

VALORACIÓN SOCIOFAMILIAR EN EL ADULTO MAYOR

Igor Ernesto Marcet Franco¹, María Belén Giménez Reyes¹

¹Carrera de Medicina (Asunción), Facultad de Medicina, Universidad del Norte, Paraguay

RESUMEN

Pregunta de investigación: ¿cuáles son los aspectos sociales a considerar para evaluar integralmente a los adultos mayores? **Objetivos:** 1) determinar los aspectos sociales principales para la evaluación integral de ancianos; 2) evaluar la situación familiar, las condiciones de vivienda y económicas; 3) identificar las relaciones sociales, determinando el apoyo que tienen de la red social. **Material y método:** Es un estudio observacional, descriptivo, de corte transversal-prospectivo, realizada en la población de la USF Republicano 1 de Asunción, desde el 1 de febrero al 30 de abril del 2019. En este periodo, 94 personas cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión. Se aplicó la Escala de Gijón mediante entrevista directa. **Resultados y conclusión:** Vivienda: el 6% cuenta con buena/aceptable situación social; en el 34% existe riesgo social; y en el 60% existe problema social. Relaciones sociales: el 48% se relaciona con la comunidad; el 19% se relaciona sólo con la familia/vecinos; el 13% se relaciona sólo con la familia; el 16% no sale del domicilio, pero recibe visitas ; y el 4% no sale del domicilio ni recibe visitas. Apoyo de redes sociales: el 5% no necesita apoyo; el 13%

requiere apoyo familiar/vecinal; el 18% tiene seguro, pero necesita un mayor apoyo; el 59% no cuenta con seguro social; el 5% está en situación de abandono familiar. Situación económica según cantidad de salarios mínimos percibidos mensualmente: el 4% recibe más de 2 salarios mínimos; el 4% recibe 1-2 salarios mínimos; el 9% recibe 1 salario mínimo; el 40% recibe un ingreso irregular o inferior a 1 salario mínimo; y el 43% no poseen ingresos. En conclusión, existe una gran franja poblacional que presenta riesgo/problema social, siendo vulnerables y dependientes de la red de apoyo social, reconociéndose aquí una problemática de salud pública.

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento es un proceso, lo que equivale a recalcar que es un cambio que no se da en forma repentina como un accidente, sino en forma gradual y progresiva (Mishara & Riedel, 2000). No existe un paradigma único que de su significado exacto a la vejez, más bien un conjunto de aportes teóricos, pero que pintan un panorama un poco difuso. Resulta interesante hacer la diferencia entre el “envejecimiento individual o longevidad” y el “envejecimiento poblacional”. El primero se asocia a la edad cronológica: determinada por la edad, gran variable ordenadora que nos permite comprender la vejez. Las personas envejecen en la medida en que van ganando años (Botero de Mejía & Pico Merchán, 2007; Rendón-Orozco & Rodríguez-Ledesma, 2011; Ruiz-Dioses et al., 2011). El segundo, por la sociedad y sus reglas, que imponen pautas de comportamiento y de conducta, “creando” la vejez. Sin embargo, podríamos considerar ambas expresiones como dos caras de la misma moneda, pues están interrelacionadas y comparten elementos en común. Es decir, edad y sociedad se contienen una a la otra, delimitando el terreno donde surge con propiedad el fenómeno social de la vejez. Desde el punto de vista de la tasa de crecimiento de la población anciana, el envejecimiento de la

población mundial se espera que sea del 2.6% anual durante los próximos 30 años (Miranda, 2004).

Tradicionalmente, la literatura especializada ha aplicado los conceptos de pobreza, marginación, exclusión, desigualdad, dependencia, y vulnerabilidad para ilustrar las condiciones de vida de las personas mayores en países subdesarrollados (Comisión Económica para América Latina y el Caribe, 2001). Es así que, a nivel mundial, el envejecimiento de la población es de especial importancia por sus implicancias económicas y sociales. Así mismo, es un grupo que ejerce una fuerte demanda al sistema de salud, por la mayor presencia de enfermedades crónicas, malnutrición, marginación social, pérdida prematura de su capacidad funcional, entre otras (Estévez et al., 2014; Morfi Samper, 2005).

La promoción de la salud, como pilar básico, busca mejorar los entornos en que las personas podían ganar o perder salud según los factores externos, como son el medio ambiente, el empleo, la educación, la vivienda, desigualdades económicas, entre otros (Estévez et al., 2014; Morfi Samper, 2005; Instituto Nacional de Estadística, 2012). Es así que durante los últimos años se ha logrado un consenso internacional sobre algunos de los factores sociales determinantes de la salud en las personas adultas mayores. Estos incluyen factores demográficos, situación socioeconómica, factores psicosociales como adaptabilidad y estrés además del capital social del individuo.

De acuerdo a los resultados del Censo de 2002, el número de personas de 60 y más años de edad en el Paraguay fue de 368 233, representando el 7.1% de la población total, constituyendo las mujeres el 7.5% y los hombres el 6.7%.

Debiendo enfrentar el desafío que presenta el aumento de la proporción de población de 60 años y más que, de acuerdo con las proyecciones nacionales realizadas por la Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos (DGEEC), pasa de 7.1% en el año 2000 a 12.6% en el año 2030 y a 18.5% en el año 2050. Aunque el peso de las personas de 60 años y más en

la población total del país no es muy elevado (7%), sí lo es en el plano del hogar, considerando que alcanza el 27% los hogares que tienen presencia de adultos mayores entre sus miembros. Los adultos mayores se encuentran ocupados a nivel país en un 47%. La gran mayoría lo hace por cuenta propia. La proporción de mujeres que trabaja en forma independiente es notablemente superior (78%) a la de los hombres (66%) (Instituto Nacional de Estadística, 2012).

En el Paraguay, como en varios países de América Latina, el proceso de envejecimiento se produce en un contexto de pobreza e inequidades, con una baja cobertura de la seguridad social, y una tendencia hacia la disminución del tamaño de las fuentes de apoyo, producto de los cambios en la estructura y composición familiar.

Los ancianos frágiles se presentan con múltiples comorbilidades, deterioro funcional, mental y sociofamiliar, y tienen mayor riesgo de desarrollar complicaciones relacionadas a los tratamientos. Además, el deterioro de las capacidades biopsicosociales del anciano trae cambios en la posición y función que desempeña en la sociedad y específicamente en su familia (Alonso Galbán et al., 2009). Estas necesidades de ayuda social son remediadas de forma mayoritaria por la familia en nuestro medio. Según datos del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, la primera causa de morbilidad, en el grupo de 60 años y más, lo constituye la hipertensión arterial, seguida de las infecciones respiratorias no graves. Por su parte, la causa de muerte más frecuente en los adultos mayores lo constituyen las enfermedades del sistema circulatorio, seguida de los tumores, las enfermedades cerebrovasculares, la diabetes, la neumonía, e influenza (Organización Panamericana de la Salud, 2012).

La familia continúa siendo la fuente fundamental de apoyo para los adultos mayores. Condiciones como la migración, la actividad laboral de los hijos (especialmente de las hijas y el necesario cuidado de los nietos), el vivir solos y la situación económica y de salud de los adultos mayores, imponen a las familias necesidades específicas de apoyo. La satisfacción de estas

necesidades se encuentra mayoritariamente en la propia red familiar y vecinal. Muy poco es lo que contribuyen otro tipo de actores como las iglesias o programas de gobierno (Pelcastre et al., 2011). En este sentido, es conocida la importancia de la red social y el soporte familiar en la salud de los adultos mayores. Se ha visto que éstos, sin soporte familiar o una red sociofamiliar adecuada, tienen mayor mortalidad, depresión, alteraciones cognitivas, y una percepción de un peor estado de salud que aquellas que sí lo tienen.

Por otra parte, los datos de la Encuesta Permanente de Hogares del 2003, evidencian la baja cobertura de la seguridad social en el Paraguay. Al mismo tiempo, demuestran que es casi excluyente para los adultos mayores en condición de pobreza. A nivel país, la proporción de la población adulta no pobre beneficiaria de los sistemas de jubilación o pensión es 6 veces superior a la cobertura de la población pobre (PNUD, s.f.; Navarro & Ortíz, 2014).

La valoración clínica del adulto mayor es el proceso diagnóstico multidimensional y usualmente multidisciplinario, destinado a cuantificar en términos funcionales las capacidades y problemas médicos, mentales y sociales del adulto mayor con la intención de elaborar un plan de promoción de la autonomía (OPS, 2011; Llorca et al., 2010; Gonzalés et al., 2017). El Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social ha desarrollado un protocolo de atención integral de la persona adulta mayor en atención primaria de salud, que incluye instrumentos de valoración física, nutricional mental, funcional, y sociofamiliar. El objetivo del presente estudio es determinar los problemas sociales y las características geriátricas asociadas en adultos mayores en comunidad, aplicando la escala de valoración sociofamiliar de dicho protocolo en el primer nivel de atención, en la población de la unidad de salud familiar (USF) de Republicano 1, por medio de entrevistas directas.

MATERIAL Y MÉTODO

Es un estudio observacional, descriptivo, de corte transversal, prospectivo. La pregunta de investigación fue: ¿cuáles son los aspectos sociales principales a considerar al evaluar integralmente a los adultos mayores?. El objetivo general de este trabajo fue el determinar los aspectos sociales principales para la evaluación integral de ancianos. Los objetivos específicos fueron el evaluar la situación familiar, las condiciones de vivienda y económicas, e identificar las relaciones sociales, determinando el apoyo que tienen de la red social.

El mismo se realizó en la población de la USF Republicano 1 de Asunción, desde el 1 de febrero al 30 de abril del 2019. En este periodo, 94 personas cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión. Los criterios de inclusión incluían edad ≥ 60 años al momento del estudio, estar registrados en el área de la USF Republicano 1, poseer residencia oficial en el área seleccionada, y expresar su conformidad con participar en el estudio, o ser cuidador crucial de un adulto mayor en el caso de aquellos que por sus condiciones de salud no pudieran responder las preguntas. Fueron excluidos los individuos que se mudaron a otra área o fallecieron antes o durante el estudio o aquellas personas en las que no fue posible recabar todos los datos.

Recolección de datos

Se utilizó la encuesta de valoración sociofamiliar según la escala de Guijón, con opciones cerradas. La toma de datos se realizó mediante entrevista con el médico de familia.

Aspectos éticos

La encuesta fue voluntaria y se garantizó el anonimato de los sujetos en el momento del procesamiento y presentación de los datos. Se respetó en todo momento los principios de igualdad, justicia, benevolencia, y autonomía.

Cuestiones estadísticas

El muestreo fue no probabilístico de casos consecutivos. Los datos estadísticos fueron analizados con Microsoft Excel. Las variables numéricas fueron reportadas como media $\pm$ desviación estándar y las categóricas en porcentaje. Se recurrió al uso de estadísticos descriptivos de centralización y dispersión.

RESULTADOS

La muestra utilizada para realizar el cuestionario fue de 94 adultos mayores, con edades comprendidas entre 60 y 93 años. Agrupando la muestra por edades, obtuvimos que 27 individuos (29%) tenían entre 60 y 69 años; 36 individuos (38%), entre 70 y 79 años; 25 individuos (27%) entre 80 y 90 años; y 6 (6%) individuos con 90 años cumplidos y sobrepasados. En cuanto a la media de las edades, encontramos que ésta fue de 74.9 años. La mediana fue de 74 años y la moda, de 72 años.

Analizando el total de los encuestados, según la valoración de la escala utilizada, obtuvimos que 6 individuos (6%) tuvo una buena/aceptable situación social; en 32 individuos (34%) existió riesgo social; y en 56 individuos (60%) existió problema social.

Veintitrés individuos vivían con familia, sin conflicto familiar; 26 individuos vivían con su familia, pero presentando algún tipo de dependencia física o psíquica; 22 individuos vivían con cónyuge de edad similar; 9 individuos vivían solos, con hijos con vivienda próxima; y 14 individuos vivían solos y carecían de hijos o estos vivían lejos.

Cuarenta y cinco individuos encuestados (48%) mantenían relaciones sociales con la comunidad; 18 individuos (19%) mantenían relaciones sociales solo con la familia y vecinos; 12 individuos (13%) se relacionaban socialmente solo con la familia; 15 individuos (16%) no salían del domicilio, pero recibían visitas de familiares; y 4 individuos (4%) no salían del domicilio y no recibían visitas.

En cuanto al apoyo que recibían los encuestados de las distintas redes sociales, encontramos que 5 individuos (5%) no necesitaban apoyo; 12 individuos (13%) requerían apoyo familiar o vecinal; 17 individuos (18%) tenían seguro, pero necesitaban un mayor apoyo o voluntariado social; 55 individuos (59%) no contaban con seguro social; y 5 individuos (5%) se encontraban en situación de abandono familiar.

Por último, en cuanto a la situación económica, 4 individuos (4%) percibían más de dos salarios mínimos mensuales; 4 individuos (4%) percibían más de 1 salario pero menos de 2 salarios mínimos al mes; 8 individuos (9%) percibían 1 salario mínimo mensual; 38 individuos (40%) percibían un ingreso irregular o menor al salario mínimo; y 40 individuos (43%) no poseían pensión ni otros ingresos.

DISCUSIÓN

Los adultos mayores del territorio de la USF Republicano 1 presentaron un perfil demográfico similar a los descritos por la Escala de Valoración Sociofamiliar de Gijón (Álvarez & Melissa, 2019). Mostraron una edad media de 74.9 años y una significativa proporción de adultos mayores que sobrepasaron los 80 años.

La mayoría de los encuestados no obtuvieron ingresos o fueron irregulares o menores al salario mínimo vigente. Esto se corresponde con los datos de la Encuesta Permanente de Hogares, publicado por la Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos (DGEEC). Este hecho los pone de por sí en una situación de vulnerabilidad y los hace dependientes de su red de apoyo social, igualmente en falta. En dicho estudio también se evidencia la baja cobertura de la seguridad social en el Paraguay, la cual es, a su vez, casi inexistente para aquellos adultos mayores en situación de pobreza.

Valorando las diferentes situaciones, podemos encontrar que el panorama sociofamiliar es similar al encontrado en otros estudios publicados en Latinoamérica, con marcada diferencia con los encontrados en España. En España, la situación sociofamiliar de las personas adultas mayores fue considerada como aceptable.

Por otro lado, no son muchos los estudios nacionales que hayan abordado la situación sociofamiliar de las personas adultas mayores. Este aspecto se debería tener más en cuenta, viendo que una de cada dos personas evaluadas tenía riesgo social en el territorio de la USF Republicano 1, dentro de la Capital del país.

Si consideramos que el acceso a los servicios sociales y de salud es mayor en una zona urbana como la evaluada, podríamos prever que la situación social de los adultos mayores sería peor en otras zonas del país, con mayor inequidad y menor acceso. Por lo tanto, se hace imperativo revisar las políticas de protección social de esta franja de la población.

Conclusión

En cuanto a la situación familiar, encontramos que la mayoría de los participantes vivían con familiares, con o sin algún grado de dependencia. En cuanto a la situación de la vivienda de los encuestados, pudimos observar que es menor a un cuarto la proporción de personas adultas mayores que vivían en las condiciones óptimas. La mayoría se encontraba

con barreras arquitectónicas (como pisos irregulares, escaleras, puertas estrechas, etc.), o con viviendas en mala conservación, que no son apropiadas para ellos, pues se presenta como un factor limitante o que predispone a caídas.

Pudimos observar así también que las relaciones de estas personas con la sociedad fueron satisfactorias. La mayoría mantuvo relaciones sociales con la familia y con la comunidad, destacándose actividades sociales como ir a la iglesia e interactuar con los vecinos en las veredas del barrio.

Analizando el apoyo que reciben los adultos mayores encuestados para el estudio, observamos que fue deficiente. Es muy escasa la cantidad que tiene, y puede hacer uso de, redes de apoyo, ya sea en la forma de seguro social o de grupos sociales a los cuales pertenecer.

La situación económica por la que atraviesan éstos individuos no es nada mejor, siendo que 4 de 5 adultos mayores no perciben ni siquiera el salario mínimo vigente. De éstos, aproximadamente la mitad no tiene ningún tipo de ingreso mensual y la otra mitad se divide entre algunos que trabajan y perciben sueldos irregulares y otros que reciben el subsidio para adultos mayores, de muy difícil acceso y que no llega al 25% del salario mínimo vigente.

En conclusión, el estudio realizado muestra que, si bien una proporción de la población adulta mayor convive en un entorno familiar adecuado y se relaciona socialmente con la comunidad cercana y extensa, es excesivamente alta la franja poblacional de adultos mayores que presentan riesgo o problema social por no contar con una pensión digna u otros ingresos, así como también viviendas en malas condiciones. Su dura situación económica los hace vulnerables y dependientes de la red de apoyo social, que resulta, a su vez, casi inexistente (Madrigal-Martínez, 2010).

Los resultados de este estudio permiten reconocer el grado de vulnerabilidad de los adultos mayores. Es imperativo el reconocimiento como problema de salud pública y la implementación de políticas sociales y de salud, así como facilitar el acceso a la atención de salud, redes sociales, y de apoyo (Suárez & Pescetto, 2005).

RECONOCIMIENTOS

Este artículo fue remitido dentro de la convocatoria del Ciclo 1 (2019-2020) del Programa de Iniciación Científica e Incentivo a la Investigación (PRICILA). PRICILA es gestionado por la Dirección de Investigación y Divulgación Científica, en conjunto con las Supervisiones de Facultades de Asunción y de Facultades Comunitarias, con fondos proveídos por el Banco GNB en Fusión y el Rectorado de la Universidad del Norte. Más información sobre PRICILA se encuentra disponible en <https://investigacion.uninorte.edu.py/pricila>.

El contenido original ha sido modificado por la oficina editorial (editorial@uninorte.edu.py) de la Revista UniNorte de Medicina y Ciencias de la Salud (<https://investigacion.uninorte.edu.py/rev-un-med>).

Correspondencia: Dra. María Belén Giménez Reyes, Facultad de Medicina, Universidad del Norte, Asunción, Paraguay.

(maria.gimenez.411@docentes.uninorte.edu.py)

REFERENCIAS

Alonso Galbán, P., Sansó Soberats, F. J., Díaz-Canel Navarro, A. M., & Carrasco García, M. (2009). Diagnóstico de fragilidad en adultos mayores de una comunidad urbana. *Revista Cubana de Salud Pública*, 35(2), 1-14.

Álvarez, C., & Melissa, L. (2019). Factores asociados a malnutrición en adultos mayores en el Hospital Centro Médico Naval Callao Perú 2010-2015 (Universidad San Martín de Porres). <http://repositorioslatinoamericanos.uchile.cl/handle/2250/2515584>

Botero de Mejía, B. E., & Pico Merchán, M. E. (2007). Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en adultos mayores de 60 años: Una aproximación teórica. *Hacia la Promoción de la Salud*, 12(1), 11-24.

Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (2001). Acercamiento conceptual a la situación del adulto mayor en América Latina. CEPAL. <http://www.cepal.org/es/publicaciones/7157-acercamiento-conceptual-la-situacion-adulto-mayor-america-latina>

Estévez, E. P., Lemes, Y. P., & Caraballo, L. Á. (2014). Determinantes sociales de la salud y su pertinencia en el trabajo del Médico y la Enfermera de la Familia. *Revista de Medicina Isla de la Juventud*, 14(2), 171-185.

Gonzalés Ramos, R. M., Hechavarría Puente, G., Batista González, N. M., & Cueto Salas, A. (2017). Los determinantes sociales y su relación con la salud general y bucal de los adultos mayores. *Revista Cubana de Estomatología*, 54(1), 60-71.

Instituto Nacional de Estadística. (2012). Atlas Demografico del Paraguay, 2012. Recuperado 20 de agosto de 2021, de <https://www.ine.gov.py/publication-single.php?codec=MzY=>

Llorca, E., Amor, M. T., Merino, B., Márquez, F. J., Gómez, F., & Ramírez, R. (2010). Ciudades saludables: Una estrategia de referencia en las políticas locales de salud pública. *Gaceta Sanitaria*, 24(6), 435-436.

Madrigal-Martínez, M. (2010). Ingresos y bienes en la vejez, un acercamiento a la configuración de la seguridad económica de los adultos mayores mexiquenses. *Papeles de Población*, 16(63), 117-153.

Miranda, J. G. (2004). Envejecimiento y sociedad: Una perspectiva pluridisciplinar. Universidad de La Rioja. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=4783>

Mishara, B. L., & Riedel, R. G. (2000). El proceso de envejecimiento. Ediciones Morata.

Morfi Samper, R. (2005). La salud del adulto mayor en el siglo XXI. Revista Cubana de Enfermería, 21(3). <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sciabstract&pid=S0864-03192005000300001&lng=es&nrm=iso&tlng=es>

Navarro A., B., & Ortiz T., E. (2014). El sistema de pensiones de Paraguay: Debilidades que exhibe y perspectivas de la reforma. Centro de Análisis y Difusión de la Economía Paraguaya. <http://biblioteca.clacso.edu.ar/Paraguay/cadep/20160713060143/8.pdf>

Organización Panamericana de la Salud. (2012). Paraguay—OPS/OMS. Recuperado 20 de agosto de 2021, de <https://www.paho.org/es/paraguay>

OPS: Organización Panamericana de la Salud. (2011). Atención general de la persona adulta mayor en Atención Primaria de la Salud. Organización Panamericana de la Salud.

Pelcastre-Villafuerte, B. E., Treviño-Siller, S., González-Vázquez, T., & Márquez-Serrano, M. (2011). Apoyo social y condiciones de vida de adultos mayores que viven en la pobreza urbana en México. Cadernos de Saúde Pública, 27(3), 460-470.

PNUD: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. (s. f.). Pobreza, oportunidades económicas desiguales y género. UNDP. Recuperado 20 de agosto de 2021, de <https://www.py.undp.org/content/paraguay/es/home/library/poverty/documento-de-trabajo--pobreza--oportunidades-economicas-desigual.html>

Rendón-Orozco, M. de la C., & Rodríguez-Ledesma, M. de los Á. (2011). Valoración clínica geriátrica integral en medicina familiar. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 49(2), 171-177.

Ruiz-Dioses, L., Campos-León, M., & Peña, N. (2008). Situación sociofamiliar, valoración funcional y enfermedades prevalentes del adulto mayor que acude a establecimientos del primer nivel de atención, Callao 2006. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*, 25(4), 374-379.

Suárez, R., & Pescetto, C. (2005). Sistemas de protección social para el adulto mayor en América Latina y el Caribe. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 17(5/6), 419-428.