



**REPÚBLICA DE CUBA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICA CIEGO DE ÁVILA
POLÍCLINICO DOCENTE “CAMILO CIENFUEGOS”**

**INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE LOS CAMBIOS QUE OCURREN EN EL
ADULTO MAYOR EN LAS FAMILIAS FUNCIONALES.**

**(TESIS PRESENTADA EN OPCIÓN AL TÍTULO ACADÉMICO DE MÁSTER
EN LONGEVIDAD SATISFACTORIA)**

**AUTORA: Licenciada en Enfermería Arelys Barreda Morales.
Profesor Asistente.**

2009

**REPÚBLICA DE CUBA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICA CIEGO DE ÁVILA
POLÍCLINICO DOCENTE “CAMILO CIENFUEGOS”.**

**INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE LOS CAMBIOS QUE OCURREN EN
EL ADULTO MAYOR EN LAS FAMILIAS FUNCIONALES.**

**(TESIS PRESENTADA EN OPCIÓN AL TÍTULO ACADÉMICO DE MÁSTER
EN LONGEVIDAD SATISFACTORIA)**

AUTORA: Licenciada en Enfermería Arelys Barreda Morales.
Profesor Asistente.

TUTORA: *MsC. Dra. Luz Maria Toledo Pérez.*
Médico Especialista de Primer Grado en Pediatría.
Máster en Enfermedades infecciosas.
Profesor Asistente.

ASESORA: Dra. Sonia Pestano Reyes
Médico Especialista de Primer Grado en Higiene del trabajo.
Profesor Asistente.

PENSAMIENTO

Hermoso es que el hombre honre su alma
entregándola al que la necesite.

JOSE MARTÍ.

DEDICATORIA

A mi abuelo: por la experiencia de sus 98 años.

A mis hijos: que son la verdad, y la vida. Orgullo de cada despertar.

A mi esposo: que sin su ayuda incondicional no hubiese podido lograr mi sueño

A mi tutora: por dejarme beber en la fuente de sus conocimientos.

A Leonor: por no permitirme desistir

AGRADECIMIENTOS

A mi familia por estar siempre a mi lado, ayudando en el éxito de mi formación.

A mis amigos por todo su amor y apoyo, para contribuir al logro de mi sueño.

A TODOS MUCHAS GRACIAS

RESUMEN.

Se realizó un estudio pre-experimental (antes-después) de intervención educativa con el objetivo de elevar el conocimiento sobre los cambios que ocurren en el adulto mayor en las familias funcionales del Consultorio médico de la familia número 1 del área de salud “Camilo Cienfuegos” del municipio Chambas, durante el período de noviembre del 2008 hasta mayo del 2009. El universo de la investigación que coincidió con la muestra estuvo constituido por 58 familias que representan la totalidad de familias funcionales de dicho consultorio, por presentar medio y bajo nivel de conocimiento sobre los cambios que ocurren en el adulto mayor. Como método de recolección de la información se utilizó la encuesta. Teniendo en cuenta los resultados obtenidos en la misma, se aplicó una estrategia de intervención educativa. Concluida esta se obtuvo que en la evaluación general del nivel de conocimiento de las familias sobre los cambios que ocurren en el adulto mayor se ubicaron 79.3%(46) en el nivel alto y el 3.5%(2) en el nivel bajo, demostrando la efectividad de la labor de la educación para la adquisición de conocimiento.

PALABRAS CLAVE: adulto mayor / Intervención educativa /familia.

ÍNDICE

	<i>Páginas</i>
INTRODUCCIÓN	1
OBJETIVOS	11
MARCO TEÓRICO	13
DISEÑO METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN	41
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.	53
CONCLUSIONES.	67
RECOMENDACIONES	68
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.	69
ANEXOS.	

INTRODUCCION

Con la llamada Revolución Demográfica de los últimos 50 años, la población del planeta se ha modificado de manera tal, que en las regiones desarrolladas el número de adultos mayores supera ya al de los niños. Actualmente, en cada mes, un millón de personas alcanzan los 60 años de edad y el 80 por ciento de ellos viven en los llamados países en desarrollo, de lo cual se infiere que el envejecimiento no constituye un problema selectivo de países desarrollados puesto que, lo que Europa logró en dos siglos, lo alcanzará América Latina en apenas 50 años. De esta forma según las previsiones de la ONU serán ancianos el 22 % de los habitantes del planeta, para el año 2050 lo cual significa que habrá 2,000 millones en lugar de los 600 que existen en la actualidad (1).

Como consecuencia de tales fenómenos se han desarrollado diversas ramas de las ciencias médicas, sociales, económicas... y entre ellas se destaca la geriatría y la gerontología, que es una ciencia multidisciplinaria que se dedica al estudio de los fenómenos físicos, psicológicos y socioeconómicos que acompañan al envejecimiento como proceso constituyente del ciclo vital. Cabe recordar que el concepto de salud en el adulto mayor no necesariamente excluye la presencia de enfermedades, sino que está dado en términos de funciones, especialmente por la preservación y mejoramiento de la calidad de vida de las personas, término de uso frecuente, actualmente en el campo de la política, la publicidad, el lenguaje científico, popular y otros (2).

Los científicos han calculado que el ser humano puede vivir entre 120 y 140

años. Algunos más optimistas u osados llevan estos años a cifras más elevadas. Sin embargo vemos que la expectativa de vida máxima alcanzada hasta ahora ha sido de 80 a 81 años por los japoneses. Por otra parte se pueden contar con los dedos de las manos las personas que han rebasado los 110 años comprobados documentalmente (3).

El envejecimiento de la población supone un enorme progreso en el desarrollo de los pueblos del mundo, representa un importante reto en las políticas y sistemas públicos de bienestar social, para permitir que las personas mayores puedan seguir participando la mayor parte de tiempo posible en la sociedad y tener unos servicios asequibles, apropiados y ajustados a sus necesidades.

Entre las causas de esta explosión demográfica a escala mundial, se señala el fenómeno de la longevidad; es decir un aumento creciente de las expectativas de vida, que actualmente ascienden a más de 76 años de edad, planteándose como potencial de vida máxima de los seres humanos los 120 años.

El incremento de la población longeva, determina un cambio en las necesidades y demandas de este grupo, ante los cuales las respuestas tradicionales resultan insuficientes, contribuyendo por ello una prioridad de la identificación de aquellos factores que contribuyen a promover niveles de salud y bienestar en las personas de la tercera edad y específicamente en los longevos con vistas a incrementar su calidad de vida.

Se observa que los adultos mayores cuando rebasan cierto número de años tienen una serie de deficiencias, limitaciones y padecimientos que reducen en

mayor o menor medida el disfrute de la vida, que llega, en ocasiones, a convertirla en sufrimiento, dolor y desesperación para estas personas.

Aunque los caracteres externos del envejecimiento varían de una raza a otra, y de una persona a otra, se pueden citar algunas características generales del envejecimiento humano:

Pérdida progresiva de la capacidad visual: Síntomas que conducen a la [presbicia](#), [miopía](#), cataratas, etc.

Pérdida de la elasticidad muscular.

Pérdida de la agilidad y capacidad de reacción refleja.

Degeneramiento de estructuras óseas: aparición de deformaciones debido a [acromegalias](#), osteoporosis, artritis reumatóides.

Aparición de demencias seniles: Alzheimer.

Pérdida de la capacidad de asociación de ideas.

Distensión creciente de los tejidos de sostén muscular por efecto de la gravedad terrestre (caída de los senos en la mujer, pérdida de la tonicidad muscular).

Pérdida progresiva de la fuerza muscular y de la vitalidad.

Aumento de la hipertensión arterial.

Pérdida de la capacidad inmunitaria frente a agentes contagiosos.

Disminución del [colágeno](#) de la piel y de la absorción de proteínas, aparición de arrugas.

Pérdida progresiva de los sentidos del gusto y de la audición.

Pérdida progresiva de la [libido](#), disminución de la [espermatogénesis](#) en el hombre; [menopausia](#) en la mujer (4,5).

Para evitar estas molestias y sufrimientos (generalmente producidos o agravados por los errores cometidos en el proceso que llamamos civilización de la humanidad) se han propuesto y cada día se proponen métodos y acciones que hasta el momento a pesar del entusiasmo y la esperanza que despiertan no han logrado su objetivo y después de un tiempo más o menos largo caen en el olvido. Nosotros estamos seguros que los continuos y acelerados avances de la ciencia y la técnica seguirán contribuyendo para alcanzar el objetivo propuesto de una longevidad satisfactoria. También pensamos y creemos que a estos avances hay que ayudarlos de una forma decisiva con el aporte personal de cada individuo para lograr el gran objetivo de una longevidad feliz (3,6).

Para mejorar las condiciones de vida de los adultos mayores es imprescindible realizar acciones dirigidas a preservar y mejorar la calidad de vida de los mismos. No obstante resulta muy difícil lograr dar una respuesta a cada una de las necesidades que se nos presentan pues cada una de ellas tiene características y condiciones muy diferentes, de esto se desprende la necesidad de promover el desarrollo de estilos de vidas saludables a través de las acciones masivas de información, educación y comunicación de salud.

La familia en sus variadas formulas sigue siendo central para lograr los propósitos trazados, ya que es considerada la unidad básica de la sociedad; como tal es un objetivo importante de abordar y de fortalecer, por ser la formadora de los actores sociales, cumpliendo diversas funciones, a través de la promoción de salud, la educación, el fomento del auto cuidado, e intervenciones específicas según las

necesidades individuales, considerando su medio ambiente, y los factores que pueden influir positivamente como también en forma negativa (5,7).

Las personas mayores son miembros activos en la sociedad y llevan acabo múltiples aportaciones a menudo poco visibles. La participación es un factor clave para el desarrollo social y por ello es necesario promover de forma creativa, iniciativas que estimulen la actividad de las personas mayores en el entorno rural y urbano.

En la medida en que el envejecimiento es un proceso que concierne a todas las generaciones, la participación de las personas mayores debe contemplar el conjunto de temas de interés de la comunidad, aplicando de este modo una perspectiva intergeneracional.

Las personas mayores, tanto en los países en vías de desarrollo como en los países desarrollados, disponen de una experiencia a compartir con las generaciones más jóvenes, lo que les permite ser el nexo entre el pasado y el presente y por ello, constituyen un recurso clave para dar continuidad a los valores culturales y preservar la diversidad de identidades.

Las personas mayores necesitan para lograr un envejecimiento activo y saludable, desarrollar su vida cotidiana en condiciones de seguridad.

Los mecanismos para crear entornos favorables deben contemplar todas las áreas de la vida para ello es necesario hacer accesibles sus entornos y facilitarles la permanencia en los lugares de vida de su elección.

Las medidas destinadas a la mejora de las condiciones de la vida diaria suponen un gran incentivo para la industria, el mercado en general, y la generación de

empleo, pero constituye también un reto para los gobiernos las administraciones locales y para todas las instituciones locales (8).

El camino recorrido para garantizar que todos los derechos y privilegios de las personas de edad avanzada ha sido difícil, sin embargo los abuelos han tenido el privilegio de participar equitativamente en los beneficios derivados del desarrollo social alcanzado, que no se limita solamente a la cobertura de sus necesidades materiales, sino se extiende al apoyo emocional, interacción social y a la integración más completa para lograr en estas personas una vejez feliz sin ningún tipo de restricciones en cuanto a atención se refiere.

Hoy vivimos en una sociedad realmente más humana que la del pasado, donde la dignidad de la persona se pretende salvaguardar de una serie larga de peligros para la vida misma, y gracias a la disponibilidad de recursos para satisfacer algunas necesidades fundamentales. A pesar de todos los motivos que hay para denunciar los elementos deshumanizadores, una visión realista nos lleva a afirmar que se ha hecho un notable esfuerzo en la sociedad para subrayar la importancia del bien fundamental de la persona, para eliminar el sufrimiento, sus causas, promover un estilo de vida, una salud y una curación a la medida del hombre. Naturalmente esta afirmación es relativa también a los diferentes lugares del mundo. Por eso el primer valor a promover en toda iniciativa de humanización es la justicia.

Humanizar, en fin, es un proceso complejo que comprende todas las dimensiones de la persona y que va desde la política, a la cultura, a la organización sanitaria, a la formación de los profesionales socio-sanitarios, al desarrollo de los planes de

cuidados, etc. Si un elemento es central en la humanización, seguro que es la relación porque a través de él se articulan todos los demás, relación directa con el paciente, relación en el trabajo interdisciplinario, relaciones institucionales, relación de la persona con los grupos con los que planifica y decide el presente y se juega el futuro del hombre (9,10).

Cuba es un país en vías de desarrollo con un envejecimiento importante de su población, demográficamente este proceso ha tenido gran repercusión en el sector de la salud, entre ellas de gran importancia el carácter humano y ético que están presentes en cada uno de los subprogramas de atención integral al adulto mayor, al cual se añade la participación de la familia y la comunidad, por otra parte la estructura socio política también asegura la participación activa de la comunidad en un logro alcanzado gracias a los esfuerzos de un sistema de salud altamente justo y humanizado (11).

El rol que desempeña la familia en la determinación de la salud es un aspecto que la implica como unidad básica para la atención de salud individual y comunitaria, sin embargo, aún son insuficientes los fundamentos teóricos que contribuyan a la consideración de la familia como elemento que participa en la determinación de la salud, a fin de concebirla como grupo de atención y análisis y no como la vía o el lugar para la organización de las acciones.

La familia es para el individuo un valor de alto significado y compromiso personal y social, fuente de amor, satisfacción, bienestar y apoyo, pero también constituye fuente de insatisfacción, malestar, estrés y enfermedad. Las alteraciones de la vida familiar son capaces de provocar alteración emocional, desequilibrio y

descompensación del estado de salud. La vivencia de problemas familiares precipita respuestas de estrés, entre las cuales se encuentra el descontrol de la enfermedad crónica o su inicio.

La familia constituye la primera red de apoyo social que posee el individuo a través de toda su vida, y por lo tanto se reconoce que esta instancia ejerce función protectora ante las tensiones que genera la vida cotidiana. El apoyo que ofrece la familia es el principal recurso de promoción de la salud y prevención de la enfermedad y sus daños, así como el más eficaz que siente y percibe el individuo frente a todos los cambios y contingencias a lo largo del ciclo vital en el contexto social.

En Cuba el envejecimiento poblacional ocupa un aspecto importante, ya que la población se encuentra envejecida para el 2025, con casi un cuarto de su población de 60 años y más será el país más envejecido de América Latina y su población ya debe estar decreciendo en términos absolutos, desde cinco o quizás más años antes. Veinticinco años después, en el 2050 ya no sólo será el más envejecido de América Latina, sino, uno de los más envejecidos del mundo y en todo caso su proporción de población de 60 años y más superará proporcionalmente con respecto a la total, al conjunto de países conceptualizados como desarrollados en el mundo. Los retos que implica este proceso desde el punto de vista social y económico obligan a los países, del cual Cuba no es una excepción, a prepararse para ello (9,12).

PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN

El municipio Chambas no se encuentra ajeno a esta revolución demográfica donde las cifras de adultos mayores van en ascenso, en especial en el área de salud Camilo Cienfuegos, donde los adultos mayores representan el 23% de la población, y las personas que los rodean desconocen los cambios que sufren los mismos en las diferentes esferas biológicas, psicológicas y afectivas. Evidencias de esto se encontró realizando revisión documental de las estadísticas de los últimos tres años donde la ocurrencia de 116 fracturas de caderas en personas mayores de 60 años, 7 intentos suicidas en este grupo de edad debido al desconocimiento de los síntomas depresivos que aparecen aparejados a procesos como son la jubilación, el duelo, entre otras. Unido a esto desde el punto de vista social no existen espacios recreativos dirigidos a la tercera edad en el consejo popular y se han dado pasos incipientes en el desarrollo de las cátedras del adulto mayor, aunque estos han sido insuficientes para suplir las necesidades existentes, además de no recibir en la totalidad de los casos incorporados el apoyo de sus familias para cumplir con la asistencia a los encuentros planificados, teniendo en cuenta todo lo expresado anteriormente es que se realiza una intervención educativa dirigida a las familias con el fin de elevar sus conocimientos sobre los cambios que ocurren en el adulto mayor.

PREGUNTA INVESTIGATIVA:

De la situación expuesta anteriormente, se planteó la siguiente Pregunta investigativa: ¿Cómo se incrementará el nivel de conocimientos sobre los cambios

que ocurren en el adulto mayor en las familias funcionales del Consultorio médico de la familia número 1 del área de salud Camilo Cienfuegos después de una intervención educativa?

Hipótesis de la investigación: Si se aplica una intervención educativa sobre los cambios que ocurren en el adulto mayor se elevará el nivel de conocimiento en las familias funcionales del Consultorio número 1 del área de salud Camilo Cienfuegos mejorando la calidad de vida de los adultos mayores.

APORTE TEÓRICO

Desde el punto de vista práctico se ofrece un instrumento para evaluar el nivel de conocimiento sobre los cambios que ocurren en el adulto mayor en las familias funcionales, un sistema de actividades encaminado a la preparación de las familias funcionales del Consultorio para enfrentar dichos cambios, un programa educativo desarrollado el cual se acompaña de un folleto complementario que servirá de consulta a todos los miembros de las familias funcionales, encaminado al análisis de los elementos esenciales en el conocimiento de los cambios que ocurren en el adulto mayor.

NOVEDAD CIENTÍFICA

La novedad científica de la investigación está dada por la elaboración de un programa educativo con el propósito de preparar a las familias para el proceso de envejecimiento y los cambios que se producen en él, el cual será impartido además de trabajadores de salud, por promotores previamente preparados por la autora de la investigación, en su mayoría miembros de las familias.

II OBJETIVOS.

OBJETIVO GENERAL:

1.1- Realizar una intervención educativa para elevar el conocimiento sobre los cambios que ocurren en el adulto mayor en las familias funcionales del Consultorio médico de la familia número 1 del área de salud Camilo Cienfuegos durante el periodo de noviembre del 2008 hasta mayo del 2009.

1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1.2.1 Caracterizar a los encuestados según:

- Etapas del desarrollo.
- Grado de parentesco.

1.2.2- Explorar el nivel de conocimientos de las familias funcionales sobre los cambios que ocurren en el adulto mayor en relación a:

- Cambios en los procesos Cognoscitivos.
- Cambios en los procesos Afectivos.
- Cambios en la visión
- Cambios en la audición
- Cambios en el equilibrio y la marcha.
- Conocimiento sobre el uso de medicamentos en el adulto mayor.
- Cambios que se producen en la esfera social.

1.2.3- Elaborar un programa educativo que contribuya a elevar el nivel de conocimientos sobre los cambios que ocurren en el adulto mayor.

1.2.4- Evaluar el conocimiento general de las familias funcionales sobre los cambios que ocurren en el adulto mayor antes y después de la intervención educativa.

1.2.5- Diseñar un folleto complementario que sirva de apoyo al programa educativo.

MARCO TEÓRICO

En el presente capítulo se aborda el cómo se han tratado los cambios que sufren los adultos mayores a lo largo de la historia, así con aspectos relacionados con su definición conceptual, su relación con la familia, las diferentes patologías que los afectan, y como se desarrollan en la sociedad.

Epigrafe 1.1 Antecedentes Históricos.

El envejecimiento o senescencia es el conjunto de modificaciones morfológicas y fisiológicas que aparecen como consecuencia de la acción del tiempo sobre los **seres vivos**, que supone una disminución de la capacidad de adaptación en cada uno de los **órganos**, aparatos y **sistemas**, así como de la capacidad de respuesta a los agentes lesivos (**noxas**) que inciden en el individuo. El envejecimiento de los organismos y particularmente el nuestro como especie humana, ha sido motivo de preocupación desde hace años (1, 13,14).

El conocimiento y la pretensión por entender el envejecimiento humano como un fenómeno sociológico, se remonta a las épocas más antiguas, así, desde la comunidad primitiva comienza a preocupar al hombre el misterio de la vida y la muerte, de la juventud y la vejez; las civilizaciones, los sabios chinos, el rey Salomón (970-931 a.C); el historiador griego Heródoto (484-420 ac), los hindúes antiguos y la Biblia, planteaban que la duración natural de la vida era

de 70 a 80 años (1,15).

El filósofo Platón (428-347 a.C.) y Cicerón (106-43 a C), estuvieron inmersos en estas investigaciones y esbozaron en sus obras pensamientos relacionados con el declinar del hombre.

Aristóteles (384 – 322 a.n.e), trató de encontrar una correlación entre el período de crecimiento y la duración de la vida; de esta forma desarrolló una hipótesis que basada en estudios con animales trata de explicar el proceso de envejecimiento y sus consecuencias en los seres vivos.

El antiguo poeta Mimnervus (siglo VII a.n.e), dice que la muerte alcanza al hombre a los sesenta años, momento según él era el límite que podía vivir el hombre por naturaleza.

Por otra parte Solón (638-559 a.C.), consideró que 80 años es el momento natural de la muerte, por razones de desgastes físicos que se observan en esta edad.

El Papa Inocencio III (1161 – 1216), en su libro “Sobre el desperdiciable mundo y la miseria humana” escribió, que son pocos quienes alcanzan los 40 años y los sexagenarios representan excepciones.

El renombrado poeta francés del siglo XIV , Eustache Deschamps (1330 – 1414) , en su libro “El espejo del matrimonio” expresaba, las mujeres alcanzan la vejez a los 30 años y los hombres a los 50, según él , 60 años era el límite de la vida humana , lo que no le impidió vivir hasta los 85 años.

Una de las primeras publicaciones que se conocen sobre la materia “La cura de la vejez y la preservación de la juventud”, fue editada en 1236 por Roger Bacon (1214-1294), el cual hace alusión al problema del envejecimiento visto desde el

punto de vista de cómo lograr alargar la vida, mediante la preservación de la juventud.

Otros como Zerbi (1468), Cornaro (1467), Ficher (1685) se encargaron de hacer algunas reflexiones sobre el envejecimiento y sus causas en el organismo humano, así como las formas de mejorar algunas dolencias que padecen los ancianos en su generalidad (1,3,16).

El estudio académico de las personas ancianas y del envejecimiento humano comienza con los trabajos biomédicos de Adolphe Quetelet (1796 – 1874), el cual a partir de investigaciones anatómicas se encarga de brindar elementos esenciales que sirvieron de base a la medicina moderna para los estudios posteriores relacionados con el tema; por tal aporte este importante científico es considerado el primer gerontólogo de la historia.

Por su parte, Charcot (1825-1893) en 1881 definió la importancia del estudio de la vejez y las enfermedades que más afectan, según la etapa que le correspondió vivir, aportó elementos fundamentales que desde el punto de vista clínico eran las principales causas de muerte en los abuelos, algunas de las cuales se observan en la actualidad en varios países del tercer mundo.

A partir de la década de los años treinta y cuarenta del pasado siglo, se desarrollan estudios más sistemáticos que se continúan en la actualidad como son los casos de Moris, 1942, D. Dure en 1989, considerados los más representativos (1,17).

El primero realiza estudios gerontológicos que analiza los rasgos sociales, las características anatómicas y psicológicas, así como el modo de actuar de los

ancianos. Por su parte el segundo se refiere a la existencia de adultos mayores que conscientes del proceso de envejecimiento, poseen una adecuada autovaloración de sus características y posibilidades reales y se disponen a asumir de forma activa su rol.

Fritz Giese en 1983, hace referencia al papel de la sabiduría y la experiencia en esta edad, lo que constituye un privilegio de las personas maduras y de nueva avanzada.

Foster W; Fujita, Fbourliere F 1992, y otros estudiaron el problema de la involución por la edad, observando los cambios relacionados con el envejecimiento que se produce en los órganos y tejidos más disímiles del organismo humano.

Fbourliere en 1995 plantea que con la edad hay una disminución progresiva y regular, "del margen de seguridad " de nuestras funciones, que parecen tener un ritmo de crecimiento y decrecimiento propio de la especie, por tanto, genéticamente programado, pero, no obstante, ampliamente afectado por las condiciones de vida.

Los estudios realizados por los investigadores antes mencionados han contribuido a enriquecer los conocimientos existentes acerca del adulto mayor, sin embargo se limitan a ofrecer elementos básicos sobre el proceso de envejecimiento y no tienen en cuenta un análisis holístico de las características que acompañan a los individuos de la llamada última etapa de la vida, en el que se tengan en cuenta los verdaderos cambios físicos, psicológicos y sociales que los afectan (1, 3, 9,18).

Al mismo tiempo, por lo difícil que resulta el conocimiento y los cambios en la forma de pensar del abuelo, así como la existencia de algunos prejuicios y

patrones conductuales establecidos en contextos diferentes a la actualidad; no se definen las vías necesarias para establecer una eficiente atención a todas estas limitaciones desde una concepción integral sustentadas en la comunicación con el anciano (19).

El adulto mayor ha sido parte fundamental de la sociedad por siglos, en algunas eran considerados como sabios debido a su experiencia, en otras eran los jefes de su tribu. Pero todo esto cambió a lo largo del tiempo, pero ahora es que se ve la problemática que sufren estas personas a causa del abandono por parte de sus familiares, en gran medida porque unos no tienen una base económica con que mantenerlos y otros porque los desprecian y aborrecen como a un trapo viejo sin ninguna utilidad, quienes incluso los maltratan o esclavizan (20).

En la antigüedad se encuentran antecedentes del enfoque social de la salud. Hipócrates 460-370 AC y Galeno en el siglo II ya plantearon la influencia de las condiciones de vida y trabajo sobre la salud de la población. F. Engels en la Historia del origen y desarrollo de la familia describe las modificaciones de las relaciones familiares como producto de las diferentes condiciones sociales y económicas de vida vínculo que se manifiesta al identificarse la relación existente entre las características de los sistemas sociales, las condiciones de vida y las relaciones familiares, así como los tipos de familia según períodos de desarrollo histórico (21).

La familia es el elemento de la estructura de la sociedad responsable de la reproducción biológica y social del ser humano. Constituye la unidad de reproducción y mantenimiento de la especie humana y en ese sentido es el

elemento que sintetiza la producción de la salud a escala microsocial. En ella se satisfacen las necesidades que están en la base de la conservación, fomento y recuperación de la salud. Cumple funciones importantes en el desarrollo biológico, psicológico y social del individuo, encargada de la formación y desarrollo de la personalidad y asegura, junto a otros grupos sociales, la socialización y educación de este para su inserción en la vida social y la transmisión generacional de valores culturales, ético - morales y espirituales (7,22).

La vejez, ha dicho Juan Pablo II, es la coronación de los escalones de la vida. En ella se recogen los frutos de lo aprendido y de lo experimentado, de lo realizado y conseguido, de lo sufrido y soportado.

Es la trayectoria de toda una vida en donde el tiempo, que ya les pertenece, su testimonio y su historia del pasado les permite, en parte, pensar en el futuro.

Sus conocimientos profesionales o intelectuales no tienen por qué perderse. Todo lo que han adquirido, ha cambiado el mundo material mientras el espiritual ha quedado en buena parte idéntico. Siempre hay orgullosos y modestos, altruistas y egoístas, activos y perezosos (21,23).

La experiencia de la Tercera Edad enseña una nueva actitud frente al concepto de tiempo. Ellos tienen ahora la oportunidad de apreciar cada momento de la vida. Se hace posible para ellos detenerse, admirar y estar agradecidos por las cosas ordinarias de la vida, cosas que quizá pasaban antes desapercibidas: pequeños detalles como la amistad, la solidaridad y la belleza del mundo La vejez es el crisol de la virtud, la sabiduría de la vida, la fuente de la experiencia y el testimonio vivo de valores y virtudes vividas en plenitud (24).

Envejecer sólo es la fortuna de poder vivir más tiempo. Envejecer no es decadencia, es solo un cambio de ritmo en la vida.

Vivir es un milagro que se inicia con la concepción, es un proceso de transformación permanente que se presenta en el transcurso de la vida, proceso bastante complejo y dinámico que culmina con la muerte, y solo cuando esta llegue tenemos que detenernos; hay que vivir todas las etapas de la vida y con mayor razón la última pues es la oportunidad de disfrutar lo vivido y gozar con lo que está a su alrededor (25).

El envejecer, o mejor, el poder vivir más tiempo, implica una serie de cambios psicológicos, fisiológicos y socioculturales que las personas no están preparadas a enfrentar. Estos cambios no solo suceden dentro de cada individuo sino también en las personas que están a su alrededor. Esta situación se agrava con las dificultades que encuentra al tratar de llevar su vida como la llevaba anteriormente y que al no lograrlo los hace sentirse inútiles (15,26).

El envejecimiento es en sí mismo un proceso cuya calidad está directamente relacionada con la forma como la persona satisface sus necesidades a través de todo su ciclo vital”.

Debido a la posición social que ocupan los abuelos, su estudio comienza en la antigüedad; obedeciendo a la preocupación por conocer los procesos que acompañan a la senectud. Se pensaba la vejez era el momento de debilidad, de adquirir enfermedades y de la pérdida de capacidad de trabajo (6,27).

La persona es un ser de necesidades múltiples e interdependientes, por ello las necesidades humanas deben entenderse como un sistema en que las mismas se

interrelacionan e interactúan y se satisfacen en tres contextos: en relación con uno mismo, en relación con el grupo social y en relación con el medio ambiente.

La satisfacción de las necesidades de la especie humana, es lo que condiciona la llamada "Calidad de Vida" y esta es, a su vez el fundamento concreto de bienestar social (7,28).

Bienestar se ha identificado con "desarrollo económico", "con la riqueza familiar o individual", "con el nivel de vida", "con el estado de salud", "con la longevidad individual", con la calidad y cantidad de los "servicios médicos", con los "ingresos o salarios" con "la satisfacción de necesidades y deseos" y con la existencia de la llamada "felicidad", elementos todos que individual o conjuntamente pueden ser sentimientos transitorios y que se traducen en calidad de vida como expresión del bienestar, pero que no pueden ser estudiados en forma simplista y descriptiva sino como, el resultado de ese complejo de elementos expuestos (29).

En esta etapa de la vida es importante garantizar las condiciones necesarias para elevar la calidad de vida del adulto mayor, indicador de bienestar material y espiritual del hombre y en particular en un contexto socio ambiental determinado. Esta categoría está ligada a aspectos psicológicos, económicos, sociales, ecológicos, niveles de salud física y mental, y capacidad para ejercer autonomía, es decir, decidir por si mismo, poder ejecutar estas decisiones y lograr con ello satisfacción de si mismo, de la familia y la sociedad. Evaluar el bienestar y la calidad de vida existente en los ancianos y proporcionarle fórmulas médico-sociales para mantenerlos o mejorarlos es una de las tareas fundamentales de los equipos de atención geriátrica en estos tiempos. Investigaciones realizadas

demuestran que aquellas personas que vivencian una vejez plena, se han caracterizado durante su historia de vida por tener una alta autoestima, predominio de una experiencia satisfactoria de la vida, pensamiento racional, estabilidad emocional y una personalidad que se acepta a si misma y asume la vida y sus limitaciones (7,30).

En este sentido resulta interesante la afirmación de Richard L.Logan, 1983 cuando dice; "El apoyo social puede ser visto como la disponibilidad de relaciones de ayuda y la calidad de estas relaciones". En esta afirmación se aprecia tanto la estructura como el contenido y la dinámica del proceso y es entonces que adquieren significación las medidas de carácter funcional. En el proceso de interacción social es muy importante el mundo interno, la subjetividad de cada individuo, conocer como es percibido el apoyo, como el propio sujeto evalúa la naturaleza de las relaciones e interacciones que establece, estos son elementos claves a la hora de desentrañar la naturaleza de estas relaciones en el sentido de que sean beneficiosas o perjudiciales a la adaptación y el bienestar del sujeto. Muchos autores consideran que el verdadero apoyo social es el percibido, pues si el individuo no percibe la ayuda ofrecida o los recursos externos que están en su disposición, estos difícilmente influirán en su bienestar bio-psico-social (7,31).

El mundo se hace viejo. Es la primera vez en la historia de la humanidad en que un gran número de personas llegan a la ancianidad. Es evidente que todo este proceso ha provocado un determinado impacto en ciertos sectores estratégicos de la estructura social, entre los que se encuentran el sistema educacional y de salud. Cuba no ha sido una excepción en ese sentido. Hasta hace unos pocos años no

existía ninguna tradición geriátrica ni de profesionales que se dedicaran específicamente al anciano, los cuales se atendían en los diferentes servicios conjuntamente con los adultos jóvenes a pesar de las particularidades propias del proceso de envejecimiento (1, 32,33).

La senectud no es un fenómeno exclusivo de los naciones del primer mundo, por tal razón todos los países del planeta no envejecen por igual; se plantea que en los próximos cuarenta años, ocho de las once naciones más envejecidas serán de los países en vía de desarrollo, en Asia esto se manifiesta con un crecimiento de 7,6% y en África, no superan el 5,9%, con una esperanza de vida por debajo de los 45 años, dado fundamentalmente por el pobre desarrollo de la medicina, el pobre nivel cultural y el alto grado de explotación en que se encuentran sometidos la mayoría sus naciones. En los países europeos se comporta al 16,1% y en América del Norte un 19,1%, como consecuencia del alto desarrollo económico de estos países. En nuestra región los índices alcanzan un 6,9% América Latina y 9.1% de envejecimiento en el Caribe (11, 34,35).

Cuba es un país en progreso que no está libre de este fenómeno, y se sitúa entre las 50 naciones más envejecidas, este proceso ocurre al inicio del pasado siglo cuando existían alrededor de 72000 abuelos; si embargo, en 1950 la cifra superaba los 425 mil, con un 6,7% del total de crecimiento, en 1981, fue de 10,85%. En 1990, el país contaba con más de 1200 000 ancianos, en el 2000, esta cifra se aumentó a 1.600 mil, un 14,1% del total de su población, en el 2004, ascendió a 1689326 lo que representó el 15% del total de población, en el 2006 creció en 15,9%, y solo en un año, en el 2007, se elevó hasta los 16,6%, se

calcula que para el año 2015 más del 20% de la población sobrepasará los 60 años, y ya para el 2025 alcance el 21,0% del total de los cubanos, con crecimientos superiores a los 4 millones de ancianos. Lo que implica no solo un simple aumento de su proporción, sino que estableció una crecida absoluta de este grupo de edad, que ha de considerarse como un logro social extraordinario, pero que a la vez representa un gran reto.

Demográficamente este proceso se debe a la disminución de la tasa global de fecundidad que pasó de 5,76 hijos por mujeres en 1919 y se redujo a 1,43 por cada madre en la actualidad, como resultado del desarrollo social y profesional alcanzado por la mujer en Cuba, unido a los métodos de planificación que se plantea cada familia (7, 20,36).

El envejecimiento de la población se está convirtiendo en uno de los problemas más importantes no sólo para la investigación, docencia y práctica biomédica, sino para el conjunto de las Ciencias Sociales (37).

Un aspecto importante que hay que destacar es el envejecimiento social el mismo se refiere a los hábitos sociales, a los papeles cambiantes y las relaciones en el ámbito social con familiares y amigos, a las relaciones de trabajo y al conjunto de relaciones espirituales. Usualmente la persona experimenta una reducción en sus interacciones sociales importantes, "El medio social varía, de forma considerable determina el significado de la vejez para una persona y esa experiencia de envejecer será positiva o negativa".

Cada una de las dimensiones biológica, psicológica y social, están relacionadas entre sí en las personas de edad avanzada. Por ejemplo, la condición física de la

persona afecta la conducta social y viceversa. El producto final del envejecimiento es el resultado de la interacción entre el componente genético, el organismo y el ambiente en el que se desenvuelve cada ser humano (3, 7,38).

El siglo XX pasará a la historia de la humanidad como el siglo en el cual el envejecimiento de la población se convirtió en un fenómeno de alcance global, que se extiende por todos los países, fundamentalmente con un alto nivel de desarrollo (3, 7,39).

La tendencia demográfica hacia el envejecimiento de la población se manifiesta en un aumento en el porcentaje de personas mayores de 65 años, un incremento en el número absoluto de personas mayores y un aumento de la esperanza de vida. Esto determina el crecimiento de la población anciana en la actualidad.

El envejecimiento de la población resulta ser un concepto más complejo y abarcador. Una población envejece cuando aumenta considerablemente la proporción de personas clasificadas como de edad avanzada del total de la población. Por tanto la población no envejece necesariamente con el transcurrir del tiempo.

El envejecimiento ha sido definido también como todas las modificaciones morfológicas, psicológicas, bioquímicas y psicológicas que aparecen como consecuencia de la acción del tiempo sobre los seres vivos (7, 21,40).

En la actualidad el índice empleado comúnmente para medir el envejecimiento es la edad cronológica de 65 años o más. Se considera que una población con unos diez o más por ciento de personas con 65 o más años de vida indica la presencia de una estructura poblacional anciana o de edad avanzada.

Los resultados de los estudios gerontológicos han originado la llamada práctica gerontológica que consiste en varias modalidades de intervención y acercamiento profesional a los ancianos, de tal forma que se ayude a transformar actitudes en los mismos ancianos, familiares y comunidad hacia el proceso del envejecimiento (21, 27,41).

Un aspecto importante que hay que destacar es el envejecimiento social el mismo se refiere a los hábitos sociales, a los papeles cambiantes y las relaciones en el ámbito social con familiares y amigos, a las relaciones de trabajo y al conjunto de relaciones espirituales.

Usualmente la persona experimenta una reducción en sus interacciones sociales importantes, "El medio social varía, de forma considerable determina el significado de la vejez para una persona y esa experiencia de envejecer será positiva o negativa" (42).

Cada una de las dimensiones biológica, psicológica y social, están relacionadas entre sí en las personas de edad avanzada. Por ejemplo, la condición física de la persona afecta la conducta social y viceversa. El producto final del envejecimiento es el resultado de la interacción entre el componente genético, el organismo y el ambiente en el que se desenvuelve cada ser humano (7, 22,43).

Es verdad que mucho se ha dicho sobre los adultos mayores, a quienes llamaremos nuestros abuelos, pero no tenemos 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 de nuestros 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 y, a su vez, incrementa la necesidad de servicios médicos, sociales y económicos (7,44).

Además los adultos mayores se han esforzado toda una vida por brindarnos sus conocimientos y enseñanzas para formar una sociedad amena; por todo esto merecen reconocimiento, afecto, respeto y protección para que exista una igualdad de derechos.

Las políticas sociales y las instituciones prestan los servicios establecidos como apoyo formal. El apoyo informal, lo constituyen, la familia, los amigos y los vecinos que integran dicho sistema, esto se fundamenta en la dedicación y cooperación que emana de los sentimientos afectivos y de un sentido de solidaridad (45).

El rol que desempeña la familia en la determinación de la salud constituye un tema que merita mayor atención en el marco de un sistema de salud sustentado en la práctica de la medicina familiar.

Para el anciano es tan importante recibir ayuda de su familia como brindarla, sentirse reconocido, querido y que no es un estorbo para las personas que lo rodean. El bienestar que generan las relaciones sociales se debe sobre todo a los diferentes apoyos que posibilitan. La situación de proporcionar y recibir cuidados es constante a lo largo del ciclo vital de las personas. La familia puede ser fuente de apoyo tangible, informacional, y emocional, por tanto cualquier alejamiento de sus parientes puede ser motivo de soledad y abandono (7, 23, 31,46).

Sin embargo, aún son insuficientes los fundamentos teóricos que contribuyan a la consideración de la familia como elemento que participa en la determinación de la salud, a fin de concebirla como grupo de atención y análisis y no como la vía o el lugar para la organización de las acciones (7, 23, 31,47).

La experiencia mundial en el tratamiento del proceso del envejecimiento poblacional permite inferir la necesidad de promover estudios e investigaciones dirigidas al análisis de la relación envejecimiento- sociedad por la importancia que este tema tiene para el desarrollo social y el propio anciano como ser humano, lo que permitirá de manera integra añadir más vida a los años que han sido añadidos a la vida y así aprovechar el caudal de experiencias acumuladas todo el tiempo vivido (7, 18,48).

Es de suma importancia considerar que en esta etapa de la vida se alarga la posibilidad de acumular experiencia, se prolongan las relaciones con otras personas – cónyuges, familia y amistades, por lo que aumenta el potencial complejo de las relaciones sociales – parentesco, amistad y comunidad. Todo esto trae como consecuencia la longevidad. Las personas tienen hoy una ocasión sin precedente al acumular experiencia, de ayudar a los cambios de tipo social e influir en los mismos (7, 21, 32,49).

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. 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. Sin embargo, llegará el momento en que los jóvenes del hoy sean los viejos del mañana (7, 24,50).

El ser humano durante su vida está inmerso en una serie de relaciones con las demás personas que se entrelazan formando una red, de ahí el concepto de red de apoyo social, estructura dentro de la cual el apoyo es recibido, brindado e intercambiado. El apoyo social ha sido calificado por los diferentes investigadores como de gran valor para el bienestar psicológico y el mantenimiento de la salud. A finales del siglo XIX Durkheim puso de manifiesto

la importancia del establecimiento y mantenimiento de las relaciones sociales para el logro de la salud óptima. En el envejecimiento el apoyo social cobra vital importancia, pues en esta etapa se producen una serie de transformaciones que pueden constituir riesgo para la salud, numerosos estudios confirman este planteamiento (7, 21,32, 51).

Lowenthal y Haven (1968), Kahn (1979) y Wan (1982) plantearon que las redes sociales en el adulto mayor son más pequeñas que en las personas más jóvenes, con una mayor significación alrededor de los 70 años. Las relaciones en esta etapa suelen ser asimétricas, es decir el anciano recibe más apoyo del que puede dar, esto provoca la existencia de mitos sobre esta edad de ahí la frase “un viejo es como un niño”. Los gerontes necesitan saber que son importantes para otras personas, y que se conozca que ellos también pueden ofrecer ayuda.

Roca, define el apoyo social: como los recursos accesibles y/o disponibles a una persona, encontrados en el contexto de las relaciones interpersonales y sociales y que pueden influir tanto de forma positiva como negativa en la salud y bienestar de los individuos implicados en el proceso. Su característica distintiva radica en su carácter interactivo, dinámico y extensible a lo largo de la dimensión temporal (1,52).

La esperanza de vida depende del estilo de vida que se lleva a lo largo de toda su duración. La esperanza de vida no es únicamente sinónima de duración sino también de su calidad. Se centra en como nos volvemos viejos y no a los años a los que llegamos". Lamentablemente para muchas personas esto no ocurre siempre así pues aparece la discrepancia entre la imagen que tienen de sí mismos, y la que tienen los demás, lo que da lugar a que como "viejo" se limite en muchas ocasiones el propio espacio vital. No siendo solo los "achagues" y la mala salud los que hacen consciente al individuo de su edad; sino también la actitud del entorno social respecto al envejecimiento. La actitud predominante de los demás y no los propios deseos o la pérdida de facultades es aquello que obliga a adoptar un comportamiento adecuado a la edad. El hacerse viejo se convierte con frecuencia en una sobrecarga para el individuo, porque hace que la sociedad le plantee determinadas expectativas de comportamiento orientadas hacia las representaciones tradicionales frecuentemente estereotipadas dificultando la adaptación al envejecimiento de las funciones psíquicas (27, 31,53).

El anciano experimenta una necesidad creciente de seguridad, en un momento de la vida en que los recursos físicos y psicológicos están en rápida decadencia.

Existe un sentimiento de impotencia para satisfacer las necesidades, lo cual le provoca frustración, miedo e infelicidad.

Aún cuando el anciano evita establecer relaciones afectivas estrechas, intensifica sus vínculos con la familia cercana. Esta representa la fuente principal de ajuste socio-psicológico en el proceso de envejecimiento, debido a que es el medio que ofrece mayores posibilidades de apoyo y seguridad (7, 31,54).

El anciano debe valorarse como un individuo que posee un cúmulo preciado de experiencia que puede transmitir a los jóvenes en el interactuar diario. Debe dársele la oportunidad de seguir siendo parte del sistema productivo en actividades que le permitan sentirse útil.

El sujeto en su interacción con el medio es activo, sin embargo la influencia que este ejerce sobre él tiene una enorme connotación si se analiza la representación que socialmente se tiene de la vejez, no resulta imposible encontrar ancianos optimistas y que ven la vejez como una etapa importante en sus vidas, pero para nada podríamos asombrarnos de que pueda existir un predominio de una autovaloración pesimista en la tercera edad, debido a que al estructurarse una representación a nivel social del término vejez que contenga aspectos negativos, innegablemente van a existir un abundante número de contextos de interacción donde el anciano va a entrar en contacto con comportamientos, actitudes, valoraciones, juicios que llevan implícitos esas ideas, tanto en la familia, comunidad, hospitales, en fin a nivel social, sin negar como habíamos dicho anteriormente el carácter activo del sujeto en la interiorización de los fenómenos del medio social (7, 28, 31,55).

Existen dos formas de analizar el apoyo social: La estructural centrada en los aspectos estructurales y formales de las redes y la funcional dirigida a los aspectos referentes a la calidad e incluye la valoración subjetiva de las personas, su percepción y grado de satisfacción con el apoyo recibido.

Los aspectos estructurales de la integración social incluyen la cantidad de contactos con la familia, los amigos y la comunidad, así como la participación activa en grupos formales e informales; el tamaño y densidad de la red pueden analizarse tanto a nivel grupal como comunitario y tributa a estudios epidemiológicos y sociales. Es indiscutible el hecho de que la soledad constituye un factor de riesgo para numerosos problemas físicos y psicológicos y que el hombre como ser social satisface sus necesidades básicas en relación con el otro que le proporciona bienestar y del cual resulta sumamente difícil prescindir; no obstante es necesario tener en cuenta los aspectos estresantes de las relaciones sociales, las demandas que imponen estas interacciones y tal vez uno de los más importantes componentes, la forma en que resultan evaluadas y afrontadas por los individuos concretos (7,29,31,56).

Según el Código de Familia Cubana "la familia constituye una entidad en la que están presentes e íntimamente entrelazados el interés social y el interés personal puesto que en tanto célula fundamental de la sociedad contribuye a su desarrollo y cumple importantes funciones en la formación de las nuevas generaciones y en cuanto centro de las relaciones de la vida en común de mujer y hombre, entre estos y sus hijos y de todos con sus parientes, satisfacen intereses humanos afectivos y sociales de las personas (7,57).

Acerca de ella se han pronunciado poetas, escritores, artistas, juristas y diversos especialistas de las ciencias, lo que da idea de la importancia de esta institución. Para algunos terapeutas familiares, es la más antigua de las instituciones sociales humanas, es el grupo primario de adscripción. De acuerdo a la teoría de los sistemas la familia es considerada un sistema abierto, o sea, un conjunto de elementos ligados entre sí por reglas de comportamiento y por funciones dinámicas en constante interacción entre sí y con el exterior (58).

La familia crece y se desarrolla a través del tiempo, no es una estructura homogénea con un comportamiento estable, sino que por el contrario se trata de una organización relacional muy compleja, en la que tres, cuatro o más generaciones se tienen que adaptar simultáneamente a diferentes cambios en el ciclo de vida familiar. La mayoría de los derechos, obligaciones y necesidades básicas de las personas se expresan y satisfacen en las familias de tres generaciones. En general se pertenece a este tipo de familia desde el nacimiento hasta la muerte. Existe a lo largo del ciclo vital una continuidad con la familia extensa. Se da una reciprocidad de intereses, relaciones y servicios; es la solidaridad intergeneracional. Una de las funciones de las redes familiares en casi todas las culturas es proveer de sustitutos, cuando se han perdido por muerte o emigración quienes eran los compañeros principales de relación. Puede decirse que la familia extensa es una institución en la que son fundamentales los principios de auto compensación y reemplazamiento (7, 30,59).

Los cambios que se han producido en la familia de la sociedad moderna han modificado la naturaleza de los lazos que se mantienen con los ancianos. Las

modificaciones en el ciclo de vida familiar y la estructura familiar y el hecho de que el estado asuma funciones de cuidado que eran propias de la familia tradicional están contribuyendo a la reorganización de las relaciones de las personas mayores con su familia. En un primer momento se ha pensado que las nuevas estructuras familiares conducían al aislamiento de los adultos mayores. El hecho de vivir en domicilios diferentes y frecuentemente distantes, la falta de medios y de espacio en la casa de los hijos para acoger a los padres, han llevado a pensar que la única opción de las personas cuando sobreviven la discapacidad y la enfermedad es valerse por si mismos o ingresar en una institución (31,60).

El concepto de familia si lo enfocamos hacia su extensión: así tenemos la familia nuclear, formada por los padres e hijos que habitan bajo el mismo techo y que comparten la abundancia o la escasez; familia extensa, si están incluidos los abuelos, tíos, etc.; familia ampliada, si se incluyen individuos que no tienen lazos consanguíneos. Existen diversas definiciones pero podemos concluir que es un grupo de pertenencia natural, en el cual se establecen relaciones de dependencia y vínculos afectivos entre sus miembros. Posee estructura jerárquica y funcionamiento sistémico. Tiene carácter de subsistema abierto en relación con el sistema social, en tanto se encuentra en interacción recíproca y constante con otros grupos sociales debe cumplir con las funciones que permitan a sus miembros satisfacer sus necesidades, desarrollarse y relacionarse con el mundo circundante (61).

En la literatura revisada se describen tres grandes grupos de funciones que de forma conjunta deben cumplirse por la familia:

Función bio-social: De reproducción; en la familia se gesta la necesidad de la descendencia y se crean las condiciones para el desarrollo físico, psicológico y social de sus integrantes.

Función económica: Se ejerce a través de la realización de actividades para garantizar la integridad de sus miembros. Incluye la obtención y administración de los recursos tanto monetarios como bienes de consumo, la satisfacción de necesidades básicas tanto por la vía de abastecimiento como el mantenimiento.

Función educativo-cultural: Se incluye toda la influencia que ejerce la familia en sus miembros, en todo el proceso de aprendizaje individual y el propio desarrollo familiar. Es la función que produce el proceso de transmisión de experiencia histórico- social de valores ético-morales, concepciones ideológicas, en fin contribuye al proceso formativo del desarrollo de la personalidad individual.

Estas funciones están sujetas a variaciones relacionadas con los cambios de estructura y con la etapa que atraviesa (7, 32, 43,62).

Desde el punto de vista psicológico existe una función básica de la familia y es la afectiva y que consiste en la transmisión del amor que se profesan entre sus integrantes. El afecto es el vehículo para ejercer el resto de las funciones. La satisfacción de las necesidades afectivas que ocurre a nivel familiar permite el desarrollo de la confianza básica, la seguridad y la autoestima que requieren los individuos para la vida, además constituye la base de apoyo y estabilidad psicológica. La familia constituye la primera red de apoyo social que posee el individuo a través de toda su vida y por tanto se reconoce que esta instancia ejerce una función amortiguadora ante las tensiones que genera la vida cotidiana.

Es conocido que una ayuda familiar tanto de índole económica, material o espiritual, a menudo contribuye a disminuir el impacto de ciertos cambios de alto significado para la vida del sujeto. Es el más efectivo espacio, muro o puntal de contención que tiene el individuo para tolerar las exigencias provenientes del propio proceso de su desarrollo; de los otros grupos e instituciones y de la vida social en el cual se encuentra inmerso.

La familia como institución y grupo es en parte la responsable del funcionamiento inapropiado de algunos de sus miembros pero también puede ayudar a ser en sí misma portadora de recursos en materia de asistencia de posibilidades creativas. El desarrollo armónico de la familia se ve influido por múltiples factores; uno de ellos lo constituye la satisfacción de las necesidades materiales, afectivas, la comunicación y la forma en que la familia perciba las situaciones estresantes.

A pesar de ser la familia una institución milenaria y un grupo humano reconocido como primordial y decisivo para el desarrollo humano, debemos reconocer que su estudio es complejo y requiere de una mirada multidimensional, transdisciplinaria e integradora. Los procesos familiares discurren a su vez en ámbitos considerados como privados lo cual implica para su evaluación e intervención entrar en la esfera más íntima de la persona. Por ello casi todos los estudios recientes de familia proceden de la terapia familiar, es decir de aquellas familias que ante su problemática acceden a que se les estudien por solicitud explícita de ayuda. El funcionamiento familiar según señala Patricia Ares es prácticamente inabarcable, pero se puede hacer un análisis en el "aquí" y "ahora"; se puede hacer un corte y valorar su categoría.

La familia como red social de apoyo acrecienta su importancia durante el envejecimiento, pues es una etapa donde los ancianos tienden a retraerse de otras relaciones sociales. De ahí la necesidad de encarar la problemática de la vejez desde el espacio familiar (7, 21, 32, 53,63).

Existen dos procesos sociales en la actualidad que complican el envejecimiento y contribuyen a la vulnerabilidad ante trastornos psicológicos: los cambios en la estructura tradicional de la familia y el síndrome de la invisibilidad. Muchas familias aíslan al anciano, o lo estresan dándole responsabilidades por encima de sus capacidades. Los individuos y la sociedad en general frecuentemente dan la espalda a las necesidades físicas, sociales, económicas y psicológicas (21,64).

El hacerse viejo se convierte con frecuencia en una sobrecarga para el individuo, porque hace que la familia le plantee determinadas expectativas de comportamiento orientadas hacia las representaciones tradicionales frecuentemente estereotipadas dificultando la adaptación al envejecimiento de las funciones psíquicas (42,65).

En el proceso del envejecimiento pueden completarse una serie de cambios sociales y culturales que caracterizan a este periodo de la vida. Habitualmente los ancianos no reciben una adecuada valoración social, constituyen una carga para las personas de las que dependen, se encuentran solos por la pérdida del cónyuge, han pasado a formar parte de las clases inactivas, no manejan su abundante tiempo libre, cayendo en la soledad y el retiro. Así, la dependencia, el aislamiento y el abandono de la actividad se constituyen en algunos de los más

importantes factores sociológicos que resienten la estabilidad psíquica y emocional del anciano (66).

Cuando nos referimos al envejecimiento o deterioro de las funciones psíquicas, lo asumimos como un fenómeno individual influenciado por: la herencia, las capacidades mentales anteriores, la afectividad, la actividad actual y la enfermedad, para esto debemos conocer las principales características psicológicas del envejecimiento:

Percepción sensorial: El proceso perceptivo se ve afectado por la alteración de los órganos sensoriales. Las capacidades sensoperceptivas del sujeto envejecido sufren cierta disminución, lo que provoca dificultades para procesar los estímulos e informaciones que reciben del entorno, lo cual varía considerablemente de un individuo a otro. Estas disminuciones sensoperceptivas provocan una evidente pérdida de la velocidad de reacción, transmisión y respuesta del sistema nervioso central (SNC) y una disminución en la capacidad de coordinación neuromuscular.

Memoria: Constituye el proceso psíquico que funciona como indicador tradicional del envejecimiento, lo que está reconocido tanto por los científicos como por el saber popular. En el adulto mayor la memoria primaria se caracteriza porque se pierde la información si no se repite. En la memoria secundaria se evidencia dificultad para almacenar la nueva información aprendida. La memoria terciaria, la de los recuerdos antiguos, se mantiene con la edad, algunas investigaciones realizadas demuestran que el pasado permanece por más tiempo que los recuerdos recientes.

Inteligencia: Mucho se ha investigado acerca de los cambios establecidos en la capacidad de la persona envejecida, a pesar de las dificultades metodológicas e instrumentales. Los resultados más sobresalientes apuntan a la conservación, la estabilidad y muchas veces al incremento de las habilidades verbales, mientras que las habilidades de ejecución decaen cuando la persona envejece. Se plantea que el rendimiento intelectual se relaciona con el grado cultural, en esta etapa hay un predominio de la inteligencia cristalizada, que aplica a la situación presente la acumulación de las experiencias anteriores.

Motivación: En el adulto mayor es la misma que en etapas anteriores cuando se trata de necesidades básicas, no obstante otras motivaciones están asociadas a la fisiología, la expresión cultural y la historia intelectual del individuo, pareciendo que la tendencia a explorar nuevas cosas podría reducirse y el anciano presenta una verdadera necesidad de controlarlo todo, que puede estar relacionada con un problema de confirmación personal.

Con la edad disminuye la motivación para actividades físicas y mentales; influenciado esto por la existencia de barreras motivacionales como:

La imagen social de los adultos mayores centrada en la pasividad y las restricciones.

Creencias sobre el deterioro de las potencialidades con la vejez.

La imagen propia del anciano, la decadencia del atractivo, el incremento de la ansiedad y el miedo.

Las enfermedades.

Afectividad: Los procesos afectivos se manifiestan a través de estados de ánimo, emociones y sentimientos que expresan la relación que existe entre las necesidades y la satisfacción que procede del medio. Los cambios en los estados de ánimo son más difíciles de identificar que el funcionamiento de la esfera cognoscitiva. En los ancianos son frecuentes los estados de ánimo particulares de irritabilidad, inestabilidad y pesimismo. La afectividad del anciano está fundamentalmente influida por los eventos vitales que ocurren como: la jubilación, la pérdida de familiares y/o amigos y otros.

A veces la reducción del sistema relacional y social es tal que se puede hablar a favor de una muerte social que precede varios años a la muerte biológica y que lo hace vulnerable a la depresión y el suicidio. El rol del viejo puede ser o no convergente con las necesidades del sujeto, en el caso que el impuesto implique grandes pérdidas o no satisfaga las expectativas e intereses del individuo, se habla entonces de una divergencia entre los roles sociales, que trae consigo la reducción de las actividades y de las relaciones humanas así como de la autoestima.

En muchos casos los trastornos afectivos pueden ser consecuencia de las perturbaciones intelectuales por lo que es necesario buscar en su génesis antes de considerarlos patológicos. Ciertas formas de ansiedad, inseguridad y agitación son con frecuencia el indicio de un deterioro intelectual naciente. Cuando no existe un enriquecimiento de nuevas aportaciones, el anciano se apega inesperadamente a lo adquirido y evoluciona dentro de un universo restringido. Lo anterior se vuelve un círculo vicioso en donde la regresión intelectual engendra un

vacío afectivo, el cual conlleva a un mayor deterioro por falta de estimulación (37,67).

A partir del triunfo de la Revolución se han establecido más de 140 programas sociales dirigidos especialmente a dar tratamiento preferencial al anciano, dichos programas se ponen en práctica a través del Ministerio del Trabajo, Seguridad Social y el de Salud Pública; para dar respuesta a todas las prioridades de salud, económicas y psicosociales que requiere este importante sector de la población. En Cuba se realizan grandes esfuerzos orientados al bienestar social del adulto mayor, no sólo en el aspecto material, sino en su participación activa en la sociedad, de acuerdo a las posibilidades objetivas de la nación, para lo cual se han creado programas de atención al adulto mayor.

En el año 1984 con el surgimiento de la Medicina General Integral y el Programa de Atención a la Familia, se mejora el cuidado al anciano de forma notable. En la década de los 90 se inician nuevos programas, sustentados en la atención comunitaria, hospitalaria y demás instituciones de salud, tienen como objetivo fundamental brindar una atención integral a la población de la tercera edad. Todo esto se manifiesta en la creación de las Casas de abuelos con más de 178 hasta la fecha, los Círculos de Abuelos, los cuales se crearon en 1984 y juegan un papel importante en estas transformaciones, los Grupos de Orientación y Recreación al Anciano que sobrepasan los 1215 en todo el país, estos programas brindan al adulto mayor la posibilidad de incorporarse a la sociedad, los prepara para enfrentar las dificultades de la vida diaria y adquirir estilos de vida sanos (68).

En la búsqueda del perfeccionamiento del trabajo con el abuelo, se elaboró el Programa de Atención al Adulto Mayor en el año 1996, del cual nace el Equipo Multidisciplinario de Atención Gerontológica, los cuales abarcan todos los niveles de atención en los tres pilares fundamentales (la estructura sociopolítica local; el sistema de salud, seguridad y asistencia social en el anciano frágil; las personas de edad y sus organizaciones).

El adulto mayor tiene prioridad en la sociedad cubana, el cual requiere de una atención especial e integral, perfeccionar el trabajo con los mismos resulta impostergable, para lo cual, se trazan estrategias dirigidas a su bienestar (7, 21, 42,69).

DISEÑO METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN

TIPO DE DISEÑO, MÉTODO Y LUGAR

Se realizó un estudio pre-experimental (antes-después) de intervención educativa para elevar el nivel de conocimiento sobre los cambios que ocurren en el adulto mayor en las familias funcionales del Consultorio médico de la familia número 1 del área de salud Camilo Cienfuegos en el periodo comprendido de noviembre del 2008 hasta mayo del 2009.

UNIVERSO Y MUESTRA.

El universo de trabajo que coincidió con la muestra estuvo constituido por 58 familias que representan el total de las mismas clasificadas como funcionales en la historia clínica familiar. Se elaboró un documento donde se explicaron las características de la investigación, el cual fue discutido por la autora con las

personas que participaran en la investigación (anexo1). A las familias objeto de estudio se le aplicó una encuesta previa discusión y aprobación de acuerdo a los objetivos propuestos, en el periodo y lugar de estudio antes mencionado, antes y después de la intervención educativa (anexo2).

CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

- Tener al menos un adulto mayor en la composición familiar.
- Ser clasificada la familia como funcional en la historia de salud familiar.
- Desear participar en la investigación.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

- Familias que no tengan adultos mayores en su composición.
- Que la familia no esté clasificada como funcional en la Historia clínica familiar.
- Que la familia no desee participar en la investigación.

Una vez obtenidos los resultados de la encuesta se realizaron diferentes actividades dentro del programa educativo y después se aplicó el instrumento inicial (anexo 2) con el cual se comprobaron los conocimientos obtenidos antes y después de la intervención educativa. El programa educativo contará con 7 frecuencias donde se abordaron los temas relacionados con los objetivos propuestos en nuestra investigación (anexo 4).

Los métodos aplicados durante la investigación fueron los siguientes:

- Métodos del nivel teórico:

Análisis – síntesis: Permitirá penetrar en lo fundamental de lo observado, separar lo esencial de lo secundario, determinar lo importante a partir de la bibliografía revisada y extraer lo necesario para la solución del problema.

Análisis histórico –lógico: Se seleccionará con el objetivo de poder estudiar la trayectoria real de los fenómenos y acontecimientos en el de cursar de su historia, por lo que se emplea para indagar sobre los cambios que ocurren en el adulto mayor.

Inducción – deducción: Se establecerán generalizaciones que confirmarán empíricamente la hipótesis.

Hipotético –deductivo: Se propondrá una hipótesis como respuesta al problema.

Métodos empíricos tenemos:

La observación: Mediante la misma se conocerá la realidad del proceso, para así diagnosticar y poder aplicar un programa de intervención educativa que logre resolver el objetivo de la investigación.

Se utilizaron diferentes técnicas, tales como:

La encuesta o instrumento: Dadas sus características de búsqueda de información rápida y económica se aplicará a las familias funcionales del Consultorio medico de la familia número 1 del área de salud antes mencionada para conocer los conocimientos que los mismos presentan sobre los cambios que ocurren en el adulto mayor .La muestra fue seleccionada a través del método no probabilístico teniendo en cuenta los niveles de conocimiento medio y bajo de las familias encuestadas.

El procesamiento estadístico:

Estadístico-descriptivo: El cual se utilizó para comparar los datos obtenidos como resultado del instrumento aplicado; el procesamiento se realizó en una microcomputadora Pentium, utilizando el paquete estadístico SPSS para Windows y se realizó la validación y revisión de la misma, como medida de resumen de la información se utilizaron los porcentajes (%) y se utilizaron los programas Microsoft Word y Excel 2007.

Los datos obtenidos de la encuestas fueron vaciados en cuadros estadísticos para su presentación y análisis, utilizando medidas de resumen para variables cualitativas y cuantitativas (porcentaje). Para evaluar el nivel de conocimientos y la efectividad de la intervención se utilizo el Test de comparación de medias para ambos momentos (antes y después) con un nivel de significación de $\alpha=0.05$. Para el análisis estadístico de la hipótesis usamos que:

$H_0: \mu_a = \mu_d$ Las medias son iguales en ambos momentos

$H_1: \mu_a \neq \mu_d$ Las medias difieren en ambos momentos

Estadígrafo de prueba:

$$Z = \frac{\bar{x} - \mu_0}{\frac{\sigma}{\sqrt{n}}}$$

Entonces la regla de decisión sería rechazar H_0 si la $Z_{\text{observada}} > Z_{\text{tabulada}}$ ($Z_0 > Z_{1-\alpha/2}$), en caso de utilizar un software estadístico se rechazara la H_0 si la probabilidad asociada al estadígrafo ($p < \alpha$). Se calcularon también los Intervalos de confianza para la media:

$$\bar{x} \pm Z_{\alpha/2} \frac{\sigma}{\sqrt{n}}$$

En el desarrollo de la investigación se tuvo en cuenta cuatro etapas esenciales: diagnóstico, planeación, implementación y evaluación.

Etapas de la investigación

PRIMERA ETAPA: Diagnóstico.

Acción 1: Aplicación de la encuesta

Objetivo: Explorar el nivel de conocimientos de las familias funcionales sobre los cambios que ocurren en el adulto mayor cuanto a:

- Cambios en los procesos Cognoscitivos.
- Cambios en los procesos Afectivos.
- Cambios en la visión
- Cambios en la audición
- Cambios en el equilibrio y la marcha.
- Conocimiento sobre el uso de medicamentos en el adulto mayor.
- Cambios que se producen en la esfera social.

Plazos para la realización: noviembre/ 2008.

Instrumentación

Para la ejecución del estudio se estableció la comunicación con las familias del Consultorio número 1 con el objetivo de lograr la participación de todos los miembros, lo que quedó validado a través de un documento (anexo 1) que fue firmado por las familias como constancia de su disposición a participar en el estudio.

Se aplicó un instrumento (anexo 2) que permitió caracterizar y seleccionar la muestra objeto de estudio.

SEGUNDA ETAPA: Planeación

Acción 1: Elaboración de un programa de intervención para la consulta y profundización de los integrantes de las familias funcionales en cuanto a los cambios que ocurren en el adulto mayor.

Objetivo: Elaborar un programa de intervención que contribuya a la preparación de las familias en cuanto a cambios en el adulto mayor

Plazos para la realización: noviembre 2008 a mayo 2009.

Instrumentación

A pesar de que en el sistema de salud cubano se ofrecen múltiples servicios donde se puede acudir para informarse mejor ante alguna duda o preocupación de las familias, como es el Equipo multidisciplinario de atención Gerontológico. (EMAG) que funciona, en cada área de salud, también existe las consultas de Geriatría y Gerontología. Por esta razón es preciso elaborar un programa de intervención prediseñado sobre el tema, al cual se le añadieron las necesidades de aprendizajes encontradas luego de la aplicación inicial del instrumento que contribuya a su preparación el que será ubicado en la biblioteca del centro.

Acción 2: Elaboración de las precisiones metodológicas para el desarrollo del programa de intervención.

Objetivo: Elaborar las precisiones metodológicas para la realización del programa de intervención con el propósito de elevar el conocimiento sobre los cambios que ocurren en el adulto mayor.

Plazos para la realización: Noviembre (segunda quincena) 2008

Instrumentación: El propósito fundamental del programa de intervención, es elevar el conocimiento sobre los cambios que ocurren en el adulto mayor. Esta acción permitirá la realización de un análisis minucioso con toda la muestra de porque fueron seleccionados, sobre los problemas que presentan los adultos mayores en cuanto a los cambios que sufren, las causas de los mismos y las posibles soluciones que puedan aplicarse, porque le permite a los integrantes de las familias a sumir su propio aprendizaje e implica que adopten una actitud consciente frente a esta tarea, seleccione las estrategias de aprendizaje, y conozca lo que necesita aprender.

TERCERA ETAPA:

Implementación

Acción 1: Impartir el programa de intervención

Objetivo: Elevar el nivel de conocimiento sobre cambios en el adulto mayor Plazos para la realización: Enero /2009-Febrero/2009

Instrumentación: Se realizaron siete encuentros de 30 minutos de duración, con dos frecuencias semanal, empleando las técnicas participativas-comunicativas necesarias para lograr los objetivos propuestos, como lluvia de ideas, lectura eficiente, dramatizaciones, discusión grupal, charla educativa, entre otras.

En la realización de los encuentros prevaleció un clima abierto y franco, donde se propició el intercambio en la actividad grupal, al aportar cada miembro conocimientos, valoraciones y experiencias. El aplicador tuvo en cuenta la dinámica de grupo, porque permite valorar qué situaciones se presentan en su

interacción. En todos los momentos de su realización se combina, lo cognoscitivo y lo afectivo.

CUARTA ETAPA:

Evaluación

Acción 1: Aplicación de la encuesta.

Objetivo: Evaluar el conocimiento de las familias sobre los cambios que ocurren en el adulto mayor después de haber implementado el programa de intervención.

Plazos para la realización: Febrero /2009-marzo/2009.

La estrategia metodológica del Trabajo se basó en principios, categorías y leyes del materialismo dialéctico y del método científico, aplicados al estudio de una parte de la realidad social.

Para la evaluación de los mismos se creó una escala de puntuación en base a 100 puntos los cuáles fueron distribuidos en las preguntas anteriormente mencionadas y se consideró los siguientes criterios:

Altos conocimientos: Entre 80 –100 puntos.

Medios conocimientos: Entre 60 –79 puntos.

Bajos conocimientos: Menos de 60 puntos

Conceptualización y Operacionalización de las variables:

VARIABLE DEPENDIENTE:

Nivel de conocimientos: La adquisición a través de su trabajo, temas relacionado con los cambios que ocurren en el Adulto Mayor.

Conocimientos sobre dichos cambios:

Se evaluó a partir de la pregunta 3 y hasta el número 9 del cuestionario inicial (anexo2) aplicado a los miembros de las familias antes y después de la intervención educativa.

Cambios en la esfera cognoscitivo que ocurren en el adulto mayor: se consideran correctas

-Se recuerdan con mayor claridad los sucesos que ocurrieron en el pasado.

-Centran más su atención en situaciones de poca importancia.

-No generan soluciones rápidas a los problemas.

-Su forma de pensar es mucho más lenta.

Operacionalización de esta variable: cualitativa, politómica.

Alto: Conoce los cuatro cambios que se mencionan.

Medio: conoce tres cambios de los que se mencionan.

Bajo: Si conoce menos de dos cambio.

Cambio que ocurren en la esfera afectiva: se consideran formas correctas

Cambian las motivaciones según sus nuevas preferencias.

Se molestan con facilidad.

Operacionalización de esta variable: cualitativa, politómica.

Alto: Identifican correctamente los dos cambios que se mencionan.

Medio: Conoce al menos un cambio que se menciona.

Bajo: No reconocen los cambios.

Cambios en la visión: se considera correcta cuando identifica que la misma disminuye.

Operacionalización de esta variable: cualitativa, politómica.

Alto: Reconocen los cambios en la visión.

Bajo: No reconocen los cambios en la visión.

Cambios en la Audición: se considera correcta cuando identifica que disminuye la capacidad de oír,

Operacionalización de esta variable: cualitativa, politómica.

Alto: Reconoce los cambios en la audición.

Bajo: No reconoce los cambios que ocurren en la audición.

Cambios en el equilibrio y la marcha: se considera correcta cuando identifica que sufren caídas con frecuencia, No sufren modificaciones, Necesitan de apoyo para trasladarse.

Operacionalización de esta variable: cualitativa, politómica.

Alto: Conoce los tres cambios que se mencionan.

Medio: conoce al menos dos cambios de los que se mencionan.

Bajo: Si conoce un cambio.

Conocimientos sobre la administración de medicamentos en el adulto mayor: Se considera correcta cuando mencionen que hay medicamentos que están contraindicados por la edad, solo deben tomar medicamentos indicados por el medico, El uso de sedantes puede contribuir a las caídas.

Operacionalización de esta variable: cualitativa, politómica.

Alto: Conoce los tres cambios que se mencionan.

Medio: conoce al menos dos cambios de los que se mencionan.

Bajo: Si conoce un cambio.

Conocimientos sobre las relaciones sociales en el adulto mayor: Se considera correcta cuando mencionen que los adultos mayores aportan valiosas experiencias a la familia.

Operacionalización de esta variable: cualitativa, politómica.

Alto: Reconocen los cambios en las relaciones sociales.

Bajo: No reconocen los cambios en las relaciones sociales.

VARIABLE INDEPENDIENTE:

Intervención educativa : Sistema de actividades educativas que se realiza después de detectar una problemática en la cual se planifican acciones, encuentros con los diagnosticados y se ofrecen conferencias, talleres, seminarios y actividades prácticas sobre tópicos centrales del tema para lograr elevar el nivel de conocimientos a través de métodos y técnicas de participación, se imparte conjugando los componentes teóricos y prácticos (análisis de casos, juego de roles, modelación, mesa redonda, lluvia de ideas entre otros).

Variables	Tipo	Operacionalización					
		Escalas			Descripción		
Etapas del desarrollo.	Cualitativa	10	-18	años	Según	años	
	Politómica			adolescentes.		cumplidos	
		18	-25	años			
				adulto joven.			

		25 -59 años	
		adulto medio.	
		60 y más adulto	
		mayor.	
Parentesco	Cualitativa	Hijos, hermanos	Según grado de
	Nominal	y nietos	parentesco
	Politómica		referido por el
			encuestado.

Estos resultados fueron analizados para emitir conclusiones en correspondencia con los objetivos propuestos en la investigación. Por último, se redactó un informe final teniendo en cuenta los requisitos establecidos por el comité académico de la maestría de Longevidad satisfactoria y respetando los principios éticos de la investigación científica del departamento de postgrado de la Facultad de Ciencias Médicas de Ciego de Ávila.

Aspectos éticos.

Se le comunicó a los integrantes de las familias las características, objetivo e importancia de este trabajo y se recogió por escrito el consentimiento (acta de consentimiento informado de los integrantes de las familias de participar en el mismo de forma voluntaria), se le explicó además el derecho de abandonar la investigación en caso de que alguno lo deseara, se les informó a todos los

implicados en el estudio el alto nivel de profesionalidad del personal responsable de la investigación.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.

INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE LOS CAMBIOS QUE OCURREN EN EL ADULTO MAYOR EN LAS FAMILIAS FUNCIONALES DEL CONSULTORIO MEDICO DE LA FAMILIA NUMERO 1 DEL ÁREA DE SALUD CAMILO CIENFUEGOS.

A continuación se realiza un análisis cuantitativo y cualitativo de los resultados alcanzados en cada uno de los indicadores declarados y de la evaluación general del nivel de conocimiento de las familias que conforman el universo sobre los cambios que ocurren en el adulto mayor antes y después de implementada la intervención educativa.

Tabla1: Distribución de los integrantes de la familia funcionales del Consultorio medico de la familia número 1 del área de salud Camilo Cienfuegos según etapas del desarrollo en el periodo de Noviembre-2008 a Mayo -2009.

ETAPAS DEL DESARROLLO.	n=58	
	No	%
Adolescentes	43	17.8
Adulto joven	57	23.6
Adulto medio	72	29.7
Adulto mayor.	70	28.9
Total	242	100

Fuente: Encuesta.

La tabla 1 muestra la distribución de los integrantes de las familias según etapas del desarrollo, donde predominan los adultos medios con un 29.7%(72), seguidos de los adultos jóvenes con un 23.6%(57), el 28.9% (70) representan a los adultos mayores, ya que 12 familias del universo de estudio presentan más de un adulto mayor en su composición, y el 17.8%(43) representa a los adolescentes.

Tabla 2: Distribución de los integrantes de las familias según grado de parentesco.

PARENTESCO	No	%
Hijos	48	27.9
Nietos	86	50.0
Hermanos	12	6.98
otros	26	15.12

La tabla 2 representa los integrantes de las familias según grado de parentesco donde aparecen los nietos con el mayor por ciento 50.0%(86), seguidos de los hijos con un 27.9%(48), el 6.98%(12) corresponden a los hermanos de los adultos mayores, mientras que el 15.12 %(26) representan otros parientes de los adultos mayores.

Tabla 3: Distribución de la familia según conocimientos de los cambios en los procesos cognoscitivos en el adulto mayor antes y después de la intervención educativa.

Nivel de conocimientos (n = 58)	Antes		Después	
	No	%	No	%
Alto	16	27.5	49	84.4
Medio	9	15.5	3	5.1
Bajo	33	56.8	6	10.3

La tabla 3 muestra la distribución de las familias según conocimientos sobre los cambios más frecuentes en los procesos cognoscitivos antes y después de la intervención educativa. Donde se observan que antes de la intervención educativa el mayor por ciento de la muestra 56.8% (33) se ubicó en el nivel bajo de conocimiento con relación a los cambios que ocurren en la esfera cognoscitiva, y solo el 27.5%(16) se ubicó en el nivel alto pues lograron identificar los tres cambios en los procesos cognoscitivos, el 15.5%(9) se ubicó en el nivel medio de conocimiento.

Después de la intervención el 84.4% (49) de las familias se ubicaron en un nivel alto pues fueron capaces de identificar los tres cambios más frecuentes de esta esfera, el 10.3% (6) quedó ubicado en el nivel bajo pues no fueron capaces de identificar dichos cambios.

En relación con este proceso, Buendía. J refiere que el término memoria es amplio, y nos define todo el proceso cognoscitivo que permite al individuo

almacenar experiencias y percepciones para su recuerdo en situaciones posteriores, y si bien es cierto que algunos aspectos de la memoria se deterioran con el paso de los años, también es verdad que no todos los hacen por igual, y que incluso podemos hablar de memorias que se encuentran bien preservadas (la memoria para hechos remotos). El conocimiento de los límites que constituyen la normalidad en el terreno de la memoria es de crucial importancia para el establecimiento de un diagnóstico diferencial preciso. A pesar de que existen contradicciones en algunos estudios relativos a la memoria a corto plazo (inmediata) en la tercera edad, la mayoría no han hallado diferencias sustanciales entre la capacidad para retener dígitos ni palabras. Un estudio clásico sobre la memoria y la velocidad del procesamiento de la información confirma que lo que se reduce con la edad es la latencia de la respuesta, siendo más lentos en la misma (40).

En estudios realizados se destaca que con el envejecimiento, no se dan solamente deterioros, sino que se mantienen e incluso se despliegan ciertas funciones vitales y psicológicas. Donde se afirman que la vejez es sinónimo de declive intelectual y cognoscitivo (7,40, 70). Es indudable que hay ciertas pérdidas: la tendencia del sistema cognoscitivo anciano a sobrecargarse con cierta rapidez ante la información nueva, la lentitud del procesamiento asociado al incremento en edad, son indicadores de que la memoria y la capacidad intelectual constituyen necesidades en esta etapa de la vida.

Tabla 4: Distribución de las familias según conocimientos de los cambios en los procesos afectivos en el adulto mayor antes y después de la intervención educativa.

Nivel de conocimientos	n = 58	Antes		Después	
		No	%	No	%
Alto		7	12.0	53	91.3
Medio		17	29.4	5	8.7
Bajo		34	58.6	0	0

La tabla 4 muestra la distribución de las familias según conocimientos sobre los cambios en los procesos afectivos antes y después de la intervención educativa, donde se percibe que antes de la intervención educativa el 34 (58.6%) de las familias se ubicaron en un nivel bajo de conocimiento, ya que no fueron capaces de identificar que los adultos mayores se molestan con facilidad y que sus motivaciones cambian según sus nuevas preferencias, solo 7(12.0%) lograron identificar dichos cambios ubicándose en el nivel alto de conocimientos, mientras que 17 familias (29.4%), se ubicaron en el nivel medio de conocimientos.

Después de la intervención educativa se ubicaron en un nivel alto de conocimiento el 91.3% (53) ya que fueron capaces de reconocer los cambios que ocurren en la esfera afectiva, y en un nivel medio de conocimiento se ubico el 8.7%(5) pues identificaron que se molestan con facilidad.

En estudio realizado en familias del municipio Camajuaní en el año 2005 se obtuvieron similares resultados, donde las familias encuestada por la autora no supieron identificar que los procesos afectivos se manifiestan a través de estados de ánimo, emociones y sentimientos que expresan la relación que existe entre las necesidades y la satisfacción que procede del medio. Los cambios en los estados de ánimo son más difíciles de identificar que el funcionamiento de la esfera cognoscitiva (7,71). En los ancianos son frecuentes los estados de ánimo particulares de irritabilidad, inestabilidad y pesimismo. La afectividad del anciano está fundamentalmente influida por los eventos vitales que ocurren como: la jubilación, la pérdida de familiares y/o amigos y otros.

En muchos casos los trastornos afectivos pueden ser consecuencia de las perturbaciones intelectuales por lo que es necesario buscar en su génesis antes de considerarlos patológicos. Ciertas formas de ansiedad, inseguridad y agitación son con frecuencia el indicio de un deterioro intelectual naciente. Cuando no existe un enriquecimiento de nuevas aportaciones, el anciano se apega inesperadamente a lo adquirido y evoluciona dentro de un universo restringido. Lo anterior se vuelve un círculo vicioso en donde la regresión intelectual engendra un vacío afectivo, el cual conlleva a un mayor deterioro por falta de estimulación (7,72).

Tabla 5: Distribución de las familias según conocimientos de los cambios de la visión en el adulto mayor antes y después de la intervención educativa.

Nivel de conocimientos	Intervención educativa			
	Antes		Después	
n = 58	No.	%	No.	%
Alto	37	63.7	58	100.
Bajo	21	36.2	—	—

La tabla 5 muestra el nivel de conocimiento de las familias sobre los cambios que se manifiestan en la visión del adulto mayor antes y después de la intervención educativa. Antes de la intervención educativa se ubicaron en un nivel alto el 63.7% (37) ya que lograron identificar que la visión del adulto mayor disminuye, mientras que el 36.2%(21) se ubicó en el nivel bajo de conocimiento pues no identificaron el cambio que ocurre en la visión.

Después de realizada la intervención educativa el nivel de conocimiento de las familias se elevó a un 100%, ya que todas las familias lograron identificar que la visión en el adulto mayor disminuye.

En bibliografía consultada se describe la presbicia como el primer síntoma de deterioro de la visión, seguida por patologías como las cataratas y la miopía (7,73).

Tabla 6: Distribución de las familias según conocimientos de los cambios de la Audición en el adulto mayor antes y después de la intervención educativa.

Nivel de conocimientos	n = 58	Antes		Después	
		No	%	No	%
Alto		14	24.1	58	100
Bajo		44	75.9	—	—

La tabla 6 muestra que el nivel de conocimiento de las familias sobre los cambios que ocurren en la audición antes de la intervención educativa se comportó en un nivel bajo 75.9 % (44), y solamente se ubicó en un nivel alto el 24.1 % (14) ya que identificaron de forma correcta el cambio que se produce en la audición.

Al finalizar la intervención educativa el nivel de conocimiento de las familias se elevó a un 100%, ya que todas las familias lograron identificar que la audición en el adulto mayor disminuye.

En relación a este proceso Buendía. J refiere que las primeras afectaciones que ocurren en el aparato auditivo del adulto mayor es la disminución de la audición, y las causas fundamentales de la misma son los tapones de cerumen, el trauma acústico, y las infecciones (otitis) mal tratadas (11, 40,74).

En estudio realizado en familias del municipio Camajuaní en el año 2005 por Hernández Pérez se obtuvieron similares resultados, donde las familias

encuestada por la autora no supieron identificar que la audición en el adulto mayor disminuye (7).

Tabla 7: Distribución de las familias según conocimientos de los cambios de la marcha y el equilibrio en el adulto mayor antes y después de la intervención educativa.

Nivel de conocimientos n = 58	Antes		Después	
	No	%	No	%
Alto	9	15.5	55	94.8
Medio	11	18.9	5	5.1
Bajo	38	65.6	0	0

La tabla 7 muestra el nivel de conocimiento de las familias sobre los cambios que sufren la marcha y el equilibrio en la tercera edad antes y después de la intervención educativa. Se observó que antes de la intervención educativa el mayor por ciento del universo de estudio 65.5%(38) se ubico en el nivel bajo de conocimiento con relación a los cambios más comunes de la marcha y el equilibrio, en los que se podían mencionar que sufren caídas con frecuencias y que necesitan de apoyo para trasladarse.

Después de la intervención 94.8% se ubicaron en nivel alto pues fueron capaces de identificar las modificaciones comunes que ocurren en el equilibrio y la marcha, el 5.1% (5) quedo ubicado en el nivel medio pues fueron capaces de identificar que los ancianos necesitan de apoyo para trasladarse.

En bibliografía consultada se hace referencia a estos cambios como algo inherente al envejecimiento, donde se mencionan algunos factores de riesgo que propician tales cambios: La falta de actividad física, la pérdida de agilidad, el consumo de alcohol y sedantes aumenta el desequilibrio, daño cerebral, que causa torpeza del movimiento y defectos de la vista (7,75).

En estudio realizado por Orosa Fraíz. T en el año 2001 se obtuvieron similares resultados, donde las familias encuestada por el autor no supieron identificar los cambios que se producen en el equilibrio y la marcha y no mostraron interés por modificar sus conocimientos (76).

Tabla 8: Distribución de las familias según conocimientos sobre uso de medicamentos en el adulto mayor antes y después de la intervención educativa.

Nivel de conocimientos n = 58	Antes		Después	
	No	%	No	%
Alto	7	12.0	53	91.3
Medio	17	29.4	5	8.7
Bajo	34	58.6	0	0

La tabla 8 refleja el conocimiento antes y después de la intervención educativa sobre los conocimientos de las familias en relación al uso de medicamentos por parte del adulto mayor. Antes de la intervención educativa del total de familias encuestadas el 58.6%(34) se ubico en el nivel bajo de conocimiento pues no identificaron que los adultos mayores solo deben tomar medicamentos indicados

por el medico, que existen medicamentos que están contraindicados por la edad, y que el uso de sedantes puede contribuir a las caídas, el 29.4 %(17) se ubicó en el nivel medio, pues lograron identificar dos aspectos correctos, y solo el 12%(7) se ubicó en el nivel alto pues reconocieron de forma correcta los tres aspectos sobre el uso de medicamentos.

Al concluir la intervención educativa el 91.3%(53) se ubicó en el nivel alto de conocimiento al identificar correctamente los aspectos sobre el uso de los mismos, solo el 8.7%(5) se ubico en el nivel medio pues identificaron solo dos aspectos del tema tratado.

En bibliografía consultada se reporta que como consecuencia de la medicación se encontró estados sincópaes, aparición de reacciones adversas con el desarrollo de otros cuadros clínicos, intoxicación por drogas, y caídas por el uso excesivo de psicofármacos, debido a la automedicación de drogas sin prescripción facultativa (7,77).

Tabla 9: Distribución de las familias según nivel de conocimientos sobres los cambios sociales en el adulto mayor antes y después de la intervención educativa.

Nivel de conocimientos	n = 58	Antes		Después	
		No	%	No	%
Alto		4	6.90	53	91.3
Medio		12	20.7	5	8.7
Bajo		42	72.4	0	0

La tabla No.9 muestra la distribución de las familias según conocimientos sobre los cambios sociales más frecuentes en los adultos mayores antes y después de la intervención educativa. Se observa que antes de la intervención educativa el mayor por ciento 72.4% (42) se ubicó en el nivel bajo de conocimiento con relación a los cambios sociales, el 20.7%(12) se ubicaron en el nivel medio de conocimiento pues identificaron dos cambios sociales.

Al concluir la intervención educativa el 91.3%(53) se ubicó en el nivel alto de conocimiento pues identificaron que los adultos mayores aportan experiencias y que tienen pocos amigos. Mientras que solo el 8.7%(5) se ubicaron en el nivel medio de conocimientos ya que identificaron solo un aspecto.

Similares resultados obtuvo Hernández Pérez en estudio realizado en familias del municipio Camajuaní en el año 2005, donde las familias encuestadas no identificaron a la privacidad, la jubilación, la formación de nuevas parejas, el estudio, como los cambios que ocurren en el adulto mayor en la esfera social (7).

Tabla 10: Evaluación del nivel de conocimiento general de las familias funcionales del Consultorio medico de la familia número 1 del área de salud Camilo Cienfuegos antes y después de la intervención educativa.

Evaluación del conocimiento	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
n=58				
Alto	1	1.7	46	79.3
Medio	18	31.0	10	17.2
Bajo	39	67.3	2	3.5

Resultado: $p = 0.001$ $\alpha = 0.05$, ($p < \alpha$)

Con respecto a la tabla 10 se observa la evaluación del nivel de conocimiento general sobre los cambios que ocurren en el adulto mayor de las familias funcionales antes y después de la intervención educativa. Al inicio de la investigación se aprecia que el 67.3% (39 familias encuestadas) tenían niveles de conocimientos bajos, seguido por el 31.0% (18) con medios conocimientos y solamente el 1.7% presentaron conocimientos altos. Después de la intervención educativa el 79.3% (46) adquirieron niveles conocimientos altos, seguidos por los conocimientos medios en el 17.2% (10). Solamente quedaron 2 familias que alcanzaron niveles de conocimientos bajos para un 3.5%, donde quedaron debilidades en los conocimientos relacionados con las relaciones sociales y los procesos cognoscitivos en los adultos mayores.

Resultados similares fueron encontrados en estudios realizados por Hernández Pérez donde se elevó el nivel de conocimiento de forma considerable en las familias intervenidas (7).

Al realizar el análisis estadístico de la comparación de medias y comparando ambos momentos (antes y después de la intervención educativa) buscando comprobar la efectividad de la intervención (curso) aplicada, encontramos los siguientes resultados:

MOMENTOS	MEDIA	DESVIACIÓN TÍPICA.	INTERVALO DE CONFIANZA
ANTES	56.39	3.75	(53.89;60.14)
DESPUES	84.49	4.15	(81.34;88.24)

La media para antes de la intervención fue de 56.39 por lo que clasifica a las familias en la categoría de nivel medio, ya después de la intervención educativa (curso) la media es de 84.49 lo que los clasifica en la categoría de nivel alto.

Cuando se obtiene el resultado de la probabilidad asociada al estadígrafo de prueba (p) $p = 0.001$ como este resultado es menor que el nivel de significación utilizado $\alpha = 0.05$, ($p < \alpha$) se rechaza la hipótesis nula (H_0), y se acepta la hipótesis alternativa (H_1) por lo que la intervención educativa (curso) elevó el nivel de conocimientos de las familias funcionales sobre los cambios que ocurren en el adulto mayor. Esto se corrobora si se observan los intervalos de confianza calculados donde la media calculada se encuentra en el mismo intervalo; pudiendo entonces afirmar con una confiabilidad del 95% que las medias difieren en ambos

momentos por lo que se afirma que la intervención aplicada fue efectiva y cumplió con el objetivo propuesto en la investigación.

CONCLUSIONES.

Después de aplicada la intervención educativa en las familias funcionales se elevó el nivel de conocimiento con respecto a los cambios que ocurren en el adulto mayor. Según etapas del desarrollo el grupo que predominó son los adultos medios con un 29.7%. Al abordar el grado de parentesco aparecen los nietos con el mayor por ciento 50.0%. En cuanto a los conocimientos alcanzados sobre los cambios que ocurren en la esfera cognoscitiva el 84.4% aumento sus conocimientos, el 91.3% elevó sus conocimientos sobre los cambios que ocurren en la esfera afectiva. En relación al equilibrio y la marcha el 94.8% modificó sus conocimientos sobre las transformaciones que sufren los mismos.

RECOMENDACIONES

Generalizar el programa educativo propuesto en esta investigación en Consultorios médicos de la familia del área de salud para elevar los conocimientos de las familias sobre los cambios que se producen en la tercera edad.

Distribuir el folleto complementario en consultorios médicos de la familia para que pueda ser utilizado como una herramienta más en los programas de promoción de salud que se realizan en el área.

En futuras investigaciones realizar intervenciones educativas dedicadas a abordar otros cambios que se producen en el adulto mayor, pues constituyeron necesidades sentidas de aprendizaje identificadas en el estudio.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

1. Roca Bruno Mederos J: C. Tratado de gerontología y Geriatria Clínica. Editorial Científico – Técnica 1999.
2. Davis M.A. Envejecimiento de poblaciones e individuos y Salud para Todos. Foro Mundial de salud 2006.
3. Wong A.K. Vivir más Tiempo, más años y más felices. Foro Mundial de la Salud, Vol. 12, No.3 2007.
4. Envejecimiento activo, mejor vida en la tercera edad. Entrevista con el doctor Víctor Manuel Mendoza Núñez, jefe de la Unidad de Investigación en Gerontología de la Facultad de Estudios Superiores (FES) Zaragoza de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Publicada por saludymedicinas.com.mx. 2007
5. Antonuccio Osma N. La Salud Mental en la 3ra. Edad. Psicogeriatría. Buenos Aires. Ediciones Akadia 2006.
- 6 Atención del anciano en Cuba desarrollo y perspectiva. Centro Iberoamericano para la Tercera Edad (CITED) 2da.edición, 1996. La Habana.
7. MSc Hernández Pérez, Caridad. Adulto mayor, hijos y nietos: una relación necesaria. Año 2005.
8. Hernández Castellón El envejecimiento de la población en Cuba. CEDEN, Habana 1999.
9. Gómez. M. J.F. et al. Evaluación de la Salud de los ancianos. Manizales. Columbia. 1995.

10. Corralisa J. Ciudad y Calidad de Vida. Revista Documentación Social, Número Monográfico 1999
11. Barras, LC. Aspectos sociales del envejecimiento, 2003.
12. Anciano (dignidad)." Microsoft Encarta 2007. Microsoft Corporación, 2006.
13. Fierro A. Proporciones y propuestas sobre el buen envejecer. En: Buendía J. Envejecimiento y Psicología de la salud.-- Madrid: Siglo XXI de España Editores, S.A; 2004
14. Rodríguez JA. Dimensiones psicosociales de la vejez. En: Buendía J. Envejecimiento y Psicología de la Salud. Madrid: Siglo XXI de España Editores, S.A.; 2004.
15. Atención del anciano en Cuba desarrollo y perspectiva. Centro Iberoamericano para la Tercera Edad (CITED) 2da.edición, 1996. La Habana
16. Dirección de Estadísticas, (2005). "Anuario Estadístico de Salud, 2004. República de Cuba". La Habana.2005
17. Menéndez J.J. Vigilancia en Salud de Adultos Mayores. Centro Iberoamericano de Tercera Edad. 2004
18. Los Adultos Mayores Un reto para la sociedad - 10 al 14 de Marzo del 2003 Red Latinoamericana de Gerontología
19. Jiménez R, S. Y Román G., Norbel. "Los problemas del abuso que presentan las personas mayores de 60 años, atendidas en los servicios de valoración y consulta externa del hospital nacional de geriatría y gerontología Dr. Raúl Blanco Cervantes", Costa Rica, 2006

20. Envejecimiento y Sociedad: Una perspectiva internacional. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2000.
21. (Buendía J. Gerontología y Salud.: Envejecimiento y salud. -- Madrid: Siglo XXI de España Editores, S.A.; 1997
22. Rodríguez JA. Dimensiones psicosociales de la vejez. En: Buendía J. Envejecimiento y Psicología de la Salud. Madrid: Siglo XXI de España Editores, S.A.; 1994
23. Orosa Fraíz Teresa. La Tercera edad y la familia. Editorial Félix Varela. La Habana (2003)
24. concretos Corraliza Rodríguez A. Vejez y Sociedad: dimensiones psicosociales. – Madrid: Ed. Pirámides; 2000.
25. Universidad de La Habana. Facultad de Psicología. Informe de investigación del Grupo familia. – La Habana; 2007.
26. Quintero G. Psicología del envejecimiento. En: Rocabruno Mederos JC. Tratado de Gerontología y Geriatria. –Ciudad de La Habana: Científico-técnica; 1999.
27. Lerh U. La calidad de vida en la tercera edad: Una labor individual y social. 2006
28. Quintero G. “Calidad de Vida en la Tercera Edad”, Conferencia Centro de Ilberoamericano de la Tercera Edad.-- La Habana: s.n.; 1996.
29. Programa de Atención Integral al Adulto Mayor. Actualización. Cuba; 1997

30. Fierro A. Proporciones y propuestas sobre el buen envejecer. En: Buendía J. Envejecimiento y Psicología de la salud.-- Madrid: Siglo XXI de España Editores, S.A; 2004.
31. Rodríguez JA. Dimensiones psicosociales de la vejez. En: Buendía J. Envejecimiento y Psicología de la Salud. Madrid: Siglo XXI de España Editores, S.A.; 1994.
32. Quintero G. "Calidad de Vida en la Tercera Edad", Conferencia Centro de Iberoamericano de la Tercera Edad.-- La Habana: s.n.; 1996.
33. Lerh U. La calidad de vida en la tercera edad: Una labor individual y social. En: Vega Vega JL, Bueno Martínez B. Psicología evolutiva y de la educación.--Madrid: Síntesis; 1996.
34. Quintero G, Trujillo O. Dimensión Sociopsicológica del envejecimiento. En: Rocabrunos Mederos JC, Prieto Ramos O. Gerontología y Geriatria Clínica.-- La Habana: Ciencias Médicas; 2002.
35. Iglesias Duran OL. Lo Psicológico en el envejecimiento. En: Núñez de Villavicencio F. Psicología y Salud.-- Ciudad Habana: Ciencias Médicas; 2005.
36. Orosa Fraíz T. La Tercera edad y la Familia. Una Mirada desde el Adulto Mayor.--- La Habana: Centro Félix Varela; 2003.
37. Morales Ruiz L. "La depresión y sus connotaciones con la ansiedad". (Tesis Maestría Psicología Médica). Santa Clara: s.n., Universidad Central de Las Villas; 2005.
- 38 Musitu G. Comunicación y apoyo: El núcleo, binomio en psicología de la comunicación. --Sevilla: s.n.; 2003.

39. Minkler E. Social support and Health of the Elderly. – s.l.: s.n. ; 1994.
40. Buendía J. Gerontología y Salud. Perspectivas actuales. -- Madrid: Siglo XXI de España: Editores, SA; 2007.
41. Cuidados en la vejez. El apoyo informal. -- España: INSERSO; 1995.
42. Antonucci T, Acitelli L. Gender differences in the link between marital. S.l.: s.n.; 2004.
43. Vega Vega JL. "Psicología de la Vejez. Salamanca. Salamanca: Diputación de Salamanca; 2006.
44. Martínez Gómez C. La familia. En: Salud Familiar.-- La Habana: Científico Técnica; 2003.
45. Louro I. Atención Familiar. En: Álvarez Sintés R. Temas de Medicina General Integral. V-I. La Habana: Ciencias Médicas; 2001.
46. Ares P. Psicología de la familia. Una aproximación a su estudio.-La Habana: Centro Félix Varela; 2004.
47. Quintero G. Psicología del envejecimiento. En: Rocabruno Mederos JC. Tratado de Gerontología y Geriatria. –Ciudad de La Habana: Científico-técnica; 2006.
48. Ring JM. Aspectos sociales de la depresión en los ancianos. En: Buendía J. Psicología del envejecimiento. Madrid: Siglo XXI de España Editores, S.A.; 2004.
49. Bazo Royo MT. Sociedad y vejez: La familia y el trabajo. En: Fernández Ballesteros R. Gerontología Social.-- Madrid: Ed. Pirámides, 2005.
50. Vega Vega JL, Bueno Martínez B. Desarrollo adulto y Envejecimiento, Madrid: Síntesis. SA; 2006.

51. Espín Andrade AM. Familia y Vejez. Rev Avances Médicos Cuba 2006; 9(32): 20-22.
52. Roca M, Pérez M. Apoyo social, Su significación para la salud.- La Habana: s.n.1999
53. Martín LB. El adulto mayor en la familia. Rev Psicología y Psicopedagogía 2003; 1(1)
54. Las personas mayores en España: Perfiles; Reciprocidad familiar.-- España: Ed. INSERSO; 2005.
55. Domínguez G. L. Psicología del desarrollo: adolescencia y juventud. Selección de lecturas.--La Habana: Centro Félix Varela; 2005.
56. Martínez. I, Cardoso Y. El adulto mayor en la familia su relación con los mas jóvenes. Rev Cubana de Enfermer 1999; 15(1): 44-50.
57. Rodríguez G, Gil Flores J, García Jiménez E .Metodología de la Investigación Cualitativa.--Santiago de Cuba: PROGRAF; 2008.
58. Lemus Lago ER, Borroto Cruz R. Atención Primaria de Salud y Medicina General Integral. En: Álvarez Sintés R. Temas de Medicina General Integral. V-I.-- La Habana: Ciencias Médicas; 2005.
59. Alonso A, Cairo Valcarcel E, Rojas Manresa R. Psicodiagnóstico. Selección de Lecturas. – La Habana: Centro Félix Varela; 2003.
60. Febles Elejalde M. Una nueva etapa de desarrollo: la adultez. (Conferencia Asignatura Desarrollo IV). Artículo inédito.-- Santa Clara: Universidad Central : s.n.; 2004.

61. Arés P. La familia: una mirada al futuro. En: Primer Taller Internacional de Familia.-- La Habana: s.n.; 2007.
62. Palacios J, Marchesi A, Coll C. Desarrollo psicológico y educación. -- Madrid: Alianza editorial; 2004.
63. Aprendizaje y memoria. Revista Neurología, Madrid, 2001, 32 (4):373-381, 2001.
64. Alfonso, Carmen R.: "Hacia una longevidad satisfactoria." Periódico Trabajadores, 14 de octubre de 2004.
65. Álvarez, Suárez M.: La familia cubana. Cambios, actualidad y retos. CIPS, CITMA, La Habana, 2006.
66. "Aprendizaje formativo una opción para el conocimiento personal." Revista Cubana de Psicología, 18(3), 2001.
67. Ardila, A., M. Roselli: "Neuropsicología del envejecimiento," Revista Suma Psicológica, 1(1):1-11, 2004.
68. Arias, Guillermo: El papel de los otros y sus características en el proceso de potenciación del desarrollo infantil, II Conferencia sobre Legado Histórico-Cultural, La Habana, 2008.
69. Prieto Ramos O, Vega García E. Atención del anciano en Cuba. Desarrollo y perspectiva. 2da ed. La Habana: Editado por PALCO. 2006.
70. Corral, Roberto: El estudio de la memoria en la psicología cognoscitiva contemporánea, Ediciones Universitarias, La Habana, 2001.
71. Finley, G y M. Delgado: "La Psicología del Envejecimiento. Revista Latinoamericana de Psicología, Volumen (13):415-432.

72. Lotti, Alina M.: "Dichoso el que llega a viejo," Periódico Trabajadores, 30 septiembre, 2002.
73. Montañés, Patricia.: "Envejecimiento cognoscitivo." Revista colombiana de Psicología, número (8):13, 2007.
74. Moragas, R.: "El reto de la dependencia al envejecer." Herder, Barcelona, 2006.
75. Moulud Ali, Muhamad: Diagnóstico del funcionamiento neuropsicológico de los gerontes vinculados a la Universidad del Adulto Mayor, Tesis de Diploma, Facultad de Psicología, Villa Clara, 2002.
76. Orosa Fraíz, Teresa: La tercera edad y la familia, Editorial Félix Varela, La Habana, 2001.
77. Fuentes, C.: La educación vitalicia, Tercer Mundo Editores, Bogotá, Colombia, 2007.

ANEXO 1

Acta de Consentimiento Informado

Por este medio informamos a las familias que se realizará un estudio de intervención, con el objetivo de determinar el nivel de conocimiento de las mismas sobre los cambios que se producen en el adulto mayor.

Dicha investigación consiste en la aplicación de una encuesta, en un segundo tiempo se implementará un programa de prevención y posteriormente se aplicará nuevamente la encuesta.

Solicitamos la participación de los integrantes de las familias por voluntad propia de formar parte de este estudio y la posibilidad de abandonar el mismo en caso de que lo desee.

Sin otro asunto

Nombre del participante.

Firma

ANEXO 2

Encuesta

Tu participación en este trabajo será muy útil para tu vida. Necesitamos que responda cada una de las preguntas cuidadosamente, después de leerlas y pensar cual es la mejor respuesta y cual es tu criterio personal. (Marca las respuestas con una y más X si fuera necesario).

1. Edad que UD tiene.

_____ años.

2. Grado de parentesco que UD tiene con él (o los) adulto mayor.

Hijos_____ nietos_____ hermano(a)_____ otros_____
cuál_____.

3. De los aspectos que señalamos a continuación señale los que UD considera se experimentan en el adulto

a) _____ Se recuerdan con mayor claridad los sucesos que ocurrieron en el pasado.

b) _____ Existe perdida total de la memoria.

c) _____ Centran más su atención en situaciones de poca importancia.

d) _____ No son capaces de prestar su atención a ningún evento.

e) _____ No generan soluciones rápidas a los problemas.

f) _____ Perdida total de la inteligencia.

- i) _____ Existe dificultad para coordinar las ideas.
 - h) _____ Su forma de pensar es mucho más lenta.
4. Teniendo en cuenta los cambios emocionales que ocurren en el adulto mayor señale los que considera están presentes:
- a) _____ El adulto Mayor pierde la motivación por lo que lo rodea.
 - b) _____ Cambian las motivaciones según sus nuevas preferencias.
 - c) _____ Se molestan con facilidad.
 - d) _____ Se mantienen optimistas ante cualquier situación.
5. La visión en el Adulto Mayor:
- a) _____ Aumenta.
 - b) _____ Se mantiene igual.
 - c) _____ Disminuye.
6. Señale los cambios que sufre la audición en el adulto mayor :
- a) _____ Disminuye la capacidad de oír.
 - b) _____ Se pierde totalmente la capacidad de oír.
 - c) _____ Escuchan mejor que antes.
 - d) _____ No sufren ningún cambio.
7. Cuales de los siguientes cambios considera UD ocurre en el equilibrio y la marcha en el Adulto mayor.
- a) _____ Pierden el equilibrio.
 - b) _____ Sufren caídas con frecuencia.
 - c) _____ No pueden subir escaleras.
 - d) _____ No sufren modificaciones.

e) _____ Necesitan de apoyo para trasladarse.

f) _____ Caminan con rapidez.

8. Cual afirmación UD considera correcta en relación al uso de Medicamentos en el Adulto mayor.

a) _____ Los miembros de la familia pueden indicar medicamentos ante la presencia de un dolor.

b) _____ Los Adultos mayores pueden tomar cualquier tipo de medicamentos.

c) _____ El uso de sedantes puede contribuir a las caídas.

d) _____ Hay medicamentos que están contraindicados por la edad.

e) _____ Solo deben tomar medicamentos indicados por el medico.

f) _____ Las vitaminas y medicina verde no se deben administrar cuando se toman otros medicamentos.

9. Señale los planteamientos que UD considera correctos.

a) _____ Los Adultos mayores tienen pocos amigos.

b) _____ A esta edad no se pueden formar nuevas parejas

c) _____ Las fiestas y otras actividades son solo para jóvenes.

d) _____ El Adulto mayor no puede estudiar.

e) _____ No tienen participación en las decisiones de la familia.

f) _____ No necesitan privacidad.

g) _____ Aportan valiosas experiencias a la familia.

ANEXO NO. 3

Dimensiones e Indicadores

VARIABLE DEPENDIENTE	INDICADORES DIMENCIONES	TECNICA QUE UTILIZÓ O ITEM QUE EVALUA.
<p>Nivel de conocimiento en las familias funcionales del Consultorio medico de la familia número 1 del área de salud Camilo Cienfuegos sobre los cambios que ocurren en el adulto mayor.</p>	<p>Alto: Sí conocen los cuatro cambios que ocurren en la esfera cognitiva. Sí identifican los dos cambios de la esfera afectivas. Si reconocen que la visión disminuye. Sí conocen os tres cambios que ocurren en el equilibrio y la marcha. Si conoce los tres aspectos que se mencionan en el uso de medicamentos en la tercera edad. Si conoce los cambios que ocurren en las relaciones sociales.</p> <p>Medios: Si conoce tres cambios que ocurren en la esfera cognitiva. Si conoce un cambio que ocurre en la esfera afectiva.</p>	<p>Encuesta.</p> <p>Pregunta #3: Incisos a, c, e, h.</p> <p>Pegunta #4 Incisos b, c.</p> <p>Pregunta #5 Incisos c</p> <p>Pregunta #6 Inciso a</p> <p>Pregunta #7 Incisos b, e.</p> <p>Pregunta #8 Incisos c, d, e.</p> <p>Pregunta #9 Incisos a, g.</p> <p>Todos los incisos correctos</p>

	<p>Si conoce dos cambios que ocurren en el equilibrio y la marcha. Si conocen dos aspectos sobre el uso del medicamento. Si conoce dos aspectos de los cambios sociales.</p> <p>Bajo: Si conoce dos cambios que ocurren en la esfera cognitiva. Si no conocen los cambios que ocurren en la esfera afectiva. Sí conocen un cambio de la marcha y el equilibrio. Sí conocen un cambio en la administración de medicamentos. Si no conoce los cambios que se producen en la esfera afectiva.</p>	<p>se evaluarán con un total de 6.7 puntos.</p>
--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------

ANEXO 4.

TITULO: PROGRAMA EDUCATIVO PARA ELEVAR LOS CONOCIMIENTOS SOBRE LOS CAMBIOS QUE OCURREN EN EL ADULTO MAYOR.

2) FUNDAMENTACION:

El Ministerio de Salud Pública se encuentra en todo un proceso de perfeccionamiento, dando prioridad al programa del Adulto mayor. Como parte de este proceso las familias elevaran su nivel de conocimiento sobre los cambios que ocurren en el adulto mayor. Teniendo en cuenta las debilidades en el conocimiento de este grupo poblacional así como el vertiginoso ascenso del envejecimiento, se diseñó este curso para enfrentar este problema.

3) OBJETIVO GENERAL: Realizar una intervención educativa para elevar el conocimiento sobre los cambios que ocurren en el adulto mayor en las familias funcionales del Consultorio medico de la familia número 1 del área de salud “Camilo Cienfuegos”.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

Explorar el nivel de conocimientos de las familias funcionales del Consultorio medico número 1 sobre los cambios que ocurren en el adulto mayor en cuanto a:

- Procesos cognitivos.
- Procesos afectivos
- Equilibrio y marcha

- Uso de medicamentos.
- Visión
- Audición.
- Esfera social.

Elaborar un programa educativo que contribuya a elevar el nivel de conocimientos sobre los cambios que ocurren en el adulto mayor en las familias funcionales.

Aplicar el programa educativo a la muestra objeto de estudio.

4.-Evaluar el conocimiento de las familias funcionales sobre los cambios que ocurren en el adulto mayor antes y después de haber realizado la intervención educativa.

4) REQUISITOS DE INGRESOS:

Tener al menos un adulto mayor en la composición familiar.

5) DURACION: Sietes frecuencias (2 veces por semana todos lunes y viernes de 2.00 PM a 2:30 PM) desde el 12 Enero del 2009 hasta 23 de febrero del 2009.

6) MODALIDAD:

Curso Municipal.

7) PERFIL DEL EGRESADO:

El egresado de este curso contará con el conocimiento necesario para enfrentar los cambios biológicos, psicológicos y sociales que ocurren en el adulto mayor.

8) ESTRUCTURA DEL PLAN DE ESTUDIO Y ASPECTOS ORGANIZATIVOS:

SEMANAS LECTIVAS: 7 horas

FRECUENCIA SEMANAL: 14 horas divididas en 2 frecuencias semanales de 30 minutos de duración.

TOTAL DE HORAS: 56 horas

Se realizará en el área de salud con una matrícula de 58 familias en las 7 semanas lectivas del curso.

El mismo se planificará de la siguiente forma

Cursos	Fecha de inicio	Fecha de terminación
Primera vez	12-01-09	23-02-09

PROGRAMA ANALÍTICO:

Todos los temas que son tratados en el curso se han preparado con aplicación a situaciones problemáticas de salud en relación con la metodología de OMS para aumentar los conocimientos de las familias en relación a los cambios que se producen en el adulto mayor.

SEDE: Biblioteca del consejo popular.

TEMA 1: Introducción

Objetivo: Presentar a los participantes y el programa

Contenidos:

Objetivos de la investigación.

Reflexiones sobre el adulto mayor.

Reglas de trabajo en grupo.

Tareas para el tema.

Se brindara información a los participantes de los propósitos que perseguimos con esta investigación y se harán reflexiones entorno a la problemática. Crear un ambiente positivo para la reflexión grupal, establecer reglas de trabajo del grupo dentro de los miembros de las familias seleccionadas.

TEMA 2. Cambios Biológicos que ocurren en el adulto mayor.

Objetivo: Analizar los cambios que ocurren a nivel biológico en el adulto mayor

Contenido:

Cambios más frecuentes en la visión.

Cambios más frecuentes en el aparato auditivo.

Repercusión de estos cambios en el adulto mayor y el ámbito familiar.

Tareas para el tema.

Los participantes identificarán con ayuda del profesor los cambios que ocurren en el adulto mayor en el aparato auditivo y la visión. Se realizará un socio drama donde se reflejen esta situación en el marco de una familia propiciando la reflexión de los participantes sobre esta problemática.

Bibliografía

1. Roca Bruno Mederos J: C. Tratado de gerontología y Geriatria Clínica. Editorial Científico – Técnica 1999.
2. Davis M.A. Envejecimiento de poblaciones e individuos y Salud para Todos. Foro Mundial de salud 2006.
3. Wong A.K. Vivir más Tiempo, más años y más felices. Foro Mundial de la Salud, Vol. 12, No.3 2007.

4. Envejecimiento activo, mejor vida en la tercera edad. Entrevista con el doctor Víctor Manuel Mendoza Núñez, jefe de la Unidad de Investigación en Gerontología de la Facultad de Estudios Superiores (FES) Zaragoza de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Publicada por saludymedicinas.com.mx. 2007

TEMA 3. Cambios Biológicos que ocurren en el adulto mayor.

Objetivo: Analizar los cambios que ocurren a nivel biológico en el adulto mayor.

Contenido:

1. Cambios en la marcha del adulto mayor.
2. Cambios en el equilibrio del adulto mayor.
3. Influencia de estos cambios en el adulto mayor y su familia.

Tareas para el tema.

El profesor expondrá los cambios que ocurren en el adulto mayor en relación con la marcha y el equilibrio. Se realizara un sociodrama donde se refleje esta situación en el marco de una familia propiciando la reflexión de los participantes sobre esta problemática.

Bibliografía

1. Antonuccio Osma N. La Salud Mental en la 3ra. Edad. Psicogeriatría. Buenos Aires. Ediciones Akadia 2006.
2. Atención del anciano en Cuba desarrollo y perspectiva. Centro Iberoamericano para la Tercera Edad (CITED) 2da.edición, 1996. La Habana.
3. MSc Hernández Pérez, Caridad. Adulto mayor, hijos y nietos: una relación necesaria. Año 2005.

4. Hernández Castellón El envejecimiento de la población en Cuba. CEDEN, Habana 1999.

5. Gómez. M. J.F. et al. Evaluación de la Salud de los ancianos. Manizales. Columbia. 1995.

TEMA 4. Manifestación de los procesos afectivos en el adulto mayor.

Objetivo: Reflexionar sobre los cambios que ocurren en los procesos afectivos en el adulto mayor.

Contenidos:

- 1-Manifestación de las emociones y sentimientos.
2. La ansiedad y depresión como síntomas fundamentales.
3. Repercusión de estos cambios.

Tareas para el tema.

Inicialmente se procurara despertar el interés y la atención de los participantes mediante la lectura del artículo Cuando yo sea viejo para luego exponer el contenido sustancial del tema. Los cursistas expondrán sus vivencias a cerca de situaciones enfrentadas con respecto al tema que se trata.

Bibliografía

1. Corralisa J. Ciudad y Calidad de Vida. Revista Documentación Social, Número Monográfico 1999
2. Barras, LC. Aspectos sociales del envejecimiento, 2003.
3. Anciano (dignidad)." Microsoft Encarta 2007. Microsoft Corporación, 2006.

4. Fierro A. Proporciones y propuestas sobre el buen envejecer. En: Buendía J. Envejecimiento y Psicología de la salud.-- Madrid: Siglo XXI de España Editores, S.A; 2004

5. Rodríguez JA. Dimensiones psicosociales de la vejez. En: Buendía J. Envejecimiento y Psicología de la Salud. Madrid: Siglo XXI de España Editores, S.A.; 2004.

6. Atención del anciano en Cuba desarrollo y perspectiva. Centro Iberoamericano para la Tercera Edad (CITED) 2da.edición, 1996. La Habana

TEMA 5: Cambios en los procesos del conocimiento en el adulto mayor.

Objetivo: Reflexionar críticamente acerca de los cambios en los procesos cognoscitivos del adulto mayor.

Contenido:

- 1- Manifestaciones de los cambios de la memoria, atención, pensamiento, inteligencia y lenguaje en el adulto mayor.

Tareas para el tema:

El profesor expondrá los cambios que ocurren en los procesos cognoscitivos en esta etapa. Esta actividad proporcionará a los participantes una clara reflexión sobre los cambios que ocurren en los procesos de la memoria, atención, pensamiento, inteligencia y lenguaje en el adulto mayor.

Bibliografía

1. Dirección de Estadísticas, (2005). "Anuario Estadístico de Salud, 2004. República de Cuba". La Habana.2005

2. Menéndez J.J. Vigilancia en Salud de Adultos Mayores. Centro Iberoamericano de Tercera Edad. 2004
3. Los Adultos Mayores Un reto para la sociedad - 10 al 14 de Marzo del 2003 Red Latinoamericana de Gerontología
4. Jiménez R, S. Y Román G., Norbel. “Los problemas del abuso que presentan las personas mayores de 60 años, atendidas en los servicios de valoración y consulta externa del hospital nacional de geriatría y gerontología Dr. Raúl Blanco Cervantes”, Costa Rica, 2006
5. Envejecimiento y Sociedad: Una perspectiva internacional. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2000.
6. (Buendía J. Gerontología y Salud.: Envejecimiento y salud. -- Madrid: Siglo XXI de España Editores, S.A.; 1997

TEMA 6: Uso de medicamentos en el adulto mayor.

Objetivo: Crear en los participantes actitudes responsables ante el uso de medicamentos en el adulto mayor.

Contenidos:

- 1-Medicamentos contraindicados en el adulto mayor.
- 2 Interacciones medicamentosas.
3. Uso de la medicina verde y las vitaminas.

Tareas para el tema

En esta actividad el profesor se abordara las principales grupos de fármacos contraindicados en esta etapa de la vida, así como sus interacciones

medicamentosas. Se hará énfasis en los beneficios de la medicina verde y las vitaminas en el adulto mayor.

Bibliografía

1. Rodríguez JA. Dimensiones psicosociales de la vejez. En: Buendía J. Envejecimiento y Psicología de la Salud. Madrid: Siglo XXI de España Editores, S.A.; 1994
2. Orosa Fraíz Teresa. La Tercera edad y la familia. Editorial Félix Varela. La Habana (2003)
3. concretos Corraliza Rodríguez A. Vejez y Sociedad: dimensiones psicosociales. – Madrid: Ed. Pirámides; 2000.
25. Universidad de La Habana. Facultad de Psicología. Informe de investigación del Grupo familia. – La Habana; 2007.
4. Quintero G. Psicología del envejecimiento. En: Rocabruno Mederos JC. Tratado de Gerontología y Geriatria. –Ciudad de La Habana: Científico-técnica; 1999.
5. Lerh U. La calidad de vida en la tercera edad: Una labor individual y social. 2006
6. Bermúdez Morris, Raquel y Lorenzo Pérez Martín: La teoría histórico cultural de L.S. Vigotsky. Algunas ideas básicas acerca de la Educación y el desarrollo psíquico, Editorial Pueblo y Educación, La Habana, 1999.
7. Birren, J.E.: I have to do it my self. A history of gerontopsychology in autobiography, American Psychological Association, Washington, D.C 2007.

TEMA 7: Relaciones sociales en el adulto mayor.

Objetivo: Analizar los principales cambios en la esfera social del adulto mayor

Contenidos:

1. Cambios sociales en el envejecimiento.
2. Repercusión de estos cambios en el adulto mayor.

Tareas para el tema

En esta actividad se abordan los principales cambios que ocurren en la esfera social en esta etapa de la vida, así como su repercusión en el adulto mayor y su familia. Se formaran tres subgrupos donde abordaran la temática en sus diferentes aristas.

Bibliografía

1. Quintero G. "Calidad de Vida en la Tercera Edad", Conferencia Centro de Iberoamericano de la Tercera Edad.-- La Habana: s.n.; 1996.
2. Programa de Atención Integral al Adulto Mayor. Actualización. Cuba; 1997
3. Fierro A. Proporciones y propuestas sobre el buen envejecer. En: Buendía J. Envejecimiento y Psicología de la salud.-- Madrid: Siglo XXI de España Editores, S.A; 2004.
4. Rodríguez JA. Dimensiones psicosociales de la vejez. En: Buendía J. Envejecimiento y Psicología de la Salud. Madrid: Siglo XXI de España Editores, S.A.; 1994.
5. Quintero G. "Calidad de Vida en la Tercera Edad", Conferencia Centro de Iberoamericano de la Tercera Edad.-- La Habana: s.n.; 1996.

TEMA 8: ¿COMO NOS HA IDO?

Objetivo: Valorar la trascendencia de lo que han debatido y la utilidad para su vida futura

Contenidos:

1-Integración de los temas abordados en los encuentros.

2-Aplicación de la encuesta.

Tareas para el tema

En esta actividad los coordinadores realizarán una integración de los contenidos abordados en los encuentros valorando la importancia que revisten los mismos para el futuro y lograr una mejor comprensión de los cambios biopsicosociales del adulto mayor.

Durante este encuentro, en un segundo momento se aplicará la encuesta diseñada para dar cumplimiento al objetivo de la investigación.

Bibliografía

1. Lerh U. La calidad de vida en la tercera edad: Una labor individual y social. En: Vega Vega JL, Bueno Martínez B. Psicología evolutiva y de la educación.--Madrid: Síntesis; 1996.

2. Quintero G, Trujillo O. Dimensión Sociopsicológica del envejecimiento. En: Rocabrunos Mederos JC, Prieto Ramos O. Gerontología y Geriatria Clínica.-- La Habana: Ciencias Médicas; 2002.

3. Iglesias Duran OL. Lo Psicológico en el envejecimiento. En: Núñez de Villavicencio F. Psicología y Salud.-- Ciudad Habana: Ciencias Médicas; 2005.

4. Orosa Fraíz T. La Tercera edad y la Familia. Una Mirada desde el Adulto Mayor.--- La Habana: Centro Félix Varela; 2003.

9) METODOS:

Conferencia y Talleres

10) RECURSOS Y MEDIOS DE ENSEÑANZA:

Pizarra y plumones

Transparencias y retroproyector

Computadora, moden, vídeo y scanner para obtener información actualizada de bases de datos bibliográficas.

11) CLAUSTRO:

LIC, Arelys Barreda Morales. Licenciada en Enfermería. Profesor Asistente.

12) ESTRATEGIA

PROGRAMA DE CLASES

Tema	Contenido	Tipo de enseñanza				Total de Horas	Fecha	Profesor
		Conf.	CTP	Sem	Taller			
1	Brindar información a los participantes de los propósitos que perseguimos con esta investigación. Crear un ambiente positivo para la reflexión grupal, establecer reglas de trabajo del grupo	1h				1hora	12-01-09	Lic Arelys Barreda Morales.

	dentro de los integrantes de las familias funcionales del Consultorio medico de la familia número 1 del área de salud Camilo Cienfuegos. Reflexionar entorno a la problemática							
2	Cambios más frecuentes que en el envejecimiento ocurren a nivel de la visión, el aparato auditivo, y como estos influyen en la vida del adulto mayor (1, 2).	1h	1h			2h	16-01-09 19-01-09	Lic Arelys Barre da Moral es
3	Cambios más frecuentes que en el envejecimiento ocurren en la marcha y el equilibrio, y como	1h			1h	2h	26-01-09 30-01-09	Lic Arelys Barre da Moral

	estos influyen en la vida del adulto y la familia (3,1).							es
4	Procesos afectivos. Emociones y sentimientos. Ansiedad y depresión Cambios en el adulto mayor. Como enfrentarlos (4,5).	1h			1h	2h	2-02-09 6-02-09	Lic Arelys Barre da Moral es
5	Concepto de memoria, atención, pensamiento, inteligencia y lenguaje. Cambios que sufren en la tercera edad (6,2).	1h			1h	2h	9-02-09 14-02-09	Lic Arelys Barre da Moral es
6	Relación del adulto mayor y la sociedad. Cambios que se producen (7).		1h		1h	2h	16-02-09 20-02-09	Lic Arelys Barre da Moral es

7	Integración de los temas abordados	1h		1h	1h	3h	23-02-09	Lic Arelys Barre da Moral es
Total		6h	2h	1h	5h	14h		
Total de horas del curso		18h						

13) EVALUACION:

La asistencia y puntualidad.

La participación será basada en la apreciación del profesor en las discusiones de grupo y en los ejercicios. Aportará 20 puntos.

La evaluación final será un examen teórico práctica integrador donde se separará en 6 equipos y se le dará una situación problemita que resuma los contenidos impartidos en el curso.

14) BIBLIOGRAFIA

1. Corral, Roberto: El estudio de la memoria en la psicología cognoscitiva contemporánea, Ediciones Universitarias, La Habana, 2001.
2. Finley, G y M. Delgado: "La Psicología del Envejecimiento. Revista Latinoamericana de Psicología, Volumen (13):415-432.
3. Lotti, Alina M.: "Dichoso el que llega a viejo," Periódico Trabajadores, 30 septiembre, 2002.
4. Montañés, Patricia.: "Envejecimiento cognoscitivo." Revista colombiana de Psicología, número (8):13, 2007.
5. Moragas, R.: "El reto de la dependencia al envejecer." Herder, Barcelona, 2006.
6. Moulud Ali, Muhamad: Diagnóstico del funcionamiento neuropsicológico de los gerontes vinculados a la Universidad del Adulto Mayor, Tesis de Diploma, Facultad de Psicología, Villa Clara, 2002.