

**REPÚBLICA DE CUBA
UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CIEGO DE ÁVILA
POLICLÍNICO UNIVERSITARIO “DIEGO DEL ROSARIO”.
MORÓN**

**Intervención Educativa para lograr la
Longevidad Satisfactoria de la
población Geriátrica en el GBT 2 del
Área Norte de Morón en el año
2008.**

Autor: Dra. Anniet Valdés Conde

Tutor: Msc. Dr. Sergio Inerto Trujillo Hernández

Asesor: Msc. Lic Humberto Sánchez O’relly

**Informe final para optar por el título de Master en
Longevidad Satisfactoria**

CIEGO ÁVILA, 2010

**REPÚBLICA DE CUBA
UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CIEGO DE ÁVILA
POLICLÍNICO UNIVERSITARIO “DIEGO DEL ROSARIO”.
MORÓN**

**Intervención Educativa para lograr la
Longevidad Satisfactoria de la
población Geriátrica en el GBT 2 del
Área Norte de Morón en el año
2008.**

Autor: Dra. Anniet Valdés Conde

Tutor: Msc. Dr. Sergio Inerto Trujillo Hernández

Asesor: Msc. Lic Humberto Sánchez O’relly

**Informe final para optar por el título de Master en
Longevidad Satisfactoria**

CIEGO ÁVILA, 2010

CERTIFICACIÓN DEL TUTOR

Por medio de la presente apruebo que el informe final titulado: Intervención Educativa para lograr la Longevidad Satisfactoria de la población Geriátrica en el GBT 2 del Área Norte de Morón en el año del autor Dra Anniet Valdés Conde en opción al título de Master en Longevidad Satisfactoria sea presentada al Acto de Defensa.

Para que así conste firmo la presente en Morón, el 6 de septiembre del 2010

MSc. Dr. Sergio Inerto Trujillo Hernández
Especialista de Primer Grado en Medicina Interna.
Master en Urgencias Médicas.

DECLARACIÓN JURADA DEL AUTOR.

Por medio de la presente declaro ante el Comité Académico de la Maestría en Longevidad Satisfactoria que la Tesis presentada es de mi propia autoría, no contiene material escrito por otra persona al no ser el referenciado debidamente en el texto; parte de ella o en su totalidad no ha sido aceptada para el otorgamiento de cualquier otro diploma de una institución nacional o extranjera.

Ciego de Avila, ____ de Septiembre del 2010.

Dra. Anniet Valdés Conde
Especialista en Primer Grado en Medicina General Integral

PENSAMIENTO

Que auténtica suma del hombre es el Anciano.

G.Maranoil

DEDICATORIA

Dedico este trabajo

A mis familiares, a mi esposo, profesores y amigos, por su dedicación, apoyo, esfuerzo y exigencia y en especial a mi papá.

AGRADECIMIENTOS

Para hacer realidad este proyecto he necesitado la valiosa, y oportuna ayuda de numerosos compañeros, a los que ofrezco mis más sinceros agradecimientos.

A todos gracias.

RESUMEN

Se realizó un estudio de intervención pre-experimental antes y después en la población geriátrica en el GBT 2 del Policlínico Diego del Rosario de Morón. El universo de trabajo estuvo constituido por 4061 pacientes geriátricos del GBT 2. Todos los datos de los pacientes atendidos se obtuvieron de las Historias clínicas individuales y familiares situadas en los Consultorios del Médico de la Familia y los fallecidos de la serie del departamento de estadística del Área de Salud.

Para el análisis estadístico se trabajó con la prueba de CHI CUADRADO y algunas de sus aplicaciones en las tablas para conocer los parámetros correspondientes a la población y hacer comparaciones sobre los mismos en las diferentes variables cuantitativas continuas con el SPSS para Windows.

Se caracterizaron a los adultos mayores donde arrojó que 1262 pertenecían al grupo de 60-64 años de edad de ellos 716 del sexo femenino, 3428 vivían en zonas urbanas, 2640 tenían hábitos tóxicos donde se destacó que 1730 tomaba café y 862 fumaba lo cual influyó en que los antecedentes patológicos personales fundamentales fueron la Hipertensión Arterial y la Cardiopatía Isquémica, 2856 realizaban ejercicio físico y 2203 estaban incorporados al círculo de abuelo además 2464 tenían una dieta balanceada y dentro las principales causas de muerte estuvieron la Bronconeumonía y las Neoplasias .

Palabras Clave: Intervención, Adulto Mayor y morbi-mortalidad

ÍNDICE

Pág.

| | | |
|--|-------|----|
| INTRODUCCIÓN | ----- | 1 |
| OBJETIVOS | ----- | 4 |
| FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA | ----- | 5 |
| ASPECTOS METODOLÓGICOS DE LA INVESTIGACIÓN | ----- | 25 |
| ANÁLISIS Y DISCUSIÓN | ----- | 30 |
| CONCLUSIONES | ----- | 47 |
| RECOMENDACIONES | ----- | 48 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | ----- | 49 |
| ANEXOS | ----- | 54 |

INTRODUCCIÓN

Uno de los avances más importantes, oportunos y satisfactorios de la asistencia médica actual es la atención diferenciada al adulto mayor. El rápido envejecimiento de las personas en los países subdesarrollados, la identificación de las necesidades específicas en la población anciana, ciertas circunstancias desestabilizadoras de la vida actual y futura (migración a las ciudades, desempleo, subempleo, fallas en los sistemas de seguridad social, reducción en el tamaño de las familias, entre otras) y las limitaciones en el crecimiento económico; constituyen verdaderas razones para que los gobiernos y las organizaciones nacionales e internacionales, gubernamentales y no gubernamentales, relacionadas con el bienestar y la salud de las sociedades, se interesen y trabajen entusiastas y coordinadamente a favor de las personas de edad avanzada .

En la medida que el individuo envejece va perdiendo capacidad funcional y se hace vulnerable a las enfermedades y accidentes de tal forma que las probabilidades de morir se duplican cada ocho años a partir de los treinta. El estudio de la muerte, sus causas y circunstancias en que ocurre, plantea siempre un interés de valor práctico para el Médico, aplicar estos resultados y enseñanzas para el beneficio del hombre debe constituir un objetivo primordial, lo que en términos más precisos significa:(1-2)

“Estudiar la muerte para preservar la vida”

El análisis de la mortalidad ha sido enfatizado por dos razones fundamentales:

1. Resulta inequívoca y de máxima importancia tanto para el individuo como para la sociedad.
2. Los cambios médicos y sociales necesarios para reducirlas también reducen casi siempre la morbilidad correspondiente.

La “tan citada” polimorbilidad es un elemento característico de los ancianos que se apoya en estadísticas. Por citar un ejemplo de las enfermedades crónicas presentes en la tercera edad se encuentra la Hipertensión arterial (HTA) en relación con la Diabetes Mellitus, la Cardiopatía Isquémica y las

Enfermedades Cerebrovasculares con una frecuencia mayor del 60%. La muerte misma no puede ser evitada, sin embargo se puede postergar. Una de las mayores aspiraciones de todas las sociedades ha sido siempre la disminución o la eliminación de las muertes consideradas como evitables o previsibles. Actualmente existe mejor conceptualización de este fenómeno y además se dan las posibilidades reales para llevar a cabo nuestros propósitos, en tal sentido esta diferencia entre lo real y lo posible, se le ha denominado “La Brecha “reductible de la mortalidad (3).

Teniendo en cuenta lo antes expuesto es que nos motivamos a realizar un intervención educativa sobre el comportamiento de la morbi-mortalidad del paciente geriátrico en el GBT 2 de nuestra área que se encuentra ubicado en el consejo popular oeste el cual limita al norte con La Laguna de la Leche, al oeste con el municipio Ciro Redondo, al este con la acera de los números impares de la calle Martí y al sur con la calle Sergio Antuña. La zona se caracteriza por ser llana.

Tiene una población geriátrica de 4061 habitantes cifra que al comparar con años anteriores era inferior lo que representa que nuestra población es regresiva ya que el índice de Sundbarg es de 0.34, se realizó una revisión documental y se observó que en el último quinquenio ha existido un incremento en este grupo poblacional y en sus antecedentes patológicos personales. Unido a esto existe una incidencia cada vez mayor de los factores de riesgo que marcan el resultado, como hábito de fumar, alcoholismo, ingestión de café, y la pobre realización de ejercicio físico.

Estos argumentos justifican la necesidad de resolver la **pregunta científica** planteada en la investigación.

¿Cuál es la morbi-mortalidad que existe en el adulto mayor en el GBT 2 del Policlínico Universitario Diego de Rosario de Morón?

Hipótesis: Si se conoce la morbi-mortalidad se aplica un programa de intervención con terapia ocupacional en la población geriátrica del GBT 2 del Policlínico Diego del Rosario del Área Norte de Moron, se podrán tratar las enfermedades y actuar sobre los factores de riesgo en el adulto mayor y se disminuirán las complicaciones y se mejorara la calidad de vida.

OBJETIVOS

1.1. Generales.

1.1.1. Intervención Educativa para lograr la Longevidad Satisfactoria en pacientes geriátricos del GBT 2 del Policlínico Universitario Diego del Rosario del Área Norte de Morón.

1.2. Específicos.

1.2.1. Distribuir los pacientes estudiados según variables sociodemográficas y factores de riesgos.

1.2.2. Distribuir los pacientes fallecidos según causas de muerte.

Fundamentacion Teórica

La longevidad en el humano se relaciona con particularidades históricas. En la Roma antigua las personas que pasaban de cuarenta y cinco años ya eran consideradas ancianas. La expectativa de vida y la capacidad funcional desarrollada por las personas con edad de retiro en los días de hoy, es mayor que en las personas que se retiraban hace veinte años atrás.

La prolongación de la vida de los individuos es una manifestación de desarrollo de la sociedad en que viven. Este desarrollo ha de abarcar todas las esferas de la actividad de las naciones, tanto económica como social. Por eso, el proceso de envejecimiento de la población se produce en los países industrializados o en vías de desarrollo.

No hay unanimidad de opiniones sobre la selección de los 60 años, como edad de comienzo de la tercera edad o de la ancianidad. Se eligió por la etimología de la palabra *senectud*, que viene del latín *senectud* y significa 60. Otros proponen los 65 años. Estas discrepancias reflejan el hecho de que las modificaciones biológicas y psicológicas que caracterizan las distintas etapas de la vida humana se producen paulatinamente y no existen sucesos biológicos que marquen definitivamente el paso de un período a otro. Además, todos envejecemos de acuerdo con nuestro propio perfil biológico y psicológico. Así, las actitudes mentales y las limitaciones físicas características de los ancianos aparecen más precozmente en unos que en otros.

Cicerón apreció cuatro razones por las que la ancianidad era contemplada en sus días como un tiempo infeliz: primero, porque nos aparta del trabajo activo; segundo, porque debilita el cuerpo; tercero, porque nos priva prácticamente de todos los placeres físicos y cuarto porque no está lejos de la muerte (4).

El envejecimiento y las enfermedades de la tercera edad han sido de interés por numerosos estudiosos por centuria, en la actualidad la Gerontología es definitiva, como la ciencia que estudia el envejecimiento en todos sus aspectos, incluyendo las ciencias biológicas, médicas psicológicas y sociológicas. Además incluye la aplicación del conocimiento científico en beneficio de los adultos mayores.

El termino Gerontología proviene del griego, su etiología es: Geron=viejo y logos=estudios, esta fue propuesta como ciencia para el estudio del envejecimiento en el año 1903 por el eminente sociólogo ruso, Premio Nóbel de Medicina y Fisiología en 1908 Michael Elia Metchnikoff ya que según el: “traería grandes modificaciones para el curso de este último periodo de la vida”.

Desde épocas remotas ha sido muy difícil dar una definición exacta del envejecimiento, ya que a pesar de constituir este un fenómeno natural, no existe una relación estrecha entre la edad cronológica y la edad biológica. Así, si examinamos todas las personas de setenta años por ejemplo, encontraremos una gran disparidad de “desgaste” funcional: las habrá tan deteriorada como un anciano decrepito y otras por el contrario mantendrán la función de sus órganos como un adulto de cincuenta años. El envejecimiento no es solo un proceso físico: envejecer también conlleva a alteraciones psicológicas y sociales, por lo que este proceso esta supeditado a la interacción entre el hombre y el medio en que se mueve. Yo como autora pienso que el envejecimiento es biopsicosocial donde intervienen todos los factores que rodean al hombre para aumentar o retardar este proceso.

Envejecimiento: Es un proceso continuo, heterogéneo, universal, e irreversible que determina una pérdida progresiva de la capacidad de adaptación. En los individuos mayores sanos, muchas funciones fisiológicas se mantienen normales en un estado basal, pero al ser sometidos a stress se revela la pérdida de reserva funcional. Proceso dinámico que se inicia con el nacimiento y es de naturaleza multifactorial. Para HRUZA, 1972, es una pérdida de vitalidad, lo que implica un aumento progresivo de la vulnerabilidad ante cualquier agresión externa o situación de estrés, y conduce, en último término, a la muerte. La vitalidad, según ello, sería la capacidad que tiene el organismo para realizar sus distintas funciones biológicas.

Tipos de envejecimiento: Fisiológico: En función del paso del tiempo provocará cambios morfológicos y estructurales en todos los órganos y sistemas del organismo con una cadencia variable en el tiempo según los individuos. Patogénico: Envejecimiento muy condicionado por alteraciones patológicas. (5,6)

El envejecimiento se define como la serie de modificaciones morfológicas, psicológicas, funcionales y bioquímicas que origina el paso del tiempo sobre los seres vivos. Se caracteriza por la pérdida progresiva de la capacidad de adaptación y de reserva del organismo ante los cambios. Es un proceso dinámico que se inicia en el momento del nacimiento y se desarrolla a lo largo de nuestra vida. La función fisiológica de muchos órganos y sistemas tiende a declinar con la edad y con una amplia variabilidad individual.

Cito el texto más antiguo conocido de un viejo autoanalizándose. Se trata de un escriba egipcio, Ptah-Hotep, visir del faraón Tzezi de la dinastía V, por tanto redactado hacia el año 2450 A.C. Dice: “¡Qué penoso es el fin de un viejo! Se va debilitando cada día; su vista disminuye, sus oídos se vuelven sordos; su fuerza declina, su corazón ya no descansa; su boca se vuelve silenciosa y no habla. Sus facultades intelectuales disminuyen y le resulta imposible acordarse hoy de lo que sucedió ayer. Todos los huesos están doloridos. Las ocupaciones a las que se abandonaban no hace mucho con placer, sólo las realiza con dificultad, y el sentido del gusto desaparece. La vejez es la peor de las desgracias que puede afligir a un hombre.

Los cambios fisiológicos asociados con la edad no suelen tener significado clínico cuando el organismo está en reposo, pero pueden tener una repercusión importante ante situaciones de estrés, como ejercicio, enfermedad o administración de fármacos.

Repercusión del envejecimiento en algunos órganos y sistemas

Sistema cardiovascular

- Cambios morfológicos:

Aumento moderado del grosor de la pared cardíaca.

Calcificación de las válvulas y anillos, así como degeneración mucosa de las valvas de la mitral.

En el sistema de conducción se producen acumulaciones grasas alrededor del nodo sinoauricular, junto con una disminución en el número de células marcapasos de dicho nódulo.

- Cambios funcionales:

Enlentecimiento del llenado diastólico precoz, aumento del llenado diastólico tardío, se mantiene el volumen diastólico final.

Incremento de las resistencias periféricas.

No se modifican en reposo el volumen telesistólico y la fracción de eyección.

Ante el esfuerzo, el aumento de la frecuencia cardíaca es menor que en el joven.

Aparato respiratorio

- Cambios morfológicos:

Deterioro del reflejo tusígeno.

Disminución en el diámetro de bronquios distales, bronquiolos, conductos alveolares y superficie alveolar, lo que determina una reducción de la superficie de intercambio gaseoso.

Pérdida de elasticidad pulmonar, cambios en la orientación y localización de las fibras elásticas, lo que origina reorganización de la arquitectura alveolar.

Aumento de la rigidez de la caja torácica.

- Cambios funcionales:

Aumento del volumen residual.

Disminución en la capacidad vital en 20 a 25 mL/año a partir de los 25 a 30 años.

Disminución del flujo respiratorio máximo en el primer segundo a razón de 25 a 30 mL/año.

Los niveles de PCO₂ arteriales y el pH no experimentan cambios con la edad.

Aparato digestivo

Disminución de la secreción salival.

Disminución de la respuesta peristáltica y aumento de la no peristáltica.

Descenso de la secreción ácida y de pepsina.

Enlentecimiento del tránsito intestinal.

Disminución en el hígado de la síntesis de proteínas.

Sistema endocrino

- Cambios morfológicos:

Presencia de microadenomas hipofisarios que suelen producir prolactina.

Elevada prevalencia de anticuerpos antitiroglobulina y antimicrosomales.

- Cambios funcionales:

Descenso en la conversión de T4 en T3.

Existe una alteración de la tolerancia a la glucosa.

Sistema nervioso y órganos de los sentidos

- Cambios morfológicos:

Disminución del peso y volumen cerebral.

Agrandamiento de los ventrículos, surcos, circunvoluciones cerebrales y cisuras cerebelosas.

Depósito del pigmento del envejecimiento -lipofuscina- en las células nerviosas.

Aparición de placas seniles y ovillos neurofibrilares.

Pérdida progresiva del número de unidades motoras a partir de los 60 años.

- Cambios funcionales:

Se modifica la inteligencia fluida -refleja la habilidad para procesar y manipular nueva información.

Se produce una disminución de la memoria sensorial y de fijación, no se altera la inmediata y de evocación.

Reducción de la capacidad de integración visuoespacial y aumento en el tiempo de reacción.

Órganos de los sentidos

Visión

Tendencia a la miosis y disminución de la reacción pupilar a la luz.

En la córnea puede aparecer un anillo periférico de depósitos de lípidos.

Disminución de la acomodación y aparición de presbicia.

Disminución de la sensibilidad a los colores y la capacidad de adaptación a la oscuridad y a la luz.

Audición

Pérdida de elasticidad de la membrana timpánica.

Cambios degenerativos en las superficies articulares de los huesecillos del oído medio.

Atrofia de células cocleares y descenso de neuronas auditivas.

Mayor incidencia de presbiacusia.

Sistema nefrourológico

Cambios morfológicos:

Reducción de la masa renal en un 20 a 25 % a expensas de la corteza.

Atrofia generalizada en ovarios, útero y vagina.

En la mucosa vaginal se produce un incremento de pH y una disminución de las secreciones y del flujo sanguíneo.

Reducción en el tamaño de los testículos.

- Cambios funcionales:

Reducción del flujo sanguíneo renal en el 10 % cada 10 años.

Disminución de la capacidad de concentración de la orina.

Descenso en la capacidad de excreción y conservación del sodio.

La contractilidad vesical y la capacidad para postponer la micción disminuyen con la edad.

Sistema osteomioarticular

Pérdida de masa ósea, con aumento de la actividad osteoclástica y disminución de la osteoblástica.

Disminución de la elasticidad del cartílago articular.

Reducción de la masa corporal magra, sobre todo a expensas del musculoesquelético.

El efecto del envejecimiento sobre el músculo se denomina sarcopenia - disminución gradual de la masa muscular y la fuerza.

Mayor rigidez de los tendones con pérdida de su contenido hídrico.

Piel y tejido conjuntivo

Disminución de la densidad e irrigación sanguínea dérmica y del recambio epidérmico.

Pérdida de colágeno y adelgazamiento de la unión dermoepidérmica.

Aparición de arrugas, alopecia y encanamiento del pelo.

Piel seca, prurito, retraso en la cicatrización y disminución de la sudación.

Sistema hematopoyético

Aumento de la grasa y disminución del tejido hematopoyético.

Descenso en la actividad de la médula ósea.

Probablemente envejecer sea la consecuencia de una serie de factores, intrínsecos y extrínsecos, que interactúan sobre el organismo a lo largo del tiempo, y determinan finalmente un debilitamiento de la homeostasis que culmina con la muerte.

Factores determinantes

Factores intrínsecos (genética)

Barrera biológica

Longevidad = entre = especies

Similar edad causa de muerte e/gemelos monocigotos

Longevidad familiar

Mayor supervivencia en sexo femenino

Sin. Hutchinson-Gilford (progenie)

Factores extrínsecos

Ambientales (tabaco, contaminantes)

Estilo de vida (sedentarismo, dieta)

Enfermedades asociadas (ATI, D.M, etc.)

El proceso de envejecimiento sería el resultado de la interacción entre las toxas que atacan al organismo, y los mecanismos de defensa, todo esto en un individuo con su carga genética determinada (7).

CARACTERÍSTICAS DEL ENVEJECIMIENTO

Universal. Propio de todos los seres vivos.

Irreversible. A diferencia de las enfermedades, no puede detenerse ni revertirse.

Heterogéneo e individual. Cada especie tiene una velocidad característica de envejecimiento pero, la velocidad de declinación funcional varía enormemente de sujeto a sujeto, y de órgano a órgano dentro de la misma persona.

Deletéreo. Lleva a una progresiva pérdida de función. Se diferencia del proceso de crecimiento y desarrollo en que la finalidad de éste es alcanzar una madurez en la función.

Intrínseco. No debido a factores ambientales modificables. En los últimos 2000 años se ha observado un aumento progresivo en la expectativa de vida de la población, se mantiene fijo alrededor de los 118 años. A medida que se ha logrado prevenir y tratar mejor las enfermedades, y se han mejorado los factores ambientales, la curva de supervivencia se ha hecho más rectangular. Se observa una mayoría de la población que logra vivir hasta edades muy avanzadas con buena salud, y muere masivamente alrededor de los 80 años.

DURACIÓN MÁXIMA DE LA VIDA

Aumento progresivo de la esperanza de vida, pero el máximo son 118 años.

Esperanza de vida: mujeres 81,9 años, varones 74,7 años.

No existe una teoría sobre envejecimiento que pueda explicarlo todo.

Probablemente envejecer sea la consecuencia de una serie de factores, intrínsecos y extrínsecos, que interactúan sobre el organismo a lo largo del tiempo, y determinan finalmente un debilitamiento de la homeostasis que culmina con la muerte (8).

Por otra parte, el termino "Geriatría" fue acunado por Ignatz Leo Nascher en su obra presentada en 1909 en la Academia de Ciencias de New York titulada: "Geriatría, las enfermedades de los ancianos y sus tratamientos".Este eminente

clínico americano, devenido en Geriátría y fundador del primer departamento de Geriátría en los Estados Unidos, en el hospital Mont. Sinai de New York, explica en esta publicación, que el termino también es derivado del griego Geron =viejo e iatrikos =tratamiento Médico.

La Geriátría es por tanto una rama de la Gerontología y la medicina, que se ocupa de los aspectos clínicos, terapéuticos, preventivos y sociales en la salud y enfermedades de los ancianos, lo que la hace una ciencia practica aplicada, que se ocupa de la asistencia integral a estas personas. El Comité para la historia de la Gerontología creado en 1960 por la Asociación Internacional de Gerontología, ha mostrado que el conocimiento de la bibliografía gerontológico es difícil de clasificar y generalmente inadecuada para las necesidades de este campo E. Freeman, en su obra: "El Envejecimiento, su historia y literatura", describe nueve periodos en el conocimiento científico de la vejez durante los cinco mil años que nos han precedido, mostrando con la preocupación por la muerte precede a la preocupación por el envejecimiento. Existe así un conjunto de observaciones, reflexiones y especulaciones heterogéneas sobre el avance en edad, previo a la emergencia del establecimiento de la Gerontología como estudio científico (9).

La Gerontología social fue definida en 1914 por Eduardo Sthiglitz como:" Una ciencia que se ocupa del hombre como organismo social, que existe en un ambiente social, y aceptado por este". A pesar que a comienzo del siglo XX se empiezan lo estudios del envejecimiento desde diversas perspectivas, se hace una hipótesis falsa e incompleta y no es hasta los años treinta que se desarrollan los conceptos básicos de la Gerontología, sin olvidar que Charcos en 1881 escribió sobre:"La importancia de un estudio especial de la vejez y sus enfermedades", para muchos el comienzo de la Geriátría moderna se inicia con los trabajos de la doctora Marjory Warren a partir de 1935, en un hospital para crónicos, en Londres . De su trabajo de entonces y sus ideas, nacieron, para la Medicina Geriátrica, muchos de los principios que mantienen la más plena vigencia, entre otros:

1. La vejez no es una enfermedad.
2. Es esencial hacer un diagnóstico exacto.
3. Son curables muchas enfermedades de la vejez.
4. El reposo injustificado puede ser peligroso.

En 1946 se aprueba en el Reino Unido la especialidad de Geriátría y en 1947 se funda la Sociedad Británica Geriátrica. Las ideas de la prevención de las enfermedades de la vejez y la conservación de la salud de los ancianos, fueron introducidas por Anderson y CONAM en 1955.

Con la creación de varios institutos de Gerontología como el Kiev, Baltimore y posteriormente Tokio, se ayudo al avance de las investigaciones sobre envejecimiento.

La preocupación que sienten las naciones por este fenómeno quedo patente en la Asamblea Mundial de las Naciones Unidas sobre envejecimiento, celebrada en Viena en 1982.

La especialidad en nuestro país a final de los años cincuenta y alcanza un pujante avance en las décadas de los 80 y 90. Colofón de este desarrollo ha sido, si duda, la creación de la Federación de Sociedades de Gerontología y Geriátría de América Latina y del Comité Latinoamericano de la Asociación Internacional de Gerontología.

A fin de agrupar grandes masas de población, se utilizó la definición estadística de envejecimiento –los sesenta años– en lugar de la biológica, considerada imprecisa y unipersonal (10-12).

En Cuba las personas mayores de 60 años en 1989 representaron el 11,9 % respecto a la población existente; cifra muy similar a la pronosticada para América del Norte (Estados Unidos y Canadá). El 20% de la población cubana para el año 2025 estará representado por personas de la llamada tercera edad.

Cuba ya es un ejemplo de país en desarrollo, con un envejecimiento importante de su población. El 15,3 % de los cubanos tiene 60 años o más, cifra que

aumentará, según estimaciones, a casi el 25 % en el 2025 y a más del 30 % en el 2050.

Quizás si se utiliza el llamado **índice de envejecimiento** queda más fácilmente reflejado por qué Cuba exhibe uno de los envejecimientos más importantes del mundo. En el año 2000 en Cuba había unos 64 adultos mayores por cada 100 niños, en 2025, la proporción será de 156 adultos mayores por cada 100 niños y para 2050 esta relación será una de las más altas del mundo con 220 adultos mayores por cada 100 niños. Hay hoy al menos 20 municipios del país que tienen más personas mayores que niños, y antes del 2010, provincias como Ciudad de La Habana y Villa Clara estaban en la misma condición.

A la proporción de personas mayores dentro de la población se añade la expectativa de vida de los cubanos, que es una de las más altas del mundo con altas probabilidades de incremento en los próximos años. Con una expectativa de vida al nacer de 77 años, el país se encuentra en el lugar 24 del mundo.

El proceso de envejecimiento de la población cubana ocurre en el presente siglo y demográficamente ha tenido varias explicaciones:

1. El factor clave del proceso durante todo este siglo ha sido una acelerada declinación de la fecundidad.
2. La tasa global de fecundidad pasó de 5,76 hijos por mujer en 1919 a 3,61 en 1953; en 1970 fue de 1,88, mientras que en 1982 se registró el valor más bajo alcanzado con 1,67 hijos por mujer y una tasa bruta de reproducción de 0,78 hijas por mujer, la cual se halla por debajo del nivel de reemplazo de la población; que de mantenerse, hará que la población total del país disminuya.
3. La entrada al país de alrededor de 1 000 000 de inmigrantes, en las tres primeras décadas del siglo XX contribuyó a que se alcanzara una tasa de crecimiento elevada entre 1919 y 1950 (2,31 %); sin embargo, el impacto de este fenómeno disminuyó, en cierta medida, por el descenso posterior de la fecundidad.

4. A pesar de lo anterior, el mejoramiento del nivel de mortalidad puede señalarse como el principal componente del envejecimiento durante el período de 1900 a 1960 y aunque posteriormente la disminución de la fecundidad fue el factor de mayor relevancia, la mortalidad continuó disminuyendo de forma acelerada. La expectativa de vida al nacer se elevó de 55,7 años en la década de los 50 hasta 77 años en el presente, o sea, aumentó en casi 22 años durante este período. Esto ha motivado que Cuba tenga niveles de mortalidad similares a los de las áreas más desarrolladas del mundo y que su expectativa de vida al nacer, sea mayor que la del promedio de estos países.
5. La expectativa de vida geriátrica o expectativa de vida a los 60 años, en Cuba, ha aumentado sensiblemente: en 1950 era de 15,5 años y en menos de 40 años se elevó a casi 21 según datos de 2003. Los actuales niveles de envejecimiento de la población anciana son comparables con los más altos del mundo. Es muy marcada la expectativa de vida geriátrica de los hombres cubanos, la cual excede los 19,5 años por 21,1 para las mujeres.

En muchos países actualmente la expectativa de vida al nacer se acerca a los ochenta años para las mujeres y cerca de setenta y cinco años para el hombre. Cifras similares son las registradas en nuestro país (14-15).

La tercera característica del envejecimiento en nuestra región es su heterogeneidad. Aunque toda el área está envejeciendo, el proceso se desarrolla con características diferentes. Existen países en cada una de las etapas de la transición demográfica, algunos como Bolivia, Guatemala o Haití poseen un envejecimiento poblacional incipiente, otros como Uruguay, Argentina, Barbados y Cuba presentan un envejecimiento avanzado. La heterogeneidad no es solo demográfica, sino también económica, social y cultural.

Cuba ha evolucionado durante los últimos cinco años hacia el conocido proceso de transición demográfica, es decir, de mostrar altas tasas de mortalidad y natalidad con escaso número de ancianos a exhibir actualmente

bajas tasas de mortalidad y natalidad con una elevación mantenida de la expectativa de vida al nacer y un envejecimiento poblacional creciente. Al mismo tiempo, se ha producido también un proceso de transición epidemiológica, donde se ha pasado de una alta morbilidad y mortalidad por enfermedades transmisibles, sobre todo en edades tempranas, a una situación donde los daños que predominan son los ocasionados por las enfermedades no transmisibles (16).

En la década de los 70 en Cuba alrededor del 51 % de las muertes ocurrían antes de los 60 años, hoy más de 8 de cada 10 cubanos que nacen vivirán su tercera edad. El porcentaje de defunciones que ocurren después de los 60 años se mantiene en incremento en los últimos años. En 2003 el 77,7 % de las defunciones se presentaron en personas mayores de 60 años y se incrementó a 78,7 % en 2005, como consecuencia de la dinámica demográfica del país, que unida a la mejora de las condiciones sanitarias, propicia la prolongación de la vida y, por lo tanto, la muerte a edades más avanzadas.

La Organización Mundial de la Salud con sus órganos deliberantes han empezado a orientar sus actividades hacia un programa a largo plazo de protección de la salud de los ancianos basados en los principios adoptados por la Asamblea Mundial sobre el envejecimiento.

Teniendo en cuenta la rapidez con la que se ha transformado nuestra pirámide poblacional, la cual constituye una preocupación para los años futuros, es preciso conocer y relacionar los principales factores de riesgo que contribuyen a un aumento de la morbilidad y la mortalidad en la población mayor de sesenta años, para así prevenir el desenlace fatal de las mismas.

Durante los últimos años, todas las sociedades del mundo desarrollado han experimentado importantes cambios demográficos. En los países industrializados del 13 al 15 % de la población tiene una edad superior a los 65 años. Cuba, a pesar de ser un país del tercer mundo, su población de 60 años de edad o más es de 14,3 % (cerca de 1,6 millones de personas) y se prevé que para el 2020 la quinta parte de la población será clasificada como adulto

mayor. En esta fecha Cuba será el segundo país más envejecido de América Latina y medio millón de personas tendrá 80 años de edad o más (17).

Uno de los mitos muy conocidos declaran que: “Los hombres y las mujeres envejecen igual” o “La sexualidad y la ancianidad no ligan”. Anécdotas de ilustres ancianos como Picasso quien no sólo concibió a los 80 años a su hija Paloma, sino que nunca disminuyó su exquisito arte, es un ejemplo concreto. Pero también entre los “normales mortales” abundan los y las ancianas que disfrutaban de su sexualidad hasta avanzada edad.

Otro mito que debe hacerse añicos es aquel que afirma: “Los viejos o las viejas son enfermizos y débiles”. Y: “Todo lo viejo es viejo”. Esto significa que muchas personas hacen un símil entre la vejez y “lo viejo”, lo inservible, lo que hay que sustituir, desechar por roto, ruinoso o poco práctico.

Hacer un punto de giro —como aconseja la dramaturgia— especialmente a quienes traspasan los 65 años, con un espíritu en alto y una buena salud mental, significa enfermar menos físicamente. Sentirse útil es el mejor antídoto contra las depresiones y el síndrome de que se es un estorbo.

Destruir mitos y hacer reflexionar a las personas mayores sobre sus potencialidades inagotables, es la pasión del Dr. Valdés Mier, experimentado psiquiatra especializado en la tercera edad “a la que incorrectamente se le denomina así, porque las personas debían clasificarse, no por años cumplidos, sino por calidad de vida y asertividad al enfrentarla.”

El mismo profesor, que es maestro y alumno de sus teorías, anda muy derecho y sonriente por la vida. Ese resulta también otro de sus grandes recursos: Cuando se deja de reír — dice — se envejece de manera negativa. Y eso sí que no vale la pena. (18-19).

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

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

En la medida que las personas actúen acorde a esos principios, será la imagen que conformarán sobre ellas los demás individuos que las rodean, los miembros de su grupo: familia, barrio, trabajo, escuela.

La concepción de la imagen de la vejez, varía también en dependencia de quien la observe, según sea un niño, un adolescente, un adulto o un anciano. En un estudio realizado por gerontólogos cubanos, se manifestó que entre las generaciones encuestadas hay grandes similitudes y divergencias sobre su visión de la vejez (18).

Los adolescentes, más radicales en sus conceptos; y los adultos, más comprensivos en la problemática que afrontan los ancianos. Todos encuentran provechoso el acercamiento generacional sobre la base de los consejos y experiencias que pueden recibir de quienes poseen mayor edad, pero se evidencian contradicciones, fundamentalmente entre ancianos y jóvenes.

Las características positivas, reconocidas por la juventud a la vejez, son “la sabiduría” y la “posibilidad de consultarlos como consejeros expertos”, mientras que en las negativas resaltan la “incomprensión de los jóvenes por los ancianos”, quienes se “inmiscuyen demasiado en sus vidas”.

Las organizaciones sociales, como los círculos de abuelos, hogares de ancianos aunque no cubren aún todas las necesidades, suplen en parte esta carencia de la comunicación familiar, al brindar al sujeto envejecido una participación social acorde a sus posibilidades reales.

La imagen negativa hacia la vejez, que muchas veces tiene la población más joven, acentúa la incapacidad del anciano al limitar sus actividades, por adjudicarle disminución de las capacidades físicas e intelectuales, cuando lo cierto es que “la vejez no es una enfermedad, es una etapa vital” con condiciones reales de subsistencia (21).

En la relación diaria con el anciano, no podemos ni sobreprotegerlo, ni marginarlo, ni enfatizar en las pérdidas ocasionadas por la vejez, lo que repercute en la imagen que tienen del anciano, la sociedad y el individuo envejecido de sí mismo.

Una persona al envejecer suele basar su propia imagen en éxitos anteriores, como la belleza, el poder, el vigor físico o sexual, y los contrasta con el presente de pérdidas, según que no son a veces reales, pues siempre existe un caudal de posibilidades interiores no reconocidas totalmente, ni por el anciano, ni por las demás generaciones.

No se puede permitir el deterioro de la imagen del anciano ante los demás, ni dejarlo solo con sus pensamientos y angustias, pues llegaría a deprimirse, a enfermarse de verdad. El estado depresivo en el anciano se manifiesta a través de la tristeza, el abatimiento, la desilusión y hasta el sentimiento de soledad.

La depresión puede llegar a provocar retraimiento del contacto con otras personas, alejamiento de las actividades habituales que se tornarán difíciles de realizar, sensación de la pérdida de capacidad para sentir placer, disfrutar la vida y hasta quizás del funcionamiento del organismo, entonces comienzan en el anciano los dolores, la fatiga, los trastornos del sueño.

Por eso, los especialistas del envejecimiento, consideran que la imagen y actitudes negativas hacia el anciano constituyen factores de alto riesgo psicológico-social, semejante a los efectos biológicos del bajo peso al nacer de un niño, o la hipertensión en la embarazada.

Sabemos que es posible cambiar la imagen negativa que tienen algunos, y hasta un número de ancianos, sobre la vejez. Claro que es un proceso largo, pero no imposible. Los esfuerzos de la medicina para incrementar la esperanza de vida no tendrían sentido por sí solos, si no tratamos de mejorar las actitudes hacia esa vida que se prolonga cada vez más en el tiempo.

Cada generación de ancianos, como cada generación de jóvenes, de adultos, de niños, tiene sus propias especificidades, ninguna es igual a la otra. No podemos valorarlas con estereotipos: "Los jóvenes son inmaduros", o "los viejos son achacosos", porque no siempre estas son características reales del grupo o de los individuos.

La madurez sana de un individuo depende mucho de su personalidad anterior, desde su juventud; así un joven alegre será un viejo contento, aunque tenga más allá de 80 años de edad y hasta quien sobrepase los 100.

En el proceso de envejecimiento es básico superar lo físico, adaptarse al deterioro biológico, a las canas, a las arrugas, a los cambios y entonces, a partir de allí, fomentar el desarrollo social y espiritual con la experiencia acumulada. En este concepto vital se valoran mejor las satisfacciones de un trabajo determinado, de la formación de una familia y de la actividad social. La vejez tiene entonces su verdadero sentido como etapa de la vida donde se encaran pérdidas importantes, pero en la que se puede disfrutar y continuar creciendo como seres humanos (22). Yo como autora creo que si el adulto mayor ve esa etapa de su vida con optimismo puede continuar viviendo sin desencadenar procesos depresivos que lo lleven a un mayor y rápido deterioro.

Actualmente las enfermedades no transmisibles son responsables de más del 60% de las muertes y discapacidades en la región de las América. Dadas las condiciones epidemiológicas actuales se describe que el predominio de los países de la región en cuanto a los problemas que prevalecen en el adulto, está en el campo de las enfermedades no transmisibles, incluidos sus factores de riesgo principales. Completan este cuadro entre otros, los problemas de las discapacidades, en gran parte, consecuencia de las condiciones. A esto se une todavía una elevada frecuencia, especialmente en la mayoría de las poblaciones pobres, de las enfermedades transmisibles -emergentes y reemergentes- y las carenciales, predominando en Cuba la Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus así como el Infarto Agudo del Miocardio en la población geriátrica y presentándose las Enfermedades Cerebrovasculares como una de las principales causas de muerte.

Cuando se mide la morbilidad de los ancianos se debe tener en cuenta que en distintas personas con la misma enfermedad, estas pueden tener diferente repercusión sobre la capacidad de valerse por sí mismo, que no coincide entre ambas. Esto puede deberse al tiempo de evolución de la enfermedad, su intensidad, su control, sus complicaciones, presencia de factores externos, etc.

La mayoría de los estudios de prevalencia confirman que las Enfermedades Cardiovasculares, la Hipertensión, la Osteoartritis y la Diabetes son los

diagnósticos más comunes. Son causa importante de discapacidad pero en manera alguna la única, y hay escasa correlación entre la presencia de un diagnóstico y la capacidad de un individuo para afrontar la vida cotidiana. Son de especial importancia para los ancianos los desórdenes que afectan el oído, la visión, los problemas dentales (23).

Con el avance de la medicina y la mejoría de la calidad de vida, se está produciendo un aumento progresivo del grupo de personas mayores en nuestra sociedad. La mayoría de ellos son personas con muchas potencialidades por desarrollar. De hecho, se sabe que de todos los ancianos mayores, el 60 - 70% son personas independientes, el 30% se clasifica como frágil o en riesgo, y solo un 3% son ancianos mayores postrados o inválidos” (24).

A medida que sobrepasamos los 65 años aumenta progresivamente la probabilidad de que en los próximos años aparezca una limitación en la funcionalidad. Yo como autora creo que aunque el anciano tenga enfermedades crónicas no transmisibles si se encuentra incorporado a la sociedad puede ser un anciano independiente por mucho tiempo aunque presente sus limitaciones.

En el Programa Comunista de Cuba, en el marco de su Tercer Congreso, cuando se hace referencia al desarrollo que debe seguir la Salud Pública, se plantea que una de las tendencias de la política del estado cubano estará encaminada a la elevación del bienestar de la población anciana, citando que :Se brindara atención al objetivo de garantizar una vejez segura; se ampliara la red de Hogares de Ancianos, se desarrollaran otros tipos de instituciones y diversas formas de atención a la Geriátrica, la Gerontología y otras especialidades vinculadas a la protección del anciano (25-26).

El anciano necesita afecto y sentimientos de pertenecer a la familia. La fatiga que supone su cuidado y vigilancia puede agotar los recursos físicos y emocionales de los cuidadores o familiares y es posible que el anciano muestre pruebas de la tensión latente a través de quejas múltiples, angustias, fatiga.

PREVENCIÓN DE PROBLEMAS EN EL ADULTO MAYOR

- La prevención debe ser individualizada.
- Debe estar centrada en la enfermedad, la fragilidad, los accidentes y los problemas psicosociales.
- La prevención en esta edad es necesaria a todos los niveles: primaria, secundaria y terciaria.
- Las medidas de carácter sanitario solas no son eficientes para la consecución de una medicina preventiva eficaz.
- Las acciones preventivas de salud pública deben de estar dirigidas a fortalecer la capacidad funcional del adulto mayor y contribuir a un envejecimiento con éxito.

La elección de las medidas preventivas depende del estado general en que se encuentra el adulto mayor sano, con enfermedad crónica y frágil. Los adultos mayores sanos no tienen enfermedades crónicas o tienen solo alteraciones mínimas y funcionan de manera independiente; para ellos, las medidas preventivas más beneficiosas son la prevención primaria y secundaria de la enfermedad. Los ancianos con enfermedades crónicas presentan varios problemas incurables, son funcionalmente independientes o tienen una dependencia mínima, toman varios medicamentos y, en ocasiones, pueden ser hospitalizados por descompensación de sus enfermedades de base. En estos casos lo importante es la prevención terciaria de la enfermedad y la fragilidad, seguida de la primaria y la secundaria.

Por su parte, los adultos mayores frágiles presentan muchas enfermedades crónicas graves, son funcionalmente dependientes y han perdido su reserva fisiológica, lo elemental para este grupo son las acciones de la prevención terciaria y de las iatrogénicas. Hay medidas preventivas que pueden ser aplicables a todos los adultos mayores, por ejemplo, la actividad física, fundamentalmente el ejercicio, ayudan a mantener la capacidad funcional, reducir la discapacidad y evitar la fragilidad. También la vacunación anual para la gripe y la antineumocócica es otra medida preventiva eficaz, económica y asociada con una morbilidad escasa.

En la Atención Primaria de Salud el objeto principal de atención es la familia, porque sobre ella podemos intervenir los problemas individuales de cada uno de los miembros, por tener todos los integrantes unas características comunes, por ser una fuente primaria de salud y ser un núcleo generador de hábitos y por ser una unidad. Por este motivo si queremos atender al anciano, también debemos de atender a su familia (27-28). Yo como autora pienso que al brindarle atención a la familia donde vive el anciano podemos identificar los factores que influyen en su bienestar.

En consulta a expertos la intervención educativa fue evaluada mostrando los conocimientos adquiridos de los adultos mayores en cuanto a diferentes estilos de vida como hábitos dietéticos, realización de ejercicio físico y hábitos tóxicos para evitar enfermedades y prevenir las complicaciones de las ya existentes y de esta manera evitar la polifarmacia en este grupo etario tan vulnerable. Ver Anexo 2.

ASPECTOS METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN

Se realizó un estudio de intervención pre-experimental antes-después en pacientes adultos mayores del GBT 2 del Policlínico Diego del Rosario del Área Norte de en el año 2008, con el objetivo de Aplicar una intervención con terapia ocupacional como técnica alternativa par lograr una mejor calidad de vida actuando sobre los factores de riesgo.

El universo de la investigación estuvo constituido por 4061 adultos mayores.

Criterio de inclusión.

- Todo paciente mayor de sesenta años que atiende el Grupo Básico de Trabajo número 2.

Los métodos aplicados durante la investigación fueron:

Métodos del nivel teórico:

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

-- **Análisis histórico –lógico:** Se selecciona con el objetivo de poder estudiar la trayectoria real de los fenómenos y acontecimientos en el decursar de su historia, por lo que se emplea para indagar sobre la morbimortalidad en el adulto mayor.

--**Inducción -deducción:** Se establecen generalizaciones que confirman empíricamente la hipótesis.

--**Hipotético –deductivo:** Deduce una hipótesis como respuesta al problema.

Métodos empíricos:

-- **La observación:** Mediante la misma se conoce la realidad del proceso estudiado y poder aplicar un programa de intervención terapéutica que logre resolver el objetivo de la investigación.

-- **La entrevista:** (anexo 1): Se utilizó como técnica para la obtención de la información dadas sus características de búsqueda de información rápida y económica, la cual se aplicó a los adultos mayores del GBT 2 del Área Norte de Moron.

El procesamiento estadístico: Se utilizó para comparar los datos obtenidos como resultado del instrumento aplicado; el procesamiento se realizó en una microcomputadora PENTIUM, utilizando el paquete estadístico SPSS para Windows y se utilizaron los programas Microsoft Word y Excel 2007. Los datos obtenidos de la entrevista fueron vaciados en cuadros estadísticos para su presentación y análisis, utilizando medidas de resumen para variables cualitativas y cuantitativas (porcentaje). Para evaluar el nivel de conocimientos y la efectividad de la intervención se utilizó el Test de comparación de medias para ambos momentos (antes y después) con un nivel de significación de $\alpha = 0.05$.

También se utilizó la prueba de CHI CUADRADO y algunas de sus aplicaciones, para conocer los parámetros estudiados y hacer comparaciones sobre los mismos de las variables utilizadas en las tablas donde los resultados se presentaron en las mismas, las que se analizaron para emitir las conclusiones, en correspondencia con los objetivos de la investigación.

Operacionalización y Conceptualización de las variables

| Variables | Clasificación | Nivel de medición | Escala | Conceptualización |
|---------------------------------------|-----------------------------|-----------------------|--|--|
| -Grupos de Edad | Cuantitativa Continua | Intervalos | 60-64 65-69 70-74 75-79 80 y más | Según años cumplidos en grupos quinquenales. |
| -Sexo | Cualitativa | Nominal dicotómica | Masculino Femenino | Según sexo biológico. |
| -Zona de Residencia | Cualitativa | Nominal dicotómica | Rural Urbana | Según distribución geográfica. |
| -Hábitos Tóxicos | Cualitativa | Nominal politémica | Café Cigarro Alcohol Sin hábitos | Según estilos de vida. |
| -Ingestión de café | Cuantitativa discontinua | Ordinal | 1 taza diaria 2 taza diaria Más de 3 tazas diarias | Según estilos de vida. |
| -Consumo de Cigarros | Cuantitativa discontinua | Ordinal | Menos de 1 cajetilla diaria 1 cajetilla diaria 2 cajetilla diaria Más de 3 cajetillas diarias | Según estilos de vida. |
| -Consumo de alcohol | Cualitativa | Ordinal | Diario Mensual 2 veces al año Anual | Según estilos de vida. |
| - Antecedentes Patológicos Personales | Cualitativa | Nominal politémica | Hipertensión arterial. Asma bronquial Diabetes mellitus Insuficiencia renal Cardiopatía isquémica Enfermedad | Según historia de salud individual. |

| | | | | |
|--------------------------------------|-------------|--------------------|---|---|
| | | | <p>cerebro vascular Úlcera Péptica Neoplasia Tuberculosis Enfermedad pulmonar obstructiva crónica Demencia Sin antecedente s patológicos personales</p> | |
| -Realización de ejercicios físicos | Cualitativa | Nominal dicotómica | Sí No | Según estilos de vida. |
| - Incorporación al círculo de abuelo | Cualitativa | Nominal dicotómica | Sí No | Según estilos de vida. |
| -Hábitos dietéticos | Cualitativa | Nominal politónica | <p>Balanceada (consumo de frutas, vegetales, proteínas y carbohidratos) No Balanceada (donde en el consumo falta alguno de estos elementos frutas, vegetales, proteínas y carbohidratos)</p> | Según estilos de vida. |
| -Causas de muerte | Cualitativa | Nominal politónica | <p>Bronconeumonía Enfermedad Cerebrovascular (AVE)</p> | Según antecedentes de Salud individual. |

Infarto Agudo
del
Miocardio(
IMA).
Neoplasia.
Insuficiencia
cardiaca.
Trombo
embolismo
pulmonar.
Edema agudo
del pulmón.
Causa
desconocid
a.
Insuficiencia
respiratoria
aguda.
Suicidio.

Los datos se presentan en tablas de distribución y frecuencia. Se redactó un informe final según los requisitos del departamento de investigación de Postgrado de la Facultad de Ciencias Médicas de Ciego de Ávila.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

En este acápite se analizan los resultados obtenidos en el estudio realizado Y se representará mediante tablas

Tabla No 1. Distribución de pacientes estudiados según sexo y grupos de edad en el GBT 2 del Área Norte de Morón en el año 2008.

| Sexo | | | | | | |
|----------------|-----------|------|----------|------|--------|-------|
| Grupos de edad | Masculino | | Femenino | | Total | |
| Años | Número | % | Número | % | Número | % |
| 60-64 | 546 | 29.5 | 716 | 32.4 | 1262 | 31.0 |
| 65-69 | 540 | 29.3 | 534 | 24.1 | 1074 | 26.4 |
| 70-74 | 221 | 11.9 | 435 | 19.7 | 656 | 16.2 |
| 75-79 | 241 | 13.1 | 200 | 9.0 | 441 | 10.9 |
| 80 y más | 300 | 16.2 | 328 | 14.8 | 628 | 15.5 |
| Total | 1848 | 45.5 | 2213 | 54.5 | 4061 | 100.0 |

Fuente: Cuestionario.

En la tabla 1 aparece la distribución de los pacientes estudiados según sexo y grupos de edad, observándose que el mayor porcentaje de pacientes correspondía al grupo de edad de 60-64 años (31.0%) siguiéndole en orden de frecuencia grupos de 65-69 años (26.4%) y 70-74 años (16.2%).

El 54.5% de los pacientes pertenecían al sexo femenino y el resto al masculino esto corresponde con estudios realizados donde el número de ancianos, hombres y mujeres, es casi igual en África, en Europa y América hay dos ancianas por cada un anciano, quizá debido al gran poder político y financiero que tienen las mujeres europeas y americanas. Al tener las mujeres mayor capacidad de auto cuidado, la tarea del cuidado de personas mayores se ha reducido por esta diferencia en la tasa de sobre vivencia (29).

A pesar de que las mujeres tienen una mayor esperanza de vida en edades avanzadas, presenta mayor morbilidad y limitaciones funcionales que los varones de la misma edad. Independientemente de que esto pueda atribuirse a que las mujeres acuden con mayor frecuencia a los servicios de salud y a las desventajas socioeconómicas, también se ha documentado que factores de alto riesgo en salud reproductiva tales como un parto antes de los 18 años o

alta paridad se van a reflejar en su situación de salud en la última etapa de la vida (30). En el sexo masculino predominaron los pacientes de 60-64 años (29.5%) y en el femenino el mismo grupo de edad (32.4%).

Tabla No 2. Distribución de los pacientes investigados según zona de residencia y grupos de edad.

| Zona de Residencia | | | | | | | |
|--------------------|--------|-------|--------|--------|--------|-------|--|
| Grupos de edad | | Rural | | Urbana | | Total | |
| Años | Número | % | Número | % | Número | % | |
| 60-64 | 157 | 24.8 | 1116 | 32.6 | 1262 | 31.0 | |
| 65-69 | 146 | 23.1 | 917 | 26.8 | 1074 | 26.4 | |
| 70-74 | 128 | 20.2 | 528 | 15.4 | 656 | 16.2 | |
| 75-79 | 124 | 19.6 | 317 | 9.2 | 441 | 10.9 | |
| 80 y más | 78 | 12.3 | 550 | 16.0 | 628 | 15.5 | |
| Total | 633 | 15.6 | 3428 | 84.4 | 4061 | 100.0 | |

Fuente: Cuestionario.

En la tabla 2 aparece la distribución de los pacientes estudiados según zona de residencia y grupos de edad, apareciéndose que el 84.4% de los pacientes residían en el área urbana y el 15.6% en el área rural, de ellos el 32.6 % entre el grupo de edad de 60 a 64 años del área urbana y el 24.8 % del área rural.

Las áreas rurales generan condiciones de mayor vulnerabilidad, en especial por las condiciones. Las personas que envejecen en áreas rurales tienen menor cobertura de servicios, menor atención en cuanto a políticas sociales y mayor deterioro económico que en las áreas urbanas. Estas características se ven acentuadas por el desplazamiento de los hijos y familiares jóvenes hacia las ciudades lo cual reduce el tamaño y las posibilidades de acción de las redes familiares de apoyo tanto en las zonas urbanas como en las rurales (31).

Tabla No 3. Distribución de los pacientes estudiados según hábitos tóxicos

| Hábitos Tóxicos | Número | % |
|---------------------|--------|-------|
| Café | 1730 | 42.6 |
| Cigarro o Tabaco | 862 | 21.3 |
| Alcohol | 48 | 1.2 |
| Sin hábitos tóxicos | 1421 | 34.9 |
| Total | 4061 | 100.0 |

Fuente: Cuestionario.

En la tabla número 3 aparece la distribución de pacientes según hábitos tóxicos donde se puede ver que el 42.6% ingerían café, el 21.3% y el 1.2% de los pacientes estudiados eran fumadores y tomadores de bebidas alcohólicas respectivamente y el 34.9 % sin hábito.

Generalmente todos los órganos y sistemas presentan modificaciones y cambios fisiológicos a medida que envejecemos, los que fueron enumerados primero por Hipócrates como disnea, catarro acompañado de tos, disuria, dolores en las articulaciones, nefritis, caquexia, insomnio, debilitación de la visión, catarata, glaucoma, y endurecimiento del oído, y que se incrementan con el hábito de fumar y la ingestión de café.

Se ha demostrado que el tabaquismo y el abuso de bebidas alcohólicas son factores de riesgo importantes para la osteoporosis; también la excesiva ingestión de café es otro factor.

Aronow señala que el hábito de fumar, la Diabetes Mellitus y la Hipertensión Arterial son factores de riesgo de Infarto cerebral, tanto en hombres como en mujeres (32).

Tabla No 4. Distribución de pacientes estudiados según número de tazas de café ingeridas diariamente.

| Café | Número | % |
|------------------------|--------|-------|
| 1 taza diaria | 615 | 35.5 |
| 2 tazas diarias | 195 | 11.3 |
| Más de 3 tazas diarias | 920 | 53.2 |
| Total | 1730 | 100.0 |

Fuente: Cuestionario.

En la tabla No. 4 aparece la distribución de pacientes estudiados según número de tazas de café ingeridas diariamente donde el 53.2% ingerían más de tres tazas diarias.

Se ha demostrado que la ingestión de más de tres tazas de café diarias produce efectos nocivos en el organismo, considerándose un factor importante en la Hipertensión Arterial, asociada al hábito de fumar, y en la aparición de procesos oncoproliferativos (33).

Tabla No 5. Distribución de pacientes estudiados según número de cajetillas de cigarrillos o tabacos consumidas diariamente.

| Cigarro o tabaco | Número | % |
|---------------------------|--------|-------|
| Menos 1 cajetilla diaria | 189 | 21.9 |
| 1 cajetilla diaria | 214 | 24.8 |
| 2 cajetilla diaria | 423 | 49.1 |
| Más de 3 cajetilla diaria | 36 | 4.2 |
| Total | 862 | 100.0 |

Fuente: Cuestionario.

En la tabla No. 5 aparece la distribución de pacientes estudiados según número de cajetillas de cigarrillos o tabacos consumidas diariamente donde el 49.1% consumía dos cajetillas de cigarro o tabaco diariamente.

Walshe señala las variaciones de la fisiología respiratoria en los ancianos, considerando la Insuficiencia Respiratoria resultado de la disminución del área disponible para el intercambio gaseoso a que llegan las personas con la vejez. Las membranas alveolo –capilar degeneran, lo cual conduce a la hiperinsuflación con disminución de la elasticidad pulmonar y estrechamiento de las vías aéreas (34).

El humo del tabaco, produce alteraciones en el FEV e hipertrofia glandular bronquial, con la consiguiente hiperproducción de moco, y alteraciones en la viscosidad del mismo, que junto a la parálisis y destrucción de los cilios, da lugar a un acumulo de secreciones y la consiguiente colonización bacteriana.

El monóxido de carbono contenido en el humo del tabaco y cigarrillos desplaza la curva oxihemoglobina hacia la izquierda, incrementando la hipoxia en órganos vitales como el corazón, cerebro y riñones.

El hábito de fumar cigarrillos, incrementa las concentraciones de colesterol total y la mortalidad por cardiopatía isquémica en los ancianos (35).

Tabla No 6. Distribución de pacientes estudiados según consumo de alcohol.

| Alcohol | Número | % |
|----------------|--------|-------|
| Anual | 11 | 22.9 |
| 2 veces al año | 5 | 10.4 |
| Mensual | 17 | 35.4 |
| Semanal | 9 | 18.8 |
| Diario | 6 | 12.5 |
| Total | 48 | 100.0 |

Fuente: Cuestionario.

En la tabla No. 6 aparece la distribución de pacientes estudiados según consumo de alcohol donde el 35.4 % de los pacientes lo hacía mensualmente influyendo esto notablemente en disminución de el apetito, produce calorías vacías (que no generan energía), afecta la mucosa del sistema digestivo e impide la absorción adecuada de los alimentos que se ingieren, y aumenta notablemente las necesidades de vitaminas del organismo. Aunque cada gramo de alcohol aporte 7 cal, estas no son capaces de producir energía ni de almacenarse para uso posterior, se utiliza por las células para su metabolismo basal.

El alcohol tiene como resultado final Hipertensión Arterial por la ingestión exagerada de lípidos y el efecto sobre las glándulas suprarrenales que producen cortisona.

El consumo de alcohol mensualmente aun cuando es en pequeñas cantidades conduce a largo plazo, a la aceleración de los procesos arterioscleróticos (36).

Tabla No 7. Distribución de los pacientes investigados según antecedentes patológicos personales.

| Antecedentes Patológicos personales | Número | % |
|--|-------------|--------------|
| Hipertensión Arterial | 1091 | 26.9 |
| Diabetes Mellitus | 112 | 2.9 |
| Insuficiencia Renal | - | - |
| Cardiopatía Isquémica | 848 | 20.9 |
| Asma Bronquial | 75 | 1.9 |
| Enfermedad Cerebrovascular (AVE) | 18 | 0.4 |
| Úlcera Péptica | 22 | 0.5 |
| Neoplasia | 17 | 0.3 |
| Tuberculosis | - | - |
| Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) | 35 | 0.9 |
| Demencia | 221 | 5.4 |
| Sin Antecedentes Patológicos Personales | 1622 | 39.9 |
| Total | 4061 | 100.0 |

Fuente: Cuestionario.

En la tabla No.7 se aprecia la distribución de pacientes según antecedentes patológicos personales donde la Hipertensión Arterial (26.9%), Cardiopatía Isquémica (20.9%), Demencias (5.4%), Diabetes Mellitus (2.9%), Asma Bronquial (1.9%), EPOC (0.9%), Úlcera Péptica (0.5%), AVE (0.4%), y Neoplasias (0.3%), son los principales antecedentes patológicos personales reportados.

En estudios anteriores realizados en el Hospital Provincial Docente Capitán Roberto Rodríguez Fernández en el año 2006 sobre Infarto Agudo del Miocardio, la Hipertensión Arterial fue el factor de riesgo mas prevalente donde el mayor número de fallecidos se encontraba entre los 60-89 años .Se han evidenciado en varios estudios necrópicos un aumento dramático relacionado con la edad, en prevalencia de la enfermedad de las arterias coronarias, principal causa de los eventos cardiovasculares fatales(37).

En Cuba, según investigaciones recientes del Instituto Nacional de Higiene, se encontró una prevalencia en la población urbana y rural que alcanzó el 30 y 15

% respectivamente, además que la Hipertensión Arterial se incrementa con la edad, siendo más frecuente en personas de raza negra que blanca. En el grupo de adultos jóvenes y en la etapa inicial de la mediana edad, la prevalencia es mayor en hombres que en mujeres, relación que en edades avanzadas se puede invertir.

Los pacientes hipertensos tienen un riesgo 2-3 veces mayor de desarrollar la enfermedad de las arterias coronarias (EAC) y 8 veces mayor de accidentes cerebrovasculares. Estos eventos fatales, así como las enfermedades renales, se incrementan progresivamente cuando los niveles de presión arterial sistólica y diastólica se elevan (38-39).

Tabla No 8. Distribución de pacientes investigados según realización de ejercicio físico.

| Realización de ejercicio físico | Número | % |
|---------------------------------|--------|-------|
| No | 1205 | 29.7 |
| Si | 2856 | 70.3 |
| Total | 4061 | 100.0 |

Fuente: Cuestionario

En la tabla No 8 se aprecia que el 70.3% realizaba ejercicio físico.

Más de las dos terceras partes de los ancianos se benefician con la realización de ejercicios físicos, particularmente los afectados por trastornos depresivos; mejoría atribuible al hecho de que las actividades físicas mantienen la circulación cerebral, con liberación de radicales libres (endorfinas) y su rápida eliminación del organismo (destoxificación). Sin duda alguna, el ciclo de ejercicios físicos contribuye a elevar la calidad de vida de los adultos mayores con osteoporosis, enfermedades crónicas y degenerativas propia de la edad, entre ellas, las enfermedades articulares.

Recientemente se ha encontrado alguna evidencia de que el ejercicio también puede ayudar a mantener la flexibilidad de las arterias, evitando así el endurecimiento de éstas. Este endurecimiento de las arterias se consideraba hasta hace poco como una consecuencia inevitable del envejecimiento. Sin embargo en un estudio llevado a cabo por Edward G. Lakatta director del Laboratorio de Ciencia Cardiovascular del Instituto Nacional del Envejecimiento de los Estados Unidos en el que se comparó el endurecimiento de las arterias de un grupo de atletas varones entre las edades de 64 y 78 años con la de un grupo de varones sedentarios de la misma se encontró que los primeros tenían un 30 por ciento menos de endurecimiento de las arterias. Una explicación de estos hallazgos podría encontrarse en el hecho de que las paredes de los vasos sanguíneos son musculares. Al ejercitarnos vigorosamente estamos también ejercitando las paredes de las arterias, obligándolas a expandirse para manejar el aumento en el flujo sanguíneo producido por el ejercicio y luego a contraerse al suspender el ejercicio (40).

Por otra parte, el ejercicio también provoca un aumento en la sudoración. Mediante ésta se elimina cloruro de sodio, un mineral que contribuye al endurecimiento de las arterias.

El ejercitarse físicamente también puede ayudar a mantener y mejorar las capacidades de nuestra mente. En un estudio llevado a cabo en el Scripps College se encontró que 12 minutos diarios de ejercicio ayudaron a un grupo de hombres y mujeres entre las edades de 65 y 89 años a mejorar la memoria, razonar con mayor certeza e incrementar sus reflejos.

El ejercicio, para ser más efectivo, debe combinar los aspectos de entrenamiento de fuerza, resistencia aeróbica y flexibilidad. En la mayoría de los regímenes de ejercicio se enfatiza sólo uno de estos aspectos, especialmente los dos primeros ambos son sumamente importantes pero igualmente lo es el entrenamiento de la flexibilidad. La falta de flexibilidad corporal es uno de los principales problemas del envejecimiento. Esto es causado principalmente por el acortamiento y tirantez del tejido conectivo que se comienza a producir antes de los treinta años. El resultado final de esto es postura encorvada, dolores de espalda y piernas y caderas rígidas. El entrenamiento de flexibilidad en forma de ejercicios de estiramiento puede además de mejorar la flexibilidad, aumentar la fortaleza física, mejorar el tono muscular, hacer que nos sintamos mejor con nuestro cuerpo, mejorar nuestra apariencia, nuestra agilidad y energía. Además tiene efectos positivos sobre la circulación sanguínea (41-42).

Tabla No 9. Distribución de pacientes según incorporación al círculo de abuelos.

| Incorporación al círculo abuelo | Número | % |
|---------------------------------|--------|-------|
| Si | 2203 | 54.2 |
| No | 1858 | 45.8 |
| Total | 4061 | 100.0 |

Fuente: Cuestionario

En la tabla No 9 se aprecia que el 54.2% de los pacientes se encontraban incorporados al círculo de abuelo el cual les permite reunirse con sus coetáneos, debatir temas de interés común y distraerse, elementos que repercuten positivamente desde el punto de vista psicológico.

En Cuba unos 11000 círculos de abuelos con más de 500 000 participantes que realizan actividad física, recreativa y sociocultural; desarrollan la promoción de salud, la autoayuda y la ayuda mutua como parte de su quehacer (43).

Tabla No10. Distribución de pacientes según hábitos dietéticos.

| Hábitos Dietéticos | Número | % |
|---|-------------|--------------|
| Dieta Balanceada(consumo de frutas,vegetales,proteínas y carbohidratos) | 2464 | 59.7 |
| Dieta no Balanceada(donde en el consumo falta alguno de estos elementos frutas,vegetales,proteínas y carbohidratos) | 1597 | 39.3 |
| Total | 4061 | 100.0 |

Fuente: Cuestionario

En la tabla No 10 se aprecia que el 59.7% de los pacientes tenía una dieta balanceada lo que contribuye al mayor bienestar y energía del geronte ya que un estado nutricional alterado constituye un importante factor de riesgo, debido a que es un claro agravante que se asocia a numerosas enfermedades crónicas y también deteriora el pronóstico en el curso de patologías agudas. Se sabe que en los senescentes existe una relación recíproca entre nutrición y enfermedad; así por ejemplo se enferman más los ancianos desnutridos y se desnutren más los ancianos enfermos.

Los requerimientos nutricionales en el anciano deben ser cuantitativos y cualitativos ya que la energía disminuyen con la edad, lo que se acompaña por una disminución en la ingestión de calorías. La disminución de los requerimientos puede deberse a una reducción en el peso corporal, un descenso del metabolismo basal y de la actividad física.

En Cuba se han estimado las recomendaciones de energía para los individuos de 60 años de edad o más, en dependencia del sexo y de la actividad física. Las necesidades de proteínas se han fijado como promedio en 12 % de la energía total y las de grasas en 28 %. La alimentación debe ser rica en proteínas, moderada en carbohidratos, 5 gramos de sal que equivale a una cucharadita y relativamente baja en grasas. Se recomiendan alimentos ricos en

fibra: frutas y verduras, además deben abundar los alimentos ricos en vitaminas y minerales para evitar escorbuto, trastornos de osificación y anemias nutricionales.

Resulta muy importante la ingestión de alimentos ricos en contenido cálcico, pues la dieta con alimentos como vegetales verdes, pescados y derivados lácteos permite disminuir el riesgo de osteoporosis (44-49).

Tabla No11. Distribución de pacientes según causa de muerte.

| Causas de Muerte | 60-64 | | 65-69 | | 70-74 | | 75-79 | | 80 y mas | | Total | |
|----------------------------------|----------|------------|----------|-------------|----------|-------------|-----------|-------------|-----------|-------------|-----------|--------------|
| | NO | % | NO | % | NO | % | NO | % | NO | % | No | % |
| Bronconeumonía | - | - | - | - | 2 | 50.0 | 4 | 36.4 | 9 | 60.0 | 15 | 42.9 |
| AVE | - | - | - | - | 1 | 25.0 | 1 | 9.1 | 3 | 20.0 | 5 | 14.3 |
| IMA | 1 | 100.0 | - | - | - | - | 1 | 9.1 | - | - | 2 | 5.7 |
| Neoplasias | - | - | 3 | 75.0 | - | - | 3 | 27.2 | - | - | 6 | 17.1 |
| IC | - | - | 1 | 25.0 | - | - | - | - | 1 | 6.7 | 2 | 5.7 |
| Troboembolismo Pulmonar | - | - | - | - | - | - | 1 | 9.1 | 2 | 13.3 | 3 | 8.6 |
| Edema Agudo del Pulmón | - | - | - | - | 1 | 25.0 | 1 | 9.1 | - | - | 2 | 5.7 |
| Causa Desconocida | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Insuficiencia Respiratoria Aguda | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Suicidio | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Total | 1 | 2.8 | 4 | 11.4 | 4 | 11.4 | 11 | 31.4 | 15 | 42.9 | 35 | 100.0 |

Fuente: Serie de Fallecidos.

En la tabla No. 11 se aprecia que del total de ancianos estudiados 35 fallecieron para un 0.9% donde las principales causas de muerte en los pacientes geriátricos fueron la Bronconeumonía 15 (42.9%), Neoplasias 6 (17.1%), Tromboembolismo Pulmonar 3 (8.6%), Edema Agudo del Pulmón 2 (5.7%), de los 15 pacientes fallecidos por Bronconeumonía 9 pertenecían al grupo de 80 años y más.

Algunos autores como Tomas considera que la Neumonía y la Bronconeumonía siguen siendo un crucial problema clínico del anciano a pesar del desarrollo de la antibioticoterapia, requiriendo hospitalización durante mayor tiempo, con complicaciones más frecuentes y por tanto mayor mortalidad (50).

La Bronconeumonía es la causa de muerte que mayor incremento mostró al notificarse como causa múltiple de muerte, y su alta mortalidad se ha relacionado con determinados factores y enfermedades concomitantes todas ellas frecuentes en el anciano, la edad avanzada y el encamamiento con aumento de la adherencia de las bacterias a las células epiteliales del tracto respiratorio, la colonización de la orofaringe, así como microaspiraciones favorecidas por sonda nasogástrica, patologías esofágicas, vía aérea artificial y

enfermedades del sistema nervioso central en un organismo, por lo demás, con alteraciones mecánicas de defensa son los factores que generalmente condicionan llegada de un gran número de gérmenes virulentos a las vías respiratorias bajas y como resultado la aparición de Neumonía y Bronconeumonía (51-54).

TABLA 12: Respuesta del resultado de la intervención educativa.

| Estilo de Vida | Antes de la intervención | Después de la intervención | % |
|--|-----------------------------|-------------------------------|-----|
| Habito de Fumar | 862 | 715 | 3.6 |
| Ingestión de Café | 1730 | 1523 | 5.1 |
| Ingestión de bebidas alcohólicas | 48 | 14 | 0.8 |
| Realización de ejercicio físico | 2856 | 2947 | 2.2 |
| Incorporación al circulo de abuelo | 2203 | 2359 | 3.8 |
| Dieta balanceada | 2464 | 2558 | 2.4 |

Como refleja la tabla se lograron resultados satisfactorios en el mejoramiento de el estilo de vida en los adultos mayores , siendo el más significativo de los resultados la ingestión de café , habito que genera afecciones orgánicas en el adulto mayor y después de nuestra intervención lograron ampliar los conocimientos del tema adquiriendo educación sanitaria que les permitió abandonar el habito , seguido de la incorporación al círculo de abuelo esta es una opción importante para mejor la calidad de vida del adulto mayor ,resultado el menos significativo la ingestión de bebidas alcohólicos .

CONCLUSIONES

El 31.0% de pacientes estudiados de ambos sexos tienen edades entre 60 y 64 años predominando los pacientes del sexo femenino y el 84.4% vive en área urbana. El 65.9% tienen hábitos tóxicos predominando la ingestión de café donde el 53.2 % toma más de tres tazas de café diarias, el 49.1% consume dos cajetillas de cigarro diarias, y el 35.4% consume alcohol mensualmente; entre los antecedentes patológicos personales predominan la Hipertensión Arterial, Cardiopatía Isquémica y la Demencia, el 70.3% de los ancianos realiza ejercicios físicos así como el 54.2% se encuentra vinculado al círculo de abuelo, además dentro de los hábitos dietéticos el 59.7% lleva una dieta balanceada y entre las principales causas de muerte están la Bronconeumonía y las Neoplasias. Se realizó una intervención Educativa donde se logró mejorar la calidad de vida del adulto mayor del GBT 2 del Área Norte de Moron modificando diversos estilos de vida al actuar sobre los factores de riesgo de diversas enfermedades.

RECOMENDACIONES

- Generalizar los conocimientos sobre los estilos de vida saludable en el adulto mayor además que se utilice en la práctica médica como opción para mejorar la calidad de vida en este grupo etario.
- Garantizar un adecuado comportamiento del adulto mayor en cuanto a su nutrición y socialización a través de los círculos de abuelos para prevenir diversas enfermedades.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud: Aplicaciones de la epidemiología al estudio de los ancianos. Informe de un grupo científico de la O.M.S sobre la epidemiología del envejecimiento/Organización Mundial de la Salud, 2004.
2. Valdés, N.M.: La Geriatria.Objetivos y Proyectos.Rev Cub Med .27 (10):1, oct, 2006.
3. Rodríguez JA. Dimensiones psicosociales de la vejez. En: Buendía J. Envejecimiento y Psicología de la Salud. Madrid: Siglo XXI de España Editores, S.A.; 2004.
4. Aumenta el número de ancianos. Bol of Sanit Panam.89 (1):89, Jul, 2009.
5. Cárdenas Garcías.: El envejecimiento: realidades y perspectivas. Rev Cub Méd. 28 (1-2):1-4, ENHER-Abr, 2007.
6. Reichel, W.: Aspectos críticos del envejecimiento. /W Reichel. México: Interamericana, 2006.55-398p.
7. Davison, A.N.: Envejecimiento normal y demencia senil. Rev Esp Geriatric y Gerontl. 22 (3):131-133,2009.
8. Oro Lan, N.y otros.: La vejez: Una edad para respetar y cuidar celosamente. Rev Cub En f.5 (1.2):27-41,2008.
9. William Reichel.: Clínicos del Envejecimiento. /Reichel William. México: Interamericana, 2008. —p55-398.
10. Arzola, P.E.: El envejecimiento de América Latina y el Caribe. Publicación Científica. O.P.S. (492):9,2007.
11. Martínez PS. Cuba más allá de los sueños. La Habana: Editorial José Martí; 2006. p. 222.
12. Prieto Ramos O, Vega García E. Atención del anciano en Cuba. Desarrollo y perspectiva. 2da ed. La Habana: Editado por PALCO. 2006.

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

13. Roca Bruno MJC, Prieto RO. Gerontología y Geriatria clínica. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2007. p. 42.

14. Menéndez JJE, Roca Bruno MJC, Quintero DG. La autonomía como medida de salud. Rev. Cubana. Salud Pú. 2008; 19 (2): 79 – 83.

15. Hernández Castellón El envejecimiento de la población en Cuba. CEDEN, Habana 2006.

16. Tejeiro, A.: El conocimiento de la morbilidad: Algunas experiencias cubanas /A.Tejeiro Fernández. Ciudad de la Habana: Instituto de Desarrollo de la Salud, 2006.

17. Día Mundial de la Salud: Remozar la vejez crónica de la O.M.S.36 (2):74-780,2007.

18. Cape R.: Debilitamiento por anos./Cape.En su Geriatria. —México: Salvat, 2008—p7-13.

19. Cape R.: Debilitamiento por anos./Cape.En su Geriatria. —México: Salvat, 2007—p8.

20. Espinosa, N.B.: Valoración psico-social de un grupo de ancianos /N.B Espinosa. —C. Habana 2009. Tesis.

21. Hovaguimion Therder, J.P.: La salud mental en la vejez. Modelo de acción concertada de la O.M.S. con hospitales universitarios. Crónica de la O.M.S. 40 (4):159-167,2007.

22. León, Carlos A.: Percepciones sobre la salud del anciano en Colombia. Bol of Sanit Panam. 101 (6):625-635, Dic, 2005.

23. Walshe, T.M.: Manual de Problemas Clínicos en Medicina Geriátrica/Thomas M.Walshe. México: Interamericana, 2005 p65.
24. Los Adultos Mayores Un reto para la sociedad - 10 al 14 de Marzo del 2005 Red Latinoamericana de Gerontología.
25. Partido Comunista de Cuba.: Programa del Partido Comunista de Cuba. — La Habana: Ed Política, 2006.p.43.
26. Redin Larraz J .Valoración Geriátrica Integral (I). Evaluación del paciente geriátrico y concepto de fragilidad. Análisis. Sis San Navarra 2005; 22(1): 41-9.
27. Organización Panamericana de la Salud.: Manual de Clasificación estadística internacional de enfermedades, traumatismos y causas de defunción./ Organización Panamericana de la Salud Publica Científica.- 353,2005.
28. Doll, S.R.: Perspectivas de la prevención. Forum Mundial de la Salud.4 (3) 253-262,2008.
29. Hechos y Cifras. Bol of Sanit Panam.353, Abr, 2005.
30. Anuario Estadístico de Cuba, 2006.
31. Farreras Valenti, C. Rozman, y cols. Medicina Interna. 14º edición. España, Madrid: Ed. Harcourt. 2004.
32. Senado Dumoy J. Los factores de riesgo en el proceso salud enfermedad. Rev. Cubana Med Gen Integr 2007; 15(4):453-60.
33. Díaz Nova, J.; C. Salado Monteagudo.: Morbilidad General en el Consultorio del Médico de la Familia.Estudio de un año. Rev. Cub. Med. Int.5 (3):351-360, Jul-Sep, 2007.
34. Carlos Trejo Maturana Médico Internista Jefe Unidad de Gestión Clínica del Anciano. Hospital Padre Hurtado. Santiago, Chile. Bioética @ chi. OPS-OMS-org .2005.

35. MSc. Juan Francisco Tejera Concepción Jtejera@ucf.edu.cu Profesor Auxiliar. Carrera de Medicina. J.M. Espinosa almendro el anciano en atención primaria. Documento 2- El entorno vital del anciano como lugar de investigación del médico de familia. 2005.
36. Castro SJ, Tapía CR. *Las enfermedades crónicas en las personas de 60-69 años*. Salud Pública de México, 1996; 38(6):438-46.
37. GUILLÉN LLERA, F.: "Síndromes y cuidados en el paciente geriátrico"
Editorial Masson S.A. Barcelona, 2006.
38. Trujillo Hernández, Sergio Inerto. Comportamiento de la Morbilidad y la mortalidad en pacientes Geriátricos en el Servicio de Medicina Interna / Sergio Trujillo Hernández, 2008.Tesis.
39. Walshe, T.M.: Manual de Problemas Clínicos en Medicina Geriátrica.-- México: Interamericana, 2005. —p55-398.
40. Astrad PO. From exercise physiology to preventive medicine. Ann Clin Res 2005; 20 : 10-7.
41. Foster T.A et al.: Levels of selected cardiovascular Risk factors in a sample of Geriatric participants- The Dunedin Program J Geront.42 (4).241-245,May,2005.
42. Prieto Ramos O, Vega García E. Atención del anciano en Cuba. Desarrollo y perspectiva. 2da ed. La Habana: Editado por PALCO. 2006.
43. Atención del anciano en Cuba desarrollo y perspectiva. Centro Iberoamericano para la Tercera Edad (CITED) 2da.edición, 2005. La Habana.
44. Part II: Kamel HK, Thomas DR, Morley JE. Nutritional deficiencies in long-term care, management of protein energy malnutrition and dehydration. Annals of Long-Term Care 2007; 6(8):250-258.
45. Walshe, T.M.: Manual de Problemas Clínicos en Medicina Geriátrica/Thomas M.Walshe. Mexico: Interamericana, 2007 p121.

46. Walshe, T.M.: Manual de Problemas Clínicos en Medicina Geriátrica/Thomas M. Walshe.--México: Interamericana 2006. —p65-66.
47. Antonuccio Osma N. La Salud Mental en la 3ra. Edad. Psicogeriatría. Buenos Aires. Ediciones Akadia 2006.
48. Iluis Ramos GE, González Cabeza y, Loy Acosta S, Cubero Menéndez O. Relación beneficio / riesgo en la terapéutica del paciente geriátrico. Rev. Cubana fam. 2006; 38 (3): 170 – 5.
49. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Informe anual. /Ministerio de Salud Publica.--,2009.
50. Estacholi Nacumb, C.y N. Castillo Oliva .: Bronconeumonía bacteriana en pacientes ancianos .Estudio clínico-microbiológico.Rev Cub.Med .28 (9):509-514,Sep-Oct,2005.
51. Kanas,R.J.:Clinical recognition of pulmonary infections in the elderly.Geriatr Med Today. 6 (3):22-24,May,2006.
- 52.Links, S.: Management of lower- respiratory Trac infections in the geriatric patient:Pneumonia in the elderly . Geriatr Med Today .6 (4):85-88,Apr, 2007.
53. Triana Ponce, A y otros: Mortalidad por Bronconeumo0nia en el Hospital General Docente Enrique Cabrera.Rev.Cub.Med.27 (10):41-50, Oct, 2009.
54. Cabrera, R.J: Mortalidad en pacientes Geriátricos egresados del servicio de Medicina Interna del Hospital General Provincial Docente de Morón en el año 2005.Rev. Med Ciego 2005,7 (2):9-14.

Anexo 1.

1. Nombre y apellidos _____

2. Sexo m____ f____

3. Edad 60-64____ 65-69____ 70-74____ 75-79____ 80 y más ____

4. Zona de residencia rural____ urbana____

5. Hábitos tóxicos

Café

Una taza diaria ____

Dos tazas diarias ____

Más tres tazas diarias ____

Alcohol

Anual____

Dos veces al año ____

Mensual ____

Semanal____

Diario_____

Cigarro o Tabaco

Menos una cajetilla diaria _____

Una cajetilla diaria _____

Dos cajetillas diarias _____

Más de tres cajetillas diarias _____

6. Antecedentes Patológicos Personales.

Hipertensión Arterial _____

Diabetes Mellitas _____

Insuficiencia Renal _____

Asma Bronquial _____

Cardiopatía isquémica _____

Enfermedad Cerebrovascular _____

Úlcera Péptica _____

Tuberculosis _____

Neoplasias _____

Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica _____

Demencias _____

Sin Antecedentes Patológicos Personales _____

7. Realización de ejercicio físico

Si _____ No _____

8-Incorporación al círculo de abuelo

Si _____ No _____

9. Hábitos Dietéticos

Dieta Balanceada (consumo de frutas, vegetales, proteínas y carbohidratos)

Dieta no Balanceada (donde en el consumo falta alguno de estos elementos
frutas, vegetales, proteínas y carbohidratos) _____

Anexo 2.

Especialistas evaluadores

Msc.Dra Mercedes Anechina González

Msc.Lic. José Daniel Pérez Giliberti

Msc.Dra Maria Dolores Modejar Barrios

ANEXO: 3

ADIESTRAMIENTO A LOS ADULTOS MAYORES SEGÚN MODIFICACION DE LOS ESTILOS DE VIDA.

Con este adiestramiento pretendemos mejorar la información a los adultos mayores sobre las técnicas a poner en práctica a fin de mejorar el estado de salud y con ello disminuir el consumo excesivo de fármacos.

Primeramente deben conocer las particularidades de un estilo de vida saludable ya que actualmente las enfermedades no trasmisibles son responsables de más del 60% de las muertes y discapacidades en la región de las América. Dadas las condiciones epidemiológicas actuales se describe que el predominio de los países de la región en cuanto a los problemas que prevalecen en el adulto, está en el campo de las enfermedades no trasmisibles, incluidos sus factores de riesgo principales como el habito de fumar, la ingestión de café, la dieta no balanceada y la no realización de ejercicio físico. Completan este cuadro entre otros, los problemas de las discapacidades, en gran parte, consecuencia de las condiciones. A esto se une todavía una elevada frecuencia, especialmente en la mayoría de las poblaciones pobres, de las enfermedades trasmisibles -emergentes y reemergentes- y las carenciales, predominando en Cuba la Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus así como el Infarto Agudo del Miocardio en la población geriátrica y presentándose las Enfermedades Cerebrovasculares como una de las principales causas de muerte.

Acciones encaminadas a mejorar la calidad de vida del adulto mayor.

Principalmente para adultos mayores

Como adjetivo específico de esta actividad en las instituciones gerontogeriatricas se señalan los siguientes:

- 1- Hacer que las actividades de terapia ocupacional que permitan mejorar la calidad de vida del adulto mayor.
- 2- Hacer que el adulto mayor este siempre en activo, que huya de la pasividad y utilice todo el tiempo que pueda considerarse libre en recreación debidamente organizada y controlada.
- 3- Distraer su mente de las preocupaciones y las angustias.
- 4- Disminuir las tensiones mediante la actividad.
- 5- Prever la coordinación entre la actividad mental y la manual.
- 6- Ayudar al adulto mayor a recuperar la confianza en si mismo.
- 7- Alentar a actividades de grupo, la responsabilidad y la cooperación.
- 8- Contribuir a la incorporación del adulto mayor al círculo de abuelo.