

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE CIEGO DE ÁVILA

JOSÉ ASEFF YARA

**DISEÑO DE UNA ESTRATEGIA DIRIGIDA A CUIDADORES DEL
ADULTO MAYOR PARA PROMOVER LA LONGEVIDAD
SATISFACTORIA**

AUTOR: DR. GUILLERMO GUERRA CRUZ

TUTORA: DRA. Ms C ANA ISIS OCAÑA LEAL

**Tesis presentada en opción al grado de máster en Longevidad
Satisfactoria**

2010

Resumen

La longevidad satisfactoria se alcanza después de cumplidos los noventa años y para obtenerla es necesario que el geronte haya recibido una atención especial por parte de sus familiares. En este trabajo se propone una estrategia educativa para instruir a personas que conviven con un adulto mayor con el objetivo de evitar las principales causas de morbilidad y mortalidad. Con este propósito se expone un sistema de acciones que deben tomarse en cuenta en el hogar. La intervención focaliza su atención en la prevención de las caídas, la polifarmacia, el maltrato y el deterioro cognitivo. El estudio fue pre experimental de un solo grupo, la población que coincidió con la muestra estuvo constituida por 120 cuidadores de adultos mayores que residen en el área que atiende el médico de la familia de dos consultorios del policlínico norte de Ciego de Ávila, los cuales fueron seleccionados al azar. Se examinaron los conocimientos previos de los sujetos de estudio y posteriormente se aplicaron las acciones educativas, las cuales se evaluaron después de seis meses, la mayoría de los cuidadores desconocían las dificultades que podían limitar la salud de los adultos mayores, después de la intervención el nivel de conocimientos acerca de cómo lograr la longevidad satisfactoria aumentó.

INDICE

	Pág.
1. INTRODUCCIÓN	2
1.1. Justificación del estudio	3
1.2. Problema de investigación	4
1.3. Objetivos	5
1.4. Hipótesis	5
1.5. Novedad	6
2. DESARROLLO	7
2.1. Marco teórico	7
2.2. Método	16
2.3. Análisis y discusión de los resultados	18
3. CONCLUSIONES	22
4. RECOMENDACIONES	23
5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	24

INTRODUCCION

El interés por vivir muchos años ha sido preocupación de los seres humanos desde los tiempos remotos, en La Biblia se conoce que Dios limitó la vida del hombre a 120 años, como un castigo debido a su desobediencia. En la actualidad se conoce de la existencia de personas centenarias, quienes al ser estudiadas muestran sobriedad en cuanto a sus hábitos de vida y sobre todo, un trato adecuado ofrecido por los familiares con quienes han convivido (1-4).

A nivel internacional se han aplicado medidas que permiten la prolongación de la edad de los seres humanos, las cuales se dirigen a los principales motivos de discapacidad o muerte en estas edades, léase las caídas, la polifarmacia, el uso indebido de alcohol, el maltrato...En Cuba a partir del año 1985 se comenzó el programa de atención, prevención y control de la conducta alcohólica, que indirectamente trata de resolver esta problemática. El maltrato también ha sido objeto de análisis en los proyectos de salud cubanos, debido a que afecta al adulto mayor. Otra de las situaciones amenazantes de la existencia humana es el uso indebido de fármacos, cuyas interacciones pueden provocar complicaciones graves e incluso la muerte (5-6).

En el presente trabajo se realizará una intervención que trata de controlar estas conductas que dañan severamente la salud del ser humano, sobre todo cuando éste se encuentra en edades avanzadas. En relación con el maltrato contra el adulto mayor, se plantea (7) que ocurre en el lugar donde

supuestamente éste debió de estar más protegido, casi siempre en la casa y son sus familiares quienes con frecuencia promueven estas actitudes, mediante acciones inconscientes relacionadas con una comunicación soez, que daña la autoestima de estas personas que sobrepasan los sesenta años.

La agresión intra doméstica es común y sus resultados son destructores desde el punto de vista físico, y también por los efectos psicológicos negativos que marcan a aquellas personas que presencian estos actos dentro del hogar, y los adultos mayores (5). Las expresiones ofensivas, físicas y verbales son las que con más frecuencia se presentan, aunque existe otra que se manifiesta de forma pasiva, esto transcurre de forma subrepticia, razón por la cual se desconocen sus efectos reales, debido a que sus consecuencias son silenciadas por los convivientes que ocultan los problemas sucedidos.

La mayoría de los autores coinciden en que es importante estructurar una campaña contra las causas que propician la misma; estas estrategias deben de ser asesoradas por el equipo de salud mental, especializado en estos aspectos y con una proyección comunitaria que incluya la participación del personal administrativo de la comunidad.

Con respecto al uso indebido de sustancias, también es necesaria la integración de estas intervenciones a los programas preventivos elaborados por el ministerio de salud pública que incluye un control estricto de los medicamentos y la manera de administrarlos a las personas que deben de consumirlos, mucho más cuando se trata de adultos mayores. El cuidador debe de ocupar la mayor responsabilidad en este aspecto y se debe de encargar de la protección de los fármacos, el uso de los mismos a la hora indicada (8-12).

En este aspecto es conveniente, evitar el consumo de bebidas alcohólicas en personas de edad avanzada, debido a que puede promoverse la intoxicación aguda, con efectos deletéreos que han sido comprobados en la práctica médica (13-15).

Con respecto a las caídas, otras de las amenazas para la salud del geronte, es imprescindible tomar medidas que permitan promover la estabilidad de las personas en estas edades, para evitar la fractura de cadera que con frecuencia se presenta en los accidentados, sobre todo cuando presentan osteoporosis.

1.1 Justificación

Es importante establecer un sistema de medidas que prepare a los cuidadores, para promover la salud de los adultos mayores.

1.2 Problema de investigación

Es frecuente el accidente, el maltrato, el uso indebido de sustancias en el adulto mayor.

1.3 Objetivo General

Aplicar una intervención educativa dirigida a cuidadores del adulto mayor, para mejorar su salud y longevidad satisfactoria.

1.3 Específicos

1. Caracterizar la población de cuidadores de adultos mayores en cuanto a variables demográficas.
2. Evaluar la percepción del riesgo de las principales amenazas para la salud y la integridad del adulto mayor.
4. Diseñar y evaluar un sistema educativo preventivo dirigido a los cuidadores para evitar las principales causas identificadas como limitaciones para la salud del geronte.

1.4 Hipótesis.

Al aplicar una intervención educativa a los cuidadores se podrá lograr mayor bienestar en los adultos mayores y la prolongación de la vida después de los noventa años.

.variable independiente: la intervención educativa.

.variables dependientes: los conocimientos adquiridos por las personas objeto de estudio.

Aportes: Científicos

Utilización de conocimientos teóricos-prácticos relacionados con el tema.

Ético- Humanístico: la intervención focaliza en el respeto y la dignidad humana.

Aporte social

La investigación contribuirá al mejoramiento de la calidad de vida del adulto mayor.

1.5 Novedad.

La integración de un sistema de instrucciones que logren la capacitación de los cuidadores y que implica un incremento en el nivel de atención de los adultos mayores.

DESARROLLO

2.1 Marco teórico.

La longevidad satisfactoria es un término que incluye aspectos cuantitativos, relacionados con una vida de más de 90 años, y cualitativos, debido a que toma en cuenta aspectos esenciales del modo y estilo de vida. La mayoría de los autores se refieren a las dificultades que pueden limitar la existencia humana(11-13).

El primer aspecto que se tratará en este trabajo está relacionado con las instrucciones que deben de transmitirse a los cuidadores en relación a la violencia como una conducta que daña los derechos de bienestar e integridad de algunas personas en las diferentes comunidades. La mayoría de las intervenciones se refieren a que se extiende debido a que se produce en un círculo que tiende a incrementarse debido a diversos factores y riesgos o vulnerabilidades (9).

Se trata de un fenómeno social que involucra muchos factores que deben ser atendidos por diferentes disciplinas, entre ellas educadores, periodistas, medios de comunicación (10,11).

Es importante explicar a los cuidadores que existen diferentes categorías de la violencia tales como uso de la fuerza, omisión, esta última al incumplirse una responsabilidad cuya ausencia puede suscitar daños al adulto mayor.(12,13).

El maltrato contra el adulto mayor no es correctamente identificado y su reconocimiento sería el primer obstáculo para poder enfrentarla con energía y urgencia necesaria (14).

Es necesario que durante la intervención se exprese de que la víctima en algunos casos silencia el hecho, en otros pide ayuda pero es evidente que es asunto al que hay que prestarle atención pues es el hogar donde ocurre con mayor frecuencia y es ese el marco donde se están gestando las nuevas generaciones.

La violencia doméstica es un fenómeno que transita por diferentes fases, en un primer momento existe una manifestación de tensión en el hogar que se manifiesta por actos como miradas acusadoras, silencio, después en otro momento esas tensiones van en aumento y existe una cristalización de la conducta violenta, comienza entonces la fuerza (14).

Más adelante se experimentan los daños y existe una repercusión familiar negativa, el agresor es criticado y muchas veces se percata de sus injustas acciones. El victimario suele ofrecer promesas, regalos, a cambio de que no sea tramitada ninguna acción legal sobre él (15).

Las causas del maltrato no están bien definidas, se invocan factores entre los cuales se encuentra el biológico dentro de ellos las lesiones del sistema nervioso central, como daño a nivel del lóbulo frontal, epilepsia, trastornos de personalidad, uso indebido de sustancias (16).

Muchas veces las personas son productoras de situaciones de violencia y no lo identifican, maltratan y no se dan cuenta, que provocan a sus víctimas desde

trastornos leves hasta acciones de máxima atención con peligro para la vida e integración física o psíquicas, y esto repercute con mayor fuerza en el anciano donde sus órganos y sistemas se encuentran más deteriorados por la acción del tiempo sobre ellos más afectados por la edad se encuentran los huesos con osteoporosis, esto facilita fracturas frecuentes antes el más mínimo golpe, la piel se hace mas fina que con un simple roce se deteriora y sangra, y a nivel del sistema nervioso central la depresión juega un papel de primer orden (17).

El daño acumula tensión en el hogar y crea dificultades en la relación con otras personas (18), en este sentido es conveniente atender a las cuestiones legales que permitan brindar protección al adulto mayor desde el punto de vista jurídico (19).

El adulto mayor, en la mayoría de los casos, está impedido de poder reclamar sus derechos y no sabe cómo plantear sus criterios, por ello es necesaria la instrucción en este sentido (20).

Estos maltratos con frecuencia se presentan entre dos personas vinculadas afectivamente, en la cual una de ellas tiene una gran autoridad sobre la otra, con el consiguiente abuso de poder. (21- 23).

Se plantea por muchos autores que en el momento actual se presenta una pérdida de protagonismo en la persona que se jubila, lo que redundará en un decrecimiento de su autoestima y el consecuente sufrimiento que esto puede generar, las tareas que deben de asumir son simples y se produce una rutina diaria. (24).

Otros pierden hasta su espacio dentro de la casa para cederlo a los más jóvenes, quienes no se percatan o no quieren darse cuenta de que violan los derechos de estas personas que no porque hayan vivido mucho dejan de necesitar privacidad.

La mayoría, ya jubilados, se dedican a ayudar en la crianza de los nietos y en algunas ocasiones asumen solos esta difícil misión. Los padres se recuestan a los abuelos y dejan sobre sus espaldas la faena de educar a los hijos sin percatarse de que ya para ellos pasó esa época (25).

En opinión de algunos estudiosos, al aumentar la edad se pueden propiciar más los distintos maltratos (26), las mujeres son más afectadas, En las instrucciones, se debe de enfatizar que cuidar a quienes sobrepasan la tercera edad resulta obligación de toda la familia, no de un miembro en específico, como sucede. En ocasiones, cuando se trata de asumir responsabilidades y de ayudarse los unos a los otros

El envejecimiento es un proceso fisiológico, pero se precipita cuando las expectativas son precarias, se carece de opciones en el hogar o el geronte no disfruta de momentos de afectividad que incrementa la auto valoración (27).

Según estimados, para el 2020 en Cuba existirán por primera vez más ancianos que niños. Por ello, en los próximos años habrá que seguir de cerca el trato a este grupo poblacional.

Es una tarea constante de quienes administran las estrategias educativas para proteger al adulto mayor, garantizar a los mismos las condiciones de vida que

ofrezcan independencia, protegerlos jurídicamente y crearles espacios adonde acudir para reclamar sus derechos (28).

La calidad de vida en el adulto mayor no depende solo de su intención o de la preocupación del estado con un programa a desarrollar, se requiere primero convencerlos de cómo debe ser su vida en esta etapa y luego propiciar acciones que posibiliten su desempeño para que vean la vida en esta etapa como un proceso de continuidad y no como un acercamiento a la muerte.

El mayor maltrato en la actualidad es de índole psicológico y económico, muchas veces el adulto mayor no identifica ciertas actitudes como amenazantes, o bien niega ser víctima de la violencia ante la falta de evidencias latentes (29).

. Diversos factores influyen en que por lo general sean los cuidadores quienes desempeñen el rol de victimarios, para evitar estas situaciones es conveniente enseñar a la población que se necesita de un régimen de descanso para las personas que asumen estas responsabilidades, quienes además deben de recrearse y mantener una vida que permita disminuir en lo posible el estrés (30).

El adulto mayor era una persona importante en la transmisión de cultura, y él se sentía un ser imprescindible en la familia, esto es un fenómeno que no sucede en la situación actual.

Estos hombres y mujeres, ancianos pero mentalmente activos, son también capaces de enfrentarse a la muerte con mayor serenidad que aquellos otros cuya vida carece de sentido según su propia percepción.

Así, puede aparecer como persona algo rígida, "chapada a la antigua", aferrada a su sola experiencia tan importante para él o ella, pero que siente que la sociedad no se la valora en la forma que la persona anciana considera que sería lo justo. La agresividad y fácil irritabilidad (verbal o gestual) que muestran algunas personas mayores, podría estar relacionada con este sentimiento de la propia difícil adaptación, sentimiento que se ve agravado por la pérdida de autonomía económica sufrida por muchos ancianos (31).

El geronte debe de ser protagonista de su propia vida, salud física y psíquica. La educación en estos aspectos debe de comenzar desde temprano, los convivientes del hogar deben de conocer cómo atender a una persona mayor, esta tarea es inherente a los padres de familia(30) , algunos autores han llamado a este proceso educación para la vida, que promueve esperanzas pero también enseña cómo contender con la angustia y tristeza; es conveniente prepararse para el conflicto y contrariedades (32).

Las estrategias educativas en estas edades deben de priorizar el carácter humano y ético de la atención al adulto mayor, pues se considera a la persona mayor como un ser digno, con derecho a una adecuada calidad de vida con la ayuda del médico, la enfermera de la familia y la comunidad (33,34).

Otro aspecto esencial para lograr la longevidad es el estilo de vida saludable que debe de ser elegido por el adulto mayor, para esto es necesario evitar las caídas, cuya repercusión negativa puede conllevar a la fractura de cadera, con consecuencias nefastas en un grupo de pacientes, quienes deben de ser sometidos a intervenciones quirúrgicas que pueden comprometer la vida (35).

En la actualidad se pretende utilizar el dispositivo mecánico para evitar los daños de una precipitación abrupta, en este sentido se utilizan en algunos lugares prótesis que pueden proteger la región de la cadera. Además se promueve como parte de las intervenciones el cuidado en el hogar, evitar las barreras arquitectónicas, la humedad en algunas habitaciones y la oscuridad durante la noche mientras se duerme (30-32).

Es lógico comprender el envejecimiento como un proceso de transformación progresivo e irreversible, debe considerarse tanto como un acontecimiento individual como un fenómeno colectivo. La población de personas mayores de 60 a 65 años en adelante, tomada como fenómeno colectivo, se traduce en un envejecimiento poblacional (33,34). Por estas razones la presencia de situaciones proclives a los accidentes debe de ser tomada en cuenta para trabajar con los cuidadores.

Los aspectos sociales y éticos son importantes en las estrategias educativas, es conveniente señalar que el crecimiento inusitado de la población mayor de 60 años ha creado un impacto en la estructura social, entre los que se encuentran el sistema educacional y de salud.

La población cubana va envejeciendo aceleradamente. La definición clásica de envejecimiento de la población establece el aumento de la proporción de personas de edad avanzada con relación al resto de la población, pero también se ve como la inversión de la pirámide de edades, debido a que el fenómeno no es solamente un aumento de la proporción de adultos mayores, sino también una disminución de la proporción de niños y jóvenes menores de 15 años (35).

Las estrategias educativas se centran en tratar de humanizar los cuidados a los adultos, la dignidad de la persona se pretende salvaguardar de una serie de riesgos para la vida.

Algunos autores plantean que es necesario denunciar los elementos deshumanizadores y subrayar la importancia del bien fundamental de la persona, para eliminar el sufrimiento, sus causas, promover un estilo de vida, una salud y una curación a la medida del hombre. Naturalmente esta afirmación es relativa también a los diferentes lugares del mundo. Por eso el primer valor a promover en toda iniciativa de humanización es la justicia (35).

Existen otros elementos que hay que tener en cuenta en las estrategias educativas, estos están relacionados con aspectos psicológicos y espirituales, como la pérdida de roles que provoca pérdida de la autoestima y de autoridad, Los sentimientos de soledad y aislamiento social, se explican por la disminución de contactos familiares e interpersonales. La jubilación constituye un acontecimiento vital, que requiere ajustes por parte del individuo, pues disminuyen los contactos sociales, y afecta más al hombre que a la mujer. Otros factores psicológicos, temor a enfermarse, preocupación por pérdidas de familiares y amigos, manifestaciones de intranquilidad, desasosiego, manifestaciones de tristeza, de llanto, temor a la muerte y no poder estar con hijos y nietos, cuando estos lo necesiten (36).

El abuso de sustancias también constituye un aspecto importante a tener en cuenta en las estrategias educativas, pues puede provocar severas alteraciones que se vinculan con la depresión, la pérdida de iniciativas y puede crear en el hogar un problema de incomprensión debido a la actitud alejada de

la responsabilidad que adopta el geronte cuando se intoxica con alcohol u otros fármacos. En este aspecto se debe de incluir además la prevención del uso indiscriminado de fármacos que puede crear dependencia de sustancias y originar caídas (36).

Los aspectos generales también deben de tomarse en cuenta, la hidratación, la higiene personal; si se observan úlceras por presión sin atender (37).

El abuso del alcohol y las drogas, y las caídas son situaciones de gravedad que pueden comprometer la vida del geronte; el uso indebido de drogas y alcohol, puede provocar trastornos de la personalidad, incluso, pueden anticipar la presencia de una demencia.

La prevención de todos los riesgos del adulto mayor se articulan en el modelo del Médico de Familia, el cual incluye la instrucción de los cuidadores y enfatiza sobre la detección del posible abuso de sustancias, y toma en cuenta además las diferentes causas de morbilidad en las edades avanzadas.

La preocupación del hombre por el envejecimiento viene desde su propia existencia y data desde la comunidad primitiva, donde eran utilizadas las personas mayores para la toma de decisiones y consejos al resto de las familias, con el desarrollo social estas personas han su rol protagónico dentro de la sociedad.

La mayor importancia de las estrategias educativas están relacionadas con la familia como la institución básica de la vida social y económica, por ende se considera, la célula fundamental de la sociedad. La Familia funciona como un sistema, como tal, establece canales de comunicación entre sus miembros, los protege de las presiones exteriores y controla el flujo de información con el exterior, es la meta conservar la unidad entre los miembros y la estabilidad del medio (38,39).

2.2 Método.

El estudio que se realizó fue pre experimental de un solo grupo, con el objetivo de instruir a cuidadores de adultos mayores, para que conocieran la forma de prevenir situaciones que limitan la salud y pueden precipitar la muerte en personas de edad avanzada.

La población que coincidió con la muestra estuvo constituida por las 120 personas que se identificaron como responsables del cuidado de los adultos mayores inscritos en los registros del médico de familia de dos consultorios pertenecientes al policlínico norte.

Se describió la población en cuanto a variables socio demográficas que incluyó la edad, sexo, color, de la piel, escolaridad, estado civil, ocupación.

Los datos se procesaron en computadoras Pentium II y Pentium IV, en el programa Excel por un especialista en bioestadística y los resultados se expondrán en las tablas.

Bioética: se tomaron en cuenta el consentimiento informado y la voluntad para participar de la investigación.

Criterios de inclusión: personas que se identificaron como cuidadores de adultos mayores en disposición de participar en la investigación

Criterios de exclusión: aquellos que se negaron a participar en el trabajo.

Análisis y discusión de los resultados.

2.3 Análisis y discusión de los resultados.

Para el cumplimiento del objetivo 1 relacionado con la caracterización de los cuidadores, de los 120 cuidadores, 115 eran mujeres (95%), solo cinco varones se responsabilizaron con el cuidado de un adulto mayor.

De la muestra, 80 personas cuidaban a uno de sus padres (66%), 20 personas se ocuparon de sus abuelos (16%), igual número se identificó como cuidador de otros familiares.

Estos datos coinciden con la literatura revisada, debido a que en la mayoría de los casos en la familia actual se necesita de trabajar y los convivientes están obligados a salir del hogar, para lo cual deben de garantizar la custodia del adulto mayor que se encuentra en la casa (7, 40-42).

La escolaridad de preuniversitario estuvo presente en 42 miembros del estudio (35%), cuatro universitarios y los demás de nivel medio.

De la población en estudio, 65 eran casados (54%), el resto eran solteros o mantenían vínculos de pareja inestable.

Para el cumplimiento del objetivo 2 relacionado con la percepción del riesgo en adultos mayores, se conoció que en 75 personas no conocían los riesgos de caídas en el hogar ni tampoco lo relacionado con la intoxicación con sustancias. Estas personas tampoco conocían las distintas formas de maltrato que existen, por lo cual fue necesaria la implementación de la estrategia educativa.

En relación a los mayores riesgos identificados, en su mayoría se conocían las caídas, sin embargo el uso de alcohol fue negado por los cuidadores, quienes no lo consideraron de importancia al principio de la intervención. Este dato coincide con autores cubanos que plantean que el problema relacionado con el alcohol es oculto y las personas suelen silenciarlo en el hogar para evitar la expectativa de sufrimiento que provoca en los convivientes (21,24).

Tabla 1 Auto percepción de riesgos antes y después de la intervención

	N	%	N	%
caídas	75	62%	115	95
maltrato	2	1,6%	120	100
Uso indebido de sustancias	-	-	75	62%

Para el cumplimiento del objetivo 3, se tomó en cuenta la adquisición de conocimientos durante la intervención, se evidenció que al inicio, existía poca instrucción con respecto a los riesgos del adulto mayor; después de seis meses de la intervención la totalidad de los convivientes lograron responder adecuadamente y demostraron dominio acerca del riesgo de caídas.

El maltrato no fue identificado adecuadamente al inicio de la estrategia, al finalizar 115 personas (95%) lograron conocer las distintas figuras de violencia contra el adulto mayor (tabla 1).

CONCLUSIONES

La población de cuidadores estuvo constituida en su mayoría por mujeres, de escolaridad pre universitaria, el familiar que con más frecuencia fue objeto de custodia fue el padre del cuidador, seguido del abuelo.

La estrategia educativa para prevenir los problemas del adulto mayor fue aplicada de forma satisfactoria.

Los aspectos impartidos durante la intervención instructiva fueron aprendidos en la mayoría de los participantes, quienes demostraron sus conocimientos al finalizar las actividades programadas.

Fue necesario enfatizar en los temas del uso indebido de alcohol y otras sustancias, debido a que los cuidadores desconocían los efectos deletéreos de estos alteradores del estado de ánimo.

RECOMENDACIONES

Se deben de generalizar las intervenciones educativas dirigidas a prevenir los principales trastornos que afecten la salud del adulto mayor, con una perspectiva comunitaria y la asesoría del equipo de salud mental.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ey H, Bernard P, Brisset CH, Tratado de Psiquiatría. 8 ed. Barcelona Masson; 1996.
2. Kolodny RC et al. Tratado de Medicina. Ciudad de la Habana: Científico – Técnico; 2007
3. Biblia de América. Edición Popular España: La casa de la Biblia; 1997. Génesis 4:1-16.
4. Sánchez T, Hernández El matrimonio en la Sociedad actual. 2008. May – Ago; 4(10): 23:27.
5. Artilles de León, I. ¿Aprendemos la violencia? Sexología y Sociedad 2006 Abr, 2(4): 17 – 18
6. Muñiz MC, Jiménez y Ferrer D, Gonzáles J. La Violencia Familiar ¿Un problema de salud? Rev. Cubana Medica Genética Integral 2008; 14 (6): 538 – 41.
7. Martínez C. Violencia Familiar. En: Temas de Psiquiatría. La Habana: Ciencias Medicas; 2007.p. 93 – 103.
8. Dirección Nacional de Asistencia Social. Comisión Nacional de Salud. Plan de Trabajo para abordaje de la violencia en la atención primaria de salud. Ciudad de la Habana: MINSAP, 2008.

9. Martínez C. Psicoterapia familiar. En; XX Congreso de APAL PsicoHabana 98. Humanismo, integralidad y Equidad; 1998 act. 19-23; Palacio de Convenciones, Habana. Cuba; 1998. p.38.
10. Los trastornos del adulto... El círculo vicioso 2008 marzo; 1(1):1 – 8.
11. Bandler R, Grinder J. La estructura de la magia: Lenguaje y Terapia. VI. Chile Cuatro Vientos;2007.
12. Grinder J. Bandler R, La estructura de la magia: Cambio y Congruencia. VII. Chile Cuatro Vientos; 2007.
13. Martínez C. Tratamiento de Familia. En: Temas de Psiquiatría. La Habana: Ciencias Médicas; 2005. p. 75 – 85.
14. Carménate D. Proyecto de intervención para la violencia familiar (Trabajo para poder optar por el Título de Especialista de Primer Grado en Psiquiatría). Camaguey: Hospital Psiquiátrico Provincial Docente Comandante René Vallejo Ortiz; 2000.
15. Mirle D. Brain and crisis on old age persons. Psych News. 64(4):22-28, 2008.
16. Mármol L. La Clínica Naturalista del estrés. 5ta Jornada Provincial de Psiquiatría; 1998 Nov 20; Ciego de Ávila, Cuba.
17. Figueroa E. Programa de intervención comunitaria para la violencia familiar. . En; XX Congreso de APAL PsicoHabana 98. Humanismo, integralidad y

Equidad; 1998 Oct. 19-23; Palacio de Convenciones, Habana. Cuba; 1998.
p.467.

18. Batos G. Acosta Z. Rehabilitación y reinserción. Recursos comentarios. Taller metodológico. Capacitación en drogas; 2005 Abr. 9 – 11; Camaguey, Cuba.

19. Caballero J. Familia y Terapia . Curso Provincial; 2008 Oct. 11 – 17; La Habana, Cuba.

20. Hernández P: Atención psicoterapéutica del paciente alcohólico y su familia. Curso Provincial; 2005 Nov 25 – 31; Camaguey, Cuba.

21. Mármol L. Como ha afectado el alcoholismo al pobladote Júcaro de Ciego de Ávila. En; XX Congreso de APAL PsicoHabana 98. Humanismo, integralidad y Equidad; 1998 Oct. 19-23; Palacio de Convenciones, Habana. Cuba; 1998.
p.369.

22. Caballero J. Psicoterapia familiar. Curso provincial; 2009 mayo 17- 22; La Habana.

23. Colectivo de autores: Manual de Psiquiatría para el Médico de la Familia. Editorial de Ciencias Medicas. La Habana 1989.

24. González Menéndez R. Conferencia dictada en el Hospital Psiquiátrico de Camaguey; 2005.

25. Cuba Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico 2005. Ciudad de la Habana. Dirección Nacional de Estadística; 1996.

26. Aquiles R. Salas, Julieta González de Gago y Walter Mosca. La salud y bienestar de los adultos mayores, en Briseño-León, Roberto, Salud y equidad: una mirada desde las ciencias sociales. Río de Janeiro, Editora FIOCRUZ, 2000
27. Comisión Nacional de Derechos Humanos. Los Derechos Humanos en la Tercera Edad .México. 1999.
28. Polo's J. Brain risk of damage on old age persons. International Journal of Psych 14(2): 34-36, 2008.
29. Grinder J; Bandler R. Frogs into princes. De sapos a príncipes, Editorial Cuatro Vientos, Santiago de Chile, 2005.
30. Fromme K. "Brief interventions with adults. Clinical and experimental research, 28(6):966-975, 2008.
31. Lowell Brain problems on deteriorated old age persons:, Guilford Press, New York, 2008.
32. Bundio F.¿Cómo son realmente los cerebros de los adultos mayores? , Editorial Masson, Madrid, 2008.
33. Organización Mundial de la Salud. Schedules for Clinical Assessment Psychiatry. Cuestionario para la Evaluación Clínica en psiquiatría. Versión Ginebra, OMS, 2000.
34. Polar M. Prevalence of traumatic events and posttraumatic symptomatology among old age population. Polish Psychological Bulletin, 33(2): 13-20, 2007.
35. Rollick S. Culture and motivation. Guilford Press, New York, 2008.
36. Marhein ST. About culture on old age population. Psychiatric News, American Psychiatry Association, professionals News, 42(15) 9-11, 2007.

37. Stefan K. Brain functions in old age persons. Am J 24 (6):300-314, 2007.
38. Sherry H. Exploring differential patterns of situational risk on old age persons. Am Ed J. 42 (3):246-50, 2007.
39. Taylor D. Brain and Impulsivity. Am J .46 (4)710, 2008.
40. Goldman D, Age and brain. Journal of Abnormal Psychology, 113(32):541-555, 2008.
41. Lam Lt. Age and problems Am J .48 (4):686-689, 2007.
42. Tupan T . Problemática del abuso y maltrato del adulto mayor en la sociedad .Editorial Definiciones. Perú. 2006.

Anexos

ENTREVISTA

1.1. Número de orden

1.2. Local Médico de Familia

2. Grupo de edades

2.1. 15-29 2.2. 30-59 2.3. 60 y más

3. Sexo

3.1 Masculino 3.2. Femenino

4. Estado civil

4.1. Soltero 4.2. Casado

ESTRUCTURA DE LA INTERVENCIÓN EDUCATIVA ELABORADA POR CRITERIO DE EXPERTOS

Se formulan preguntas generales que tratan acerca del conocimiento de las principales causas que limitan la salud del adulto mayor, se pregunta sobre las

condiciones que facilitan las caídas, las complicaciones fundamentales; se indaga sobre el uso indebido de sustancias, las distintas formas de maltrato en el hogar.

Posteriormente se exponen temas que esclarecen las dudas de los participantes. La intervención cuenta de tres sesiones, las cuales se desglosan a continuación:

Primera Sesión

Acerca de los accidentes

Tiempo: 20 minutos

Objetivo general: Conocer acerca de los accidentes más comunes en el adulto mayor y cómo evitarlos.

Objetivos específicos

Identificar los riesgos de caídas, sobre todo en el hogar.

Exponer las medidas para evitar las caídas.

Procedimientos

Exposición del tema, ejemplos de la vida cotidiana, anécdotas.

Medios:

Pizarra, láminas, fotos.

Segunda Sesión

Maltrato al adulto mayor

Tiempo: 20 minutos

Objetivo general: Identificar el maltrato al adulto mayor.

Objetivos específicos:

- Conocer las distintas formas de maltrato al adulto mayor.
- Exponer las medidas que se proponen para evitar estos problemas.

Procedimientos

Exposición del tema, ejemplos de la vida cotidiana, anécdotas.

Medios:

Pizarra, láminas, fotos.

Tercera Sesión

Uso indebido de sustancias

Tiempo: 20 minutos

Objetivo general: Conocer acerca de los trastornos más comunes por uso de sustancias en el adulto mayor.

Objetivos específicos:

- explicar las principales causas de intoxicación en el adulto mayor.
- exponer las consecuencias negativas del uso de fármacos de forma indiscriminada, sin prescripción facultativa.

Procedimientos

Exposición del tema, ejemplos de la vida cotidiana, anécdotas.

Medios:

Pizarra, láminas, fotos.

Modelo de Consentimiento por escrito del representante legal:

Título:_____.

Yo: _____, en calidad de:(Nombre del representante) _____ (parentesco).

He leído y comprendido la hoja de información que me ha sido entregada sobre el estudio, he podido hacer todas las preguntas que me preocupaban sobre el ensayo, he recibido respuestas satisfactorias a mis preguntas, comprendo que la participación de mi representado en el estudio es voluntaria, y que puede retirarse del estudio cuando lo desee sin tener que dar explicaciones, sin que esto repercuta sobre sus cuidados médicos.

He tenido contacto con el doctor: _____.

Quien me ha explicado todos los aspectos relacionados con la investigación.

En mi presencia se le ha dado a: (Nombre del sujeto), toda la información pertinente y está de acuerdo en participar. Por tanto todo, presto mi conformidad con que mi representado participe en el estudio

Firma del representante legal:

Fecha:

Firma del investigador:

Fecha:

Modelo de Consentimiento por escrito de testigos:

Título:_____.

Yo: (Nombre del testigo), en calidad de testigo, declaro que he leído y comprendido la hoja de información que me ha sido entregada sobre el estudio, he recibido suficiente información, he presenciado la explicación que se le ha dado al sujeto, paciente y/o representante (en caso que proceda), conozco que la participación del sujeto o paciente en el estudio es voluntaria, que el mismo puede retirarse cuando lo desee, sin tener que dar explicaciones y sin que esto repercuta sobre sus cuidados médicos

He tenido contacto con el doctor(a): () el cual ha explicado todos los aspectos relacionados con la investigación al sujeto y/o al representante legal y en mi presencia se le ha dado a: (Nombre del sujeto), toda la información pertinente y ha expresado libremente su conformidad para participar en el estudio. Firma

del representante legal (Si procede): Fecha: Firma del investigador: Fecha:

Firma del testigo: Fecha:

Hoja de información para el sujeto o representante legal.

Título_____”.

Esta hoja contendrá la siguiente información:

- Descripción clara y concisa de los objetivos del estudio. De de los beneficios, la metodología y descripción de los riesgos.

- Tratamientos concomitantes y tratamiento de las reacciones adversas

- Confidencialidad, personas a quiénes acudir y formas de localizarlas.

Declaración de voluntariedad de participar en el estudio y de retirarse del mismo cuando lo estime.

- Declaración de que el sujeto será informado durante todo el estudio, de cualquier acontecimiento que se produzca o nueva información que se disponga y que pueda interferir en su decisión de continuar participando en la investigación.

- Declaración de que el investigador puede decidir dar por terminada la participación del sujeto y cuáles son estas condiciones. Explicación sobre las aprobaciones del protocolo del estudio por parte de un Comité de Ética y Revisión.