

Universidad de Camagüey  
Facultad de Ciencias Sociales  
Y Humanísticas

Título: Los factores socio-ambientales  
y la salud del adulto  
mayor. Propuesta de  
intervención comunitaria.

Autor:

*Lic. Alfredo Emilio Morales López.*

Tutores:

*Dra. María Teresa Caballero Rinacoba.*

*Dra. Mirtha Yordi García.*

Asesores:

*Dra. María Teresa Machado Durán.*

*Ing. Norma Trufero Canovas.*

Tesis presentada en opción al Título Académico de Master  
en Trabajo Social

Octubre  
2001

***Dedicatoria***

---

## **Dedicatoria**

A mi querida madre y hermanos, a mi tía Maria Estela, a la familia de Sibanicú,  
a los ancianos del presente y del futuro.

# ***Agradecimientos***

## **Agradecimientos**

A la universidad de Camagüey que me dio la posibilidad de cursar la Maestría en Trabajo Social y aptos por la defensa de una tesis.

A mis tutoras Mirtha y Maria Teresa Caballero que pusieron todo su empeño para hacerme avanzar en el camino del quehacer científico.

A mis asesoras consultantes Dra. Maria Teresa Machado y Norma quienes ocuparon mucho tiempo en compartir mis criterios y llevarme a la conclusión del trabajo.

A Juan Carlos por su apoyo sin límites en el procesamiento del trabajo.

A todas aquellas personas que de una forma u otra contribuyeron a mi formación académica.

A mi estimable y fiel amiga Emna.

***Resumen***

---

### **Resumen:**

El envejecimiento de la población es un fenómeno global y relativamente reciente en el mundo, el cual también tiene una expresión en el contexto cubano. La presente investigación atiende esta problemática desde la perspectiva de la determinación de los principales factores socioambientales que provocan la hospitalización del adulto mayor en función de ofrecer una propuesta que favorezca el mantenimiento de la salud en la Atención Primaria. Se emplearon métodos teóricos para el resultado y cotejo de la información de que se dispone y la elaboración de la propuesta, mientras que los métodos del nivel empírico fueron la base para la constatación del problema. Su principal resultado es una estrategia de intervención comunitaria dirigida a la educación socioambiental de las familias para la adecuada inserción social del Adulto Mayor.

# *Índice*

---



## INDICE

-	<b>Introducción .....</b>	<b>11</b>
	<i>Capítulo I: El adulto mayor y la sociedad .....</i>	<b>19</b>
	<b>1.1 Envejecimiento y sociedad.....</b>	<b>19</b>
	<b>1.2 Cuba y el Adulto Mayor. ....</b>	<b>27</b>
	<b>Factores socioambientales y su influencia en los estilos de vida del adulto mayor. ....</b>	<b>37</b>
	<b>Capítulo II: El Trabajo Social desde la Salud y la inserción social del adulto mayor.....</b>	<b>51</b>
	<b>2.1 Enfermería – Trabajo Social – Adulto Mayor. ....</b>	<b>51</b>
	<b>2.2 Análisis de los factores socioambientales que han influido en el deterioro de la Salud de los ancianos ingresados en el Hospital Provincial Docente Clínico Quirúrgico "Manuel Ascunce Domenech". .....</b>	<b>68</b>
	<b>2.3 Plan de educación sociambiental para la transformación de los estilos de vida del Adulto Mayor.....</b>	<b>73</b>
-	<b>Conclusiones .....</b>	<b>80</b>
-	<b>Recomendaciones .....</b>	<b>82</b>
	<b>ANEXOS .....</b>	<b>84</b>
-	<b>Bibliografías.....</b>	<b>98</b>

# ***Introducción***

## - **Introducción**

Dos de los cambios demográficos más extraordinarios y significativos ocurridos en el universo contemporáneo ha sido el aumento en el número, así como en la proporción de personas de 65 años o más en relación a la población total. El envejecimiento de la población es un fenómeno global y relativamente reciente en el mundo. Estos procesos comenzaron en algunos lugares de Europa en el Siglo XIX. Luego se extendieron rápidamente por todos los países desarrollados y durante las últimas décadas han comenzado a experimentarse en algunos países en vías de desarrollo. La referida tendencia demográfica se caracteriza por: un incremento en el porcentaje de personas mayores de 64 años; un crecimiento en el número absoluto de personas mayores; y un aumento en la esperanza de vida<sup>1</sup>.

En Cuba, según el censo de 1981, había 751 099 personas mayores de 65 años, lo que constituía el 7,7 % de la población; 2 años más tarde ascendió a 10,7 % lo cual cuadruplicó la proporción existente a principios del presente siglo (2 %). En los momentos actuales el comportamiento del adulto mayor en Cuba se encuentra representado por el 13,1 % de la población, la cual tiene 60 años o más, el crecimiento de la población mayor duplica al de la población general. Para el año 2025 aproximadamente 1 de cada 4 cubanos tendrá más de 60 años, la expectativa de vida de un cubano que cumple 60 años es de más de 20 y la del que cumple 80 es más de 7 años<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> Sánchez. SCD. Gerontología Sociales. Publicaciones puertorriqueñas. Pág. 21,25,156. año 1999. ED. 1ra.

<sup>2</sup> Devesa C.E. El anciano Cubano. Editorial Científico-técnica. Ciudad de La Habana. Pág. 12. año 1992.

El envejecimiento, tanto demográfico como individual, es un proceso inherente al desarrollo. Aunque la vejez comienza a los 60 años, el envejecimiento comienza mucho antes, de manera que el objetivo de lograr una vejez satisfactoria, donde las personas asocien el incremento de su longevidad al mantenimiento de su autonomía y su integración social, depende que este proceso se desarrolle de forma saludable<sup>3</sup>.

El envejecimiento aumenta la susceptibilidad a las enfermedades crónicas y discapacidades y, a su vez, incrementa la necesidad de servicios médicos, sociales y económicos e introduce esos problemas en la formulación de políticas y programas nacionales e internacionales. Para evitar que la carga abrumadora que representa la costosa atención médica soportada actualmente por los países desarrollados, recaiga también en los países en desarrollo, es imprescindible poner en práctica planes que incluyan medidas específicas del formato de la salud y prevención de las enfermedades de la edad avanzada<sup>4</sup>.

Los esfuerzos de la OMS para abordar los problemas de la vejez comenzaron en 1979, cuando la Asamblea Mundial de la Salud adoptó la primera resolución sobre la atención de la salud de los ancianos<sup>5</sup>.

A principios de la década de los 80 un reducido, pero entusiasta grupo de médicos y personal de enfermería centraron sus conocimientos y habilidades en la atención a este sector de la población y conformaron el grupo nacional y los

---

<sup>3</sup> Leahy. Cobb.Jones. Enfermería para la Salud de la Comunidad. Edit. Prensa Médica Mexicana. Pág. 79.año1980.

<sup>4</sup> Scull.R.B. et al. Manual de enfermería V-VI-Médico quirúrgica. Ed. Pueblo y Educación. Pág. 342. año 1992. Ciudad de La Habana.

<sup>5</sup> Smith W. D. Enfermería Médico- quirúrgica. Ed. Científico-Técnico. 1987. Ciudad de La Habana.

grupos provinciales de Geronto-Geriatria. En 1985 se aprobó por la Asamblea Nacional del Poder Popular el proyecto sobre la atención Institucional al anciano<sup>6</sup>.

Existen diferentes factores que influyen en el proceso de envejecimiento de la población, así como otros que están directamente relacionados con su desarrollo. Entre los aspectos socioeconómicos se incluyen diferentes factores relacionados con el peso que ocupa el anciano en la familia, el grado de independencia del anciano en su seno familiar y otros indicadores que persiguen ubicar su situación en los momentos actuales de la sociedad cubana.

El mantenimiento de un buen estado de salud en los ancianos, personas de 60 años y más, según la definición de las Naciones Unidas, representa un desafío especial tanto para los propios interesados, como para líderes políticos y sociales.

Se conocen dos tipos de envejecimiento: el biológico, que se refiere a los cambios que tienen lugar en el organismo y que son características en personas de edad avanzada, tales como disminución de la visión, de la capacidad auditiva, y del vigor físico. El envejecimiento sociogénico, por su parte se refiere a la importancia que en la sociedad tienen las personas que envejecen.

La sociedad cubana tiene la responsabilidad de preocuparse desde el punto de vista preventivo, terapéutico y de rehabilitación de la persona de edad avanzada y de tratar de romper el estereotipo de considerar al Adulto Mayor desamparado e inútil.

---

<sup>6</sup> Devesa C.E. El anciano Cubano. Editorial Científico-técnica. Ciudad de La Habana. Pág. 4. año 1992.

Los trabajadores sociales proveen una multiplicidad de servicios a las personas mayores y sus familiares dentro de los programas de salud.

Es importante considerar el potencial que encierran los adultos mayores en sus pasados; cada anciano es un historiador, un testigo oral de hechos históricos. Los asilos de ancianos y residencias geriátricas no son una solución, tal vez sí un mal necesario, solo para casos de abandono o absoluta imposibilidad de atención domiciliaria, ellos proporcionan los servicios materiales y de salud, pero no de afecto y reconocimiento social<sup>7</sup>.

Por las razones antes planteadas es significativo considerar que el envejecimiento es un elemento importante en el trabajo social, ya que este permite conocer las características biológicas, psicológicas y sociales que aparecen en la medida que la persona envejece y se debe de acuerdo con ellos influir sobre el anciano para que actúe no sólo como objeto, sino como sujeto de acción y transformación de su entorno para vivir mejor.

Se debe destacar que el índice de adultos mayores que es hospitalizado por diversas enfermedades, presenta una elevada influencia negativa de los factores socioambientales en el equilibrio de la salud de este grupo social.

Esta situación motivó la realización de la presente investigación con el criterio de que si se realiza un trabajo preventivo con los ancianos, será posible modificar estilos de vida que ayuden a conservar su salud, a la vez que los mismos se conviertan en grande consumidores de recursos económicos y les sea posible llevar una vida saludable y placentera con lo que también disminuirá los ingresos en las instituciones hospitalarias.

---

<sup>7</sup> Kisnerman. N. Pensar en el Trabajo Social. Ed. 2da luman, Argentina. Pág. 140. 1998.

Estos elementos conducen al planteamiento del siguiente problema:

¿Cuáles son los principales factores socioambientales que afectan los estilos de vida y provocan la hospitalización del adulto mayor en el Hospital Provincial Clínico Quirúrgico Manuel Ascunce de Camagüey en el período de Julio a Septiembre del 2001, y a la formulación de la hipótesis consecuente:

Los principales factores que influyen en los estilos de vida y provocan la hospitalización del Adulto Mayor son:

- De carácter demográfico.
- De tipo epidemiológico.
- Familiares.

Sirven como guía de la investigación los siguientes objetivos.

1. Determinar los principales factores socioambientales que influyen en el deterioro de la salud del Adulto Mayor que ingresa en instituciones hospitalarias.
2. Proponer un plan de educación socioambiental que ayude a mantener la salud del Adulto Mayor.

Los métodos utilizados para la elaboración de este trabajo fueron el, teórico para las valoraciones conceptuales de los principales términos empleados, y permitió constatar el problema, validar la hipótesis y proponer el plan de acción. La investigación se estructura en dos capítulos, el primero de ellos está referido a los aspectos del envejecimiento de forma general y en Cuba, y determinar la influencia de los estilos de vida que influyen en el Adulto Mayor.

El capítulo dos analiza el trabajo social desde la salud y la inserción social del anciano así como el trabajo de enfermería desde la perspectiva de trabajo social con el Adulto Mayor y se analiza los factores socioambientales que influyen en el anciano hospitalizado haciendo énfasis en la propuesta del Plan de Educación Socioambiental para transformar los estilos de vida del Adulto Mayor.

La novedad científica y teórica – práctica de esta investigación radica en el nexo que por primera vez se establece entre Gerontología y Trabajo Social desde la perspectiva Cubana, una política solo del sector de la Salud para convertirse en un aspecto esencial del actuar social y comunitario que debe favorecer una transformación sustancial en el estilo de vida, no solo de los ancianos sino de toda la población; acción que puede lograrse desde la teoría del Trabajo Social.

Novedoso resulta también la introducción en el nexo Gerontología – Trabajo Social, lo referido a Educación Socioambiental, primero porque esta última se ve con frecuencia reducida, al medioambiente natural, en menoscabo de lo social y, en segundo lugar, porque por primera vez, apoyado en la metodología del Trabajo Social se conviertan las ideas teóricas generales en un plan de acción muy específico en el que se vinculan el Programa del Adulto Mayor, el Trabajo Social Comunitario y el medio ambiente a través del prisma de los factores sociales.



Los resultados obtenidos ponen en manos de geriatras y trabajadores sociales un nuevo escenario para elevar la calidad de vida de la población cubana envejecida, de allí su utilidad e importancia.

Capítulo I

## **Capítulo I: El adulto mayor y la sociedad**

### **1.1 Envejecimiento y sociedad.**

El envejecimiento de la población se está convirtiendo en uno de los problemas más importantes no sólo para la investigación, docencia y práctica biomédica, sino para el conjunto de las Ciencias Sociales.

El siglo XX pasará a la historia de la humanidad como el siglo en el cual el envejecimiento de la población se convirtió en un fenómeno de alcance global, que se extiende por todos los países, fundamentalmente con un alto nivel de desarrollo.

La tendencia demográfica hacia el envejecimiento de la población se manifiesta en un aumento en el porcentaje de personas mayores de 65 años, un incremento en el número absoluto de personas mayores y un aumento de la esperanza de vida. Esto determina el crecimiento de la población anciana en la actualidad.

El término de envejecimiento es aplicable a un individuo o a una población en su conjunto, no obstante existen diferencias en ambas aplicaciones. Un individuo envejece al aumentar su edad cronológica de vida, pasando por varias etapas enmarcadas estadísticamente.

El envejecimiento de la población resulta ser un concepto más complejo y abarcador. Una población envejece cuando aumenta considerablemente la proporción de personas clasificadas como de edad avanzada del total de la población. Por tanto la población no envejece necesariamente con el transcurrir del tiempo.

El envejecimiento ha sido definido también como todas las modificaciones morfológicas, psicológicas, bioquímicas y psicológicas que aparecen como consecuencia de la acción del tiempo sobre los seres vivos.

En la actualidad el índice empleado comúnmente para medir el envejecimiento es la edad cronológica de 65 años o más. Se considera que una población con un diez o más por ciento de personas con 65 o más años de vida indica la presencia de una estructura poblacional anciana o de edad avanzada.

Los resultados de los estudios gerontológicos han originado la llamada práctica gerontológica que consiste en varias modalidades de intervención y acercamiento profesional a los ancianos, de tal forma que se ayude a transformar actitudes en los mismos ancianos, familiares y comunidad hacia el proceso del envejecimiento.

Todo lo anterior permite hablar de una nueva esfera de acción profesional en un Trabajo Social, reconocida como Trabajo Social Gerontológico, que requiere de un abordaje multidisciplinario del envejecimiento y exige sea reconocida y aplicada en los países donde el envejecimiento poblacional lo demanda.

Si se considera que Cuba, por determinadas razones, se manifiesta una tendencia hacia el envejecimiento de su población, (aspecto que será abordado en el siguiente epígrafe) se hace necesario promover y estimular las diversas modalidades de Trabajo Social Gerontológico que permitan una atención integral a la vejez, para incrementar la calidad de vida de los ancianos.

El creciente interés en entender el proceso del envejecimiento ha motivado la aparición de un campo científico interdisciplinario de la Gerontología. La cual se define como el estudio científico de los asuntos biológicos, psicológicos y sociales de la vejez.

La Gerontología es la disciplina que aborda sistemáticamente la vejez, el envejecimiento y las personas viejas. Se refiere a como la vejez afecta al individuo y cómo la población anciana cambia la sociedad<sup>8</sup>.

La Gerontología dirige su atención a tres dimensiones de la vejez. La dimensión biológica se ocupa del estudio de los cambios de la apariencia física, la declinación gradual del vigor y la pérdida de habilidad física para resistir enfermedades.

La dimensión psicológica trata los cambios sensoriales y perceptuales, las destrezas motoras, el funcionamiento mental (memoria, aprendizaje e inteligencia), la personalidad, los impulsos y las emociones que caracterizan a esta edad cronológica.

Un aspecto importante que hay que destacar es el envejecimiento social el mismo se refiere a los hábitos sociales, a los papeles cambiantes y las relaciones en el ámbito social con familiares y amigos, a las relaciones de trabajo y al conjunto de relaciones espirituales.

Usualmente la persona experimenta una reducción en sus interacciones sociales importantes, "El medio social varía, de forma considerable determina el

---

<sup>8</sup> Sánchez. SCD. Gerontología Sociales. Publicaciones puertorriqueñas. Pág. 25. año 1999. ED. 1ra.

significado de la vejez para una persona y esa experiencia de envejecer será positiva o negativa"<sup>9</sup>.

Cada una de las dimensiones biológica, psicológica y social, están relacionadas entre sí en las personas de edad avanzada. Por ejemplo, la condición física de la persona afecta la conducta social y viceversa. El producto final del envejecimiento es el resultado de la interacción entre el componente genético, el organismo y el ambiente en el que se desenvuelve cada ser humano.

La Gerontología se complementa con la geriatría médica y la enfermería geriátrica, especialidades médicas que abordan los problemas clínicos, o condiciones de salud en las personas ancianas.

Sin embargo el aspecto esencial de la gerontología esta dirigido al examen de las condiciones del ambiente social de la vejez. Atención especial se brinda al problema de la preparación del anciano para enfrentar los cambios propios de la edad, y a la preparación de la sociedad para garantizar el bienestar del anciano.

Los ancianos constituyen los mayores consumidores relativos y absolutos de servicios de salud y medicamentos, lo que determina una preocupación en todos los países donde la tendencia demográfica indica envejecimiento poblacional por la cantidad de recursos que tienen que destinar a la tercera edad.

Los sistemas de apoyo social están en dependencia de las políticas del estado. Al decir de la Dra. Carmen Delia Sánchez reconocida Gerontóloga

---

<sup>9</sup> Sánchez. SCD. Gerontología Sociales. Publicaciones puertorriqueñas. Pag. 40. año 1999. ED. 1ra. (Hoyman)

Social , se pueden conceptualizar "los sistemas de apoyo como un conjunto organizado de subsistemas interactuando entre sí, donde la persona anciana ocupa el lugar central. Estos subsistemas aunque funcionan de forma independiente en ocasiones se mezclan" <sup>10</sup>.

Las políticas sociales y las instituciones prestan los servicios establecidos como apoyo formal. El apoyo informal, lo constituyen, la familia, los amigos y los vecinos que integran dicho sistema, esto se fundamenta en la dedicación y cooperación que emana de los sentimientos afectivos y de un sentido de solidaridad.

Creado en el año 1985, el Programa de Atención al Adulto Mayor es una muestra de cómo las políticas de salud en Cuba, encaminan sus esfuerzos a garantizar una atención óptima a los ancianos, para lograr un envejecimiento saludable y una vejez satisfactoria mediante acciones de promoción, prevención, asistencia y rehabilitación ejecutadas por el Sistema Nacional de Salud en coordinación con otros organismos del estado y organizaciones políticas y de masas, involucradas en esta atención. Este programa reconoce el protagonismo de la familia, la comunidad y el propio adulto mayor en la búsqueda de soluciones locales a sus problemas. (Ver Figura No. 1)

Los sistemas de apoyo social al anciano en Cuba están en correspondencia con el sistema social y encaminados a mejorar la calidad de vida de la población. La familia debe ser la encargada de la protección y cuidados del anciano. Los amigos y vecinos deben apoyar y ayudar con la atención.

---

<sup>10</sup> Sánchez. SCD. Gerontología Sociales. Publicaciones puertorriqueñas. Pág. 156. Año 1999. ED. 1ra.

Los elementos comunitarios, el médico y la enfermera(o) de la familia y la trabajadora social y representantes de las organizaciones de masas (CDR, FMC, ANAP) también asumen responsabilidades en su radio de acción con los ancianos que necesitan protección y seguridad. Las instituciones sociales en Cuba están destinadas a proporcionar cuidados integrales en las diferentes dimensiones biológica, psicológica y social, asumiendo responsabilidades de protección y seguridad en hogares de ancianos, casas diurnas de abuelos, círculos de abuelos y comedores de instituciones estatales enclavadas o cercanas al lugar de residencia del anciano, proporcionándole alimentos de forma continua para garantizar un soporte nutricional adecuado.

Las políticas de salud del Estado Cubano priorizan de forma directa la atención al anciano destinando recursos financieros para garantizar una adecuada asistencia social y protección a los individuos que llegan a la tercera edad.

Los esfuerzos realizados por el estado Cubano han sido múltiples, creando diferentes instituciones que se encargan de su atención, pero no solo esto resolverá el problema, se debe señalar que la sociedad cubana no está preparada para el envejecimiento que sufrirá su población en los años entre el 2015 y el 2025, por lo que se deben desarrollar programas educativos y formativos de la población para que coopere con la protección de este grupo poblacional y para que los mismos ancianos estén preparados para enfrentar saludablemente la vejez. Se evidencian aún ciertas conductas inadecuadas en la atención de la población hacia los ancianos por ejemplo hay familias que



abandonan a padres, abuelos en las instituciones hospitalarias a merced de la atención que ofrece el sistema de salud.

Existen familias que tienen condiciones óptimas para brindar atención a los ancianos y sin embargo procuran el ingreso en hogares. En este aspecto compartimos el criterio de Natalio Kisnerman al plantear que "los asilos de ancianos y residencias geriátricas no son una solución, tal vez si un mal necesario, sólo para casos de abandono o absoluta imposibilidad de atención domiciliaria "<sup>11</sup>. Por esta razón resulta evidente encaminar un trabajo educativo hacia la sociedad para que comprenda que los hogares no son los que resuelven el problema de la atención. Sólo deben ingresar en los mismos, adultos mayores con problemas sociales, discapacitados físicos y mentales o adultos mayores frágiles y vulnerables que se encuentran desamparados.

El desarrollo de la medicina comunitaria en Cuba con la creación del médico y enfermera(o) de la familia propicia una asistencia individualizada, que le permiten conocer los intereses, motivaciones, necesidades o problemas que pueden frenar el desarrollo bio-psico-social del anciano, dando así cumplimiento a los preceptos que persigue la Gerontología Social.

La experiencia mundial en el tratamiento del proceso del envejecimiento poblacional permite inferir la necesidad de promover estudios e investigaciones dirigidas al análisis de la relación envejecimiento- sociedad por la importancia que este tema tiene para el desarrollo social y el propio anciano como ser humano, lo que permitirá de manera integra añadir más vida a los años que han

---

<sup>11</sup> Kisnerman,N. Pensar en el Trabajo Social. Ed. 2da. Luman Argentina Pág. 140. 1998.

sido añadidos a la vida y así aprovechar el caudal de experiencias acumuladas todo el tiempo vivido.

Es de suma importancia considerar que en esta etapa de la vida se alarga la posibilidad de acumular experiencia, se prolongan las relaciones con otras personas – cónyuges, familia y amistades, por lo que aumenta el potencial complejo de las relaciones sociales – parentesco, amistad y comunidad. Todo esto trae como consecuencia la longevidad. Las personas tienen hoy una ocasión sin precedente al acumular experiencia, de ayudar a los cambios de tipo social e influir en los mismos.

## **1.2 Cuba y el Adulto Mayor.**

En Cuba el 13,9% de la población (1,4 millones), está comprendida en el grupo de 60 años y más. Para el 2015 la población anciana alcanzará el 18,4 % , y será mayor en términos absolutos y relativos a la de 0 a 14 años que no llegará al 17 % del total. Actualmente la esperanza de vida de los adultos mayores es aproximadamente de 20 años para ambos sexos.

Cuba es uno de los países más envejecidos del continente y con mayor esperanza de vida saludable de América Latina, se destacan otros como Argentina, Uruguay y Chile, los cuales se encuentran en la categoría de Vejez Demográfica, o sea, más del 12 % de la población es anciana.

Según las proyecciones de la Organización de las Naciones Unidas para el año 2050 Cuba estará a la cabeza del continente con el 33% de su población mayor de 60 años.

El crecimiento de la población anciana en Cuba no ha sido homogéneo pues existe una mayor proporción de adultos mayores en las provincias occidentales y centrales con respecto a las orientales, lo que responde a las tasas de fecundidad, entre otros factores, Villa Clara y Ciudad de La Habana son las provincias más envejecidas del país con cifras superiores al 15 % de su población con 60 años y más.

El aumento de la esperanza de vida geriátrica ha posibilitado un aumento en los “viejos-viejos”, con sus implicaciones socioeconómicas y medicas muy especiales. Estas cifras son comparables con otros países desarrollados, hoy la

expectativa de vida de las personas que en Cuba cumplen 80 años es de 7,6 años.

En un país que se demuestre este grado de envejecimiento se producen cambios importantes sobre los procesos sociales y de Salud, en especial la morbilidad y la mortalidad, la discapacidad y el uso de los servicios de Salud. Este aspecto requerirá la necesidad de profundizar en nuevos conocimientos sobre Gerontología Social, la que permite abordar los cambios sociogénicos que ocurren con el envejecimiento y encontrar las vías más adecuadas para hacer partícipe al anciano de sus propios problemas biológicos, psicológicos y sociales.

Otro aspecto importante a abordar en el contexto cubano sobre el problema del envejecimiento está constituido por la seguridad social, los recursos laborales y la estructura de la población económicamente activa (PEA), resulta interesante y complejo el hecho que a nivel global, la PEA en Cuba incrementará en forma notable su edad mediana, para llegar cerca de los 42 años en el año 2015.

Al aumentar en número considerable la población anciana se requiere de un incremento de la seguridad social y asistencia social, elementos que ha tenido en cuenta el gobierno revolucionario a lo largo de todos estos años, para el cual ha involucrado a entidades como el Ministerio de Salud Pública y el Ministerio del Trabajo y Seguridad Social, los cuales son los máximos responsables de garantizar un soporte, en salud y estabilidad económica dirigido a la población anciana.

En el año 1985 por acuerdo de la Asamblea Nacional del Poder Popular y el Ministerio de Salud Pública se crea el Programa de Atención al Adulto Mayor, el cual tiene como propósito lograr un envejecimiento saludable y una vejez satisfactoria mediante acciones de promoción, prevención, asistencia y rehabilitación ejecutadas por el Sistema Nacional de Salud en coordinación con otros organismos y organizaciones del Estado involucradas en esta atención. Es importante tener en cuenta el papel protagónico que tiene la familia, la comunidad, y el propio adulto mayor en las soluciones a sus problemas.

El programa va dirigido fundamentalmente a la atención comunitaria, la misma es desarrollada por el médico y enfermera(o) de la familia y la Trabajadora Social. En la actualidad solo atiende los problemas de bienestar económico, no enfatizando en los problemas de tipo social que aparecen con el envejecimiento como puede ser el aislamiento, depresión y pérdida de su valía personal.

Constituye este programa un instrumento para contrarrestar los factores socioambientales que afectan los estilos de vida del Adulto Mayor, siempre que las directrices biologicistas de su contenido o asistencialistas se le adicione el tratamiento al entorno en el cual se desenvuelve, al concebir al anciano no solo como objeto de atención sino como componente importante, útil y activo de la sociedad.

Los servicios dirigidos a la atención del anciano se pueden dividir en Sociales y de Salud.

Entre los servicios de tipo social están:

La ayuda económica, la cual incluye las jubilaciones, así como las prestaciones sociales, establecidas por la legislación vigente.

La ayuda domiciliaria tiene como objetivo fundamental mantener en la comunidad aquellos ancianos que no pueden ser totalmente atendidos por sus familiares por motivos de trabajo o bien aquellos que vivan solos, estos sean modificados con la creación de los hogares diurnos donde el individuo permanece todo el día garantizándole su alimentación y el apoyo psico-social que el necesita.

Los ancianos que no tengan un ingreso económico que le permita suplir sus necesidades se han insertado a comedores de centros de trabajo para garantizarle un soporte nutricional adecuado.

En cuanto a la garantía de la vivienda existen varias modalidades a las cuales se puede insertar el anciano, a veces con su propia pareja, esto hace que el mismo esté más equilibrado; dentro de esa variante están las casas de abuelos, círculos de abuelos, asociaciones de jubilados y los hogares de ancianos que fue la primera experiencia en Cuba, o sea, la institucionalización del anciano por el resto de su vida, esto solo debe de procurarse en caso de abandono total.

El Sistema de Salud asienta sus bases para la atención al anciano en el Programa de Atención al Adulto Mayor, su primer eslabón de atención es el médico y enfermera(o) de la familia y la Trabajadora Social, elementos importantes en la prevención de enfermedades que puedan ser evitadas logrando influir con medidas educativas en el cuidado de la Salud.

Existen otras modalidades de atención como la rehabilitación, la cual debe estar presente para cumplir los objetivos de la medicina geriátrica. En la atención secundaria han surgido salas de hospitalización dirigidas a la atención del anciano donde se ofrecen servicios médicos, asistenciales, investigativos y docentes, así como la asistencia de enfermería, fisioterapia, psicología, ergoterapia y Educación para la Salud.

Es preciso destacar que este programa tiene un enfoque biologicista, por lo que se debe de cambiar el modo de actuación frente al anciano ya que este necesita ser visto en sus tres dimensiones como lo visualiza la Gerontología Social dirigido hacia los aspectos biológicos, psicológicos y sociales para lograr un equilibrio del estado de Salud y bienestar del anciano. Es importante identificar los sistemas de soporte familiar, estado socioeconómico, estilo de vida, sistema de creencias y valores, elementos estos que pueden definir los modelos de atención que requiere el anciano.

La atención institucional en Cuba se encamina fundamentalmente al desarrollo de los hogares de ancianos, los que se han diseminado por todo el país procurando la atención de los ancianos que lo requieran.

Los Hogares de Ancianos proveen a los ancianos internos de sustento económico y otros recursos como la vestimenta y medicamentos que ayuden a conservar su salud. Estos ancianos se encuentran en abandono total y no cuentan con apoyo familiar, que es la estructura más importante en el cuidado y protección de los mismos.

El sistema de atención hospitalaria en Cuba ha desarrollado modalidades de atención como la Geronto-Geriatria para diferenciar la atención al anciano cuando este requiera hospitalización por las diferentes enfermedades que aparecen por la declinación biológica y el riesgo de padecer enfermedades crónicas propias del envejecimiento. Las instituciones hospitalarias no cuentan en su totalidad con servicios especializados en Geriatria. Estos son indispensables para lograr una atención individualizada en esta etapa de la vida, no solo el desarrollo de la Gerontología Social sino también la clínica, actualmente se encuentra reducido, entre otros factores está la carencia de personal suficientemente capacitado para enfrentar las demandas de atención en los próximos años.

La garantía de la salud de los ancianos está en dependencia de los recursos de atención de Salud, siendo estos los mayores consumidores de dichos servicios especialmente médicos y de rehabilitación.

En la actualidad las políticas del Estado cubano no solo centran su atención hacia las instituciones sociales para garantizar la atención al anciano, sino que involucran a otras estructuras de la sociedad como es la familia, institución esencial en el cuidado y atención al Adulto Mayor. La mayoría de los adultos mayores están vinculados a un sistema de apoyo familiar en la cual la esposa o esposo, hijos y nietos ocupan un papel determinante en la atención a estos.

La estructura de la familia cubana está caracterizada por familias multigeneracionales en las cuales conviven personas que tienen diferentes roles



sociales, en ella está presente el anciano que tiene su status, sus papeles y funciones, los cuales pueden sufrir modificaciones a medida que la persona envejece, ya que se produce una disminución progresiva de sus capacidades físicas e intelectuales lo cual no permite que este continúe manteniendo un papel determinante dentro del núcleo familiar.

Es de suma importancia que la familia cubana esté preparada para enfrentar los desafíos que trae consigo la aparición de miembros envejecidos en ella, ya que en algunas circunstancias los procesos familiares pueden verse afectados por no conocer las particularidades del envejecimiento, en algunas circunstancias estas tienen que desempeñarse como cuidadores de los ancianos debido a las limitaciones físicas, psíquicas y biológicas que puede presentar el mismo.

En los casos donde se carece de atención familiar, es imprescindible que las organizaciones de masas desempeñen un papel más intencionado, no solo ocupándose de la atención de estas personas sino propiciando que ellos continúen aportando a la sociedad. En tal sentido las organizaciones sindicales le corresponde un papel protagónico en la actualidad. La creación de las secciones sindicales de jubilados propician una gran utilidad por la experiencia acumulada y pueden aportar a estos colectivos laborales.

Se hace necesario que, atendiendo a las tendencias del envejecimiento poblacional y a las debilidades que se posee con la puesta en práctica de este programa, las organizaciones políticas y de masas (CDR,FMC,ACRC,ANAP) no solo identifiquen el problema en sí, sino que lo aborden en su gama de

especificidades y con la mayor comprensión posible. Para ello deberá contar con un personal entrenado que pueda ayudar a los diferentes problemas que surgen con el anciano en la comunidad.

En los últimos años se han creado otras tendencias para la atención diferenciada a la tercera edad. La misma es liderada por el Ministerio de Salud Pública creando los hogares Diurnos, los que están destinados a la permanencia durante el día en dicho hogar, garantizándole atención médica y soporte nutricional y estimulación social a este, logrando su inserción en actividades acorde a su edad, en horas de la tarde regresa a su hogar donde lo espera su familia y con ello se contribuye a su inserción en esta.

Los círculos de abuelos funcionan a nivel del consultorio del médico y enfermera(o) de la familia. En ellos se reúnen con la finalidad de realizar ejercicios físicos y establecer relaciones sociales acorde a sus intereses personales logrando elevar la autoestima en los senescentes, algo importante en esta etapa de la vida. La realización de los ejercicios es dirigida por profesores de Cultura Física, los que tienen el encargo social de controlar y ejecutar esta actividad.

La atención gerontológica se ha ido perfeccionando en el nivel primario con la creación del Equipo Multidisciplinario de Atención Gerontológica (EMAG) integrado por geriatras, enfermeras(os), psicólogos, ergoterapeutas, y trabajadores sociales. En el caso que no haya geriatras, puede ser presidido por médicos especialistas en Medicina General Integral, todo este equipo tiene la función de modificar los conceptos de envejecimiento y vejez que tiene la

población, así como la forma de abordar los problemas del anciano por los profesionales de la Salud.

El Programa de Atención al Adulto Mayor entre sus principios metodológicos plantea la necesidad de evaluar y clasificar el universo de la población anciana en tres categorías fundamentales, que permite el desempeño de las acciones concretas y científicamente justificadas a partir de la realidad que ofrezca la utilización de este principio. Estas categorías son:

- Ancianos solos: aquellos que de manera individual o en matrimonio viven sin el acompañamiento de ningún familiar o de otras personas.
- Ancianos frágiles: Aquellos que presentan condiciones médicas, psicológicas, sociales o funcionales en riesgo de necesitar cuidados a corto, mediano o largo plazo.

Los que presentan cuidados a largo plazo pueden ser asumidos por el médico y enfermera(o) de la familia, recibiendo su atención en el hogar, Casas de Abuelos u otras instituciones de tipo social.

La atención al anciano en Cuba cuenta con diferentes variantes que van desde las prestaciones económicas, hasta los servicios institucionalizados.

Estos servicios sociales que se le brindan al anciano pueden resumirse como:

- Ayuda económica.
- Ayuda domiciliaria.
- Comedores.
- Viviendas.

- Centros diurnos o casas de abuelos.
- Hogares de ancianos.

El desarrollo de esta red está ligado indisolublemente a la evaluación de las necesidades del anciano en cuanto a servicios se refiere, desde el individuo independiente que no requiere asistencia sistemática, hasta el que está completamente dependiente y necesita asistencia continua.

Todo el sistema referido contribuye a garantizar determinadas condiciones que forman un mejor entorno socioambiental al adulto mayor, y en esa medida se influye en una neutralización de los factores que inciden en la distorsión de los estilos de vida propios de esta etapa de la vida.

## **Factores socioambientales y su influencia en los estilos de vida del adulto mayor.**

*Para el presente estudio se considera que los factores socioambientales son el conjunto de aspectos demográficos, epidemiológicos y familiares que condicionan el entorno en el cual el anciano desenvuelve su actuar cotidiano y que influye en su estado de Salud.*

*Existen diferentes factores socioambientales que no son favorables para conservar una salud óptima en el anciano, lo que trae como consecuencia que aparezcan trastornos de incapacidad, minusvalía, haciéndose el mismo dependiente de otras personas que lo ayuden a conservar su salud.*

*Los factores socioambientales pueden estar influidos por factores de riesgo que deterioran la salud del Adulto Mayor, y que se clasifican según su origen en:*

- 1. Biológicos: asociados a la edad.*
- 2. Ambientales: relacionados con el abastecimiento de agua, barreras arquitectónicas y polución atmosférica.*
- 3. De comportamiento: dados por adicciones y costumbres de vida, tales como tabaquismo, alcohol, sedentarismo y dieta inadecuada.*
- 4. De servicios: relacionados con la atención de salud insuficiente, mala calidad de atención médica o poca accesibilidad a esta, distancias para recibir servicios indispensables.*
- 5. Socioculturales: vinculados con nivel educacional, tradiciones, hábitos de vida y relaciones familiares.*

6. *Económicos: Relativos a los ingresos, condiciones de vida (vivienda, hacinamiento).*

*AL valorar los elementos que condicionan los factores de riesgo se pone en evidencia que existe una estrecha relación entre estos y el proceso del envejecimiento porque ellos se hacen oportunistas en el deterioro de la salud de los ancianos.*

*Los estilos de vida son producto del aprendizaje y se modifican en correspondencia con la edad, en la medida que cada anciano conozca los progresos que puede experimentar en su edad manteniendo el equilibrio de esta.*

*El estilo de vida influye en que las personas actúen en forma diferente e individual para atender sus enfermedades. Algunos ancianos se autolimitan ante la menor dificultad o síntoma que puedan experimentar al aparecer una enfermedad.*

*El proceso Salud-enfermedad se puede ver afectado por los factores socioambientales, los cuales repercuten en la salud del adulto mayor, esta es vulnerable a la declinación biológica que aparece en la senescencia (ver figura 2).*

*Los factores socioambientales guardan relación con el equilibrio de la salud del adulto mayor y pueden ser modificados por el propio anciano cuando es capaz de lograr su autonomía, cuando tiene la posibilidad de realizar las principales actividades de su vida sin ayuda en las diferentes esferas físicas, mentales y sociales, así puede adaptarse al medio ambiente.*

*La conservación de la salud del Adulto Mayor puede estar influenciada por múltiples aspectos, dentro de estos la situación económica del anciano, factor socioambiental importante. En ocasiones el anciano depende puramente de su jubilación*

*o en algunos casos, reciben un estipendio por Bienestar Social, de no estar presentes ninguno de estos aspectos, tiene que depender de los recursos económicos que su familia le pueda aportar para satisfacer todas sus necesidades como alimentación, vestimenta, y proveerlos de medicamentos, aspecto del que pueden ser dependientes permanentes por las enfermedades crónicas que padecen regularmente.*

*Es importante enfatizar que cuando el individuo llega a la Tercera Edad, cesan sus funciones laborales por lo que no aporta económicamente a la sociedad, esta tiene que hacerse responsable del bienestar físico, social y económico del anciano como sucede en Cuba, donde se destinan presupuestos del Estado que garanticen los recursos necesarios para lograr una vejez equilibrada.*

*Las condiciones económicas de vida como factor socioambiental, constituyen fundamentos importantes en el status físico y psíquico del anciano, de estas dependen la satisfacción de sus principales necesidades materiales (alimentación, vestuario, calzado, medicamentos y espirituales, como ir al cine, al teatro, paseos, etc.), por eso cuando estas no están garantizadas sobre todo por el mismo, comienza a afectarse su autoestima, su psiquis, porque se considera carga para los suyos o para la sociedad.*

*El nivel cultural como factor socioambiental es algo manifiesto en los individuos, de este depende su comportamiento social en todas las esferas de la vida.*

*Si para toda la población es importante contar con un elevado nivel de instrucción, esta característica es más importante aún para las personas de la tercera edad por la ayuda que les puede significar en su proceso de envejecimiento y asumir de manera relativamente más fácil su papel en la familia y asimilar consecuentemente las potencialidades de que dispone en ese período de vida.*

*La población senescente en los países subdesarrollados se caracteriza por poseer un bajo nivel educacional. La crisis en los sistemas de instrucción en esos países es la causa de que las grandes mayorías no tengan acceso a recibir una correcta educación; lo que no sucede en Cuba porque los ancianos de hoy, muchos fueron alfabetizados al Triunfo de la Revolución y fue posible elevar paulatinamente el nivel de instrucción de los adultos mayores.*

*La cultura produce transformaciones en el hombre y su forma de pensar. Este puede recibirla por diferentes vías, la generalización de la cultura ocurre a través de la televisión, radio, prensa escrita, y todas ellas influyen en mantener un equilibrio psicoemocional en el anciano ya que se ha demostrado la inserción de estos en grupos culturales (de música, danza, pintura, cerámicas) entre otras modalidades, o la posibilidad de su disfrute. La misma va a favorecer la socialización del anciano, algo evidente en la promoción de salud y que puede influir en la modificación de los estilos de vida.*

*La convivencia del anciano debe caracterizarse por su integración a la familia, la que en su conjunto (grupo) está compuesta por miembros del grupo familiar que se encuentran en una dinámica acción particular, en ella lo que ocurre a una persona afecta a todos y a su vez, a la familia como sistema, influye sobre la persona, la sociedad y viceversa.*

*El anciano se puede visualizar en tres niveles:*

- 1. Macrosocial o comunitario, existe relación entre la formación socioeconómica y el estado de salud de la población en general.*



2. *Microsocial o familiar, se establece una relación entre el modo y las condiciones de vida de determinado grupo y el estado de salud de este.*
3. *Individual o personal, aparece la relación entre el estilo de vida y el estado de salud individual.*

*Al valorar estos tres niveles en el anciano recibe dichos afectos (que pueden ser negativos o positivos), existe un enlace persona-familia-sociedad, teniendo en cuenta varios factores como el ambiente psicológico donde viven, los cambios que pueden afectar su comportamiento y su autopercepción, la familia y los contactos sociales que le sirven de apoyo<sup>12</sup>.*

*La familia constituye un grupo insustituible y las personas deben permanecer en ella el mayor tiempo posible, desvincularla de su medio constituye un factor de alto riesgo social, lo que puede suceder cuando se procura el ingreso del anciano en un hogar destinado a ello para que este lo proteja, perdiendo el afecto, cariño y comprensión que la familia debe proporcionarle a este individuo.*

*El sistema familiar va cobrando importancia en las personas ancianas a medida que otros sistemas sociales se van desmoronando y con tendencias a desaparecer. La familia que creó el adulto mayor debe de atenderlo, cuidarlo, mantenerlo en su seno, pero no como objeto de preocupación u ocupación, sino como un miembro más con participación en la toma de decisiones familiares y respetando sus espacios tradicionales. Con la presencia de un anciano en el hogar deben asumirse estilos de vida en los que fluya de forma normal la presencia del mayor miembro de ese colectivo y solo así se favorece su salud y no se deteriora el medio ambiente social más cercano a este*

---

<sup>12</sup> Hall. E. J. Enfermería en Salud Comunitaria, un enfoque de sistemas. Ed: 1er Copyright. Organización Panamericana de La Salud. Pág. 420. año 1990.

*grupo que por su edad, enfermedades, costumbres, permanece la mayor parte de su tiempo dentro del hogar.*

*El abandono material, el aislamiento espiritual dentro de la casa, no favorecen la salud del anciano y para actuar correctamente toda la familia debe de prepararse consecuentemente.*

*Las necesidades nutricionales básicas como factor socioambiental permanecen constantes, las personas seniles pueden presentar problemas especiales, debido a las modificaciones fisiológicas propias del envejecimiento y la presencia de trastornos que afectan la ingestión, digestión y absorción de los alimentos así como el metabolismo de las sustancias nutritivas.*

*Los factores principales que afectan el estado nutricional del anciano pueden estar originados por:*

*Factores socioeconómicos y culturales dentro de los que se destaca la escasez de medios económicos, la ignorancia y la soledad, pensiones insuficientes, todo lo que influye en que la nutrición resulte ser monótona. La soledad constituye otro aspecto a destacar porque puede llevarlo al rechazo de las comidas al no tener en su mesa una compañía a la hora de ingerir alimentos.*

*En Cuba actualmente se incrementan los servicios de alimentación social dirigidos a personas de la tercera edad y sobretudo los que no tienen amparo filial, esto mejora el estado nutricional y la calidad de vida en dichas personas; se sienten atendidas y acompañada y al alimentarse mejor tanto física como espiritualmente, se favorece esta persona.*

*En el envejecimiento se producen cambios biológicos que pueden afectar la nutrición como sequedad bucal, pérdida de la arcada dentaria, que lo conlleva al uso de prótesis y otros por razones propias de su personalidad, prefieren estar adente. Esto produce alteraciones en la digestión de los alimentos, ya que el primer paso de la digestión es la masticación, la que está afectada por los factores antes expuestos. Todo esto trae consigo que aparezca un desbalance en la nutrición, ya que tiene que prescindir de algunos alimentos que no puede ingerir por su consistencia o de lo contrario realizar la cocción de los mismos. Esto hace que pierda sus propiedades nutritivas.*

*Aparecen otras alteraciones en el sistema digestivo como es el estreñimiento que guarda estrecha relación con una adecuada nutrición, además disminuye la actividad física lo que puede producir una atonía intestinal. Para contrarrestar esto, tanto el adulto mayor como los que conviven con el deben estar preparados, conocer de alternativa para solucionar las carencias alimenticias y brindarles opciones que garanticen su nutrición y a la vez su bienestar*

En la tercera edad se producen alteraciones en la síntesis de vitaminas como C, D, B12 y B6, esto ocurre por inadecuada exposición a la luz solar, síndrome de mala absorción y enfermedades del sistema hepato biliar. La falta de luz solar está muy ligada al aislamiento en que se envuelve el anciano, a la ausencia de actividades cotidianas que anteriormente desempeñaba o a la necesidad de mantenerse en cama o sin poder deambular por invalidez parcial, total o por algunos padecimientos crónicos.

Las diversas causas deben de ser valoradas con especificidad y contrarrestarlas para favorecer el contacto permanente con el entorno socioambiental .

El ingreso excesivo de alimentos conduce a la obesidad, lo que trae como consecuencia la exacerbación de enfermedades como la hipertensión arterial, y cardiopatías isquémicas, además el aumento de peso limita los movimientos y con ello la actividad física, de aquí la importancia, de todos los ancianos con posibilidades, deben incorporarse a los círculos de abuelos.

El tabaquismo es frecuente en esta etapa de la vida como resultado de haber transitado desde la niñez a la vejez con esta adicción que repercute de forma directa en algunos sistemas importantes como el respiratorio, la impregnación de nicotina conduce a enfermedades respiratorias obstructivas, enfisema pulmonar y el cáncer de pulmón, algo que se pone de manifiesto en ancianos fumadores inveterados, los mismos tienen periodos de descompensación de la enfermedad, pero no logran cambiar sus estilos de vida reduciendo el consumo del tabaco porque alegan no poder apartarse del mismo. El abandono de la adicción de fumar depende mucho del propio anciano pero es importante explicar y promover cambios que ayuden a la suspensión de la adicción, en las cuales la familia juega un papel protagónico para el convencimiento, sin medidas de fuerza, autoritarias o agresivas.

Otros procesos respiratorios que aparecen asociados es la neumonía y bronconeumonía, siendo procesos infecciosos que de no ser tratados oportunamente ponen en peligro la vida del anciano. La apariencia física se

puede afectar con el consumo del cigarrillo, la arcada dentaria se torna de color amarillo y cambia su estructura, los dedos de las manos donde se coloca el mismo, cambia su tonalidad, y en algunos casos aparecen olores desagradables.

Como otro factor socioambiental, las caídas constituyen un motivo de malestar y preocupación en el Adulto Mayor, aun más, cuando está seguida de dolores musculares o fracturas, no debe adoptarse una aptitud fatalista por las posibles consecuencias de la hospitalización, y en ocasiones la necesidad de ser intervenido quirúrgicamente, no siempre la vejez es la responsable absoluta, es imprescindible buscar las causas de las caídas, que pueden ser variadas, cambios en la visión, audición y procesos neurológicos.

La fractura de cuello de fémur es la más frecuente y representa el 50 % de ellas en los ancianos, se trata de una urgencia quirúrgica y debe ser tratada en las primeras 24 horas después del accidente.

En la actualidad las caídas y sus consecuencias conllevan a la impotencia funcional e invalidez y representan la sexta causa de muerte en individuos mayores de 65 años, por todo esto se precisa conducir a la profilaxis de las mismas con el uso adecuado del BASTON.

Las infraestructuras arquitectónicas conspiran con la ocurrencia de los accidentes en los ancianos y por ello representa otro factor socioambiental, la poca iluminación, escaleras largas, demasiada altura en los contenes de las calles y aceras en mal estado entre otros motivos. Esto puede atentar contra la integridad del individuo y provocar las caídas algo temible en la tercera edad.

La falta de actividad física sistemática es otro factor socioambiental que aparece con el envejecimiento debido a que el estado de reposo, es algo importante que el hombre necesita para mantener una adecuada capacidad cognoscitiva y equilibrio psicoemocional, a medida que el individuo transcurre por las diferentes etapas de la vida, los patrones del sueño van cambiando, un niño recién nacido suele dormir horas prolongadas durante el día y la noche, no ocurre así en los ancianos ya que debido al envejecimiento el patrón del sueño se altera y van disminuyendo las horas de forma progresiva, en algunos casos puede llegar a insomnio total y mantenerse en vigilia, esto acarrea situaciones difíciles tanto para el anciano como para sus cuidadores.

Es preciso inducir al anciano a que evite dormir por el día, ya que esto altera el periodo de descanso en la noche, por eso se recomienda estimularlo a que realice algunas tareas que lo mantengan activo y evitar el ocio.

Otros suelen sentarse cómodamente en su butaca que es de su propiedad en el hogar y dormir largas horas sin necesidad de acomodarse en su lecho, los ruidos innecesarios, la música estridente, eventos desagradables en el hogar, pueden alterar la conciliación del sueño.

Una característica fundamental del patrón del sueño es despertarse varias veces en la noche. El aumento en la somnolencia diurna y la disminución del tiempo del sueño en la noche, refleja incapacidad para dormir, más que disminución de la necesidad de dormir.

Generalmente los ancianos no están satisfechos con su sueño, paralelo a esto aumentan las quejas de presencia de falta de sueño, por lo tanto se incrementa el uso de hipnóticos a este grupo de edad.

Estas situaciones generan otro estereotipo de la vejez, lo cual tiene que asumirse como un cambio normal del envejecimiento, para el que hay que prepararlo y preparar a los que con él conviven ya que el insomnio en ocasiones provoca trastornos en el desenvolvimiento habitual del núcleo familiar.

La medicina geriátrica tiene como objetivo fundamental evitar la limitación y la dependencia de las personas mayores y por consiguiente se debe hacer un pesquizado para detectar sus condiciones de salud o la aparición de enfermedades que puedan reducir la capacidad de valerse por sí mismos.

El padecimiento de las enfermedades puede estar influenciado por los estilos de vida del anciano, sobre lo cual se debe influir para cambiar los estereotipos propios de la vejez, poniendo en su conocimiento que esta etapa de la vida no es un sinónimo de enfermedades porque en algunas circunstancias ellos piensan que son más susceptibles, a padecer de enfermedades crónicas, por lo general, de cada cinco ancianos, cuatro tienen al menos una condición crónica y de estos uno tiene tres o más que son importantes y deterioran su capacidad funcional.

El promedio de condiciones crónicas por anciano en la comunidad, refleja la prevalencia de enfermedades como: Osteoartritis, hipertensión arterial, enfermedades respiratorias crónicas, enfermedades del corazón, y diabetes mellitus, todas ellas en su conjunto requieren de tratamiento médico de por vida

para lograr compensación de la enfermedad por lo que es preciso reajustar un tratamiento medicamentoso, si no que debe incorporar un régimen dietético adecuado, realización de ejercicios físicos, y evitar el sobrepeso.

De esto se deriva la necesidad no solo del actuar médico sino en ocasiones es casi decisivo del actuar socioambiental, es decir, de la creación de un entorno familiar, comunitario con determinadas condiciones de vida que hagan agradable la convivencia colectiva y el tránsito de los adultos para esta etapa de la vida en la que ya no pueden actuar, decidir, ejecutar o dirigir como lo hiciera anteriormente.

En los momentos actuales se debe reflexionar sobre la aparición del estrés en el anciano, algo que deteriora su equilibrio psicoemocional y que puede estar influenciado por la muerte del cónyuge, cambio de sus roles sociales, no adaptación a la jubilación, excesivas tareas en el hogar no acorde a sus capacidades, bajos ingresos económicos, despojo de sus pertenencias, todo esto en su conjunto conlleva a que el anciano pierda su autoestima.

Nuevamente se retorna al mismo análisis inicial, es importante disminuir los posibles factores socioambientales que generan estrés en el anciano; para ello debe ser concebido de otra forma a como cotidianamente se hace, hay que comprender desde la familia que a ella, lo mismo que llega un nuevo ser cuando nace, ha entrado un nuevo tipo de miembro; aquel que ha creado una familia, que fue sujeto importante de su desarrollo y que hoy debe recoger los resultados de su labor no solo (para no quitar sus posibles responsabilidades domésticas y hogareñas) en la casa, sino a nivel comunitario y social, preservando sus



espacios culturales, físicos, y con ello se posibilita la disminución del estrés. Para lograr estos fines se requiere del Trabajo Social.

Para alcanzar una longevidad satisfactoria, debe lograrse un envejecimiento saludable. Esto comienza mucho antes de los 60 años, y solo se puede obtener desarrollando desde edades tempranas hábitos y estilos de vida saludables, así como con la prevención temprana de algunas enfermedades y discapacidades.

Si bien la mayor parte de los adultos mayores está en condiciones de mantenerse libres de discapacidad, la falta de un envejecimiento saludable desemboca a una vejez patológica y una proporción de ellos aumenta con la edad, se torna frágil y necesita apoyo, atención o institucionalización, muchas veces por el resto de sus vidas. Esto determina que el crecimiento de la población más vieja conduzca a una creciente demanda de servicios sociales y de Salud especializados dirigidos al Adulto Mayor, a su familia y a la comunidad.

***Capítulo II***

---

**Capítulo II: El Trabajo Social desde la Salud y la inserción  
social del adulto mayor.**

**2.1 Enfermería – Trabajo Social – Adulto Mayor.**

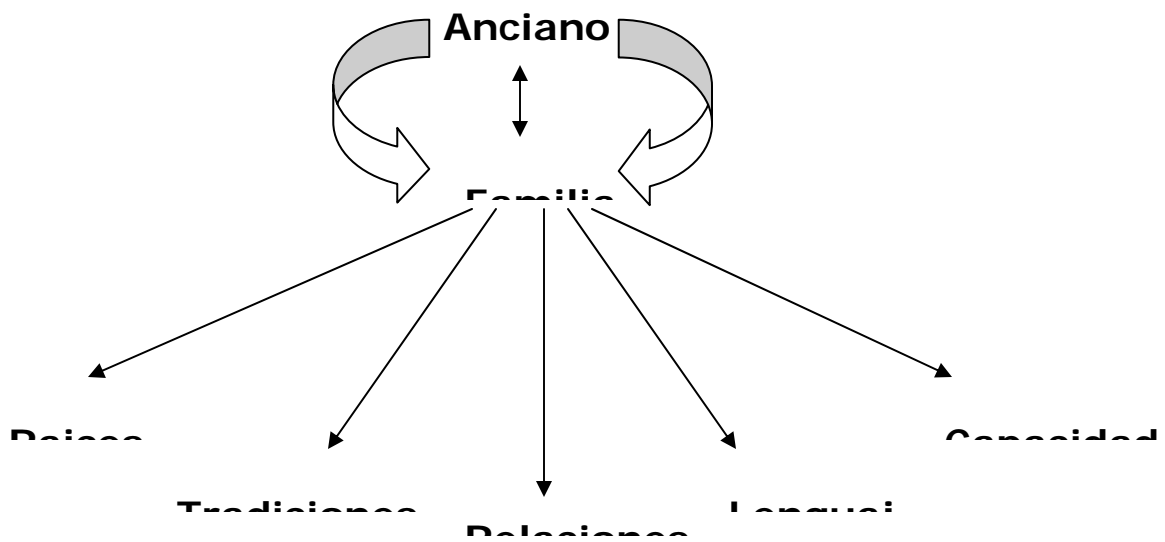
La enfermería gerontológica y geriátrica ha surgido como un campo especial ha proporcionado valioso material al personal de enfermería que ejerce su atención en el nivel primario. Elevar su nivel de conocimiento sobre el proceso de envejecimiento ha permitido a este personal poder influenciar en el modo de vida del adulto mayor. Una de las principales metas en el cuidado de enfermería en los pacientes de edad avanzada es contribuir a su capacidad de envejecer satisfactoriamente.

La profesión de enfermería tiene una función socializadora por excelencia ya que la principal función que se ejerce en este ámbito es lograr la comunicación con individuos, familias, grupos sociales, y comunidades permitiéndoles establecer nexos que le faciliten conocer las particularidades de cada grupo objeto de su atención, para esto tiene que dominar las características que definen a cada grupo social.

Para desarrollar el trabajo con el Adulto Mayor a nivel comunitario se tiene que tomar como base fundamental la gerontología social que es la ciencia que estudia el envejecimiento normal visualizando los cambios psicológicos y sociales que puedan frenar que el envejecimiento no sea saludable.

Una de las metas en el cuidado de enfermería en individuos adultos mayores es contribuir a envejecer satisfactoriamente. Es importante conocer las cualidades que puedan conllevar a una vejez no satisfactoria, dentro de ellas:

- Raíces firmes en la familia, es donde se aprende lo que se debe y no se debe hacer y se transmiten los valores a las próximas generaciones acerca del rol de la familia en una sociedad.
- Adicciones familiares, de mayor atadura, son aquellas que con carácter único se crean en cada familia, estas se pueden llegar a transmitir de una generación a otra.
- Lenguaje de familia, es típico en la tradición de la familia, surge de las experiencias compartidas y de los acontecimientos especiales en los que miembros de esa familia han participado, ayuda a mantener las interacciones familiares e inyectar humor en situaciones que de otro modo serian desagradables.
- Relaciones actuales con la familia, es otro elemento que caracteriza a las personas que envejecen de forma satisfactoria, la familia es el recurso más grande que tiene el Adulto Mayor, estas pueden ayudar a las necesidades sociales, económicas, y de salud con las que se encuentra el anciano.
- Capacidad para extender una familia, extender las fronteras de la familia durante la etapa joven es la que garantiza al anciano percibir la atención de todos los miembros que le rodean cuando llega la vejez.



El personal de enfermería puede ayudar a la familia a entender y definir el rol de apoyo vital que juega en la vida de la persona anciana, aquí se incluye el apoyo emocional. La función de la familia como agente de servicio al asistir al miembro viejo, y los servicios que el necesita, puede ayudar a definir sus límites en relación con la persona anciana. Dentro de los roles importantes de la enfermería y la familia está el de ayudar a entender el proceso de envejecimiento y al hacerlo comprender la situación de sus padres y no simplemente como miembros de una minoría estereotipada.

Es importante preparar a la familia para empezar a prever las situaciones futuras y prepararse ante de que las crisis casi inevitables de la vejez puedan aparecer, como lo es la demencia, minusvalía, aspectos que deterioran progresivamente la salud del anciano y que son irreversibles.

La profesión de enfermería tiene dentro de sus funciones básicas la promoción y recuperación del individuo sano o enfermo. Para lograr esto tiene

que introducirse en la comunidad y a su vez en la familia, para conocer las particularidades que existen en sus miembros a los que fundamentalmente dirige su atención, con énfasis en grupos de riesgo como el Adulto Mayor, este tiene que vivir en la sociedad recibiendo la influencia negativa o positiva del medio que lo rodea. Para esta atención es necesario utilizar un modelo de evaluación geriátrica del adulto mayor en la comunidad.

**MODELO DE EVALUACIÓN GERIATRICA PARA EL ADULTO MAYOR EN LA COMUNIDAD**

I. Datos Generales.

Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_  
 Número de Carned de Identidad: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_  
 Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Raza: \_\_\_\_\_

Estado Civil:	Ocupación:	Nivel Cultural:
Soltero: _____	Pensionado: _____	Analfabeto: _____
Casado: _____	Trabajador Activo: _____	Primario: _____
Viudo: _____	Ama de casa: _____	Medio: _____
		Universitario: _____

II. Evaluación funcional:

II-1. Actividades de la vida diaria(Katz)

- Bañarse.	D	I
- Vestirse	_____	_____
- Ir al servicio.	_____	_____
- Continencia.	_____	_____
- Comer.	_____	_____

II-2. Actividades intrumentadas de la vida diaria (Lawton)

- Usar el teléfono.	D	I
- Ir de compra	_____	_____
- Manejo de la casa.	_____	_____
- Preparar alimento.	_____	_____
- Lavado de ropa.	_____	_____
- Transportarse.	_____	_____
- Uso de medicamentos.	_____	_____
- Manejo de finanzas.	_____	_____

D- Dependiente.  
 I- Independiente.  
 Evaluación Funcional Parcial.

Después que el profesional de enfermería haya realizado su evaluación, detecta problemas o necesidades de tipo, biológico, psicológico, y social, las que jerarquiza y utiliza al medio familiar para que le ayude a resolver estas dificultades que frenan el envejecimiento satisfactorio.

La enfermera(o) puede influenciar como trabajadora social estableciendo el binomio familia – anciano, para lograr mantener el rol y la posición que ocupa en el núcleo familiar el mismo evitando la despersonalización de este miembro y que disminuya su autoestima. Es importante que la familia influya en mantener su posición y que en algunas circunstancias se tomen como referencia las opiniones que el anciano pueda emitir acerca del problema que se discute en el núcleo familiar.

El profesional de enfermería ejerce sus funciones en varios ámbitos del Sistema Nacional de Salud, las mismas pueden ser, institutos especializados, hospitales, policlínicos, consultorios del médico y enfermera de la familia, centros laborales y en escuelas. Lugar donde se puede ejercer función educativa con niños, adolescentes y jóvenes e influir en como ellos pueden contribuir a que los ancianos tengan una vejez feliz, pues es necesario que los más jóvenes cooperen con su atención en el hogar, como proporcionarle alimentos, ayudarlo a deambular, leerle libros, periódicos y revistas si tiene imposibilitada la visión, estimularlo mediante conversaciones para que recuerden sus pasados, relatos que pueden convertirse en experiencias positivas para las nuevas generaciones ya que los ancianos son un caudal de conocimientos.

En las visitas que enfermería realiza al hogar debe tener una visión general de los problemas, sentidos u observados que puedan tener los ancianos, porque en algunas circunstancias ellos no lo transmiten de forma verbal, por miedo a la agresividad que pueda generar esto en los familiares más jóvenes hacia ellos. Es preciso valorar signos de abuso físico, como equimosis, lesiones abiertas o simplemente que al preguntarle no responden, de ahí se precisa realizar una dinámica familiar para que se haga una valoración de cómo debe ser tratado el anciano y evitar con ello la depresión y el sufrimiento espiritual.

Es preciso destacar que el personal de enfermería que labora en la medicina familiar debe realizar labores de conjunto con la trabajadora social del área, pues a veces los problemas de tipo social repercuten en lo biológico, por ejemplo, ancianos que viven solos sin apoyo familiar, esto puede generar estrés, por diversas preocupaciones que tenga por su futuro que para él es incierto, y que pudiera repercutir en una elevación de la tensión arterial, aquí es importante resaltar que este tipo de anciano se debe insertar en una casa de abuelos para que mejore la socialización de este, así como el apoyo económico que percibe.

La labor de enfermería puede ser encaminada a ejecutar acciones de enfermería, pero esta debe ser a través de tareas orientadoras y educativas y se puede dirigir hacia aquellas personas que asumen el rol del cuidador del anciano las que necesitan preparación para asumir esta responsabilidad, con el objetivo de satisfacer sus necesidades, físicas, psicológicas y espirituales, como deben prepararse los alimentos que ellos consumen, conservación de la integridad



de la piel mediante una buena higiene, en casos de postración, como realizar ejercicios pasivos, el correcto cortado de las uñas y el uso de zapatos cómodos.

En la esfera psicológica el cuidador debe procurar hablarle al anciano en un tono bajo y entendible y a veces mediante el uso de mímicas, procurándole un ambiente tranquilo evitando los ruidos innecesarios.

La apariencia física es responsabilidad del anciano, pero si este no puede, tiene déficit de autocuidado parcial o total, lo que debe ser asumido por la familia en cuanto a la vestimenta, peinado, cortado del cabello, y el aseo bucal, aquí enfermería debe hacerlo de forma demostrativa para facilitar el aprendizaje a las personas responsables de los cuidados de los ancianos.

La deambulaci3n puede estar afectada por inestabilidad en la marcha, limitaciones funcionales (hemiplejia) esto conlleva al riesgo de caídas, asociado a barreras en el propio hogar; por eso se debe lograr el deslizamiento de este sin obstáculos que puedan entorpecer la marcha. De ahí que enfermería debe realizar un diagnóstico de los ancianos expuestos a sufrir caídas y estimular al propio adulto, ayudado por su familia a la incorporaci3n del uso del BASTON, elemento este que se debe lograr en el primer nivel de atenci3n.

La enfermería puede realizar trabajo social dirigido al adulto mayor, mediante la aplicaci3n del proceso de atenci3n a la enfermería el cual es el método por el que se aplica la base te3rica de la profesi3n, sirve de guía para el trabajo práctico y permite organizar pensamientos, observaciones e interpretaciones, este a su vez contribuye a la promoci3n, prevenci3n y mantenimiento de la salud del individuo, familia y comunidad.

El proceso de enfermería es el sistema de la práctica de la profesión en el sentido de que proporciona el mecanismo por el que el profesional de enfermería utiliza sus opiniones, conocimientos y habilidades para tratar las respuestas del paciente a los problemas reales o de riesgo.

El anciano debe recibir una atención individualizada mediante la aplicación del proceso de atención de enfermería, para lograr esto la enfermera(o) debe guiarse por una serie de pasos que le permitan hacer una correcta recogida e identificación de los datos los cuales deben ser clasificados en biológicos, psicológicos y sociales dando un orden de prioridad a los mismos.

Las etapas del proceso de atención de enfermería comienzan con la valoración, en la cual se obtiene la información de todo lo que aporta el anciano y su familia y lo que es capaz este profesional de percibir a través de los 5 sentidos, otro aspecto importante en esta etapa es la exploración física del anciano. La misma se debe realizar por la escala de valoración del adulto mayor.

La etapa de intervención es en la que se identifican los problemas del anciano dando un orden de prioridad de acuerdo a la necesidad afectada que tiene el mismo. Es importante que el profesional de enfermería haga un juicio de los problemas que haya encontrado y a partir de allí va a trazar los objetivos que puede alcanzar el anciano y la familia, por ejemplo, un adulto mayor tiene dificultad en la marcha por inestabilidad y se orienta que logre caminar dentro del hogar ayudado por sus familiares.

La última etapa de este método científico es la evaluación en la que el personal de enfermería obtiene los resultados que se proponen con el anciano y

la familia, ejemplo de ello lo tenemos cuando logramos cambiar los estilos de vida, inserción del anciano en la vida de la familia y mejorar la dinámica familiar con el manejo del anciano.



Uno de los aspectos más importantes en la aplicación de este método científico es lograr una correcta identificación del diagnóstico de enfermería, el mismo es un juicio clínico sobre una respuesta individual, familiar o de la comunidad. Los mismos son clasificados como problemas reales o de riesgo que afectan las esferas biológicas, psicológicas y sociales.

La enfermería en el primer nivel de atención puede identificar problemas que aparecen con el envejecimiento y la repercusión que tiene esta en la familia cuando no ha sido bien orientada, estos Diagnósticos de Enfermería pueden ser reales, de riesgo o de bienestar.

Existen situaciones en el anciano que se pueden identificar como diagnósticos y ser tratados por este profesional, las que serán agrupadas por el patrón que tenga afectado el adulto mayor.

#### Aspectos sociales del diagnóstico

- Aislamiento social: Es cuando el anciano experimenta soledad que es impuesta por otros, por ausencia de seres queridos, pérdida del cónyuge, o minusvalía.
- Riesgo de soledad: Se produce cuando el anciano por situaciones de la familia o de tipo biológico tiene que permanecer solo en el hogar.
- Alteración de los procesos familiares: Es el estado que una familia experimenta, una disfunción que puede ser originada por enfrentamientos a enfermedades crónicas, o presencia de familias multigeneracionales.
- Dificultad para el mantenimiento del hogar: Este se produce por bajos ingresos económicos, sistemas de apoyo insuficientes, desconocimiento de los recursos de la vecindad.

#### Aspectos psicológicos del diagnóstico

- Baja autoestima crónica: Es el estado en que el individuo presenta sentimientos negativos sobre sí mismos y sus capacidades, no adaptación a la vejez y con ella a la jubilación.
- Desesperanza: Se produce por pérdida de seres queridos, limitaciones de actividades por la presencia de enfermedades.
- Deterioro de la adaptación: Es cuando el individuo es incapaz de modificar sus estilos de vida, sistemas de apoyo familiar inadecuados.

#### Aspectos biológicos del diagnóstico

- Riesgo de lesión: Estado en el que el anciano presenta riesgos de lesiones provocadas por interacción medioambiental o con los recursos de adaptación del individuo.
- Alteración de los procesos del pensamiento: Se produce por los efectos del envejecimiento, conflictos psicológicos, depresión, ansiedad, estrés, y exposición a entornos no conocidos.
- Alteraciones senso-perceptivas: Pueden ser visuales, auditivas, gustativas, táctiles y olfatorias, todas ellas típicas del proceso de envejecimiento.

Aspectos relacionados con las familias en el diagnóstico

- Tensión del desempeño del rol del cuidador: Este se produce cuando un miembro de la familia se le asigna el cuidado del anciano por tiempo indefinido.
- Manejo inefectivo del régimen terapéutico: Es el patrón de integración de la vida diaria de un programa de tratamiento que no es satisfactorio, para cumplir objetivos de salud adecuados.

Como se puede apreciar los diagnósticos de enfermería se pueden agrupar en sociales, psicológicos, biológicos, y los que se consideran para las familias, todos estos problemas enunciados pueden ser tratados por el personal de enfermería que realiza su ejercicio profesional en la Atención Primaria de Salud, el mismo se vincula con la atención al adulto mayor para lograr una interrelación indisoluble entre la enfermería y su proyección social, con el objetivo de brindar un soporte de atención al anciano con la calidad que este merece y promover la

participación del mismo en actividades familiares, sociales, culturales y físicas, para mantener una vida socialmente activa.

Para ello es importante:

1. Concebir al personal de enfermería como trabajadores sociales.
2. Preparar a este personal en los contenidos de Trabajo Social.

Estos retos que tiene hoy ante sí el personal de Salud en la comunidad son significativos y decisivos para lograr los objetivos concebidos en acciones afines a esta investigación.

El adulto mayor con sus características, se aísla, no acepta en su gran mayoría su condición de vejez y esta situación impide que el anciano pueda actuar como protagonista de la transformación de un entorno en beneficio propio.

La respuesta del adulto mayor, como se ha explicado ya, ante su situación de jubilación laboral, incapacidad para cumplir con deberes tradicionales realizados, tanto sociales como familiares, dificultades físicas para valerse por sí mismo, disminución de sus ingresos económicos, cambio en los roles dentro del núcleo familiar, entre las situaciones más comunes a esta etapa de la vida, es, regularmente, separarse, automarginarse. Muy pocas veces la persona que arriba a este grupo de edades asume su condición con bríos y dispuesto a mantener su lugar entre los que conviven como medio más cercano de vida.

Por otra parte, las familias, en especial las familias cubanas actuales, concebidas en su más amplia acepción como familias extendidas al abarcar a todas aquellas personas que conviven bajo el mismo techo no están

acostumbradas a vivir con ancianos están suficientemente preparadas tampoco para ello, sobretodo porque la existencia multigeneracional en un mismo hogar haya fundamentalmente diversidades de intereses, necesidades, aspiraciones y expectativas donde no se inserta el anciano.

Ante esta realidad y el proceso de envejecimiento que se avizora para la sociedad cubana, resulta indispensable la preparación, educación, promoción, organización, difusión y concientización de todo cuanto exige la atención y convivencia con el Adulto Mayor; tanto hacia este mismo grupo, como para la familia y la comunidad.

De acuerdo con este análisis puede afirmarse que solo desde fuera puede lograrse la influencia individual y colectiva para la adecuada aceptación del proceso de envejecimiento de la sociedad; esta influencia externa debe realizarse en dos sentidos:

- Hacia la preparación de todos como medio en el que se desenvuelve el anciano.
- Hacia la preparación como aceptación de una realidad asumida con un nuevo enfoque(dirigida directamente al Adulto Mayor).

Se pone de manifiesto la necesidad del Trabajo Social con la especificidad del vinculo estrecho con el personal de Salud, único con posibilidades (ante la ausencia del Trabajador Social Profesional) para cubrir las expectativas de este autor en cuanto a los requerimientos socioambientales que le plantean los cambios demográficos de la sociedad cubana, siempre y cuando este personal sea preparado convenientemente.

La valoración desarrollada conduce a la tesis de la imposibilidad de hallar de proceso endógeno, natural para la transformación del entorno del Adulto Mayor, de sus estilos de vida y de neutralización de los factores socioambientales que alteran su normal tránsito en esta etapa de la vida; se necesita de una Intervención Social con varios niveles:

Primer nivel: Capacitación en Trabajo Social al personal que va directamente a intervenir en colectivos y familias.

Segundo Nivel: Preparación directa, conciente y programada a las familias.

Tercer Nivel: Atención Especializada al Adulto Mayor.

Referido al primer nivel este autor considera que es el personal de enfermería que trabaja en los consultorios atendiendo a las familias, en ausencia del profesional de Trabajo Social el encargado de atender el proceso de envejecimiento de su comunidad y por ello el idóneo para ser capacitado en estas labores.

En coincidencia con Ezequiel Ander-Egg se define el Trabajo Social como "Una forma de acción social, es decir, una forma deliberada de intervenir sobre la realidad"<sup>13</sup>.

Se concibe al Trabajo Social como disciplina y como técnica, en el primer caso como soporte teórico que fundamenta un actuar con fines precisos en la obtención de un cambio progresivo y en el segundo caso como un instrumento que facilita la acción concreta en pos de la transformación prevista.

---

<sup>13</sup> Ander-Egg, Ezequiel. Introducción al Trabajo Social. Ed.El Ateneo.S.A.de US. México. Pág. 13.año 1993



Con esa finalidad, cambiando los actuales estilos de vida, de colectivos sociales y familiares, y del propio anciano, para su adecuada inserción, durante la vejez debe de prepararse la capacitación al personal de enfermería de la comunidad.

Se selecciona a este trabajador atendiendo a:

Su conocimiento del área, su rapport con la población del lugar, el dominio de las características higiénicas y psíquicas de cada poblador, el control de enfermedades típicas de la zona, las especificidades materiales y espirituales de vida de cada familia objeto de atención y, por supuesto, su conocimiento clínico para atender a cada paciente.

La carencia de este personal está en la falta de conocimientos referidos a la área social, es decir, todo lo vinculado con relaciones sociales, grupales, extra familiares y formas de concientizar y movilizar a esos colectivos.

Las vías más factibles para la capacitación son:

- **Ciclo de conferencias:**

- El Adulto Mayor y su familia. Nuevos estilos de vida.
- La comunidad y el anciano. Formas de inserción.
- La vejez, etapa natural de vida. Nuevas relaciones sociales.
- La Gerontología Social. Su proyección comunitaria.

- **Curso de posgrado:**

- El anciano. Retos para la enfermería y el Trabajo Social.
- Diplomado en Gerontología Social: La enfermería en el primer nivel de atención y su relación con el Trabajo Social.

➤ Maestría en Trabajo Social.

El segundo nivel de intervención, ejecutado directamente por el personal de enfermería va dirigido al trabajo con las familias, en general, en su comunidad y específicamente con aquellas en las que conviven adultos mayores.

En este nivel pueden desarrollarse charlas, encuentros no solo de tipo teórico sino para realizar dinámicas familiares en las que se trabaje siempre con ejemplos positivos en las que se muestre la incorporación del Adulto Mayor de manera natural a su medio familiar a través de actividades que lo mantengan útil, ocupado, responsable y con elevada autoestima.

Muy importante en este nivel es la participación de la familia de forma integra porque cada uno de sus miembros debe ser preparado para intercambiar, de forma cordial, favorable, con los adultos que con él viven, independientemente que sea muy joven y no posea responsabilidad directa en su cuidado.

El tercer nivel resulta de significativa importancia porque es decisivo para el logro total de la realización y concientización de la necesidad del cambio en los estilos de vida del Adulto Mayor y el enfrentamiento a la influencia negativa de los factores socioambientales en el estado de bienestar a que se aspira.

Solo será positivo el resultado a alcanzar en la medida en que el anciano esté dispuesto concientemente a adaptarse a su condición de anciano y se disponga a ajustar sus estilos de vida; para que esto ocurra, debe influir el personal de enfermería de forma sistemática y programada y pacientemente en la misma medida en que la familia y la comunidad favorecen las condiciones y

los factores socioambientales que rodean al anciano que son atendidos consecuentemente.

De aquí que sea necesario la elaboración de un plan de acción a partir de la metodología del Trabajo Social con el fin de ser implementado en coordinación con el médico y la enfermera(o) de la familia y la Trabajadora Social para que actúen sobre los factores socioambientales que influyen en el Adulto Mayor.

## **2.2 Análisis de los factores socioambientales que han influido en el deterioro de la Salud de los ancianos ingresados en el Hospital Provincial Docente Clínico Quirúrgico "Manuel Ascunce Domenech".**

Se realizó un estudio en esta institución hospitalaria con características docentes y asistenciales, por poseer la mayor dotación de camas(715) para ingresos hospitalarios en los diferentes servicios clínicos y quirúrgicos donde se brinda atención al Adulto Mayor que requiere hospitalización por presentar disímiles enfermedades que necesitan de internamiento para recuperar su salud total de forma parcial, aunque este centro no cuenta con un servicio especializado en Geronto-Geriatría; pero si con personal de alta calificación científica y técnica.

En el periodo analizado un total de 400 ancianos fueron hospitalizados, de ellos fueron tomados 126 para realizar el estudio, teniendo como criterio de inclusión que fueran recuperables de la enfermedad que originó el ingreso. A los mismos se le aplicó una encuesta semi-estructurada.

La distribución por edades manifestó las mayores cifras en los grupos de 70-74 años (27,78%) y 75 o más años (28,57%), lo que evidencia la validez del criterio del envejecimiento directamente proporcional a la aparición de diferentes enfermedades con dimensiones biológicas y sociales y que aparecen en algunos casos debidos a los cambios morfológicos que pueden conllevar a la declinación biológica y con ella a la ruptura del equilibrio en el proceso Salud-Enfermedad. Lo que se agudiza cuando no se controlan adecuadamente los factores socioambientales que rodean la vida del adulto mayor. (Ver tabla número 1).

En coincidencia con estudios realizados en Cuba (Ver Devesa Colina. El anciano en Cuba) el sexo más afectado fue el masculino con el 55,56% de los casos, muestra de la mayor vulnerabilidad del hombre a padecimientos de enfermedades respiratoria, cardio-vasculares, cerebro-vasculares y procesos neoclásicos.

De acuerdo con la edad prevaleció dentro de los adultos hospitalizados los pensionados (61,70%), lo que también se corresponde con la prevalencia del sexo masculino, aspecto que pone de manifiesto la aplicación de las políticas del Estado Cubano, de la garantía del sustento económico a todo el que ha laborado y envejece, oportunidad que favorece una relativa independencia económica del anciano de su familia. Factor socio ambiental que posibilita la presencia del Adulto Mayor en el ceno familiar no como un ente totalmente dependiente, lo que favorece su autoestima y le garantiza cierta posición entre los que conviven.

Otro grupo importante lo representan las amas de casa (30,95%) y llama la atención que es menor esta categoría que el de las mujeres hospitalizadas(39 frente a 56) lo que infiere la presencia también de mujeres pensionadas entre los encuestados para los cuales son aplicables las valoraciones hechas anteriormente (ver tabla 2).

La preparación cultural permite a cada persona poseer mayores horizontes espirituales, elemento que permite la búsqueda de diferentes actividades a desarrollar para ocupar el tiempo libre en las edades avanzadas; factor que en el caso de los encuestado es desfavorable porque el 57,94% de ellos posee nivel primario y un 26,98% secundario. Estos ancianos están en menores condiciones

para el desempeño de labores más afines con su edad, lo que pudiera convertirse en aislamiento, aburrimiento u ocupaciones no acordes con sus años(ver tabla 3)

Como ya se analizado las personas de edad avanzada permanecen gran parte de su tiempo en el hogar, por eso es muy importante el análisis de su convivencia y su resultado satisfactorio conocer que el 10,33% vive solo mientras que el resto comparte su vida con esposo(a), hijos, nietos y otros miembros de la familia y llama la atención de manera específica que el 49,21% vive con su pareja, factor que favorece un estilo de vida más saludable al tener cercano personas de su propia generación con las cuales compartir su vida cotidiana(Ver tabla 4).

Al valorar las enfermedades que originaron los ingresos se destacan la Diabetes Mellitus, y la Bronconeumonía con iguales resultados(14,29%) seguida de la Fractura de Cadera(ver tabla 5). Estos padecimientos están vinculados con problemas nutricionales, aumento de peso, adicción al tabaquismo, y las caídas, factores socioambientales que todos afectan el estilo de vida saludable del adulto mayor y que pueden ser prevenibles si el anciano recibe una atención adecuada por parte de la familia y los que lo rodean.

En el caso de las fracturas pueden ser evitadas con el uso oportuno del bastón en los ancianos vulnerables de sufrir las mismas, para ello se requiere un proceso educativo en el cual interviene de forma directa la enfermera de la familia y la comprensión y colaboración de la propia familia del anciano.

La asociación de las enfermedades respiratorias con la adicción al café y al tabaco( ver tabla 6) se demostró al comprobar que el 70,73% de los encuestados son adictos al café y el 29,37% al tabaco, en el primer caso el consumo excesivo provoca enfermedades digestivas como la gastritis y úlcera gástrica y además puede repercutir en la conciliación del sueño que provocaría alteraciones senso-preceptuales y agotamiento físico y con ello deterioro en su estilo de vida, aunque en menor grado los que consumen el tabaco están predispuestos a padecer enfermedades respiratorias como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, que también influye en los estilos de vida.

De la misma manera que es perjudicial el aislamiento para el Adulto Mayor el desempeño de quehaceres y tareas domésticas excesivas influyen negativamente en la estabilidad del Adulto Mayor. En los casos en estudio el 51,59% realiza mandados y el 69,84% limpia y cocina en el hogar. Ambas actividades exigen del adulto un esfuerzo por encima de sus capacidades físicas y mentales alterando el estilo de vida que corresponde acorde a su edad, estos factores deben ser valorados en el seno familiar por las lesiones y accidentes que pudiera poner en peligro la vida del anciano. Para lograr esto se debe de preparar a la familia.

Las enfermedades Crónicas( ver tabla 8) que padecen los ancianos hospitalizados encuestados se concentran en la agudeza visual (59,52%), hipertensión arterial (40,48%) y las enfermedades del corazón, algunas son propias del envejecimiento biológico y otras pueden aparecer por factores de

riesgo asociados que se modifican en dependencia de los estilos de vida del propio Adulto Mayor.

Llama la atención que en el orden de prioridad que aparecen las enfermedades crónicas que padecen los encuestados no coinciden con el orden de prioridad de las enfermedades que originaron el ingreso hospitalario, estas últimas están mucho más asociadas a factores socioambientales, de lo que se infiere que si se educa y prepara adecuadamente a la comunidad, las familias y a los ancianos en lograr estilos de vida adecuados podrá disminuirse las causas que provocan la hospitalización del Adulto Mayor y las consecuencias que esto genera.

El conocimiento que los adultos mayores poseen sobre el programa que establece su cuidado y protección fue indagado como una vía más de valorar el lugar que el anciano tiene en la sociedad cubana y los derechos de que dispone; el 12,70% expresó conocer el Programa del Adulto Mayor, pero desconocen las ventajas, mientras que la gran mayoría, el 87,30% no lo conocen, ello demuestra la falta de una labor de difusión sistemática del personal de Salud que labora en la comunidad, documento que pudiera constituir el punto de partida para la educación socioambiental de la familia y los ancianos con el objetivo de fomentar estilos de vida saludables entre las personas de la tercera y cuarta edad, lo que pudiera lograrse con un trabajo social sostenido en el que el anciano no se vea no solo como objeto de la atención sino como participe directo de esta.



### 2.3 Plan de educación sociambiental para la transformación de los estilos de vida del Adulto Mayor.

Tareas	Objetivo	Meta	Acciones
1-Educar a los miembros de la familia sobre las relaciones con el anciano.	Mejorar el raport entre niños, jóvenes y ancianos.	El 60% de las familias con ancianos se desarrollan en ambiente de cordialidad entre las distintas generaciones que la componen.	-Encuentro de generaciones sobre los bailes de época. -Actividad te cuento mi vida. -La creación del círculo de interés "Mis abuelos y mi familia".
2-Apertura de hogares diurnos.	Destacar la importancia social y humana que tienen los hogares de día para los ancianos y su familia	El 80% de los ancianos necesitados tienen acceso al hogar diurno.	-La creación de hogares diurnos para ancianos. -Realizar diagnósticos para dar prioridad de ingreso al hogar diurno a los más necesitados. -Conversatorio con los ancianos necesitados que hagan rechazo al ingreso en el hogar diurno.
3-Educar a los ancianos sobre la realización de ejercicios físicos.	Mantener la actividad física en los ancianos	El 80% de los ancianos se incorpora al circulo de abuelos para la realización de ejercicios físicos.	-Conversatorio sobre la importancia de realizar ejercicios físicos. -Encuentro entre ancianos que realizan ejercicios físico y los que no lo realizan para estimularlos. -Visitas de los ancianos al lugar donde se realizan ejercicios físicos.
4-Dispensarizar a todos los ancianos del área.	Lograr seguimiento de la salud con un enfoque de prevención de riesgo	El 100% de los ancianos están dispensarizados.	-Dispensarización del anciano de acuerdo a su minusvalía e incapacidad. -Orientaciones sobre estilos de vida saludables. -Seguimiento y control a través de visitas a los grupos de ancianos que están en riesgo de enfermar.

<b>Tareas</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Meta</b>	<b>Acciones</b>
			-Desarrollo del perfil ampliado de enfermería.
5-Mejorar la infraestructura arquitectónica de la comunidad.	Adecuar el entorno de convivencia del Adulto Mayor a sus características para evitar accidentes en ellos	En el 100% de los lugares sociales de la comunidad no aparece el riesgo de accidentes para los ancianos	-Modificación de acceso al parque. -Transformación de la entrada de la bodega, escuela, farmacia y policlínico con los pobladores del lugar.
6-Aumentar el conocimiento del programa del Adulto Mayor.	Incrementar la capacitación sobre Gerontología Social.	El 100% de los médicos y enfermeras(os) de la familia y trabajadores sociales dominan el Programa del Adulto Mayor.	-Curso de postgrado: El Adulto Mayor y la comunidad. -Curso de postgrado: Factores socioambientales para la inserción social del Adulto Mayor. -Diplomado de Gerontología Social.
7-Disminución del riesgo de caídas.	Incrementarla capacitación de los ancianos que están en riesgo de sufrir caídas.	El 100% de los ancianos vulnerables de sufrir caídas usa el bastón.	-Influir en los ancianos de forma educativa para que acepten el uso del bastón. -Cursos sobre la historia del bastón. -Enseñar a los ancianos que lo requieren a caminar con el bastón.

<b>Tareas</b>	<b>...</b>	<b>Participantes</b>	<b>Responsables</b>	<b>Recursos</b>
---------------	------------	----------------------	---------------------	-----------------

1-Educación a los miembros de la familia sobre las relaciones con el anciano.	...	-Miembros jóvenes de cada familia. -Miembros de las familias con ancianos en el hogar. -Todas las familias de la comunidad.	-Representantes de la FMC y un joven. -Miembros ancianos del área y coordinador de los CDR de la zona. -Un pionero destacado, una ama de casa activa y dos abuelos destacados del área.	-Un local, 6 bancos, una mesa y dos sillas, una grabadora y cassettes. -Un local, papel, lápiz y sillas. -Un área apropiada de 2 metros cuadrados.
2-Apertura de hogares diurnos.	...	-Estructuras administrativas del MINSAP a nivel Municipal y Provincial. -Dirigentes del Poder Popular a nivel Municipal y Provincial. -Presidente del Consejo Popular. -Personal de Salud, médico, enfermera y trabajadora social.	-Órganos del Poder Popular a nivel Provincial. -Dirección provincial de Salud Pública. -Departamento Provincial de Asistencia Social. -Dirección Municipal de Salud. -Órganos del Poder Popular a nivel Municipal.	-Un local que reúna los requisitos para la permanencia de los ancianos. -Balances, sillas y mesas. -Personal de Salud, televisores, radios, alimentos. -Constructores y personal de mantenimiento.
3-Educación a los ancianos sobre la realización de ejercicios físicos.	...	-Ancianos. -Profesores de Cultura Física. -Familia.	-Médico y enfermera(o) de la familia. -Trabajadora social del área.	-Lugar para realizar ejercicios. -Pelota, 1 valla. -Equipos clínicos para chequear los ancianos. -Videos.
4-Dispensarizar a todos los ancianos del área.	...	-Médico y enfermera de la familia y ancianos. -Médico de la familia y Trabajadora Social. -Médico, Enfermera(o) de la familia y anciano. -Enfermera(o) de la familia.	-Médico y enfermera(o) de la familia. -Trabajadora social del área.	-Local del consultorio, equipos clínicos para el examen físico., Recursos humanos (personal de Salud). -Pancartas, videos, pizarra, tizas. -Tarjetero de dispensarización.

<b>Tareas</b>	<b>...</b>	<b>Participantes</b>	<b>Responsables</b>	<b>Recursos</b>
5-Mejorar la infraestructura arquitectónica de la comunidad.	la ...	-Lideres de la comunidad y jóvenes de esta comunidad por la UJC.	-Presidente del Consejo Popular, Delegado de la Circunscripción. -Médico de la familia y grupo de la comunidad.	-Cemento, arena, ladrillos, palas, picos, agua, mosaicos, vecinos de la comunidad.
6-Aumentar el conocimiento del programa del Adulto Mayor.	...	-Médicos vinculados con la atención al anciano. -Profesionales de enfermería que trabajan en servicios geriátricos y atención primaria de Salud. -trabajadores Sociales.	-Interventor social de educación socioambiental para el Adulto Mayor en la comunidad.	-Papel. -Pancartas. -Transparencias. -Retroproyector. -Videos. -Computadoras. -Disquetes.
7-Disminución del riesgo de caídas.	...	-Ancianos, familias y miembros de la comunidad.	-Médico y enfermera de la familia. -Fisioterapeuta y trabajadora social.	-Maderas. -Bastones. -Videos. -Pancartas.

<b>Tareas</b>	<b>...</b>	<b>Fecha de realización</b>	<b>Fecha de chequeo y evaluación</b>	<b>Lugar</b>
---------------	------------	-----------------------------	--------------------------------------	--------------

1-Educar a los miembros de la familia sobre las relaciones con el anciano.	...	-Mensual. 4to viernes de cada mes. -Cada 2 meses, los 2dos martes. -Encuentro semanal, miércoles, tarde y noche.	-Reunión mensual del grupo de la comunidad. -Reunión bimestral con el grupo de la comunidad. -Chequeo y evaluación semestral.	-Zona de los CDR -local apropiado de cada cuadra o en la calle con sillas. -En la escuela o lugar social del área.
2-Apertura de hogares diurnos.	...	-A discutir con Salud Municipal y el órgano del gobierno local.	-Reunión semestral con las estructuras administrativas y sociales que están involucradas en la creación de estos hogares.	-Local dentro o cerca de la comunidad ya construido y que se adapte al nuevo uso o que se construya (en ambos casos con participación comunitaria).
3-Educar a los ancianos sobre la realización de ejercicios físicos.	...	-Todos los días de la semana de lunes a viernes de 8am a 9am. -Una vez al mes el 4to martes. -Bimensual el último viernes del mes que corresponda.	-El 2do martes de cada mes. -El 6to mes del año para evaluar los resultados. -El último viernes de cada mes.	-Área donde se realizan los ejercicios físicos. -Local del médico y enfermera(o) de la familia. -Área de la casa del abuelo destinada para ejercicios físicos.
4-Dispensarizar a todos los ancianos del área.	...	-Consultas programadas en el consultorio. -Reuniones grupales en el consultorio una vez al mes. -Visita al hogar de forma bimensual cuando se realice el terreno.	-Chequeo trimestral para el SBT. -Chequeo semestral por el gabinete gerontológico de la APS. -Chequeo en cada visita que realice la gerencia de enfermería.	-Consultorio del médico y enfermera(o) de la familia. -La casa del abuelo. -El hogar del propio anciano. -En el policlínico donde radica la jefatura de enfermería.

<b>Tareas</b>	<b>...</b>	<b>Fecha de realización</b>	<b>Fecha de chequeo y evaluación</b>	<b>Lugar</b>
5-Mejorar la infraestructura arquitectónica de la comunidad.	la ...	-2do semestre del 2002.		Áreas de la comunidad
6-Aumentar el conocimiento del programa del Adulto Mayor.	el ...	2do trimestre del 2002.	-A partir que comience a impartirse 3er trimestre del 2002. -4to trimestre del 2002.	Áreas de la comunidad.
7-Disminución del riesgo de caídas.	...	Permanente.	-A partir de la introducción del uso del bastón se evaluará de forma bimensual.	-Casa del abuelo. -Consultorio del médico de familia. -Escuelas. -Parques.

# ***Conclusiones***

- **Conclusiones**

El envejecimiento es la etapa del ciclo de vida que aparecen cambios biológicos, psicológicos y sociales, los mismos se manifiestan de diferentes formas en los ancianos.

- La población cubana se encuentra envejecida con el 13,9%.
- Los estilos de vida del anciano están influenciados por los factores socioambientales, cuando estos son inadecuados influyen en el deterioro de la salud del Adulto Mayor.
- Los factores socioambientales se clasifican de carácter demográfico, epidemiológico y familiar.
- El personal de enfermería tiene un papel fundamental en la atención al Adulto Mayor en la atención primaria de Salud.
- Es necesario desarrollar cursos de superación dirigido al personal de enfermería sobre trabajo social.
- Los factores socioambientales actúan de forma negativa en la Salud del Adulto Mayor lo mismo quedo demostrado en la investigación lo que corrobora la hipótesis planteada.
- Al programa del Adulto Mayor en Cuba se le deben incluir elementos sobre Trabajo Social ya que este carece de enfoque social.



# **• *Recomendaciones***

- **Recomendaciones**

- Introducir el sistema de capacitación propuesto para el personal de enfermería.
- Aplicar de forma experimental el plan de acción propuesto de evaluación socioambiental en un área de Salud.
- Revisión del programa del Adulto Mayor con vista a incluirle aspectos sociales.

• *Anexos*

ANEXOS

Políticas del Estado Cubano

Políticas de Salud del Estado Cubano

Programa de Atención al Adulto Mayor

Organizaciones  
políticas y de masas

Médico

Enfermera(o)

Delegado de la  
Circunscripción

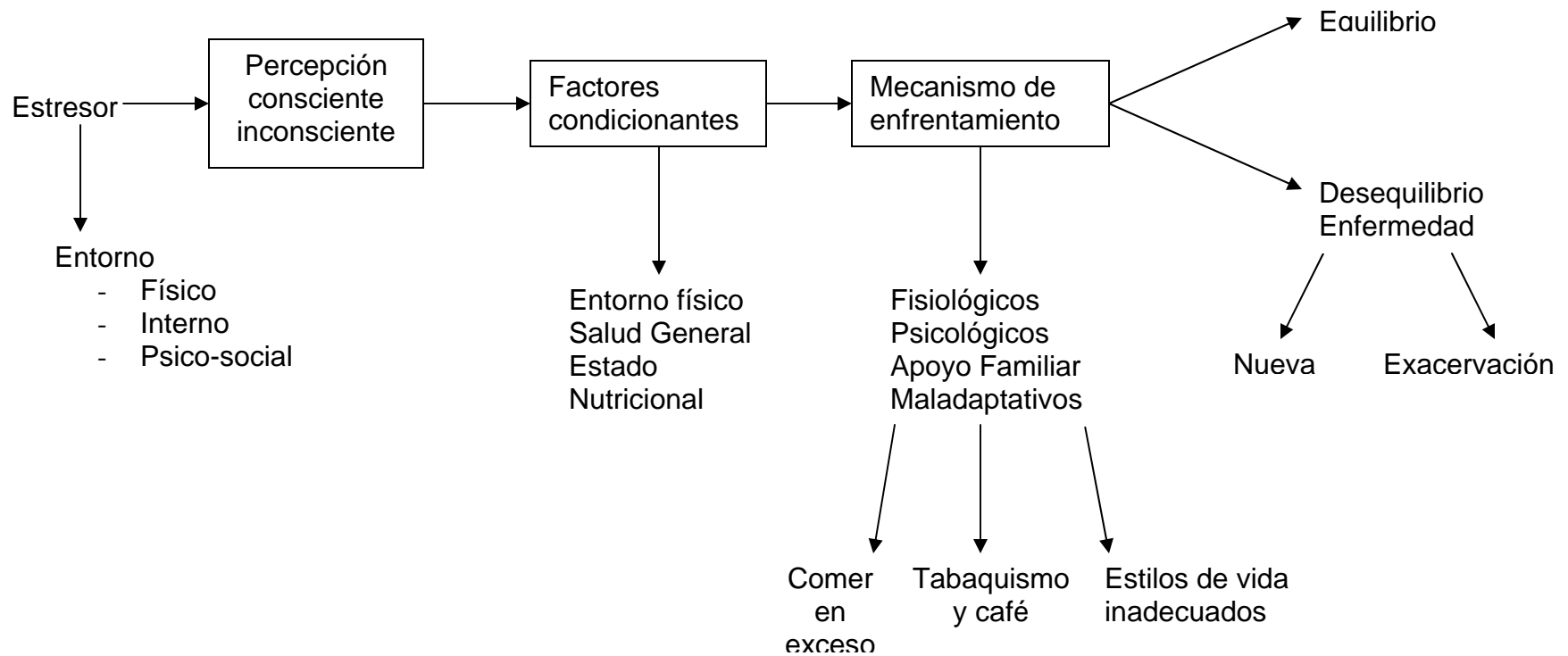
Instituciones  
Sociales

Comunidad  
Vecinos

Amigos  
Familia

**Anciano**

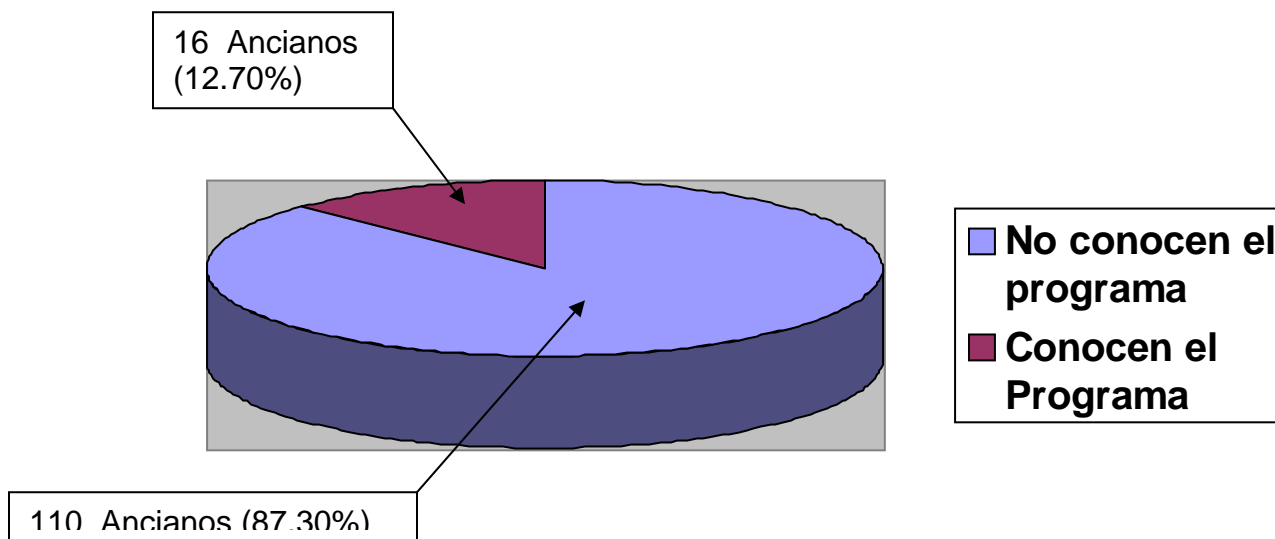
Fig : 1



**Modelo Salud-Enfermedad.  
Adaptado a la Tercera Edad.  
Figura: 2**

**Gráfico 1**

Conocimiento del programa del adulto mayor de los ancianos hospitalizados. Hospital Provincial Manuel Ascunse. Junio-Agosto 2001.



**Tabla: 1**

Distribución por grupos de edades y sexo de adultos mayores hospitalizados. Hospital provincial Docente Manuel Ascunse. Junio - Agosto. 2001.

<b>Grupos de Edades</b>	<b>No</b>	<b>%</b>	<b>Sexo</b>	<b>No</b>	<b>%</b>
60-64	25	19.84	Femenino	56	44.4
65-69	30	23.81	Masculino	70	55.56
70-74	35	27.78	<b>Total</b>	<b>126</b>	<b>100</b>
75+	36	28.57			
<b>Total</b>	<b>126</b>	<b>100%</b>			

**Tabla: 2**

Ocupación actual de los adultos mayores hospitalizados. Hospital Provincial Manuel Ascunse. Junio – Agosto, 2001.

<b>Ocupación</b>	<b>No</b>	<b>%</b>
Pensionado	78	61.70
Ama de Casa	39	30.95
Trabajador	9	7.15
<b>Total</b>	<b>126</b>	<b>100</b>



*Tabla: 3*

**Nivel de escolaridad de los Adultos Mayores hospitalizados. Hospital Manuel Ascunse. Junio – Agosto 2001.**

<b>Nivel de Escolaridad</b>	<b>No</b>	<b>%</b>
Primario	73	57.94
Secundario	34	26.98
Medio Superior	7	5.56
Universitario	2	1.59
Iletrado	10	7.94
<b>total</b>	<b>126</b>	<b>100</b>

**Tabla: 4**

Convivencia del Adulto Mayor hospitalizado en el Hospital Provincial Manuel Ascunse. Junio – Agosto 2001.

<b>Convivencia</b>	<b>No</b>	<b>%</b>
Espos(a)	62	49.21
Hijos	55	43.65
Nietos	28	22.22
Solo	13	10.32
Otros	7	5.56

Tabla: 5

Enfermedad que originó el ingreso del Adulto Mayor. Hospital Provincial Manuel Ascunse. Junio – Agosto 2001.

<b>Enfermedad</b>	<b>No</b>	<b>%</b>
Diabetes Mellitus	18	14.29
Bronconeumonía	18	14.29
Fractura de Cadera	14	11.11
Infarto Cerebral	11	8.73
Enfermedad Pulmonar Obst	9	7.14
Hipertensión Arterial	8	6.35
Enterocolitis del Adulto	7	5.56
Anemia	6	4.76
Insuficiencia Cardíaca	6	4.76
Linfangitis	4	3.17
Tuberculosis Pulmonar	2	1.59
Artrosis	2	1.59
Bronquiectasia	2	1.59
Otras Enfermedades	19	15.08
<b>total</b>	<b>126</b>	<b>100</b>

**Tabla: 6**

Adicción al tabaco, café y alcohol del Adulto Mayor hospitalizado. Hospital Provincial Manuel Ascunse. Junio – Agosto 2001.

<b>Adicción</b>	<b>No</b>	<b>%</b>
Café	89	70.63
Tabaco	37	29.37
Alcohol	9	7.15
<b>total</b>	<b>126</b>	<b>100</b>

*Tabla: 7*

**Labores que realizan los Adultos Mayores hospitalizados. Hospital Provincial Manuel Ascunse. Junio – Agosto 2001.**

<b>Labores que realizan</b>	<b>No</b>	<b>%</b>
Mandados	65	51.59
Limpieza del Hogar	44	34.92
Cocinar	44	34.92
Cuidado de menores	16	12.70
Trabaja en la Tierra	8	6.35
Limpieza del Patio	3	2.38

*Tabla: 8*

**Enfermedades crónicas que padecen los adultos mayores hospitalizados. Hospital Provincial Manuel Ascunse. Junio – Agosto 2001.**

<b>Enfermedades crónicas</b>	<b>No</b>	<b>%</b>
Agudeza visual	75	59.52
Hipertensión Arterial	51	40.48
Enfermedades del Corazón	47	37.30
Inestabilidad en la marcha	30	23.81
Perdida de la memoria	36	28.57
Diabetes Mellitus	24	19.05
Fracturas	20	15.87
Asma Bronquial	19	15.08
Bronquitis Crónica	14	11.11

## ENCUESTA

En el siguiente formulario se realizan una serie de preguntas que usted debe responder de forma correcta para determinar una serie de factores que influyen en la aparición de problemas de salud del Adulto Mayor.

Factores socioambientales y la salud del Adulto Mayor.

I. Marque con una X el rango de su edad y sexo.

- A) 1- 60-64 \_\_\_\_\_  
2- 65-69 \_\_\_\_\_  
3- 70-74 \_\_\_\_\_  
4- 77 y más \_\_\_\_\_
- B) Sexo 1- Fem. \_\_\_\_\_  
Masc. \_\_\_\_\_

II. Cuál es su actual ocupación:

- 1- Trabajador \_\_\_\_\_ 2- Pensionado \_\_\_\_\_ 3- Ama de casa \_\_\_\_\_

III. Cual es su nivel de escolaridad.

- 1- Universitario \_\_\_\_\_ 2- Medio Superior \_\_\_\_\_ 3- Técnico \_\_\_\_\_ 4- Técnico \_\_\_\_\_  
5- Primario \_\_\_\_\_

IV. ¿ Con quien usted vive?

- 1- Solo \_\_\_\_\_ 2- Con esposo(a) \_\_\_\_\_ 3- Con los hijos \_\_\_\_\_ 4- Con los nietos \_\_\_\_\_  
5- Con otras personas \_\_\_\_\_

V. ¿Qué enfermedad originó el ingreso? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

VI. Tiene adicción al:

- 1-Tabaco \_\_\_\_\_ 2- Cuántos consume \_\_\_\_\_ 3- Café \_\_\_\_\_ 4- Cuántas \_\_\_\_\_ 5-  
Con otras personas \_\_\_\_\_

VII. ¿ Realiza usted labores en hogares?

- Cuáles 1-Mandado \_\_\_\_\_ 2- Cuidado de menores \_\_\_\_\_ 3- Limpieza de hogar \_\_\_\_\_  
4- Cocinar \_\_\_\_\_ 5- Otros(Especificar) \_\_\_\_\_

VIII. ¿ Qué enfermedades usted padece?.

- 1-Bronquitis \_\_\_\_\_ 2- Asma \_\_\_\_\_ 3- Enfermedades del corazón \_\_\_\_\_  
4- Hipertensión arterial \_\_\_\_\_ 5- Diabetes Mellitus \_\_\_\_\_  
6-Trastornos psiquiátricos \_\_\_\_\_ 7- Fracturas \_\_\_\_\_ 8- Pérdida de memoria \_\_\_\_\_  
9- Inestabilidad en la marcha \_\_\_\_\_ 10- Disminución de la visión \_\_\_\_\_

IX. ¿ Conoce usted las ventajas que tiene para el anciano el Programa del Adulto Mayor en Cuba?.

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

De enunciar de forma positiva exponer algunas ventajas. \_\_\_\_\_



# • **Bibliografía**

- **Bibliografías**

1. Leahy. Cobb.Jones. Enfermería para la Salud de la Comunidad. Edit. Prensa Médica Mexicana. 1980.
2. Smith W. D. Enfermería Médico- quirúrgica. Ed. Científico-Técnico. 1987. Ciudad de La Habana.
3. Gómez. M. J.F. et al. Evaluación de la Salud de los ancianos. Manizales. Columbia. 1995.
4. Du. Gas.B.W. tratado de enfermería práctica. Nueva Editorial Interamericana. México DF. Ed 4ta.1996.
5. Prieto.R.Q. Temas de Gerontología. Editorial científico-técnico. Ciudad de la Habana, 1996.
6. Garces.F.J. Bienestar social y necesidades especiales. Valencia. 1996. Ed. TirathLo Blach.
7. Kisnerman. N. Pensar en el trabajo Social. Ed. 2da. Luman. Argentina. 1988.
8. Núñez de Villavicencio. F. Psicología y Salud. Ed. Ciencias Medicas. 1Ed. 2001 Ciudad de La Habana.
9. Rocabruno M.J.C. Gerontología y Geriatria Clínica Ed. Ciencias Medicas. 1992. Ciudad de La Habana. Tomo I.
10. Mishara, Bl. Proceso de envejecimiento Ediciones Mirata. S.A.1986. Madrid. España.
11. Diccionario de Terminos Ambientales. Publicaciones Acuario. La habana 200.

12. Rojas Ochoa.F. Estado de Salud en la Tercera Edad./ La Habana Editorial de Ciencias Médicas 1993.
13. García de Jalon. Envejecimiento: Hecho más resaltantes que lo determinan. An. Real Acad.Farm. 1996.
14. Prieto O. Vega E. La atención al anciano en Cuba. Desarrollo y perspectiva. La Habana, 1996.
15. Gutiérrez Robledo LM. Características biosicológicas de nuestros ancianos. Centro Interamericano sobre estudios de seguridad Social. El Adulto Mayor en América Latina. Sus necesidades y sus problemas médicos Sociales. México DF. 1995.
16. Kahn J.A. Los servicios sociales desde una perspectiva internacional. 1era Ed. Madrid. España 1987.
17. Menéndez J.J. Vigilancia en Salud de Adultos Mayores. Centro Iberoamericano de Tercera Edad. 1999.
18. Atención al anciano en Cuba. Desarrollo y perspectiva. Segunda Edición. La Habana, Cuba.1996.
19. Organización de Naciones Unidas. Informe de la Asamblea Mundial del envejecimiento. Viena. Austria. 1986 (Pub E82.1.16).
20. Gros, T.O. Aspectos Sociales del Envejecimiento. Ed. Científico Técnica. La Habana, 1995.
21. Quintero, D.S. Calidad de Vida y envejecimiento en temas de Gerontología. Ed. Científico-técnica. La Habana, 1996.

22. Intervención Social en Gerontología. Manual Práctico. Editora Graficas Arias Montero. Madrid. 1998.
23. Menéndez, J.J. Aspectos Demográficos y epidemiológicos del envejecimiento. Ed. Científico-técnica. La Habana, 1995.
24. Blellidro, A.A.J. Marginación e Incomunicación del Anciano. En escuela Univ. de Trabajo Social. Ed. Univ. De Alicante. España,1991.
25. Programa de Atención al Anciano. Subprograma de Atención Comunitario. Ed. CITED. La Habana, 1996.
26. Carpeta Metodológica del MINSAP. Principales disposiciones y estrategias. La Habana, 1995.
27. Carpeta Metodológica del MINSAP. La Habana, 1996.
28. Carpeta Metodológica del MINSAP. La Habana, 1998.
29. Atención al Anciano en Cuba. Desarrollo y Perspectiva. Ed. CITED. Segunda Edición. La Habana, 1996.
30. Anuario Estadístico. Dirección Nacional del Adulto Mayor y Asistencia Social. MINSAP, La Habana. 1999.
31. Balance Anual del Programa de Atención al Adulto Mayor en Cuba. Camaguey, Sectorial Provincial de Salud, 2000.
32. Control Estadístico. Departamento de Atención al Adulto Mayor y Seguridad Social, Sectorial Provincial de Salud. Camaguey, 2000.
33. RESUMET. Revista de Información de Ciencias Medicas. VOL II. 1999.

34. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Vol. 109. No. 1. julio 1990.
35. Organización Mundial de la Salud. Resolución WHA 32.25. Asamblea Mundial de la Salud. Ginebra Suiza. 1979.
36. Geriatria y Gerontología. Rev. Española. Tomo XX (4) Julio-Agosto, 1985.
37. Geriatria y Gerontología. Rev. Española tomo XX (6). Noviembre – Diciembre, 1985.
38. Geriatria y Gerontología. Rev. Española Tomo XXI (1) Enero – Febrero. 1986.
39. Geriatria y Gerontología. Rev. Española Tomo XXI (2) Marzo – Abril. 1986.
40. Geriatria y Gerontología. Rev. Española Tomo XXI (3) Mayo – Junio. 1986.
41. Geriatria y Gerontología. Rev. Española. Vol. 22. No.1. Enero – Febrero, 1987.
42. Geriatria y Gerontología. Rev. Española. Vol. 22. No.6. Noviembre – Diciembre, 1987.