Sociedad cubana de Enfermería

Hogar de Ancianos
¨Noel Fernández Pérez¨
Filial Vertientes

Sistema de acciones de intervención del personal de enfermería para el anciano con discapacidad en el Hogar Noel Fernández Pérez.

Autora: Lic. Madelin Rodriguez Riscar.

. Máster en longevidad satisfactoria
Miembro titular de la sociedad cubana de enfermería

Lic. Benita Guerra Ruiz.

Miembro Numeraria de la Sociedad Cubana de Enfermería

Camagüey

Vertientes

2016

Resumen

La discapacidad es un fenómeno de incidencia cada vez mayor y aun por resolver, de gran trascendencia social y económica que requiere atención a fondo para lograr su disminución. Se realizó un estudio de intervención, con la finalidad de realizar acciones por el personal de enfermería para mejorar la atención al anciano con discapacidad, en el hogar “Noel Fernández”, Municipio Vertientes, Provincia de Camagüey durante el año 2016 El universo estuvo constituido por 155 ancianos que constituyen la población total del centro, de los que se seleccionó una muestra de 81, que presentan alguna discapacidad física o motora. La información se recolecto de la Historia Clínica (Modelo de evaluación geriátrica para el adulto mayor en la comunidad), además mediante un formulario, creado con variables como: edad, sexo, estado funcional antes y después de la intervención de enfermería, intervención propiamente según necesidades afectadas, evaluación de la misma así como estado funcional después de dicha intervención. Los datos se procesan por métodos porcentuales y los principales resultados mostraron que el sexo predominante fue el masculino con un 20,5%, la edad fue de 81-91 años, antes de la intervención 63 personas (77,7%) con estado funcional independiente con limitación, un predominio en las acciones de enfermería encaminadas a satisfacer necesidades de ocupación, 67 (83%) y auto cuidado en 61 (75,3%) posterior a la intervención de enfermería 57 (78,3%) de los adultos mayores atendidos tenían estado funcional independiente con limitaciones y 17 (21%) eran independientes y activos. Por tales resultados, la intervención fue evaluada como medianamente eficaz con 45 (55,4) y eficaz en 29 (36%), los que contribuyo a evaluar la calidad de vida en la mayoría de los discapacitados.

INTRODUCCIÓN

La ancianidad es una situación que ha preocupado a la humanidad desde tiempos remotos en la Roma imperial el hombre era viejo a los 20 años y la mitad de la población moría a la edad de 27 años por causa de enfermedades infecciosas. En la Edad Media se consideraba como viejas a las personas de 25 años, en el siglo X V III a las de 30 años, hace 100 años a las de 40 y hoy es joven a los 50 años de edad.

Se afirma que, a escala mundial, el siglo XX ha sido de crecimiento para la población y que el siglo XXI será el de su envejecimiento. La era moderna se caracteriza no tanto por el aumento en el límite superior de la duración de la vida humana sino por aumento en la proporción y el número de quienes viven para acercarse a ese limite. (3)

El ancestral interés de los humanos por vivir el mayor número de años posible, unido al creciente desarrollo de la ciencia y la técnica, sustentan las tendencias actuales de considerar, que sí importante es vivir más años, es esencial que estos transcurran con la mejor calidad de vida posible, una muestra de ellos se manifiesta en el hogar de anciano donde esta institución con buenas condiciones tanto físicas como ambientales es una de las primeras formas de mejorar la calidad de vida de los ancianos discapacitados, pero a pesar de ello existen insatisfacciones que hacen disminuya la misma, por lo que este trabajo propuesto busca incrementar la calidad de vida. (1)

En el presente siglo la esperanza de vida se ha incrementado significativamente: la mayoría de los países desarrollados muestran una esperanza de vida entre 75 y 79 años (Japón con 79 años es el de mayor índice), y en los países en desarrollo han ocurrido muchas variaciones.

El sexo femenino evidencia una tendencia a mantener una mayor esperanza de vida que el sexo masculino. (4)

Uno de los factores que hace que la misma disminuya es la discapacidad, la cual se ha definido como toda restricción o falta (resultante de una deficiencia) de capacidad para enfrentar una actividad de la manera o dentro de los márgenes que se consideren normales. Las discapacidades físicas, mentales y sociales, íntimamente relacionadas con el incremento de la expectativa de vida, se consideran entre los problemas más graves que hay que enfrentar en la presente década del siglo XXI.

Su evaluación es difícil, ya que está es consecuencia de interacciones entre alteraciones estructurales y funcionales del organismo, unido a una multitud de factores psicológicos y sociales, entre estos últimos se destaca (2) el problema del envejecimiento, examinado por primera vez en la Organización de las Naciones Unidas (ONU), en 1948, en aquel momento no era tan evidente que

la población mundial envejeciera de forma tan impresionante como sucedió en las décadas siguientes 1969.

En años posteriores, se reexamino la situación y finalmente se exhorto a la celebración de una Asamblea Mundial sobre el envejecimiento (gerontología) y, por otra, la preocupación de la medicina preventiva y social por la profilaxis y el tratamiento de las situaciones y enfermedades que acosan a las personas de edad avanzada (geriatría). Según Mulet Robillo (2005), la salud y el bienestar de las personas y las comunidades le dan razón de ser al desarrollo humano. Aun cuando la mayor parte de las personas ancianas consideran que tienen buen estado de salud, cuatro de cada cinco padecen al menos de una enfermedad crónica (10, 11).

A esta edad esta edad es frecuente la discapacidad, un fenómeno de incidencia cada vez mayor y aún por resolver, de gran trascendencia social y económica que requiere atención a fondo para lograr su disminución.

Esta relacionada con aquellas habilidades y comportamientos compuestos, que son aceptados por lo general, como elementos esenciales de vida cotidiana; representa la obligación de una deficiencia y, como tal, refleja alteraciones a nivel de la persona.

Varios autores, (León Vásquez, Martínez Gonzales), entre otros señalan, la importancia económica y social que tiene la discapacidad en los ancianos. (12, 13, 14) Estudiosos de la tercera edad han señalado como con la perdida de la capacidad funcional se devalúan la posición y la función social, así como la familiar, se produce cierto aislamiento social, además de que pueden aparecer tensiones y cambios de roles y relaciones.

Se recuerda que la dependencia y el deterioro físico y psíquico, más que la muerte en si misma, constituyen el fantasma de la edad senil. En estos momentos la importancia funcional y la invalidez representan la sexta causa de muerte en personas mayores de 65 años. (15, 16)

Ha quedado demostrado que la ayuda que requiere el adulto mayor con discapacidades, corresponde a un equipo multidisciplinario, para lograr una atención completa, donde la enfermería debe proyectarse hacia si misma y hacia el equipo de salud y utilizar las propiedades que les brindan sus propios conocimientos a través de la actuación independiente e interdependiente. (17)

La Organización Mundial de la Salud (OMS), considera que las Actividades de la Vida Diaria (AVD) constituyen el indicador más importante para medir el funcionamiento en el anciano. La capacidad de realización de las Actividades de la Vida Diaria es la resultante del funcionamiento en las áreas de la salud física, mental y socioeconómica, contempla en la evaluación de las personas mayores dentro de una población determinada.

Para medir las Actividades de la Vida Diaria se han utilizado diferentes instrumentos, dentro de los que se destacan por su uso, el índice de Katz (IK), para las básicas, confeccionando en 1963 y el índice de Lawton (IL), para las instrumentadas, en 1969, este último es el que introduce un nivel más complejo a la evaluación, ya que a través de él se puede medir aspectos que van más allá del auto cuidado, la autora de este trabajo asume los dos, por la utilidad que revisten.(18)

La etapa final del desarrollo del individuo se ha dominado “Edad Dorada” Es la época en la que ya no hay que esforzarse para lograr. Cuando se puede

71 - 80	5	4.10	15	12.3	20	16.4
81 – 91	25	20.5	25	20.5	50	41
+ 91	3	2.46	7	5.74	10	8.20
Total	**35**	**28,7**	**47**	**38.5**	**82**	**100**

En la tabla No.2 se muestra el estado funcional de los adultos mayores antes de la intervención de enfermería era independiente con limitaciones en 63 (77,7).

El predominio de adultos mayores en estado independiente con limitaciones puede ser atribuida a la composición de la muestra para la cual se incluyeron todos con alguna limitación, entre los cuales predominaron las motoras, sensoriales y mentales. Un estudio realizado en la población Cubana (2003) arrojo un mayor numero de discapacidades en mayores de 60 años, predominando las físicas – motoras, visuales y mentales, lo cual concuerda con nuestros resultados. (24) Según otros autores existen enfermedades cuya frecuencia de aparición aumenta a partir de los 65 años, constituyendo motivo de discapacidad o muerte en el anciano. (25, 26) Dentro de ellas, algunos estudios citan con mucha frecuencia, las mentales y los músculos esqueléticos. (27, 28)

Tabla 2. Estado funcional de los adultos mayores antes de la intervención de enfermería. Hogar de ancianos ´``Noel Fernández Pérez año 2016

Estado funcional	**Frecuencia**	**%**
Independiente y activo	-	-
Independiente con limitaciones	63	77,7
Dependiente		
Total	**81**	**100**

Fuente: Formulario.

En la tabla No 3 se trata la intervención de enfermería según las necesidades afectadas, la cual contemplo acciones encaminadas a satisfacer necesidades entre las cuales predomino la ocupación y ocio en 67 (83%) y auto cuidado en 61 (75,3).

La aparición de las necesidades de ocupación de ocio y el auto cuidado entre las principales que dieron origen a cuidados específicos, concuerda con lo planteado con García López y otros, al decir que en el anciano la incapacidad y/o la desgana para ;a realización de actividades de entrenamiento suele ser habitual por lo que la enfermera debe potenciar al máximo el desarrollo de intervenciones en la ejecución de las actividades recreativas y la terapia ocupacional. Plantea además, que el déficit de auto cuidado es un factor de riesgo importante respecto a los procesos asociados. (17)

Tabla 3. Intervención de enfermería según necesidades afectadas. Hogar de ancianos Noel Fernández Pérez año 2016

Necesidades	**Intervención**	**Frecuencia**	**%**
Ocupación y ocio	Actividades grupales y recreativas terapia ocupacional	67	83
Auto cuidado	Ropa y calzado adecuados, control ambiental, apoyo en las actividades.	61	75.3
Descanso y sueño	Comodidad, relajación, posturas adecuadas, disminución de ansiedad	54	66.6
Conocimiento	Técnicas de enseñanza adecuadas a la realidad psicosocial en función de la limitación y necesidades.	42	51.8
Evitación del dolor	Comodidad, aplicación de la medicina natural.	41	50.6
Movimiento	Ejercicios físicos, corrección postural, ayudas técnicas profilaxis de las caídas.	39	48.1
Comunicación	Familiarización con el entorno clima de intercambio medios alternativos (TV, radio, etc)	31	38.2

Fuente: Formulario

Después de la intervención, predomino el estado funcional independiente con limitaciones en 57 (70,3%) y pasaron a independiente y activos 17 (21%), como se observa en la tabla No 4.

El predominio con estado independiente con limitaciones luego de la intervención, fue debido a un grupo con estado dependiente al inicio, mejoro y paso a colocarse entre los independientes, incluyendo los independientes y activos. Estos resultados pueden atribuirse a los beneficios de los ciudadanos ofrecidos.

Tabla 4 Estado funcional después de la intervención de enfermería. Hogar Noel Fernández Pérez año 2016

Estado funcional	**Frecuencia**	**%**
Independiente y activo	17	21
Independiente con limitaciones		
Dependientes		
Total	**81**	**100**

Fuente: Formulario

En la tabla No 5 se muestra la evaluación final de las intervenciones realizadas, en la que resulto medianamente eficaz en 45 (55,4%) y eficaz en 29 (36%).

La evaluación de eficaz y medianamente eficaz en la intervención de enfermería concuerda con estudios realizados por profesionales de enfermería a un grupo de alcance de los enfermos y el resto pudo ser tramitado a la instancia que correspondiera. Feliu Escalona y Estrada Muñoz nos explica que para proporcionar cuidados eficientes al anciano, se requiere, además de conocimientos, un gran amor y una entrega a los principios de la profesión. (9)

Tabla 5 Evaluación final de las intervenciones.

Evaluación	Frecuencia	%
Eficaz	29	36
Medianamente eficaz	45	55,4
Ineficaz	7	8,6
Total	81	100

Fuente: Formulario.

Conclusiones

Se patentizó que el sexo masculino y la edad a partir de los 81 años, así como, antes de la intervención de enfermería, el estado funcional de la mayoría de los ancianos era independiente con limitaciones. Luego de los cuidados aplicados, los cuales fueron dirigidos, en su mayoría, a satisfacer necesidades como ocupación y auto cuidados, este grupo continúo predominando, pero en este caso a expensas de la mejoría en el estado funcional de los que se encontraban dependientes, que además pasaron a formar parte de un grupo como independiente y activo. Todo gracias a la intervención de enfermería que demostró su eficacia en la atención al discapacitado, así como la integración de estas personas a las actividades dentro del centro.

Al tener los cuidados según necesidades y obtener logros positivos, se humaniza el trabajo del personal de enfermería y los adultos mayores mejoran en cantidad y calidad de vida.

Recomendaciones

Teniendo en cuenta que los adultos mayores llegan con limitaciones de orden biológicos, psicológicos y funcionales, así como social, recomendamos a todo el personal medico--- y para medico tratar de disminuir los factores de riesgos de los de los discapacitados

Referencias Bibliográficas

Amador García M. Alimentación y nutrición. Pediatría Vol. II. La Habana. Editorial Pueblo y Educación.1998 p33- 149.

Roca Bruno Mederos ji, prietos ramos gerontología y Geriatría Clínica Vol. I La Habana Editorial Ciencias Medicas.Cuba:2000, p112.

Keisella K,disminución demográfica y de salud en América latina y el Caribe en :Arbola E ,la atención del anciano. Un desafió para los años 90,Washington DC.OPS.PublicacionesCientificas,2004:p3-18

Prieto Ramos O. Envejecer en Cuba Citadle Habana 2003: 63-92

Fusione O. La tercera edad y el siglo XXI.Buenos Aires 2003:201-217

Programa de atención al adulto mayor. Carpeta Metodológica del MINSAD, 2002, p4-24.

Situación de Salud en Cuba. Indicadores, Básicos, D.N.E, MINSAP, 2001p 1-20.

Comité Estatal de Estadística de ancianos. Estadística de cuba. La Habana CEDEM.2002.

Hernández Castellón r el envejecimiento de la población en cuba CEDEM .Universidad de la Habana2002, p38-43.

SC Smelzer y B.G .Barre. Enfermería Medico Quirurgico.Mexico editorial interamericana, 2004p 177-202.

Ruiz Pérez Llorente P. Guía para auxiliares y cuidadores del anciano. Editorial Madrid. Editorial Interamericana 1era Edición. Madrid, 2004, p 75-90.

Senado Dumio J. Los factores de riesgo en el proceso salud enfermedad. Rev. Cubana MED Gen Integra 1999; 15(4):453-60.

Bayarte Vea H, Tello Velásquez YL, Hernández Pérez Y, Herrera Domínguez H, Selva Suárez AL. Prevalencia de discapacidad mental en ancianos de los municipios Amancio Rodríguez y Jobabo. Rev Cubana Salud Pública 2002; 28(2).

Martínez Almansa L, Menéndez Jiménez J, Cáceres Manso E, Baly Balay M, Vega García E, Prieto Ramos O. Las personas de edad en Cuba. Principales tendencias demográficas y morbimortalidad. Resumen 1999; 12(2):77-90.

Fernández Larrea R, Clúa Calderín AM, Báez Dueñas RM, Ramírez Rodríguez M, Prieto Díaz V. Estilos de vidas, bienestar subjetivo y salud de los ancianos. Rev. Cubana Med Gen Integr 2000; 16(1):6-12.

Baños González hi. Estado de salud de la población mayor de 60 años en Pasos de las Minas, enero-marzo del 2002. MEDISAN 2002; 6(3):59-64.

García Quiñones R. La transición de la mortalidad en Cuba. Un estudio socio demográfico. [Tesis doctoral]. México: El Colegio de México. Centro de Estudios Demográficos y de Desarrollo Urbano; 1995.

Barros Díaz OZ. Escenarios demográficos de la población de Cuba. Período 2000 – 2050. La Havana:CEDEM; 2002.

Bayarte HD. Prevalencia y Factores de Riesgo de Discapacidad en el Anciano. Municipio Playa. [Trabajo para optar por el título de Máster en Salud Pública] 1998. Facultad de Salud Pública: La Habana.

Hernández Castellón R. Estudio del envejecimiento de la población. En: Perspectivas y escenarios de la población y los recursos humanos de Cuba y sus implicaciones económicas y sociales entre el año 2000 y 2050. La Habana: CEDEM; 2000. p. 374 – 418.

Programa de Naciones Unidas sobre el envejecimiento. Una sociedad para todas las edades: evolución y exploración. *En:* La Situación del envejecimiento de la población mundial. Hacia una sociedad para todas las edades. Nueva York: Naciones Unidas; 2001. p. 1 – 13.

Zorrilla García AE. El envejecimiento y el estrés exudativo. Rev. Cubana Invest Biomed 2002; 21(3):178-85.

Grieco M, Apt N. El desarrollo y el envejecimiento de la población. Síntesis mundial por expertos en el envejecimiento en África En: La Situación del envejecimiento de la población mundial. Hacia una sociedad para todas las edades. Nueva York: Naciones Unidas; 2001. p. 14 – 42.

Katz SA. Akron CA. A measure of primary psychobiological characteristics. J Terma J Meath Servicie 1986: 493 - 507.

Dueñas Loza M. El envejecimiento en transición: la situación de las mujeres de edad en la región de América Latina. En: La situación del envejecimiento de la población mundial. Hacia una sociedad para todas las edades. Nueva York:Nacionais Unidas; 2001. p. 77 – 101.

Disponible en http/www.geriatrianet.com. La discapacidad en la vejez. Visitado el 20 de mayo Del 2005.

Tello Velásquez YL, Bayarte Vea H, Hernández Pérez YM, Herrera Domínguez H. Prevalencia de discapacidad física en ancianos. Municipios "Amancio Rodriguez" y "Jobabo". 1999. Rev Cubana Salud Pública 2001; 27(1):19-25.

Cardona AD, Estrada A, Aguádelo GH. Envejecer nos toca a todos. Caracterización de algunos componentes de calidad de vida y de condiciones de salud de la población adulta mayor. Medellín: Universidad de Antioquia, Facultad Nacional de Salud Pública; 2002 pp 31-55.

Castelblanque EM, Cuña VA. ¿Quiénes son adultos mayores frágiles-adultos mayores de riesgo? Estudio en personas mayores de 65 años del área sanitaria de Guadalajara. Rev. Soc. Española Med Gen 2002; 45: 443-459.

Hervás A, García de JE. Situación cognitiva como condicionante de fragilidad en el anciano, perspectiva desde un centro de salud. Rev Anales Sistema Sanit Navarra. 2005. 28(1): 35-47.

Guzmán J.M. M anual sobre indicadores de calidad de vida en la vejez.CELADE-CEPAL.Santiago de Chile 2006.

Ledo Masi A. Atención al adulto mayor. *(citado septiembre 2009).Disponible en:* http://www.artemisaradioweb.cu/Comentarios/Comentario%201260309.htm

Peláez M. "La construcción de las bases de la buena salud en la

vejez: situación en las Américas." *Revista Panamericana de la Salud*

Pública 17 (5/6), 2005: 299-302.

Palloni A. G. Pinto, M. Pelais. «Demographic and health condicione

of ageing in Latin America and the Caribbean.» Inst. J. Epidemial. 2002;

31: 762-71.

De Castro Oller, María Jesús, *et al. Calidad de vida en el paciente*

Anciano. Hospital Clínico San Carlos. Facultad de Medicina, Departamento

De Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad Complutense de Madrid, 2003

36-Fernández G. N. Ética de la atención geriátrica y envejecimiento poblacional cubano. *Acta Médica* 2002:10(1-2).

37-Baztán Cortés, J. J. *et al.* Atención sanitaria al anciano frágil: de la teoría a la evidencia científica.Med Clín 2000, 115, 704-71.

38-Envejecimiento activo: Un marco político.» Rev. Esp Geriatra Gerontol 2002; 37(S2):74-105.

39- Alcartaz Agüero M. Fon Estrada JA.Álvarez Puig N. Pérez Rodríguez A. Evaluación del estado nutricional del adulto mayor en el reparto Flores**.** MEDISAN 2001;5(1):46-51

40- De Castro Oler, M J*. Calidad de vida en el paciente anciano.* Departamento

de Medicina Preventiva y Salud Pública Madrid, 2003.

41- Alemán MH, Pérez FF. Los indicadores del estado de nutrición y el proceso de envejecimiento. Rev. Nutre Crin Méx 2003. 6(1): 46-52.

42- Guzmán J M. Manual sobre indicadores de calidad de vida en la vejez.CELADE-CEPAL. Santiago de Chile 2006:34-36.

43- La salud del adulto mayor en el siglo XXI 1999 –2006.Rev. Cubana Enfermería v.21n.3 Cuidad de la Habana sep.-dic.2005.

44- Garra Giner.M.Estudios Socio Clínico de una residencia asistida de ancianos Rev. Iberoamericana de Geriatría y Gerontología. 2004 Jul-Sept: 21-24.

45- Martínez Que rol C. Pérez Martínez V. Carballo Pérez M. Larrondo Viera J. Polifarmacia en los adultos mayores.Rev Cubana Med Gen Integr 2005;21(1-2)

46-Estilo de vida. De Wiki pedía, la enciclopedia libre. (Citado 2.marzo 2007)**.** Disponible en http://es.wikipedia.org/wiki/Estilo de vida

47- *Donoso Sepúlveda A. Cuidado y Auto cuidado del Adulto Mayor.Rev. Gast.2006.*

48- Zaldívar Pérez D. Ocio y recreación en el adulto mayor.(CITADO EL MAYO 2008)Disponible en http://www.sld.cu/saludvida/adultomayor/temas.php?idv=5942

49- *Fernández Larrea N, Ulúa Calderín A.M, Báez Dueñas R.M, Ramírez Rodríguez, Prieto Día z P. Estilos de vida, bienestar subjetivo y salud.* Rev. Cubana Med Gen Integra 2000; 16(1):6-12

50- Peláez M. "La construcción de las bases de la buena salud en la vejez: situación en las Américas." *Revista Panamericana de la Salud Pública* 17 (5/6), 2005: 299-302.

51- De Castro Oller, María Jesús, *et al. Calidad de vida en el paciente anciano.* Hospital Clínico San Carlos. Facultad de Medicina, Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad Complutense de Madrid, 2003

52-Gómez Juanea M. López Zamora A. Moya Rodríguez M. Rosa Hernández O. Influencia de algunas variables en las relaciones familiares del adulto Mayor. Rev. Cubana Med Gen Integr 2005;21(1-2)

53**-** Polo Vi amontes M, Espín AM. Apuntes para la soledad ¿qué se avecina? [Serie de Internet]. [Citado 17 Feb. 2008]. Disponible en: http://www.sld.cu/servicios/aldia/archivos.php

54- Camarano, A y Mariscal Pizzicato, Análisis situacional de la redes de

Apoyo de las personas en América Latina y el Caribe. CEPAL. Santiago de

Chile 2002.

55- Fundación Caritas para el Bienestar del Adulto Mayor I.A.P.Redes de las redes sociales del Adulto Mayor.FUNBAM – México DF, Año 2005.

56-Ham Chande R. Calidad de vida y redes de apoyo social de las

personas en edades avanzadas en la Ciudad de México CEPAL. Santiago de Chile 2002.

57-Martínez S. Prevalencia y factores de riesgo de discapacidad física en ancianos en el municipio "Pedro Betancourt". [Trabajo para optar por el título de Especialista de Primer Grado en Epidemiología]. 1997. Facultad de Salud Pública: La Habana.

58-Hernández Pérez Y. Prevalencia y factores de riesgo de discapacidad en ancianos. Municipio Puerto Padre y Las Tunas. [Trabajo para optar por el título

de Especialista de Primer Grado en Bioestadística]. 1999. Facultad de Salud Public a: La Habana

59-Nourhanshemi F, Andrei S, Gillette – Guyonnet S, Vellas B, Albarete JL, Grand jean H. Instrumental activates of daily living assail potential marker of frailty: a study of 7364 community – dwelling elderly women (the EPIDOS study), 2001;56(7):M44 Rantanen T, Guralnik J, Sakary-Rantala R, Leveille S, Simonsick E, Ling S et al. Disability, physical activity and muscle strength in older women: the women´s health and aging study, Arch Phys Med Rehabil 1999;80:130-58.

60-Organización Panamericana de la Salud. Las condiciones de salud en las Américas. Washington. OPS; 1994. Publicación Científica No. 549.

61Grieco M, Apt N. El desarrollo y el envejecimiento de la población. Síntesis mundial por expertos en el envejecimiento en África *En*: La Situación del envejecimiento de la población mundial. Hacia una sociedad para todas las edades. Nueva York: Naciones Unidas; 2001. p. 14 – 42.

62-Melzer D. Profile of disability in elderly people: Estimates from a longitudinal population study. BMJ 1999 ;(318):1108-12.

63-Melzer D, Izmirlian G, Leveille SG, Guralnik JM. Educational differences in the prevalence of mobility disability in old age: the dynamics of incidence, mortality, and recovery, 2001; 56(5):S294 – 301.

64-Gómez Juanola M, Machín Díaz MJ, Roque Ancada K Hernández Medina G. Consideraciones acerca del paciente geriátrico Rev Cubana Med Gen Integr 2001; 17(5):468-72.

65-Martínez Almansa L, Menéndez Jiménez J, Cáceres Manso E, Bali Bali M, Vega García E *et al.* Las personas de edad en Cuba. Principales tendencias demográficas y morbimortalidad. RESUMED 1999; 12(2):77-90.

66-Bayarre Vea H, Fernández Frente A, Trujillo Gras O, Menéndez Jiménez J. Prevalencia de discapacidad mental en ancianos del Municipio Playa 1996. (Parte II). Rev Cubana Salud Pública 1999;25(1):30-8

67-Organización Panamericana de la Salud. Las condiciones de salud en las Américas. Washington. OPS; 1994. Publicación Científica No. 549.

68-Bayarre Vea H, Fernández Frente A, Trujillo Gras O, Menéndez Jiménez J. Prevalencia de discapacidad mental en ancianos del Municipio Playa 1996. (Parte II). Rev. Cubana Salud Pública 1999; 25(1):30.

69-Barros LC. Aspectos sociales del envejecimiento. En: anzolad E. La atención del anciano: un desafío para los años noventa. Washington DC: OPS, 1994:57-66 (Publicación Científica; 546).

70-Belloch FA. Aspectos psicológicos del envejecimiento. En: Anzolad E. La atención del anciano: un desafío de los años 90. Washington DC: OPS, 1994:

(Publicación Científica; 546).

71-Tello Velásquez Y. Prevalencia y factores de riesgo de discapacidad en ancianos, municipios Jobabo y Amancio Rodríguez. [Trabajo para optar por el título de Especialista de Primer Grado en Bioestadística]. 1999. Facultad de Salud Pública: La Habana.

72-Clavijo T. Prevalencia y Factores de Riesgo de Discapacidad en el Anciano. Policlínico “26 de julio”. [Trabajo para optar por el título de Máster en Salud Pública]. 1999. Facultad de Salud Pública: La Habana.

73-Couso Seoane C, Zamora Anglada M, Purón Iglesias I, Del Pino Boytel IA. La bioética y los problemas del adulto mayor. MEDISAN 1998;2(3):30-35

74-Villa M. Proceso de Envejecimiento: sus implicancias biológicas y sociales Problemática Social en el Adulto Mayor. MANUAL DE GERIATRIA. Santiago de Chile.1998.p.186-1

Anexos

Modelo de consentimiento informado.

.

Por medio de la presente doy mi consentimiento para participar en la investigación que se realizará sobre el conocimiento de un grupo de acciones al anciano con discapacidad; para esto he recibido una amplia explicación por parte de la Lic. Madelin Rodríguez Riscar, autora del trabajo.

He recibido information sobre

Características e importancia de la investigación en la que voy a participar.

Que la respuesta brindada por mi tenga carácter anónimo.

Que en cualquier momento puedo retirarme de las actividades.

Que es necesario mi asistencia a las actividades programadas.

_ Para que conste y por mi libre voluntad firmo el presente a los _____ días del mes _____ año._____.

Paciente_____
____

Firma_____

Título de la
investigación._____

Anexo. 2

Datos demográficos.

Edad

60-64

65-69

70-74

75- más

Sexo

Masculino.

Femenino.

Anexo 5.

Variable de opinión.

¿Considera usted que las actividades educativas desarrolladas le han sido útiles?
Si_____ No_____

¿Considera que los temas en cada uno de los encuentros han sido útiles?
Si_____ No_____