

**Facultad de Ciencias Médicas  
“Dr. José Assef Yara”  
Ciego de Ávila  
Policlínico “Julio Castillo”  
Chambas**

**Intervención educativa para elevar el  
nivel de conocimientos de adultos  
mayores sobre calidad de vida.**

**AUTORA: Lic. Marielky Mendoza Ruiz  
TUTOR: Msc. Germán Marín Martínez  
ASESORA: Msc. Dixie Dávila Ferrer**

**Tesis para optar por el título de master en  
longevidad satisfactoria.**

**Chambas  
2009**

## PENSAMIENTO

---

*“Ten bastante felicidad  
para hacer dulce tu vida,  
dificultades para hacerla fuerte,  
tristeza para hacerla humana  
y suficiente esperanza  
para hacerla feliz”*

## DEDICATORIA

---

A mis padres, por haberme guiado día a día por el sendero  
De la honestidad, el respeto y la confianza. Por la  
Educación que de ellos he recibido y su extrema dedicación  
A mi formación como profesional y como ser humano,  
Porque sin su ayuda no hubiese podido llegar hasta donde  
He llegado.

A mis hijas y esposo que en todo momento han estado a mí  
Lado brindándome cariño y apoyo.

A mis profesores, por haber estado a mi lado y ayudarme  
Incondicionalmente en todo momento con sus experiencias  
Profesionales, por haber sido tan comprensivos y compartir  
Junto a mí las alegrías y las tristezas que recibimos a diario  
De nuestra profesión.

## AGRADECIMIENTOS

---

A todas las personas que han colaborado de una forma u otra con  
Esmero y dedicación en la planificación, ejecución y terminación  
De este trabajo; a todos los que han puesto su granito de arena  
En mi formación desde la niñez hasta hoy; a todos aquellos que  
Les he ocasionado molestias y que tuvieron participación directa e  
Indirecta para que este trabajo se realizara con la máxima calidad.

A todos, sinceramente,

Muchas gracias.



## RESUMEN

Se realizó un estudio de intervención pre-experimental de tipo antes-después en el área de salud “Julio Castillo” del municipio Chambas durante el período comprendido de enero del 2007 a diciembre del 2008, con el objetivo de determinar el nivel de conocimientos sobre los cuidados a tener en cuenta por el adulto mayor para mejorar su calidad de vida a través de una estrategia de intervención educativa. El universo de estudio y la muestra quedó constituida por 57 adultos mayores, el criterio de inclusión fue el siguiente: todos los adultos mayores que asistían a la casa de abuelos y a la cátedra del adulto mayor, el criterio de exclusión todos los que no cumplieran estos requisitos, a los participantes se le aplicó un cuestionario de preguntas para medir el nivel de conocimientos que poseían sobre el tema antes y después de la intervención, al inicio predominó un nivel de conocimientos bajo, después de aplicado el programa educativo, todos los encuestados alcanzaron un nivel de conocimiento alto en cuanto a: alimentación, hábitos tóxicos, ejercicios físicos, descanso y sueño, polifarmacia, ocio y recreación, accidentes, higiene personal y ambiental, evaluación geriátrica, afecciones más frecuentes. Para realizar los cálculos se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 10, la base de datos fue realizada en Microsoft Excel y la elaboración del texto y los gráficos en Microsoft Word.

Palabras clave: ADULTO MAYOR, CALIDAD DE VIDA,  
ESTRATEGIA, EDUCATIVA.



## ÍNDICE

| CONTENIDO                                     | Pág |
|-----------------------------------------------|-----|
| I – INTRODUCCIÓN.....                         | 1   |
| OBJETIVOS.....                                |     |
| II – .                                        | 33  |
| III DISEÑO                                    |     |
| – METODOLÓGICO.....                           | 35  |
| IV                                            |     |
| – ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS..... | 43  |
| V CONCLUSIONES.....                           |     |
| – .                                           | 53  |
| VI                                            |     |
| – RECOMENDACIONES.....                        | 55  |
| VII                                           |     |
| – REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....             | 57  |
| VII ANEXOS.....                               |     |
| I – .                                         | 61  |

## I- INTRODUCCIÓN



## **I- INTRODUCCIÓN**

Geriatría es la rama de la ciencia que se ocupa de los aspectos clínicos, terapéuticos, preventivos y sociales relacionados con la salud y enfermedad de los ancianos, en tanto gerontología es la ciencia que estudia el proceso de envejecimiento desde los puntos de vista biológico, psicológico y social, así como su interacción con el medio (1).

El envejecimiento se caracteriza por la merma paulatina, sistemática, y finalmente la pérdida de las potencialidades fisiológicas de que está dotado el individuo, lo que trae como resultado (en las etapas más avanzadas) incapacidad creciente para desenvolverse y adaptarse al entorno en que ha vivido (1).

Este proceso comienza desde el mismo momento de la concepción, acentuándose a medida que la edad avanza, y acompaña al individuo durante toda la vida hasta el momento de la muerte.

El envejecimiento poblacional de la sociedad cubana es ya una realidad y es de gran interés el hecho de que según la tendencia de este crecimiento, Cuba será el país del Tercer Mundo más envejecido en los próximos cincuenta años. Las causas fundamentales que conducen a dicha transición, es decir, hacia el incremento de la proporción de adultos mayores en la composición poblacional de nuestro país son el incremento de la expectativa de vida, el descenso de la fecundidad, el saldo migratorio negativo y la disminución de la mortalidad. 1 La

transformación de la sociedad cubana desde una entidad demográfica poco envejecida a otra con un porcentaje de adultos mayores que cada día crece en relación con los otros grupos poblacionales, es un tema que debe ser más tratado y debatido. Como país en vías de desarrollo existe un gran reto para enfrentar exitosamente las nuevas necesidades económicas, sociales y culturales de este grupo poblacional (1).

Cuba, país sensible frente al adulto mayor, implementa una atención específica para estos individuos con la finalidad de que vivan sus potencialidades con plenitud (2).

Nuestro Programa 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 (2,3).

Se posee igualmente 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 (1,3).

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 (2).

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 (3).

La Mayor de las Antillas es hoy un país con condiciones para vivir 120 años con calidad de la existencia. Actualmente, la esperanza de vida en la Isla es de 77 años ,lo que la colocan entre los 25 países de mayor expectativa en el mundo, y su tasa de mortalidad descendió a 5,56, a la vez que especial atención se le brinda a los adultos mayores, en su mayoría integrados a Círculos de Abuelos o realizan estudios universitarios a través de la Cátedra del Adulto Mayor, entre otras actividades (4).

Definitivamente, una de las más grandes obras del proceso revolucionario cubano que tiene muy en cuenta que el envejecimiento constituye un proceso biológico, no una enfermedad.

La repercusión sobre el sistema de salud es evidente, pues los ancianos constituyen los mayores consumidores (relativos o absolutos) de medicamentos y servicios de salud en cualquier parte del mundo (5).

Aparición de nuevos medicamentos, métodos terapéuticos y concepciones socioeconómicas, así como al aumento de las necesidades, El crecimiento de la población anciana implica un aumento de los gastos estatales, pues la

migración interna del campo a la ciudad de las generaciones más jóvenes ha ido empeorando el cuadro al cambiar las estructuras familiares y sus posibilidades, lo cual hace que los cuidados brindados a los senescentes, que siempre fueron responsabilidad de su familia, estén ahora en muchos casos a cargo del Estado y otras instituciones sociales; además, la longevidad da lugar a familias multigeneracionales, en cuyo seno conviven miembros de 2 generaciones (4,5).

El crecimiento de la población anciana implica un aumento de los gastos estatales, pues la migración interna del campo a la ciudad de las generaciones más jóvenes ha ido empeorando el cuadro al cambiar las estructuras familiares y sus posibilidades, lo cual hace que los cuidados brindados a los senescentes, que siempre fueron responsabilidad de su familia, estén ahora en muchos casos a cargo del Estado y otras instituciones sociales; además, la longevidad da lugar a familias multigeneracionales, en cuyo seno conviven miembros de 2 generaciones (5 - 7).

En los países tercermundistas, el problema se agrava por la diferencia existente entre disponibilidad y distribución de los recursos técnicos y humanos, ya que la familia no puede atender por sí sola los requerimientos del anciano si no recibe apoyo de programas y servicios sociales o gubernamentales.

También los cambios en la estructura de la sociedad, con el paso de la familia extensa a la nuclear, ha influido negativamente sobre las funciones a desempeñar por los gerontes, muchos de los cuales no encuentran su lugar en

el medio familiar; situación que incrementa el número de ancianos solos. Por ejemplo, 2 % de los coreanos y filipinos mayores de 60 años viven solos (2, 7).

En Cuba vivían en 1950 casi 400 000 ancianos, pero 30 años después esa cifra superaba el millón y se espera que 21 %, o sea, 1 de cada 4 cubanos, sea mayor de 60 años para el 2025. Conviene recordar que la atención a este grupo poblacional antes de 1959 se limitaba a los beneficios derivados de un pequeño presupuesto estatal y a las recaudaciones obtenidas por religiosos; de esa forma había 20 asilos de ancianos, muy pocos de los cuales eran estatales, con predominio de los religiosos, sociedades chinas y fraternos (8 - 10).

A partir del triunfo revolucionario se produjeron cambios políticos y socioeconómicos que determinaron la creación del Ministerio de Bienestar Social, entre cuyas variadas funciones figuraba el cuidado del geronte; luego esas instituciones dejaron de ser conocidas como asilos y recibieron la denominación de hogares de ancianos, a la vez que fue aumentando su número. En 1960 desapareció dicho Ministerio y se creó el Ministerio de Salud Pública, a partir de lo cual se instituyó un programa de trabajo social (5, 11).

La aparición de nuevos medicamentos, métodos terapéuticos y concepciones socioeconómicas, así como al aumento de las necesidades, El crecimiento de la población anciana implica un aumento de los gastos estatales, pues la migración interna del campo a la ciudad de las generaciones más jóvenes ha ido empeorando el cuadro al cambiar las estructuras familiares y sus posibilidades, lo cual hace que los cuidados brindados a los senescentes, que

siempre fueron responsabilidad de su familia, estén ahora en muchos casos a cargo del Estado y otras instituciones sociales; además, la longevidad da lugar a familias multigeneracionales, en cuyo seno conviven miembros de 2 generaciones (11 - 13).

El crecimiento de la población anciana implica un aumento de los gastos estatales, pues la migración interna del campo a la ciudad de las generaciones más jóvenes ha ido empeorando el cuadro al cambiar las estructuras familiares y sus posibilidades, lo cual hace que los cuidados brindados a los senescentes, que siempre fueron responsabilidad de su familia, estén ahora en muchos casos a cargo del Estado y otras instituciones sociales; además, la longevidad da lugar a familias multigeneracionales, en cuyo seno conviven miembros de 2 generaciones (14).

En los países tercermundistas, el problema se agrava por la diferencia existente entre disponibilidad y distribución de los recursos técnicos y humanos, ya que la familia no puede atender por sí sola los requerimientos del anciano si no recibe apoyo de programas y servicios sociales o gubernamentales (15).

Definitivamente, una de las más grandes obras del proceso revolucionario cubano que tiene muy en cuenta que el envejecimiento constituye un proceso biológico, no una enfermedad.

Según los criterios de la Organización Mundial de la Salud (OMS) , se define como adulto mayor o anciano toda persona mayor de 60 años, subdivididos en las siguientes categorías:

- Tercera edad:60-74 años
- Cuarta edad:75-89 años
- Longevos: 90-99 años
- Centenarios:más de100 años (13 - 18).

la vejez es un hecho biológico y social que se manifiesta en todos los pueblos, y aunque las diferencias culturales y sociales entre estos sean notorias, se mantiene un mismo factor común que los atañen“EL ARRIBO A LA TERCERA EDAD (1).

A partir del año 2000 se calcularon 600 millones de ancianos en el mundo y nuestro país no esta exento de este envejecimiento poblacional.el aumento considerable de nuestra población anciana trae como consecuencia una creciente necesidad de servicios médicos y de instituciones sociales con el propósito de solucionar esta problemática y al mismo tiempo desarrollar importantes y calificadas acciones de salud sobre dicho grupo social (19).

Dentro de estas acciones de salud a las personas de la tercera edad desempeña una función importante la enfermera, la que con su actitud,conocimiento científico, destreza y responsabilidad bien probada será un eslabón clave para aliviar, disminuir o encaminar los diversos problemas que pueden presentar nuestros ancianos, así como dar orientaciones precisas de su manejo a sus familiares (20).

El Centro Iberoamericano para la tercera edad (CITED) fue fundado el 7 de mayo de 1992, durante las actividades del Primer Congreso Centroamericano y del Caribe de Gerontología y Geriátría, por el presidente cubano Fidel Castro, quien expuso en el acto inaugural:...“Lo mas humano que pueda hacer la sociedad es ocuparse de los ancianos”.y sugirió que“...Todos los conocimientos que se acumulen, se transmitirán a todos los demás hospitales del país, los cursos que se impartirán se podrán dar a todos los médicos del país ,de modo que en breve tiempo el salón de conferencias del CITED estaría dando cursos sobre la Tercera Edad a todos los hospitales del país, que también crearían sus servicios (20 - 25).

En mayo de 1992 se inauguró el Centro Iberoamericano de la Tercera Edad en Ciudad de La Habana, con la finalidad de emprender investigaciones en esta esfera y formar gerontogeriatras. Hoy constituye el centro de referencia nacional para la especialidad( 21,26).

En 1996 entró en vigor el programa de atención hospitalaria al anciano, pero cabe señalar que cada programa persigue diversos objetivos, entre los cuales sobresalen:

En la atención comunitaria, 2 de los propósitos esenciales son el cambio del estilo de vida y la rehabilitación comunitaria, a cargo de los equipos gerontológicos, constituidos por el médico general integral, enfermero, psicólogo y trabajador social (27).

En el nivel secundario de atención se trata de mantener un estado nutricional adecuado y de elevar la calidad de vida.

El programa hospitalario incluye la creación de los servicios de geriatría o, en su defecto, la geriatrización de los servicios, lo cual mejora la asistencia médica. En los hospitales donde existe dicho servicio, se labora estrechamente con el equipo multidisciplinario integrado por médico, enfermera, psicólogo, trabajadora social, terapeuta ocupacional y rehabilitadora. En estos centros se contempla la atención priorizada a la fractura de cadera, por su elevadas morbilidad y mortalidad en este grupo etario (13, 25).

La finalidad del médico que ejerce la medicina geriátrica, es mantener la independencia de sus pacientes y ayudarles a vivir sus propias vidas en el seno del hogar.

El principio fundamental del tratamiento de la enfermedad en una persona anciana estriba en combinar la experiencia clínica que utiliza las posibilidades de la medicina científica avanzada con una cuidadosa y afectuosa consideración del individuo y su personalidad (15).

El ocio y la recreación, en el adulto mayor, han de entenderse y apreciarse como algo más allá de lo simplemente personal, en cuanto al empleo del tiempo libre ha de verse mas bien como una acción que proyectada desde lo social puede crear las condiciones que faciliten la elevación de la calidad de vida de estas personas y contribuya al desarrollo de estilos de vida más saludables y autónomos a esta edad (1, 2).

Por todo lo antes expuesto nos motivamos a realizar este trabajo debido a la importancia que tiene el mismo y a la factibilidad de este problema, con el objetivo de mejorar la calidad de vida del adulto mayor, un programa priorizado en la Atención Primaria de Salud (3).

Desde que Nasher, en 1914, introdujo el término Geriátrica para designar la rama médica que se ocupa del cuidado de los ancianos y senescentes, esta especialidad ha avanzado con un ritmo prodigiosamente acelerado, aunque quizás no tanto aún como requiere la apremiante urgencia con que plantea problemas en todo el mundo, el crecimiento en números de las personas viejas (5).

Algunas estadísticas reflejan que entre el 10 y el 20% de los individuos mayores de 60 años pueden considerarse frágiles, y este porcentaje alcanza más del 50% en el grupo poblacional mayor de 85 años: "los viejos mas viejos, ("oldest old"). Estos pacientes frágiles son mayores consumidores de recursos sanitarios, empleando hasta el 50% del tiempo de los médicos y un 62% del gasto farmacológico (1, 2).

Los adultos mayores manifiestan como una característica de la presentación de las enfermedades el hecho de la pluripatología o morbilidad múltiple, término también conocida como comorbilidad múltiple, lo que constituye un relevante factor de fragilidad de este grupo poblacional (1, 4, 28) .

En encuesta nacional realizada en Cuba se encontró que el 69,9 % de los adultos mayores encuestados padecían al menos una enfermedad crónica , y el 13,9% una alteración de los órganos de los sentidos (6, 7).

La polifarmacia se observó en nuestra serie en 14 senescentes (29%) que ingerían 4 o mas medicamentos diariamente, Nolan y ÓMalley en Norteamérica, en trabajos realizados en varios grupos de senescentes encontraron aumento elevado en la prescripción de fármacos, y señalan que entre el 55,8 y el 90 % de los adultos mayores ingieren al menos 1 medicamento diario, Keith Beard en su publicación sobre polifarmacia en los ancianos comunica haber concluido que estos consumen el doble de los medicamentos que los jóvenes, y no es raro que ingieran entre 5 y 6 preparados diarios (28).

La OMS considera que el grupo de ancianos en situaciones de riesgo se encuentran los muy ancianos, los que viven solos en la vivienda, las mujeres solteras y viudas, los institucionalizados, aquellos que no tienen hijos, las parejas de ancianos en las que 1 de ellos es discapacitados o está muy enfermo, así como los ancianos con escasos recursos económicos (5, 29).

La familia, como red social de apoyo, acrecienta su importancia con el envejecimiento de sus integrantes de más edad, condicionados en esta etapa de la vida por la reducción de su actividad social, lo que incrementa para el anciano el valor del espacio familiar, que siempre será insustituible a pesar de

la imagen difundida en las ultimas décadas sobre la degradación de la atención de los padres (29, 30).

Algunas investigaciones realizadas sobre el tema refieren que las mayores expresiones de bienestar en la vejez se encontraron siempre asociadas a una fuerte interacción con la familia ,postura que confirmaron hace más de una década serias valoraciones ejecutadas en sus respectivos países por el francés Attias Donfut y los norteamericanos Mullins,Jonson y Anderson en 1987(30-32).

Para el investigador galo, las relaciones basadas en un alto nivel de solidaridad intergeneracional poseen la capacidad de reducir el estrés patológico de los ancianos y reforzar su actitud para prolongar su existencia (25).

Un estudio cubano sobre el tema demostró que la dimensión familiar, es la que mas contribuye a la percepción de la calidad de vida, a la vez que constituye la principal fuente de ayuda, compañía cuidado y respeto para las personas de avanzada edad, criterios que refuerzan dos investigaciones asumidas por el centro de investigación Psicológicas y sociológicas de la academia de la ciencia de Cuba, en las que se define la familia como el grupo social fundamental para la ayuda al adulto mayor (11,12).

La familia crece y a través del tiempo desarrolla una historia familiar, la que a diferencia de los cuentos infantiles, no siempre tiene un final feliz, por no ser una estructura homogénea, con un comportamiento estable, sino una

organización relacional muy compleja. En ella intervienen en ocasiones tres y hasta cuatro generaciones que para sostener su unidad precisan de tolerancia y adaptabilidad a diferentes cambios en los ciclos de vida colectiva (7, 10, 30).

La continuidad de la familia se asegura al ser un sistema multigeneracional, pero al mismo tiempo, como intereses, demandas y realizaciones personales de sus componentes que complican la convivencia. En familias multigeneracionales es común que las diferentes necesidades e intereses de sus integrantes se contrapongan en determinados momentos y circunstancias, que provocan tensiones dentro del seno familiar que afectan el estado emocional y los niveles de satisfacción de los adultos de más de 60 años (13, 32).

Una de las causas que hacen más complejas las relaciones en la familia de varias generaciones es el modo en que sus miembros asumen los roles que les son asignados. Por naturaleza, los padres tienen expectativa de ser retribuidos con afecto, apoyo moral, apoyo material y financiero. También esperan atención a los más viejos en caso de enfermedad. Es en el juego de estas expectativas mutuas en el que surgen mucho de los nuevos conflictos entre hijos adultos y padres viejos (23 - 24).

La funcionalidad de la familia estará siempre en dependencia de la capacidad de adaptación de sus integrantes a los requerimientos de cada nueva transformación, tanto desde el plano de las necesidades de la familia comunidad social como la de cada uno de sus miembros. Para la familia

multigeneracional esta determinación requiere, además, reconocer y aceptar las peculiaridades de cada generación (25).

La familia funcional se basa en un proceso de continuidad entre el pasado y el futuro, lo que implica que los hijos adultos asuman la responsabilidad frente a los padres quienes con frecuencia reclaman atención y cuidados al disminuir su influencia familiar. La calidad de los vínculos se inscriben en la historia de las relaciones entre sus componentes (29).

Por el contrario, en la familia disfuncional, el resultado de un enfrentamiento inadecuado de las necesidades y demandas vitales de sus integrantes, provocan una alteración del equilibrio entre estabilidad y cambio que desestabiliza la convivencia, facilita la aparición de tensiones. Esto da lugar a la aparición de rigideces y desajustes adaptativos que al persistir constituyen causa de sufrimiento para algunos miembros (16, 22).

Uno de los temas mas críticos para la vejez y la familia que envejece es el de la dependencia ,ya que afecta en gran medida la relación con los hijos y remite al planteo de la reversión de los roles, lo que no puede interpretarse como una regresión del anciano , a la vez que el ha transmitido por más de una etapa y ahora, sin perder la condición de padre ,se enfrenta a una relación de dependencia de sus descendientes en la que nunca llegara a definirse como el hijo de su hijo (18).

Cuando la enfermedad irrumpe o sobrevive la incapacidad, el conflicto adquiere un tono diferente, que se agrava si se trata de una enfermedad crónica, ante esta situación es eminente una reorganización del sistema familiar que permite hacer a este cambio en los hábitos de convivencia de la familia (27).

Entre los elementos y factores que provocan una longevidad con bienestar podemos señalar los siguientes:

- 1- Sentirse útil.
- 2- Conservar las condiciones físicas favorables.
- 3- Mantener el sentido del humor.
- 4- Disfrutar de compañía de pareja.
- 5- Mantener múltiples intereses.
- 6- Suprimir lo no solucionable.
- 7- Ver los cambios como reto más que como amenaza.
- 8- Contar con red de apoyo social.
- 9- Poseer mecanismo apropiado para el manejo del estrés.
- 10- Sentimiento de control.
- 11- Compromiso.
- 12- Utilización del tiempo libre de una manera correcta y sabia (16 - 28).

Lo anterior se orienta en las direcciones de lograr un adecuado bienestar físico y psicológico, un monto aceptable de relaciones interpersonales (familia, amigos), proseguir el desarrollo personal (intelectual, auto-expresión,

autoconciencia), mantener intereses y el vínculo a actividades recreativas y espirituales, en resumen: mantener la capacidad de asombrarnos ante la realidad cotidiana y el interés de aprender cosas nuevas e implicarnos en nuevos proyectos, algún objetivo o alguna meta (13,16).

Geriatría es la rama de la ciencia que se ocupa de los aspectos clínicos, terapéuticos, preventivos y sociales relacionados con la salud y enfermedad de los ancianos, en tanto gerontología es la ciencia que estudia el proceso de envejecimiento desde los puntos de vista biológico, psicológico y social, así como su interacción con el medio.

El envejecimiento se caracteriza por la merma paulatina, sistemática, y finalmente la pérdida de las potencialidades fisiológicas de que está dotado el individuo, lo que trae como resultado (en las etapas más avanzadas) incapacidad creciente para desenvolverse y adaptarse al entorno en que ha vivido (21, 26).

Este proceso comienza desde el mismo momento de la concepción, acentuándose a medida que la edad avanza, y acompaña al individuo durante toda la vida hasta el momento de la muerte.

El ocio y la recreación, desde esta visión, resultan generadores de beneficios múltiples para las personas de la tercera edad, entre ellos podemos mencionar los siguientes:

- Potenciar la creatividad y la capacidad estética y artística.

- Favorecer el mantenimiento del funcionamiento psicomotriz adecuado.
- Fomentar los contactos interpersonales y la integración social.
- Mantener, en cierto nivel, las capacidades productivas.
- Hacer frente a las disminuciones y limitaciones físicas.
- Mantener equilibrio, flexibilidad y expresividad corporal.
- Servir como medio de extinción y enfrentamiento activo al estrés y las tensiones propias de esta etapa de la vida.
- Contribuir al mantenimiento del sentimiento de utilidad y autoestima personal.
- Fomentar la creatividad y productividad en el uso del tiempo Libre.
- Mantener o desarrollar la capacidad del disfrute y la apertura hacia nuevos intereses y formas de actividades.
- Fomentar la comunicación, la amistad y el establecimiento de relaciones interpersonales ricas y variadas.
- Propiciar el bienestar y la satisfacción personal

Las modificaciones de recreación que pueden ser instrumentadas, dejando siempre abierta la opción de libre elección, serían:

- Recreación artística y cultural.
- Recreación deportiva.
- Recreación pedagógica.
- Recreación ambiental.
- Recreación comunitaria.
- Recreación terapéutica (17).

Las enfermeras han desempeñado siempre una importantísima función en la atención a las personas de avanzada edad, por lo que en 1904 fue publicado en el American Journal of Nursing el primer artículo sobre el cuidado del anciano; en 1961, la Asociación Americana de Enfermería recomendó la formación de grupos de enfermeras especializadas en geriatría y en 1969 se instituyeron las normas para la práctica de la enfermería geriátrica. En 1975 se graduaron como tales las primeras enfermeras y en ese mismo año se editó el primer número del Journal of Gerontological Nursing; en 1976 se decidió cambiar el título de enfermeras geriátricas por enfermeras gerontológicas, ya que no solo atendían al anciano enfermo, sino en la propia comunidad (30).

El principio fundamental del tratamiento de la enfermedad en una persona anciana estriba en combinar la experiencia clínica, que utiliza las posibilidades de la medicina científica avanzada, con una cuidadosa y afectuosa consideración del individuo y su personalidad. No es ético limitar el acceso a determinados tratamientos por motivos de edad, el anciano tiene derecho a opinar y a decidir la conducta médica que se va a seguir con él con la excepción de que no esté en condiciones psíquicas de hacerlo o que por la urgencia no haya tiempo para consultarle y entonces son los familiares quienes toman la decisión (18,19).

Cada vez más personas sobrepasan las barreras cronológicas que el hombre ha situado como etapa de vejez, lo que ha convertido al envejecimiento de la población en un reto para las sociedades modernas. Esto, considerado como uno de los logros más importantes de la humanidad, se transforma en un evento

tributario de grandes decisiones y soluciones adecuadas con las consecuencias que de esto se derivan (31).

La calidad de vida en el anciano radica en su capacidad de adaptación a los cambios físicos que se van produciendo y a los agentes externos estresantes, los factores psico-sociales que lo acosan e incluye todas las satisfacciones que hacen la vida digna de ser vivida (20, 21).

El envejecimiento de un país es consecuencia de su progreso, la vejez puede ser una etapa de la vida tan positiva como cualquier otra, llena de satisfacciones y calidad de vida y no debe establecerse ningún tipo de discriminación hacia las personas por razón de su edad. Aunque la edad constituye un elemento importante, se considera insuficiente como criterio aislado para evaluar, cuantificar y definir las necesidades de una persona mayor enferma (22).

El incremento de la esperanza de vida de los cubanos ha estado fuertemente determinado por el descenso de la mortalidad infantil. En Cuba el mismo influirá poco en futuros incrementos de la esperanza de vida al nacer, pero cualquier incremento por mínimo que sea influirá de manera importante en lo contrario, o sea, disminuyendo la esperanza de vida, de ahí que se haga necesario mantener el indicador. El aumento en la expectativa de vida de los cubanos hay que buscarlo fundamentalmente en la mejoría de las condiciones de mortalidad de otros grupos etáreos, especialmente en las personas mayores de sesenta años (18).

La dinámica poblacional que ha venido presentándose en las últimas décadas en el mundo y en particular en Cuba, con evidencias de un rápido envejecimiento, impone a los profesionales y técnicos de la salud la necesidad de obtener información actualizada de los aspectos más relevantes y las principales tendencias del envejecimiento y la vejez. La provincia de Sancti Spíritus no es ajena a esta situación y se encuentra entre las tres de mayor envejecimiento en Cuba, después de Villa Clara y Ciudad de La Habana (21).

La Comisión Estadística de las Naciones Unidas define la mortalidad como la acción de la muerte sobre la población. Además se ha definido como un fenómeno biológico que constituye uno de los componentes fundamentales y determinantes del tamaño y composición de una población.

El comportamiento de la mortalidad por edades en la población anciana permite actuar en consecuencia y lograr la prolongación de la vida con calidad en los adultos mayores (23, 24).

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 personas ancianas.

La vejez es un proceso dinámico, gradual, natural e inevitable, caracterizada también por la multiplicidad de familiares y amigos (22).

Para muchos esta etapa comienza a partir de los 65 años de edad, y se caracteriza por un declive gradual del funcionamiento de todos los sistemas corporales como consecuencia del envejecimiento natural de las células del

cuerpo (11).

Así mismo, la mayoría de los adultos mayores conservan un grado importante de sus capacidades, tanto físicas como mentales, cognitivas y psíquicas. pero en muchos países, por lo general, la persona que envejece va perdiendo interés vital por los objetivos y actividades que le posibilitan una interacción social. Esta situación conlleva al aislamiento progresivo del anciano. Esa desvinculación obedece en gran parte a las actitudes adoptadas por el entorno. Como parte del imaginario social y colectivo circulan una gran cantidad de ideas erróneas acerca del envejecer y la vejez que funcionan como mitos y prejuicios, perjudicando a la vez la adecuada inserción del adulto. Estos prejuicios incorporados en la mentalidad del adulto mayor funcionan determinando actitudes negativas (18).

Estar ausente sin integrarse al grupo social o familiar como mero sujeto pasivo que subsiste entre recuerdos y nostalgias; la falta de comunicación, de afectividad y la incomprensión, son factores determinantes y creadores de tristeza y de enfermedades en el adulto mayor (22, 28).

Por la edad o el aspecto físico se les arrincona, se les jubila y abandona a su suerte, perdiendo desde el poder adquisitivo hasta la dignidad, deteriorándose su calidad de vida.

La jubilación actúa como barrera demarcatoria, incluyendo en este círculo a todos aquellos que, cumpliendo 60 o 65 años engrosan las filas de los llamados

"pasivos", obligándolos a un reposo forzoso (21).

En el sistema de salud cubano constituye una máxima lo siguiente: cuanto más preserve una persona su salud durante la juventud ,eliminando factores nocivos como el tabaquismo, el consumo de bebidas alcohólicas y de medicamentos sin prescripción facultativa, realice ejercicios físicos y, a la vez, se libere de toda una serie de tabúes o mitos que dificulten su educación en general llegará a ser, de seguro, un adulto mayor sin inconvenientes funcional (19-20).

En mayo de 1992 se inauguró el Centro Iberoamericano de la Tercera Edad en Ciudad de La Habana, con la finalidad de emprender investigaciones en esta esfera y formar gerontogeriatras. Hoy constituye el centro de referencia nacional para la especialidad (31, 32).

En 1996 entró en vigor el programa de atención hospitalaria al anciano, pero cabe señalar que cada programa persigue diversos objetivos, entre los cuales sobresalen:

En la atención comunitaria, 2 de los propósitos esenciales son el cambio del estilo de vida y la rehabilitación comunitaria, a cargo de los equipos gerontológicos, constituidos por el médico general integral, enfermero, psicólogo y trabajador social.

En el nivel secundario de atención se trata de mantener un estado nutricional adecuado y de elevar la calidad de vida.

El programa hospitalario incluye la creación de los servicios de geriatría o, en su defecto, la geriatriización de los servicios, lo cual mejora la asistencia

médica. En los hospitales donde existe dicho servicio, se labora estrechamente con el equipo multidisciplinario integrado por médico, enfermera, psicólogo, trabajadora social, terapeuta ocupacional y rehabilitadora. En estos centros se contempla la atención priorizada a la fractura de cadera, por su elevadas morbilidad y mortalidad en este grupo etario (13,25).

La finalidad del médico que ejerce la medicina geriátrica, es mantener la independencia de sus pacientes y ayudarles a vivir sus propias vidas en el seno del hogar.

El principio fundamental del tratamiento de la enfermedad en una persona anciana estriba en combinar la experiencia clínica que utiliza las posibilidades de la medicina científica avanzada con una cuidadosa y afectuosa consideración del individuo y su personalidad (15).

En estos tiempos de extremos movimientos y consumismo exacerbado son muchos los que se autosentencian a disfrutar de una corta vida. Otros se asombran de no llegar siquiera a la mitad de la edad de sus abuelos... Muchas respuestas tienen que ver con la práctica de inadecuados estilos de vida, ya sea en el ámbito nutricional, como de hábitos y conductas incompatibles con las de generaciones anteriores y que hoy asumen los jóvenes. Al igual que en otras regiones desarrolladas, [Cuba](#) cuenta entre su población con un elevado porcentaje de personas ancianas, hecho que la ubica como una de las más envejecidas de América Latina. Incluso, expertos en Demografía pronostican que para el 2050 los cubanos tendrán uno de los promedios de edad más altos del planeta (21 - 28).

La Cátedra del Adulto Mayor tiene entre sus funciones mejorar los conocimientos necesarios para una longevidad satisfactoria. No solo que vivan muchos años, sino que lo hagan con una capacidad funcional y una calidad de vida adecuada. Informa a los este sector sobre diversas materias, entiéndase, psicología, medicina tradicional, computación; esos conocimientos influyen de manera positiva en su existencia. Se han implementado desde hace cuatro décadas programas de ayuda a los ancianos, y creado establecimiento para hacer más llevadera la vida a las personas de la tercera edad (28 - 29).

Fisiológicamente el individuo pierde capacidad física y mental, por un proceso degenerativo, y de lo que se trata es de mantener una eficaz nutrición e incrementar la actividad física, así evitan que surjan enfermedades cardiovasculares y cerebrales.

Los jóvenes deben conservar estilos de vida saludables, entiéndase, cero hábitos de fumar o consumir drogas, pues al decir de especialistas una vez que se adquieren son muy difíciles de eliminar. La geriatría se gana desde la pediatría, pues desde que la madre le echa azúcar a la leche de los niños o sal a otros alimentos ya el bebé recibe malos hábitos. Hay que tener una cultura gerontológica para alcanzar una longevidad segura (14,15).

Las personas deben envejecer sin sentirse inútiles, sin ser una carga para el resto de la sociedad, y que por el contrario disfruten ese envejecimiento en lo individual y lo social, transmitiendo las experiencias adquiridas a lo largo de sus vidas.

La longevidad como capacidad de expansión de la vida se ha ido incrementando en Cuba y en el mundo lo cual traerá nuevas exigencias para los países y en especial para los especialistas que se dediquen al trabajo con adultos mayores y en particular con aquellos que hayan tenido una supervivencia excepcional, por lo que deberá ser centro de interés para la Psicología el estudio del envejecimiento y sus particularidades en el logro de una longevidad satisfactoria y en el trabajo con personas de la tercera edad y de los llamados “viejos viejos” (17).

Cuba, país en desarrollo, no queda excluida de la problemática planteada. Los autores realizan un análisis de los procesos de transición demográfica y epidemiológica y la categoría calidad de vida, dada la relación de ésta con los procesos anteriormente considerados (13).

Concluyen que al incremento de la longevidad deberá añadirse una mejoría de la calidad de vida de esta población, si bien han sido señalados varios problemas para el estudio de la calidad de vida, los que pueden resumirse en: conceptuales, metodológicos e instrumentales, en los últimos años se han realizado grandes esfuerzos en este sentido; siendo la tercera edad el segmento de la población más investigado desde esta perspectiva, sobre todo a través de la dimensión salud o funcionalidad.

La mayor prevalencia, en las provincias investigadas, de la discapacidad física con respecto a la discapacidad mental, sugiere que, generalmente, la primera acontece antes que la segunda. Las diferencias marcadas en los niveles de discapacidad física, encontradas entre las provincias investigadas, evidencian

que aún en países como Cuba, donde existe bastante homogeneidad en los niveles de atención a la salud, existen diferenciales demográficos, sociales y económicos. La edad apareció como factor que influye en la aparición de discapacidad física en la población geriátrica de todos los territorios investigados, seguida por el sexo femenino, los sentimientos de soledad y la insatisfacción con actividades cotidianas que constituyen factores de riesgo en tres de las provincias estudiadas. La desocupación, la inadaptación a la jubilación, la pérdida del rol social y la baja escolaridad influyen en la aparición de discapacidad (29, 32).

Problemas orgánicos, se le añadan otros psicológicos (inadaptación familiar y social), que lo arrastran al aislamiento, la melancolía y el sufrimiento crónico, que generan problemas de salud.

A partir de la segunda mitad de la vida, las posibilidades de enfermar aumentan; merman las potencialidades fisiológicas y la capacidad de trabajo, lo cual trae como consecuencia que a las personas que sobrepasan los 70 años de edad les resulta difícil adaptarse al entorno social y familiar.

Eso se debe a no poder mantenerse a tono con la dinámica social de ese momento; lo cual requiere crear programas de atención específicos para este grupo poblacional, ya que la inadaptación al medio incide también en la salud.

En la tónica moderna, las familias se caracterizan por ser cortas ,uno o dos

hijos, lo que origina desproporción dentro del crecimiento social, en relación con la composición etárea. La sociedad está creciendo en base a personas envejecidas.

En la primera etapa de la vida, los procesos evolutivos aventajan a los involutivos, y entonces el individuo muestra una creciente maduración y progreso en su vida familiar y social, pero aproximadamente entre los 34 y 37 años de vida, los procesos involutivos se equiparan con los evolutivos, lo cual indica que la maduración ya terminó, y a partir de este momento comienzan a hacerse reconocibles los procesos de involución (30, 31).

Es decir en ese momento el individuo toma conciencia de que está envejeciendo; pero en realidad, el proceso de envejecimiento había comenzado desde hacía mucho tiempo.

La vida no es más que la expresión de un constante movimiento. El mecánico se produce cuando nos desplazamos o movemos las articulaciones. Eso se traduce en trabajo, por lo tanto ese esfuerzo físico constituye el estímulo fundamental para la conservación de las potencialidades fisiológicas que garantizan la vida.

La educación física, ya sea mediante la práctica de deportes, en clases diseñadas para gimnasios o áreas deportivas; o sencillamente ejercicios físicos en el hogar o zona de residencia o el centro laboral, es la única alternativa eficaz para mantener las potencialidades fisiológicas, la capacidad física de

trabajo y conservar el estado óptimo de salud. Esa es la única vía para retardar la aparición de los efectos negativos del envejecimiento y elevar la calidad de vida(24,28).

En la existencia de un individuo reconocemos tres factores que influyen categóricamente en su vida: bienestar físico, bienestar social y bienestar emocional.

El equilibrio positivo de los tres factores permite que el individuo viva plenamente, sin depender de otras personas y desarrollando todas sus facultades. En la medida que estos factores, o uno de ellos se deteriore, la persona se va imposibilitando de vivir su propia existencia y comienza, lentamente, a depender de otros hasta llegar a ser completamente dependiente. En la medida que, preventivamente, nos cuidemos, se postergará su deterioro y el Adulto Mayor podrá gozar de una buena calidad de vida por mayor tiempo.

**Bienestar Físico:** El envejecimiento, desde un punto de vista biológico, es un proceso propio de todo ser vivo, inevitable e irreversible. Es la fase final del desarrollo. Paralelamente a este envejecimiento biológico, que se produce sin que se sufran enfermedades y/o accidentes, el ser vivo, a lo largo de su vida y, principalmente, al final de ella, experimenta enfermedades y accidentes que influyen y aceleran su envejecimiento (27, 29).

Es así que para la mayoría de los adultos mayores la disminución de su

capacidad física y el deterioro de su salud es el problema más serio que los afecta y que los puede hacer dependiente de otros seres humanos.

Bienestar Social: Significa autonomía de vida, no dependiendo de otros. El adulto mayor, mayoritariamente, es una persona jubilada y que por ello enfrenta dificultades económicas y problemas en el uso de su tiempo, que le sobra. Las dificultades económicas son producto de sus bajas pensiones e ingresos, del exceso de gasto en medicina y medicamentos, y de la dificultad de obtener un empleo rentable. Los problemas de sobra de tiempo se deben a esa dificultad de obtener un empleo que permita suplementar sus ingresos. El deterioro físico, planteado anteriormente, junto a la dificultad económica son las dos principales situaciones que generan dependencia de otros al adulto mayor.

Bienestar emocional: La jubilación, además de ser un símbolo de disminución de ingresos, produce un aislamiento progresivo de la persona por pérdida de compañeros de trabajo, lo que se traduce en aburrimiento y en sensación de inutilidad frente a la sociedad. Ello influye en la autoestima. También se inicia el desaparecimiento de los amigos, familiares e hijos, éstos últimos por iniciar una nueva familia (27, 31).

La presencia de enfermedades y/o accidentes que limiten el bienestar físico, los trastornos en su actividad social que lo aislan, afectan su autoestima y la necesidad que posee toda persona de sentirse amada y considerada, alteran el bienestar emocional, que es fundamental en la vida humana.

El equilibrio positivo en estos tres aspectos de la vida hacen que una persona adulta mayor sea un individuo activo, participativo, feliz, satisfecho de la vida y con ansias de contribuir en las actividades de la sociedad no de ser un anciano sin ganas de vivir (insatisfecho).

El ser humano debe conocer oportunamente esta realidad para prepararse a enfrentar esta etapa de su vida y a prevenir las situaciones que podrán influir negativamente en su futuro (23, 29).

Debemos recordar que vejez no necesariamente significa enfermedad. Debemos prevenir esta situación. Debemos agregar años a la vida y no vida a los años. Dentro de este agregar años a la vida, es necesario considerar que el estado de salud de la boca, influye en la calidad de vida de la persona. Afecta a cada uno de los factores que la determinan.

Bienestar Físico: El deficiente estado de salud de la boca produce:

- a) Alimentación defectuosa e inadecuada. Los dientes cariados, sueltos o su falta hace que la masticación no se realice adecuadamente, por lo que la persona no forma su bolo alimenticio apropiadamente y no inicia, por lo tanto, la insalivación del alimento y el comienzo de su digestión; traga trozos de alimentos no triturados, recargando al resto del sistema digestivo.

Por la misma razón, selecciona sus alimentos entre los más blandos y fáciles

de tragar, evitando carnes, frutas y verduras que lo incomodan. Con ello su alimentación no es completa e inicia carencias que lo afectarán posteriormente, deteriorando su organismo.

b) Fonación defectuosa: Al faltarle dientes, tenerlos sueltos o con orificios (caries), la pronunciación de la palabra no es la correcta y aparecen silbidos y otras incorrecciones en el hablar.

c) Estética: Tal vez lo que más preocupa a las personas. Su apariencia de persona sin dientes o con ellos rotos, no permite su presentación ante el resto de los semejantes.

Bienestar Social: una dentadura en deficientes condiciones, o totalmente perdida, dada la alteración severa de la estética, produce un grave deterioro en las relaciones interpersonales con el resto de la sociedad. A su vez se constituye en una situación que dificulta muy seriamente la obtención de un trabajo, ya que su presencia personal en estas condiciones no es aceptada por el posible empleador o, en el caso de una actividad independiente, por el eventual cliente (31).

Bienestar Emocional: La dificultad que su aspecto físico acarrea por una estética deficiente, una fonación alterada, produce problemas de relaciones interpersonales y para la obtención de una fuente laboral actividad comunitaria. Esta situación trae como consecuencia un aislamiento de la persona, afectando su autoestima, lo que a la larga produce depresión, situación frecuente en el

adulto mayor.

El control permanente en el estado de salud de la boca y sus anexos, efectuado por un profesional; el autoexamen de éste territorio realizado por el propio usuario, junto a medidas de prevención realizadas por el odontólogo, algunas, y otras por el interesado, influyen notablemente, en el estado de salud de la boca y sus anexos. Ello contribuye a poseer una buena calidad de vida (31, 32).

**Hipótesis:** si se elabora un programa de intervención educativa se contribuye a la elevación del nivel de conocimientos de los adultos mayores sobre los aspectos fundamentales a tener en cuenta para mejorar la calidad de vida en la casa de abuelos perteneciente al policlínico "Julio Castillo" del área de chambas.

## II- OBJETIVOS

---

## II- OBJETIVOS

## **2.1 – Objetivo general**

Evaluar el nivel de conocimientos a través de una estrategia de intervención educativa para mejorar la calidad de vida del adulto mayor en el área de chambas durante el período comprendido Enero del 2007 a diciembre del 2008.

### **Objetivos específicos.**

#### **2.2.1 Distribuir población encuestada según:**

- Edad.
- Sexo.
- Nivel educacional
- Apoyo familiar.
- Enfermedades crónicas no transmisibles.

#### **2.2.2 Identificar en los adultos mayores el nivel de conocimiento antes y después de la intervención, en cuanto a las variables siguientes:**

- Alimentación
- Hábitos tóxicos.
- Ejercicios físicos.
- Descanso y sueño.
- Polifarmacia.
- Ocio y recreación.
- Accidentes.
- Higiene personal y ambiental.

- Evaluación Geriátrica.
- Afecciones más frecuentes.

2.2.3 Aplicar una estrategia de intervención educativa para elevar el nivel de conocimiento, mejorando la calidad del adulto mayor.



### **III- DISEÑO METODOLÓGICO.**

Se realizó un estudio de intervención educativa de tipo antes-después que según el tiempo de ocurrencia de los hechos y registro de la información es prospectivo, según el período y secuencia del estudio es longitudinal y según el análisis y alcance de los resultados es un pre-experimental, con el objetivo de determinar el nivel de conocimiento a través de una estrategia de intervención educativa para mejorar la calidad de vida en el adulto mayor en el área “Julio Castillo” en el municipio Chambas, durante el período comprendido de de enero del 2007 al diciembre de 2008.

El universo y la muestra de estudio estuvo constituido por 57 adultos mayores, donde se realizó un muestreo no probabilístico por cuotas.

El criterio de selección se realizó de acuerdo a las siguientes características: se incluyeron en el estudio todos los adultos mayores que recibieran atención en la casa de abuelos y en la cátedra del adulto mayor y de éstos, aquellos que presentaron un nivel de conocimiento medio o bajo sobre los cuidados a tener en cuenta para mejorar la calidad de vida y lograr una longevidad satisfactoria antes de la intervención, a los cuales se les pidió el consentimiento informado (Anexo 1).

Criterio de exclusión: fueron excluidos del estudio los que no cumplían los requisitos.

**La variable independiente** de la hipótesis es un programa de intervención educativa encaminado a elevar el nivel de conocimientos sobre calidad de vida en el adulto mayor.

Para medir el nivel de conocimientos que tienen los adultos mayores de la casa de abuelos de chambas sobre calidad de vida en el adulto mayor como **variable dependiente** se tuvo en cuenta:

- ✓ edad Y Sexo.
- ✓ Nivel educacional.
- ✓ Apoyo familiar.
- ✓ Enfermedades crónicas no transmisibles.
- ✓ Alimentación.
- ✓ Hábitos tóxicos.
- ✓ Ejercicios físicos.
- ✓ Descanso y sueño.
- ✓ Polifarmacia.
- ✓ Ocio y recreación.
- ✓ Accidentes.
- ✓ Higiene personal y ambiental.
- ✓ Evaluación Geriátrica.
- ✓ Afecciones más frecuentes.

Al universo constituido por los 57 adultos mayores se le aplicó un cuestionario de preguntas (Anexo 2) que midieron el nivel de conocimiento sobre los

diferentes aspectos a tener en cuenta para mantener o mejorar la calidad de vida, ningún cuestionario fue desechado, ya que siguieron correctamente las instrucciones de su llenado, este cuestionario fue aplicado por la autora de dicha tesis y validado por un Especialista en geriatría y una Psicóloga, a los cuales se les explicó en qué consistía la investigación y para qué se realizaba. Cumpliendo con los cuatro principios éticos básicos: el respeto a las personas, la beneficencia, la no- maleficencia, y la justicia.

Una vez concluida la aplicación de la encuesta, se pudo identificar un nivel de conocimiento bajo en 57 adultos mayores encuestados a través del (Anexo 3), con los cuales se realizaron diversas actividades de capacitación, donde la muestra fue fraccionada en dos subgrupos, una de los adultos mayores de casa de abuelos y otra de los que asistían a la cátedra del adulto mayor. El programa educativo (Anexo 4), esta capacitación fue impartida por una Licenciada en Enfermería con el apoyo de de atención geriátrica del área.

Al concluir la capacitación se aplicó nuevamente el instrumento inicial (Anexo 2) y se comprobaron los resultados obtenidos antes y después de la intervención.

El procedimiento de recolección de datos fue a través de encuestas elaboradas y previamente válidas. La encuesta fue calificada con una puntuación de 100 puntos que se expresa en el ( anexo 3).

**Los métodos utilizados en la investigación fueron:**

**El método analítico- sintético:** par la caracterización del nivel de conocimientos a que tienen los adultos mayores de la casa de abuelos sobre calidad de vida, así como la interpretación de la información por los métodos empiricos.

**El método inductivo- deductivo:** para concretar los supuestos teóricos para la aplicación de las acciones del programa de intervención educativa.

**El método sistémico- estructural –funcional:** en la explicación del objeto de la investigación y la modelación del campo de acción, en la concepción de la estructuración del programa de intervención.

**El método dialectico – materialista:** en la determinación de las relaciones contradictorias que se dan en el objeto y que constituyen de desarrollo como base metodológica de la investigación.

**Del nivel empírico: la encuesta** para determinar el nivel de conocimientos de los adultos mayores de la casa de abuelos en ambas sobre calidad de vida.

## **ESTRUCTURA DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN:**

El programa se inició en el mes de enero del 2007. Una vez concluida la aplicación de la encuesta, se pudo identificar un nivel de conocimiento bajo en 57 adultos mayores encuestados a través del (Anexo 3), con los cuales se realizaron diversas actividades de capacitación, donde la muestra fue fraccionada en dos subgrupos, una de los adultos mayores de casa de abuelos 27 ancianos y otra de los que asistían a la cátedra del adulto mayor los cuales eran 30. El programa educativo (Anexo 4) se impartió en diez

sesiones de trabajo con una frecuencia semanal, con una duración entre 60 y 90 minutos , se realizaron en la casa de abuelos de nuestra localidad, colocando sillas de forma circular , facilitando la comunicación cara a cara, las primeras cinco sesiones destinadas al trabajo grupal en correspondencia con los objetivos de cada sesión , las cinco restantes para el trabajo independiente ,se destinaron al diagnostico definitivo de la repercusión de la estrategia aplicada.

E proyecto de intervención educativa aplicado se diseñó acorde a nuestra base teórica, fundamentada en la necesidad de relacionar funcionalmente la autoconciencia y los procesos de reflexión, además de la valoración que haga el individuo y el trabajo educativo que pueda realizarse a través del trabajo de grupo.

La estructura metodológica aplicada en las sesiones de trabajo no fue estática en relación con su diseño, el cual se realizó acorde con los objetivos específicos y dinámicos.

Se incorporaron técnicas educativas conocidas, tales como de animación, reflexivas o representación, asociadas a algunos recursos técnicos incorporados para apoyar los objetivos de cada tema.

Las técnicas estadísticas utilizadas, fueron las medidas de resumen para variables cualitativa (porcentaje %), se calcularon la media y la desviación estándar en cada momento para su comparación. Además se calculó el

estadístico Z para  $N > 30$  en las tablas que resumen la variable del nivel de conocimientos para responder a la interrogante de la investigación donde:

Ho: Los cambios ocurridos en el nivel de conocimiento que se constatan en el segundo momento (después) no se deben a la intervención educativa aplicada.

H1: Los Cambios ocurridos en el nivel de conocimiento que se constatan en el segundo momento (después) se deben a la intervención educativa aplicada.

$$Z = \frac{\bar{X} - \mu}{\sigma / \sqrt{n}}$$

Si el valor de la Z calculada es menor que Z la tabulada ( $Z_c < Z_t$ ) se acepta Ho.

Si el valor de la Z calculada es mayor que Z la tabulada ( $Z_c > Z_t$ ) se rechaza Ho.

Se trabajó con un nivel de significación de 0.05; el valor de Z tabulada es para esta prueba de dos colas de 1.96 y -1.96.

Además se estimó el intervalo de confianza para tener la certeza de que la media de la población se encuentra con una probabilidad del 95% en el intervalo calculado.

$$IC = \bar{X} \pm \sigma / \sqrt{n}$$

Para realizar estos cálculos se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 10, la base de datos fue realizada en Microsoft Excel y la elaboración del texto y los gráficos en Microsoft Word.

Al final se redactó el informe final para dar respuesta a los objetivos propuestos en nuestra investigación, cumpliendo con los requisitos éticos de resguardo de la información personal de cada paciente, además de cumplir con los requisitos docentes en estos casos de dicha Facultad de Ciencias Médicas

El aporte práctico de la investigación se manifiesta en el programa de intervención educativa para elevar el nivel de conocimiento, que poseen los adultos mayores de la casa de abuelos y la cátedra del adulto mayor en chambas ,disminuyendo la morbilidad y mortalidad e incrementando la esperanza de vida ,así como la calidad de esta en nuestro municipio.

#### IV- ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS

---

#### RESULTADOS

## ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Estrategia educativa para elevar el nivel de conocimientos del adulto mayor sobre calidad de vida del adulto mayor en el área “Julio Castillo” del municipio Chambas durante el período comprendido del 1ero de enero al 31 de diciembre de 2007.

**Tabla 1. Distribución de los encuestados según Edad y Sexo**

| Edad         | Sexo      |             |           |             | Total     |            |
|--------------|-----------|-------------|-----------|-------------|-----------|------------|
|              | MASCULINO |             | FEMENINO  |             |           |            |
|              | No        | %           | No        | %           | No        | %          |
| 60-74        | 12        | 21.0        | 16        | 28.0        | 28        | 49.0       |
| 75-89        | 10        | 18.0        | 14        | 24.0        | 24        | 42.0       |
| 90-99        | 1         | 1,7         | 2         | 3.5         | 3         | 5.2        |
| Mas de 100   | -         | -           |           |             |           |            |
| <b>Total</b> | <b>23</b> | <b>40.3</b> | <b>32</b> | <b>56.1</b> | <b>57</b> | <b>100</b> |

Fuente: cuestionario.

Al analizar la muestra de estudio con relación a la distribución de los encuestados según edad y sexo, se observó un franco predominio por el sexo femenino con 32 mujeres para un (56.1%) y en cuanto a la edad se aprecia un mayor porcentaje en el grupo de edad de 60-64 para un(49 %) .

Lo cual coincide con el criterio de varios autores al plantear, que la edad apareció como factor que influye en la aparición de discapacidad física en la

**Tabla 2. Distribución de los encuestados según Nivel Educativo**

| <b>Nivel Educativo</b>         | <b>Nº</b> | <b>%</b>    |
|--------------------------------|-----------|-------------|
| <b>Universitarios</b>          | <b>3</b>  | <b>5.3</b>  |
| <b>Pre-Universitario</b>       | <b>2</b>  | <b>3.5</b>  |
| <b>Técnicos medios</b>         | <b>7</b>  | <b>12.3</b> |
| <b>Secundaria Terminada</b>    | <b>20</b> | <b>35.0</b> |
| <b>Secundaria sin Terminar</b> | <b>7</b>  | <b>12.3</b> |
| <b>Primaria Terminada</b>      | <b>14</b> | <b>24.5</b> |
| <b>Primaria sin Terminar</b>   | <b>4</b>  | <b>7.0</b>  |
| <b>Total</b>                   | <b>57</b> | <b>100</b>  |

Se observó que de los encuestados que participaron en la investigación el mayor por ciento (35.0 %) pertenecía al nivel educacional secundaria terminada . se asume el criterio de otros autores al plantear que La Cátedra del Adulto Mayor tiene entre sus funciones mejorar los conocimientos necesarios para una longevidad satisfactoria. Informa a los este sector sobre diversas materias, entiéndase, psicología, medicina tradicional, computación; esos conocimientos influyen de manera positiva en su existencia (28,29).

**Tabla 3. Distribución de los encuestados según apoyo familiar**

| APOYO FAMILIAR |      |     |     |       |     |
|----------------|------|-----|-----|-------|-----|
| SI             |      | NO  |     | TOTAL |     |
| No.            | %    | No. | %   | No.   | %   |
| 55.0           | 96.4 | 2.0 | 3.5 | 57    | 100 |

Solamente se observó que 2 adultos mayores para un(3.5 %) de los encuestados manifestaron no tener apoyo familiar, los restantes 55 adultos mayores refirieron tener apoyo familiar para un(96.4 %).se asume el criterio de otros autores al plantear que en un estudio cubano sobre el tema demostró que la dimensión familiar, es la que mas contribuye a la percepción de la calidad de vida, a la vez que constituye la principal fuente de ayuda, compañía

cuidado y respeto para las personas de avanzada edad, criterios que refuerzan dos investigaciones asumidas por el centro de investigación Psicológicas y sociológicas de la academia de la ciencia de Cuba, en las que se define la familia como el grupo social fundamental para la ayuda al adulto mayor (11,12).

**Tabla 4. Distribución de los encuestados según Enfermedades Crónicas no Transmisibles**

(N=57)

| Enfermedades Crónicas no Transmisibles | SI        |             | No        |             |
|----------------------------------------|-----------|-------------|-----------|-------------|
|                                        | N0        | %           | N0        | %           |
| <b>HTA</b>                             | <b>23</b> | <b>40.3</b> | <b>34</b> | <b>60.0</b> |
| <b>CARDIOPATIAS</b>                    | <b>12</b> | <b>21.0</b> | <b>45</b> | <b>79.0</b> |
| <b>DIABETES MELLITUS</b>               | <b>5</b>  | <b>8.77</b> | <b>52</b> | <b>91.2</b> |
| <b>ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES</b>  | <b>-</b>  | <b>-</b>    | <b>-</b>  | <b>-</b>    |
| <b>OTRAS(ASMA,EPILEPSIA)</b>           | <b>2</b>  | <b>3.5</b>  | <b>55</b> | <b>96.4</b> |
| <b>NINGUNA</b>                         | <b>14</b> | <b>24.5</b> | <b>43</b> | <b>75.4</b> |

Se observó que de los encuestados según la presencia de enfermedades crónicas no trasmisibles, el mayor porcentaje lo ocuparon 23 pacientes con hipertensión arterial para un (40.3%). se asume el criterio planteado por otros autores al plantear que en encuesta nacional realizada en Cuba se encontró que el 69,9 % de los adultos mayores encuestados padecían al menos una enfermedad crónica , y el 13,9% una alteración de los órganos de los sentidos (6, 7).

**Tabla 5. Distribución del nivel de conocimiento sobre los cuidados del adulto mayor antes y después de la intervención.**

| Cuidados en el Adulto Mayor         | Nivel de Conocimiento |             |           |             |           |             |                     |            |       |   |      |   |
|-------------------------------------|-----------------------|-------------|-----------|-------------|-----------|-------------|---------------------|------------|-------|---|------|---|
|                                     | Antes<br>(n = 57)     |             |           |             |           |             | Después<br>(n = 57) |            |       |   |      |   |
|                                     | Alto                  |             | Medio     |             | Bajo      |             | Alto                |            | Medio |   | Bajo |   |
|                                     | No                    | %           | No        | %           | No        | %           | No                  | %          | No    | % | No   | % |
| <b>Alimentación</b>                 | <b>12</b>             | <b>21.1</b> | -         | -           | <b>45</b> | <b>78.9</b> | <b>57</b>           | <b>100</b> | -     | - | -    | - |
| <b>Hábitos tóxicos</b>              | -                     | -           | <b>46</b> | <b>80.7</b> | -         | -           | <b>57</b>           | <b>100</b> | -     | - | -    | - |
| <b>Descanso y sueño</b>             | -                     | -           | 25        | 44          | -         | -           | 57                  | 100        | -     | - | -    | - |
| <b>Polifarmacia</b>                 | -                     | -           | 11        | 19.3        | 46        | 80.7        | 57                  | 100        | -     | - | -    | - |
| <b>Ocio y recreación</b>            | -                     | -           | 13        | 22.8        | 46        | 80.7        | 57                  | 100        | -     | - | -    | - |
| <b>Accidentes</b>                   | -                     | -           | 11        | 19.3        | 46        | 80.7        | 57                  | 100        | -     | - | -    | - |
| <b>Higiene Personal y Ambiental</b> | -                     | -           | 13        | 22.8        | -         | -           | 57                  | 100        | -     | - | -    | - |
| <b>Ejercicios físicos</b>           | -                     | -           | <b>13</b> | <b>22.8</b> | <b>44</b> | <b>77.2</b> | <b>57</b>           | <b>100</b> | -     | - | -    | - |

De acuerdo al nivel de conocimiento sobre los cuidados tener en el adulto mayor se comprobó que el mayor porcentaje de los adultos mayores poseían un nivel de conocimiento bajo en su mayoría, solamente 12 para un (21.1%) poseían un conocimiento alto en cuanto a la alimentación. Comprobando después de la intervención un 100 % de conocimiento alto adquirido en los adultos mayores. se asume el criterio de otros autores al plantear que cuanto

más preserve una persona su salud durante la juventud ,eliminando factores nocivos como el tabaquismo, el consumo de bebidas alcohólicas y de medicamentos sin prescripción facultativa, realice ejercicios físicos y, a la vez, se libere de toda una serie de tabúes o mitos que dificulten su educación en general llegará a ser, de seguro, un adulto mayor sin inconvenientes funcional (19-20).

**Tabla 6. Distribución del nivel de conocimiento sobre procedimiento de la escala de evaluación geriátrica antes y después de la intervención.**

| Escala de Evaluación Geriátrica | Nivel de Conocimiento |   |       |     |      |      |      |         |       |   |      |   |       |     |
|---------------------------------|-----------------------|---|-------|-----|------|------|------|---------|-------|---|------|---|-------|-----|
|                                 | Antes                 |   |       |     |      |      |      | Después |       |   |      |   |       |     |
|                                 | Alto                  |   | Medio |     | Bajo |      | Alto |         | Medio |   | Bajo |   | Total |     |
|                                 | N                     | % | N     | %   | N    | %    | N    | %       | N     | % | N    | % | N     | %   |
|                                 | 0                     |   | 0     |     | 0    |      | 0    |         | 0     |   | 0    |   | 0     |     |
|                                 | -                     | - | 25    | 3.9 | 32   | 56.1 | 57   | 100     | -     | - | -    | - | 57    | 100 |

Se observó que solamente 25 adultos mayores (3.9 %) de los encuestados enunciaron un nivel de conocimientos medio acerca de la escala de evaluación geriátrica y los restantes 32 (56.1 %) poseían un nivel bajo de conocimiento. Después de la intervención se logró que el (100 %) de los encuestados adquirieran un nivel alto de conocimiento. Se asume el criterio de otros autores al plantear que

El ser humano debe conocer oportunamente esta realidad para prepararse a enfrentar esta etapa de su vida y a prevenir las situaciones que podrán influir

negativamente en su futuro (23, 29).

**Tabla 7. Distribución del nivel de conocimiento sobre las afecciones más frecuentes en esta etapa de la vida. Antes y después de la intervención.**

| AFECCIONES             |        | Nivel de Conocimiento |      |       |      |      |      |         |      |       |      |      |   |       |     |
|------------------------|--------|-----------------------|------|-------|------|------|------|---------|------|-------|------|------|---|-------|-----|
|                        |        | Antes                 |      |       |      |      |      | Después |      |       |      |      |   |       |     |
|                        |        | Alto                  |      | Medio |      | Bajo |      | Alto    |      | Medio |      | Bajo |   | Total |     |
|                        |        | NO                    | %    | NO    | %    | NO   | %    | NO      | %    | NO    | %    | NO   | % | NO    | %   |
| FALLO MENTAL           |        | 30                    | 52.6 | -     | -    | 27   | 47.4 | 57      | 100  | -     | -    | -    | - | 57    | 100 |
| ACCIDENTES             | CAÍDAS | -                     | -    | 3     | 5.3  | 54   | 94.7 | 45      | 78.9 | 12    | 21.1 | -    | - | 57    | 100 |
| INCONTINENCIA URINARIA |        | -                     | -    | 17    | 29.8 | 40   | 70.2 | 57      | 100  | -     | -    | -    | - | 57    | 100 |
| INMOVILIZACIÓN         |        | -                     | -    | 24    | 42.  | 33   | 57.9 | 57      | 100  | -     | -    | -    | - | 57    | 100 |

De acuerdo al nivel de conocimiento sobre las afecciones mas frecuentes es de señalar que antes de la intervención el mayor porciento de los encuestados poseían un nivel de conocimiento bajo, Después de la intervención se logró que se adquiriera un nivel de conocimiento alto sobre las mismas, se alcanzó un (100 %) de conocimiento alto. Se asume el criterio de otros autores al plantear

que . El envejecimiento se caracteriza por la merma paulatina, sistemática, y finalmente la pérdida de las potencialidades fisiológicas de que está dotado el individuo, lo que trae como resultado (en las etapas más avanzadas) incapacidad creciente para desenvolverse y adaptarse al entorno en que ha vivido (1).

## RESULTADOS ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS DE LOS MOMENTOS

| MOMENTOS | MEDIA | DESV. TIP | VARIANZA | I. CONFIANZA  |
|----------|-------|-----------|----------|---------------|
| Antes    | 83.90 | 10.14     | 102.96   | (80.65;87.14) |
| Después  | 93.37 | 4.796     | 23.01    | (91.84;94.90) |
| N=57     |       |           |          |               |
| α=0.05   |       |           |          |               |

## V- CONCLUSIONES

---

## **V- CONCLUSIONES**

- Inicialmente se identificó un nivel bajo de conocimientos
- Después de la intervención los adultos mayores pertenecientes a la casa de abuelos del Policlínico “Julio Castillo” del municipio Chambas elevaron su nivel de conocimientos alcanzando un alto nivel de conocimientos en cuanto a las variables utilizadas para mejorar la calidad de vida.
- Se pudo observar que predominó el sexo femenino, el grupo de edad que predominó fue de 60-64.
- El nivel educacional que predominó fue primaria terminada.
- Predominó el apoyo familiar.
- La enfermedad crónica que predominó fue la hipertensión arterial, seguida de las cardiopatías.

**VI- RECOMENDACIONES**

---

## **VI- RECOMENDACIONES**

- Sistematizar el perfeccionamiento del personal de salud en temas de interés en cuanto al Programa del adulto mayor
- Ampliar este trabajo a todas las áreas de salud del municipio y la provincia para disminuir la Tasa de Mortalidad
- Brindar una atención multidisciplinaria para mejorar la calidad de vida y con ello incrementar la esperanza de vida en nuestro municipio.

## VII- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

---

## VII- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1-Romero G. AJ, Tamayo M. S. Los cuatro Gigantes de la Geriátría átedra de la Gerontogeriatría. Facultad de Ciencias Médicas, Cienfuegos 1998: 3-26.

2-Fuller JF. Falls in the elderly. AM FAM physican; 61: 2061-63.

3-Kone L.R. Ouslander G, Joseh A. Confusión en Kane L.R Geriátría Clínica.Mexico.McGraw-Hill Interamerica 2000:111-134.

4-Mendoza.H.C.Manuel de Orientación Geriátrica de la familia. Trabajo presentado en el XIII Forum de Ciencia y Técnica.Cienfuegos.Julio2000.

5-Programa Integral de Atención al Adulto Mayor(en línea)2004(fecha de acceso12 de diciembre de 2007)URL disponible en:<http://www.sld.cu/instituciones/gericuba/paamc/index.htm>

6-Vega Ge, Méndez JJE, Prieto RO, Gonzáles VEG, Leiva SB, et al. Atención al Adulto Mayor.En: Álvarez Sientes R .Temas de Gerontología y Geriatria.Vol1.La Habana: Editorial Ciencias Medicas .200, 166-9.

7-Sociedad Cubana de Gerontología y Geriátría (en línea) 2004(fecha de acceso 21 de marzo de 2007) URL disponible en:<http://www.sld.cu/instituciones/gericuba/cited/index.htm>

8-Centro Iberoamericano para la tercera edad (en línea) 2004 (fecha de acceso 12 de diciembre de 2007) URL disponible en:<http://www.sld.cu/instituciones/geriacuba/cited/index.htm>

9-Juan GW, Elizabeth G .La Geriátría .Algo más que una Especialidad (en línea) 2002 (fecha de acceso 12 de diciembre de 2007) URL disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/mqi/vol16\\_4\\_oo/mqi15400.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/mqi/vol16_4_oo/mqi15400.htm)

10-Vega Ge, Méndez JJE, Prieto RO, GonzalesVEG, Leiva SB, et al.Atención al adulto mayor.En: Alvarez Sientes R.Temas de Gerontología y Geriatria. Voll . La Habana: Editorial Ciencias Medicas .200, 166-9.

11-Gustavo T .Lo importante es que la personalidad que se es no la edad que se tiene (en línea) 2004(fecha de acceso 1de abril de 2007) URL disponible en:<http://www.sld.cu/saludvida/adultomayor/temas.php?idv-5944>

12-Luís JG .Cuando los años pasan: Abuelos en familia (en línea) 2003 (fecha de acceso 1 de abril de 2007) URL disponible en:<http://www.sld.cu/saludvida/adultomayor/temas.php?idv-5929>

13-Dulce-Ruiz E, Uribe C. Psicología del ciclo vital: hacia una visión comprensiva de la vida humana .Revista Latinoamericana de Psicología 2000,34(1-2):17-27

14-Lehr u. Procesos de envejecimiento.La necesidad de investigación longitudinal, interdisciplinaria y transcultural .Revista Latinoamericana de Psicología2000,34(1-2):29-40.

15-Lerh U Sailer E, Thomas H .Againg in a croos.Cultural perspective:internacional perspectiva on human development.2000:571-589.

16-Cristina M, Vicente C . salud de vida(en linea ) 2004 (fecha de acceso 18 de septiembre de 2007 )URL Disponible en :<http://www.sld.cu/saludvida/adultomayor/temas.php?idv-5934>

17- Rigoberto OO. La Salud del anciano(en linea) 2004 (fecha de acceso 18 de septiembre de 2007)URL disponible en:<http://www.sld.cu/saludvida/adultomayor/temas.php?idv->

18 -Especialistas de Cienfuegos aseguran que la geriatría se gana (en linea) 2009 (fecha de acceso 12 de enero de 2009) URL disponible en: <http://www.5septiembre.cu/salud199.htm>.

19 - Red Cubana de Gerontología y Geriatría Red Cubana de Gerontología y Geriatría Red Cubana de ... lo que deteriora su estado funcional y la calidad de vida, (en linea) 2009 (fecha de acceso 12 de enero de 2009) URL disponible en: [www.sld.cu/sitios/gericuba/temas.php](http://www.sld.cu/sitios/gericuba/temas.php)

20- Céspedes carrido a y otros. programa de desarrollo 2003. geriatría y gerontología. ed ciencias médicas 2003;1-50.

21- Meléndez A. Master en actividad física para las personas mayores. Rev Sesenta y Más 2005;182:18-23.

22- Cervilla JA. V Jornada de Actualización en Psicogeriatría. Rev Sesenta y Más 2004;6:31-4.

23- González Cañete J. I Congreso Iberoamericano de Enfermería Geriátrica y Gerontológica. Rev Sesenta y Más 2006;6:35-7.

24-Bautista Ochoa C. La problemática de los mayores en Iberoamérica. Rev Sesenta y Más 2006;182:40-1.

25- Iserte S. La jubilación: una etapa maravillosa de la vida. Rev Sesenta y Más 2007;182:66-8.

26-Oree A. Los mayores podemos adoptar entrega y experiencia. Rev Sesenta y Más 2006;176:22-5.

27-Mernill T, Olmos P. "Extracare": un nuevo concepto de residencia. Rev Sesenta y Más 2005;176:39-44.

28-Martínez I. La calidad de vida de los mayores del futuro para la mejora de la salud, la educación y las pensiones. Rev Sesenta y Más 2007;178:46-51.

29- Geriatria se Gana (en linea) 2009 (fecha de acceso 12 de enero de 2009) URL disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol6\\_1\\_02/san11102.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol6_1_02/san11102.htm) url disponible 6-1-09

30. Red Cubana de Gerontología y Geriatria (en linea) 2009 (fecha de acceso 15 de enero de 2009) URL disponible en [www.sld.cu/sitios/gericuba/temas.php](http://www.sld.cu/sitios/gericuba/temas.php)

31. [La educación física y el envejecimiento — Cuba Trabajadores](#) (en linea) 2009 (fecha de acceso 12 de enero de 2009) URL disponible en: [www.trabajadores.cu/materiales\\_especiales/suplementos/salud/salud.../la-educacion-fisica-y-el-envejecimiento](http://www.trabajadores.cu/materiales_especiales/suplementos/salud/salud.../la-educacion-fisica-y-el-envejecimiento).

32- El Manual MERCK. 10ª ed. Madrid: Narcocit S.A; 2005.