

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

"JOSE ASSEF YARA"

TITULO: INTERVENCIÓN EDUCATIVA PARA PROMOVER UN ENVEJECIMIENTO SALUDABLE EN EL CONSULTORIO NO. 2 DEL ÁREA DE SALUD FLORENCIA.

AUTOR: LIC. CARLOS ALBERTO LÓPEZ HERNÁNDEZ

LIC. EN ENFERMERÍA

TUTOR: PABLO HERNÁNDEZ ALVAREZ

ESPECIALISTA DE 1ER. GRADO EN MEDICINA INTERNA

MSC. EN URGENCIAS MÉDICAS

TESIS PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE MASTER EN LONGEVIDAD SATISFACTORIA

CIEGO DE AVILA

2009

**"La gloria de los jóvenes es su fortaleza, la hermosura de los ancianos
su vejez".**

Proverbio de Salomón

DEDICATORIA

A mis padres,

*P*or su incondicional e interminable apoyo durante mi formación profesional.

AGRADECIMIENTOS

A Fidel y a la Revolución, por la posibilidad de elevar nuestro nivel científico.

A Dr. Pablo Hernández Álvarez por su entrega como tutor, por la precisión de sus orientaciones, su permanente exigencia, por ser ejemplo de amor, firmeza y dedicación.

A todos los que de una forma u otra me brindaron su ayuda.

A todos

¡Muchas gracias!

RESUMEN

Uno de los grandes retos para la ciencia ha sido el envejecimiento; proceso natural, universal, dinámico, continuo e irreversible a través del tiempo. Reflexionar sobre la importancia de una longevidad satisfactoria ha sido objetivo de este trabajo realizado en 100 ancianos pertenecientes al consultorio médico de familia número dos de Florencia, Ciego de Ávila, los resultados no mostraron diferencias en cuanto al sexo, predominando el grupo de edad de 60 a 80 años y la raza blanca. Solo una pequeña proporción de ancianos fueron considerados frágiles. De manera proporcional las relaciones conyugales influyeron en la edad de retiro laboral, manteniéndose vinculados por más tiempo las ancianas y ancianos casados o acompañados, por otra parte la incorporación al club de abuelos y la realización de ejercicios físicos sistemáticos contribuyeron a reducir o padecer menos enfermedades asociadas al envejecimiento.

Palabras Claves: Envejecimiento, Anciano, Adulto Mayor, Longevidad.

Tabla de Contenidos.

	Pág.
Introducción.....	1-13
Objetivos.....	14
Diseño Metodológico.....	15-19
Resultados y Discusión.....	20-29
Conclusiones.....	30
Recomendaciones.....	31
Referencias Bibliográficas.....	32-36
Anexos.....	37-46

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento es un proceso fisiológico, genéticamente modulado, que tiene lugar continua y progresivamente desde el nacimiento hasta la muerte de cada ser vivo. En el hombre se traduce en un conjunto de alteraciones moleculares, genéticas, celulares, tisulares y orgánicas que afectan a su morfología, fisiología y comportamiento. El progreso del envejecimiento se asocia a una mayor propensión para enfermar y sufrir ciertos deterioros fisiológicos. (1)

Durante este siglo se ha propuesto un gran número de teorías para explicar la naturaleza del envejecimiento. Por la naturaleza multicausal de este, resulta improbable que una única teoría pueda explicar todos sus mecanismos. (1)

El envejecimiento compromete un número de genes diferentes, se han llegado a señalar hasta 100 genes implicados en la evolución de la longevidad. También hay mutaciones múltiples que afectan a todos los procesos del envejecimiento. El envejecimiento ocurre a todos los niveles: al nivel molecular, nivel celular y nivel de órgano. Todos estos fenómenos del envejecimiento no los puede explicar un mecanismo único, por lo tanto, la teoría que valore la naturaleza multicausal será la que conseguirá un acercamiento científico más racional. (2)

La edad cronológica, el número de años de una persona, frecuentemente no es un buen indicador del avance del proceso de envejecimiento. ¿Existen o se

podrán desarrollar biomarcadores del envejecimiento? Con seguridad se puede responder negativamente a la primera parte de la pregunta. La respuesta a la segunda parte es más compleja. Aunque en los últimos 15 años se han realizado muchas investigaciones para la búsqueda de biomarcadores, lo cierto es que no se ha podido encontrar o idear ningún biomarcador del envejecimiento que fuese moderadamente útil. (3)

Por ello, no es de extrañar que muchos investigadores sean críticos respecto a la posibilidad de encontrar o idear biomarcadores del envejecimiento, un proceso que no es homogéneo y que no ocurre a una única velocidad. En cualquier caso, la búsqueda sobre biomarcadores se ha dirigido en muy diversas direcciones: genes, hormonas, células, comportamiento, etcétera. (2)

En general, a los 60 años de edad los gobiernos y organizaciones internacionales comienzan a definir como la del "adulto mayor", no obstante las expectativas de vida varían en diferentes escenarios y hay muchos factores que afectan el proceso de envejecimiento de una persona. Algunas personas podrían ser "viejas" a los 35 años; otras viven en forma plena y productiva cumplidos ya los 100 años. En muchos lugares las personas no definen su edad en términos de cuantos años han vivido, sino en términos de lo que son capaces de hacer. (4)

Se prevé que en el índice de envejecimiento medido en la relación de personas mayores por cada 100 jóvenes menores de 15 años de edad se duplicará o triplicará en los próximos años. Por ello, cada vez con mayor interés los gobiernos van estudiando y ocupándose del proceso de envejecimiento, de la

elaboración de programas para facilitar un envejecimiento activo y saludable y de prestar mayor atención en cobertura y calidad a las personas mayores mediante el desarrollo de servicios de salud que estén modernamente orientados a ellos y a sus familiares o cuidadores. (4)

El respeto al adulto mayor es un problema político, cultural y ético. Garanticemos la realización de un ambiente humano, social y espiritual en cuyo seno todas las personas, pero particularmente los de más edad, puedan vivir de forma plena y digna, puedan gozar del derecho a amar y ser amados. Enorgullecámonos de llegar a viejos y luchemos por defender nuestros espacios y derechos. (5)

El envejecimiento de los habitantes es un signo más del estado de la población de un país. En este sentido nuestro continente va a ser el que más rápidamente va a envejecer en los próximos años, pero mientras los países desarrollados de Europa, Canadá y Estados Unidos primero se enriquecieron y luego se envejecieron, en América Latina esto no va a suceder así. Nos envejeceremos aún siendo pobres lo que trae un desafío único para nuestra región. Se ha comprobado que en nuestros países, el crecimiento numérico del segmento de población de personas mayores de 60 es más acelerado en últimos las últimas décadas. (4)

En nuestros días, gracias al aporte de la ciencia y de la medicina, asistimos a una prolongación de la vida humana y, por consiguiente, al incremento del número de las personas ancianas. Cuba, país sensible frente al adulto mayor, implementa una atención específica para estos individuos con la finalidad de que vivan sus potencialidades con plenitud. (6)

El envejecimiento de la población cubana es una de las implicaciones demográficas y sociales más importantes derivadas del descenso de la fecundidad, la mortalidad y el aumento de la esperanza de vida. Ello exige un mayor perfeccionamiento de los servicios sociales y en especial de los servicios de salud destinados a este sector de la población dado el perfil sanitario que este grupo presenta, en el que figuran como protagonistas las enfermedades crónicas no transmisibles, degenerativas y sus secuelas, de no fácil manejo y donde la prevención debe ser efectuada desde las edades precedentes a fin de asegurar una más larga y mejor vida. (5 – 6)

Se posee un programa de educación para las personas adultas que favorece la educación continua y permanente con el objetivo de colocar a este sector a altura de los cambios y novedades tecnológicas, sociales y científicas de este tiempo. (6)

Las Cátedras del Adulto Mayor, adscriptas a los centros de enseñanza superior, constituyen un fragmento de la realidad de la educación cubana formadora de un hombre plenamente libre.

El programa nacional para el adulto mayor se propone lograr un envejecimiento saludable y una vejez satisfactoria mediante acciones de promoción, prevención, asistencia y rehabilitación ejecutadas por el Sistema Nacional de Salud, en coordinación con otros organismos y organizaciones del estado. Para alcanzar una longevidad satisfactoria, debe lograrse un envejecimiento saludable, etapa esta última que comienza mucho antes de los 60 años. Esta solo puede obtenerse desarrollando desde edades tempranas hábitos y estilos

de vida saludables, así como realizando prevención temprana de algunas enfermedades y discapacidades. (6 – 8)

El paso de los años no hay que ocultarlo como una vergüenza, sino hay que exhibirlo como un triunfo de la vida. El que llega a edad avanzada ha triunfado sobre toda vicisitud física y moral y, por lo tanto, desea disfrutar de esa experiencia como lo merece.

Planteamiento del problema

Si bien la mayor parte de los adultos mayores están en condiciones de mantenerse libres de discapacidad, la falta de un envejecimiento saludable desembocará en una vejez "patológica", y una proporción de ellos, que aumenta con la edad, se tornará frágil y necesitará apoyo, atención o institucionalización, muchas veces por el resto de sus vidas. Esto determina que el crecimiento de la población más vieja conduzca a una creciente demanda de servicios sociales y de salud. Consideramos de esta manera ¿Como lograr un envejecimiento saludable dentro de los ancianos del consultorio médico de la familia número dos, del Municipio Florencia, Ciego de Ávila?

MARCO TEÓRICO

Antecedentes históricos.

El término gerontología proviene etimológicamente del griego, geron = viejo y logos = estudio. Parece que el término gerontocracia, con el que se describía en la Grecia antigua al gobierno controlado por los ancianos pudiera haber sido el término precursor. Los espartanos capitalizaban la experiencia de los ancianos. Los Gerontes era un consejo de 28 hombres que pasaban de los 60 años y controlaban el gobierno de la Ciudad-Estado. (9)

En 1903, Michel Elie Metchnikoff, sociólogo y biólogo ruso, sucesor de Pasteur y Premio Nobel de Medicina y Fisiología en 1908, propuso a la Gerontología como ciencia para el estudio del envejecimiento. (10)

Honorato de Balzac (1799 -1850), escritor francés, autor de la Comedia Humana, en sus novelas, describe a la mujer de treinta años como una persona madura, hoy esa señora es, sin dudas, una joven dama, porque actualmente la edad media femenina es de 50 años. Así que la edad es una cuestión muy relativa. (9)

Tenemos una categoría socio-psicológica que promueve variantes, basada en la experiencia cultural transmitida de generación en generación y las características de la época a la que el individuo pertenece, en las que intervienen creencias, prejuicios y actitudes compartidas por el grupo social; además existen las expectativas, lo que espera uno de los demás y de sí mismo. (11 – 13).

Algunos todavía teorizan a partir de criterios en los que se resaltan únicamente los aspectos de deterioro y pérdida de las capacidades físicas, mentales y sociales del individuo en el proceso de envejecimiento. Pero la imagen no es sólo lo que ofrece el espejo del estado físico personal, donde pueden verse arrugas y canas, mire fijo a los ojos de una persona saludable y observará el brillo de la vida. (5 - 6)

Un individuo de cincuenta luce en la actualidad menos viejo que antes, cuando la esperanza de vida era menor. Existe indudablemente una nueva imagen de la vejez. El llegar a viejos tampoco limita el cursar estudios, integrar equipos deportivos, de turismo, de música, danza o de cualquier grupo a fin a sus intereses. La vida no acaba si las personas al envejecer, emplean cada día en algo que las haga felices. (7)

Los estudios indican que las familias no se deshacen fácilmente de los mayores, confiándolos a las instituciones, sino que es común ver hogares con dos y tres generaciones conviviendo. Es importante afrontar la vejez con sus ventajas y desventajas. No evadirla, ni lamentarla. En lo absoluto, hay que descubrir los nuevos papeles que podemos desarrollar en esta edad o la manera de conservar los antiguos.

La mejoría de las condiciones socioeconómicas, la política del Ministerio de Salud Pública de Cuba (MINSAP), el aumento de la cultura sanitaria y de los adelantos de la medicina han disminuido las causas de muerte prematura, las de mortalidad infantil, y se ha incrementado la esperanza de vida al nacer. (11, 14)

El Centro Iberoamericano de la III Edad (CITED) como Centro de Referencia, tiene establecido en su sistema de evaluación geriátrica el pesquisaje primario de salud, el cual lo realizan los médicos, y el tratar de profundizar en aquellos problemas neurológicos en la comunidad favorecen a un mejor manejo del adulto mayor por dichos profesionales. (15 – 19)

Si bien la mayoría de las personas de edad pueden satisfacer sus necesidades con los servicios horizontales de salud donde se atiende la población en general, un grupo de ellos, los frágiles y los que se encuentran en estado de necesidad, demandan la verticalización de esta atención, por tener ellos demandas de salud especiales. (20)

La evaluación clínica, relación fundamentalmente gnóstica entre el médico y la persona a ser examinada es insustituible y en el caso del adulto mayor, tiene sus características particulares debido a los cambios que aparecen, a medida que se envejece, en su mayoría benignos y más evidentes después de los 60 años de edad, pero también estarán presentes las manifestaciones correspondientes a enfermedades subyacentes. Además es necesario conocer las modificaciones en cuanto a la técnica de exploración, la atención dirigida a ciertas partes del examen y los cambios imprescindibles en nuestra interpretación de los hallazgos encontrados, al variar con la senectud los límites usuales entre lo normal y lo anormal. (21 – 27)

Situación actual del problema

El número de personas que en el mundo rebasa la edad de 60 años, aumentó en el siglo XX de 400 millones en la década del 50, a 700 millones en la década del 90; estimándose que para el año 2025 existirán alrededor de 1 200 millones de ancianos. (15 – 17)

También se ha incrementado el grupo de los "muy viejos", o sea los mayores de 80 años de edad, que en los próximos 30 años constituirán el 30 % de los adultos mayores en los países desarrollados y el 12 % en los llamados en vías de desarrollo.

Antes se consideraba a una persona de 50 años como vieja, en cambio ahora es otra la realidad, porque la esperanza de vida es mucho mayor, y las condiciones han mejorado para mantener la salud humana. El envejecer es obligatorio, comienza desde el mismo momento en que nace el individuo y sólo se detiene con la muerte, pero no acontece en cada uno de la misma manera, ni en la misma edad cronológica. (13)

En el intento de encontrar términos con los cuales identificar la disminución de la capacidad funcional inherente al adulto mayor y por tanto el aumento de su dependencia del medio, surgen los conceptos de "fragilidad" y "anciano frágil".

La detección precoz de la fragilidad y el empleo oportuno de técnicas diagnósticas, terapéuticas y rehabilitadoras pueden modificar positivamente la

expresión esperada de la discapacidad en el anciano, por lo que intervenir en este sentido tiene implicaciones tanto en el plano social como en la calidad de vida del adulto mayor. (22 – 23)

Para unos autores lo que determina la fragilidad es la coexistencia de determinados procesos clínicos, para otros la dependencia en las actividades de la vida diaria y para otros la necesidad de cuidadores institucionales. También ha sido relacionada con declinación funcional, impedimento inestable y discapacidad. (24 – 27)

La concepción de la imagen de la vejez, varía también en dependencia de quien la observe, según sea un niño, un adolescente, un adulto o un anciano. En un estudio realizado por gerontólogos cubanos, se manifestó que entre las generaciones encuestadas hay grandes similitudes y divergencias sobre su visión de la vejez. (28)

Envejecimiento saludable es aquel donde los factores extrínsecos contrarrestan los factores intrínsecos del envejecimiento, evitando que haya poca o ninguna pérdida funcional. Existen otras tres características clave del envejecimiento saludable: riesgo bajo de sufrir enfermedades o tener alguna discapacidad causada por alguna enfermedad, alto rendimiento de las funciones físicas y mentales, compromiso activo con la vida. (29 – 33)

Proyección cubana para una vejez activa y saludable

Actualmente casi el 17 por ciento de la población cubana es mayor de 60 años, y para el 2025 se estima que será de un 26 por ciento, es decir sumará más de

tres millones de personas, lo cual impone nuevos y mayores desafíos en aras de facilitar el buen desenvolvimiento de ese segmento poblacional. (17 – 19)

El envejecimiento en Cuba es muy especial porque rompe los patrones de un país en vías de desarrollo, y puede compararse con los índices de los estados más avanzados de Europa, e incluso, Estados Unidos. (13)

Al comparar a Cuba con otros países del área, hallamos que la mayor parte de las naciones latinoamericanas y caribeñas no han establecido sistemas de seguridad social incluyentes y eficaces que permitan acumular recursos suficientes para vivir una vejez adecuada, lo cual significa que en la región más de la mitad de la población urbana mayor de 60 años no recibe ingresos por jubilación o pensiones, cifra mucho mayor en las zonas rurales que llega al 72%. (13, 17, 28)

En el 2025, nosotros seremos el más avejentado en América Latina y en el 2050 uno de las más altas edades del mundo; y en el orden territorial, las provincias de Villa Clara, Ciudad de La Habana y, en menor grado, Guantánamo son las más envejecidas del país. Las mujeres promediarán más de 4 años que los hombres. La OMS-OPS valora y sigue de cerca las medidas que esta tomando Cuba al respecto, porque puede ser un buen ejemplo para otros países de la región y del planeta. (15, 17, 18)

En estos días se habla mucho del envejecimiento de la población cubana y, claro está, eso tiene sus implicaciones diversas, motivo de discusión entre varios jubilados. El enfoque de la seguridad social va más allá de las pensiones

y reside en la garantía del pleno empleo, seguridad alimentaria, cultura general integral y participación social. (33)

También el acceso a la educación, a medios médicos y a los medicamentos necesarios para enfrentar los problemas que se puedan presentar en ese período, todo acompañado de una fuerte promoción de la salud, y de hábitos saludables, beneficia una longevidad sana.

Esta situación implicará transformaciones para la familia, la economía, los servicios de salud y en el ciclo de trabajo. El impacto del envejecimiento en la salud pública es alto: mayor riesgo de discapacidad, aumento de enfermedades crónicas, seguimiento médico prolongado, complejidad de acciones, incremento del costo de las acciones asistenciales y demanda de los servicios de larga duración. Todo ello implica fortalecer los servicios sanitarios en la comunidad encargados de la atención a los adultos mayores y el aumento del espíritu de solidaridad humana, para que perciban que siguen siendo importantes, y son atendidos y queridos. (33 – 34)

El día primero de Octubre se ha designado como Día del Adulto Mayor, proponiéndose que esta fecha nos haga asumir un mayor compromiso por la vida, en el respeto, cuidado y protección de nuestros adultos mayores. Pensar en el adulto mayor es pensar en nuestro futuro. (30)

Justificación del problema de investigación.

Razones Científicas:

Para lograr un mejor manejo del adulto mayor por los profesionales de la salud, es necesario conocer lo considerado como envejecimiento normal. La evaluación clínica neurológica, incluyendo la neuropsicológica como método diagnóstico de exploración ordinaria es una necesidad actual de las neurociencias para poder integrar conocimientos avanzados. Las relaciones entre los cambios ocurridos en la senescencia y las enfermedades asociadas con ese grupo de edad imponen un reto. Por tanto el conocimiento de las modificaciones que el envejecimiento saludable provoca sobre la evaluación clínico-neurológica favorece a un mejor diagnóstico y evita investigaciones innecesarias.

Razones Económicas:

En Cuba se valoran líneas estratégicas para años próximos que marcarán un envejecimiento paulatino de nuestros trabajadores y los beneficios de su permanencia en el trabajo, entre ellas, su experiencia profesional y laboral, capacidad docente e investigativa, excelencia en los servicios sociales prestados, por tanto logrando un envejecimiento saludable se dispondría de una fortaleza laboral y profesional.

Razones Sociales:

Los abuelos y hasta los bisabuelos, son activos miembros de los núcleos familiares cubanos, todos los queremos y los cuidamos, porque colaboran con los más jóvenes hasta enseñarlos a envejecer. Con la edad hay más experiencia de la vida, entonces ¿por qué no ofrecer ese conocimiento adquirido a través de los años, a las nuevas generaciones que lo necesitan así como también contribuir en la formación de buenos valores en estas? por estas razones nos proponemos lograr un envejecimiento saludable.

Diseño de una estrategia educativa que cuenta de cuatro pasos fundamentales:

- Crear una estrategia para educar al adulto mayor al asumir una vejez activa y saludable.
- Determinar como debe llevar su estilo de vida satisfactorio.
- Identificar enfermedades asociadas, discapacidades y como prevenirlas.
- Evaluar cuando el envejecimiento es normal, patológico y óptimo.

Objetivos generales:

- Determinar variables relacionadas con el envejecimiento saludable dentro de un grupo de ancianos pertenecientes a un consultorio del Médico de Familia.
- Diseñar una intervención educativa para promover un envejecimiento saludable.

Específicos.

1. Distribuir los ancianos según edad, sexo y grupos étnicos más frecuentes.
2. Determinar la proporción de ancianos considerados como frágiles.
3. Relacionar el estado conyugal con la edad de jubilación según sexo.
4. Evaluar la realización o no de ejercicios físicos con las patologías asociadas.
5. Identificar su incorporación al club de abuelos y evaluación por el EMAG.

Operacionalización de las variables:

Para dar salida a los objetivos trazados se creó una base de datos usando

Microsoft Access XP con las siguientes variables:

- Edad: Según edad cronológica.
- Sexo: según sexo biológico de pertenencia: Femenino y Masculino
- Color de la piel: Blancos, Negros, Mestizos.
- Estado de Fragilidad: Evaluado por el EMAG como frágil.
- Estado civil: Soltero, Divorciado, Casado y Acompañado.
- Edad al retiro: Edad de jubilación laboral.
- Realiza ejercicios físicos: si realiza o no ejercicios físicos rutinariamente.
- Enfermedades asociadas: Padece de HTA, Osteoartrosis, Insuficiencia Cardíaca Congestiva, Enfermedades Neoplásicas, Diabetes Mellitus u otra enfermedad crónica.
- Incorporación al club de abuelos: Incorporado o no a este Club.

CONTROL SEMÁNTICO O DEFINICIÓN DE TÉRMINOS:

Longevidad Satisfactoria:

Condición de salud, que en su sentido más amplio, permite a las personas de edad satisfacer sus expectativas personales y cubrir las exigencias que le impone el medio.

Para que se produzca se necesita:

- Un envejecimiento saludable.
- Estilos de vida satisfactorios.
- Mantenimiento de las reservas funcionales.
- Prevención de enfermedades y discapacidades.

Envejecimiento normal o primario:

Implica una serie de cambios graduales biológicos, psicológicos y sociales asociados a la edad, intrínsecos e inevitables, y que ocurren como consecuencia del paso del tiempo. Ejemplo de ello es el encanecimiento del cabello.

Envejecimiento patológico o secundario:

Se refiere a los cambios que se producen como consecuencia de enfermedades y malos hábitos, entre otros, que no están incluidos dentro del envejecimiento normal (cataratas, enfermedad de Alzheimer, diabetes) y que, en algunos casos, pueden prevenirse o ser reversibles.

Envejecimiento óptimo o satisfactorio:

Es aquel que se produce a partir de inmejorables condiciones físicas, psicológicas y sociales; es el deseado por todos, pues implica pocas pérdidas o ninguna, además de escasas probabilidades de presencia de enfermedades.

Anciano Frágil:

Personas que por condiciones biológicas, psicológicas, sociales o funcionales están en riesgo de desarrollar un estado de necesidad.

Anciano en estado de necesidad:

Personas que por su discapacidad física o mental, por abandono social o por privación económica necesitan de un sistema de cuidados a largo plazo.

Cuidados a largo plazo:

Sistema de cuidados que se brinda por tiempo prolongado, tanto en la APS (domicilios y casas de abuelos), como en hospitales de crónicos e instituciones sociales.

Equipo Multidisciplinario de Atención Gerontológica (EMAG):

Equipo de trabajo integrado por un médico, psicólogo, enfermera y trabajadora social, capacitados especialmente en gerontología y geriatría que complementan con atención especializada los servicios horizontales en los diferentes niveles de atención a las personas de edad frágiles o en estado de necesidad. A dicho equipo pueden integrarse otros sectores, técnicos y profesionales que contribuyan a solucionar las demandas de este tipo de pacientes.

Diseño Metodológico de la Investigación

Tipo de estudio realizado:

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y prospectivo en adultos mayores.

Lugar y periodo de la Investigación.

Consultorio Médico de la Familia número dos del Policlínico Docente del Municipio Florencia, Ciego de Avila, Cuba, en el periodo comprendido de Enero a Junio de 2009.

Universo y Muestra

El universo estuvo constituido por los 169 individuos mayores de 60 años pertenecientes a esta área de salud. La muestra se tomó de manera probabilística y finalmente quedó conformada por 100 ancianos, que representó el 59.07 % de dicho universo.

Método:

Se utilizó el método de estadística descriptiva, revelándose a través de esta las propiedades, relaciones y tendencias del fenómeno estudiado. La forma más frecuente de organizar y presentar la información fue mediante tablas y gráficos de distribución de frecuencias con valores absolutos y porcentuales para su mejor análisis e interpretación.

Técnicas de recolección de la Información

- Instrumento empleado para recolectar información: Encuesta creada al efecto.

- Revisión de la historia clínica de salud individual correspondiente a cada caso.

Procedimientos:

- Procesamiento estadístico de la información: Manual y con calculadora.
- Al final: Empleo de una PC Pentium IV, con ambiente de Windows XP, los textos se procesaron con Microsoft Word XP y los gráficos se realizaron con Microsoft Excel XP

Aspectos Éticos de la investigación:

Tratándose de un estudio prospectivo obtuvimos el consentimiento informado de los ancianos o sus familiares para participar en estudio, así como del consejo científico municipal para que autorizara la revisión de las historias clínicas de salud individuales y los respectivos datos estadísticos y se llevara a cabo la investigación.

Resultados:

Al distribuir los ancianos estudiados según grupos edad y sexo, encontramos que el 79.0 % de estos estaban comprendidos en el grupo de edad de 60 a 80 años y solo un 21.0 % de estos tenían más de 80 años, predominando en el primer grupo el sexo femenino, y después de los 80 años el sexo masculino.

Gráfico. 1

Al evaluar su distribución según color de la piel encontramos un franco predominio de los blancos con un 84.0 %, seguidos en menor escala por los negros con un 10.0 % resultando menos frecuente los mestizos con solo un 6.0 % de la muestra estudiada, estos resultados lo relacionamos con variables demográficas de este municipio donde predomina la raza blanca y el sexo masculino. Grafico. 2

Cuba alcanzó en el período 2005 -2007 una esperanza de vida al nacer de 77,97 años para ambos sexos, 76,00 para hombres y 80,02 para mujeres. Estos valores representan una ganancia promedio de 0,24 años con respecto a la esperanza de vida al nacimiento que tenían los cubanos 4 años atrás, y de 15,57 años si se compara con la que tenían los cubanos al inicio del período revolucionario, es decir 50 años atrás. Estos valores hacen que en la actualidad Cuba se sitúe entre los países del mundo con mayor esperanza de vida al nacimiento. Colocando a nuestro país en una situación privilegiada dentro del hemisferio y al mismo tiempo señala la dedicación de recursos humanos y materiales que el Estado Cubano ha puesto al alcance de toda la población. (13, 17).

Actualmente, 15% de los cubanos excede de los 60 años de edad y se estima que para el 2015 más del 20% de la población del país este representada por ese grupo poblacional. En el año 2007, debido al proceso del envejecimiento poblacional, este grupo ascendió 15.4% del total de población; colocando a nuestro país en la cuarta y última fase de la transición demográfica con un discreto predominio de la población femenina debido a su mayor expectativa de vida: 52.2%, contra 47.8% para los hombres. (18, 19)

Hoy día en que la población de la tercera edad en Cuba supera el millón y medio de habitantes, el sector salud y otros sectores, instituciones y gobierno demandan la periódica actualización de indicadores que trazan sus condiciones de salud a fin de privilegiar este grupo tan vulnerable de la población. (28, 33)

Existen suficientes evidencias que revelan que el envejecimiento de la población cubana constituye una de las implicaciones demográficas y sociales más importantes derivadas de la disminución de la mortalidad y el aumento de la esperanza de vida. (13)

La atención médica está preservando la vida en ambos extremos de la parábola vital: la mortalidad de los lactantes ha disminuido rápidamente y hay mayor cantidad de personas que viven más tiempo. El efecto de esta situación, sumado al de una menor tasa de fecundidad, es un aumento de la proporción de personas de 60 años y más. Esto es lo que se conoce como el envejecimiento de la población.(13, 14)

Se consideraron ancianos frágiles a aquellas personas que por condiciones biológicas, psicológicas, sociales o funcionales estaban en riesgo de desarrollar

un estado de necesidad, de esta manera encontramos que solamente un 11.0 % de estos fueron evaluados en esta categoría, predominando en todos los casos los solteros, divorciados y las mujeres. Gráfico 3.

Ninguno fue evaluado como anciano en estado de necesidad, entendiéndose como tal a los ancianos que por discapacidad física o mental, por abandono social o por privación económica necesitan de un sistema de cuidados a largo plazo, que es el sistema de cuidados que se brinda por tiempo prolongado, tanto en la APS (domicilios y casas de abuelos), así como en hospitales de crónicos e instituciones sociales. (20 – 22)

La condición de fragilidad coloca al adulto mayor en una situación de riesgo de desarrollar, empeorar o perpetuar efectos adversos para su salud, debido a la disminución de su reserva fisiológica; se relaciona con mayor riesgo de evolucionar hacia la discapacidad y la dependencia, y en última instancia, hacia la muerte. (23 – 24)

La detección precoz de la fragilidad y el empleo oportuno de técnicas diagnósticas, terapéuticas y rehabilitadoras pueden modificar positivamente la expresión esperada de la discapacidad en el anciano, por lo que intervenir en este sentido tiene implicaciones tanto en el plano social como en la calidad de vida. (24 – 27)

El ancestral interés de los humanos por vivir el mayor número de años posible, unido al creciente desarrollo de la ciencia y la técnica, sustentan la tendencia actual que considera que si importante es vivir más años, es esencial que estos transcurran con la mejor calidad de vida posible.

Es política del MINSAP brindar atención priorizada y especializada al adulto mayor para lo cual se lleva a cabo un programa diseñando al efecto, que incluye entre otros aspectos su vinculación a círculos de abuelos, hogares de ancianos, universidad del adulto mayor, clubes para la recreación, deporte y cultura para de esta manera lograr un envejecimiento saludable y agradable, y un tanto paliar las consecuencias propias del proceso degenerativo que trae consigo el llegar a viejos, evitando de esta manera en lo posible el llamado envejecimiento patológico, y en caso de presentarse este realizar todas las acciones de salud correspondientes para lograr estabilizar o compensar las enfermedades asociadas, realizar una correcta evaluación por el EMAG y lograr su vinculación a los círculos de abuelos. (6, 11, 29 , 30)

Al determinar la relación existente entre el estado conyugal actual y la edad al retiro para el sexo masculino encontramos que de manera predominante el 68.2 % de los ancianos se encontraban casados o acompañados, y solo un 31.8 % se encontraban divorciados o solteros, ahora bien, al relacionar su estado conyugal con la edad en la cual se habían retirado encontramos que el 74.3 % de los casados o acompañados se retiraron entre los 65 y 70 años, manteniéndose por más tiempo con vinculo laboral

activo, antes de decidir jubilarse, sin embargo cuando estos no tenían vinculo matrimonial, o sea estaban solteros o divorciados el 75.0 % decidieron jubilarse con edades comprendidas entre los 60 y 65 años. Tabla 1.

La relación de pareja influyó de manera predominante en su vinculo laboral de los hombres, decidiéndose el mayor porcentaje de los mismos mantenerse laborando hasta que sus condiciones físicas, biológicas y mentales así lo

permitieran para de esta manera resultar mas útiles a si mismos, a su familia y a la sociedad en general. (5, 6,7)

Al penetrar en la tercera edad, son reales la muerte de amigos, de los parientes más próximos, hasta del cónyuge, muchas de las personas que estaban en el círculo de interacción social, o familiar se han alejado por las causas más diversas, y puede sentirse un incremento en la sensación de soledad. A veces los achaques o la manera de afrontar el proceso de envejecimiento tornan más difícil las visitas y las comunicaciones con los demás. También pueden afectar las relaciones, los problemas económicos que surgen a partir de la jubilación, con el decrecimiento de las finanzas personales. En otras ocasiones las dificultades con la transportación impiden la frecuencia de los contactos con los seres más apreciados por el individuo. (11, 14)

Al determinar la relación existente entre el estado conyugal y la edad al retiro para el sexo femenino, encontramos que de las 17 ancianas que habían trabajado, de manera predominante el 64.7 % de las ancianas se encontraban casadas o acompañadas y solo un 27.2 % se encontraban divorciadas o solteras, ahora bien, al determinar la edad en la cual habían decidido jubilarse encontramos que el 72.8 % de las casadas o acompañadas se retiraron entre los 55 y 60 años, o sea se mantuvieron por mas tiempo con vinculo laboral activo, antes de decidir jubilarse, sin embargo cuando estas no tenían vinculo matrimonial, o sea estaban solteras o divorciadas el 100 % decidió jubilarse con edades comprendidas entre los 50 y 55 años. Las restantes 32 mujeres no habían tenido vínculo laboral alguno, o sea el 65,3 % eran amas de casa. Tabla 2.

Estos resultados están de alguna manera avalados por las pocas fuentes de empleo para las mujeres en un municipio eminentemente agrícola, y por otra parte a que históricamente las mujeres por razones de idiosincrasia se habían dedicado al cuidado de los niños y a las labores domesticas de la casa, mientras que los hombres llevaban el papel protagónico de trabajar para mantener a la familia. (5, 6,7, 11)

Muchas personas al termino de su vinculo laboral deciden, Jubilarse, no Retirarse, pues se consideran útiles dada la experiencia acumulada durante sus años de servicio, trasmitirla a las nuevas generaciones, servir de ejemplo a imitar así como contribuir a la formación de buenos valores entre los que se destacan: el amor al trabajo, la dedicación, la puntualidad, la responsabilidad, el espíritu de sacrificio, el internacionalismo entre otros. (11, 32, 33)

Dadas las bajas tasas de natalidad en nuestro país en los últimos años, nuestra población es cada ves mas envejecida y la fuerza laboralmente activa por tanto se torna de manera proporcional mas envejecida también, de esta manera el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social (MTSS) en conjunto con el Instituto Nacional de Asistencia y Seguridad Social (INASS) y en discusión y aprobación por toda la masa de trabajadores de Cuba, se decidió extender de manera proporcional y progresiva la vida laboral activa hasta los 55 años para las mujeres y 65 años para los hombres, aprovechando de esta manera las capacidades laborales, la experiencia técnica y profesional de este valioso grupo de trabajadores, y por otra parte siempre evitar la incorporación de niños al trabajo como ocurre en otras sociedades, por tanto es de vital importancia

lograr un envejecimiento saludable dentro de nuestra masa de trabajadores, política actual del MINSAP y un reto para nuestros tiempos. (5, 6, 17)

En un estudio realizado por el MTSS y el Instituto Nacional de Seguridad Social (INASS), se encontró una alta proporción de personas que continúan su permanencia laboral, aunque tienen ya la edad de retiro, y entre las causas que expusieron fueron sus adecuadas condiciones físicas y mentales para siguiendo su aporte y la satisfacción que sienten con la labor que desempeñan. (17, 33)

En el II Congreso de la Seguridad Social, efectuado el pasado año, se presentó un interesante estudio realizado en una muestra de 10 mil adultos mayores de los 169 municipios del país que opinaron sobre el tiempo de trabajo, causas e intención de su jubilación, estado de salud declarado, interferencias laborales por edad y la permanencia en el trabajo y la salud.

Las cifras mostraron resultados interesantes: el promedio de edad con que se jubilaron en el 2007 los hombres, fue de 67 años y el de las mujeres a los 51. En la legislación, ellos tienen para jubilarse un mínimo de edad de 60 años y ellas los 55. Mientras, el tiempo de servicios mínimo previsto por la Ley No. 24, de seguridad social, es de 25 años, para uno y otro sexos, y en el año 2005, los hombres se retiraron con 35 años como promedio y las mujeres a 26, lo cual les garantiza una pensión con una cuantía superior a la mitad de su salario promedio anual. (17, 18, 33)

El trabajo como elemento favorecedor de la salud física y mental de los adultos mayores, en tanto implica socialización, disciplina, responsabilidad, desarrollo

de capacidades, autorrealización, sentido de utilidad y movilización para encarar metas diarias. Los problemas de salud no son una causa fundamental de la jubilación en Cuba. Los adultos mayores que prolongan la jubilación para mantenerse en el empleo tienen una percepción más favorable de la influencia del trabajo para la salud, que aquellos que se jubilaron. (5, 14, 31)

Las condiciones físicas y mentales saludables y la satisfacción por la labor que desempeñan, son los principales motivos para que muchos permanezcan trabajando en edad de jubilación. A mayor nivel de escolaridad aumenta la tendencia de los mayores a prolongar la jubilación. La jubilación de trabajadores por edad, saludables física y mentalmente, representa una pérdida de capital humano. (31, 33)

En el proceso de envejecimiento es básico superar lo físico, adaptarse al deterioro biológico, a las canas, a las arrugas, a los cambios y entonces, a partir de allí, fomentar el desarrollo social y espiritual con la experiencia acumulada.

En este concepto vital se valoran mejor las satisfacciones de un trabajo determinado, de la formación de una familia y de la actividad social. La vejez tiene su verdadero sentido como etapa de la vida donde se encaran pérdidas importantes, pero en la que se puede disfrutar y continuar creciendo como seres humanos. (35, 36)

Al relacionar la actividad física con las enfermedades asociadas, encontramos que los 76 ancianos que practicaban ejercicios físicos al estar incorporados al club de abuelos solamente 7 para un 9.2 % presentaron alguna asociación con

determinadas patologías, al analizar los 24 que no realizaban ejercicios físicos, 15 casos que representó el 62.5. % presentaron alguna enfermedad asociada. Gráfico 4.

Al evaluar la realización de ejercicios físicos con las enfermedades asociadas encontramos que con la evaluación por el EMAG de conjunto con el medico de familia, la mayoría de los ancianos estaban incorporaos al club de abuelos de este CMF, donde dentro de otras actividades programadas se encontraban las secciones de ejercicios físicos matinales, de esta manera de los 74 abuelos que realizaban ejercicios físicos de manera rutinaria, solo 7 presentaron alguna enfermedad asociada para un 9.2 %, no resultando de esta manera en el grupo de 26 abuelos que no realizaban ejercicios físicos donde se encontró un 62.5 % de enfermedades asociadas al proceso natural del envejecimiento. (5,6, 26, 27, 35, 36)

La hipertensión arterial constituyó la enfermedad de más alta prevalencia reportada para ambos sexos, con mayores afectaciones en las mujeres. Esto la convierte en un problema de salud prioritario, teniendo en cuenta que es un factor de riesgo importante para otras enfermedades, fundamentalmente para la cardiopatía isquémica y las enfermedades cerebrovasculares que se ubican dentro de las primeras causas de muerte en el país en este grupo de edad desde hace más de tres décadas. (20 - 22)

El ejercicio físico y la nutrición (antioxidantes, restricción calórica) favorecen el equilibrio oxidativo que a través del sistema neuroinmunoendocrino logra el mantenimiento homeostático propio de la salud y favorecedor de la longevidad. Por el contrario, el desequilibrio oxidativo favorece el proceso de

envejecimiento así como el deterioro homeostático que incrementa la morbilidad y mortalidad. (23 – 26)

Cuando se determinó su incorporación al club de abuelos como forma de fomentar un envejecimiento saludable, y la vía más propicia para la realización de actividades acordes a su edad, la interrelación con otros compañeros y la práctica de ejercicios físicos dirigidos y coordinados por un profesional de la salud, en este caso el médico y enfermera de la familia, en aras de lograr un equilibrio bio-psico-social como sinónimo de vejes saludable, se encontró que el 100 % de los abuelos habían sido evaluados por el EMAG e incorporados al club de abuelos, solo 76.0 % mostró una activa participación en dichas actividades, el 24.0 % restante se había incorporado al club de abuelos pero no tenían una activa participación en las actividades de dicho club. (5 – 6)

Gráfico 5.

CONCLUSIONES

No encontramos diferencias en cuanto al sexo, predominó la raza blanca y el 21.0 % de los ancianos sobrepasaron los 80 años de edad. Una pequeña proporción de estos fueron considerados frágiles.

Las relaciones conyugales influyeron en la edad de retiro laboral, manteniéndose vinculados por más tiempo las ancianas y ancianos casados o acompañados.

La evaluación por el EMAG con la incorporación al club de abuelos y la realización de ejercicios físicos sistemáticos contribuyeron a reducir enfermedades asociadas influyendo en un envejecimiento más saludable.

Se creó una intervención educativa que sirvió para el estudio de un envejecimiento saludable en los ancianos del área de salud Florencia.

RECOMENDACIONES

Realizar labores de promoción y prevención de salud encaminadas a lograr un envejecimiento saludable de en aras de aprovechar a los ancianos como una fortaleza de los cuales todos tomamos su útil experiencia.

Difundir la aplicación de esta intervención educativa a otras áreas de salud para lograr un mejor envejecimiento saludable.

Realizar otra intervención educativa similar en un período comprendido de tres meses para establecer comparaciones del estudio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Salcedo A, Bóveda JL, Rodríguez S, Torrabadella P. Envejecimiento cerebral normal y patológico. Papel del ion calcio. Barcelona: Editorial Rol; 2005:21- 58.
2. Benedictis G, Tan Q, Jeune B, Christensen K, et Al. Recent advances in human gene-longevity association studies Mechanisms of Ageing and Development 2008; 122: 909-920.
3. Kalache A. Situación global del envejecimiento. Consulta interregional sobre el envejecimiento de la población organizada por el Banco Interamericano de Desarrollo Washington. Disponible en: www.geront.org/envej_poblacional.htm.
4. Composita Cruz S. Características generales de la población de la tercera edad en el mundo. En: Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social. El adulto mayor en América Latina: sus necesidades y sus problemas médico sociales. México DF: CIRSS, OPS, OMS; 2007.
5. Prieto O, Vega E. La atención al anciano en Cuba. Desarrollo y perspectivas. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2008.
6. MINSAP. Programa de Atención Integral al Adulto Mayor. Actualización. Cuba: MINSAP; 2007.
7. Espinosa JM. El anciano en atención primaria. Aten Primaria. 2007; 26:515-6.
8. Manual de la Organización Panamericana de la Salud para la atención al adulto mayor. Washington: OPS; 2006.

9. Ekerdt, David J. Encyclopedia of Aging [libro-e]. New Cork: Macmillan Reference USA, Gale Group, 2005.
10. Vega E, Pérez J. Envejecimiento de los sistemas orgánicos. Envejecimiento y sistema nervioso. En: Prieto O, Vega E. Temas de Gerontología. Ciudad de La Habana: Editorial Científico-Técnica; 2007; 59-66.
11. Alfonso Fraga JC. El envejecimiento poblacional en Cuba: Apuntes para su estudio. ONE. La Habana, 2007.
12. Luria AR. El cerebro en acción. La Habana: Pueblo y Educación; 2007:1-99.
13. La Salud Pública en Cuba. Hechos y Cifras. DNE. MINSAP, Cuba. 2008.
14. Domínguez González TB, Espín Andrade AM, Bayarre Veá H. Caracterización de las relaciones familiares del anciano. Rev Cubana Med Gen Integr 2007; 17(5):418-22.
15. Estado de la Población Mundial. Las nuevas generaciones. Nueva York FNUAP; 2008.
16. OPS. Las condiciones de salud en las Américas. Vol I. Washington, D.C. 2005.
17. Oficina Nacional de Estadísticas. El envejecimiento de la población. Cuba y sus territorios. Cifras e indicadores para su estudio. La Habana, 2008.
18. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Anuario estadístico 2000 -2008. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2008.

19. Anuario Estadístico 2009 [serie en Internet]. [citada 2009]. Disponible en: <http://bvs.sld.cu/cg>.
20. Alarcón T, González Montalvo JI. Fragilidad y vejez compañeros inevitables de camino [editorial]. Rev Esp Geriatr Gerontol 2007; 32 (NM1):1-2.
21. Campbell AJ, Buchner DM. Unstable disability and the fluctuations of frailty. Age and ageing. 2007; 26:315-8.
22. Castelblanque E, Albert Cuñat V. ¿Quiénes son los ancianos frágiles, ancianos de riesgo? Estudio en personas mayores de 65 años del Área Sanitaria de Guadalajara. Medicina General. 2006; 45:443-680.
23. Redin JM. Comprehensive geriatric assessment (I). Evaluation of the geriatric patient and the concept of fragility. Anales del Sistema de Salud. 2007. SP3:34-49.
24. Batzán JJ, Valero C, Regalado P, Carrillo E. Evaluación de la fragilidad en el anciano. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2007; 32:26-34.
25. Brown I, Renwick R, Raphael D. Frailty: constructing a common meaning, definition, and conceptual framework. Int J Rehabil Research. 2005; 18:93-102.
26. Mañas R. Aproximación al desarrollo de un Programa Nacional de Investigación sobre envejecimiento desde el concepto de fragilidad. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2007;36 (NM 3):24-35.
27. Bassey EJ. Exercise for prevention of osteoporotic fracture. Age Ageing 2007; 30: 29-31.

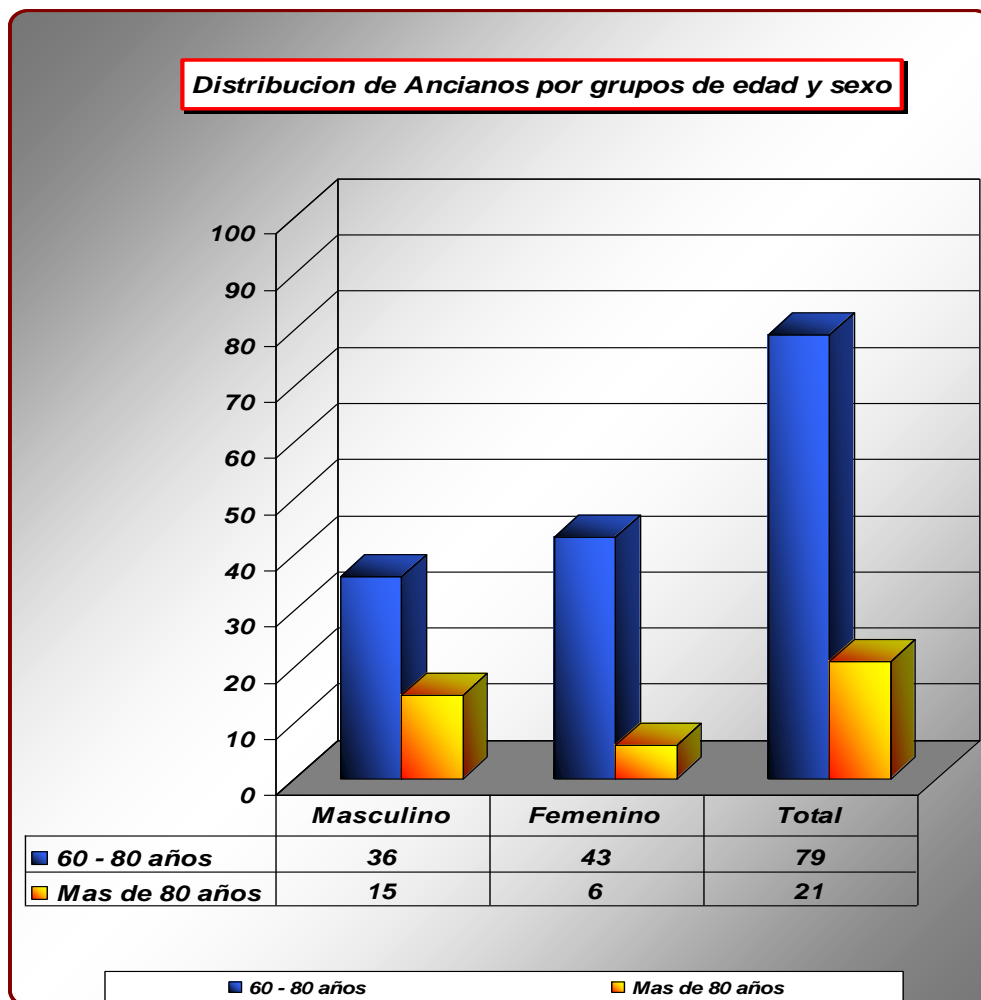
28. Prieto Ramos O, Vega García E. Algunos sistemas de atención al anciano: programa para la atención integral al anciano. En: Temas de Gerontología. La Habana: Editorial Científico-Técnica; 2006. P.102-5.
29. Domínguez González TB, Espín Andrade AM, Bayarre Veá H. Caracterización de las relaciones familiares del anciano. Rev Cubana Med Gen Integr 2007; 17(5):418-22.
30. Gómez Juanola M, Machín Díaz MJ, Roque Acanda K, Hernández Medina G. Consideraciones acerca del paciente geriátrico. Rev Cubana Med Gen Integr 2006; 17(5):468-72.
31. Fernández Larrea N, Clúa Calderín AM, Báez Dueñas RM, Ramírez Rodríguez M, Prieto Díaz V. Estilos de vida, bienestar subjetivo y salud de los ancianos. Rev Cubana Med Gen Integr 2005; 16(1):6-12.
32. Composortega Cruz S. Características generales de la población de la tercera edad en el mundo. En: Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social, editor. El adulto mayor en América Latina: sus necesidades y sus problemas médico sociales. México DF: CIRSS, OPS, OMS; 2005.
33. Prieto O, Vega E. La atención al anciano en Cuba. Desarrollo y perspectivas. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2008.
34. Mussoll J. Resultados de la aplicación en atención primaria de un protocolo de valoración geriátrica integral en ancianos de riesgo. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2007; 37 (NM 5):249-53.

35. De la Fuente C. Fundamentos demográficos y biomédicos para una atención sanitaria específica al anciano. En: Rodríguez Mañas L, Solano Jaurrieta JJ, editores. Bases de la Atención Sanitaria al Anciano. Madrid: Sociedad Española de Medicina Geriátrica; 2007.p.15-55.

36. González Montalvo JI, Pérez Molino J, Rodríguez-Mañas L, Salgado A, Guillén F. Geriatria y asistencia geriátrica: para quién y cómo (I). Med Clin (Barc). 2005;96:183-8.

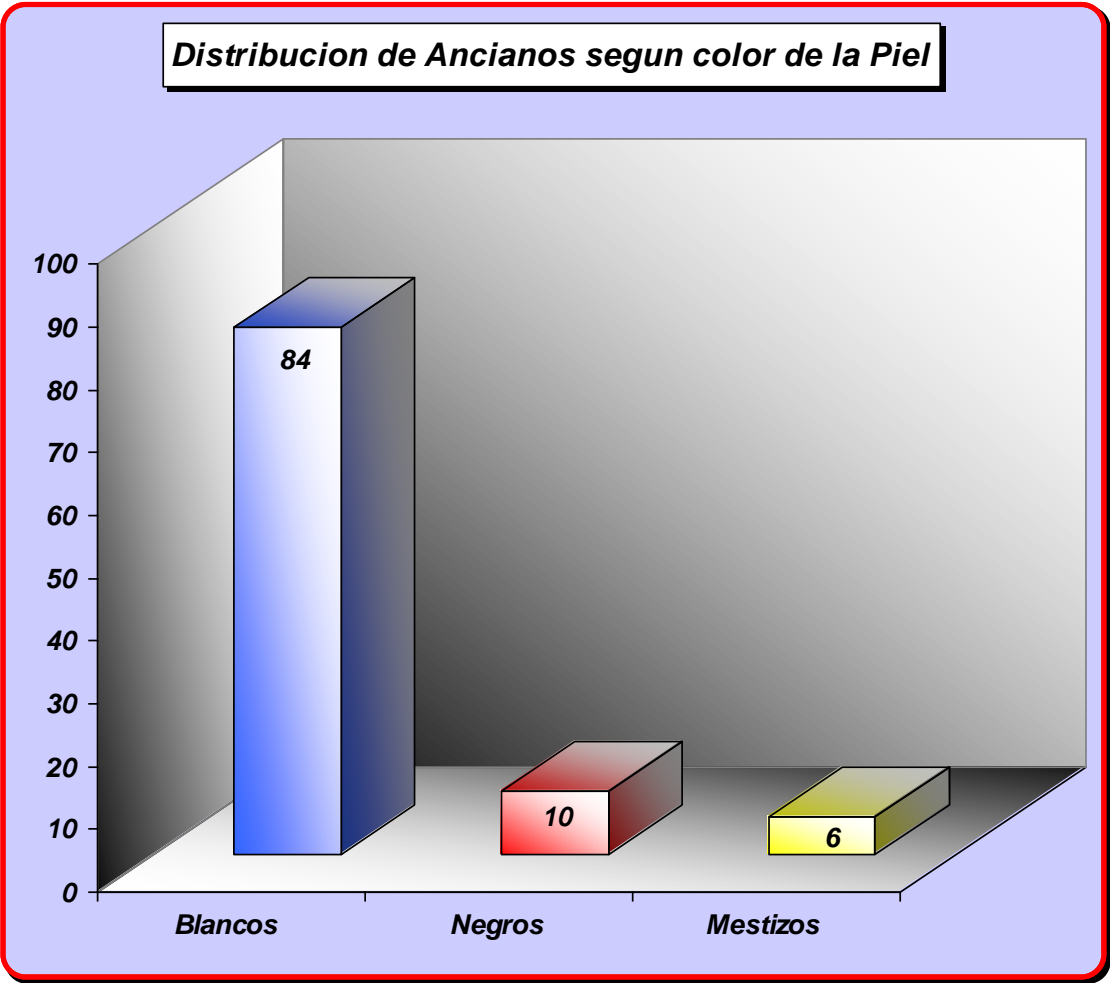
ANEXOS

Gráfico1. Distribución de Ancianos por grupos de edad y sexo.



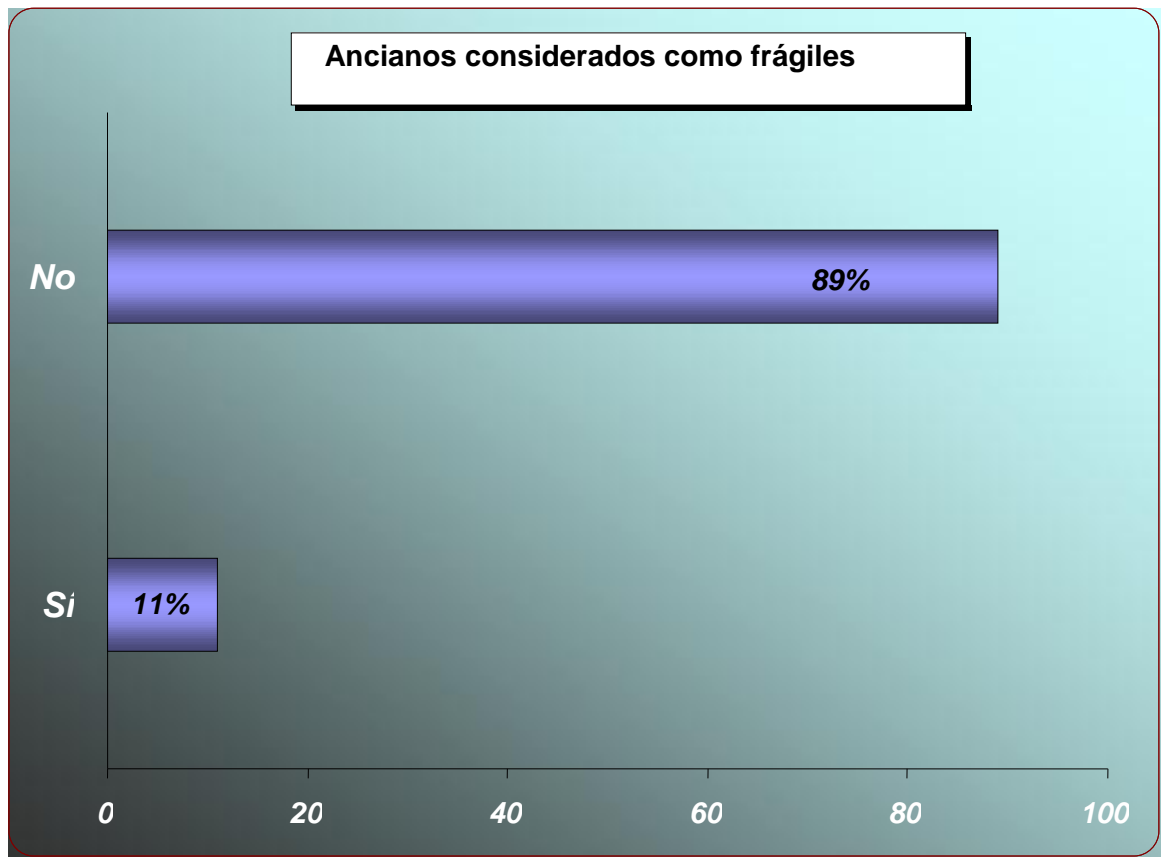
Fuente: Base de Datos

Gráfico 2. Distribución de Ancianos según color de la piel.



Fuente: Base de Datos

Gráfico 3. Distribución de Ancianos según fragilidad.



Fuente: Base de Datos

Tabla 1. Relación entre edad al retiro y estado conyugal. Sexo Masculino.

Edad al Retiro	60 – 65 años		66 – 70 años		Total	
Estado Conyugal	No	%	No	%	No	%
Casado / Acompañado	9	25.7	26	74.3	35	68.2
Soltero / Divorciado	12	75.0	4	25.0	16	31.8
Total	21	41.1	30	58.9	51	100

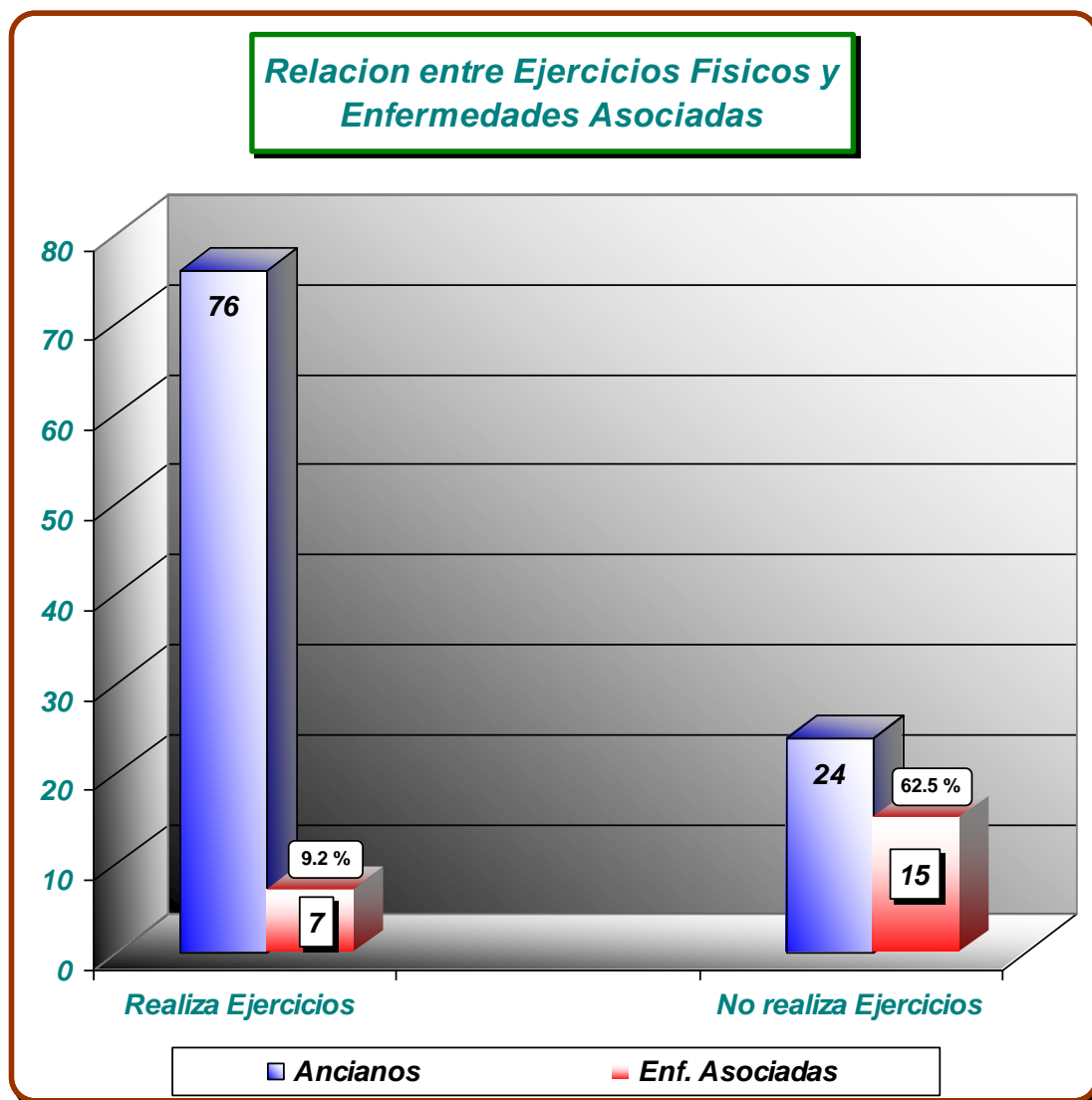
Fuente: Base de Datos.

Tabla 2. Relación entre edad al retiro y estado conyugal. Sexo Femenino.

Edad al Retiro	50 – 55 años		56 – 60 años		Total	
Estado Conyugal	No	%	No	%	No	%
Casada / Acompañada	3	27.2	8	72.8	11	64.7
Soltera / Divorciada	6	100	0	0	6	35.3
Total	9	52.9	8	47.1	17	100

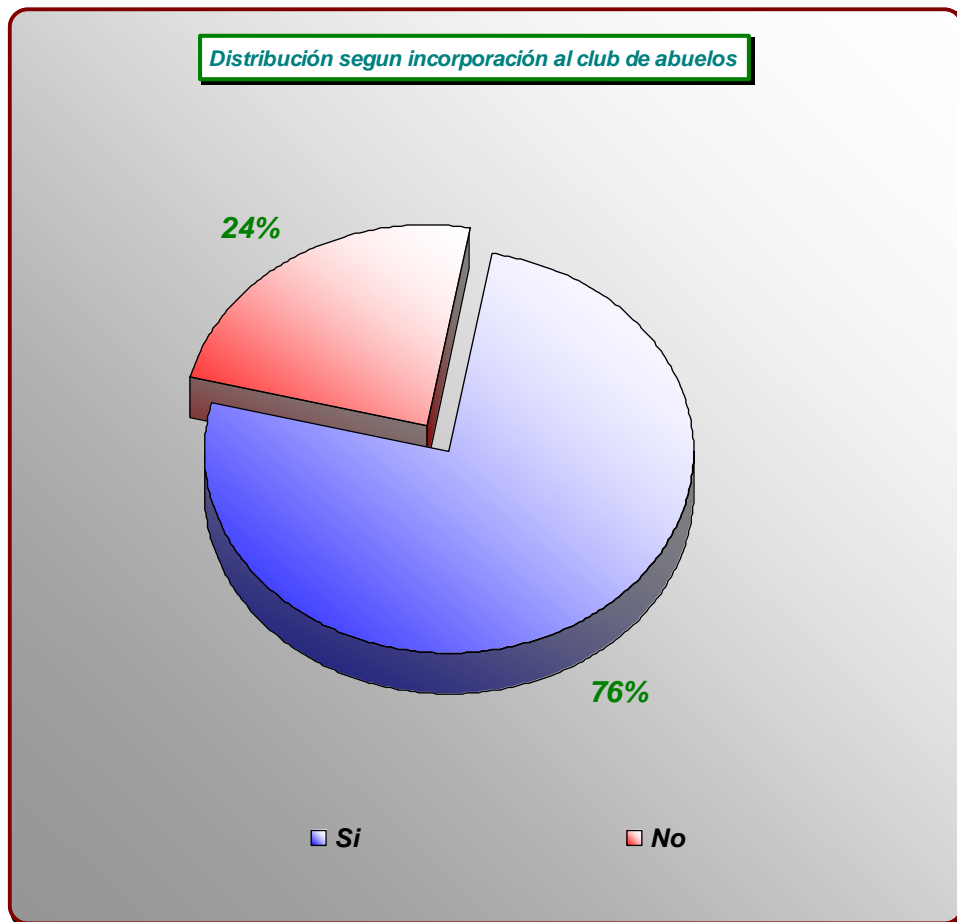
Fuente: Base de Datos.

Gráfico 4. Relación entre la actividad física y las Enfermedades Asociadas.



Fuente: Base de Datos

Gráfico 5. Distribución de Ancianos según su incorporación al club de abuelos.



Fuente: Base de Datos

Encuesta:

- Edad: _____ años.
- Sexo: Femenino_____ Masculino_____
- Color de la piel: Blanco_____ Negro_____ Mestizo_____
- Estado civil: Soltero____ Divorciado____ Casado____
Acompañado_____.
- Edad al retiro: Edad a la jubilación laboral: _____ años.
- Se clasificó como Anciano Frágil por el EMAG: Sí____ No_____
- Realiza ejercicios físicos rutinariamente: Sí____ No_____
- Enfermedades asociadas: HTA____ Osteoartrosis____ Insuf Cardíaca
____ Enf. Neoplásicas____ D. Mellitus _____ otra enfermedad
crónica_____
- Incorporación al Club de Abuelos: Sí____ No_____
- Nivel socioeconómico: Percápita familiar al retiro:
____ Más de 200 pesos _____ Menos de 200 pesos
- Nivel de conocimiento acerca de envejecimiento saludable:
____ Bueno _____ Regular _____ Ninguno.
- Automedicación: Sí____ No_____
- Incidencia de accidentes en el hogar: Sí____ No_____

Estrategia educativa para lograr un envejecimiento saludable.

Se trabajó con el anciano, la familia y la comunidad en conjunto.

Se diseñó un plegable para distribuir a las personas donde las mismas adquieren conocimientos acerca del envejecimiento y llevarlo a los medios de difusión para su mejor información.

Primera sección: Estilo de vida saludable.

Tareas:

- Caminar aproximadamente 30 minutos.
- Dieta balanceada.
- No fumar.
- No ingerir bebidas alcohólicas.
- Asistir al club de abuelos y efectuar los ejercicios físicos correspondientes.

Segunda sección: Enfermedades asociadas. (Diabetes Mellitus).

Tareas:

- Dieta del diabético. (Desayuno, merienda, almuerzo, merienda, comida y cena).
- Cuidado con miembros inferiores.
- Realizar ejercicios físicos moderados.
- Administración de medicamentos incluyendo insulino terapia.

Tercera sección: Accidentes en el hogar.

Tareas:

- Eliminar barreras arquitectónicas.
- No caminar por áreas mojadas.
- Usar el bastón como soporte.
- Usar los pasamanos de escaleras.
- Iluminación adecuada en la habitación.

Cuarta sección: Medicación.

Tareas:

- No automedicarse.
- Acudir al CMF y consultar con el médico.
- Ver el programa “La dosis exacta”.
- Acudir rápidamente al médico ante cualquier reacción adversa.

Argumentamos que en la tabla No 2.

Relación entre edad al retiro y estado conyugal. Sexo femenino.

Las edades de 50 a 55 años hacemos referencia a la edad que la adulta mayor se retiró y el estado conyugal en ese momento.