto y adulta mayor y otras categorías de personas.....	75
1. Autonomía: Respeto a la independencia, dignidad, capacidad de decisión, bienestar y calidad de vida, desarrollo personal y comunitario de las personas protegidas por esta Ley.....	75
2. Participación: Derecho y deber de las personas protegidas por esta Ley y de los ciudadanos y ciudadanas en general a insertarse e	

intervenir activamente en la formación, ejecución y control de la gestión pública del Régimen Prestacional regulado por esta Ley.....	75
Gráfico N° 1 Patologías que presentan los adultos/as mayores atendidos en el “Hospital Especial Antituberculoso Dr. Julio Rodríguez” .....	103
Gráfico N° 2 Conocimiento que tienen los entrevistados sobre los servicios que brinda el Hospital “Especial Antituberculoso Dr. Julio Rodríguez” .....	107
Gráfico N° 3 Consultas a las que asiste el Adulto Mayor en el “Hospital Especial Antituberculoso Dr. Julio Rodríguez” .....	109
Gráfico N° 4 Tiempo que tiene que esperar el Adulto Mayor, para recibir su consulta médica. ....	117
Gráfico N° 5 Evolución del paciente después del diagnóstico dado en la institución.....	131
Gráfico N° 6 Respuesta emocional del Adulto Mayor frente a su enfermedad, según pacientes y especialistas.....	136

## RESUMEN

Desde hace más de una década el tema de la vejez y la tercera edad, se ha posicionado como un área de atención creciente, permitiendo que las situaciones y problemas asociados a los adultos/as mayores dejaran de ser manifestaciones coyunturales y esporádicas para pasar a reclamar la preocupación de la comunidad internacional, los estados y la sociedad como grupo vulnerable. En ese sentido en Venezuela, desde el Ministerio del Poder Popular para la Salud, se llevan a cabo diversas iniciativas de atención primaria, para ofrecerle a esta población, servicios de medicina integral que redunden en el mejoramiento de su calidad de vida a través de una vejez activa y sana, por medio de instituciones de salud, distribuidas a nivel nacional, como el “Hospital Especial Antituberculoso De Oriente Dr. Julio Rodríguez”, en el Estado Sucre-Cumaná, al cual asiste un considerable número de adultos mayores, para ser atendidos en la Unidad de Medicina Interna y la Unidad de Diabetes. Es por ello, que en aras de analizar la implementación de los servicios médicos-asistenciales brindados a los adultos/as mayores en dichas unidades, se realizó el presente estudio, que se caracterizó por tener un diseño de campo, con nivel descriptivo. Se abordó a los 12 especialistas que laboran en los servicios referidos, y a una muestra de (202) pacientes de Medicina Interna y (351) pacientes de la Unidad de Diabetes, producto de un Muestreo aleatorio estratificado. A quienes se les aplicó un cuestionario y una encuesta semi-estructurada, que permitió en conjunto con la observación directa efectuada por los investigadores, concluir que en ambas unidades médicas, no se ofrecen servicios de salud integral. No existe una adecuación de la infraestructura y equipos médicos a las condiciones del paciente, aunado a que no cuentan con los insumos suficientes y el personal médico necesario, lo cual repercute negativamente en la calidad de atención que se le brinda al anciano sucrense.

**Palabras Claves:** Adulto Mayor, Salud integral, Diabetes y Medicina Interna.

## INTRODUCCIÓN

Desde hace más de una décadas el tema de la vejez y el envejecimiento se ha posicionado como objeto de atención creciente en América Latina, y el Caribe, permitiendo que las situaciones y problemas asociados a los adultos/as mayores dejaran de ser manifestaciones coyunturales y esporádicas, para pasar a reclamar la preocupación de la comunidad internacional, los Estados y las sociedades.

El envejecimiento de la población es uno de los fenómenos demográficos más importantes de finales de siglo, el cual ha generado profundas modificaciones en las estructuras sociales, económicas y culturales de los países desarrollados, y si bien Latinoamérica tiene la ventaja de aprender de dichas experiencias, en algunas circunstancias se diferencian de estos países, tanto en lo que atañe al proceso de envejecimiento, como a la estructura social y económica que enfrenta las consecuencias de este proceso.

De hecho en Venezuela, según datos aportados por el Instituto Nacional de Estadísticas (2012), mediante el censo realizado entre septiembre y diciembre de 2011, se mostró que la tasa de crecimiento en el país está descendiendo, mientras que más del 6,5% de la población, está representado por personas de la tercera edad, cuya esperanza de vida alcanza casi los 75 años, lo cual demuestra un aumento de casi dos puntos con respecto al padrón realizado en el país en el año 2001.

El aumento de la esperanza de vida en las sociedades avanzadas según Ríos, Ríos y Padial, citado por Mora, Mónica *et al* (2004). Afirma que como consecuencia de la estabilidad y el bienestar alcanzado, ha ocasionado un cambio radical en las pirámides demográficas, produciéndose una



transformación global

Por lo antes expuesto, el crecimiento de la población en edad avanzada es uno de los cambios sociales y demográficos más significativos de las últimas décadas, que implicará el aumento considerable en el número de personas de edad avanzada en el país, cuyas consecuencias son múltiples, no sólo para la población adulto mayor, sino para la sociedad en general, ya que se incrementan necesidades y demandas de atención integral que incluyen servicios de promoción en salud, alimentación, seguridad social, recreación y socialización, que deben ser consideradas por los gobiernos como garantes del bienestar de toda la ciudadanía.

A medida que se da el envejecimiento en el ser humano, ingresa en una fase de vulnerabilidad, producto de la aparición de diferentes patologías e incapacidades físicas y psíquicas, que se estima pueden dificultar sus relaciones con el entorno familiar y social, lo que convierte en un imperativo la implementación de acciones destinadas a fortalecer o desarrollar políticas sociales acordes con las personas que se encuentran en la etapa de la vejez para ofrecerles una mayor esperanza y calidad de vida.

En este sentido, el Ministerio del Poder Popular para la Salud a través del Instituto Nacional de Servicios Sociales INASS (2011), lleva a cabo varios programas de atención a la vejez, teniendo como Objetivo General “Evaluar, planificar y ejecutar las políticas, planes, programas y proyectos dirigidos a garantizar los derechos de salud, económicos, sociales y culturales de los adulto/as mayores, en articulación con la comunidad organizada e instituciones públicas y privadas”. Todo ello En pro de mejorar la atención primaria a esta población del país mediante servicios que se dispensan

través de diversas instituciones.

Estas iniciativas se desarrollan a nivel nacional y están reflejadas en cinco programas, que implican la operación de: unidades de gerontología, (con 28 residencias ambulatorias); Unidades de Atención, con modalidad ambulatoria (22 en total); guarderías geriátricas ambulatorias (59 establecidas); Casas hogares subsidiadas, con adultos mayores residentes (30 registradas), y por último, las gerogranjas ambulatorias (14 en funcionamiento).

Según informe de la Asamblea Nacional (2011).en cuanto a los Servicios Sociales.

El total de la población mayor de 60 Años, atendida por estos programas, es de 618.544 personas, y el déficit de atención es de 600 mil personas que gozan de uno u otro programa, pero no del sistema completo, ya que tal como se afirma allí, se tienen aún muchas debilidades como: falta de recursos humanos para atender la demanda, escasa participación comunitaria, infraestructura no adecuada para la ejecución de los programas y la falta de coordinación con otros organismos.

Esto deja en evidencia el desafío que se le presenta al país en los próximos años, en materia de atención a los adultos/as mayores, ya que de acuerdo a los propios funcionarios del Estado, esas fallas pueden convertirse en agentes de ineficiencia e ineficacia gerencial.

En ese mismo sentido, en el estado Sucre específicamente en la Ciudad de Cumaná, el “HOSPITAL ESPECIAL ANTITUBERCULOSO DR. JULIO RODRIGUEZ”, cuenta con una serie de programas dirigidos al adulto Mayor, especialmente en el área de salud, atendiendo a un gran número de estos. Según información obtenida en el Departamento de Historias Médicas (2011), estos presentan diversos cuadros clínicos entre los que se podrían

mencionar: Insuficiencia Vascular Periférica, Artrosis, Oste-Artrosis, Espolón Calcáneo, Displasia, Mastoiditis, Ormicomicosis, Enfermedad Bronco Pulmonar Obstructiva Crónica (EBOC), Hipertensión Prostática, Accidentes Cardio-Vascular (ACV), Diabetes Mellitus tipo I,II,III (DM); siendo importante señalar que estos dos últimos son los casos que gozan de un mayor número de pacientes en el hospital referido, que demandan una atención integral por parte de las áreas de Medicina Interna y Diabetes, para así posibilitar un mejoramiento en su calidad de vida.

Es por ello, que en aras de precisar el desarrollo de la asistencia que allí se brinda, se plantea la realización de este estudio para describir los servicios que implementa esta Institución en ambas unidades, (Medicina Interna y Diabetes), analizando la pertinencia de las acciones asistenciales que allí se adelantan, en beneficio del adulto mayor sucrense y en correspondencia con la normativa vigente.

Por consiguiente para el desarrollo de esta Investigación, se utilizó un tipo de investigación de campo, con un nivel descriptivo, a fin de caracterizar los servicios médico-asistenciales implementados en las unidades mencionadas anteriormente, recogiendo la información necesaria, mediante la técnica de la encuesta, que permitió la aplicación de un cuestionario y una encuesta semi-estructurada a una muestra representativa de: Usuarios, médicos y personal de asistencia que laboran en esta Institución.

El análisis de los resultados se realizó de manera cuantitativa representándose estadísticamente, por medio de cuadros y gráficos de frecuencia que admiten la visualización de los rasgos y características de los servicios prestados en las Unidades de Diabetes y Medicina Interna, facilitando su interpretación y valoración general.

De esta manera, el proceso seguido en esta investigación así como los resultados obtenidos, se presentan en este estudio, cuya estructura quedó conformada de la siguiente manera:

**Capítulo I:** Planteamiento del Problema: estuvo referido al problema y sus generalidades, objetivos que guiaron la investigación y los elementos que la justificaron.

**Capítulo II:** Marco Teórico: en él se exponen las consideraciones conceptuales del estudio, empezando por la definición de antecedentes de la investigación, bases teóricas (teorías que explican la ancianidad y las políticas públicas de salud que las favorecen), bases legales dirigidas a la población adulto mayor. Así como también, la operacionalización de las variables en estudio.

**Capítulo III:** Concerniente al marco metodológico donde indica tipo de investigación, nivel de la investigación, área de estudio, proceso de muestreo, técnicas y los procedimientos de la información (datos), validez y confiabilidad del instrumento, los cuales le dieron un soporte sustentable a la investigación.

**Capítulo IV:** Muestra el análisis de los resultados de la investigación

Para culminar se presentan las conclusiones y recomendaciones pertinentes que resumen los logros alcanzados en la investigación y finalmente el conjunto bibliográfico y anexos.

## CAPITULO I.

### PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

#### 1.1 Naturaleza del Problema

Las políticas públicas según: Pereira M, (2004). Han alcanzado en los últimos tiempos un considerable potencial de desarrollo, especialmente en lo relacionado a la conformación de redes para estimular la promoción de cambios y reformas en el Estado, con miras a alcanzar el bienestar social de todos los ciudadanos.

De allí que, la evolución y el tratamiento de las políticas públicas, dentro del marco de las ciencias políticas, exige la comprensión temática desde su aparición y desarrollo, asociándolas en un principio, con la expansión de ellas en el siglo XX debido al crecimiento del denominado “*Estado de Bienestar*”, aún cuando se pueden hacer coincidir sus inicios en áreas donde su competencia era escasa o nula (originalmente la seguridad social). Esta simbiosis entre un tipo de actividad y un determinado tipo de Estado, hizo que la relación se estrechara más con el tiempo, propiciando el estudio de las políticas públicas dentro de las estructuras estatales.

Actualmente, el entendimiento de las políticas públicas es mucho más amplio que la reducción a determinadas áreas del Estado central, o a determinados Estados particulares. De esta manera si bien se centra el estudio en la capacidad de gestión del poder público, es preciso definir que las políticas públicas son un componente de las ciencias políticas, que tiene por objeto la acción de las autoridades públicas en el seno de la sociedad, aunque en su diseño e implementación técnica, confluyen otras disciplinas como: el Derecho, la Economía, la Sociología e incluso la Ingeniería y Psicología. Por

ello, en un Estado de derecho, esta especialidad debe ser la traducción de las leyes sobre una determinada materia en regulación: educación, desarrollo social, salud, seguridad pública, infraestructura, comunicaciones, energía, agricultura, entre otras, en la búsqueda del logro de objetivos planteados en los planes de desarrollo nacional. Según Spiller y Tommasi: (2003) “La capacidad del Estado para implementar políticas públicas efectivas está altamente condicionada por las instituciones políticas existentes, las cuales son ideadas para la formulación, ejecución y administración de políticas y programas de cualquier sector a estudiar” (p.07).

Esto quiere decir, que son las diversas instancias de bienestar social, las responsables del resguardo y garantía de los derechos ciudadanos, al poseer funciones específicas para la atención y solución de los problemas que le aquejan, de forma eficiente y eficaz, especialmente en aquellos grupos poblacionales vulnerables, que por su propias características personales se encuentran limitados para su completo desenvolvimiento, tal es el caso de los niños (as), lactantes, adultos mayores y personas con alguna discapacidad, donde las funciones públicas deben acrecentarse.

De allí que, reconocer la dignidad de los adultos/as mayores es principalmente una obligación social que implica reconocerlos como sujetos de derechos que deben ser plenamente ejercidos y garantizados por el Estado y toda la sociedad. A su vez, es importante valorar que como seres humanos han tenido su propio desarrollo, a través del cual, han dado a la familia y a la comunidad en general, un aporte significativo para el desarrollo de otros.

No obstante en la cultura vigente (Servicio Nacional del Adulto Mayor SENAMA, 2006) no siempre se reconoce que los adultos mayores tienen los mismos derechos que los demás, ya que se les dificulta el derecho a seguir

educándose, es decir, tener acceso a las diferentes modalidades de educación que la sociedad brinda, igualmente al trabajo, aún cuando estén jubilados, y hasta al acceso en forma equitativa a los sistemas de salud, justamente cuando más lo necesitan. (P.05).

Por ello, es importante concientizar lo que implica envejecer en estos tiempos, para poder comprender cuáles son las repercusiones que tiene para el ser humano ese trato excluyente. Grimaldi Carmen (2009) en su trabajo "Etapas Evolutivas del Ser Humano", afirma que la vejez es el último ciclo en la vida de las personas, y que va desde los 60 años hasta la muerte, debido a que el estado anatómico se va degenerando por la continuidad del tiempo, lo cual permite apreciar su concepción de temporalidad.

Es evidente entonces que en proceso de envejecimiento comienza el desenlace en la vida de las personas, debido al desgaste orgánico que se prolonga en el tiempo y que a demás se puede evidenciar por la apariencia física.

Por otro lado Erickson Erik (1999), sustenta que el envejecimiento es un proceso continuo de crecimiento intelectual, emocional y psicológico, que comienza a los 60 años aproximadamente y se caracteriza por un declive gradual del funcionamiento de todos los sistemas corporales, que por lo general se debe al envejecimiento natural y gradual de las células del cuerpo.

De esta manera, se puede concluir que en esta etapa, progresivamente, el individuo empieza a percibir una disminución funcional de sus facultades neurofisiológicas, así como también decrecimiento de funciones psicofisiológicas y con el tiempo la desaparición de agudeza visual, auditiva y descenso en las capacidades psicomotrices, que terminan justificando la

aparición de innumerables enfermedades y trastornos generales, que ameritan de atención continua. Para ilustrar estos factores, se encontró que J. L. Guijarro, citando a Cape R. (2002) geriatra; habla del “Complejo en O de la geriatría”, el cual lo constituyen la incontinencia, la confusión mental, los deterioros de la homeostasis, las caídas y los trastornos iatrogénicos, además de la inmovilidad, inestabilidad y deterioro cognitivo.

De allí se entiende que en la etapa de la vejez, todo individuo por su tiempo de vida, siempre va presentar disminuciones morfológicas y fisiológicas que conllevarán a un desnivel general.

Es importante señalar, (J. L. Guijarro, 2002), que dentro de las enfermedades relacionadas con la vejez, las más frecuentes son: La Depresión, la enfermedad de Alzheimer, de Párkinson, Vascular Cerebral, la Diabetes, Miopía, Osteoporosis, Hipertensión Arterial, Enfermedad Articular Degenerativa, Enfermedad Isquémica del Corazón, Alergias, Alcoholismo, Artritis, Cáncer, Incontinencia, entre otras.

En un estudio canadiense realizado por Saposnik G, Cote R, Phillips S *al et*, (2008), se observó que el 38% de los pacientes internados por un accidente cerebro vascular (ACV) eran mayores de 80 años; demostrando que la incidencia de ACV aumenta con la edad. (p.39).

Por otra parte Alfaro Noé, Carothers María y Gonzales Yesica (2006) indican que existe a nivel mundial 135 millones de diabéticos y se espera que esta cifra se eleve a 300 millones en los próximos 25 años. Según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), este aumento será del 40% en los países desarrollados y el 70% en vías de desarrollo. Es por ello, que en el caso de los adultos/as mayores, la diabetes se ha convertido en una de las enfermedades más comunes. Si bien no se dispone de cifras precisas,



los datos señalan un porcentaje que se acerca al 30% de la población de más de 65 años en las sociedades occidentales, (p.154).

La Revista de Posgrado de la Cátedra Vía Medicina (2001) N° 105 también destaca la prevalencia de la Hipertensión Arterial (HTA), entre la población adulta es muy elevada, mencionando que las cifras halladas en 1.071 controles, fueron las siguientes: entre los 64 y los 74 años el 32.1 % de los varones y el 40.8% de las mujeres padecía HTA y en aquellos que superaban los 75 años la proporción fue del 40.8 % y del 40.3 % respectivamente para ambos sexos, a la vez que es indiscutible su importancia como factor de riesgo cardiovascular, la prevalencia aumenta progresivamente con el paso de los años manteniéndose e incluso elevándose su condición de factor de riesgo, (p.13-16).

Todo lo anterior, describe un panorama complejo y de cuidado para la vida en los últimos años, por lo que hablar de desarrollar “políticas públicas” para la atención de esa población, más que una opción es una obligación, tal como lo establece la Constitución Nacional de la República Bolivariana de Venezuela (CNRBV, 1999) en sus artículos 80 y 86.

La sociedad tiene que encontrar una respuesta positiva para que los adultos/as mayores ocupen en ella un lugar digno y no, como luego ocurre, sean considerados como una carga, un estorbo o hasta como una amenaza, especialmente si el núcleo familiar carece de los recursos económicos básicos para satisfacer sus necesidades.

A propósito de ello, es importante resaltar, que el Centro de Médicos Docentes Adaptógenos (2008), informó que cerca de 100 mil venezolanos padecen del mal de Alzheimer, agregando que existe casi un millón de personas de la tercera edad que sufren algún tipo de demencia o trastornos

cognoscitivos.

Toda esta situación en Venezuela, se empeora en vista de que el Instituto Nacional de Estadísticas INE (2012), señala que el 88% de los habitantes en etapa de vejez viven en situación de media pobreza; siendo los grupos comprendidos entre 60 y 92 años de edad los más vulnerables en estas circunstancias. Frente a lo cual, se han implementado en los últimos años, políticas públicas que atienden estos casos, en busca de un mayor bienestar al adulto mayor quien por vivir en situaciones de pobreza atraviesa por problemas de: alimentación, salud, educación y vivienda afectándose su nivel de vida.

De esta manera es importante mencionar lo contemplado en la Constitución Nacional de la República Bolivariana de Venezuela (1999), al respecto donde dice que: “Toda persona tiene derecho a la seguridad social como servicio público de carácter no lucrativo”. (Art. 86). Es decir, que la población adultos/as mayores y otras categorías de personas deben gozar de programas de atención integral para su bienestar social.

De allí que el Estado Venezolano debe buscar garantizar el derecho a la salud, a través del funcionamiento de diversas instituciones u organismos competentes, tales como el Instituto Nacional de Servicios Sociales (INASS), y otras instancias de atención integral.

El Instituto Nacional de Servicios Sociales (INASS), según Gaceta Oficial N° 38.270, publicada el 12 de septiembre de 2005, de la República Bolivariana de Venezuela, es un ente adscrito al Ministerio del Poder Popular para las Comunas y Protección Social, cuyo fin es garantizar el bienestar, la inclusión social y el respeto de los derechos de los adulto/as mayores y otras categorías de personas a través de su participación activa en la sociedad, a

demás, Venezuela cuenta con 35 Unidades Geriátricas adjuntos de este ente, las cuales tratan de valorar la dignidad humana y el ejercicio de sus derechos, brindándoles estadía, alimentación, educación, recreación y servicios de ambulatorios que repercute en el bienestar y el desarrollo en la etapa de la vejez.

Asimismo se desarrollan programas específicos en cada Estado y las leyes protectoras en el adulto mayor, se encuentra: la Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social, artículo n°1 Gaceta n° 5.891 fecha 31-07-2008 donde refleja que “El Sistema prestacional de previsión social, tendrá a su cargo los regímenes prestacionales entre ellos: Servicios Sociales al adulto mayor y otras categorías de personas; empleo; pensiones y otras asignaciones económicas; y seguridad y salud en el trabajo”; que tiene por objeto garantizar atención integral a los adultos/as mayores con el fin mejorar y mantener su calidad de vida bajo el principio de respeto a su dignidad humana.

Así mismo, con la creación de la Defensoría del Pueblo, como nueva dependencia estatal, se busca fortalecer las competencias en servicio públicos la promoción, defensa y vigilancia de los derechos humanos mediante la puesta en funcionamiento de la defensoría delegada con competencia nacional en el área de protección de los derechos del adulto/a mayor, según resolución publicada en la Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 38.935 de fecha 21-05-2008.

Todo ello, otorga a los servicios públicos de salud en Venezuela, un marco jurídico-asistencial creado por el Estado para proteger y proveer a los adultos/as mayores un trato digno y confortable, que se refleje en una buena alimentación, asistencia médica, recreación y el goce de prestaciones sociales.

El Estado Sucre, también goza de instituciones donde se ejecutan políticas públicas de salud, dirigidas a los adultos/as mayores Sucrenses, como es el caso del Hospital Especial Antituberculoso de Oriente “Dr. Julio Rodríguez”, ubicado en la Ciudad de Cumaná, el cual tiene como objetivo. “Garantizar la atención y la protección del adulto mayor, en pro de satisfacer sus necesidades prioritarias prestando servicios médicos asistenciales de primera calidad en lo que a tecnología se refiere”, al contar con dos salas de hospitalización, una Unidad de Diabetes, consultas de: Medicina General, Epidemiología, Cirugía General, Medicina Interna y Ginecología.

Dentro de todas estas áreas de atención, de acuerdo a visitas hechas por los autores y entrevistas no estructuradas realizadas al personal administrativo: Gómez Keliomar y directivo: Dr Herrera Rafael (25 de mayo del 2011), se pudo evidenciar que las que presentan mayor asistencia son: la Unidad de Diabetes y la de Medicina Interna, teniendo un 63% de pacientes atendidos que oscilan en edades comprendidas entre los 60 y 91 años presentando patologías como diabetes mellitus (DMT) tipo I, II y III, Hipertensión Arterial (HTA) y Accidentes Cerebro Vasculares (ACV o ACVA). Según fuentes estadísticas suministradas por el Jefe de archivo: (Incerny Elena Corina) del Hospital referido, la cifra de pacientes atendidos en estas áreas, para los últimos tres años asciende a **553**, los cuales son atendidos por **12** especialistas.

La cantidad de pacientes que asisten a estos servicios cada vez es mayor, tal como lo revela el Jefe de Historias Médicas: Incerny Elena Corina, quien plantea que en comparación con años anteriores esta cifra se ha ido acrecentando, llegando a afirmar que “en vista de la demanda creciente, en ocasiones se carece de especialistas y personal para la atención al usuario”. Al respecto, resulta oportuno mencionar que en la unidad de diabetes

laboran: **1** Diabetólogos, **1** Angiólogo, **3** Auxiliares de Enfermería y **4** licenciadas en enfermería trabajando en hospitalización (pie diabético), Mientras que en la Unidad de Medicina interna se tiene solamente a **1** Médico Internista con **1** auxiliar de Enfermería y **1** Secretaria.

Aunado a ello, Incerny, afirma que la mayoría de los pacientes que allí son atendidos son de bajos recursos económicos, lo que vendría a complicar el panorama al momento de adquirir los medicamentos e insumos necesarios. Según datos informales mediante una entrevista no estructurada, aplicada por los investigadores del presente estudio el 30 de mayo del 2011, a 7 de las 15 personas que estaban en espera para las consultas de diabetes y medicina interna, (adultos/as mayores) manifestaron a rasgos generales, las siguientes vicisitudes:

- El tiempo en espera es sumamente largo y tienden a impacientarse.
- Existe preferencia en algunos pacientes por ser conocidos de los especialistas.
- Muchas veces las citas de consulta son cambiadas, por no asistir los especialistas.

Todas estas manifestaciones, pueden afectar seriamente, la disposición del paciente a llevar a cabo los controles médicos requeridos, desmejorando por ende su calidad y expectativa de vida, al abandonar los servicios sin recibir la atención necesaria.

En tal sentido, surge el interés por describir las condiciones en las cuales se

desarrollan los servicios de Medicina Interna y Diabetes, para la población adulta mayor, con el fin de conocer cómo se desarrolla la atención médica en ellos en pro de un envejecimiento sano y activo.

En el marco de este análisis se plantean las siguientes interrogantes:

¿Qué tipo de atención le prestan al adulto mayor en los servicios de Diabetes Y Medicina Interna?, ¿es Integral?

¿Son adecuadas las condiciones físico-ambientales que poseen los servicios de Diabetes Y Medicina Interna, para los requerimientos físicos del Adulto Mayor?

¿Los programas que se desarrollan en las Unidades de Diabetes y Medicina Interna, permiten al Adulto Mayor un aumento de su calidad y/o expectativa de vida?

¿Se encuentra satisfecho el adulto mayor, que asiste a las unidades de Diabetes Y Medicina Interna, con el trato y atención recibida?

Estas inquietudes motivaron la realización del estudio orientado a estudiar dichos servicios medico-asistenciales, para la revisión de su implementación, en aras de identificar las fallas y/o problemas que se presentan, con la finalidad de elaborar recomendaciones que permitan la garantía, resguardo, apoyo y sostén de esta población, mediante el mejoramiento de la atención que se les brinda en el sistema de salud público de nuestro Estado.

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

### **1.2.1. OBJETIVO GENERAL**

“Analizar la implementación de los servicios médicos-asistenciales brindados a los adultos/as mayores en las Unidades de Diabetes y Medicina Interna del “HOSPITAL ESPECIAL ANTITUBERCULOSO DE ORIENTE “DR. JULIO RODRÍGUEZ” Municipio Sucre-Estado Sucre, 2012”.

### **1.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Precisar la atención que le brindan al Adulto Mayor en las Unidades de Diabetes y Medicina Interna.
- Describir las condiciones físico-ambientales que poseen las Unidades de Diabetes y Medicina Interna.
- Determinar la influencia que tiene la atención brindada en las Unidades de Diabetes y Medicina Interna, en la calidad y expectativa de vida de los Adultos Mayores atendidos”
- Indagar la satisfacción expresada por el adulto mayor, con la atención recibida en las Unidades de Diabetes y Medicina Interna.

## **1.3. JUSTIFICACIÓN**

En la actualidad el envejecimiento ha adoptado un enfoque preventivo, en vista de que las poblaciones más jóvenes ya se han empezado a educar

para tener mayor conocimiento de los cuidados y recursos disponibles, lo cual podría indicar que posiblemente, un número cada vez mayor de personas están destinadas a vivir sanas y a permanecer bien durante sus últimos años de vida, mostrándose interesados en mantener en buenas condiciones el corazón, los pulmones y los demás órganos vitales.

Sin embargo, hay que asumir, de manera realista, que el natural ciclo de la vida indicará una progresiva disminución de las facultades humanas, que trascenderán lo orgánico y se reflejarán en lo psico-social al interior de las familias. La composición demográfica de Venezuela está cambiando y según Instituto Nacional de Estadísticas INE, (2010), se estima que para el año 2026 habrá un incremento mayor del 75%, sobre la cifra actual de adultos/as mayores con 80 años. Siendo preciso, prever que muchas de estas personas necesitarán de servicios de soporte para seguir viviendo.

El proceso del envejecimiento es complicado y abarca todo el organismo, este indica cambios que se deben a un programa genético interno. Así, como el crecimiento y desarrollo sigue un calendario, igual lo hacen la madurez, el envejecimiento y la muerte. En el momento en el que la mayoría de las personas llegan a los 65 años de edad, han experimentando numerosas tensiones, alguna de las cuales han pasado una factura considerable a sus vidas.

Los riesgos que afectan la salud se presentan en distintas formas, algunas son biológicas y muchas de ellas son heredadas. Otras, son resultado de la conducta individual de las personas; de igual modo, están aquellas que se originan por el ambiente en el que los sujetos se encuentran, cuya influencia cae sobre la salud. En definitiva, el medio físico-ambiental, las condiciones socio-económicas, y las relaciones socio-afectivas constituyen aspectos vitales.



El Estado Venezolano debe garantizar a los adultos/as mayores el pleno ejercicio de sus derechos y garantías, mediante la participación solidaria de sus familiares y la sociedad toda, estando obligado a respetar la valoración de su dignidad humana y su autonomía, brindándoles todo un marco de beneficios de seguridad social que eleven y resguarden su calidad de vida, además de pensiones y jubilaciones. De allí que los entes con competencias en la asistencia del adulto mayor tienen que darle seguimiento y control a sus políticas a los fines de resguardar los derechos económicos, sociales y culturales de esta población, en articulación con la Comunidad Organizada e Instituciones públicas y privadas, como es el caso del Instituto Nacional de Servicios Sociales (INASS).

Es por ello, que las políticas públicas que de ésta instancia provenga deben estar acorde con las necesidades y exigencias actuales del adulto mayor y en correspondencia con lo estipulado por la normativa vigente, donde se hace referencia al derecho de los mismos a recibir una atención integral.

El Sistema de salud público, no escapa de ello, sino que por el contrario es de vital importancia para que el adulto mayor pueda tener una calidad de vida aceptable para vivir sus últimos días, ayudándolo en la remisión y control de sus padecimientos. Son muchos los factores que pueden incidir o perjudicar a los adultos/as mayores al acudir a instituciones públicas, entre las que se pueden mencionar: la carencia de vínculos afectivos o situaciones familiares conflictivas, el nivel de ingreso disminuido o insuficiente, el aumento de dependencia, el descenso a nivel de empleo y la problemática asociada a la crisis del sistema de seguridad social, entre otros, lo cual coloca al anciano en una situación de vulnerabilidad extrema, que sólo puede ser empeorado si el servicio que recibe es malo o deficiente.

En este contexto surge el interés de la investigación debido a que se hace

necesario conocer y profundizar sobre los servicios medico-asistenciales implementados, específicamente en las Unidades de Diabetes y Medicina Interna del “HOSPITAL ESPECIAL ANTITUBERCULOSO DE ORIENTE “DR. JULIO RODRIGUEZ” Municipio Sucre-Estado Sucre.

Entre las motivaciones que surgieron para la investigación se encuentran la necesidad de analizar la atención prestada por dichos servicios, concretamente en algunos aspectos que puedan indicarnos; ¿Cuáles son los programas desarrollados en las unidades de diabetes y medicina interna? y dentro de esta: ¿cómo son las relaciones médico- paciente?, ¿cuál es el estado de salud general de los pacientes?, ¿cuáles son los servicios médicos que reciben?; y la influencia que esto tiene en la calidad de vida de los beneficiarios.

De esta manera, se pretende describir y comprender el funcionamiento de los servicios mencionados, para de esta forma identificar fortalezas y debilidades que podrían estar incidiendo en la efectividad de las acciones emprendidas en ellos. Así como también se buscará llamar la atención acerca de la necesidad de un mayor acercamiento y una mejor intervención por parte del Estado y la sociedad civil en lo que respecta a esta población longeva, la cual es una realidad que debe interesar a todo el colectivo.

Igualmente este estudio, servirá de marco referencial para organismos públicos y privados, relacionados con la implementación de políticas de salud en adultos mayores, al brindar información importante sobre el devenir que está teniendo la atención en salud a la tercera edad en el estado Sucre, promoviendo la toma de decisiones necesaria para su mejoramiento.

Y por último, no se puede obviar el aporte teórico que representará para la Universidad de Oriente, Núcleo de Sucre, y en especial para los cursantes de

la carrera de Trabajo Social, debido a que la Investigación servirá para profundizar conocimientos sobre el área de intervención de la Tercera edad, que de acuerdo a los pronósticos será cada vez más demandada.

## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO

#### 2.1 ANTECEDENTE DEL PROBLEMA.

Para ilustrar este apartado se consideró pertinente reseñar el abordaje histórico del tema en cuestión.

##### **Históricos.**

El estudio del envejecimiento y la salud ha sido planteamiento perenne en la historia de la humanidad.

En la Grecia clásica, Hipócrates (1236), liga el envejecimiento al desarrollo, dictaminando que el periodo de una vida es siete veces superior al de su desarrollo como Adulto. Aristóteles es el primero que aborda ampliamente una teoría del envejecimiento por causas en los pequeños tratados “Sobre la duración y brevedad de la vida”, “Sobre la vida y la muerte” y “Sobre la respiración”.

En la edad media y en renacimiento encontraron a Roger Bacon (1236), quien en su obra titulada “*La cura de la Vejez y la preservación de la juventud*” explica el envejecimiento en términos de calor y humedad, obviamente no contando con los conocimientos médicos modernos y su glosario. Así también en esta época encontramos a Francis Bacon en su obra “*La historia de la vida y la muerte*” sugiriendo que para evitar el envejecimiento hay que evitar que “la humedad se escape por la piel” e indicando variedad de aceites y pomadas para evitarle.

La gran síntesis sobre los conocimientos médicos del envejecimiento la lleva

a cabo Gabriele Zerbi en 1489 con su obra “Gerontocomiasclicet de senum cura atquevictu”. Siendo todo esto previo al periodo de la ciencia ilustrada.

En el siglo XIX y principios del XX los conocimientos sobre organismos vivos y sus procesos ya estaban profundamente transformados por el desarrollo de los conocimientos genéticos y los avances en la teoría celular. Ya se conocía a Darwin y a Pasteur y se formulaban teorías evolutivas acerca del envejecimiento y de orden biológico como el envejecimiento por causas microbianas.

#### 2.1.1. Antecedentes Internacionales:

Sobre el tema de la vejez y servicios medico-asistenciales se han realizado una pluralidad de investigaciones. En este apartado de la investigación, se presenta la revisión bibliográfica, hemerográfica y electrónica, de todos los contenidos que se consideraron perentorios en el marco teórico con inherencia al problema en estudio; los cuales son:

**García María, (2007);** Guadalajara, Jalisco estudiante del “Instituto Tecnológico De Estudios Superiores De Occidente”, en su reporte **“La vejez desde la vejez: La muerte y el morir en el anciano del Asilo San José”**, tuvo como objetivo principal “conocer la situación en que viven los Ancianos para comprender y reflexionar acerca de la problemática que significa “ser Viejo en una sociedad de consumo”.

Entendiéndose esto principalmente por el interés que se tiene por la vida y el envejecimiento, en la historia de la humanidad, entre los que sobresalen dos aspiraciones invariables a través de distintas culturas y momentos históricos, la inmortalidad y la búsqueda de la longevidad. “Distintos mitos como el “Elixir de la vida” buscado por los alquimistas o la “fuente de la vida”, presenta en distintas culturas (hebrea, griega, romana) desde la antigüedad

hasta hoy, reflejan bien la preocupación por la prolongación de la vida.

También explica la autora que ciertos vestigios de estos mitos perviven en la sociedad actual: consumo de vitaminas (por ejemplo, vitamina C), tratamientos termales anti-envejecimiento, dietas especiales, programas de ejercicio físico intensivo, entre otros, y forman parte de los métodos que se proponen para mejorar la vitalidad y la longevidad". Aunque morir es siempre un proceso individual, es también un acontecimiento que afecta asimismo a aquellos que, de alguna manera se relacionan con quien ha muerto.

La muerte adquiere por consiguiente, una dimensión social. Pero, al mismo tiempo y como consecuencia de ello, las actitudes y comportamientos que cada persona adopta ante el hecho de la muerte, sea propia o sea ajena, son el resultado de la conjunción, por un lado de las características y circunstancias individuales y, por otro, del concepto y sentido de la muerte imperante en la sociedad de ese momento y lugar.

Ante los efectos de este, nos aclara que en el período evolutivo es frecuente la aceptación de la muerte y una mayor conciencia de que se acerca la muerte propia, lo que no está tan evidente ni generalizado es que los Ancianos deseen esa muerte, no valoren vidas o no sientan el mismo temor y Ansiedad que los más jóvenes ante la idea de "dejar de ser". Por ello, y porque todos los que ahora estamos "jóvenes", llegaremos en el mejor de los casos, a alcanzar esa "Tercera Edad", es por lo que se debería contribuir a que la muerte de cada uno de esos Ancianos que están próximos a nosotros adquiriera, como mínimo, el mismo significado que la muerte de cualquier otra persona haciéndolo sentir tan queridos, valorados y dignos como todos, independientemente de nuestra edad y de las circunstancias en las que nos encontremos, deseamos y esperamos.

Otra investigación realizada por **Castrillón Gutiérrez Sofía Carolina y Montoya Silva Ana Lucía**, en el año (2010); Lima Perú en el Municipio Distrital de Cayma-Arequipa-, sobre un ***“Estudio descriptivo de casos múltiples de los Ancianos de la Unidad de Atención a la Tercera Edad que presentan depresión moderada con relación a su situación de institucionalización”***, el cual tiene como Objetivo General: “Conocer la influencia de los hábitos alimenticios y la actividad físicas en la salud integral del Adulto Mayor”, Donde para todos ellos se introduce una aproximación teórica al estado emocional en relación con la institucionalización y a la ocupación de los ancianos. Al introducirse en este tema se quiso realizar una interpretación del estilo de vida y las implicaciones psicosociales de esta comunidad principalmente de aquellos ancianos que para el momento del estudio presentaban un cuadro de depresión moderada. A partir de esto, y de la discusión final de la investigación, se plantean unas recomendaciones y propuestas de acción que permitan enriquecer la calidad de vida del anciano institucionalizado y a su vez todos los procesos que faciliten este objetivo.

**Santos Edgard y Del Pilar Andrea (2002), en Bogotá (Colombia), Proyecto de Atención para el Adulto Mayor en pobreza, en Usme-Sumapaz.** Cuyo objetivo fue: Describir la manera de implementar el proyecto “Atención para el Bienestar del Adulto Mayor en pobreza en Bogotá” del Centro Operativo Local (COL) de Usme-Sumapaz Este proyecto fue asesorado por el Departamento Administrativo de Bienestar Social (DABS) y elaborado por este estudio descriptivo, para establecer el modelo de implementación y disminuir la vulnerabilidad, motivado por el fenómeno de envejecimiento que se ha venido registrando en los últimos años en la capital; esta creciente dinámica “induce a la previsión y desarrollo de políticas para atender a la Vejez de la población y especialmente la de aquellas personas en situación de pobreza y miseria que, durante su vida laboral y productiva, no estuvieron cobijados por

la seguridad social”.

Básicamente el objetivo fue concebir unos servicios de bienestar básicos, sostenibles y viables, que tengan efectivo impacto social para la ciudad, de tal manera que trasciendan a las administraciones y se garanticen su permanencia en el tiempo. En general el plan se refiere al mejoramiento de la calidad y aumento de la cobertura de servicio a grupos vulnerables; y entre otras acciones, comprende el mejoramiento de condiciones de estructura física y dotación de las unidades operativas, las estrategias de atención a jóvenes y del programa especial para la población de las personas de la Tercera Edad. Para este estudio llama la atención el hecho de que el proyecto “Atención para el Adulto Mayor en pobreza, en Usme-Sumapaz” pareciera resolver “todos” los problemas y necesidades de la población pobre y vulnerable que son los Adultos Mayores.

Desde esta perspectiva dar una mirada al proyecto y encontrar sus precisiones y falencias dadas las mismas características del caso y a la vez descubrir en su aplicación las acciones complementarias que realiza frente a los problemas de vulnerabilidad y pobreza de los Adultos Mayores, de por si se convierte en una característica de interés para estudiarlo.

A nivel general, finaliza considerando que Colombia debe construir una política social que exprese las necesidades de la colectividad, que sea alcanzable en términos de plazos, metas y financiación, acorde con los objetivos económicos del país. Los principios rectores tal como lo expresa la Comisión Económica para América Latina (CEPAL), deben ser la universalidad, la solidaridad, la integralidad, la eficiencia y la transparencia en las metas, objetivos y medios.



### 2.1.2. Antecedentes Nacionales:

Lara, Peroza Krigmar, Querales Francy y Silva María (2009), en su trabajo Modelo de Gestión Geriátrica Unidad Gerontológica “Doña María Pereira de Daza”, Ubicado en El Manzano, Municipio Iribarren del Estado Lara; basado en el objetivo “Determinar la calidad de los cuidados de enfermería dirigidos al Adulto Mayor en la unidad gerontológica (Doña María Pereira de Lanza)” En Venezuela, Barquisimeto Estado; en el cual utilizo la modalidad de Investigación cuantitativa de Campo Tipo Descriptiva de corte transversal manejando una población de 20 adulto mayores que residen en esta unidad.

Afirmó que los cambios que está viviendo este país actualmente crea en las organizaciones la necesidad de adoptar nuevos enfoques y maneras de operar que les permita responder con rapidez y eficiencia a las nuevas condiciones del país.

En cuanto a los resultados obtenidos en esta investigación referente a la calidad de los cuidados de enfermería dirigidos al Adulto Mayor en esta unidad “Doña María Pereira de Lanza”, según la dimensión del cuidado humano se encontró que el 80% de la población estudiada refirió que siempre la enfermera examina, lo cual corresponde con la etapa de valoración del proceso de enfermería que según Hernández (2003), refiere que la valoración se define como el acto de realizar una situación con el propósito de emitir un diagnóstico acerca de los problemas del paciente, es el proceso organizado, sistemático y deliberado de recogida de datos procedentes de diversas fuentes para analizar el estado de un paciente y poder establecer conclusiones posteriores.

Así mismo el 85% de la población encuestada en ese mismo año, se refirió que durante un procedimiento si no está de acuerdo con el mismo se respeta

su decisión lo que se relaciona con la anatomía que está inmersa dentro de los principios bioéticos que según Salas (2004), se refieren a que la anatomía y la cualidad inherente al hombre, le permiten elegir y actuar de forma razonada, obrando lo que consideran bueno o malo.

Una vez analizados los resultados se concluyen que según la opinión de los Adultos Mayores en relación a la calidad de los servicios de enfermería en la dimensión del cuidado humano, las enfermeras en algunos casos los tratan con respeto, amabilidad e igualdad así como también en la atención personalizada y el respeto de su autonomía cuando ellos se niegan a algún procedimiento.

Con respecto a la dimensión del cuidado oportuno, parcialmente reciben la atención de enfermería de manera inmediata cuando ellos lo solicitan, en parte les entienden sus problemas y necesidades así como también los cuidados que les proporcionan pueden llegar a satisfacer sus necesidades. A partir de este escenario es donde entra en acción la gestión de Atención Integral al Adulto Mayor, concebido como la satisfacción de los usuarios en estado de vulnerabilidad y con edades iguales o mayores a 60 años, quienes requieren del servicio prestado por los centros públicos de Atención Geriátrica.

Así, en este contexto y con el apoyo de la herramienta gerencial del enfoque sistémico y en el marco de la gerencia social se estimó proponer estrategias que permitieran guiar el cambio hacia el éxito mediante la generación de un modelo de gestión geriátrica para el INAGER Unidad Gerontológica “Doña María Pereira de Daza”.

Reyes Valles Lila (2003), en la Universidad Experimental Francisco de Miranda-Corbo Estado Falcón en su estudio Titulado: “Investigación

Gerontológica y Políticas Sociales de Atención al Adulto Mayor en Venezuela” basado en el objetivo: Analizar la problemática social de la vejez en Venezuela reportada, por la investigación gerontológica desarrollada por la universidad venezolana, el cual fue enfocado en un estudio descriptivo y de tipo documental, permitió establecer la correspondencia y pertinencia entre las políticas y programas sociales para la Tercera Edad implementados por organismos gubernamentales del país y las necesidades reales del Adulto Mayor y allí el interés en determinar, de acuerdo a los resultados y hallazgos de la investigación gerontológica realizadas en diferentes universidades de Venezuela.

Los resultados de esta investigación indicaron que existe una baja correspondencia entre las políticas y programas con las necesidades y problemas reportados por la investigación gerontológica; los programas, actividades y acciones desarrolladas por los organismos gubernamentales para la atención integral del adulto mayor, se polarizan a satisfacer las necesidades fisiológicas (salud y alimentación), minimizando la satisfacción de otras necesidades básicas de igual importancia para el bienestar social del Anciano (afectivas, recreativas, educativas, de trabajo y de seguridad económica).

Roth (André Noel 2008), elaboró una Investigación en la Universidad de los Andes, que lleva por Título *“El análisis de las políticas públicas y sus múltiples abordajes teóricos ¿Una discusión irrelevante para **América Latina?**”*, su Objetivo General fue “Analizar las investigaciones realizadas en materia de Políticas Públicas según perspectiva de Jean-Claude Thoenig en la sociedad Venezolana”.

El autor realizó la Investigación de carácter descriptiva, utilizando la metodología documental de bibliografía especializada. En el que concluyó

que las Políticas Públicas pueden ser más efectivas si son aplicadas en sistemas donde el Poder Político se encuentre descentralizado, alegando que la especialización de los niveles del Estado mediante la descentralización, permiten mejorar la relación costo-beneficio de las Políticas, ya que la autonomía y la proximidad de los gobiernos locales permite la integración de las políticas públicas.

Esta Investigación narra que se han realizado debates sobre el análisis de Políticas Públicas a partir de los años '80 donde han aparecido una serie de propuestas alternativas tanto en Estados Unidos como en Europa y que estos debates salvo contadas excepciones no han traspasado los límites de los círculos americanos y europeos. El objetivo de esta investigación es reconocer la importancia de que estos debates se realicen en el contexto latinoamericano y llamar la atención sobre la necesidad para la ciencia política latinoamericana de una reflexión propia en la materia.

#### 2.1.3. Antecedentes Locales:

Según Córdoba, Ofelia y Córdoba, Marlenys, de la Universidad De Oriente, Núcleo de Sucre año (2002), Cumaná la cual Titularon: "Factores socio-familiares que inciden en la aparición de la depresión en los Ancianos de la comunidad de Cantarrana Cumaná, Estado Sucre", seguido de su objetivo Determinar los factores socio-familiares que inciden en la aparición de la depresión en los ancianos.

En su estudio realizaron la Investigación de Campo, con un nivel de Investigación Descriptiva enfatizando la importancia que representa para las personas de la Tercera Edad, el manejo adecuado de su situación dentro del entorno familiar, por parte de sus parientes; tomando en consideración que muchos de ellos padecen de estados depresivos que pueden ser originados

por diversos factores, bien sean de orden biológico a causa del envejecimiento natural de las personas, o debido a factores socio-familiares tales como la pérdida del cónyuge o de otros seres queridos, frustración afectiva, distanciamiento progresivo de sus familiares, desplazamiento hacia asilos, y disminución de los niveles de comunicación, entre otros factores que influyen en el estado de ánimo de los Ancianos.

Por su parte también Andarcia Sairi, (-2009), Carúpano en su estudio de pasantía titulado: Atención social a los Adultos Mayores y/o Adultas Mayores integrantes de la aldea de encuentro “La Milagrosa” asistidos en el Centro de Servicios Sociales Residencial “José Manuel Suniaga”, planteándose como Objetivo: Generar un proceso de intervención desde la perspectiva del Trabajo Social, para el fortalecimiento de la Atención Social del Adulto Mayor, integrantes de la aldea de encuentro “La Milagrosa” asistidos en el centro de servicios sociales residencial “José Manuel Suniaga”.

Esta Investigación fue de Campo, con un Nivel Descriptivo, encontrando a través de sus pasantías exhaustiva las siguientes situaciones-problemas: infraestructura; no cuentan con un lugar estable para realizar sus actividades diarias, la alimentación no cubre sus requerimientos alimenticios y de nutrición, relaciones familiares poco asertivas, un porcentaje de los adultos mayores no cuentan con una ayuda económica por parte de ningún ente, en la institución no les brinda con frecuencia actividades recreativas y de esparcimiento, reciben malos tratos por parte de la sociedad.

En virtud de ello; la pasante elaboró y diseñó proyectos en dicha aldea, logrando generar un proceso de intervención desde la perspectiva de Trabajo Social, brindándoles así a los Adultos Mayores ambulatorios una atención integral donde la parte social fue primordial en el logro de los objetivos propuestos. Pudiendo así contrarrestar las atenciones y tratos recibidos en la

aldea. El diagnóstico social elaborado por la pasante pudo dar a conocer los principales problemas que presenta los Adultos Mayores integrantes de la aldea y así pudo realizar un programa basado en cuatro (4) proyectos dirigidos a brindarles una Atención Social desde la perspectiva del Trabajo Social. Encontrando que el entorno familiar influye de manera determinante en las actitudes y el desenvolvimiento de los adultos mayores dentro de la aldea de encuentro, ya que los mimos en las actividades diarias expresan apatía, depresión y tristeza a causas del trato recibido en el hogar.

Por otra parte, les aplicó a los familiares una entrevista en donde se pudieron conocer opciones en cuanto al apoyo familiar, ayuda económica, trato recibido, relaciones interpersonales, comunicación, cuidado y expectativas. También le llamó la atención, la recreación que cumple un papel fundamental en el proceso de envejecimiento, debido a que los adultos mayores en su mayoría son excluidos en el contexto social por su condición de vulnerabilidad, lo cual los hace sentirse desplazados y solos, ocasionando estados depresivos que pueden terminar enfermándolos; es por ello que en esta etapa de la vida las personas mayores deben ser incluidas en programas recreativos y del uso del tiempo libre para así contribuir con su salud física, mental y social.

En este mismo orden, también se encuentra, Velásquez Anyuramis y Thahanian, Maribel (2007), Cumaná, en su Trabajo de Grado. Evaluación del programa “Abuelos de Sucre” implementado por la Fundación para el Desarrollo Social del Estado Sucre, se propusieron el siguiente Objetivo: Evaluar el programa “Abuelo de Sucre” implementado por FUNDESOES, en el Municipio Sucre Estado Sucre, tomando en cuenta 5 parroquias en el lapso 2005-2006. Que en base a esto obtuvo como resultado, que el personal entrevistado expresó que los objetivos del programa se presentan

de manera clara y precisa en cuanto a las necesidades y características de la población anciana, sin embargo pudieron observar que la realidad era otra, ya que en su proceso de recolección de información institucional el personal que labora, desconoce en su totalidad la esencia del objetivo como tal, ya que en el momento se les brindaron una respuesta concisa en relación al objetivo del programa. Por otro lado, consideraron que el objetivo aun se mantiene en vigencia y no se ha modificado desde su propuesta inicial. En tal sentido, se considera que existe una desarticulación entre el objetivo del programa y las necesidades sentidas de la población beneficiaria.

En este mismo orden se consideró pertinente para efectos del problema planteado, hacer mención al siguiente apartado que aunque no cumple con los lineamientos de antecedentes de investigación de algún modo enriquece el bagaje teórico del presente estudio.

Proyecto de Declaración Universal de los Derechos del Adulto Mayor, Adolfo Taylhardat, (2002), donde propusieron a la Comisión de Derechos Humanos del Parlamento Latinoamericano la elaboración de una “Declaración” sobre los derechos de ese sector de la población con vistas a su presentación en la Cumbre Mundial sobre el envejecimiento que se realizaría en Madrid. Esta iniciativa fue acogida y se contrató al Doctor Demetrio Boersner como consultor externo del Grupo Parlamentario Venezolano del Parlamento Latinoamericano para que elaborara el Proyecto. El texto del Proyecto recibió, en ese orden, la aprobación del Grupo Parlamentario Venezolano del Parlamento Latinoamericano, de la Comisión de Derechos Humanos y del Parlamento Latinoamericano. El PARLATINO designó al Diputado Taylhardat para que presentara el Proyecto en la Cumbre de Madrid sobre el envejecimiento celebrada en abril de (2002).

Considerando que el mundo actual está viviendo una revolución demográfica

que se traduce en una disminución universal de las tasas de natalidad y de mortalidad y en un aumento cada vez más acelerado del número de Adultos Mayores de sesenta años (60); y se estima que entre los años 1950 y 2000 la población mundial de Adultos Mayores ha aumentado de 200 millones a 550 millones, y que para el año 2020 se prevé una cifra no menor de 1.000 millones y que para el año 2050, previsiblemente la relación entre el grupo de los Adultos Mayores y la población total será de 1:4 en los países desarrollados entendiéndose muy bien que el aumento del número de Adultos Mayores es muy rápido en los países en desarrollo, y que para el año 2025 éstos contendrán un 71 por ciento de la población mundial de Adultos Mayor.

Por otra parte, el envejecimiento global tendrá hondas repercusiones en la relación entre productividad económica y gasto social, y que afectará no sólo al grupo de las personas de edad, sino también a las generaciones más jóvenes y al equilibrio social en su conjunto, así como también que por efecto de los fenómenos de la urbanización, la industrialización, y la transición del predominio de la familia grande multigeneracional a la influencia de la familia nuclear bigeneracional.

Hoy en día los Adultos Mayores se encuentran menos protegidos e integrados familiarmente que en épocas pasadas y para ello las Naciones Unidas ha realizado esfuerzos para sensibilizar a los pueblos y gobiernos del mundo sobre la importancia del problema de los derechos de los Adultos Mayores, desde la Asamblea Mundial de “Viena” sobre el Envejecimiento en 1982, pasando por el Plan de Acción Internacional adoptado por la Asamblea General, los cuatro exámenes y evaluaciones realizadas entre 1985 y 1996, las recomendaciones de la Conferencia de “El Cairo” sobre Población y Desarrollo en 1994, y las iniciativas tomadas durante el Año Internacional de



las Personas de Edad, (1999).

No obstante, todavía no existe una sensibilidad universal suficiente para encarar con pleno éxito el reto de la revolución demográfica, constatándose incluso cierto grado de regresión en los esfuerzos de algunos países entre 1992 y 1996.

Sin duda alguna los adultos mayores continúan sufriendo discriminaciones etarias, siendo considerados en muchos casos como un sector poblacional que requiere costos crecientes para una inversión social que no tendrá condiciones de revertirse a la sociedad y por último, que el Adulto Mayor es amparado como ser humano igual en derechos a todas las demás integrantes de la sociedad, por la Declaración Universal de los Derechos Humanos (art. 25, numeral 1), el Plan de Acción Internacional de Viena sobre el Envejecimiento, la Resolución de la Asamblea General de las Naciones Unidas Nº. 40/30 de 29-11-85, la Resolución de la Asamblea General de las Naciones Unidas Nº. 44/77 de 8-12-89, y la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo en su Informe Final (Doc. A/CONF.17/13 de 18-10-94).

En conclusión la presente Declaración Universal de los Derechos del Adulto Mayor como ideal común por el cual todos los pueblos y Estados deben orientar sus esfuerzos dirigidos a lograr que la importante y creciente porción de la población global constituida por personas de edad pueda disfrutar en el futuro de los derechos del bienestar y del reconocimiento social que le corresponden no sólo por sus servicios pasados, sino también por los que todavía está en capacidad y en disposición de prestar.

Todas estas Investigaciones y propuestas se relacionan con el tema en estudio, debido a que permiten apreciar diferentes autores de las Políticas

Públicas de salud dirigidas al adulto mayor, tanto en nuestro país como en otros lugares del mundo, mostrando conceptos básicos y aportes para que el lector pueda familiarizarse con ellos y abordar la realidad del Estado Sucre.

## **2.2 BASES TEÓRICAS**

El presente aspecto fue abordado desde diversas teorías sociales y enfoques que intentan explicar los requerimientos que deben cubrir los servicios públicos en la etapa de la vejez, desde un punto de vista bio-psico-social y gubernamental, orientados más allá de los cambios y cuidados físicos y biológicos que se experimentan en esta etapa de la vida humana, lo que resulta de vital importancia para la presente Investigación, representando el punto de referencia para el abordaje de la población que acude a las Unidades de Medicina Interna y Diabetes, del “HOSPITAL ESPECIAL ANTITUBERCULOSO DE ORIENTE “DR. JULIO RODRIGUEZ” Municipio Sucre-Estado Sucre.

### **2.2.1 Teorías Bio-Psico-Sociales en La Vejez**

La etapa del envejecimiento es sumamente compleja y variable deberá verse desde perspectivas diferentes para explicar así los cambios de conducta. García María (2007), manifiesta que las personas envejecen conforme a tres dimensiones biológica, psicológica y social.

El envejecimiento biológico se relaciona con los cambios físicos y con frecuencia se concibe como el punto en el cual los individuos agotan su potencial biológico. La edad psicológica de una persona se define por el nivel de capacidades de adaptación que esté en funcionamiento. Mientras que la edad social de una persona se puede definir por las diferentes funciones sociales que asume.

### **Proceso de Envejecimiento.**

El envejecimiento es un proceso continuo, universal e irreversible, sería el resultado de un desgaste progresivo de la capacidad de adaptación que tiene cada individuo. No existe una teoría de envejecimiento que lo explique todo, existen muchas, en un análisis extenso de éstas, Goldstein y colaboradores la dividen en dos grandes categorías: las teorías estocásticas, que afirman que el proceso de envejecimiento sería la consecuencia de una serie de factores, intrínsecos y extrínsecos que interactúan a lo largo del tiempo y las teorías no estocásticas, que opinan que el envejecimiento estaría predeterminado por la carga genética de cada individuo. Según Thomae, (1968) refiriéndose al envejecimiento lo expresa de la presente forma: El envejecimiento se ve afectado en forma diferencial por la herencia biológica, el comportamiento individual y todo un rango de factores sociales, ambientales, culturales y políticos. El envejecimiento es primero un destino social y segundo, una modificación funcional u orgánica.

### **Cambios propios de envejecimiento:**

Desde la perspectiva psicosocial (Moreno, 2004), los cambios que se generan en el envejecimiento ocurren en los ámbitos de cambios biológicos que corresponde a todos los cambios orgánicos que afectan sobre sus capacidades físicas y asociadas a la edad; cambios psíquicos que se traduce en cambios en el comportamiento, auto-percepción, conflictos, valores y creencias; y los cambios sociales que estudia el papel del adulto mayor en la comunidad.

### **Cambios biológicos:**

(Moreno, 2004). También afirma que las atribuibles con los cambios característicos del avance de la edad tienen lugar en el organismo (ejemplo,

disminución de la agudeza visual, capacidad auditiva o el vigor físico).

La disminución de la competencia fisiológica lo hace más vulnerables en la composición química de su cuerpo a medida que van pasando los años. Hay una disminución de la masa muscular y aumento de las grasas; un incremento del pigmento lipofusión en algunos tejidos y en las interconexiones de algunas moléculas, como el colágeno. Se produce cambios degenerativos en el ritmo de filtración glomerular, como al ritmo cardíaco máximo que puedan llegar. La disminución de las capacidades del organismo influye directamente en la forma de responder adaptativamente a las variaciones del medio ambiente, siendo más vulnerables a la enfermedad, y al mayor riesgo de morir.

### **Cambios Psíquicos:**

El envejecimiento (Falkenstein y Sommer, 2006) de las capacidades intelectuales, con la edad se acelera el declive de las capacidades intelectuales, lo que se traduce en pérdidas de las destrezas para solucionar problemas, deficiencia para la claridad de los procesos de pensamientos, alteración del lenguaje y expresión, alteración de la memoria. Sin embargo, los mayores superan a los jóvenes en un saber proveniente de la experiencia, el que, se conoce con el nombre de inteligencia depurada; el cual establece que al envejecer se refuerzan determinados procesos para compensar quizá, la disminución de la rapidez mental.

Se producen cambios afectivos y en la personalidad que deben ser considerados como normales y esperables, sin embargo ante situaciones desconocidas influye en la capacidad de adaptación.

Cuando la persona envejece sufre un aumento de la vivencia de pérdidas, sea esta a nivel real o subjetivo. Son estas pérdidas que lo afectan en todos

los ámbitos e implican un proceso de duelo (Moreno, 2004). El superar la pérdida disminuye la posibilidad de que se produzcan nuevas crisis de identidad o que se atenúen las repercusiones de las mismas en la vida de las personas adultas mayores. Cuando los cambios físicos y biológicos generan una pérdida real o subjetiva, se muestran más acentuados los cambios psicológicos. (Moreno, 2004).

### **Cambios Sociales:**

Dependiente del papel que impone la sociedad (Barros, 2000). las personas que envejecen, el cual es el resultado de actitudes y creencias arraigadas en la sociedad que se traducen en prejuicios contra los adultos mayores, tiene implicancia y dimensiones a los cambios que se generan en el contexto de las estructuras sociales.

Los estereotipos impuesto por la sociedad a los adultos mayores, como los afecta esta concepción de vejez, incluso en el auto concepto y comportamiento de ellos, (Barros, 2000) dice que un aislamiento y marginalidad social, con necesidades básicas insatisfechas; y de qué forma estos estereotipos hacen alusión negativa de la vejez que impactan al sujeto y a la propia sociedad. La importancia que las personas mayores, puedan mantener una red social y satisfacer ciertas necesidades a través del intercambio de sus capacidades con otras personas, en un contexto social, histórico.

La autora García María (2007), también hace referencia a las siguientes teorías las cuales complementan lo antes mencionado entre las más resaltantes están: las teorías orgánicas y genéticas

### 2.2.2 TEORÍAS ORGÁNICAS:

Entre las que se pueden mencionar están:

**Teoría Autoinmune:** está basada en dos fenómenos principalmente:

1) El sistema inmune disminuye su función tanto cualitativa como cuantitativamente, convirtiendo a las Personas Mayores más vulnerables a las infecciones. 2) Aumento de las respuestas autoinmunes con la edad, en las que el sistema inmune no distingue entre la sustancias propias y las extrañas al organismo, por lo que aumentan las enfermedades autoinmunes.

**Teoría Neuroendocrina:** coloca a la pérdida de funciones del sistema neuroendocrino, que funciona siguiendo un ritmo circadiano, como un reloj biológico.

**Teoría del Colágeno:** El colágeno, o proteína fibrosa, configura la mayoría de los órganos. La mala formación del colágeno proporciona falta de elasticidad y muchas anomalías corporales, como artrosis, problemas de corazón, arrugas, cicatrices mal curadas, huesos débiles, entre otros.

**Teoría de los Radicales Libres:** Los radicales libres son átomos o grupos de átomos que tienen un electrón (e-) desapareado en capacidad de aparearse, por lo que son muy reactivos.

Estos radicales recorren nuestro organismo intentando robar un electrón de las moléculas estables, con el fin de alcanzar su estabilidad electroquímica. Una vez que el radical libre ha conseguido robar el electrón que necesita para aparear su electrón libre, la molécula estable que se lo cede se convierte a su vez en un radical libre, por quedar con un electrón desapareado, iniciándose así una verdadera reacción en cadena que

destruye a otras células.

### 2.2.3 TEORÍAS GENÉTICAS:

Esta teoría intenta explicar el envejecimiento como un proceso programado en el que ciertas neuronas del cerebro actúan como marcapasos, una especie de reloj biológico, controlando el crecimiento, el desarrollo y maduración, el envejecimiento y la muerte.

García María (2007) afirma que el factor genético es un importante determinante del proceso de envejecimiento aunque no se conocen exactamente los mecanismos involucrados. Existen patrones de longevidad específicos para cada ser humano.

#### **Teoría de la Programación Genética.**

Desde que nacemos tenemos una determinada información genética, en la que está incluido el envejecimiento del organismo predeterminado por mecanismos genéticos y circunstancias ambientales o patológicas acumuladas durante la vida de cada uno, que limitarían, en mayor o menor medida, esa programación.

Por lo antes descrito Gómez Zuleta (2009: 15). en su monografía “Factores psicológicos intervinientes en la calidad de vida de personas en la etapa de la vejez” hizo referencia a la teoría psico-social, como una manera de comprender los cambios que padecen los Adultos cuando entran en la etapa final de la vida, contemplando su vida en conjunto y con coherencia.

Asimismo Eric Erikson (1999), planteó en su teoría “diagrama epigenético” que estas personas necesitan aceptar su propia vida tal como la han vivido y creer que lo hizo mejor posible en sus circunstancias. Si tienen éxito en esta

tarea, habrán desarrollado la integridad del ego que sólo puede obtenerse tras haber luchado contra la desesperación, cuando ésta última domina, la persona teme a la muerte, y aunque pueda expresar desprecio por la vida, continúa anhelando la posibilidad de volver a vivirla. Cuando impera la integridad, la persona posee la fuerza propia de su edad, que es la sabiduría. Con la sabiduría el adulto sabe aceptar las limitaciones además saben cuándo aceptar el cambio y cuándo oponerse al mismo, cuándo sentarse en silencio y cuándo luchar.

El paso a la tercera edad no pone fin a la vida de una persona. A medida que las esperanzas de vida en las Personas Mayores aumenta, también predice que éstas permanecerán implicadas en los asuntos del mundo durante mucho más tiempo.

Por su parte, Erikson y Hall (1987) contemplan la tercera edad como un período más productivo y creativo que en el pasado, considerando que las personas de edad avanzada enfrentan una necesidad de aceptar su vida de manera como la han vivido, con el fin de aceptar su muerte próxima, luchando por lograr un sentido de integridad, de coherencia y totalidad de la vida, en vez de dar vía a la desesperación sobre la incapacidad para volver a vivirla de manera diferente.

En ese sentido *op ibíd.* (1987), destaca en uno de sus estudios, las implicaciones del conflicto integridad vs desesperación, en el cual considera que las Personas de Edad Avanzada enfrentan una necesidad de aceptar su vida tal como la han vivido, con el fin de aceptar su muerte próxima. Es así como podrán luchar por lograr un sentido de integridad, de coherencia y totalidad de la vida, en vez de dar vía a la desesperación sobre la incapacidad para volver a vivirla de manera diferente.



De acuerdo con su planteamiento las personas que han logrado superar la desesperanza, ganan un sentido más amplio del orden y del significado de sus vidas dentro de un sentido social más grande del pasado, presente y futuro. La virtud que se desarrolla en este propósito es la sabiduría, un despreocupado e informado interés por la vida de cara a la muerte en sí misma; incluye aceptar lo vivido, sin arrepentimientos importantes sobre lo que pudo haber sido diferente, implica aceptar a los padres como las personas que hicieron lo mejor que podían y por tanto merecen amor, aunque no fueran perfectos, aceptar la propia muerte como el fin inevitable de la vida.

Igualmente propone que las personas que no consiguen aceptar esto son desesperanzadas, porque ya no ven tiempo para reaccionar y enmendar aquello con lo que no están de acuerdo.

Según este autor “la edad adulta tardía es también una época para jugar, para rescatar una cualidad infantil esencial para la creatividad. El tiempo para la procreación ha pasado, pero la creación puede tener lugar todavía. Aun a medida que las funciones del cuerpo se debilitan y la energía sexual puede disminuir, las personas pueden disfrutar ‘una experiencia enriquecida, corporal y mentalmente’”.

Estas teorías servirán de sustento teórico a esta Investigación por lo que en ellas se desarrollan aspectos de las etapas evolutivas en el ser humano y los cambios morfológicos que se manifiestan dentro de su proceso de vida.

#### 2.2.4 Teorías sobre las Políticas Públicas:

Las presentes teorías darán un abordaje sistemático sobre Políticas Públicas; abarcando aspectos importantes como la evolución, ejercicios estatales democráticos gubernamentales y algunos cambios de la nueva

gerencia de políticas que por consiguiente le proporciona soporte teórico a la investigación en estudio.

Las políticas públicas son el conjunto de actividades de las instituciones de gobierno, que actúan directamente o a través de agentes, y que van dirigidas a tener una influencia positiva sobre la vida de los ciudadanos.

Pallares F, (2007) señala que las Políticas Públicas deben ser consideradas como un “proceso de decisión”, que se llevan a cabo a lo largo de un plazo de tiempo, *ibíd.*, *idem* al mencionar esa persuasión sobre la población no comenta si es de índole positiva o negativa, pero podemos decir que en ocasiones el bienestar se ve cuestionado en una política restrictiva o de imposición fiscal por ejemplo, logrando ciertamente esa modificación conductual. Aunque la mayoría de las Políticas Públicas tienen un impacto directo en el bienestar de la población. (P.43-44).

Desde la perspectiva de este autor, las Políticas Públicas se enfocan en el estudio de la acción de las autoridades públicas en el seno de la sociedad, proponiendo las siguientes interrogantes: ¿Qué producen los que gobiernan, cómo y para cuáles resultados? ¿Quién recibe qué, cuándo y cómo por parte de la esfera pública? Estas preguntas fundamentan el programa del que se dotan las ciencias políticas cuando se interesan por las políticas públicas.

Para Aguilar (2004):

Las Políticas Públicas y Políticas Gubernamentales son: Estrategias de acción encaminadas a resolver problemas públicos a partir del interés y la opinión de los grupos sociales afectados: en cambio, el concepto de Políticas Públicas Gubernamentales tiene un sentido más amplio e impreciso pues comprende en general a todas las acciones del gobierno. A partir de este principio pueden enunciarse las características principales que distinguen al enfoque de Políticas Públicas y que no necesariamente son atributos de las Políticas Gubernamentales. Aquel subraya precisamente el carácter

públicos de las políticas donde público no equivale a gubernamental ni alude solamente a la publicidad de las acciones o sus resultados. Sino que define el espacio institucionalizado en el que los ciudadanos interactúan y dialogan con las autoridades con el fin de definir las necesidades comunes y convenir objetivos y estrategias satisfactorias. (p.20),

Gracias a esta interlocución es que, por una parte, los ciudadanos pueden ejercer sus derechos sobre el accionar del estado y por la otra, las políticas pueden en primer lugar, sustentar justificadamente los problemas cuya atención será priorizada y, en segundo, combinar el instrumental teórico-científico disponible en las diversas disciplinas, con una racionalidad sensible al contexto en busca de mayor pertinencia, eficiencia y eficacia posible.

Desde este ángulo, el enfoque de Políticas Públicas se aleja de la concepción que reduce las estrategias gubernamentales a itinerarios de corte racionalista y cierra la brecha entre el interés, la lógica y el discurso en abstracto de gobierno (o de la burocracia) y el interés público constatable. Puede decirse que implica también una perspectiva estratégica de largo plazo (pues se centra en los problemas públicos y no en los temas y periodos gubernamentales), aunque siempre se acompaña del seguimiento (que nutre la flexibilidad decisional) y de la evaluación de los resultados (indispensables para el ejercicio de la transparencia y el control por parte del público).

A diferencia del planteamiento original, Aguilar (2004) afirma que se centra en la construcción de las decisiones, la interpretación actual del enfoque de las políticas públicas comprende también su realización, evaluación y comunicación, así como su corrección y aprendizaje en un mundo marcado por la incertidumbre y las restricciones, no basta con recoger las preferencias de la comunidad y elaborar el plan de acción, sino que es preciso considerar

su accionar. En este sentido, la interlocución no termina con la toma de la decisión sino que, posterior a ella, conlleva al despliegue de un encuentro argumentativo entre los actores que permite explicar y conservar las razones, alcances, límites y, en su caso, ajustes de los objetivos y las estrategias que se ponen en marcha. (p. 33).

#### 2.2.5 Teorías de las Políticas Públicas de Salud:

Bermejo J, (2003) define salud integral (holística); como el estado de completo bienestar físico, mental y social, donde no sólo se le brinda el despistaje de enfermedad o dolencia, sino que se considere a los pacientes (usuarios) en todas sus dimensiones, física, intelectual, social, emocional, espiritual, recreativa y religiosa.

La salud es una condición indispensable para el logro de los objetivos planteados en las políticas sociales diseñadas para alcanzar las metas nacionales de crecimiento económico y bienestar, incluidos el desarrollo social y uno de los aspectos centrales en la concreción de tales objetivos, el abordaje de las Políticas de Salud que determinan las características del funcionamiento del sistema sanitario. El cual sigue siendo problemático, porque las necesidades sociales son multidimensionales, los efectos adversos tienden a ser acumulativos, los recursos son limitados y las soluciones a menudo se hallan fuera del marco del sector salud. (Organización Panamericana de la Salud, Fortalecimiento de Sistemas de Salud, Unidad de Desarrollo de Políticas y Sistemas de Salud. Salud en las Américas. 2007:314).

En consecuencia, llevar a cabo transformaciones que refuercen la importancia del sistema de salud como institución social central, capaz de crear oportunidades diferenciales en el diseño y la prestación de bienes y

servicios, requiere un abordaje sistémico de las Políticas Públicas y de su formulación.

Las políticas públicas reflejan la respuesta del gobierno a las condiciones o circunstancias que generan o generarán necesidades a una cantidad considerable de personas. En teoría, estas respuestas coinciden con el interés público. Más aún, los gobiernos utilizan Políticas Públicas por razones políticas, morales, éticas o económicas, o cuando el mercado no resulta eficiente. No responder también es una opción, por lo que la Política Pública se convierte en “lo que el gobierno hace y lo que el gobierno decide ignorar”. Por lo tanto, la determinación de Políticas Públicas es una función primordial del gobierno y un proceso político esencial. Como tal, implica relaciones de poder, influencia, cooperación y conflicto en donde los valores, los intereses y las motivaciones determinan el diseño final y su implementación. De hecho, las Políticas determinan, en realidad, quién obtiene qué, cuándo y cómo en la sociedad.

Las políticas de salud son importantes porque amparan directa o indirectamente todos los aspectos de la vida cotidiana, las acciones, los comportamientos y las decisiones. Pueden prohibir conductas que se perciben como riesgosas, alentar las que se consideran beneficiosas, proteger los derechos y el bienestar de algunas poblaciones, impulsar ciertas actividades o proporcionar beneficios directos a los ciudadanos necesitados. Las políticas reguladoras pueden definir acreditaciones profesionales, establecer controles de precios para los bienes y servicios, determinar criterios de calidad, seguridad y eficacia para los servicios de la salud, y abordar cuestiones de regulación social, tales como las relacionadas con la seguridad social y ocupacional, la inmunización, los alimentos y medicamentos, y la contaminación ambiental.

Uno de los legados más importantes que nos dejaron las reformas en salud, y en particular de los procesos de descentralización y de evolución, es que las transformaciones no siempre lograron mejorar el acceso, la equidad, la calidad de los servicios, o la rendición de cuentas, o inclusive aumentar la participación local. En algunos casos, el logro incompleto de estos objetivos estuvo asociado con peculiaridades de las condiciones locales a las que no se prestó la debida atención.

En el contexto de la “modernidad globalizada”, este es un factor de importancia creciente debido a la naturaleza de las dialécticas globales y locales, en las que los límites de la “comunidad” son cada vez más difusos y, al mismo tiempo, más heterogéneas. Las experiencias actuales muestran cada vez más que las intervenciones que alcanzan buenos resultados son las que valoran el conocimiento y la capacidad locales y funcionan mejor cuando se adaptan a condiciones y poblaciones heterogéneas.

Las innovaciones en políticas de salud y en la atención de la salud es una proeza difícil, especialmente porque, en una era de cambio global, las transformaciones sistémicas desafían los valores y las prácticas predominantes, requieren asumir compromisos significativos respecto de los recursos, y a menudo suponen riesgos políticos. Un punto importante es que, pese a las crecientes demandas que generan las tendencias demográficas y epidemiológicas, la competencia entre las necesidades y la limitación de los recursos, los gobiernos de las Américas, solo o asociados con finalidades específicas, mantienen el compromiso de alcanzar el acceso equitativo a los servicios, amplias coberturas y fortalecer las redes de Protección Social. Sin embargo, aun cuando el marco legal y normativo del sistema de salud, incluidos los aspectos relacionados con la administración, la regulación, el financiamiento, seguro, la calidad y la armonización han mejorado los

persistentes problemas relacionados con la producción, la adquisición y la regulación de productos farmacéuticos, vacunas y tecnologías médicas todavía no han podido ser solucionados.

Es perentorio honrar el compromiso de alcanzar sistemas de alto rendimiento que puedan garantizar el acceso equitativo a los servicios, ampliar la cobertura y fortalecer las redes de protección social. Sin embargo, aun cuando el marco legal y normativo del sistema de salud, incluidos los aspectos relacionados con la administración, la regulación, el financiamiento, el seguro, la calidad y la armonización han mejorado, los persistentes problemas relacionados con la producción, la adquisición y la regulación de productos farmacéuticos, vacunas y tecnologías médicas todavía no han podido ser solucionados.

La renovación de la atención primaria de salud representa una contribución sustancial a esos objetivos; el proceso renueva compromisos de larga data y constituye un paso hacia el futuro para mejorar la salud de la población. Los sistemas de salud basados en la atención primaria contribuirán en las acciones en curso tendientes a brindar una atención integral centrada en la promoción, la prevención y la rehabilitación, conjuntamente con los pacientes, sus familias y las comunidades donde viven. Sin duda, el componente crítico que significan los recursos humanos para la salud ocupa un lugar destacado en la agenda regional, y parece casi irrefutable afirmar que, a menos que esos recursos sean competentes, estén distribuidos con equidad y sean debidamente remunerados, los objetivos de los sistemas de salud resultarán inalcanzables.

### 2.2.6 Concepciones de la Vejez, dentro de la definición de las políticas públicas:

Como ya se ha dicho, Elder y (Cobb, 2002) las Políticas públicas, son construcciones sociales que reflejan concepciones específicas de la realidad y, en el caso de las personas mayores, la cuestión que es preciso abordar se relaciona directamente con la concepción de Vejez a partir de la cual se diseñan propuestas para lograr ciertos objetivos. (p.02).

A nivel programático, la concepción predominante ha sido la que percibe la vejez como carencias económicas, físicas y sociales. Las primeras se expresan en falta de ingresos, las segundas en falta de autonomía, las terceras en falta de roles sociales. Por lo tanto, la intervención se define a partir de lo que las Personas Mayores no poseen en comparación con otros grupos sociales y de acuerdo con un modelo androcéntrico de la organización y funcionamiento de la sociedad.

Por ello estos autores (*op. cit*) sustentan bajo este enfoque que los instrumentos de Política son así paliativos para superar esas pérdidas o carencias. Esta interpretación también está presente en los enfoques referidos a la pobreza y a los problemas de integración social.

Algo similar se plantea (CONAPAM, 2002), en Chile cuando se indica que el problema de las personas mayores es su “Insuficiente Integración, una percepción del poder nula, incapacidad de influir en las decisiones que los afectan y una representación social de la vejez inadecuada a la realidad; Comisión Nacional para el Adulto Mayor.

Un cambio paradigmático al respecto es el surgimiento del enfoque de



derechos que, aplicado a las políticas sobre la vejez, promueve la habilitación de las Personas Mayores y la creación de una sociedad integrada desde el punto de vista de la edad. Este enfoque traspasa la esfera individual e incluye los derechos sociales (derecho al trabajo, a la asistencia, al estudio, a la protección de la salud y a la libertad de la miseria y del miedo, entre otros), cuya materialización requiere de la acción positiva de los poderes públicos, la sociedad y las Personas Mayores.

De esta manera se reconoce que el envejecimiento, más allá de ser un cambio en la estructura de edades de una población, constituye un fenómeno social que plantea desafíos a las actuales formas de organización social, económica, cultural y política de las sociedades, por lo que se requieren intervenciones no solo para mejorar las actuales condiciones de vida de las Personas Mayores, sino también otras de orden estructural y estratégico que conduzcan a un cambio a escala de toda la sociedad.

El enfoque de derechos enlaza perfectamente con el paradigma de envejecimiento activo y calidad de vida en la medida en que tiene como finalidad garantizar una situación de certidumbre, lo que implica procurar las condiciones para un desarrollo integral. Esto significa asegurar la realización personal en un contexto social concreto, garantizando a cada individuo o colectividad el desarrollo de su capacidad para reivindicar las condiciones inherentes a su dignidad ante instancias de decisión, para lograr la satisfacción de sus necesidades básicas en un plano de justicia y, en definitiva, erradicar conductas o ideas inconsistentes con el respeto de aquella dignidad.

Otro aspecto que interesa destacar con respecto a los dos enfoques de Política es la concepción hegemónica de la población destinataria, que paradójicamente puede tener algunos elementos comunes en ambos.

En un polo se encuentra la concepción de la persona de edad como sujeto y, en el otro, como objeto. La distinción entre objeto y sujeto radica en que el objeto en sí mismo no tiene conciencia del derecho (o del beneficio) y disfruta pasivamente de la garantía de este, en tanto que para el otro enfoque el sujeto es una parte activa en la construcción y ejercicio del derecho (o del beneficio).

#### 2.2.7 Expectativas de vida de la población senil Venezolana:

Desde el año 2000 hasta el 2011, la cifra de venezolanos/as mayores de 80 años se ha incrementado en más de un 80%, según cifras del INE (2011).

Es pertinente mencionar que para el año 1999, cuando el presidente Hugo Rafael Chávez Frías asumió la presidencia, logró dirigir a través de sus programas y misiones sociales, una atención especial a los adultos/as mayores. Fue así como este gobierno planteó la necesidad de establecer un conjunto de reformas de las instituciones políticas y judiciales y de los organismos encargados de promover los programas sociales. Dentro de estas modificaciones, se impuso la eliminación del Ministerio de la Familia que había estado encargado de administrar varios programas sociales a lo largo de dos décadas.

La PRENSA INASS, revela que “la esperanza de vida en Venezuela, con la llegada de la Revolución Bolivariana se ha ido incrementando consecutivamente”. En 1998 la esperanza de vida para los hombres era de 69 años, mientras que para las mujeres era 72 años. Ya en 2011 la esperanza de vida se calcula en 71 años para los hombres y 75 para las mujeres.

Pese al matiz proselitista que estas cifras puedan representar, es cierto que en Venezuela se han venido implementando Políticas Públicas que

promueven la atención integral de las adultas y los adultos mayores, mejorando su calidad de vida y promoviendo el envejecimiento activo. Tal es el caso de los círculos de abuelos, las gerogranjas, las Aldeas de Encuentro y la Universidad del adulto mayor, programas que junto a una mejor atención recreativa, social, cultural, médica y nutricional han ido reconfigurando una participación más protagónica de los abuelos en su bienestar integral.

Según las proyecciones demográficas venezolanas la población de adultos mayores continuará incrementándose año tras año, por ello las políticas públicas desarrolladas por los gobiernos serán indispensables para mejorar la calidad de vida de este grupo etario.

No obstante, la problemática del adulto mayor en los países con mayor educación y diferente enfoque, es considerada dentro de cada uno de los programas sociales que no sólo le brindan asistencia, sino que se ocupan de todo lo concerniente a la salud, vivienda, compañía, asistencia social y seguro médico, así como también esparcimiento y diferentes actividades que le posibilitan vivir con mayor calidad de vida y con dignidad. Hoy en el mundo, muchos países en sus planes de desarrollo poblacional conciben la atención del adulto mayor preocupándose por su nivel y calidad de vida.

Por ello, en Venezuela para el año 2011, de acuerdo a la vocería del INASS, se está entre los primeros países de América Latina con más alta esperanza de vida al nacer, como resultados de las políticas sociales implementadas del Gobierno Bolivariano de Venezuela cuya premisa fundamental es el desarrollo del ser humano, dedicando diversos programas a todos los Adultos Mayores, quienes suman un millón 820 mil personas y constituyen el 15,9 % de su población.

#### 2.2.8 Rol del Estado como garante del bienestar a los adultos/as mayores y políticas públicas en materia de Seguridad Social:

En este apartado se hace referencia al rol del Estado venezolano en el bienestar de los adultos/as mayores; tal como lo estipula el artículo 80, de la Constitución Bolivariana de Venezuela donde se avalan los derechos del adulto mayor, en garantías de: seguridad social, trabajo digno acorde con su edad.

Según Martínez (2003), si bien hemos tenido logros incalculables en el campo de la salud y la seguridad social, quedan por analizar con profundidad un conjunto de aspectos, que pueden conducir a reflexiones para investigar en los campos de la salud pública, la demografía y la Recreación Física. El propósito sería mejorar la calidad de vida del Adulto Mayor.

El Estado Venezolano y las Organizaciones Gubernamentales, no Gubernamentales y políticas, trabajan con ese objetivo. Las líneas de estudio estarían encaminadas a conocer las consecuencias a mediano y largo plazo del proceso de envejecimiento con sus condiciones concretas, las características particulares de las personas de la tercera edad en cuanto al sexo, inserción socio-clasista, nivel educacional, estado conyugal, lugar de residencia y otras variables como potencialidades productivas, convivencia familiar y sus características, condiciones de vida de los ancianos sin amparo filial, formas de violencia hacia el adulto mayor, utilización del tiempo libre, recreación, vida cotidiana de los institucionalizados y todo lo inherente al concepto social de las personas adultos/as mayores.

Hasta la década de los 90 los programas sociales de asistencia médica, alimentaria y económica en el país reflejaban una limitada incorporación de la población de adultos mayores, situación que ha ido cambiando con el

desarrollo de los programas de inclusión denominados “Misiones” donde se le da cabida a este grupo etario, una de ellas es la “*Gran Misión en Amor Mayor*; Ley N° 8.694 (2012)” que es una política creada con la finalidad de asegurar la máxima inclusión, igualdad, respeto, solidaridad, bienestar y justicia social para las personas adultas mayores de la patria, especialmente para quienes viven en hogares cuyos ingresos son inferiores al salario mínimo nacional, hasta lograr la mayor suma de seguridad social y de felicidad posible a demás esta orientada a los que no lograron cotizar en el Instituto Venezolano del Seguro Social (IVSS), y que ahora podrán cobrar pensiones de vejez homologadas con el salario mínimo.

Se podría decir que estas políticas sociales están basadas en el enfoque de estado benefactor que son formuladas por un diagnóstico global donde todos los adultos mayores sean incluidos.

Cabe destacar que estos programas tuvieron aplicaciones por lo que antes llevaba por nombre INAGER, “programa de asistencia biopsicosocial”. En donde el INASS continúa desarrollando dichas políticas implementadas con carácter compensatorio, focalizados, transitorios, universales y permanentes.

Más aun este sector (adulto mayor), se compensa con la creación de la Ley del Seguro Social, que incluye la protección de aquellos individuos insertos en el mercado laboral formal, dejando de lado a los que se encuentran el ámbito informal. Prosiguiendo la aplicación de la misma, pero con algunos cambios, como por ejemplo el aumento en la cobertura de pensionados y sistema de jubilación.

Y por último para mejorar la calidad y esperanzas de vida de la población de la tercera edad venezolana, se crea la Ley de Servicios Sociales donde se le

da asentamiento jurídico a una serie de beneficios socioeconómicos para aquellos que habiendo dado todo a la nación, se encuentran en la etapa final de su vida.

#### 2.2.9 Abandono y maltrato a la ancianidad, ¿Un Problema Cultural?

Es verdad que mucho se ha dicho sobre los Adultos Mayores, a quienes llaman “Abuelos”, pero no tienen en cuenta sus opiniones frente a las decisiones que se toman en la sociedad, ya que todos creen saber de su vida pero en realidad no se dan cuenta de los sentimientos que ellos expresan, de forma injusta y con tristeza muchos abuelos son discriminados y olvidados por sus familias, quedando solos en la vida y tal vez sin ninguna esperanza de volver a ser felices.

Por otro lado el envejecimiento aumenta la susceptibilidad a las enfermedades crónicas y discapacidades, a su vez, incrementa la necesidad de servicios médicos, sociales y económicos con garantía de bienestar y desarrollo a través de servicios eficientes brindados por el estado.

A demás los Adultos Mayores se han esforzado toda una vida por obtener una experiencia cultural, brindarle a las nuevas generaciones conocimiento y enseñanza con el propósito de formar una sociedad amena.

Por todo esto merecen reconocimiento, afecto, respeto y protección para que exista igualdad de derechos, vivir con dignidad y seguridad, verse libres de explotación y malos tratos físicos o mentales, independientemente de su edad, sexo, raza, procedencia étnica, discapacidad situación económica o cualquier otra condición y ser valorados debidamente con prescindencia de su contribución económica.

En este mismo orden merece decir que existen diferentes factores que influyen en el proceso de envejecimiento de la población, así como otros que están directamente relacionados con su desarrollo. Entre los aspectos socioeconómicos se incluyen diferentes factores relacionados con el peso que ocupa el anciano en la familia, el grado de independencia del anciano en su seno familiar y otros indicadores que persiguen ubicar su situación en los momentos actuales de la sociedad *“lo cual requiere pensar que es un problema cultural”*. La sociedad tiene la responsabilidad de preocuparse desde el punto de vista preventivo, terapéutico y de rehabilitación de la persona de edad avanzada y de tratar de romper el estereotipo de considerar al Adulto Mayor desamparado e inútil, debido a que llegará el momento en que los jóvenes del hoy sean los viejos del mañana.

El análisis precedente hace necesario que se haga hincapié sobre el maltrato al anciano, definiéndolo según Fernández Carmen Alonso (2010): como:

Cualquier acto que produzca daño, sobre personas de 60 y mas años, que ocurra en el medio familiar, comunitario o institucional, vulnerando o poniendo en peligro la integridad físico-psíquica, así como el principio de autonomía o el resto de los derechos fundamentales del individuo, constatable objetivamente o percibido subjetivamente, (p.1-2).

Queda claro entonces, que el maltrato, son todas aquellas agresiones físicas y psicológicas que una persona ejerce sobre otra con la intención de perjudicarla o someterla a su voluntad. En el caso del Adulto Mayor, por ser un individuo desvalido, desde el punto de vista físico, las agresiones y vejaciones son frecuentes y se observan a menudo en: los mercados, entidades bancarias, vías públicas entre otras.

**Formas de Maltrato:** (Alonso 2010).

**1.- Negligencia -Física:** No satisfacer las necesidades básicas: negación de alimentos, cuidados higiénicos, vivienda, seguridad y tratamientos médicos -emocional: aislamiento, incomunicación.

**2.- Maltrato Físico:** golpes, quemaduras, administración abusiva de fármacos o tóxicos.

**3.-Maltrato Psicológico:** manipulación, intimidación, amenazas, humillaciones, chantajes, desprecio, violación de sus derechos impidiéndole tomar decisiones.

**4.-Abuso Económico:** impedir el uso y control de su dinero, chantaje económico.

**5.-Abuso Sexual:** cualquier tipo de relación sexual no consentida o cuando la persona no es capaz de dar su consentimiento. Se han identificado factores asociados a maltrato, como el estrés del cuidador, problemas socioeconómicos, antecedentes de violencia familiar entre otros.

Todas estas formas de maltrato, generan una serie de situaciones agrupadas en:

**Consecuencias Físicas:** lesiones por traumatismos, desnutrición, deshidratación, fracturas por caídas, úlceras por decúbito, heridas por ataduras, abrasiones, quemaduras e intoxicaciones.

**Consecuencias Psicológicas:** Tristeza, trastornos emocionales, sufrimiento, depresión, ansiedad, ideación suicida, inhibición, somatizaciones, pseudodemencias y aislamiento social.

El maltrato al Anciano emerge como problema cultural, hace pocos años y no porque antes no existiera, sino porque siempre ha sido un problema “oculto”. A veces los ancianos no quieren reconocerse como víctimas de malos tratos



por temor a represalias, o al confinamiento en instituciones, o simplemente porque prefieren negar una realidad que les resulta insoportable; por otra parte, los familiares o los cuidadores, no van a dar facilidades en la detección por razones obvias. Tampoco ha habido mucha sensibilidad por parte de los profesionales sanitarios en este sentido y los recursos sociales para dar una solución al problema, una vez detectado, a pesar de afectar a un grupo de población que crece exponencialmente.

La violencia hacia los Ancianos es casi un fenómeno invisible ya que los adultos mayores son incapaces de denunciar los abusos, en donde el miedo y la depresión se le suma la incapacidad de moverse por sí mismo y pedir ayuda a otras personas que pudieran creerles y hacerles de apoyo para una denuncia.

Legalmente no existe una ley especial para el tema y se usa la ley de violencia intrafamiliar y sus mecanismos de protección una vez que alguien haya hecho la denuncia de violencia hacia un Anciano. En este aspecto es necesario concientizar a la comunidad para que se sensibilice frente a la necesidad de los ancianos, de recibir apoyo y de orientar a las familias de éstos a no abusar de ellos cambios profundos que no son posibles de la noche a la mañana, pero el brindar una mano amiga y escuchar a los ancianos que están abandonados o son maltratados por sus familiares, es un apoyo real que se podría dar, para ayudar a que un abuelo viva un tiempo más en mejores condiciones psicológicas y por ello con una mejor salud física y mental.

Así pues estas referencias teóricas parten de una serie de conceptualizaciones sobre la ancianidad englobando conceptos universales

que dentro de ella se manejan; todo para establecer a partir de su conjugación, las definiciones que permitirán sentar las bases de la investigación.

#### 2.2.10 Rol del Trabajador Social en el ámbito de la salud dirigida a los adultos/as mayores.

La praxis del Trabajo Social en los actuales momentos está inmersa dentro de un tejido social que implica aproximarse a determinadas fuentes metodológicas, que posibiliten ubicar al profesional en una particular circunstancia.

Dentro de los ámbitos de acción que desarrolla se encuentran el ámbito de la salud en los adultos/as mayores, llamado también Trabajo Social Gerontológico, con esta expresión se hace referencia a diferentes actividades, tareas y servicios que se prestan a estas personas que, por una u otra causa (física, psíquica o social), no pueden desarrollar su existencia de manera normal.

Estudios de esta naturaleza favorecen la actuación del profesional Trabajador Social dentro del área gerontológica, la cual es de suma importancia para el estudio psico-social del ser humano. Además de ello el abordaje de este estudio constituye un reto para el profesional ya que el mismo puede intervenir en la búsqueda de soluciones que fortalezca a los adultos/as mayores.

Por lo tanto la presente investigación representa una oportunidad para la profesión de Trabajo Social de expandir sus horizontes en la intervención relacionada a los servicios médico-asistenciales brindados a los adultos/as mayores. Así como de enriquecer con nuevos elementos la especialidad de esta disciplina, colocándola como profesión pionera en atención de dicha

población, por su abordaje holístico y por lo cual se basa en la premisa de las relaciones entre la salud y los factores sociales.

A partir de esta idea de la dimensión social de la salud, se han ido derivando las funciones de los/as trabajadores/as sociales en este campo de actuación. Señalamos las más importantes y significativas:

- .Servicios de orientación acerca de problemas de salud, personales, pensiones, recursos sociales, etc.
- Atender las problemáticas sociales detectar en los centros sanitarios que afecta a la salud de los adultos/as mayores del mismo y que es posible atenuar, atender o prevenir con la acción realizada desde los mismos centros.
- Promover y fortalecer la organización de grupos de pacientes o ex pacientes (diabéticos, alcohólicos, cardiópatas, etc.), grupos de madres, talleres de rehabilitación, etc.
- Participar en equipo de educación sanitaria y salud pública, en lo adultos/as mayores dentro de programas de atención primaria donde se desarrolla una función básicamente preventiva con participación de la comunidad.
- Participar en equipos de trabajo del área socio-sanitaria promoviendo la formación de consejos locales de salud y programas de medicina y salud comunitaria. Rehabilitación de disminuidos temporales y crónicos en todo lo que concierne a problemas de reinserción social
- Reinserción de enfermos adultos/as mayores después de un tratamiento u hospitalización que ha producido una ruptura con la

normalidad de su vida cotidiana.

- Atender al problema de “angustia de hospitalización” que produce el internamiento a adultos/as mayores o cualesquiera sean las actividades o tareas específicas dentro de este campo.

Para Ander-Egg (2005) “El trabajo social en salud pretende proporcionar a los adultos/as mayores un cierto grado de autonomía en los problemas de salud. Se parte del supuesto de que no hay recuperación de la salud, si la persona no hace algo para recuperarse y si el entorno no ayuda a ello. A nivel individual, familiar, grupal y comunitario, todos tenemos que ser co-terapeutas y, en esa motivación para serlo, el trabajo social tiene una tarea que cumplir. Específicamente El trabajo social para la tercera edad se lleva a cabo dentro de dos tipos de programas principales: programas de atención al entorno (ayuda a domicilio, centro de día, vivienda tuteladas) y programas de atención institucionalizada (residencias, ya sea para personas que se valen por sí mismas, asistidas o mixtas)”. (p. 318).

La tendencia actual es la de mantener al adultos/as mayores en contacto con su mundo, de ahí que se procure realizar programas que favorezcan la permanencia de las personas en su entorno habitual. Esto supone, a su vez la tendencia a no construir residencias para adultos/as mayores por la preocupación de mantenerlo en su propio medio. Esto no implica que se hayan de excluir, para determinadas circunstancias este tipo de residencias. A medida que aumenta la vida media (que es una tendencia universal), el trabajo social para la tercera edad es un ámbito de actuación profesional con un gran futuro y significación. Este es un sector en permanente crecimiento y los servicios requeridos también aumentan constantemente.

## 2.2.10 DESCRIPCIÓN INSTITUCIONAL

### 2.2.10.1 Reseña Histórica

La necesidad de un local para las asistencias de pacientes Tuberculoso, surgió como consecuencia de la elevada mortalidad ocurrida en los Estados Sur- Orientales, especialmente el Estado Sucre y a la incidencia de la misma, todavía no se conocían los Antibióticos aplicados a esta Enfermedad.

En el año 1944, el Presidente de la República, General Isaías Medina Angarita, decreta la construcción del Sanatorio Antituberculoso de Oriente la ciudad de Cumaná, con la finalidad de diagnosticar y tratar pacientes con enfermedades pulmonares y otras similares.

Con la conmemoración de la muerte del General Simón Bolívar, Padre de la Patria, a consecuencia de esta enfermedad, el 17 de Diciembre de 1948, fue inaugurado el Sanatorio Antituberculoso de Oriente, fue puesto en funcionamiento en Enero de 1949, su proyecto de hospitalización era de 50 pacientes; pero debido a la incidencia de la enfermedad en los estados Anzoátegui, Bolívar, Monagas y Nueva Esparta, fue necesario la aceptación de fondos por asignaciones especiales de estas entidades, lo cual permitió aumentar su capacidad presupuestaria a 200 camas.

El primer Medico Director del Sanatorio Antituberculoso de Oriente (SAO), fue el Doctor Julio Rodríguez que a la vez se desempeñaba como jefe del dispensario antituberculoso, laboró durante un periodó consecutivo de 10 años y se destacó por su interés y preocupación en el paciente tuberculoso.

A partir del año 1951, el SAO, brinda al pacientes tuberculosos el tratamiento basándose en antibióticos y cirugía avanzada, practicándose resecciones Pulmonares y Segmentarías, Lobectomía, Numonectomía, entre otras.

En ese mismo año se inician los Cateterismos Cardiacos, Aortografía y Cirugía Cardiovascular con ligadura del Ductus-Arteriovenoso, considerándose el establecimiento como primero en Cardiología de Exploraciones Cardiorrespiratorias en Venezuela.

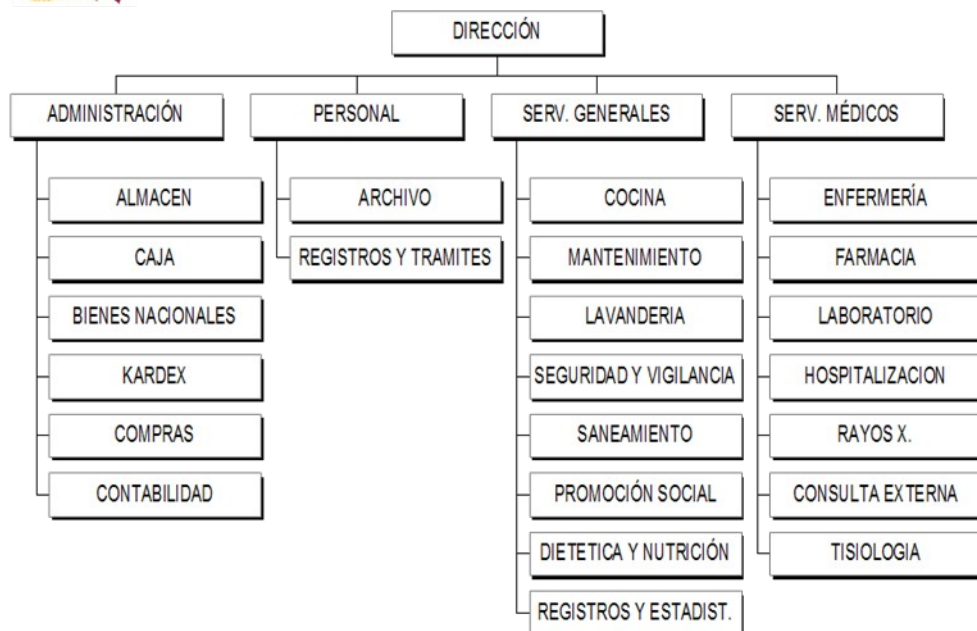
En el año 1978, debido a la conmemoración de los 30 años de fundado, se le dio el nombre de Hospital Especial de Oriente “Dr. Julio Rodríguez”, en honor a su primer director. En este mismo año fueron creadas las consultas de medicina interna y en 1991, la unidad de Diabetes.

#### 2.2.10.2 Organigrama Institucional



#### ORGANIGRAMA GENERAL HOSPITAL ESPECIAL “Dr. JULIO RODRÍGUEZ”

República Bolivariana de Venezuela  
**MINISTERIO DE SALUD**



#### 2.2.10.3 Misión:

Brindar al usuario del Hospital Especial “Dr. Julio Rodríguez”, asistencia de calidad, a través de acciones integradas que permitan incrementar los

niveles bio-psico-social y la participación de la comunidad en el logro de su satisfacción.

#### 2.2.10.4 Visión:

Lograr individuos saludables y satisfechos bajo los principio de universalidad, solidaridad, integridad, participación y eficiencia.

#### 2.2.10.5 Objetivos de la Institución:

El Hospital Especial “Dr. Julio Rodríguez”, tiene como objetivos:

“Brindarle al paciente que acude a este centro hospitalario, una atención de calidad, eficaz y oportuna; tanto en el área de la Tuberculosis, Diabetes, servicios ambulatoria y de hospitalización”.

“Garantizar la atención y la protección del Adulto Mayor, en pro de satisfacer sus necesidades prioritarias prestando servicios médicos asistenciales de primera calidad en lo que a tecnología se refiere, al contar con dos salas de hospitalización, una unidad de diabetes, consultas de: Medicina General, Epidemiología, Cirugía General, Medicina Interna y Ginecología”.

#### 2.2.10.6 Actividades de la Institución:

En el Hospital Especial “Dr. Julio Rodríguez”; (SAO), tiene como actividad brindarle y garantizar a los habitantes del Estado Sucre y otros sectores el derecho a la salud en un ámbito territorial conforme a los principios de mejoramiento de la calidad de vida, una atención de servicios de hospitalización en el área de las enfermedades Pulmonares, Diabetes y Servicios Ambulatorias.

#### 2.2.10.7 Estructura Organizativa

La estructura organizativa del Sanatorio Antituberculoso de Oriente; Hospital

Especial, “Dr. Julio Rodríguez”, es de tipo funcional, conformado por un Organismo Central (MPPS), un Organismo Regional y por la Dirección del SAO, la cual está a cargo de un Médico Especialista que coordina y dirige los siguientes departamentos:

- Personal
- Administración
- Enfermería
- Unidad de Diabetes.

**Programa de Acción para la Prevención y Control de la Diabetes**  
**“Atención Integral al Paciente con Úlceras en el Pie Diabético (Paipupd)”.**  
**Servicios:**  
 Consultas de nutrición, Orientación para el cuidado de los pies, Hospitalizaciones.

- Unidad de Tos-Baciloscopia

- Servicio Social

- Dietética

- Historias Médicas

- Farmacia

- Unidad de Medicina Interna

**Programa de Atención a los pacientes con las enfermedades más habituales que acuden al hospital, ingresados o en consultas ambulatorias.**  
**“Conseguir y mantener la capacidad de reconocer (diagnosticar) en el paciente la existencia de una o varias enfermedades (entidades nosológicas), así como establecer su pronóstico, tratamiento y prevención”.**  
**Servicios:**  
 Consultas de atención integral del adulto enfermo, Prueba de Esfuerzo, Electrocardiograma, Tilt test.

- Lavandería

- Mantenimiento

- Lencería

- Bienes Nacionales

- Laboratorio

- Rayos X



## 2.3 BASES LEGALES

La legislación Venezolana establece diversas leyes que esgrimen aspectos fundamentales en lo referido a la atención del adulto mayor, las mismas sirven de soporte legal para el desarrollo de la presente Investigación por poseer características que las identifican con la gestión integral de atención al adulto mayor.

2.3.1 Constitución de la República Bolivariana de Venezuela Publicada en Gaceta Oficial Extraordinaria N° 5.453 de la República Bolivariana de Venezuela. Caracas, viernes 24 de marzo de 2000.

Con la promulgación de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela de 1999, se incorporan a nuestro ordenamiento jurídico, conceptos determinantes para el desarrollo de un nuevo sistema sociopolítico, sustentado sobre la base de un Estado Social de Derecho y Justicia, resaltando los valores de solidaridad, responsabilidad social, igualdad, democracia, justicia, libertad, participación, cooperación y corresponsabilidad. Es así como todo el ordenamiento jurídico debe desarrollar los preceptos constitucionales, a los fines de garantizar el bien común, entendido éste, como un mandato Constitucional para que el legislador se interese en los asuntos sociales, adoptándolo como Juez a un orden social justo, que persigue el disfrute real y efectivo de los derechos fundamentales para un mayor número de ciudadanos, especialmente, para los adultos/as mayores.

En el **Capítulo V**, referente a los derechos sociales y de la familia garantiza la atención integral y calidad de vida de los adultos/as mayores a tal efecto se transcribe el siguiente artículo de la constitución.

**Constitución de la República Bolivariana de Venezuela** - Título III. De los

Derechos Humanos, Garantías y Deberes. Capítulo V. de los Derechos Sociales y de las Familias

**.Artículo 80:** reza: “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 su dignidad humana, su autonomía y les garantiza 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”.

De igual manera se consideró pertinente transcribir el artículo **86** por cuanto en este se establece lo concerniente a la seguridad social en relación a la vejez.

**Artículo 86:** expresa que, “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 afectividad 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 solo con fines sociales bajo la rectoría del Estado. Los remanentes netos del capital destinado a la salud, la educación y la seguridad social se acumulan a los fines de su distribución y contribución en esos servicios. El sistema de seguridad social será regulado por una ley orgánica especial.

Pudiendo precisar entonces que estos artículos establece un conjunto de instituciones y preceptos, dirigidos, en primer término, al legislador ordinario, quien deberá desarrollarlas mediante una ley orgánica especial; y, segundo término, a la población en general, por cuanto, aun sin normas especiales que la desarrollen, ellas, en sí mismas, tienen la fuerza imperativa necesaria para exigir su cabal cumplimiento, razón esta que hace del artículo 86 una norma operativa, lo cual marca diferencia respecto a la forma programática que en constituciones anteriores, se había consagrado este derecho fundamental de los seres humanos.

### 2.3.2 Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social (Gaceta Oficial N° 5.891), de fecha 31 de Julio de 2008.

Se transcriben a continuación los artículos que estipulan lo atinente a la creación del sistema de seguridad social, y protección a las personas comprendidas en el campo de aplicación de esta ley, por ser de interés para la propuesta de investigación que se presenta a servirle de plataforma jurídica.

**Artículo 1.** La presente Ley tiene por objeto crear el Sistema de Seguridad Social, establecer y regular su rectoría, organización, funcionamiento y financiamiento, la gestión de sus regímenes prestacionales y la forma de

hacer efectivo el derecho a la seguridad social por parte de las personas sujetas a su ámbito de aplicación, como servicio público de carácter no lucrativo, de conformidad con lo dispuesto en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela y en los tratados, pactos y convenciones sobre la materia, suscritos y ratificados por Venezuela.

**Artículo 3.** El Régimen Prestacional de Servicios Sociales al Adulto Mayor y Otras Categorías de Personas, exceptuando las asignaciones económicas, las cuales se rigen por lo establecido en la presente Ley, ampara a todos los venezolanos y venezolanas de sesenta o más años de edad y a los extranjeros y extranjeras de igual edad, siempre que residan legalmente en el país. Ampara igualmente a los venezolanos y venezolanas y a los extranjeros y extranjeras con residencia legal en el país, menores de sesenta años de edad, en estado de necesidad, no amparadas por otras leyes, instituciones y programas, destinados a brindar igual o semejantes prestaciones a las contempladas en la presente Ley. Los extranjeros y extranjeras de tránsito en el país y que se encuentren en las situaciones antes señaladas, serán atendidos de acuerdo a los tratados, pactos y convenciones suscritos y ratificados por la República Bolivariana de Venezuela.

**Artículo 15.** Los organismos públicos y privados, distintos al Ministerio con competencia en materia de servicios sociales al adulto y adulta mayor y otras categorías de personas e Instituto Nacional de Servicios Sociales, responsables de garantizar las prestaciones, programas y servicios contemplados para el Régimen Prestacional regulado por esta Ley, deben coordinar y cooperar entre sí para que las acciones se cumplan con la mayor eficacia y eficiencia en beneficio de los sujetos protegidos, con la participación del respectivo Consejo Estatal de Planificación y Coordinación

de Políticas Públicas y del Consejo Local de Planificación Pública, de acuerdo a sus atribuciones y competencias.

**Artículo 17.** El Sistema de Seguridad Social garantiza el derecho a la salud y las prestaciones por: maternidad, paternidad, enfermedades y accidentes cualquiera sea su origen, magnitud y duración, discapacidad, necesidades especiales, pérdida involuntaria del empleo, desempleo, Vejez, viudedad, orfandad, vivienda y hábitat, recreación, cargas derivadas de la vida familiar y cualquier otra circunstancia susceptible de previsión social que determine la ley. El alcance y desarrollo progresivo de los regímenes prestacionales contemplados en esta Ley se regulará por las leyes específicas relativas a dichos regímenes.

En dichas leyes se establecerán las condiciones bajo las cuales los sistemas y regímenes prestacionales otorgarán protección especial a las personas discapacitadas, indígenas, y a cualquier otra categoría de personas que por su situación particular así lo ameriten y a las amas de casa que carezcan de protección económica personal, familiar o social en general.

**Artículo 18.** El Sistema de Seguridad Social garantizará las prestaciones 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.

6. Protección integral a la Vejez.

7. Pensiones por Vejez, sobrevivencia y discapacidad.

La organización y el disfrute de las prestaciones previstas en este artículo serán desarrolladas de manera progresiva hasta alcanzar la cobertura total y consolidación del Sistema de Seguridad Social creado en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela.

**Artículo 21.** El sistema prestacional de Previsión Social, tendrá a su cargo los regímenes prestacionales siguientes: Servicios Sociales al Adulto Mayor y Otras Categorías de Personas; Empleo; Pensiones y Otras Asignaciones Económicas; y Seguridad y Salud en el trabajo.

**Artículo 28.** Los organismos públicos con competencia en materia de infraestructura deberán prever, contemplar y atender las necesidades y limitaciones de las personas Adultas Mayores y personas con discapacidad en la planificación, diseño, construcción y ejecución de obras, programas y servicios de la administración nacional, estatal y municipal.

**Artículo 32.** Tienen derecho a las asignaciones económicas previstas en esta Ley, los Adultos y las Adultas Mayores en estado de necesidad y con ausencia de capacidad contributiva, las personas menores de sesenta años de edad que se encuentren en estado de necesidad y que no estén integradas a un grupo familiar o con discapacidad total, las familias en situaciones de desprotección económica, amas de casa y pueblos indígenas en estados de necesidad, cuya situación haya sido calificada y certificada por el Instituto Nacional de Servicios Sociales.

**Artículo 37.** La cuantía o monto de las asignaciones económicas podrá incrementarse, en los casos de personas Adultas Mayores, de personas en situación de dependencia, y de personas con discapacidad severa, mediante estudios médicos y socio-económicos y de acuerdo al monto tope máximo establecido en esta Ley.

**Artículo 49.** El Instituto Nacional de Servicios Sociales promoverá con la colaboración de otros órganos e instituciones públicos programas y campañas de valoración y respeto para personas Adultas Mayores y personas con cualquier tipo de discapacidad.

**Artículo 52.** Los órganos y las Instituciones Públicas y Privadas nacionales, regionales y municipales deben promover la atención preferencial a las personas Adultas Mayores y personas con discapacidad, cuando se refiera a control de citas, consultas o salas de espera o cualquier otra situación administrativa que requiera hacer colas o permanecer en espera. El Instituto Nacional de Servicios Sociales promoverá el cumplimiento de esta disposición.

**Artículo 54.** El Instituto Nacional de Servicios Sociales, con la cooperación de los estados, municipios, la familia y la Red de Voluntariado de Servicios Sociales, diseñará y desarrollará programas destinados a la atención domiciliaria para las personas Adultas Mayores y personas con discapacidad, a fin de prestar servicios en salud, recreación, acompañamiento, alimentación, orientación y cualquier otro servicio susceptible de ser prestado mediante esta modalidad de forma individual o colectiva, presencial o por otra vía o recurso comunicacional.

En su **Capítulo II, Artículo 58**, la misma ley contempla que “Se crea el Régimen Prestacional de Servicios Sociales al Adulto Mayor y Otras Categorías de Personas, que tiene por objeto garantizarles atención integral, a fin de mejorar y mantener su calidad de vida y bienestar social bajo el principio de respeto a su dignidad humana”.

**Artículo 60.** Las instituciones públicas nacionales, estatales y municipales que ejecuten programas de atención a los Adultos Mayores y otras

categorías de personas, coordinarán progresivamente sus actividades a los fines de estructurar un régimen Prestacional uniforme.

**Artículo 97.** Se crea el Fondo de Prestaciones en Servicios y en Especies para el financiamiento de las prestaciones no dinerarias previstas en el Régimen Prestacional de Servicios Sociales al Adulto Mayor y Otras Categorías de Personas regulado por esta Ley. Los ingresos del Fondo estarán constituidos por recursos fiscales, remanentes netos de capital y mecanismos impositivos, y su administración estará bajo la responsabilidad del Instituto Nacional de Servicios Sociales.

Su gestión 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, con quienes se compartan valores y principios de justicia social, corresponsabilidad y autonomía.

En el INASS velan por el bienestar de nuestras adultos/as mayores, ofreciéndoles atención integral con visión humanista y solidaria. Se les otorga servicio médico gratuito, apoyo para la cobertura de intervenciones quirúrgicas, ayudas técnicas, ayudas económicas e inclusión en espacios donde pueden realizar diversas actividades, fomentando así el envejecimiento activo, promoviendo una cultura de integración de la adulta y adulto mayor en la familia y en la comunidad, creando conciencia en los núcleos familiares respecto a su deber de ofrecer un trato digno a las personas de la tercera edad y otras categorías de personas y su corresponsabilidad en la mejora de su calidad de vida.

A manera de conclusión, la ley de Seguridad Social, precisa de forma positiva los objetivos que pretenden alcanzar en cada artículo citado, los



cuales dan a saber con transparencia la garantía de los medios de vida en el adulto mayor, así como también la garantía de la atención en el ámbito de la salud y la garantía de la inclusión y de la reinserción. Dejando en claro que la constitución políticas públicas de Venezuela avanza, particularmente en cuanto la forma que asume todo lo relacionado con los derechos del adulto mayor, incluyendo en ellos el derecho de la Seguridad Social.

2.3.3 Ley de Servicios Sociales (Gaceta Oficial 38.270), de fecha 26 de julio del 2005.

**Artículo 1.** La presente Ley tiene por objeto definir y regular el Régimen prestacional de Servicios Sociales al Adulto Mayor y Otras Categorías de Personas, su rectoría, organización, funcionamiento, financiamiento, determinación de las prestaciones, requisitos para su obtención y gestión, de conformidad con lo establecido en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, la Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social y en los tratados, pactos y convenciones sobre la materia, suscritos y ratificados por la República Bolivariana de Venezuela.

**Artículo 7.** A los efectos de la aplicación de esta Ley, se entiende por:

**3. Estado de necesidad:** A la situación de desprotección económica, personal, familiar o social, que desencadena necesidades sociales previstas y tipificadas por esta Ley como merecedoras de protección temporal o permanente. Constituye el dispositivo que acciona la dinámica protectora y determina si hay lugar o no a la protección.

**5. Abandono:** A la resistencia voluntaria de la familia a contribuir para la satisfacción de las necesidades básicas de aquellos miembros a cuyo sostén deben legalmente y socialmente concurrir.

**7. Discapacidad:** Al déficit físico, mental, sensorial, intelectual o visceral que cause alteración fisiológica, a las limitaciones en la actividad, y restricciones en la participación. Indica los aspectos negativos de la interacción entre un individuo, con una condición de salud y sus factores contextuales, ambientales y personales, ya sea de naturaleza permanente o temporal.

**9. Servicio social:** A la intervención interdisciplinaria, metódica y científica, orientada a la atención general y especializada, institucionalizada, interna o ambulatoria, a domicilio, de rehabilitación y habilitación física, mental, sensorial, intelectual o social y de asistencia en general, para las personas protegidas por esta Ley.

**10. Atención integral:** A las acciones destinadas a satisfacer las necesidades económicas, físicas, materiales, emocionales, sociales, laborales, culturales, educativas, recreativas, productivas y espirituales de las personas protegidas por esta Ley.

**13. Integración social:** Al proceso de desarrollo de capacidades y creación de oportunidades en los órdenes económico, social y político para que los individuos, familias o grupos sujetos de protección de esta Ley, puedan reincorporarse a la vida comunitaria con pleno respeto a su dignidad, identidad y derechos sobre la base de la igualdad y equidad de oportunidades para una vida activa y productiva.

**14. Instituto Gestor:** A la institución encargada en el ámbito nacional de la gestión de los servicios sociales destinados a garantizar la atención integral a las personas protegidas por esta Ley.

**15. Órgano Rector:** Al Ministerio con competencia en servicios sociales al adulto y adulta mayor y otras categorías de personas.

**Artículo 8.** Son principios rectores de esta Ley los siguientes:

**1. Autonomía:** Respeto a la independencia, dignidad, capacidad de decisión, bienestar y calidad de vida, desarrollo personal y comunitario de las personas protegidas por esta Ley.

**2. Participación:** Derecho y deber de las personas protegidas por esta Ley y de los ciudadanos y ciudadanas en general a insertarse e intervenir activamente en la formación, ejecución y control de la gestión pública del Régimen Prestacional regulado por esta Ley.

**5. Atención preferencial:** Garantía de trato oportuno e integral a las

personas protegidas por esta Ley, por parte de las instituciones nacionales, estatales, municipales, parroquiales y comunidad organizada.

**6. Igualdad:** A la situación en las que todas las personas son sujetos de derecho y de justicia, sin discriminación alguna, en los términos establecidos en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela y las leyes.

**7. Trato digno:** Atención respetuosa, no discriminatoria, ni vejatoria, a las personas protegidas por esta Ley, con el fin de promover el desarrollo de una vida segura, libre de explotación y maltrato físico o mental.

**Artículo 9.** El estado garantiza a las personas amparadas por esta Ley, los derechos humanos sin discriminación, los derechos de carácter civil, su nacionalidad y ciudadanía, los derechos políticos, los derechos sociales y de la familia, los derechos culturales y educativos, los derechos económicos, los derechos ambientales y los derechos de los pueblos indígenas, en los términos y condiciones establecidos en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, las leyes y los tratados, pactos y convenciones suscritos y ratificados por la República. El estado, las familias y la sociedad, se integrarán corresponsablemente, para mejorar la calidad de vida de los ciudadanos y ciudadanas protegidos por esta Ley, mediante su incorporación efectiva a programas, servicios y acciones que faciliten, de acuerdo a sus condiciones, el acceso a la educación, el trabajo de calidad, la salud integral, la vivienda y hábitat dignos, la participación y el control social, la asistencia social, las asignaciones económicas según sea el caso, la asistencia jurídica y la participación en actividades recreativas, culturales y deportivas. Las

familias tendrán derecho a recibir el apoyo de las instituciones públicas para el cuidado y atención de las personas protegidas por esta Ley.

**Artículo 15.** Los organismos públicos y privados, distintos al Ministerio con competencia en materia de servicios sociales al adulto y adulta mayor y otras categorías de personas e Instituto Nacional de Servicios Sociales, responsables de garantizar las prestaciones, programas y servicios contemplados para el Régimen Prestacional regulado por esta Ley, deben coordinar y cooperar entre sí para que las acciones se cumplan con la mayor eficacia y eficiencia en beneficio de los sujetos protegidos, con la participación del respectivo Consejo Estatal de Planificación y Coordinación de Políticas Públicas y del Consejo Local de Planificación Pública, de acuerdo a sus atribuciones y competencias.

**Artículo 24.** El Ministerio con competencia en materia de salud, a través del Sistema Público Nacional de Salud, deberá promover y desarrollar la atención integral de la salud a las personas protegidas por esta Ley, mediante programas de promoción, prevención, restitución, habilitación y rehabilitación, atendiendo las particularidades inherentes a su condición.

**Artículo 47.** El Instituto Nacional de Servicios Sociales establecerá programas destinados a promover una cultura de la salud para fomentar estilos de vida saludables en toda la población, donde se contemple la prevención de enfermedades y el desarrollo de una conciencia sobre el proceso de envejecimiento.

**Artículo 50.** El Sistema Público Nacional de Salud, a través de programas, proporcionará a las personas protegidas por esta Ley, la atención médica especializada gratuita, dotación de prótesis, lentes, traslados, intervenciones

quirúrgicas, atención odontológica, oftalmológica y obligatoriamente los medicamentos indicados en consultas, en emergencias y hospitalización. Asimismo, el Instituto Nacional de Servicios Sociales estimulará la prestación de servicios con descuentos, o tarifas especiales para las personas protegidas por esta Ley en farmacias, clínicas y otros establecimientos de salud.

**Artículo 51.** El Instituto Nacional de Servicios Sociales solicitará periódicamente información sobre los inventarios de los medicamentos necesarios para las personas protegidas por esta Ley, a 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 informará de sus resultados a los órganos de participación y control social.

**Artículo 52.** Los órganos y las instituciones públicas y privadas nacionales, regionales y municipales deben promover la atención preferencial a las personas adultas mayores y personas con discapacidad, cuando se refiera a control de citas, consultas o salas de espera o cualquier otra situación administrativa que requiera hacer colas o permanecer en espera. El Instituto Nacional de Servicios Sociales promoverá el cumplimiento de esta disposición.

## **2.5. SISTEMA DE VARIABLES.**

Las variables representan a los elementos que pueden asumir diferentes valores según sea el contexto en el que se representan. Sabino C, (2006) expresa que variable *“es cualquier característica de la realidad que es susceptibles de asumir diferentes valores, es decir que puede variar. (p.63)”*.

### 2.5.1 DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE VARIABLE:

En los trabajos de investigación las variables constituyen el centro de estudio y se presentan incorporadas en los objetivos específicos. Ahora bien, una vez identificadas las variables cada una debe ser definida conceptualmente. La definición conceptual de la variable es la expresión del significado que el investigador le atribuye y con ese sentido debe entenderse durante todo el proceso Investigativo.

#### **Variable general:**

Políticas Públicas de Salud Dirigidas a los Adultos Mayores.

#### **Variables específicas:**

##### **Atención Integral en las políticas de salud:**

La Atención Médica Integral, según Germán Millones Gómez (2010) es un área del conocimiento destinada a satisfacer la necesidad social de fomentar y mantener la salud mental y física del individuo, previniendo, aliviando y curando la enfermedad. Este propósito se cumple dentro de un sistema que funciona como un todo integrado en distintos niveles de atención y promoción de la salud. (p.16).

##### **Condiciones Ambientales:**

Las condiciones ambientales, Méndez (2005) son las circunstancias físicas en las que el empleado se encuentra cuando desempeña su cargo ó labor en una institución. Es el entono físico-ambiental que rodea al empleado mientras ejerce sus funciones de trabajo.(p.16).

### **Calidad y expectativa de vida.**

La calidad y expectativa de vida, LUPUS (2011) en esencia, implican el bienestar que un individuo, como integrante de un grupo, aspira o puede llegar a aspirar. Para ello no solamente nos centramos en los bienes materiales que dicho individuo acapara a lo largo de su vida, sino también en los bienes y servicios públicos que provee el estado, como gestor de la circunscripción administrativa dónde éste resida que repercuta no sólo en su modo de vida sino en la prolongación de su existencia.(p.04).

### **Satisfacción personal de los usuarios.**

La satisfacción personal Brito Challa, Relaciones humanas (2008) está relacionada con la valoración individual de la calidad de vida, regida por apreciaciones subjetivas y objetivas donde se trasciende lo económico y se mira la percepción, opinión, satisfacción y expectativas de las personas. (p112).

### **Definición Operacional de la Variable:**

La universidad Santa María 2001 afirma que representa el desglosamiento de la misma en aspectos cada vez más sencillos que permitan la máxima aproximación para poder medirla y se agrupan bajo las denominaciones de dimensiones, indicadores y de ser necesario subindicadores

En este sentido, las dimensiones representan el área o las áreas del conocimiento que integran la variable y de la cual se desprenden los indicadores. También señala que el desglosamiento de cada variable hasta indicadores permite abordarla a través del estudio de una manera profunda, pues el énfasis de la labor investigativa a de estar centrada en la

caracterización de cada unidad.

Después de las consideraciones anteriores, el presente estudio estará orientado a desarrollar la siguiente matriz:

#### 2.5.2 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.



OBJETIVOS ESPECÍFICOS	VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	ÍNDICADORES	ITEMS
Precisar la atención que le brindan al Adulto Mayor en las Unidades de Diabetes y Medicina Interna.	Atención Integral.	<p>Germán Millones Gómez (2010) La atención médica integral es un área del conocimiento destinada a satisfacer la necesidad social de fomentar y mantener la salud mental y física del individuo, previniendo, aliviando y curando la enfermedad. Este propósito se cumple dentro de un sistema que funciona como un todo integrado en distintos niveles de atención y promoción de la salud. (p.16).</p>	ASISTENCIAL	<p>-Demanda del usuario</p> <p>-Servicios de atención.</p> <p>- Personal especializado.</p> <p>-Calidad de atención.</p> <p>-Enlaces inter-institucionales.</p>	<p>¿Cuáles son las enfermedades más comunes?</p> <p>¿Usted tiene conocimiento sobre los servicios que se brindan en el Hospital al Adulto Mayor? De contestar positivamente, ¿Cuáles usted conoce?</p> <p>¿A cuál ó a cuales consulta usted, asiste?</p> <p>¿Cuenta ese servicio con especialistas? Mencione cuáles son.</p> <p>¿Cuántos Profesionales laboran en el área que usted asiste?</p> <p>¿Le parecen suficientes la cantidad de profesionales que laboran allí? ¿Cómo considera usted la atención que brindan? ¿Cómo considera el trato al paciente por parte del personal de la Institución?</p> <p>¿Cuánto es el tiempo de espera para las consultas?</p> <p>¿Se realizan chequeos y revisiones completas al paciente? ¿Existe alguna conexión con otras</p>
Describir las condiciones físico-ambientales que poseen las Unidades de Diabetes y	Condiciones Ambientales	<p>Méndez (2005) Las condiciones ambientales, son las circunstancias físicas en las que el empleado se encuentra cuando desempeña su cargo ó labor en una</p>	FÍSICO-AMBIENTAL	<p>-Condiciones del lugar.</p> <p>-Disposición de insumos necesarios.</p>	

### CAPITULO III

## MARCO METODOLÓGICO

En este capítulo se presenta la metodología que permitió desarrollar la Investigación. Específicamente se hizo referencia a: tipo de investigación, la población y muestra, validez y confiabilidad del instrumento y finalmente las técnicas y procedimientos, para la recolección de datos y su análisis.

### 3.1 Nivel de Investigación

El nivel de Investigación se refiere al grado de profundidad con que se trabaja un fenómeno u objeto de estudio. En este aspecto la siguiente Investigación fue de carácter descriptivo; según Fidias (2006), *“expresa que la investigación descriptiva es “la caracterización de un hecho, fenómeno, individuo o grupo, con el fin de establecer su estructura o comportamiento” (p.23).* Por lo tanto permitió la descripción, análisis e interpretación del problema investigado.

En esta investigación se hizo un análisis de los servicios médico-asistenciales brindados a los adultos mayores en el área de unidad de diabetes y medicina interna del “Hospital Especial Antituberculoso de Oriente “Dr. Julio Rodríguez”, mediante la descripción de cómo operan y de sus características generales.

### 3.2 Diseño de la Investigación

El Diseño de la Investigación fue de campo, la cual según Fidias A (2006), *“es aquella que consiste en la recolección de datos directamente de los sujetos investigados o de la realidad donde ocurren los hechos (datos primarios), sin manipular o controlar variable alguna; es decir, el investigador obtiene información directa de las fuentes primarias”. (p25).*

Esto fue posible, debido a que se obtuvo la mayor cantidad de datos de la población beneficiaria de los servicios de Medicina Interna y Diabetes, del Hospital Especial Antituberculoso de Oriente “Dr. Julio Rodríguez”, así como de los médicos que laboran en esas áreas.

### **3.3 Área Geográfica:**

El área geográfica estuvo enfocada en las Dependencias de Medicina Interna y Diabetes, del Hospital Especial Antituberculoso de Oriente “Dr. Julio Rodríguez”, Parroquia Altigracia, Cumaná, Municipio Sucre, Estado Sucre.

#### **3.3.1 Área de Estudio:**

Se refirió a los servicios medico-asistenciales brindados a los Adultos Mayores en pro de su salud integral.

#### **3.3.2 Población y Muestra**

La población estuvo conformada por 553 pacientes asistidos en los servicios de unidad de diabetes y medicina interna del “Hospital Especial Antituberculoso de Oriente “Dr. Julio Rodríguez”. Cumaná Estado Sucre.

En términos más precisos la población, es un conjunto finito e infinito de elementos con características comunes para los cuales fueron extensivas las conclusiones de la Investigación y esta quedó delimitada por el problema y por los objetivos del estudio.

En este estudio la población estuvo identificada del siguiente cuadro:

<b>Especialistas</b>	<b>Pacientes</b>
1 Diabetólogo	Unidad De Diabetes 351
1 Angiólogo	Medicina Interna 202
4 Auxiliares de Enfermería	<b>Total: 553</b>
5 Licda. en Enfermería	
1 Médico Internista	
<b>Total 12</b>	

**Fuente de información recopilada por los mismos autores (2012).**

En este sentido Fidias (2004) define la población como. “el conjunto de elementos con características comunes que son objeto de análisis y para los cuales serán validas las conclusiones de la investigación (p. 98)”.

Esto significa que la población representa el número total de pacientes existentes en el área de estudio y que son objeto de análisis para buscar la solución al problema.

Es importantes resaltar que en esta investigación se contó con dos (2) poblaciones, una que estuvo conformada en primer lugar por los pacientes asistidos en las áreas de unidad de diabetes y medicina interna que son (553) y en segundo lugar por los especialistas, que son doce (12). Todos estos integrantes de cada población comparten intereses comunes y fue necesario su estudio para conocer cómo influye el fenómeno que se estudio.

Tal como se evidencia, la población de especialistas es menor que cien (100), por lo tanto no fue necesario aplicar procedimientos estadísticos para tomar muestras.

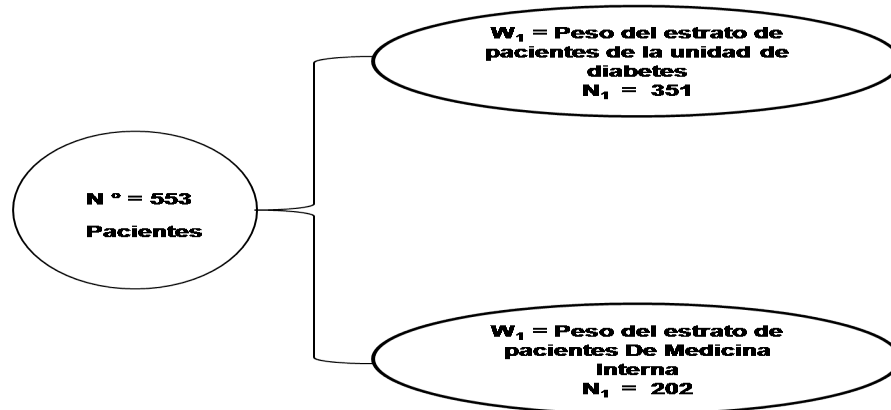
Acerca de este Hernández, Fernández y Baptista (2000) afirman: *“cuando la población es menor que cien (100), esta es manejable”* (p.224). Debido a esto se entiende que no es necesario extraer una muestra, por lo que se tomó la totalidad que en este caso son doce (12) especialistas que prestan servicios a las unidades de diabetes y medicina interna.

En contraposición de esta, la población de pacientes asistidos en estas áreas es mayor de 100, lo que hizo necesario extraer una muestra de la misma, esta es definida por Morlés (1997) como: *“un subconjunto representativo de un universo o población”*. (p.54).

Para la selección de la muestra es necesario utilizar el muestreo estratificado con afijación proporcional, que es definido por Martínez (2005) como: *“un método que permite una selección más eficiente que el obtenido mediante el muestreo aleatorio simple, en especial, cuando las características que se investiga es de gran variabilidad, lo cual, implica un tamaño muestral*

*relativamente grande". (p.905).*

Esto significa, que para realizar un estudio más eficaz del fenómeno en estudio se necesita subdividir la población en estratos para que sea más manejable al momento de conocer los resultados. Según el autor antes mencionado, estrato es *"una subpoblación relativamente homogénea con relación a las características en estudio". (p.906).*



Dónde:

$$W_1 = \frac{N_1}{N} = 0,635$$

$$W_2 = \frac{N_2}{N} = 0,365$$

$$\sum W_i = W_1 + W_2 = 1$$

$$\sum W_i = 0,635 + 0,365 = 1$$

$$n_0 = \frac{\sum W_1 P_1 Q_1 + W_2 P_2 Q_2}{\dots}$$

$$\left[ \frac{E}{Z} \right]^2$$

Dónde:

**n<sub>0</sub>** = Cantidad teórica de elementos de la muestra.

**n** = cantidad real de elementos de la muestra a partir de la población asumida o de los estratos asumidos en la población.

**N** = número total de elementos que conforman la población o números de estratos totales de la población (553) pacientes asistidos en la unidad de diabetes y medicina interna

**Z** = grado de confiabilidad de la muestra calculada. En este caso los investigadores consideraron trabajar con un grado de confiabilidad de 95% (1,96).

**E** = Error asumido en el cálculo. Se consideró asumir un error de 0,05.

**P** = Proporción de éxito de la población o proporción de pacientes satisfechos por los servicios de atención medico-asistenciales. Los investigadores asumieron un 50% de éxito (0,5).

**Q** = Proporción de fracaso de la población. Proporción de pacientes insatisfechos por los servicios de atención medico-asistenciales. Los investigadores asumieron un 50% de fracaso (0,5).

**W** = Peso de estratos.

$$n_0 = \frac{0,635 (0,5). (0,5) + 0,365. (0,5). (0,5)}{0,250} = \frac{0,250}{\left[ \frac{E}{Z} \right]^2} = \frac{0,250}{\left[ \frac{0,05}{1,96} \right]^2}$$

$$\left[ \frac{E}{Z} \right]^2$$

$$\left[ \frac{0,05}{1,96} \right]^2$$

$$n_0 = 384,16$$

El resultado de  $n_0$  que corresponde a 384,16 pacientes significa que es la cantidad teórica de elementos de muestra. Para calcular la muestra total con que se trabajó en esta investigación, fue necesario utilizar la siguiente formula.

$$n = \frac{n_0}{1 + \frac{n_0}{N}} = \frac{384,16}{1 + \frac{384,16}{553}} = \frac{384,16}{1,695} = 226,64 = 227$$

$n = 227$  pacientes de los estratos unidad de diabetes y medicina interna

Para conocer la muestra de cada estrato y determinar la cantidad de instrumentos a aplicar en cada área de servicio, se utilizó una afijación proporcional que según Martínez (2005) significa que *“el tamaño de la muestra de cada estrato es proporcional al tamaño del estrato correspondiente con respecto a la población total”*. (p 910).

Para calcularlo, se fue se utilizo la siguiente operación.

$$n_1 = \frac{N_{1,2}}{N} * n$$

Donde:  $n_1$  es la muestra total de pacientes de la unidad de diabetes

$$n_1 = \frac{351}{553} * 227 = 144,08 = 144 \text{ pacientes de la unidad de diabetes.}$$



Donde:  $n_2$  es la muestra total de los pacientes de medicina interna.

$$n_2 = \frac{202}{553} * 227 = 82,91 = 83 \text{ pacientes de medicina interna}$$

Estos resultados nos indican que en este estudio se trabajó con doce (12) Especialistas y con una muestra de pacientes de 227 la cual estuvo distribuida de forma proporcional en 144 pacientes que asisten a la unidad de diabetes y 83 en el área de medicina interna. Todo ello para la aplicación del instrumento de recolección de datos.

### 3.3.3 Unidades de estudio:

Según Ramírez Tulio; es el objeto o la entidad real de las diferentes naturalezas que poseen las variables en su dimensión básica y permite su observación por medios de técnicas/instrumentos. La unidad de estudio es obvia o mecánica si bien deriva de la población y es coherente, con el problema de investigación, (2000).

Esta estuvo integrada por cada uno de los pacientes etarios que conforman la muestra. Y estos son: por medicina interna con 202 pacientes, la unidad de diabetes: 351 paciente y 12 especialistas que asisten y desempeñan en dichas unidades.

### 3.4 Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos:

Estas técnicas e instrumentos a desarrollar se justifican por ser una investigación de campo. Según Fidias (2006) las técnicas de recolección de datos *“son las distintas formas o maneras de obtener la información”*, y en el mismo orden hace referencia que los instrumentos, *“son los medios*

*materiales que se emplean para recoger y almacenar la información”. (p. 111).*

Por ello para desarrollar el tema fue necesario definir medios y modos de recolección de datos, que se describirán a continuación:

#### 3.4.1. Técnicas de recolección de información:

Para alcanzar los objetivos de la investigación fue necesaria la implementación de las siguientes técnicas de investigación:

- **La encuesta:** que se define como “una técnica que pretende obtener información que suministre un grupo o muestra de sujetos, acerca de un tema en particular” (Ibid et al, pág. 72). Permitió indagar percepciones y opiniones de Pacientes y médicos, con respecto a los referidos servicios.
- **La observación directa:** es la cual según Fidias (2004) consiste en “visualizar o captar mediante la vista, en forma sistemática cualquier hecho, fenómeno o situación que se produzca en la naturaleza o en la sociedad en función de unos objetivos de investigación preestablecidos”. (p.67). En base a estos planteamientos se puede argumentar que observar es más que ver, debido a que se debe examinar intencionalmente una situación u objeto para averiguar hechos o aspectos del mismo.

#### 3.4.2 Instrumentos de recolección de información:

Para registrar los datos se utilizó el cuestionario, el cual según Tamayo y Tamayo (1995) “es un formato en papel, formado por una serie de preguntas que se contestan por escrito a fin de obtener la información necesaria para la realización de una investigación”. (p. 200). Se entiende entonces que fue un recurso usado para recabar información de los involucrados, el cual estuvo

conformado por una lista de preguntas mixtas (abiertas, semi-abiertas y cerradas) que buscaban dar respuesta a los objetivos del estudio.

Para ello, se aplicó un (1) instrumento “*cuestionario*”, a los especialistas y una entrevista semi-estructurada a pacientes adultos mayores , ambos fueron elaborados con características similares para cada población, puesto que se pretendió triangular las diferentes opiniones de los involucrados. Pese a ello, es preciso aclarar que las preguntas de los instrumentos fueron ajustadas a cada grupo muestral.

### **3.5 Validación del Instrumento:**

La validez es una de los pasos esenciales de todo diseño de investigación la cual está referida a la firmeza y seguridad de todo hecho o fenómeno en estudio.

En ese sentido, la validación del contenido del instrumento fue sometido al “juicio de expertos”, lo cual según Claret Arnoldo (2005), *“consiste en la revisión del cuestionario elaborado por varios expertos en la materia (juicio de expertos) para constatar el vocabulario y la redacción de los ítems y si el contenido de los mismos mide lo que se desea medir. Estos expertos le harán observaciones de tipo general, las cuales serán corregidas”*. (p.82).

Para ello se empleó el criterio de tres especialistas: dos trabajadoras sociales (Licdas. Rodríguez Carmen y Holder Andelis) y una psicóloga (Ramírez Martha) quienes validaron el instrumento en su totalidad en cuanto a su contenido: niveles de preguntas, redacción, coherencias entre variables e indicadores y variables, considerándolo apropiado y confiable debido a que los ítems del cuestionario tuvieron correspondencia directa con los objetivos de la investigación, es decir, las interrogantes permitieron conocer y medir las variables del estudio.

### 3.6 Fuentes de Recolección de Datos:

Fidias (2004) define como. “todo lo que suministra información. Según su naturaleza las fuentes de información pueden ser documentales (proporcionan datos secundarios) y vivas (sujetos que aportan datos primarios)”. (p.27). Las fuentes que se utilizaron en esta Investigación son:

**Fuentes Primarias:** Sabino, (2000) “son aquellas que se obtienen directamente, a partir de la realidad misma, sin referir ningún proceso de elaboración previo”. (p.130). Para efecto de este estudio las fuentes primarias que se enfocaron fueron:

Pacientes adultos mayores que asisten a consultas de unidad de diabetes y medicina interna a igual que los especialistas del Hospital Especial Antituberculoso de Oriente “Dr. Julio Rodríguez”.

**Fuentes Secundarias:** son todas aquellas instancias donde lo investigadores recuren en busca de recopilar e investigar sobre el abordaje del tema, para ilustrar más este apartado Sabino Carlos (2000), expresa que “están referidos a las consultas bibliográficas, hemerográficas, publicaciones oficiales, estatutos, revista, internet, textos, entre otros, que sirven de apoyo para complementar la información”.(p.130).

En la investigación se tomaron en cuenta las siguientes:

- Bibliografías.
- Tesis de grado.
- Trabajos de ascensos.

- Publicaciones electrónicas.
- Publicaciones legales.

### **3.7 Procesamientos de Resultados:**

Según Fidias (2006); es donde “*se describen las distintas operaciones a las que serán sometidas, los datos que se obtengan: clasificación, registro, tabulación y codificación*”. (p. 11).

Cabe destacar que en este estudio la codificación de los datos, aportados por la aplicación de los instrumentos (cuestionario), se realizó mediante el programa estadístico SPSS nº 17; el cual facilitó la codificación y tabulación de los datos, así como la representación gráfica de los cálculos, frecuencias absolutas y porcentuales.

## **CAPÍTULO IV**

### **PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS**

Una vez aplicado el instrumento como de recolección de información, en base a los servicios medio-asistenciales brindados a los adultos/as mayores en las unidades de diabetes y medicina interna del “Hospital Especial Antituberculoso Dr. Julio Rodríguez, a continuación se presentan en este capítulo, el análisis de los resultados que dan respuesta a las interrogantes planteadas en la formulación del problema, presentando principalmente aspectos elementales como: la Caracterización de la Población Estudiada, Condición de Salud, Atención Médica Asistencial, Aspectos Físicos-Ambientales y Valoración del Usuario. Todo ello, con el fin de tener un mejor y completo conocimiento sobre la población estudiada.

Cabe resaltar que los resultados del proceso investigativo fue llevado a cabo por medio de la aplicación de dos (2) encuestas en modalidad de cuestionario, aplicada a los especialistas y pacientes, dichos resultados permitieron elaborar conclusiones con relación a cada uno de los ítems que conforman los diferentes indicadores de las variables de la investigación.

Con referencia a la presentación de los datos, se elaboraron cuadros de frecuencia simple por objetivo, es decir, englobando las preguntas contentivas a cada objetivo y estas fueron reflejadas de manera absoluta y porcentual.

Por consiguiente se extrajeron de cada instrumento y entrevista las preguntas que arrojaron datos contundentes e importantes para ser analizadas, y estas se presentaron en histogramas de barras y cuadros.

## I.- CARACTERIZACIÓN DEMOGRÁFICA DE LOS ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN LAS ÁREAS DE UNIDAD DE DIABETES Y MEDICINA INTERNA

Para este estudio no se concibe dentro de sus objetivos específicos el abordaje de los aspectos socio-demográficos, pero en aras de brindar una visión general de las características de los adultos/as mayores se presenta a continuación, una descripción de la población beneficiaria de los servicios de Medicina interna y Diabetes, en cuanto a sexo, edad, estado civil y lugar de residencia.

CUADRO N° 1 Sexo y grupo de edades de los pacientes que asisten a la Unidad de Diabetes y Medicina Interna.

Grupos de Edades	Unidad De Diabetes				Medicina Interna			
	Femenino		Masculino		Femenino		Masculino	
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
59-63	25	17,4	26	18,1	13	15,7	13	15,7
64-68	20	13,9	24	16,7	6	7,2	7	8,4
69-73	16	11,1	16	11,1	8	9,6	6	7,2
74-78	5	3,5	6	4,2	4	4,8	6	7,2
79-83	1	0,7	2	1,4	9	10,8	6	7,2
84-89	2	1,4	1	0,7	5	6,0	0	0
<b>Total</b>	<b>69/144</b>	<b>48,0/100</b>	<b>75/144</b>	<b>52,0/100</b>	<b>45/83</b>	<b>54,1/100</b>	<b>38 /83</b>	<b>45,9/100</b>

Fuente: Información recopilada por los autores 2012

Como se puede observar en el cuadro n° 1, en cuanto a la edad, la mayor parte de la población estudiada, en ambos servicios, se encuentra comprendida en la categoría de 59 a 63 años, lo que quiere decir, que es la edad más joven en consideración a las demás, quedando representados según porcentajes en: 35,5% UdD y un 31,4%, U.dMI. Con respecto al sexo

se puede observar un predominio de hombres en el área de diabetes, con un 52,0%, mientras que en el área de Medicina Interna los resultados señalaron que un 54,1% de pacientes son femeninas.

De acuerdo a los resultados obtenidos, es importante señalar que según Erickson, Erik (1999), a partir de los 60 años, comienza el declive gradual del funcionamiento de todos los sistemas corporales, que por lo general se debe al envejecimiento natural y gradual de las células del cuerpo, pudiendo aparecer diversas enfermedades relacionadas con la Vejez tanto en las mujeres como en los hombres, en edades comprendidas de 60 a 89 años, las más frecuentes según J. L. Guijarro, (2002) son: la enfermedad de Alzheimer, de Párkinson, Vascular Cerebral, la Diabetes, Miopía, Sordera, Osteoporosis, Hipertensión Arterial, Enfermedad Articular Degenerativa, Enfermedad Isquémica del Corazón, Alergias, Alcoholismo, Artritis, Cáncer, Derrame cerebral, entre otras. Lo cual incide en la etiología multifuncional de actitudes patológicas en los Adultos/as Mayores y que sin el debido cuidado pueden seguir colaborando a crear las altas tasas de mortalidad que emergen a causas degenerativas de los niveles fisiológicos y biológicos.

Así mismo, en cuanto al sexo, Esquivel y Jiménez (1997) determinaron que los Adultos Mayores hombres y mujeres, tienen aproximadamente el mismo grado de deterioro tanto físico como mental; sin embargo, los sujetos hombres y mujeres con mayores niveles de actividad física, tienden a conservar un estado mejor de salud; lo que indica que a pesar de que continúa el deterioro normal, la actividad física (ejercicios) en estas poblaciones es fundamental para mantener una adecuada calidad de vida, congruente con su condición física.

De allí, que de acuerdo a los estudios de Hernández (2000), afirma que la tasa de mortalidad en los Adultos Mayores, para ambos géneros se



incrementa considerablemente debido a factores biológicos y malos hábitos al ingerir alimentos y ser sedentario..

CUADRO N° 2 Estado civil del paciente Adulto Mayor.

Estado civil	Unidad De Diabetes (UdD)		Unidad de Medicina Interna (UdMI)	
	Abs.	%	Abs.	%
Soltero	26	18,1	14	16,9
Casado	52	36,1	30	36,1
Divorciado	31	21,5	9	10,8
Viudo	21	14,6	16	19,3
Unión libre	14	9,7	14	16,9
<b>Total</b>	144	100 %	83	100 %

Fuente: Información recopilada por los autores2012.

En el siguiente cuadro se muestra que la mayoría de la población estudiada mantiene una relación de convivencia en pareja (Casado+Unión libre) en un 45,8% los pertenecientes a la UdD, mientras que por la UdMI, el porcentaje asciende a 53%, quedando en cada caso porcentajes menores de pacientes que manifestaron estar “solteros, divorciados y viudos”

En base a lo anterior se puede evidenciar que la mayoría de los Adultos Mayores que padecen enfermedades en relación a estos servicios goza de la compañía y apoyo de una pareja, lo que favorece, en general, la calidad de vida de los mismos, al contar con una persona que les proporcione mediante la convivencia diaria, un soporte emocional, pues la pareja tiene mayores posibilidades de auto ayudarse.

En caso contrario, no ocurre igual, de hecho, La Organización Mundial de la Salud (2011), dentro de sus variables para clasificar a los ancianos de riesgo o frágiles, incluye entre otras, el estado de viudez y soltería en éstos, debido

a que al estar “solos”, pasan a depender aún más de familiares u organizaciones, a quienes se les dificulta suplir esas necesidades afectivas-subjetivas, aumentando las posibilidades de padecer cuadros depresivos, de apatía y tristeza, que terminarán empeorando su estado de salud.

CUADRO N° 3 Lugar de residencia del paciente (Adulto Mayor) Unidad de Diabetes y Medicina Interna.

Lugar de Residencia	UNIDAD DE DIABETES		Lugar de Residencia	MEDICINA INTERNA	
	Abs.	%		Abs.	%
Avenida Miranda	2	1,4			
Bebedero	6	4,2	Bebedero	4	4,8
Bolivariano	8	5,6			
Brasil	10	6,9	Brasil	4	4,8
Caigüiré	4	2,8			
Calle Vargas	2	1,4			
Campeche	4	2,8			
Cantarrana	5	3,5	Cantarrana	3	3,6
Cariaco	18	12,5	Cariaco	17	20,4
Cascajal	2	1,4	Los Araguañey	3	3,6
Cumanacoa	5	3,5	Cumanacoa	8	9,6
Cumanagoto	4	2,8	Cumanagoto	2	3,6
De La Calle	2	1,4			
El Peñón	2	1,4	El Peñón	1	1,2
Fe Y Alegría	3	2,1			
La Copita	2	1,4			
La Floresta	3	2,1	Maisanta	4	4,8
La Llanada	9	6,3			
La Peña	1	,7			
Las Palomas	4	2,8	Malariología	4	4,8
Los Cocos	6	4,2	Los Cocos	4	4,8
Margarita Edo, Nueva Esparta	3	2,1			
Miramar	13	9,0	Miramar	8	9,6
San Antonio del Golfo	7	4,9	San Miguel	5	6,0
Santa Fe	7	4,9	Santa Fe	7	8,4
Villa Campestre	2	1,4	Tres Picos	4	4,8
4 Esquinas	5	3,5	Villa Ayacucho	4	4,8
<b>Total</b>	<b>144</b>	<b>100</b>	<b>Total</b>	<b>83</b>	<b>100</b>

Fuente: Información recopilada por los autores 2012

Este cuadro refleja que la mayor cantidad de pacientes de ambos servicios, residen en el Municipio Sucre, quedando para la UdD en 76.8% distribuidos en diversos sectores, donde destacan: Miramar 13%, Brasil 10%, La Llanada 9%, Bolivariano 8%, Santa fe 4,9% y Los Cocos 4,2%. En la UdMI el porcentaje al respecto es de 70%, residenciados en sectores como: Miramar 9.6%, Santa fe 8.4%, Urb. San Miguel 6%, Brasil, Bebedero, Malariología, Los Cocos, Maisanta, Tres picos y Villa Ayacucho, con 4,8% cada uno. Siendo un dato relevante, el porcentaje obtenido en pacientes provenientes de otros lugares más distantes, como el Municipio Ribero (Cariaco), el cual obtuvo 12,5% y 20,4% en las respectivas unidades. Por su parte la unidad de Diabetes atiende también a personas provenientes de los municipios: Mejías (San Antonio del Golfo 4,9%), Montes (Cumanacoa 3,5%), y hasta del Estado Nueva Esparta (2,1%); mientras que la unidad de MI, recibe también a un 9.6% a personas pertenecientes al municipio Montes (Cumanacoa).

De allí se desprende que la cobertura de los mencionados servicios no sólo se limita a la circunscripción donde opera, (parroquia Altagracia), sino que tiene un alcance regional, que puede limitar su efectividad en lo local, debido a la demanda externa que presenta, reduciendo su capacidad de atender un número mayor de adultos mayores habitantes de la zona.

Además con este margen de adultos mayores que tienen que trasladarse desde lugares lejanos a la ciudad de Cumaná, para recibir una atención médica, queda en evidencia la deficiencia y precariedad del Sistema de salud pública en el Estado Sucre, al no brindar esos servicios en los poblados rurales, haciendo casi imposible, en caso de no poder viajar a la ciudad, tener acceso a los especialistas y a los equipos tecnológicos adecuados, para el control y remisión de enfermedades propias de la vejez, lo cual

considerando las características de esta población es de gran vulnerabilidad, **(Ley de Servicios Sociales 2005).**

CUADRO N° 4: Oficio o profesión del paciente (Adulto Mayor), de la Unidad de Diabetes y Medicina Interna

Ocupación u oficio	UNIDAD DE DIABETES		MEDICINA INTERNA		
	Abs.	%	Abs.		%
Agricultor	7	4,9	Agricultor	5	6,0
Albañil	9	6,3	Albañil	8	9,6
Ama De Casa	38	26,4	Ama de Casa	28	33,7
Carpintero	3	2,1			
Comerciante	10	6,9	Comerciante	10	12,0
Conductor	11	7,6	Conductor	7	8,4
Costurera	2	1,4			
Docente	5	3,5	Electricista	4	4,8
Electricista	4	2,8			
Enfermera	2	1,4			
Jubilado	14	9,7	Jubilado	11	13,3
Mecánico	4	2,8	Mecánico	2	2,4
Ninguno	2	1,4			
Obrero	7	4,9	Obrero	7	8,4
Pescador	5	3,5			
Pintor	3	2,1			
Secretaria	12	8,3	Secretaria	1	1,2
Socióloga	1	,7			
Técnico	3	2,1			
Vigilante	2	1,4			
<b>Total</b>	<b>144</b>	<b>100</b>	<b>Total</b>	<b>83</b>	<b>100</b>

Fuente: Información recopilada por los autores 2012.

Mediante los resultados presentados en el cuadro, se puede corroborar que la mayor cantidad de pacientes son “Amas de Casas”, para ambas dependencias U.d.D 26,4% y UdM.I 33,37%, es decir; que de 144 mujeres

U.d.D 38 hacen quehaceres del hogar y de 83 mujeres 28 UdM.I, están en las mismas condiciones al dedicarse a conservar, preservar y asistir su lugar de convivencia. Esto ocurre, al mismo tiempo de contar como segundo promedio la condición de Jubilados con 9,7% y 13,3% en cada servicio, seguido en menor proporción, con oficios de aprendizaje informal como: Albañil, carpintero, comerciante, obrero, conductor, agricultor, etc.

Es necesario mencionar, que los grupos de ancianos de ésta época arrastran en sus antecedentes la serie de dificultades educacionales que tenía el país en sus años de edad escolar, donde el acceso e ingreso al sector educativo era más reducido que hoy en día, lo cual condujo a que una buena parte de la población se dedicara a aprender un oficio informal que le permitiera la manutención del hogar.

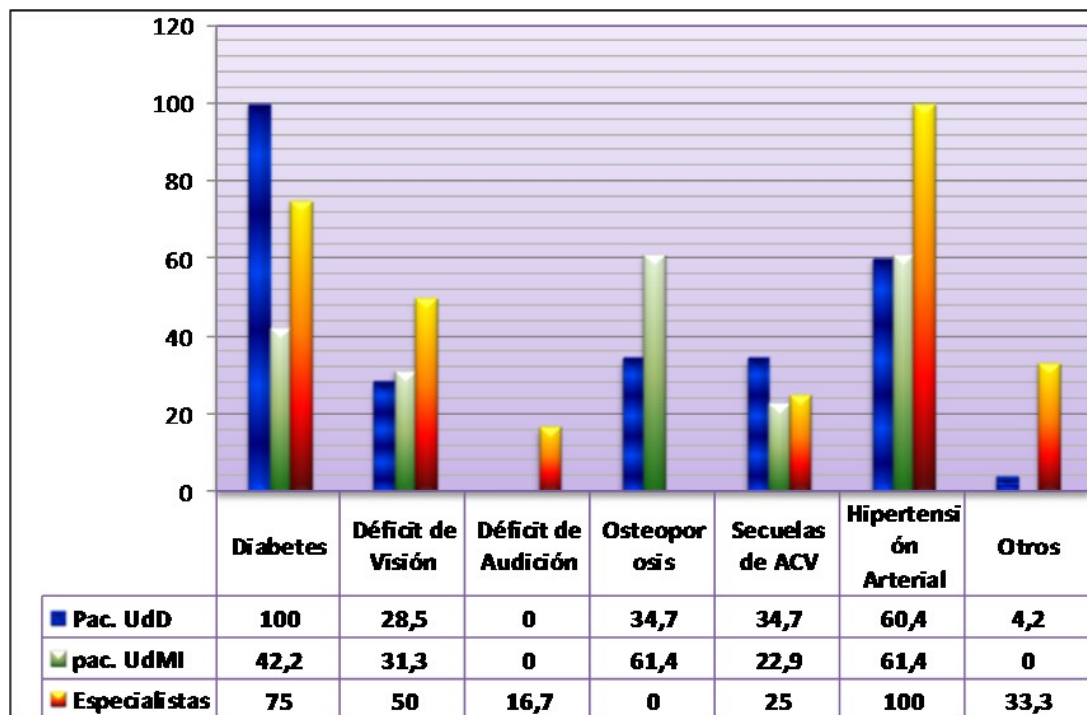
Además de ello, tradicionalmente las mujeres siempre eran las que llevaban la responsabilidad de realizar las actividades de limpiar, cocinar y lavar, es decir; muchas facetas que el hombre jamás hacía por preservar su dignidad de género, solo mantenían la visión de salir a trabajar con la intención de “traer el dinero a la casa”, sin tener presentes el grado de funciones que realizaba la mujer en el lugar de residencia.

El otro porcentaje mayor lo representan los que se encuentran en situación de “Jubilados”, lo cual según **Barros (2000)**, puede significar para el adulto mayor, una pérdida de identidad social, que tiende a percibir al anciano como inútil y así el concepto de vejez se convierte en una instancia que se percibe como algo ajeno al individuo, cuando éste es arrojado fuera del proceso productivo se encuentra con una realidad social muy compleja y generalmente, sin armas para afrontarla, por carecer de un proyecto de vida propio.

La Ley Seguridad Social es una de las leyes aprobadas por el Gobierno Bolivariano de Venezuela para garantizar la estabilidad económica de todos aquellos que desarrollaron una vida laboral activa, que aunque en muchos casos no satisface las necesidades del anciano, sí al menos puede cubrir las más elementales carencias; incluso con el Programa social “Por Amor Mayor”, se aspira proteger a personas que constituyen casos sociales que reciben pensiones para subsistir, aún sin haber contribuido con su trabajo a fomentar esos fondos del Estado y que no perciben otros ingresos por determinadas razones. La jubilación debe ser concebida como una etapa más de la vida de los ancianos y sin lugar a dudas una buena aceptación y preparación para ésta, garantiza una buena vejez.

## II.- INTERVENCIÓN MÉDICO ASISTENCIAL

Gráfico N° 1 Patologías que presentan los adultos/as mayores atendidos en el “Hospital Especial Antituberculoso Dr. Julio Rodríguez



**Fuente:** Información recopilada por los autores 2012.

De acuerdo con esta óptica, los resultados para la Unidad de Diabetes reflejaron que además de esta enfermedad, los pacientes asisten al hospital para ser tratados por padecer en un 60,4% de Hipertensión Arterial, Osteoporosis y Secuelas de ACV con un 34,7%, asimismo, el 28,5% de los pacientes que frecuentan estos servicios aseveran asistir a las consultas de oftalmología, y por poseer déficit de visión; el 4,2%, también indican acudir a otras consultas como: Radiología, Traumatología, Nutrición y Ginecología. Por su parte, en los servicios de Medicina Interna los pacientes que frecuentan a consultas, son los que sufren de Osteoporosis e Hipertensión Arterial con un 61,4%, mientras que un 42,2%, igualmente, asisten a las consultas de diabetes, y un 31,3% suele acudir a las citas de oftalmología

Como se puede notar también los resultados de los especialistas se inclinaron más en las patologías de Hipertensión Arterial con un 100% y en la afección de Diabetes 75,0%, lo que quiere decir que la mayoría de los pacientes afectados por estas enfermedades recurren con frecuencia a la institución. Por otro lado también son predominantes las deficiencias visuales 50,0% y auditivas 16,7%.

En ese sentido, para nadie es un secreto que en el ciclo Senil comienza el desenlace en la vida de las personas, debido al desgaste orgánico que se prolonga en el tiempo y que a demás se puede evidenciar por la apariencia física.

En el caso de la diabetes estos pacientes que la padecen según el Diabetólogo Torrealba E. (2012) se debe a un conjunto de trastornos metabólicos, que afectan a varios órganos y tejidos, esta enfermedad dura toda la vida y se caracteriza por un acrecentamiento de los niveles de glucosa en la sangre llamada: hiperglucemia, ésta la ocasionan varios trastornos, siendo el principal la baja producción de la hormona insulina,

secretada por el páncreas, o por su inadecuado uso metabólico, que repercutirá en el metabolismo de los carbohidratos, lípidos y proteínas. Es por ello, que en el caso de los Ancianos, la diabetes se ha convertido en una de las enfermedades más comunes.

Cabe considerar por otra parte, que la osteoporosis también es una de las enfermedades que afecta al adulto mayor debido a que reduce la cantidad de minerales en el hueso, lo cual hace que disminuya la fuerza de una parte del hueso trabecular, del mismo modo, también reduce la zona cortical por un defecto en la absorción del calcio producido por falta de magnesio, lo que los vuelve quebradizos y susceptibles de fracturas y micro-fracturas y puede llevar a la aparición de anemia o ceguera. La densidad mineral de los huesos se establece mediante la densitometría ósea. **Erickson, Erik; (1999).**

La Hipertensión Arterial también juega un delicado papel en el organismo del adulto mayor, puesto que debido a la elevación persistente de la presión arterial en sus delicados órganos por encima de los valores considerados normales, pueden ocurrir trastornos al momento de circular sangre por el organismo, que es impulsada por el corazón a través de las arterias y venas. De igual modo, están las secuelas que puede dejar un Accidente Cardio-Vascular (ACV), en el adulto mayor, es más fácil que se produzcan estas alteraciones debido a las grandes descargas de estrés, depresión, preocupación o al uso indebido de ingerir los alimentos condicionales a su metabolismo, lo cual puede ocasionar la interrupción del suministro de sangre a cualquier parte del cerebro y producir una ACV. **Guías de prácticas para la salud (2010).**

Se considera oportuno valorar que en el caso de la hipertensión arterial ejercen gran peso los factores de riesgo que influyen en el incremento de la prevalencia, ya que los hábitos de fumar inciden en muchos ancianos, así

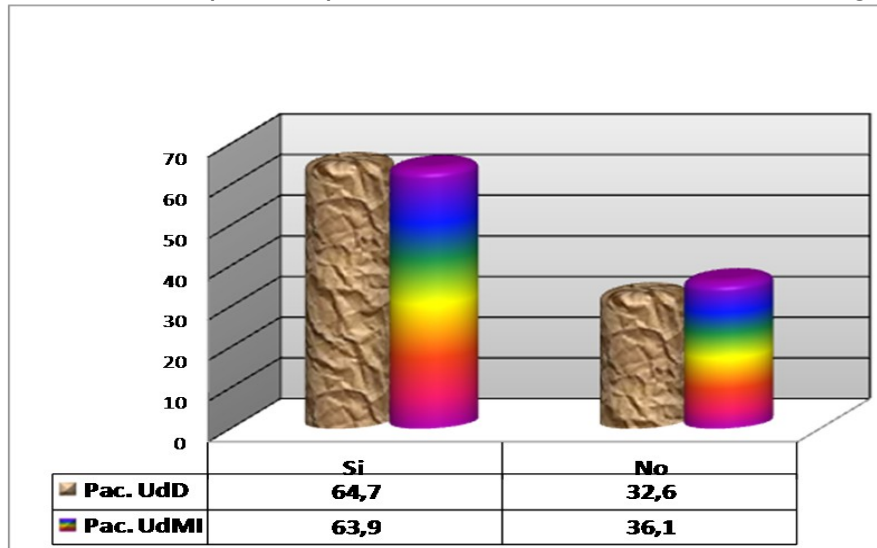


como erróneos hábitos alimentarios, el sedentarismo, la obesidad que provocan alteraciones irreversibles en su organismo; al igual sucede con las Cardiopatías Isquémica y la Diabetes Mellitus.

Por su parte en el caso de la Osteoartrosis, es vinculada su prevalectía a los procesos degenerativos que sufre el organismo humano a lo largo de los años, ya que se produce en ocasiones por vinculación con otras enfermedades, que agudizan el desarrollo de enfermedades inflamatorias e incluso de características reumatológicas, con las consiguientes molestias que provocan al anciano. El resto de las patologías también mostraron una incidencia considerable en el grupo de ancianos estudiado.

De acuerdo a los resultados obtenidos, y en contraste con el cuadro n°1, que ubica el mayor porcentaje de pacientes en un intervalo de 59 a 63 años de edad, se evidencia el cumplimiento de la Teoría de la Programación Genética de Erickson, Erik (1999), que señala que a partir de los 60 años, comienza el declive gradual del funcionamiento de todos los sistemas corporales y más aun cuando ya tienen determinado una patología con antelación, que por lo general se puede deber al envejecimiento natural y gradual de las células del cuerpo, pudiendo aparecer diversas enfermedades relacionadas con la vejez tanto en las mujeres como en los hombres, en edades comprendidas de 60 a 89 años.

Gráfico N° 2 Conocimiento que tienen los entrevistados sobre los servicios que brinda el Hospital “Especial Antituberculoso Dr. Julio Rodríguez”



**Fuente: Información recopilada por los autores 2012.**

El hospital “Julio Rodríguez” según su organigrama, presta diferentes servicios médico-asistenciales, además de la unidad de diabetes y medicina interna, entre ellos están las consultas de: Medicina General, Epidemiología, Cirugía Medicina General, Ginecología, Oftalmología, Radiología, entre otras.

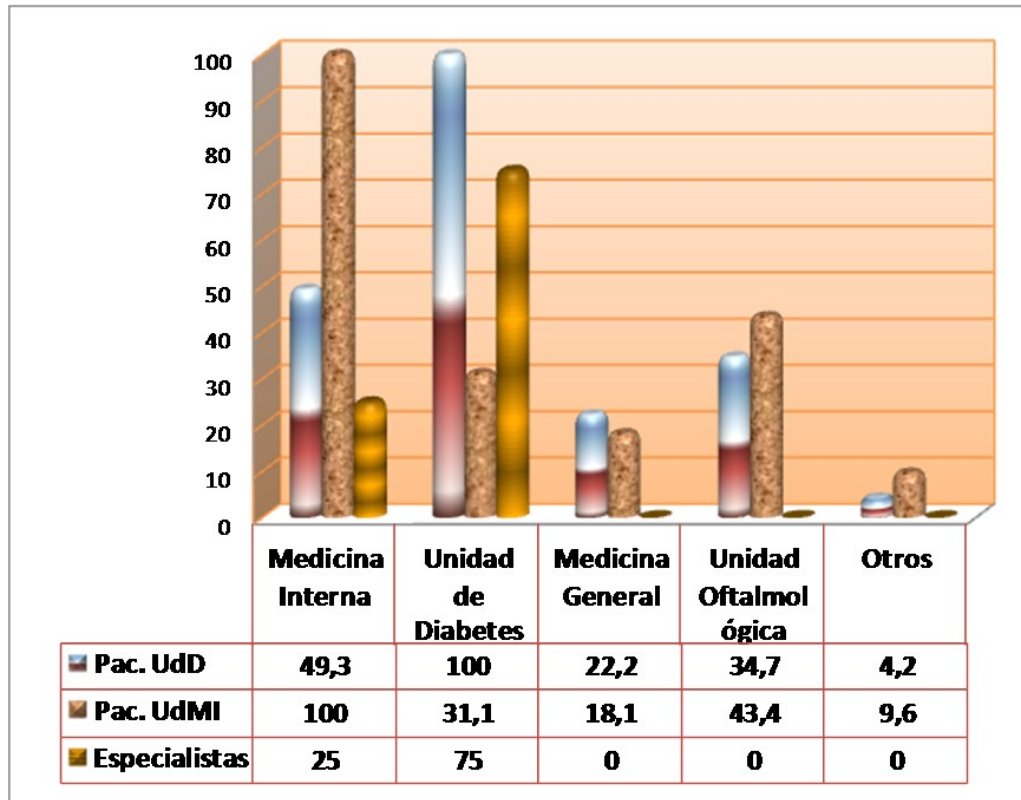
Según los resultados, al preguntarle a los pacientes si tenían conocimiento de los servicios que brindaba el hospital referido, el 64,7 % de pacientes UdD y el 63,9 % UdMI manifestaron que si conocen todos los servicios, mientras que otro grupo de pacientes afirmó que no tenían conocimiento de los servicios brindados netamente al adulto mayor, 32,2 % UdD y 36,1 % UdMI.

El gráfico demuestra que el 56,6% de UdD y UdMI expresó conocerlas, sin embargo al hacer referencia a los servicios que conocen sólo el 39,6% de pacientes de la UdD y un 59,0% de la UdMI mencionaron al área oftalmológica. De igual modo, el 31,3% de pacientes de la UdD y 22,9% de la UdMI, dicen conocer el área de Medicina General.

Lo anterior evidencia un desconocimiento de los servicios que se ofrecen en el recinto hospitalario, según la estructura organizativa (Organigrama), lo cual puede limitar el aprovechamiento de los mismos, dejando al descubierto que las campañas de promoción hechas por el hospital están siendo medianamente efectivas, porque no todos tienen noción de las diversas áreas de atención que ofrece la institución para otras patologías.

En virtud de ello, hay que resaltar la necesidad y el derecho que tienen las personas mayores de recibir una atención integral y eficiente para mermar los efectos del envejecimiento (declive gradual) en la salud, por lo que es importante que manejen información clara y detallada sobre dónde pueden acceder a esa atención, además de que la misma sea gratuita y de calidad y exclusiva para ellos.

Gráfico N° 3 Consultas a las que asiste el Adulto Mayor en el “Hospital Especial Antituberculoso Dr. Julio Rodríguez”



**Fuente:** Información recopilada por los autores 2012.

El gráfico n° 3, muestra que los pacientes que asisten regularmente a sus consultas en las Unidades de Medicina Interna y Diabetes, también acuden a otros servicios ofrecidos en el hospital. En el caso de los pacientes de UdD, señalaron en un 49,3% asistir a consultas de UdMI; oftalmología (34,7%), mientras que de los pacientes de la (UdMI), el 43,4% es asistido en oftalmología y un 31,1% por diabetes.

Es decir que en líneas generales estas personas requieren de atención en diversas patologías que tienden a afectar a los pacientes geriátricos tales como la hipertensión arterial, osteoporosis, accidentes cardiovascular (ACV), cardiología, neumología, es decir; cubre las enfermedades de todos las

sistemas y órganos y sobre todo a los pacientes con patologías complejas o de múltiples órganos, considerándose como troncal porque de ella se derivan muchas sub-especialidades.

Particularmente en el caso de alteraciones asociadas a la edad (adulto mayor) no es extraño que muchos posean debilidades ó variaciones como: miopía, hipermetropía, daltonismo, astigmatismo, entre otras. En el ámbito de la vejez estas pueden ser más eventuales por su grado de vulnerabilidad. Y a aparte varios acuden en busca de dotación de lentes para de algún modo poder ahorrar el dinero.

No obstante para que estos gocen de calidad de vida no solo deben recibir atención médica, sino también psico-social y hasta económico; según (Elder y Cobb, 2002), *la atención en salud para la tercera edad debe incluir garantía de calidad de vida, bajo el paradigma de un sano y activo crecimiento; (P.02).* lo cual en este caso no se está cumpliendo, ya que los pacientes encuestados no reportan recibir atención para su salud integral.

Cuadro N° 5 Existencia de personal profesional en los servicios de Diabetes y Medicina Interna, según opinión de los pacientes adultos/as mayores.

Personal especializado	Unidad De Diabetes		Medicina Interna	
	Abs.	%	Abs.	%
Si hay	125	86,8	67	80,7
No hay	19	13,2	16	19,3
<b>Total</b>	144	100%	83	100%

Fuente: Información recopilada por los autores 2012.

Tal como lo muestra el cuadro, los resultados en cuanto al reconocimiento de personal especializado fueron que del 86,8% de pacientes de la UdD y un 80,7% de los de UdMI respondieron que esos servicios contaban con

especialistas de diversas disciplinas, mientras que el porcentaje restante en ambos servicios lo negó. Los que respondieron que si, nombraron las siguientes especialidades: figura del Trabajo Social con un 4,9%, (UdD) 100% (UdMI) y 36,8% Internista, 80,6% (UdD) y 100% (UdMI) Enfermeras, 34% angiólogo.

Sin embargo el 32,5%, niega la presencia de expertos en el servicio, lo cual pone en entredicho la calidad del mismo al no contar con el recurso idóneo para cumplir las funciones médico-asistenciales Asimismo, al constatar con el Dr. Herrera, Director del Hospital, sobre la existencia de los profesionales que laboran en el lugar, este refutó que en el mismo hubiese un trabajador social, lo cual deja en evidencia la debilidad institucional ante la prestación de una asistencia integral al usuario.

Del mismo modo, dentro de ambos servicios, es menester destacar que el rol del trabajador social es indispensable, puesto que la vida de los adultos mayores será favorable en la medida que el medio socio-institucional en el cual se desenvuelvan los comprenda y acepte como seres humanos que requieren de una efectiva atención integral, que va mas allá de lo medico-asistencial, y que se traduce en actitudes adecuadas hacia ellos, fomentando la afectividad y comunicación en sus grupos familiares para que estos puedan vivir de una forma más apropiada de acuerdo a sus necesidades.

Según Ander-Egg El papel que debe desempeñar el Trabajador Social al intervenir al paciente (Adulto Mayor), se basa en prestar apoyo socio-emocional y orientar al grupo familiar en aspectos tales como: el afecto, la comprensión, la aceptación, y empatía que les debe brindar a la persona mayor por su enfermedad y que al dejar de ser joven no es menos significativo a los demás miembros del entorno (2005:296).

Así mismo, es necesario hacer mención de que no existe un especialista en

geriátrica integral que diagnostique la evolución multidimensional e interdisciplinario del envejecimiento, para identificar y cuantificar los problemas físicos, funcionales, psíquicos y sociales que puedan presentar los adultos mayores, especialmente los más frágiles, para desarrollar un plan individualizado de cuidados integrales, que permita una acción preventiva, terapéutica, rehabilitadora y de seguimiento, con la óptima utilización de recursos, a fin de lograr el mayor grado de autonomía y mejorar la calidad de vida en los adultos/as mayores.

Cuadro Nº 6 Cantidad de personal médico que labora en las Unidades de Diabetes y Medicina Interna, según la opinión del paciente adulto mayor.

Cantidad de profesionales	Unidad De Diabetes		Medicina Interna		Especialistas	
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
1 a 3	112	77,8	64	77,1	3	25,0
3 a 6	16	11,1	8	9,6	4	33,3
No sabe	16	11,1	11	13,3	5	41,7
<b>Total</b>	144	100%	83	100%	12	100%

Fuente: Información recopilada por los autores 2012.

Se corrobora en el cuadro nº 6, que la mayor cantidad de pacientes encuestados (Adultos Mayores) expresaron que en sus respectivas consultas se cuenta con 1-3 especialistas, en un 78,8% UdD y otro porcentaje menor señalaron de 3-6 con un 71,1% de UdMI, mientras que un 24,4% contestó que no sabe.

En cuanto a las respuestas de los especialistas el 41,7% contesto que “no sabe” cuál es la cantidad de colegas que labora en cada consulta. Lo que evidencia un desconocimiento general en relación a la cantidad de profesionales de salud con los que se cuenta en los servicios, no solo de parte de los usuarios sino también de los mismos especialistas, a pesar de ser un grupo pequeño, reflejando así el poco sentido de pertenencia en

integración que existe en estos servicios.

Además de ello, es importante resaltar que la calidad en la prestación de un servicio depende en gran medida de la coordinación que exista entre los profesionales actores involucrados, quienes deben comunicarse para tomar decisiones, pero si no manejan información clara sobre cuantos y quiénes son, esto se dificulta, reflejándose en los beneficiarios que terminan por recibir una atención inadecuada. Por otra parte, la falta de regularidad en la asistencia a las consultas puede explicar el desconocimiento de los pacientes.

Del mismo modo, cuando se analiza el número de especialistas en el área, se puede entender porque al preguntarles a los pacientes encuestados si estaban de acuerdo con la cantidad de profesionales en los servicios respectivos, el 84% UdMI y el 83% UdD de los encuestados expresaron su descontento por considerar “insuficiente la cantidad de personal capacitado en medicina o en geriatría”. Este último, agente indispensable en la atención del paciente adulto mayor porque analiza las diferentes esferas integrando el aporte de diferentes profesionales (médicos, enfermeras y asistentes sociales).

Actualmente se considera la geriatría como una intervención multidisciplinaria, que ha mostrando mejoras en la calidad del cuidado al adulto mayor, su funcionalidad, menor mortalidad, disminución de hospitalizaciones y menor uso de fármacos.



Cuadro N° 7 Valoración sobre la atención y el trato que le proporciona el personal de la Unidad de Diabetes y de Medicina Interna al adulto mayor.

<b>Atención y Trato</b>	<b>Unidad de Diabetes</b>		<b>Medicina Interna</b>		<b>Especialistas</b>	
	<b>Atención</b>	<b>Trato</b>	<b>Atención</b>	<b>Trato</b>	<b>Atención</b>	<b>Trato</b>
	<b>Abs. / %</b>	<b>Abs. / %</b>	<b>Abs. / %</b>	<b>Abs. / %</b>	<b>Abs. / %</b>	<b>Abs. / %</b>
<b>Excelente</b>	26 / 18,1%	16 / 11,1%	14 / 16,9%	12 / 14,5%	3 / 25,0%	4 / 33,3%
<b>Buena</b>	51 / 35,4%	47 / 32,6%	20 / 24,1%	19 / 22,9%	9 / 75,0%	6 / 50,0%
<b>Regular</b>	67 / 46,5%	81 / 56,3%	49 / 59,0%	52 / 65,7%	0%	2 / 16,7%
<b>Malo</b>	0%	0%	0%	0%	0%	0%
<b>Total</b>	<b>144 / 100</b>	<b>144 / 100%</b>	<b>83 / 100%</b>	<b>83 / 100%</b>	<b>12/100%</b>	<b>12/100%</b>

Fuente: Información recopilada por los autores 2012.

Cuando en la prestación de un servicio médico, se hace referencia a la atención, se está haciendo alusión a la capacidad profesional del especialista a cargo de dar respuesta a una demanda de salud, por medio de la auscultación, diagnóstico y tratamiento respectivo. Sin embargo, al hablar de “Trato”, se está enfatizando en el factor humano de esa atención, que le puede otorgar rasgos positivos, de cortesía y consideración, o por el contrario, rasgos negativos, de rudeza e indolencia.

En el siguiente cuadro se muestra que la mayoría de la población estudiada (pacientes-especialistas), mantiene confianza en cuanto a la atención que brinda el especialista (Excelente + Buena) en un 53,5% los pertenecientes a la UdD, mientras que por la UdMI, el porcentaje desciende 41,0%. Aunque para la parte negativa (Regular + Malo) mantuvo un 46,5% concernientes a la UdD, y la área de UdMI ascendió a un 59,0%.

Para el caso del trato los encuestados de la unidad de diabetes sostuvieron en un 43,7% que era Excelente-Buena, mientras que en la UdMI, desciende en un 37,4%. No obstante para lo opuesto (Regular + Malo) la UdD sumó 56,3% y la UdMI ascendió en un 65,7%.

Con referencia a los especialistas, estos afirman que la atención que brindan al paciente va de Excelente a Buena, en un 100%, mientras que cuando se les pregunta por el trato que éstos le dan a sus usuarios el porcentaje que respondió de Excelente a Bueno, descendió a 83,3%. Quedando un 16,7% que de forma sincera reconoció que no todo el tiempo manejan efectivamente el trato, haciéndolo “Regular”.

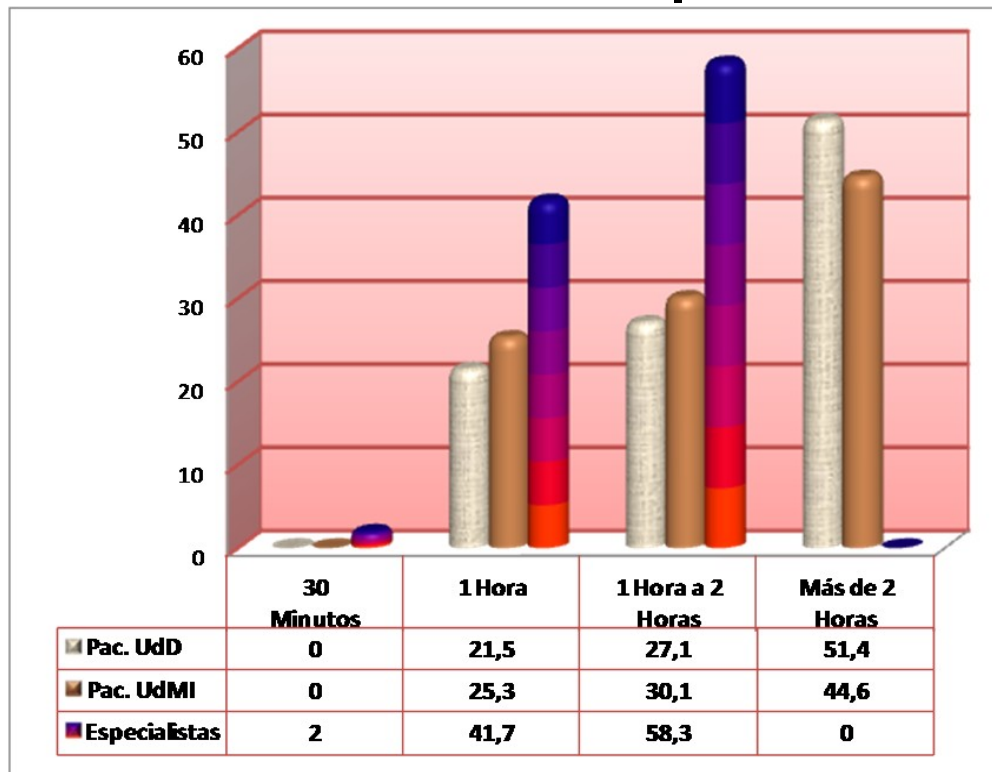
Como se puede visualizar en el cuadro los pacientes expresaron que estos desde una escala de *Excelente-Mala*, “Regular” fue la que tuvo mayor ponderación para ambas instancias UdD y UdMI, en efecto se pudiese decir que casi la mitad de la población estudiada asevera que es mejor la calificación de la atención que del trato, es decir los atienden pero no los tratan bien, lo cual según testimonios de los encuestados, se debe a que aún cuando son atendidos en las consultas, los médicos y las enfermeras, suelen ser poco gentiles y corteses con ellos, mostrando impaciencia e irritabilidad ante sus preguntas y estados de ánimo. Lo cual puede constituir, según Fernández C. (2010) un maltrato al anciano, que afecta la estabilidad emocional o integridad física del adulto mayor.

De allí surge la necesidad de enfatizar que los servicios médico-asistenciales que en éstas instancias se brinden, deben estar acordes con las necesidades y exigencias actuales de un trato digno al adulto mayor y en correspondencia con lo estipulado por la normativa vigente, donde se hace referencia al derecho de los mismos a recibir un excelente trato y atención Integral. **Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1999), artículos**

**80.**

Por ende la atención y el trato son acciones que cada día van adquiriendo mayor importancia en la sociedad en general, lo cual constituye un referente primordial en el ámbito de la gerontología y en la planificación de las políticas socio-asistenciales, pero sobre todo, es un don muy apreciado por las personas y en particular por los mayores.

Gráfico N° 4 Tiempo que tiene que esperar el Adulto Mayor, para recibir su consulta médica.



Fuente: Información recopilada por los autores 2012.

En este Gráfico se muestra el tiempo que tienen que esperar los adultos mayores para ser atendidos, resaltando el hecho de que 51,4% UdD y 44,6% UdMI señalan que transcurren mas de “2 horas” y en menor porcentaje de 1 a 2 horas. Por su parte los especialistas dicen que la espera no pasa de 2 horas 58,3%, afirmando una parte de ellos que es 1 hora solamente 41,7%.

Lo anterior, puede explicarse debido a la insuficiencia de personal médico en las unidades (ver Cuadro n°5), ocasionando que el tiempo de espera para la atención médica, se prolongue considerablemente; al solo haber un (1) especialista por cada área (según información del director herrera), hace que

los adultos mayores se vean afectados por ello, llegando a impacientarse y abandonar la consulta por obligaciones de trabajo o cansancio retirándose sin ser atendidos. Dentro de lo expresado por los encuestados, el favoritismo es relevante en el personal, debido a que existe preferencia por algunos pacientes de otras edades, a quienes atienden con mayor diligencia y rapidez en desconsideración de personas de más edad que se encuentran antes, lo cual extiende aún más el lapso de espera.

Para tal efecto la institución debe tomar medidas que promuevan el trato preferencial en los Adultos Mayores para ser asistidos con prioridad en las instancias donde acuden y eso se logra implementando programas y proyectos que fortalezcan el desarrollo integro de la institución.

Por ello, es perentorio que se cree un sistema de atención exclusivo de la tercera edad, el cual según Aguililar (2004), generaría más fortalezas a las expectativas de vida de la población senil, creando centros de servicios públicos integrales, donde se atienda las necesidades exclusivas del anciano.

De acuerdo a un estudio realizado por Rojas B. Roubier M. (2008), respecto al tiempo que un paciente debe esperar para ser visto por un Médico Especialista en Geriátrica y Gerontología, ya sea por primera vez o por las subsecuentes consultas que el tratamiento requiera, determina la adecuada prestación de servicios de salud a la población adulta mayor, calculando que en una Consulta Externa en promedio, los profesionales especialistas deben atender en cada hora de trabajo, un paciente de “primera vez” y dos pacientes de “control”. Es idéntico pensar que diariamente un Médico debe atender 12 pacientes por día en la Consulta Externa, además del trabajo de seguimiento en el área de Hospitalización y demás actividades hospitalarias. Ello, quiere decir que la espera in situ, para la consulta de un adulto mayor

no debe superar los 40 minutos, como es el caso registrado en estas unidades, donde los pacientes reportan que el tiempo excede las 2 horas.

Cuadro N° 8 Frecuencia con la que se realizan chequeos y revisiones integrales al Adulto Mayor en sus consultas.

chequeos y revisiones	Unidad de Diabetes		Medicina Interna		Especialistas	
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
Siempre	11	7,6	7	8,4	4	33,3
Casi siempre	28	19,4	20	24,1	4	33,3
Algunas veces	32	22,2	19	22,9	4	33,3
Casi nunca	10	6,9	4	4,8	0	0
Nunca	63	43,8	33	39,7	0	0
Total	144	100%	83	100%	12	100%

Fuente: Información recopilada por los autores 2012.

En este cuadro se puede apreciar la opinión de los encuestados en torno a la realización de chequeos y revisiones integrales en las consultas, respondiendo un 72.9% UdD y un 67.4% UdMI de los pacientes, que nunca 43,8% UdD y UdMI 39,7% casi nunca UdD 6,9% y UdMI 4,8 algunas veces UdD 22,2 % UdMI le realizan dichos procedimientos, sólo le miden la glucosa en la sangre, revisión del tórax, más no verifican de forma general que otras anomalías pueden tener, a causa de la enfermedad que padece. Mientras que el porcentaje restante reflejó en un 27,1% UdD y 32.5% UdMI que le hacen chequeos integrales “siempre y casi siempre”. Por su parte el 66.6% de los especialistas afirmó que Siempre o Casi Siempre los hacen, reconociendo el 33.3% que sólo Algunas Veces los llevan a cabo, lo que quiere decir, que existe un deficiente seguimiento en la atención de la salud del usuario, ya que no hay constancia en la realización de chequeos y revisiones integrales a los mismos quienes por su condición vulnerable

pudiesen tener otra alteración y perturbación anatómica fuera de la que presentan normalmente.

Un chequeo médico integral permite determinar el estado actual de salud del paciente y la detección precoz de enfermedades cuando aún no han manifestado síntomas o signos, más aún en personas de alto riesgo según edad, sexo y otros factores de riesgo.

Cuando se llega a la edad adulta la salud juega un papel fundamental para gozar de un cuerpo sano, pero debido a malos hábitos y al grado de vulnerabilidad, estas personas son las más perjudicadas y por ende ameritan realizarse constantemente chequeos y revisiones integrales. **SENAMA (2006).**

Por ello, es importante resaltar que cuando cualquier persona acude a algún tipo de servicio médico público o privado tiene el derecho de ser auscultado completamente por el especialista que lo atiende, para favorecer el diagnóstico precoz de patologías cuyo tratamiento oportuno permite un buen pronóstico a largo plazo.

Cuadro N° 9 Existencia de vinculación entre el hospital y otras instituciones de salud, para remitir al Adulto Mayor.

Vinculación	Unidad de Diabetes		Medicina Interna		Especialistas	
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
Si hay	18	12,5	10	12,0	9	75,0
No hay	126	87,5	73	87,1	3	25,0
<b>Total</b>	144	100 %	83	100 %	12 / 100	12 / 100

Fuente: Información recopilada por los autores 2012.

Los resultados evidencian que el 87,5% de los pacientes UdD afirmó no ser remitido a otros hospitales lo cual deduce que no existe vinculación inter-

institucional para la atención de los adultos mayores, al igual que para el área de UdMI 87.1%. Mientras que por el contrario, el 12.5% UdD y 12.0% UdMI manifestó que si.

Por su parte los especialistas expresaron en un 75% que si existe vinculación con el Hospital Universitario Antonio Patricio de Alcalá (HUAPA) a efectos de referir casos de gravedad o emergencia. Lo cual fue negado por el 25% que resaltó que no existía vínculo con ninguna dependencia, aseverando que se necesitaba algún tipo de convenio con diversas instituciones para salvaguardar la salud del paciente.

De esta manera, estos resultados demuestran una gran debilidad en las políticas médico-asistenciales implementadas en El Hospital Especial Antituberculoso de Oriente “Dr. Julio Rodríguez”, ya que a groso modo no cuenta con la articulación de otros actores estratégicos para el logro de los fines, por ello, en cada institución de carácter público se recomienda que exista el respaldo o convenio con otras instituciones similares (no sólo hospitalarias) que puedan brindarles seguridad social integral.

Es preciso argumentar que debido a la creciente población de pacientes en la institución, tener vínculos con otras instancias podría contrarrestar eventualidades para así garantizar un excelente servicio y preservar una vida. Además de fortalecer y desarrollar toda una red de atención al respecto.



### III.- ASPECTOS FÍSICO-AMBIENTALES

Cuadro Nº 10 Existencia del mobiliario adecuado, para la atención del Adulto Mayor.

Mobiliario	Unidad de Diabetes		Medicina Interna		Especialistas	
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
Si hay	54	37,5	28	33,7	2	16,7
No hay	90	62,5	55	66,3	10	83,3
<b>Total</b>	144	100 %	83	100 %	12	100%

Fuente: Información recopilada por los autores 2012.

Cuando se menciona al mobiliario adecuado para la atención del adulto mayor se hace referencia a todos aquellos implementos que rodean y utiliza el paciente mientras se encuentra en la institución donde le prestan servicios de salud, tales como: camillas, sillas de rueda, asientos, estantes, entre otros, que ameritan ser netamente adaptados a las condiciones físicas del Adulto Mayor.

Cabe resaltar con esto que muchos de los Adultos Mayores entrevistados manifestaron que los servicios de consulta no poseen mobiliario adecuado a sus condiciones físicas en las respectivas unidades de atención (Unidad de Diabetes 62,5 % y Medicina Interna 66,3 %) alegando que muchos de los mobiliarios están sumamente viejos u obsoletos y no están ajustados a las necesidades de personas de la tercera edad. sin embargo una parte de los encuestados (UdD: 37,5 % y UdM.I: 33,7%) afirmó sentirse satisfecho con los mobiliarios, expresando pacientes adultos/as mayores (2012) *“soy conforme y me resigno con lo que le ofrecen, porque si dios lo quiso así, hay que aceptar aunque no me parezca acorde”*. Esta expresión evidencia, que dichos sujetos no tienen conciencia del derecho o del beneficio y “disfrutan” pasivamente de la garantía de este.

A juicio de los profesionales que laboran en las áreas de Unidad de Diabetes y Medicina Interna, opinaron que 83,3% de los mobiliarios existentes tienen gran cantidad de tiempo utilizándolos y por ello aseveraron que no son confortables para las condiciones físicas requeridas en el adulto mayor, según su conocimiento en el área estos se refieren a: las sillas de ruedas, muletas, asientos, camillas entre otros.

De este modo, se podría argumentar que al no poseer estos equipos, se está violentando lo estipulado en:

Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social (gaceta oficial N°5.891: 2008), que estipula que todas las instituciones públicas y privadas inherentes al estado venezolano debe promover la atención preferencial a personas Adultas Mayores y personas con discapacidad, cuando se refiere a control de citas, mobiliario adecuado y tecnológico, diseño, construcción y ejecución de obras, programas y servicios en la administración nacional, estatal y municipal. El Instituto Nacional de Servicios Sociales promoverá el cumplimiento de esta disposición.

Por lo tanto se observa, que no existe una atención de calidad, puesto que los mobiliarios no facilitan el desplazamiento efectivo de las personas de edad avanzada. Cabe mencionar, que la ausencia de dichos implementos pudiese traer secuelas físicas en adultos mayores con alguna discapacidad y/o enfermedad, por lo cual se hace patente la necesidad de equipar a los servicios médicos, dirigidos a las personas de 60 y más años, con sentido de confortabilidad sustentada y suficiente, en procura de promover un clima favorable a la incorporación de los adultos mayores al desarrollo positivo de su patología.

Cuadro N° 11 Condiciones físico-ambientales adecuadas, en la Unidad de Diabetes del Hospital Especial Antituberculoso “Dr. Julio Rodríguez”

Fuente: Información recopilada por los autores 2012

Presencia de aspectos Físico-Ambientales adecuados	Iluminación	Ventilación	Asepsias	Ambientación	Equipos	Insumos
	Abs./%	Abs./%	Abs./%	Abs./%	Abs./%	Abs./%
Siempre	42 / 29,2%	35 / 24,3%	49 / 34,0%	48 / 33,33%	8 / 5,6%	8 / 5,6%
Casi Siempre	85 / 59,0%	101 / 70,1%	90 / 62,1%	92 / 63,9%	40 / 27,8%	44 / 3,6%
Algunas Veces	12 / 8,3%	8 / 5,6%	3 / 2,1%	4 / 2,8%	82 / 56,9%	71 / 49,3%
Casi Nunca	5 / 3,5%	0%	2 / 1,4%	0%	14 / 9,7%	18 / 2,1%
Nunca	0%	0%	0%	0%	0%	3 / 2,1%
Total	144 / 100%	144 / 100%	144/100 %	144 / 100%	144/100 %	144 / 100%

**Cuadro N° 12 Condiciones físico-ambientales adecuadas, en la Unidad de Medicina Interna del Hospital Especial Antituberculoso “Dr. Julio Rodríguez**

Presencia de aspectos Físico-Ambientales adecuados	Iluminación	Ventilación	Asepsias	Ambientación	Equipos	Insumos
	Abs./%	Abs./%	Abs./%	Abs./%	Abs /%	Abs./%
<b>Siempre</b>	3 / 25,0 %	3 / 25,0%	9 / 75,0 %	8 / 66,7 %	0 %	0%
<b>Casi Siempre</b>	7 / 58,3 %	7 / 58,3 %	3 / 25,0 %	4 / 33,3 %	0 %	0 %
<b>Algunas Veces</b>	2 / 16,7%	2 / 16,7 %	0%	0%	2 / 16.7 %	2 / 16.7 %
<b>Casi Nunca</b>	0%	0%	0%	0%	10 /83,3 %	10 /83,3 %
<b>Nunca</b>	0%	0%	0%	0%	0%	0%
<b>Total</b>	12 / 100%	12 / 100%	12 /100%	12 /100%	12/10%	12/100%

Fuente: Información recopilada por los autores 2012.

Cuadro N° 13 Condiciones físico-ambientales adecuadas, en la Unidad de Diabetes y Medicina Interna, según opinión de personal especializado del Hospital Especial Antituberculoso “Dr. Julio Rodríguez.

Fuente: Información recopilada por los autores 2012.

Presencia de aspectos Físico-Ambientales adecuados	Iluminación	Ventilación	Asepsias	Ambientación	Equipos	Insumos
	Abs. / %	Abs. / %	Abs. / %	Abs. / %	Abs. / %	Abs. / %
Siempre	19 / 22,9%	20 / 24,1%	26 / 31,3%	23 / 27,7%	5 / 6,0%	5 / 6,0%
Casi Siempre	53 / 63,9%	60 / 72,3%	57 / 68,7%	57 / 68,7%	26 / 31,3%	31 / 37,3%
Algunas Veces	8 / 9,6%	3 / 3,6%	0%	3 / 3,6%	50 / 60,2%	42 / 50,6%
Casi Nunca	3 / 3,6%	0%	0%	0%	2 / 2,4%	3 / 3,6%
Nunca	0%	0%	0%	0%	0%	2 / 2,4%
Total	83 / 100%	83 / 100%	83 / 100%	83 / 100%	83 / 100%	83 / 100%

En los cuadros 11,12 y 13, se describe la apreciación dada por usuarios y especialistas sobre la existencia de factores físico-ambientales óptimos en

las unidades respectivas. Arrojando que los porcentajes con mayor ponderación fueron dados a la categoría de que “casi siempre” cuentan con una adecuada Iluminación 59,0 % UdD y 63,9 % UdMI, Ventilación 70,1 % 72,3 % UdD y Asepsias 62,1 % UdD y 68,7 % UdMI, Ambientación 63,9 % UdD y 68,7 % UdMI.

En cuanto a los equipos tecnológicos e insumos médicos, la mayoría de Pacientes Adultos Mayores opinó que sólo “Algunas veces” pueden disponer de: equipos 56,9% UdD insumos 49,3% y UdMI equipos 60,2% insumos 50,6%; evidenciando que la mayoría del tiempo, estas unidades no poseen el instrumental requerido para proporcionar a los pacientes una atención eficaz y eficiente.

Llama la atención que al igual que los pacientes, los especialistas señalaron en un 60%, que sólo “algunas veces” poseen los insumos médicos y equipos tecnológicos necesarios para brindar la atención médica, lo cual evidencia claramente que estos son insuficientes.

En cuanto a ello, los médicos afirman que los utensilios quirúrgicos han sido los mismos por mucho tiempo, aseverando que los tensiómetros son obsoletos, al igual que los estetoscopios, y demás implementos profesionales. Agregando que en lo que respecta a los insumos (las gasas, algodón, jeringas, alcohol absoluto e hisopropílico, cintas adhesivas, nailon, suero, guantes, entre otros), estos son insuficientes, dificultando el trabajo y la debida remisión de las enfermedades.

En el cuadro nº 13, las opiniones del personal especializado sobre la existencia de condiciones físico-ambientales favorables en los servicios, obtuvo como mayor ponderación a la categoría de “Casi siempre” en los siguientes aspectos: iluminación y ventilación con un 58,3% respectivamente,

lo que refleja que con frecuencia estas se mantienen. Resaltando que según el 100% de los médicos, lo que “Siempre y casi siempre” existe es una adecuada asepsia y ambientación, argumentando que la limpieza y la decoración (fachada y olores favorables) de los servicios poseen un clima armónico.

En relación a lo anterior, es menester resaltar que las instituciones públicas tienen el deber según la Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social (2008), de brindarle al usuario servicios asistenciales adecuados, excelentes ambientes, asepsias constantes, excelente iluminación, ventilación adecuada y asistencia de calidad a través de acciones integradas que permitan incrementar los niveles en bienestar, desarrollo y equilibrio holista del beneficiario, todo ello se obtiene con iniciativa de superación y con la participación del estado como ente regulador de políticas públicas que reflejen respuestas oportunas a las condiciones y circunstancias que generen o generarán necesidades a una cantidad considerable de personas.

En el ámbito de la salud estos aspectos físico-ambientales juegan un papel esencial debido a que muchos pacientes padecen de diversas enfermedades y ameritan de excelentes servicios de atención tecnológica que generen movilidad y comodidad de acuerdo a las exigencias físicas.

#### IV.-BIO-SPICO-SOCIAL

Cuadro N° 14 Sentimientos experimentados por los Adultos Mayores ante la enfermedad en su desenvolvimiento diario.

Incidencia emocional	Unidad Diabetes		De Medicina Interna	
	Abs.	%	Abs.	%
Con esperanza	42	29,2	17	20,5
Con aceptación	50	34,7	36	43,4
Tristeza	24	16,7	4	4,8
Con optimismo	23	16,0	26	31,3
Con decepción	5	3,5	0	0
<b>Total</b>	<b>144</b>	<b>100%</b>	<b>83</b>	<b>100 %</b>



**Fuente: Información recopilada por los autores 2012.**

Tal como lo muestra el cuadro nº 14, la mayoría de los pacientes encuestados, manifestaron en ambos servicios experimentar sensaciones positivas con respecto a su enfermedad representado en un 95.2% UdMI y un 80% UdD, donde la aceptación, el optimismo y la esperanza sirven de aliciente para enfrentar el día a día, lo que quiere decir que eso no les muestra ningún impedimento para realizar algunas funciones productivas dentro de la dinámica social, de esta manera deduce que también hay un grado de satisfacción y alegría en los pacientes que padecen estas enfermedades los cuales afirmaron ya haber vivido y contribuido lo suficiente en su hogar, sociedad y patria, sintiéndose satisfechos por sus elogios que de algún modo las futuras generaciones lo modelarán.

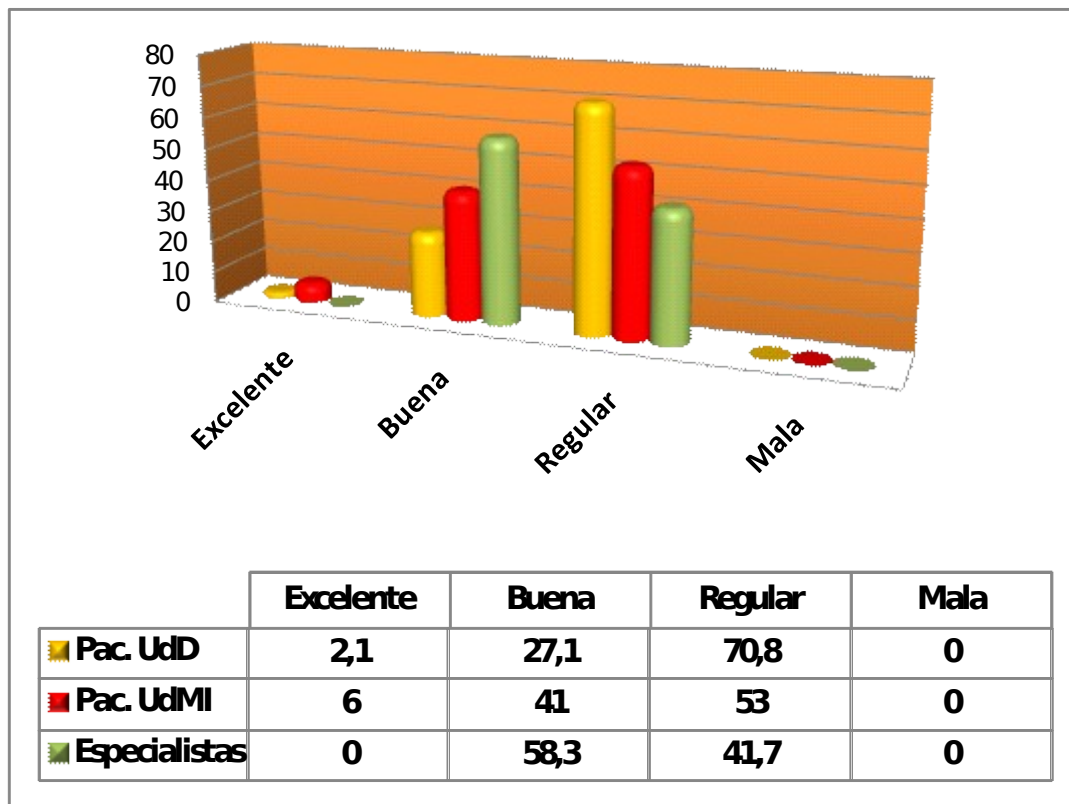
Por otro lado una cantidad significativa de pacientes dijo tener mucha esperanza 29,2% UdD y 20,5% UdMI de sentirse mejor, aun sabiendo que es una patología permanente. Mientras que solo un 3,5% UdD, reconoció sentir depresión, en esta misma dirección, el 16,7%, de los pacientes diabéticos expresaron estar tristes debido a que piensan que la muerte se les avecina y no podrán gozar ó disfrutar más de sus hijos (as), hermanos (as), esposos (as), bienes materiales y compartir con sus amigos (Recreación); Inverso a esto otros opinaron ser optimista 16,0% UdD y 31,3% UdMI.

De allí la necesidad de que en ambas dependencias ameriten la práctica de un Trabajador Social, que oriente e intervenga en la búsqueda de soluciones que fortalezcan a los Adultos/as Mayores.

Recalcando en lo anterior, la mayoría de los pacientes aceptan su condición patológica porque son conscientes del hecho, que todo cuerpo humano es vulnerable a cualquier tipo de enfermedad y más aún cuando se está en una etapa donde el metabolismo no acepta las cosas que solía aceptar, es por ello que muchos no se acomplejan y siguen realizando actividades constantemente con la noción de que en algún momento su corazón debe y va a dejar de latir.

Por tal razón, García María, (2007) afirma que un buen envejecimiento o envejecimiento sano, no depende únicamente de la ausencia de enfermedades, sino también de la ausencia, presencia o gravedad de otros factores que faciliten el desarrollo de los mismos, así es preciso neutralizar aquellas emociones negativas que pueden acelerar el desgaste físico y espiritual del adulto mayor.

Gráfico N° 5 Evolución del paciente después del diagnóstico dado en la institución



**Fuente: Información recopilada por los autores 2012.**

En el grafico nº 5, se evidencia como la gran mayoría de los pacientes en condiciones seniles, expresa que su evolución después del diagnóstico es “Regular” con un 70,8 % U.d.D, y 53,0% UdM.I, mientras que el resto estimó que ha sido “buena”, con 27,1 % U.d.D y 41,0% UdM.I, o “excelente”, con 2,1% en UdD, y 6,0 % en la UdMI. Siendo preciso resaltar, que ninguno de los encuestados señaló que su evolución haya sido peor o mala. En otras palabras, todos los pacientes consideran que su estado de salud ha mejorado a partir del diagnóstico y tratamiento de su enfermedad en este centro de salud.

Lo cual concuerda con la opinión de los especialistas, quienes señalaron que

el 58.3% de los pacientes, después del diagnóstico han tenido una *Buena* evolución mientras que el 41.7% expresó que estos han avanzado de manera *Regular* su condición de salud.

Cabe destacar que desde una escala de *Excelente a Mala*, las posiciones intermedias (*Buena-Regular*) fueron las categorías más resaltantes, lo que quiere decir que no existe el grado de excelencia, dejando entrever que aún persisten malestares anteriores al diagnóstico, que pueden deberse a que no se están cumpliendo los cuidados necesarios para la remisión y control de las patologías atendidas. Sin embargo, se evidencian resultados efectivos en la evolución de los pacientes por la atención prestada.

.

Lo anterior, puede considerarse positivo, en vista de que el sentido de un sistema de salud es justamente curar, mejorar o aliviar las dolencias y enfermedades de la población beneficiaria. (**Organización Mundial para la Salud OMS, 2012**), pese a las condiciones del servicio en ambas unidades, de acuerdo a la opinión de los entrevistados.

Cuadro N° 15 Conocimiento de tratamiento y pronóstico según la evolución del paciente después del diagnóstico en la institución

Evolución	Unidades de Diabetes				Medicina Interna				Especialistas			
	Tratamiento		Pronóstico		Tratamiento		Pronóstico		Tratamiento		Pronóstico	
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
<b>Siempre</b>	58 / 40,3%		25 / 17,4%		27 / 32,5%		17 / 20,5%		5 / 41,7		7 / 58,3	
<b>Casi siempre</b>	53 / 36,8%		72 / 50,0%		31 / 37,3%		40 / 48,2%		0		1 / 8,3	
<b>Algunas veces</b>	29 / 20,1%		28 / 19,4%		17 / 20,5%		23 / 27,7%		7 / 58,3		4 / 33,3	
<b>Casi nunca</b>	4 / 2,8%		3 / 2,1%		6 / 7,2%		2 / 2,4%		0		0	
<b>Nunca</b>	0%		16 / 11,1%		2 / 2,4%		1 / 1,2%		0		0	
<b>Total</b>	144 / 100%		144 / 100%		83 / 100,		83 / 100,0		12 / 100%		12 / 100	

Fuente: Información recopilada por los autores 2012.

En el presente cuadro se refleja la frecuencia con la que los pacientes cumplen sus tratamientos, así como la periodicidad en la que éstos reciben pronósticos sobre su enfermedad.

En el caso de los adultos mayores atendidos, el mayor porcentaje expresó cumplir *Siempre* (40,3% de la UdD) y *Casi Siempre* (37,3 % de la UdMI) las indicaciones médicas, mientras que en relación a la frecuencia en la que les informan sobre el pronóstico de su enfermedad el 50,0% y 48,2%, respectivamente, señaló que “casi siempre”, les dan a conocer cómo será su evolución durante las consultas.

A estos efectos el 58,33% de los especialistas que prestan servicios en estas unidades, dicen que *Siempre* le dan a conocer el pronóstico de la enfermedad al paciente. Mientras que el 33,33% afirmó que *Algunas Veces*

lo hacen. En cuanto al cumplimiento de los tratamientos prescritos, el 58,33%, de los médicos, expresó que sólo “algunas veces”, los pacientes siguen las instrucciones dadas, debido a que no se suministran los medicamentos, en muchos casos por no contar con el ingreso económico suficiente para adquirirlos, otros por no ser responsables con la dieta y por la escasez del producto en el mercado. Ahora bien el otro 41,87%, hizo hincapié en que sí cumplen con el tratamiento percibiendo mejorías en su salud.

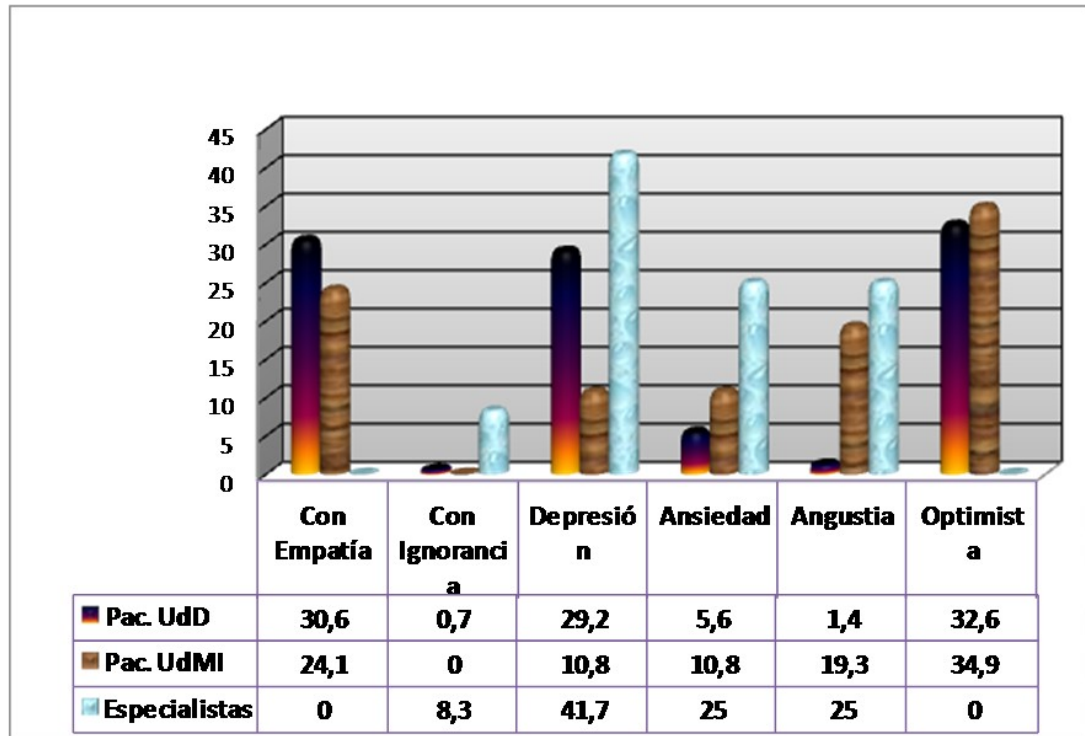
En ese sentido, es importante enfatizar que todos los pacientes de cualquier categoría, edad o sexo tienen el derecho de saber cuál es el pronóstico de su enfermedad para estar conscientes de cómo ha avanzado o no su condición de salud, ahora bien para ello el especialista debe mantener un registro y control de cómo ha ido evolucionando la enfermedad para luego hacérselo saber al paciente, ya que esto influye considerablemente en el estado emocional del mismo, porque mientras más se tenga la información sobre cómo ha evolucionado su patología mejor será el cuidado y control de sus tratamientos.

De allí que el suministro del tratamiento es de carácter esencial para todo tipo de enfermedad, que apunte a cumplir diferentes objetivos, basados en tres aspectos fundamentales: la alimentación, el ejercicio físico y la medicación.

En otras palabras, siempre es importante que los pacientes cumplan a cabalidad los tratamientos indicados porque de allí depende la remisión o el control de la enfermedad, puesto que muchas de estas son incurables. De la misma manera los médicos están en la obligación de informar al paciente sobre cómo ha ido mejorando o como se encuentra actualmente; de este modo las instituciones públicas de salud estarían encaminadas a ser

eficientes para el beneficio del usuario, que en éste caso es el adulto mayor.

Gráfico N° 6 Respuesta emocional del Adulto Mayor frente a su enfermedad, según pacientes y especialistas.



**Fuente: Información recopilada por los autores 2012.**

En el siguiente gráfico se muestra que la mayoría de la población estudiada experimentan estados emocionales positivos (empatía + optimismo) en un 62,2% los pertenecientes a la UdD, mientras que por la UdMI, el porcentaje desciende a 59,0%. En cuanto a las respuestas desfavorables (Depresión + Ansiedad + Angustia), se aprecia un 36,2% para la Unidad de Diabetes y un 40,9% en el caso de la UdMI.

De igual forma, se observa que la mayoría de los especialistas encuestados expresaron que sus pacientes Adultos Mayores se sienten deprimidos en un

41,7%, muchos señalan que esto ocurre por no aceptar la enfermedad, otros por creerse culpables por no tener el cuidado pertinente, otros por sentirse solos y por ser rechazados; lo cual lleva a concebir grados de depresión que dificultan el proceso de vida en las personas mayores.

En este mismo orden también percibieron, que los pacientes enfrentan la enfermedad con ansiedad y angustia en un 25,0% mientras que en la sensación de ignorancia expresaron con un 8,33%.

Por lo general las personas Mayores tienden a reflejar ciertas emociones positivas y negativas, de allí que pensar que su estado de ánimo es siempre alegre es algo ambiguo, debido a que a pesar de estar consientes psicológicamente de su enfermedad, y aunque lo tomen con aceptación y naturalidad, aun saben que su cuerpo no está completamente sano y requiere de mantenimientos medicinales para crear barreras que impidan degradar el organismo.

El estar *optimista* quiere decir que el paciente se encuentra satisfecho con las etapas vividas y que además tiene muchos deseos de superación, ya que sabe que ha dejado legados fructíferos que pueden tomar como referencia las futuras generaciones. Así mismo, quienes expresan sentir empatía, han logrado sentir y comprender positivamente sus propias emociones así como las de los demás; y con ello afirman enfrentar su enfermedad con deseos de superación.

No obstante, también es notable el hecho de que hay pacientes que dicen estar constantemente melancólicos (deprimidos) por sentirse culpable de poseer esa enfermedad, así como también sienten deseos de morir por sensaciones de rechazo y falta de ánimo. Otros reflejaron sentirse angustiados, es decir; algunos de los pacientes entrevistados presentan



sensaciones de tormento ante la enfermedad que padecen.

En términos generales, según las Guías prácticas para la salud (2010), los adultos mayores con patologías como hipertensión arterial, diabetes, osteoporosis, ACV tienden a sentirse aislados de la realidad donde conviven, debido a la desincorporación que sufren en la toma de decisiones familiares, la disminución del impulso sexual y la poca motivación para la vida social, que puede generarles graves secuelas psico-emocionales como pesimismo, depresiones, pérdida de ilusión por familiares, trabajos y metas.

## V.-VALORACIÓN DEL SERVICIO

Cuadro N° 16 Satisfacción con los servicios prestados por la institución según el paciente Adulto Mayor.

Satisfacción	Unidad de Diabetes		Medicina Interna	
	Abs.	%	Abs.	%
Satisfecho	95	66,0	58	69,9
Insatisfecho	49	34,0	25	30,1
<b>Total</b>	144	100 %	83	100 %

Fuente: Información recopilada por los autores 2012.

Muchos de los pacientes con características etarias acuden a las instituciones de salud con la finalidad de satisfacer las necesidades, ahora bien algunos pacientes manifestaron sentirse satisfechos con los servicios de atención, según los resultados del cuadro donde se muestra un 66% UdD, 69.9% UdMI y 100% (Médicos), otro grupo expresó estar insatisfechos UdD 34,0 % y UdM.I 30,1 %, donde de alguna forma se puede deducir que en esta institución se presentan serias fallas en cuanto a servicios de atención y por ende no existe un desarrollo de los mismos eficiente, que garantice bienestar en los adultos mayores.

Por otro lado Los doce (12) especialistas que laboran en las áreas de Unidad de Diabetes y Medicina Interna, se encuentran satisfechos en un 100%, por sus servicios prestados a la institución y directamente con los pacientes que frecuentemente los visitan en busca de satisfacer sus condiciones de salud, a demás consideran que sus pacientes han mejorado su patología por la atención brindada a pesar de la vicisitudes que presenta la institución.

Todas las instituciones privadas ó públicas tiene el deber de forjar satisfacción en los usuarios por los servicios de atención que proveen lo cual

le produciría prestigio e imagen dentro y fuera de su nacionalidad. **INASS (2011).**

Cuadro N° 17 Respeto de los derechos del Adulto Mayor en los servicios prestados, según los pacientes y especialistas.

Respeto	Unidad de Diabetes		Medicina Interna		Especialistas	
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
Si	31	21,5	31	37,3	9	75,0
No	113	78,5	52	62,7	3	25,0
<b>Total</b>	144	100 %	83	100 %	12	100%

Fuente: Información recopilada por los autores 2012

Según el cuadro la población estudiada resaltó que sus derechos no son respetados en un 78.5% UdD y 62.7% UdMI; más aún otro grupo dijo, que si existe respeto 21,5% UdD y 37,3% UdMI.

Mas sin embargo los especialistas que atienden a estas categorías de personas, afirmaron que en un 75,0% *si* se respetan los derechos civiles y legales del adulto mayor. Mientras que un 25,0%, afirmó que no se respetan.

Lo anterior, evidencia que en cierto modo estos perciben que no existe respeto/consideración hacia el adulto mayor, manifestando algunos de ellos que la forma de comunicación, la prioridad, el mobiliario, el trato y sutileza no llenan sus expectativas; por cuanto se violenta su dignidad humana.

Para ello el estado o cualquier ente encargado está en la obligación de dar cumplimiento y llevar control de aquellas organizaciones que irrespeten los lineamientos emanados por la Constitución Bolivariana de Venezuela. En base a lo estipulado en el artículo 80 de la carta magna.

Cuadro N° 18 Fortalezas y Debilidades observadas por el Adulto Mayor y el Especialista en la institución.

Fortalezas y Debilidades		UNIDAD DE DIABETES		T O T A L	MEDICINA INTERNA		T O T A L	ESPECIALIS TAS		T O T A L
		Abs.	%		Abs.	%		Abs.	%	
<b>F O R T A L E Z A S</b>	<b>Personal Médico capacitado</b>	59 / 41,0		144/ 100%	40 / 48,2		83 / 100%	9/75,0		12/ 100%
	<b>Atención integral a los paciente</b>	40 / 27,8		144 / 100%	25 / 30,1		83 / 100%	8/66,7		12/ 100%
	<b>Servicio de Calidad</b>	47 / 32,6		144 / 100%	27 / 32,5		83 / 100%	9/75,0		12/ 100%
	<b>Personal obrero eficiente</b>	122 / 84,7		144 / 100%	73 / 88,0		83 / 100%	12/100		12/ 100%
<b>D E B I L I D A D E S</b>	<b>Mala calidad de los servicios</b>	70 / 54,9		144 / 100%	38 / 45,8		83 / 100%	0/0		12/ 100%
	<b>Insuficientes equipos tecnológicos</b>	108 / 75,0		144 / 100 %	66 / 79,5		83 / 100%	12/100		12/ 100%
	<b>Insumos materiales insuficientes e inadecuados</b>	124 / 86,1		144 / 100 %	63 / 75,9		83 / 100%	12/100		12/ 100%

Fuente: Información recopilada por los autores 2012.

Como se puede notar en el cuadro n° 19, de manera unánime los pacientes tuvieron mayor inclinación en dar respuesta en las fortalezas que presentan los servicios de atención. Estas fueron: Personal médico capacitado UdD 41,0% y UdMI 48,2 %, Atención integral a los paciente UdD 27,8% y UdM.I 30,1 %, Servicio de calidad UdD 32,6% y UdMI 32,5% y Personal obrero eficiente UdD 84,7% y UdMI 88,0% siendo este último el de mayor

ponderación; lo que es pertinente de decir que es una de las virtudes que posee la institución. Para nadie es un secreto que la labor de *Obrero* no es un carrera especializada académicamente, pero en este apartado es considerada por la población estudiada como la más eficiente en el ámbito de las políticas públicas que maneja el Hospital.

Del mismo modo hicieron mención a las debilidades que perciben durante la atención que se les prestan:

- Mala calidad de los servicios (UdD) 54,9% y (UdMI) 45,8%.
- Insuficientes equipos tecnológicos (UdD) 75,0% y (UdMI) 79,5%.
- Insumos materiales insuficientes e inadecuados (UdD) 86,1% y (M.I) 75.9%.

En este mismo orden los especialistas expresan que la fortaleza de la institución recae en el personal obrero en un 100%, información que fue suministrada por los profesionales activos dentro de las áreas de Unidad de Diabetes y Medicina Interna. Al igual se expresa de manera unánime que existe un personal médico capacitado 75,0% y servicio de calidad 75,0%, lo que es oportuno agregar que su misma percepción los lleva percibir su labor dentro de su área de trabajo, con una ponderación menor pero aun no deja de ser importante, a demás afirmaron que les brindan atención integral 66,7%. Por medio de estos resultados se presume que realizan una labor agraciada durante las jornadas laborales. En contraposición a estas evidencias, también es concerniente decir que la mayor debilidad que presenta el Hospital según estos, es la escasez de insumos médicos 100% e ineficientes equipos tecnológicos 100%, (véase el cuadro nº 11,12 y 13).

Donde se recomienda ejercer mecanismos que subsanen estas carencias que de cierto modo es de carácter obligatorio para el bienestar del usuario.

El Hospital Especial Oriente Antituberculoso Dr. Julio Rodríguez como agente de salud orientado a asistir a los usuarios que requieren de sus servicios debiese tener garantías plenas en cada una de las áreas donde se pretende mejorar la calidad de vida del paciente y para ello no debería presentar estas debilidades que imposibilitan el funcionamiento físico, mental y orgánico de los usuarios. Muchos de los pacientes con características seniles expresaron que la mala calidad de los servicios se manifiesta debido a no poseer sentido de pertenencia para ejercer la labor que le corresponde, del mismo modo manifestaron que los equipos tecnológicos que le ofrecen son netamente obsoletos y no requeridos para las condiciones físicas del Adulto Mayor; en cuanto a la atención en el área de hospitalización y consultas casi nunca cuentan con los insumos suficientes para ser asistido de forma eficiente y eficaz.

Para ilustrar esto **Saballo L (2003)**, nos dice que, Las instituciones de salud públicas con carácter geriátrico fueron diseñadas para brindar atención diaria a la población de la tercera edad con la finalidad de abastecer a una gran masa de visitantes que requieran de servicios integrales, que abastezca en equipos tecnológicos e insumos y sean competentes a las exigencias que amerite el paciente.

Es decir entonces que, las Unidades de Atención Integral fueron creadas con la intención de garantizar al Adulto Mayor una estabilidad en su estado de salud, las cuales pretenden subsanar en esta población las necesidades de mayor prioridad que se generan en el ser humano, asimismo abarca elementos nutricionales, recreacionales y psicológicas, buscando fortalecer las condiciones del longevo (salud) así como también con su grupo familiar.

Esta última asegura su persistencia en la misma, porque es considerada como pilar que da origen a sentimientos de afectividad de gran importancia que contribuyen en su estado Bio-psico-emocional y en la evolución positiva de la enfermedad que padece.

Es por ello que dentro de estas unidades debe existir una integración bien definida, que garantice el accionar de excelentes servicios de calidad, que hoy por hoy no se brindan.

Cuadro N° 19 Recomendaciones sugeridas por el paciente y el Especialista para mejorar el servicio que presta la institución.

Fuente: Información recopilada por los autores 2012.

Recomendaciones	Unidad de Diabetes		Medicina Interna		Especialistas	
	Abs.	%		%		%
Dotación: Unidades de Ambulancias	35	24,3		0	2	16,7
Más Personal Médico	37	25,7	62	74,7	3	25,0
Servicios las 24 horas	35	24,3	21	25,3	3	25,0
Sutileza al Momento de Curar	37	25,7	0	0	0	0
Suministro y Garantía de Insumos e Equipos Médicos	0	0	0	0	4	33,3
<b>Total</b>	144	100%	83	100%	12	100%

En este último apartado se presenta, las recomendaciones referidas por los pacientes o usuarios del servicio y especialistas de las Unidad de Diabetes y Medicina Interna.

- Dotación: Unidades de Ambulancias **(UdD) 24,3 %** y **(Esp.) 16,2%** , estas unidades generarían gran facilidad de ser asistidos con urgencia y celeridad para salvaguardar la integridad del paciente en cualquier emergencia presentada fuera de las instalaciones y durante el servicio prestado, porque sólo cuentan con una (1) unidad la cual no abastece a las premuras eventuales.
- Personal Médico **(UdD) 25,7 %**, **(UdMI) 74,7%** y **(Esp.) 25,0%**; el personal especializado es escaso únicamente cuentan con un solo especialista para cada dependencia y en virtud de que existe una gran



cantidad de pacientes internos (hospitalizados) y externos (visitantes), requieren de varios médicos que atiendan al usuario, lo cual fortalecerá el bienestar del paciente en términos integrales. según afirmaciones referidas por los pacientes Adultos Mayores el tiempo que pasan en espera es sumamente largo y tienden a impacientarse, por la insuficiencia de personal capacitado.

- Servicios las 24 Horas **(U.d.D) 24,3 %**, **(M.I) 25,3 %** y **(Esp) 25,0%**, debido a la gran población de personas entrantes al Hospital, que ameritan ser atendidos, el tiempo acordado no posee el adecuado horario de atención. Los pacientes residentes de comunidades adyacentes y fuera de la ciudad buscan ser examinados, pero casi nunca llegan al momento por no disponer del tiempo necesario a causa de que el servicio solo posee un horario matutino de 7 a 11 am; cabe agregar que por solo poseer la membrecía de Hospital debiese tener un servicio continuo que asista constantemente a los pacientes urgidos de atención.
- Sutileza al momento de curar (UdD) 25,7 %, la gran mayoría de los pacientes encuestados dijeron que los especialistas no manejan el sentido sutil al momento de curar las lesiones provocadas por la diabetes, la osteoporosis, déficit de visión u otra alteración que no son tratadas con la adecuada atención; diversos usuarios alegan “sufrir mucho” cuando llega el momento de que le atienden la alteración que presenta.
- Suministro y Garantía de Insumos e Equipos Médicos **(Esp.) 33,3%**, la provisión y dotación de estos elementos es de vital importancia para el bienestar y desarrollo en la salud del paciente, los cuales ofrecen atención integral con visión gratuita, de calidad y humanista. Como se

puede observar, los únicos que hicieron este aporte fueron los especialistas que atienden a la población longeva y por ende tienen el conocimiento de cuanto disponen para servir al usuario.

En base a las consideraciones anteriores, el presente hospital carece de múltiples provisiones y/o dotaciones de carácter prioritario para la garantizar la vida de los pacientes y contribuir con el mejoramiento de los servicios prestados, lo cual proveería una mejora en la calidad de vida de los/as Adultos Mayores que acuden a la institución, así como también se recomienda hacer un llamado a una participativa intervención por parte del Estado y la sociedad civil en lo que respecta a esta población longeva.

## **CAPÍTULO V**

### **CONSIDERACIONES FINALES.**

#### **CONCLUSIONES:**

A continuación se presentan las pertinentes conclusiones de la investigación que constituyen una visión global en torno a los principales hallazgos y resultados del trabajo, así como también de los objetivos que fueron planteados.

#### **Atención que le brindan al adulto mayor en las unidades de: diabetes y medicina interna.**

Como resultado de este estudio, se determinó que no existe una efectiva atención al adulto mayor, en las unidades de Medicina Interna y Diabetes del Hospital antituberculoso “Dr. Julio Rodríguez”, debido a que los servicios primarios y secundarios brindados en éstas, no cumplen con el concepto de salud integral, que promueve la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2007) y la Constitución Nacional de la República Bolivariana de Venezuela (CNRBV, 1999), en relación a que las acciones médico-asistenciales deben estar centradas en el abordaje físico, mental y social del paciente, especialmente considerando su edad. Sino que por el contrario, sólo se proporciona el despistaje y tratamiento de enfermedades o dolencias, sin considerar sus dimensiones psicológicas, socio-económicas y culturales.

Así mismo, pese a que el recinto hospitalario ofrece diversos servicios médicos, la población encuestada, demostró no conocerlos en su totalidad, lo cual constituye una debilidad en la promoción y difusión asertiva de

información al respecto.

Todo ello, desvirtúa la conformación de un sistema de salud integral eficaz, que se empeora con la insuficiencia de personal especializado en medicina y geriatría, así como la ausencia de trabajadores sociales y otros profesionales de ayuda, lo cual, desmejora la calidad en la atención brindada, además de extender, considerablemente, el tiempo de espera de los pacientes para recibir sus consultas, llegando en ocasiones a retirarse del lugar sin haber sido atendidos.

**Condiciones físico-ambientales que poseen los servicios de Atención al Adulto en las unidades de: diabetes y medicina interna.**

Es preciso resaltar que en cuanto a las condiciones físico-ambientales presentes en los servicios abordados relacionadas con la ambientación, iluminación, asepsias y ambientación, fueron consideradas “Casi siempre” adecuadas. Mientras que al hablar del mobiliario, los insumos y equipos tecnológicos, todos (pacientes y médicos) coincidieron en que sólo “algunas veces” cuentan con ello. Esto, amerita de una profunda revisión, en el sentido de que no podrá concretarse la excelencia en un servicio médico, de no poseer el equipamiento y la confortabilidad mínima, para brindar a sus usuarios la movilidad y comodidad requerida, de acuerdo a su edad y exigencias físicas.

**Influencia que tiene la atención brindada en las Unidades de Diabetes y Medicina Interna, del Hospital Antituberculoso “Dr. Julio Rodríguez”, en la calidad y expectativa de vida de los Adultos Mayores atendidos”.**

A pesar de las debilidades identificadas anteriormente, la atención brindada en ambos servicios, ha repercutido favorablemente en los pacientes, ya que su evolución médica varía de “buena a regular”, revelando que el estado de

salud de los mismos ha mejorado, a partir del diagnóstico y tratamiento prescrito, que en ocasiones no es cumplido a cabalidad por los pacientes debido a carencias económicas, descuido o desabastecimiento de los medicamentos.

Así mismo, se denota que los médicos informan oportunamente a los pacientes sobre los pronósticos de su enfermedad, aun cuando no realizan chequeos médicos generales con la debida frecuencia.

Todo esto, ha favorecido que la mayoría de los adultos mayores encuestados, experimente estados de ánimo positivos, relacionados con sentimientos de esperanza, aceptación y alegría, lo cual repercute en su bienestar y calidad de vida.

#### **Satisfacción expresada por el Adulto Mayor con la atención recibida en las unidades de Diabetes y Medicina Interna.**

La satisfacción ante la atención brindada en estas unidades, es un complejo concepto cuya definición operacional y dimensional resulta francamente difícil. No obstante, a efectos de esta investigación surgió la necesidad de abordarla desde una dimensión subjetiva; es decir, lo que la persona valora, sin restringirla a la dimensión objetiva (opinión de otras personas o terceros) porque lo fundamental fue la percepción propia.

De allí, que al indagar sobre esa valoración, se concluye que existen serias fallas en los servicios que generan insatisfacción en sus usuarios, quienes manifiestan que reciben una atención médica que califican de “buena a regular”, mientras que el trato proveniente del personal médico es considerado por la mayoría como “regular”.

Así también se pudo determinar que los sujetos entrevistados expresaron que dentro de las fortalezas más notables en estos servicios, se encuentra la

presencia de un “personal obrero eficiente”, y un “personal médico capacitado”. Lo cual demuestra que en estas unidades la calidad humana y profesional del recurso humano que hace vida allí, es indispensable para su funcionamiento y efectividad.

En sentido contrario, las mayores debilidades identificadas en ambos servicios radican en primer lugar en la ausencia de profesionales que garanticen una atención oportuna, entre ellos podemos mencionar la falta de un geriatra que ofrezca una cadena asistencial adecuada a las diferentes situaciones de enfermedad que presentan los pacientes adultos mayores y la movilización de recursos para su integración en la comunidad. Así como de otros profesionales como el Trabajador social, que promueva la valoración integral, el trabajo interdisciplinario y la atención del paciente (adulto mayor) en distintos niveles asistenciales.

Y en segundo lugar, pero no menos importante, resalta la insuficiencia de recursos materiales: insumos, mobiliarios y equipos tecnológicos, a través de los cuales se garantice una adecuada atención.

Finalmente, para erradicar todas estas series de irregularidades, en la página siguiente se ofrecen un conjunto de recomendaciones que pueden coadyuvar en el mejoramiento integral de las labores emprendidas en ambos servicios.

## **RECOMENDACIONES:**

En el devenir de este trabajo se evidenciaron diferentes debilidades que afectan la calidad de las políticas de salud diseñadas para asistir al Adulto Mayor, objeto de estudio. A continuación se enuncian un conjunto de sugerencias en áreas prioritarias para superar las interrogantes detectadas.

- **A la Universidad de Oriente Núcleo de Sucre (U.D.O).**

Por poseer prestigios de excelencia académica, debiese promover en los estudiantes investigaciones científicas en contenidos o asignaturas de carácter cualitativo y cuantitativo que se profundicen en las políticas de servicios médico-asistenciales de salud enfocadas en los Adultos Mayores.

- **Al Departamento de Trabajo Social.**

Propiciar una vinculación o convenio con el “HOSPITAL ESPECIAL ANTITUBERCULOSO DE ORIENTE “DR. JULIO RODRÍGUEZ”, para crear en éste un (1) Centro de Prácticas Profesionales en Trabajo Social concurrentes, las cuales tendrán la virtud de realizar diversos estudios para delimitar las necesidades problemas y de algún modo asistirlos con eficiencia y eficacia. El Trabajo Social como profesión en las Ciencias Sociales tiene la capacidad de desarrollar programas de bienestar social dirigidos a abordar al individuo de manera integral y holística.

- **AL GOBIERNO NACIONAL Y REGIONAL DEL ESTADO SUCRE:**

Existe la urgencia de rediseñar el modelo de salud, a nivel del segundo y tercer nivel de atención, bajo un enfoque de atención integral que tome en

cuenta las características de la demanda y el nuevo perfil demográfico nacional. Para que proporcione mayor atención a los servicios que les brindan al adulto mayor, no sólo porque es política del estado, sino porque representa una alternativa válida para enfrentar la problemática social que atraviesa día a día la población anciana, en especial en el estado Sucre.

- **A FUNDASALUD.**

Como ente jerárquico y regulador de emanar políticas públicas de salud a muchas instituciones, debiese mantener de forma periódica un monitoreo y control para detectar las necesidades y problemáticas concernientes a los recintos hospitalarios; tal es el caso del HOSPITAL ESPECIAL ANTITUBERCULOSO DE ORIENTE “DR. JULIO RODRIGUEZ”, en especial los servicios de Medicina Interna y Diabetes, las cuales requieren del abastecimiento de insumos, equipos tecnológicos, personal especializado, servicios las 24 horas, entre otros, Debido a que hasta ahora muestra un avanzado deterioro y abandono.

- **A los Medios de Comunicación de Masas.**

En este apartado, tanto los medios televisivos, radiales y prensas; inherentes al Estado Sucre, deben mantener constancia en informar a los habitantes sobre los eventos que presenta el hospital, que de alguna forma hagan presión a los entes en darles respuestas rápidas y oportunas a los pacientes y más aun cuando se trata de personas mayores.

- **Al Hospital Especial Antituberculoso de Oriente “Dr. Julio Rodríguez”.**



Ya que es una institución sin fines de lucro que trata de brindarle al usuario servicios asistenciales y de calidad a través de acciones integradas, que permitan incrementar los niveles bio-psico-sociales y la participación de la comunidad en pro de lograr satisfacciones en las condiciones del paciente.

En base a lo antecedido, muchas de estas no se cumplen cabalmente debido a fallas de planificación para elaborar políticas y programas estratégicos generadores de atención de calidad, eficaz y oportuna; tanto en el área de la Tuberculosis, Diabetes, Medicina Interna, servicios de ambulatorio, hospitalización... entre otras.

De allí se sugiere lo siguiente:

- o Coordinar las actividades diseñadas de la Institución con los trabajadores, para así, conseguir el máximo rendimiento y el pleno aprovechamiento de las aptitudes individuales.
- o Los especialistas deben mantener constantemente los principios morales y éticos al momento de tratar al paciente y más aun al adulto mayor.
- o Modificar los objetivos de la institución e incorporarles nuevas acciones, tomando en cuenta la atención biopsicosocial que vaya en función de una mejor calidad de vida y por ende un bienestar social a los beneficiarios.
- o Crear instancias dirigidas netamente los adultos/as mayores, debido a que en las que asiste, todas las categorías de personas tienen entrada y eso tiende a impacientar al paciente etario, porque solo atienden por orden de llegada y no existe prioridad exclusiva a estos ciudadanos.

- o Diligenciar acciones con los entes vinculados para abastecer el hospital en equipos tecnológicos eficientes, insumos adecuados e suficientes, unidades de ambulancias, contratación de personal médico y trabajadores sociales.
  - o Crear un programa asistencial de 24 horas para atender las emergencias de los pacientes etarios.
  - o Mejorar los procesos de comunicación que permitan lograr una visión integral compartida entre enfermeras, médicos, directivos y obreros. Donde la comunicación sea efectiva y vital para el manejo de las dinámicas de grupo.
  - o Establecer pautas de seguimientos, supervisión y evaluación en las gestiones que permitan la toma de decisiones y por ende mejorar el funcionamiento del mismo.
  - o Mejorar el clima organizacional para promover comunicación abierta y honesta, comunicando los valores compartidos, siendo coherente, mostrando gratitud por la cooperación, apoyo mutuo y claro permitiendo la autonomía del personal.
  - o Afianzar el compromiso, el sentido de pertenecía y la motivación al logro, para que las áreas de atención mantengan su eficiencia a través de un estímulo renovador.
- Al Instituto Nacional de Servicios Sociales (INASS).

El cual tiene como fin garantizar el bienestar, la inclusión social y el respeto

en los derechos de Adultos y Adultas Mayores y otras categorías de personas a través de su participación activa en la sociedad.

Como ente rector nacional de las políticas públicas para este grupo de personas, debe hacer valer su normativa en pro de que se respeten los derechos de los usuarios mayores que acuden a este hospital y funcione en perfectas condiciones.

## BIBLIOGRAFÍAS

### LIBROS Y REVISTAS.

**Ander E,** (2005) **Diccionario De Trabajo Social.** Editorial Alfa .  
Montevideo, Uruguay.

**Ander E,** (1967). **Servicio Social En América Latina.** Editorial  
Alfa . Montevideo, Uruguay.

**Arias, F.** (2006) **El proyecto de investigación.** (5 edición). Editorial  
Espíteme. Caracas, Venezuela.

**Alemán B, Carmen y Garcés F, Política Social** (2ª edición) Editorial  
MCGRAW-HILL/INTERAMERICANA DE ESPAÑA.

**Balestrini, M.** (2002). **Como se Elabora el Proyecto de Investigación.**  
Caracas.Editorial BL Consultores y Asociados. 2º Edición.

**Buil P, y J. Díez Espino.** 2004: **Anciano y familia una relación en  
evolución.** *Revista Anales*, Volumen 22. Suplemento 1.

Castrillón y Montoya (2007) en su investigación El sentido de la vida y  
de la muerte en los ancianos del Asilo San José. Lima Perú en el  
Municipio Distrital de Cayma-Arequipa.

Córdova D, y Córdova M, (2002). Factores socio-familiares que  
inciden en la aparición de la depresión en los ancianos de la Comunidad  
de cantarrana. Estado sucre.

**Claret Arnoldo** (2005), **como hacer y defender una Tesis.** 4tº  
edición EDITORIAL texto, c.a. Caracas Venezuela.

**Hurtado J,** (1998). **Metodología de la investigación Holística,**  
Segunda Edición. Fundación Syopal. Caracas Venezuela.

**García M,** (2007). En su investigación realizada en el instituto  
tecnológico de estudios superiores de occidente departamento de

filosofía y ciencias sociales técnicas y métodos de investigación reporte  
**“la vejez desde la vejez.** Guadalajara, Jalisco.

**Guías prácticas para la salud** (2010), **Nutrición y Dietas.**  
Editorial Educativa Andina, Bogota Colombia.

Hernández R. Fernandez, C y Baptista, P (2000) Metodología de la  
Investigación .editorial M.C. GRAW-HILL. Mexico.

Hernández R. Fernandez, C y Lucio, P (2006) Metodologia de la  
Investigación .4ta edición editorial M.C. GRAW-HILL. Mexico.

**Lara, K, Querales F, y Silva M, (2009), en su trabajo  
“Determinar la calidad de los cuidados de enfermería dirigidos  
al Adulto Mayor en la unidad gerontológica (Doña María Pereira  
de Lanza)” Barquisimeto Estado Lara Venezuela.**

**Majos A, Manual de prácticas de Trabajo Social** en la 3ª edad Siglo XXI  
de España Editores, S.A.

**Marion B, y Millar A, La práctica clínica del Trabajo Social con la  
Persona Mayor** (1ª edición Editorial Paibos 1198).

**Martínez C.** (2005), **“Estadística y Muestreo”** decimo segunda edición,  
Editorial coordinación Adriana Gutiérrez. Bogotá – Colombia.

**Méndez A.** (2005), en su Investigación **Nueva Propuesta del Sistema de  
Seguridad Social y el rol del Trabajador Social FACES.** UCV:  
Caracas-Venezuela.

**Morles, V.** (1997) **Planteamiento y Análisis de la Investigación.** Ediciones  
el Dorado. Caracas-Venezuela.

**Pérez A,** (2007). **Para Educar Valores** (6ª edición). Caracas Venezuela.

**Pérez A,** (2005). **Guía Metodológica para Anteproyectos de  
Investigación** (2da ed.). Caracas: FEDUPEL.

**Prensa INASS, (2011) Adultos mayores venezolanos participan en seminario internacional de longevidad.** Caracas Venezuela.

**Sabino C, (2006) El Proceso de Investigación** Ed. Panapo, Caracas Venezuela.

**Sabino C, (1992) El Proceso de Investigación** Ed. Panapo, Caracas Venezuela.

Santos E, y Del Pilar Niño A, (2002) Proyecto de atención para el Adulto mayor en pobreza, en Usme-Sumapaz. En Bogotá (Colombia.)

**Ramírez T. (2007) EL Proyecto de Investigación** Guía para su elaboración Editorial Episteme• ORIAL EDICION E S Caracas, VENEZUELA.

**Reyes, L, (2003) “Investigación Gerontológica y Políticas Sociales De Atención Adulto Mayor En Venezuela”,** Coro Estado Falcón Venezuela.

**Roth A, (2008) El análisis de las políticas públicas y sus múltiples abordajes teóricos ¿Una discusión irrelevante para América Latina?”** Colombia Venezuela.

**Tamayo y Tamayo, M. (1997). El Proceso de la Investigación Científica.** (3ª Edición). Editorial Limusa. México. D.F.

**Tamayo Tamayo, M. (1995). El Proceso de la Investigación Científica.** (3ª Edición). Limusa Noriega editores. España Venezuela y Colombia.

Taylhardat A, (2002). Proyecto de declaración universal de los derechos del adulto mayor. Madrid.

Universidad Pedagógica Experimental Libertador (2002) introducción a la investigación. Selección de lecturas. 3era edición Caracas Venezuela.

**Zerbis, G. (1489) Gerontocomia,** Editorial: [Eucharius Silber]

(Romae) Edición/Formato: Material de archivo descargable : Latín (lat).Italia

#### DOCUMENTOS LEGALES

**Asamblea Nacional Constituyente** (1999). **Constitución bolivariana de Venezuela**. Gaceta oficial de la República Bolivariana de Venezuela, 5453 (Extraordinario). Caracas Venezuela.

Asamblea Nacional (2005) Ley de Servicios Sociales N° 38.270. Caracas Venezuela.

Asamblea Nacional (2008) Ley Organica del Sistema de Seguridad Social Gaceta oficial n° 5.891 Caracas Venezuela.

#### FUENTES ELECTRÓNICAS

Alfaro A; Carothers N, del Rayo M; González Y, (2006, ) Autopercepción de calidad de vida en adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2 Investigación en Salud, vol. VIII, núm. 003, diciembre, 2006, pp. 152-157 Universidad de Guadalajara México. W.w.w redalyc. Org/ser.

**Aguilar W. (2004), Sistema de acciones para potenciar la incorporación de adultos mayores.** Fecha de consulta: 07 de julio del 2011. Disponible en <http://www.monografias.com/trabajos87/sistema-acciones-potenciar-incorporacion-adultos-mayores/sistema-acciones-potenciar-incorporacion-adultos-mayores.shtml>.

**Bacon R.** (1236) escribió **La cura de la vejez** Breve Historia Social Del Envejecimiento fecha de consulta 29-05-11 disponible en [es.wikipedia.org/wiki/Senescencia](http://es.wikipedia.org/wiki/Senescencia)

**Barros, C.** (2000) **Aspectos sociales del envejecimiento**. En: La atención de los ancianos: Un desafío para los años noventa. Publicación Científica No.546. Washington DC, OPS/OMS. Extraído el 29-05-11.

**Brito C.** (2008) **Desarrollo Personal**, BOGOTA COLOMBIA. fecha de consulta 29-05-11 disponible en <http://www.creatuvidaexitosa.com/inicio/desarrollo-personal/>

**Gutiérrez J.** (2009) **Medicina Y Salud** Maltrato al Anciano, Fecha de consulta: 07 de julio del 2011. Disponible en <http://lasaludylamedicina.blogspot.com/2009/01/maltrato-al-anciano.html>

**Elder y Cobb (2002), Las políticas sociales en la perspectiva de los derechos y la justicia.** Bogotá, fecha de consulta 29-05-11disponible en <http://www.eclac.org/mujer/noticias/noticias/1/11151/delgado.pdf>

**Enciclopedia Multimedia (2004) Interactiva y Biblioteca Virtual de las Ciencias Sociales, Económicas y Jurídicas** La esperanza de vida al nacimiento como indicador de bienestar social Extraído el 21-05-11 desde <http://www.eumed.net/cursecon/libreria/2004/jirr-prol/11.htm>

**Erikson E. (1999), Etapas del desarrollo humano: psicología. Etapas. Adolescentes. Adultos. Pareja. Hijos. Familias.**

**Falkenstein, M. y Sommer, S. (2006) Envejecimiento y actividad laboral.**|| Revista Mente y cerebro, investigación y ciencia: Extraído el 29-05-11.

**Fernández C, (2010) Programa de Prevención en Salud Mental en Atención Primaria** Grupo de Salud Mental del PAPPS Sociedad Española de Medicina Familiar Y Comunitaria. Valladolid. fecha de consulta 29-05-11disponible en <http://www.papps.org>.

Gómez, C. (2003) Factores psicológicos intervinientes en la calidad de vida de personas en la etapa de la vejez. **Extraído el 27 de mayo de 2011desde**,<http://www.monografias.com/trabajos14/psicolvejez/psicolvejez.shtml>.

**Gómez C, (2009) Factores psicológicos intervinientes en la calidad de vida de personas en la etapa de la vejez** fecha de consulta 29-05-11disponible en (anónimo) <http://www.monografias.com/trabajos14/psicolvejez/psicolvejez.shtml>.

**Gema, 2002 La lacra de los malos tratos** fecha de consulta 29-05-11disponible en <http://mundoancianos.blogspot.com/2011/02/la-lacra-de-los-malostratos.html>.

**Grimaldi, C. (2009) Etapas Evolutivas Del Ser Humano.** Extraído el 25 de mayo de 2011 desde<http://www.eumed.net/rev/cccss/06/cgh13.htm>.



**Instituto de Mayores y Servicios Sociales IMSERSO.** Naciones Unidas y el envejecimiento Organización Mundial de la Salud (OMS) (2009) Extraído el 29-05-11 desde <http://www.imsersomayores.csic.es/internacional/organismos/onu/oms.html> |

**Instituto Nacional de Estadísticas,** (2002). Republica Bolivariana de Venezuela, **fortalecimiento del (INE),** como ente rector del sistema estadístico sector reforma y modernización del estado Venezuela. Extraído ine.gov.ve. fecha de consulta el 29-05-11.

**Guijarro J.L.** (2002) **Las enfermedades en la ancianidad.** Servicio de Geriatria. Casa de Misericordia. Pamplona. Extraído el 26 de mayo de 2011 desde <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol22/suple1/suple8.html>.

**Jiménez X,** (2008) **Organizaciones No Gubernamentales de Programa Centro de Atención Integral de la Tercera Edad** de FUNDASALUD Lara.Extraído el 27 de mayo de 2011 desde [http://biblioteca.universia.net/html\\_bura/ficha/params/id/37741603.htm](http://biblioteca.universia.net/html_bura/ficha/params/id/37741603.htm).

Lucerito (2010) ¿Qué es el nivel de vida y cómo se mide? extraído el 25-05-11 desde <http://www.elblogsalmon.com/conceptos-de-economia/que-es-el-nivel-de-vida-y-como-se-mide> Usuario: " ANONIMO.

Lupus, (2011) Expectativas de vida y calidad de vida Argentina. fecha de consulta 29-05-11 disponible en <http://lupusyamigos.blogspot.com>

**Martínez M,** (2003) Posgrado de la Vía. Catedra de Medicina, Editorial **Salud y Conceptos Relacionados.** .Argentina. fecha de consulta 29-05-11 disponible en <Http://Med.Unne.Edu.Ar/Revista/Tapa.Htm>

**Mora, M; y otros...**(2004) Perspectiva Subjetiva de la Calidad de Vida del Adulto Mayor, Diferencias Ligadas Al Género Y A La Práctica De

La Actividad Físico Recreativa MH Salud, vol. 1, núm. 1, septiembre, 2004, pp. 1-12 Universidad Nacional Barreal, Costa Rica Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=237017928002>

**Moreno G, (2010) Atención integral a la salud de las personas con discapacidad** MEXICO. fecha de consulta 29-05-11 disponible en [http://www.conadis.salud.gob.mx/descargas/pdf/atn\\_intgrl\\_salud\\_pcd.pdf](http://www.conadis.salud.gob.mx/descargas/pdf/atn_intgrl_salud_pcd.pdf).

**Moreno, J. (2004) Mayores y calidad de vida** Universidad de Jaén: 190, ISSN 1578-0236. Universidad de Huelva.

**Murray Bowen. Trastornos. Causas. Tratamientos.** Identidad. Salamanca [www.tenemosunplan.com/book](http://www.tenemosunplan.com/book)

**Pereira M, (2004) política nacional para l adulto mayor** Extraído el 27-05-11 desde <http://www.senama.cl/Archivos/720.pdf> .

**Organización Mundial de la Salud (2011) Medicina Preventiva** disponibles en <http://www.medicinapreventiva.com.ve/articulos/diabetes>. Fecha de consulta 24-06-12

**Organización Panamericana de la Salud, Fortalecimiento de Sistemas de Salud,** Unidad de Desarrollo de Políticas y Sistemas de Salud. SALUD EN LAS AMÉRICAS, (2007:314) .VOLUMEN I-REGIONAL. LAS POLÍTICAS PÚBLICAS Y LOS SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD. Miguel Héctor Ramos Revista de Posgrado de la Vía. Catedra de Medicina, Editorial Salud y Conceptos Relacionados. .Argentina. Disponibles en [www.lachealthsys.org](http://www.lachealthsys.org). fecha de consulta 29-05-11.

**Pallares, Francecs. (2007) Las políticas públicas en la sociedad venezolana, el Sistema político en acción.** Disponible en: Desde <http://www.cepc.es/rap/Publicaciones/Revistas/>. extraído el 15-02-11

**Rangel, A. (2003, Diciembre 17) inauguración del hospital los veteranos,** Cu [saposnikg@smh.toronto.on.ca](mailto:saposnikg@smh.toronto.on.ca). maná Estado Sucre. La Región, p 3.

**Rojas M. (2008) Necesidades de Especialistas en Geriatria y**

**Gerontología para la Caja Costarricense de Seguro Social, En Costa Rica,** extraído <http://www.cendeisss.sa.cr/investigacion/Diagnostico%20Geriatras-2025.pdf> "consulta el 29-05-11

**Saballo L, (2003). "Modelo de gestión geriátrica para el INAGER** unidad gerontológico "Extraído el 29-05-11 desde [http://bibadm.ucla.edu.ve/edocs\\_baducla/tesis/P315.pdf](http://bibadm.ucla.edu.ve/edocs_baducla/tesis/P315.pdf).

**Saposnik G, Cote R, Phillips S y cols. (2008), El ACV después de los 80 años.**Canada", "Extraído el 29-05-11  
Email: Desde <http://www.cepc.es/rap/Publicaciones/Revistas/>.

**SENAMA (2006). "Tercera edad un desafío".** Santiago: Servicio Nacional del Adulto Mayor. Fecha de consulta: 25 de abril del 2011. Disponible en: <http://www.senama.cl/>.

**Servicios Sociales, (DOGV 30-12-2002). Estancias en Residencias de Tercer Edad.** Unidad de Investigación "Polibienestar". Fecha de consulta: 25 de abril del 2011 Disponible en: [www.rincondelvago.com](http://www.rincondelvago.com) (autor anónimo).

**Spiller y Tommasi, (2003). Instituciones políticas y políticas públicas en Venezuela: un análisis de jugadores con veto Venezuela.** Extraído [w.w.w redcomedia.org.ve](http://www.redcomedia.org.ve). "consulta el 29-05-11.

## ANEXOS



UNIVERSIDAD DE ORIENTE

NÚCLEO DE SUCRE

ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES

DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL

### **CONSTANCIA DE VALIDACIÓN**

Yo, **Carmen Rodríguez**, Titular de la cedula de identidad N° V-: **17.214.488**, **Profesora adscrita al Departamento de Trabajo Social**, hago constar por medio de la presente que he revisado el instrumento de recolección de información Titulado: **“ANÁLISIS DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LOS SERVICIOS MÉDICO-ASISTENCIALES BRINDADOS A LOS ADULTOS/AS MAYORES EN LAS UNIDADES DE: DIABETES Y MEDICINA INTERNA DEL “HOSPITAL ESPECIAL ANTITUBERCULOSO DE ORIENTE DR. JULIO RODRIGUEZ” MUNICIPIO SUCRE-ESTADO SUCRE, 2012”**. Pudiendo señalar que el mismo cumple con las normas establecidas y permitirá el logro de los Objetivos de la Investigación.

**Atentamente:**

---



UNIVERSIDAD DE ORIENTE  
NÚCLEO DE SUCRE  
ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES  
DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL

**Matriz de Validación de la Entrevista al Grupo de Pacientes que Asisten Regularmente a las Unidad de Diabetes y Medicina Interna.**

**Titulo de la investigación:** “ANÁLISIS DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LOS SERVICIOS MÉDICO-ASISTENCIALES BRINDADOS A LOS ADULTOS/AS MAYORES EN LAS UNIDADES DE: DIABETES Y MEDICINA INTERNA DEL “HOSPITAL ESPECIAL ANTITUBERCULOSO DE ORIENTE DR. JULIO RODRIGUEZ” MUNICIPIO SUCRE-ESTADO SUCRE, 2012”.

**NOMBRE** **DEL** **ESPECIALISTA:**

Objetivo Especifico	Ítems	Redacción clara		Relación con los Objetivos		¿Tendenciosa?		Observación
		SI	NO	SI	NO	SI	NO	
2-Describir las condiciones físico-ambientales que poseen las Unidades de Diabetes y Medicina Interna.	<b>10</b>							
	<b>10.1</b>							
	<b>11</b>							
	<b>12</b>							
	<b>13</b>							
	<b>14</b>							
	<b>15</b>							

Objetivo Especifico	Ítems	Redacción clara		Relación con los Objetivos		¿Tendenciosa?		Observación
		SI	NO	SI	NO	SI	NO	
3 Determinar la influencia que tiene la atención brindada en las Unidades de Diabetes y Medicina Interna, en la calidad y expectativa de vida de los Adultos Mayores atendidos”	16							
	17							
	18							
	19							

Objetivo Especifico	Ítems	Redacción clara		Relación con los Objetivos		¿Tendenciosa?		Observación
		SI	NO	SI	NO	SI	NO	
4-Indagar la	20							

satisfacción expresada por el adulto mayor, con la atención recibida en las Unidades de Diabetes y Medicina Interna.	21							
	21.1							
	22							



UNIVERSIDAD DE ORIENTE  
NÚCLEO DE SUCRE  
ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES  
DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL

**Matriz de Validación de la Entrevista al Grupo de Especialistas que laboran en la Unidad de Diabetes y Medicina Interna.**

**NOMBRE DEL PROYECTO:** “ANÁLISIS DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SALUD DIRIGIDAS A LOS ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL “HOSPITAL ESPECIAL ANTITUBERCULOSO DR. JULIO RODRÍGUEZ” MUNICIPIO SUCRE- ESTADO SUCRE, 2012”.

Objetivo Especifico	Ítems	Redacción clara		Relación con los Objetivos		¿Tendenciosa?		Observación
		SI	NO	SI	NO	SI	NO	
2-Describir las condiciones físico-ambientales que poseen las Unidades de Diabetes y Medicina Interna.	<b>10</b>							
	<b>10.1</b>							
	<b>11</b>							
	<b>12</b>							
	<b>13</b>							
	<b>14</b>							
	<b>15</b>							



Objetivo Especifico	Ítems	Redacción clara		Relación con los Objetivos		¿Tendenciosa?		Observación
		SI	NO	SI	NO	SI	NO	
4-Indagar la satisfacción expresada por el adulto mayor, con la atención recibida en las Unidades de Diabetes y Medicina Interna.	20							
	21							
	21.1							
	22							



UNIVERSIDAD DE ORIENTE  
NÚCLEO DE SUCRE  
ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES  
DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL

Cuestionario Indirecto N°: \_\_\_\_\_

El presente instrumento tiene como propósito recoger información sobre: LAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SALUD DIRIGIDAS A LOS ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL “HOSPITAL ESPECIAL ANTITUBERCULOSO DR. JULIO RODRÍGUEZ”, como parte de nuestro Trabajo de Grado para optar al título de Licenciados en Trabajo Social.

Por ello, a continuación se presentarán una serie de ítems para que sean respondidos por Usted, con una **(X)** ó afirmaciones particulares en relación a su criterio.

Se espera que sus respuestas permitan obtener información relevante, a la vez que le aseguramos el carácter confidencial del cuestionario, ya que es netamente académico, por lo tanto será de carácter anónimo, y no va a existir preferencia entre los pacientes y especialistas.

Agradeciendo de antemano su colaboración, se despiden de usted;

**Atentamente:**

Br. Alfredo Rivas

Tutora: Ivonne Rodríguez

Br. Keyla Gómez

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Cumaná, Mayo del 2012.



**PACIENTES DE MEDICINA INTERNA y UNIDAD DE DIABETES**  
**“HOSPITAL ESPECIAL ANTITUBERCULOSO DR. JULIO RODRÍGUEZ”**  
**MUNICIPIO SUCRE- ESTADO SUCRE, 2012”**

**I.- ASPECTOS PERSONALES:**

1.) Edad: \_\_\_\_\_

2.) Sexo: F\_\_\_\_M\_\_\_\_

3.) Edo Civil: Soltero \_\_ Casado\_\_ Divorciado\_\_\_\_ Viudo\_\_\_\_

Separado\_\_\_\_ Unión libre\_\_\_\_ otros\_\_\_\_

4.) Lugar de Residencia ó Dirección:

\_\_\_\_\_

5.) Oficio: \_\_\_\_\_

## II.- INTERVENCIÓN MÉDICO ASISTENCIAL:

6.) ¿Cuál es la enfermedad por la que viene al Hospital?

Diabetes\_\_\_ Déficit de Visión\_\_\_ Déficit de Audición\_\_\_ Osteoporosis\_\_\_ Hipertensión Arterial\_\_\_  
Enfermedad Articular Degenerativa\_\_\_ Enfermedad Isquémica del Corazón\_\_\_ Alergias\_\_\_ Artritis\_\_\_  
Cáncer\_\_\_ Secuelas de ACV\_\_\_ Otras\_\_\_ Especifique\_\_\_\_\_

7.) ¿Conoce usted, qué servicios brinda este Hospital al Adulto Mayor?

Si \_\_\_ No\_\_\_

8.) ¿Sabe usted si, cuenta ese servicio con Especialistas?

Si \_\_\_ No\_\_\_

8.1.) De contestar positivamente mencione, ¿Cuántos?

De 1 a 3\_\_\_ De 3 a 6\_\_\_ De 6 a 9\_\_\_ 10 ó mas\_\_\_

9.) ¿Cómo considera usted la atención que le brindan en el servicio?

Excelente\_\_\_ Buena\_\_\_ Regular\_\_\_ Mala\_\_\_

10.) ¿Cómo considera usted, el trato recibido por parte del personal de la Institución?

Excelente\_\_\_ Bueno\_\_\_ Regular\_\_\_ Malo\_\_\_

11.) ¿Cuánto tiempo espera para que lo atiendan el día de la consulta?

De: 30 minutos\_\_\_ 1 hora\_\_\_ de 1 hora a 2 hora\_\_\_ más de 2 horas\_\_\_ Otras\_\_\_  
Especifique\_\_\_\_\_

12.) ¿Le realizan chequeos y revisiones integrales?

Siempre\_\_\_ Casi Siempre\_\_\_ Algunas Veces\_\_\_ Casi Nunca\_\_\_ Nunca\_\_\_

13.) ¿Se establece alguna vinculación con otras Instituciones, para garantizar el beneficio de los pacientes?

Si \_\_\_ No\_\_\_

## III.- ASPECTOS FÍSICO-AMBIENTALES:

14.) ¿Considera usted, que los servicios cuentan con el mobiliario adecuado, a los requerimientos físicos del Adulto Mayor?

**Gracias por su Colaboración.**



**ESPECIALISTAS EN EL ÁREA DE MEDICINA INTERNA Y UNIDAD DE DIABETES “HOSPITAL ESPECIAL ANTITUBERCULOSO DR. JULIO RODRÍGUEZ” MUNICIPIO SUCRE- ESTADO SUCRE, 2012”**

**I.- ASPECTOS PERSONALES**

1.) Edad\_\_\_\_\_ 2.) Sexo\_\_\_\_\_ 3.)  
Nacionalidad\_\_\_\_\_

4.) Profesión\_\_\_\_\_ 5.)  
Especialidad\_\_\_\_\_

6.) Cargo: \_\_\_\_\_ 7.) Servicio donde Labora:  
\_\_\_\_\_

8.) Años de servicios en la Institución: \_\_\_\_\_

**II.- INTERVENCIÓN MÉDICO ASISTENCIAL:**

9.) ¿Cuál ó cuales son las patologías que predominan en los pacientes que usted atiende?

Diabetes\_\_\_ Déficit de Visión\_\_\_ Déficit de Audición\_\_\_ Osteoporosis\_\_\_  
Hipertensión Arterial\_\_\_ Enfermedad Articular Degenerativa\_\_\_ Enfermedad  
Isquémica del Corazón\_\_\_ Alergias\_\_\_ Artritis\_\_\_ Cáncer\_\_\_ Secuelas de  
ACV\_\_\_ Otras\_\_\_ Especifique\_\_\_\_\_

10.) ¿Conoce usted los servicios que brinda este Hospital al Adulto Mayor?

Si \_\_\_ No\_\_\_

11.) ¿Cuántos profesionales laboran en el área donde usted presta Servicio?

\_\_\_\_\_

12.) ¿Cómo considera el trato que se le da al paciente en la Institución?

Excelente\_\_\_\_ Bueno\_\_\_\_ Regular\_\_\_\_ Malo\_\_\_\_

Explique:

\_\_\_\_\_

—

**13.)** ¿Cómo considera usted la atención que le brinda el personal de la institución al Adulto Mayor?

Excelente\_\_\_\_ Buena\_\_\_\_ Regular\_\_\_\_ Mala\_\_\_\_

Explique\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**14.)** ¿Cuánto tiempo pasa atendiendo al paciente el día de la consulta?

De: 30 minutos\_\_ 1 hora\_\_ de 1 hora a 2 hora\_\_ más de 2 horas\_\_\_\_

Otras\_\_ Especifique\_\_\_\_\_

**15.)** ¿Realiza chequeos y revisiones integrales al paciente?

Siempre\_\_\_\_ Casi Siempre\_\_\_\_ Algunas Veces\_\_\_\_ Casi Nunca\_\_\_\_  
Nunca

**16.)** ¿Se establece alguna vinculación con otras Instituciones, para garantizar el beneficio de los pacientes?

Si \_\_\_\_ No\_\_\_\_

### **III.- ASPECTOS FÍSICO-AMBIENTALES:**

**17.)** ¿Considera usted, que los servicios cuentan con el mobiliario adecuado a los requerimientos físicos del Adulto Mayor?

Si\_\_\_\_

No\_\_\_\_ Explique\_\_\_\_\_

**18.)** ¿Considera que los servicios cuentan con adecuada Iluminación?

Siempre\_\_\_\_ Casi Siempre\_\_\_\_ Algunas Veces\_\_\_\_ Casi Nunca\_\_\_\_  
Nunca\_\_\_\_

**19.)** ¿Considera que los servicios poseen una adecuada ventilación?

Siempre\_\_\_\_ Casi Siempre\_\_\_\_ Algunas Veces\_\_\_\_ Casi Nunca\_\_\_\_  
Nunca\_\_\_\_

**20.)** ¿Se realizan asepsias al entorno frecuentemente?

Siempre\_\_\_\_ Casi Siempre\_\_\_\_ Algunas Veces\_\_\_\_ Casi Nunca\_\_\_\_  
Nunca\_\_\_\_

**21.)** ¿Existe ambientación agradable dentro del servicio?

Siempre\_\_\_\_ Casi Siempre\_\_\_\_ Algunas Veces\_\_\_\_ Casi Nunca\_\_\_\_  
Nunca\_\_\_\_

**22.)** ¿Hay disponibilidad de los equipos médicos requeridos, para la atención del Adulto Mayor?

Siempre\_\_\_\_ Casi Siempre\_\_\_\_ Algunas Veces\_\_\_\_ Casi  
Nunca\_\_\_\_ Nunca\_\_\_\_

**23.)** ¿Disponen de los insumos médicos necesarios, en atención al Adulto Mayor? Siempre\_\_\_\_ Casi Siempre\_\_\_\_ Algunas Veces\_\_\_\_ Casi Nunca\_\_\_\_  
Nunca\_\_\_\_

#### **IV.-BIO-SPICO-SOCIAL**

**24.)** ¿Le dan a conocer al paciente el pronóstico de su enfermedad?

Siempre\_\_\_\_ Casi Siempre\_\_\_\_ Algunas Veces\_\_\_\_ Casi Nunca\_\_\_\_  
Nunca\_\_\_\_



**25.)** ¿En líneas generales, después del diagnóstico cómo valora la evolución de los pacientes?

Excelente\_\_\_\_ Buena\_\_\_\_ Regular\_\_\_\_ Mala\_\_\_\_

**26.)** ¿Cómo enfrentan anímicamente los pacientes la enfermedad?

Con Empatía\_\_\_\_ Con Ignorancia\_\_\_\_ Con Negación\_\_\_\_ Con Depresión\_\_\_\_  
Con Ansiedad \_\_\_\_Con Angustia\_\_\_\_ Con Optimismo\_\_\_\_ Otras\_\_\_\_  
Especifique\_\_\_\_\_

**27.)** ¿Considera usted que el paciente cumple con sus tratamientos?

Si\_\_\_\_ No\_\_\_\_ por qué cree que esto  
pasa:\_\_\_\_\_

**28.)** ¿Una vez prestado el servicio, usted percibe que el paciente se va?

Alegre \_\_\_\_ Triste\_\_\_\_ Optimista\_\_\_\_ Otros\_\_\_\_  
Especifique\_\_\_\_\_

## **V.-VALORACIÓN DEL SERVICIO:**

**29.)** ¿Cómo considera usted, los servicios que brinda al Adulto Mayor en la Institución? Satisfecho\_\_\_\_ Insatisfecho\_\_\_\_ Otras\_\_\_\_  
Especifique\_\_\_\_\_

**30.)** ¿Considera usted que en los servicios se respetan los derechos del Adulto Mayor? Siempre\_\_\_\_ Casi Siempre\_\_\_\_ Algunas Veces\_\_\_\_ Casi Nunca\_\_\_\_ Nunca\_\_\_\_

Siempre\_\_\_\_ Casi Siempre\_\_\_\_ Algunas Veces\_\_\_\_ Casi Nunca\_\_\_\_  
Nunca\_\_\_\_

**31.)** ¿Mencione que tipo de fortalezas ha identificado en la Institución?

Personal Médico Capacitado\_\_\_ Atención Integral a los Pacientes\_\_\_  
Servicio de Calidad\_\_\_ Equipos Tecnológicos Eficientes\_\_\_ Personal Obrero  
Eficiente\_\_\_ Personal Administrativo Eficiente\_\_\_ Infraestructura  
Eficiente\_\_\_ Insumos Materiales Suficientes e Adecuados \_\_\_Ninguna de  
las anteriores\_\_\_\_ Otras\_\_\_ Especifique\_\_\_\_\_

**32.)** ¿Mencione que tipo de debilidades ha identificado en la Institución?

Personal Médico Incapacitado\_\_\_ No Hay Atención Integral a los  
Pacientes\_\_\_ ,Mala Calidad de Servicios\_\_\_ Insuficientes Equipos  
Tecnológicos \_\_\_ Personal Obrero Ineficiente\_\_\_ Personal Administrativo  
Ineficiente\_\_\_ Infraestructura en mal Estado\_\_\_ Insumos Materiales  
Insuficientes e Inadecuados\_\_\_ Ninguna de las anteriores \_\_\_Otras\_\_\_  
Especifique\_\_\_\_\_

**33.)** ¿Cuáles son sus recomendaciones, para el mejoramiento del servicio  
donde labora?

---

---

---

---

**Gracias por su Colaboración.**

## HOJAS DE METADATOS

### Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 1/6

<b>Título</b>	<b>“Análisis de la implementación de los servicios médico-asistenciales brindados a los adultos/as mayores en las unidades de: diabetes y medicina interna del “Hospital especial antituberculoso de oriente dr. Julio Rodríguez” Municipio Sucre-Estado Sucre, 2012”</b>
<b>Subtítulo</b>	

Autor(es)

<b>Apellidos y Nombres</b>	<b>Código CVLAC / e-mail</b>	
<b>Gómez R. Keyla del V</b>	<b>CVLAC</b>	<b>15.288.865</b>
	<b>e-mail</b>	<a href="mailto:Keylagomez_23@hotmail.com">Keylagomez_23@hotmail.com</a>
	<b>e-mail</b>	
<b>Rivas R. Alfredo L.</b>	<b>CVLAC</b>	<b>18.904.140</b>
	<b>e-mail</b>	<a href="mailto:trabajosoial_alfredo87@hotmail.com">trabajosoial_alfredo87@hotmail.com</a>
	<b>e-mail</b>	

Palabras o frases claves:

Adulto Mayor, Salud integral, Diabetes y Medicina Interna
---

## Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 2/6

Líneas y sublíneas de investigación:

Área	Subárea
Ciencias Sociales	Trabajo Social

Resumen (abstract):

Desde hace más de una década el tema de la vejez y la tercera edad, se ha posicionado como un área de atención creciente, permitiendo que las situaciones y problemas asociados a los adultos/as mayores dejaran de ser manifestaciones coyunturales y esporádicas para pasar a reclamar la preocupación de la comunidad internacional, los estados y la sociedad como grupo vulnerable. En ese sentido en Venezuela, desde el Ministerio del Poder Popular para la Salud, se llevan a cabo diversas iniciativas de atención primaria, para ofrecerle a esta población, servicios de medicina integral que redunden en el mejoramiento de su calidad de vida a través de una vejez activa y sana, por medio de instituciones de salud, distribuidas a nivel nacional, como el “Hospital Especial Antituberculoso De Oriente Dr. Julio Rodríguez”, en el Estado Sucre-Cumaná, al cual asiste un considerable número de adultos mayores, para ser atendidos en la Unidad de Medicina Interna y la Unidad de Diabetes. Es por ello, que en aras de analizar la implementación de los servicios médicos-asistenciales brindados a los adultos/as mayores en dichas unidades, se realizó el presente estudio, que se caracterizó por tener un diseño de campo, con nivel descriptivo. Se abordó a los 12 especialistas que laboran en los servicios referidos, y a una muestra de (202) pacientes de Medicina Interna y (351) pacientes de la Unidad de Diabetes, producto de un Muestreo aleatorio estratificado. A quienes se les aplicó un cuestionario y una encuesta semi-estructurada, que permitió en conjunto con la observación directa efectuada por los investigadores, concluir que en ambas unidades médicas, no se ofrecen servicios de salud integral. No existe una adecuación de la infraestructura y equipos médicos a las condiciones del paciente, aunado a que no cuentan con los insumos suficientes y el personal médico necesario, lo cual repercute negativamente en la calidad de atención que se le brinda al anciano sucrense.

## Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 3/6

Contribuidores:

Apellidos y Nombres	ROL / Código CVLAC / e-mail	
<b>Rodríguez Ivonne</b>	ROL	C <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> T <input checked="" type="checkbox"/> JU <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/>
	CVLA C	13.923.997
	e-mail	<a href="mailto:ivonnejr@hotmai.com">ivonnejr@hotmai.com</a>
	e-mail	
<b>Malaver Iris</b>	ROL	C <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> JU <input checked="" type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/>
	CVLA C	6.464.350
	e-mail	<a href="mailto:imalavert@gmail.com">imalavert@gmail.com</a>
	e-mail	
<b>Holder Andelis</b>	ROL	C <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> JU <input checked="" type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/>
	CVLA C	6.644.249
	e-mail	<a href="mailto:andelisholder@hotmail.com">andelisholder@hotmail.com</a>
	e-mail	

Fecha de Discusión y Aprobación:

Año            Mes            Día

:

2013	03	13
------	----	----

Lenguaje: SPA

## Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 4/6

Archivo(s):

Nombre de archivo	Tipo MIME
Tesis-GomezKyRivasA.doc	Application/word

Alcance:

Espacial: Nacional (Opcional)

Temporal: Temporal (Opcional)

Título o Grado asociado con el trabajo: Licenciados En Trabajo Social

Nivel Asociado con el Trabajo: Licenciados

Área de Estudio: Trabajo Social

Institución(es) que garantiza(n) el Título o grado: Universidad de Oriente

# Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 5/6



UNIVERSIDAD DE ORIENTE  
CONSEJO UNIVERSITARIO  
RECTORADO

CUN°0975

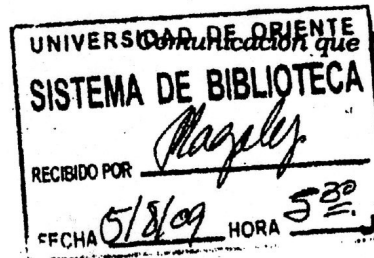
Cumaná, 04 AGO 2009

Ciudadano  
**Prof. JESÚS MARTÍNEZ YÉPEZ**  
Vicerrector Académico  
Universidad de Oriente  
Su Despacho

Estimado Profesor Martínez:

Cumplo en notificarle que el Consejo Universitario, en Reunión Ordinaria celebrada en Centro de Convenciones de Cantaura, los días 28 y 29 de julio de 2009, conoció el punto de agenda **"SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA PUBLICAR TODA LA PRODUCCIÓN INTELECTUAL DE LA UNIVERSIDAD DE ORIENTE EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL DE LA UDO, SEGÚN VRAC N° 696/2009"**.

Leído el oficio SIBI – 139/2009 de fecha 09-07-2009, suscrita por el Dr. Abul K. Bashirullah, Director de Bibliotecas, este Cuerpo Colegiado decidió, por unanimidad, autorizar la publicación de toda la producción intelectual de la Universidad de Oriente en el Repositorio en cuestión.



Comunicación que hago a usted a los fines consiguientes.

Cordialmente,

**JUAN A. BOLAÑOS CUNVELO**  
Secretario



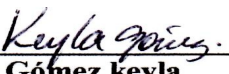
C.C: Rectora, Vicerrectora Administrativa, Decanos de los Núcleos, Coordinador General de Administración, Director de Personal, Dirección de Finanzas, Dirección de Presupuesto, Contraloría Interna, Consultoría Jurídica, Director de Bibliotecas, Dirección de Publicaciones, Dirección de Computación, Coordinación de Teleinformática, Coordinación General de Postgrado.

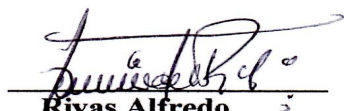
JARC/YGC/manu

**Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso- 6/6**

**Artículo 41 del REGLAMENTO DE TRABAJO DE PREGRADO (vigente a partir del II Semestre 2009, según comunicación CU-034-2009) :** “los Trabajos de Grado son de la exclusiva propiedad de la Universidad de Oriente, y sólo podrán ser utilizados para otros fines con el consentimiento del Consejo de Núcleo respectivo, quien deberá participarlo previamente al Consejo Universitario para su autorización”.

Esta hoja tiene que estar personalizada por el autor (e)s

  
Gómez keyla  
Autor 1

  
Rivas Alfredo  
Autor 2

  
Prof.: Rodríguez Ivonne  
Asesor

)