



*Universidad de Matanzas
Departamento de Historia y Marxismo-Leninismo
Maestría en Estudios Sociales y Comunitarios
Segunda Edición*

***Tesis en opción al título de Máster
En Estudios Sociales y Comunitarios***

“Sistema de actividades para contribuir a elevar la calidad de vida del adulto mayor en el consultorio No.6 del policlínico Samuel Fernández”



Autora: Mariela Díaz Lima
Tutora: Dr.C. Niurka Palmarola Gómez
Cotutor: Dr.C. José Alberto Afonso de León

Matanzas, 2020

Nota de aceptación

Presidente del Tribunal

Miembro del Tribunal

Miembro del Tribunal

Declaración de autoridad

Yo, Mariela Díaz Lima declaro ser la única autora de esta tesis de maestría. Por lo que, según las facultades que me son otorgadas, autorizo a la Universidad de Matanzas Sede “Camilo Cienfuegos” a hacer uso de la misma, tanto en ella como en cualquier otra institución del país, con la finalidad que se estime necesario.

Dra. Mariela Díaz Lima

Pensamiento

Una bella ancianidad es ordinariamente,

La recompensa de una bella vida

Pitágoras



Dedicatoria

A mi familia,

A mi gran tesoro, DALY

A la memoria de Miladis y Liset....

Agradecimientos

A mi esposo, por enseñarme a amar tanto la vida y a consagrarme en mis metas. Por ser el ejemplo perfecto de la persona que quiero ser, por su paciencia y por amarme tan incondicionalmente.

A mis hijas, porque sé que me aman y no me cansaré en confiar en ellas.

A mi tutora y amiga Niurka Palmarola por su confianza, gracias por crear esta familia tan única; por demostrar que, de vez en cuando, lo imposible se realiza.

A mi sobrina Yaremis por su apoyo incondicional, por su paciencia y por dedicarme sus horas de sueños.

A mis madres, aunque no estén, por luchar tanto por mí, por enseñarme el valor del trabajo, la incondicionalidad y que la fuerza se lleva en el alma, no en el cuerpo.

A mi nietecita Dalyana por llenarme de risas, inocencia y felicidad.

A mi manina, gracias por formar parte de lo que soy.

A mis amigos, mi otra familia, por apoyarme siempre.

A Boris, porque es un privilegio contar con su amistad y sus conocimientos.

A mi compañera de Maestría Rachel que, a pesar de su juventud, resultan ejemplos a seguir y me han brindado un apoyo ilimitado.

A mi colectivo de Ortopedia por su comprensión y apoyo.

A los miembros del Tribunal de esta Maestría por su apoyo y colaboración en esta investigación.

A la profe Fela, por esa energía que atrapa, a los profesores del departamento de Marxismo-Leninismo por su contribución en mi formación, en especial a la dirección del departamento por el apoyo y confianza depositado en mí.

A mi grupo de Maestría en Estudios Sociales y Comunitario que desde el primer día nos vimos como una gran familia, por esos momentos de risa, gracias a los que no continuaron, a los próximos que defienden y a los que no están físicamente.

A la dirección de la Universidad de Matanzas, por la seguridad en esta Maestría, el apoyo, impulso y exigencia.

AL Dr. José Alberto por facilitar mi camino para la superación personal.

A Riqui por guiarme y apoyarme con el contenido informático y práctico que requiere esta investigación.

A todos los que me apoyaron en el desarrollo de esta tesis y mi crecimiento personal,

¡Muchas gracias!

Resumen

El envejecimiento poblacional constituye una preocupación a nivel mundial, y Cuba no queda excluida de este comportamiento demográfico. Es resultado de la interacción compleja de varios factores, no sólo aparecen los problemas de tipo biológicos sino también otro grupo de factores de riesgos que afectan negativamente el estado de salud de este grupo poblacional. La investigación se desarrolla en el consultorio No. 6 del Policlínico Samuel Fernández del Consejo Popular Playa con una población de 1067. Para darle solución al problema científico: ¿Cómo contribuir a elevar la calidad de vida de los adultos mayores que pertenecen al consultorio No. 6 del policlínico Samuel Fernández? En consecuencia, se formulan preguntas y tareas científicas, se diseña un sistema de actividades que contribuye a mejorar la calidad de vida de los adultos mayores mediante el empleo de herramientas como: encuestas, métodos de ponderación (triángulo de Füller), matriz importancia-percepción, diagrama causa–efecto, test de validación (índice de consenso), EndNote X7 y Microsoft Visio. Se obtienen como resultados una tendencia al envejecimiento y se identificó los 15 factores donde predominó el insuficiente esparcimiento del adulto mayor y la ausencia del círculo de abuelos. Se elabora el sistema de actividades que permite mitigar los factores que con mayor frecuencia inciden negativamente en la calidad de vida del adulto mayor. Se obtuvo un índice global de consenso igual a 1 para un 100%, lo que valida la investigación de útil, de recomendación para el resto de los consultorios y de gran satisfacción.

Palabras claves: envejecimiento poblacional, adulto mayor, calidad de vida y herramientas.

Abstract

Population Ageing Rate is considered a worrying issue on a worldly basis, and Cuba is not excluded from this demographic behavior. Population Ageing Rate is the result of the complex interaction of various factors, and not only biological problems surface, but also other risk factors that affect in a negative way, the health state of this population group. This Investigation takes place on the Samuel Fernandez Clinic of the Popular Counsel Playa with a population of 1067. To solve the presented scientific Problem: How to contribute to the enhancement of the life quality of the elder population that attends to Samuel Fernandez Clinic? Consequently, questions and scientific task are formed, and a system of activities that contributes to the enhancement of the life quality of the elder population is designed. To do so several tools were employed such as: interviews, deliberation methods (fuller triangle), importance-perception matrix, validation test (consensus index) EndNote X7 and Microsoft Visio. The result obtained as per the carried investigation shed a tendency of rapid ageing in the population and 15 factors were identified, where the insufficient deployment of the elders and the absence of the grandfathers' circles reigned. A Plan of action was developed and it will allow the diminishment of the most frequent factors that negatively pry on the quality of life of the elder population. A global consensus index equal to 1 was obtained, for a 100%, this result validates the investigation as useful, and worthy of recommendation to the remaining clinics and panned out with great satisfaction.

Key Words: Population Ageing Rate, quality of life and elder population, tools.

Índice

| | |
|--|----|
| Introducción..... | 1 |
| Capítulo 1. Marco Teórico que fundamenta la calidad de vida del adulto mayor | 9 |
| 1.1 Envejecimiento, vejez y adulto mayor. Algunas consideraciones..... | 9 |
| 1.1.1 Características que distinguen a la etapa de la vejez | 14 |
| 1.1.2 El envejecimiento en el adulto mayor..... | 15 |
| 1.1.3 Cuidados en el adulto mayor | 16 |
| 1.2 Calidad de vida..... | 19 |
| 1.2.1 Salud y calidad de vida | 20 |
| 1.2.2 Calidad de vida del Adulto Mayor | 21 |
| 1.2.3 Factores de riesgo que afectan la calidad de vida del Adulto Mayor | 23 |
| 1.2.4 Autonomía en los mayores. De la independencia a la dependencia..... | 27 |
| 1.3 Adulto mayor en Cuba. Políticas públicas para garantizar su calidad de vida..... | 28 |
| 1.3.1 Atención primaria de salud..... | 30 |
| 1.3.2 El médico de familia como actor social | 31 |
| 1.3.3 Programa de atención al adulto mayor en Cuba | 33 |
| Capítulo 2. Aplicación del Proceder Metodológico y presentación de los resultados. Sistema de actividades para elevar la calidad de vida | 38 |
| 2.1 Caracterización del Consultorio No.6 del policlínico Samuel Fernández..... | 40 |
| 2.2 Selección y Aplicación de las herramientas. Diagnóstico de los principales factores que afectan al Adulto Mayor en el Consultorio No. 6..... | 49 |
| 2.3 Diseño del sistema de actividades para mejorar la calidad de vida del adulto mayor en el consultorio No. 6..... | 59 |
| 2.4. Validación de los resultados. Índice de consenso..... | 67 |
| Conclusiones..... | 69 |
| Recomendaciones | 70 |
| Bibliografía | 71 |
| Anexos..... | 80 |

Introducción

Para el ser humano la duración de la vida constituye una preocupación. El cuidado de un adulto mayor debe ser especial porque su organismo sufre cambios biológicos y psicológicos, es por eso que se recomienda que lleven un estilo de vida tranquilo, donde disfrute de su familia y de las cosas que más le gusta hacer.

El envejecimiento poblacional es considerado como el fenómeno social más grave del siglo XXI y como preocupación debe constituir una necesidad a escala mundial que requiere una acción cooperativa y solidaria para trazar políticas y estrategias nacionales e internacionales que tiendan a materializar en forma afectiva dicha ayuda. (Gálvez, 2016)

El adulto mayor es un término que se le da a las personas que tienen más de 65 años de edad, también pueden ser llamadas: de la tercera edad. Un adulto mayor ha alcanzado ciertos rasgos que se adquieren; bien sea, desde un punto de vista biológico (cambios de orden natural), social (relaciones interpersonales) y psicológico (experiencias y circunstancias enfrentadas durante su vida). (Solís, 2017)

La tercera edad comienza una vez cumplido los 60 años y la clasifican de la siguiente manera: de 60-74 años (edad avanzada), de 75-90 años (viejos o ancianos), y los mayores de 90 (grandes viejos o longevos). Para la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la tercera edad comienza a partir de los 65 años (países en vías de desarrollo) y para la Organización Mundial de la Salud (OMS) (países desarrollados) a partir de los 60 años.

Después de la segunda Guerra Mundial se comienza a utilizar el concepto de calidad de vida, en lo adelante (CV), que surge como tentativa de los investigadores para analizar aspectos relacionados con la percepción de las personas acerca de si tenían o no una buena vida. Desde sus inicios se ha vinculado a otras variables psicológicas que involucran en sí mismas el concepto de bienestar, lo relacionan con: satisfacción con la vida, bienestar subjetivo, bienestar, autoreporte en salud, estado de salud, salud mental, felicidad, ajuste, estado funcional y valores vitales adecuados. La literatura existente muestra una gran dispersión y diversidad de conceptos. (Lobo, 2017) plantea que este es un término multidisciplinario, mientras

que (Lawton, 2018) considera que es la evaluación multidimensional, de acuerdo a criterios intrapersonales y socio-normativos, del sistema personal y ambiental de un individuo.

Aunque no existen criterios únicos para definir la CV, aparecen como patrones comunes palabras tales como: bienestar, satisfacción, multidimensional, subjetivo/objetivo, que dan un marco común a la diversidad de definiciones.

La CV del adulto mayor se caracteriza por la evaluación de aspectos relacionados con el bienestar personal y social, que tienen en cuenta un enfoque multidimensional a los que se le han incorporado en la actualidad ramas de las ciencias como la economía, medicina y las ciencias sociales.

Cuba es uno de los países latinoamericanos más envejecido, por la rapidez con que se ha transformado su pirámide poblacional ello constituye una preocupación para los años futuros. En entrevista concedida al periódico Granma por el jefe de la Oficina Nacional de Estadísticas e Información afirmó: “que el único segmento poblacional en aumentar su presencia fue el de 60 años y más, que ya alcanza el 20,4 % del total de habitantes”. Pese a que la provincia de Matanzas se sitúa entre las que logran un ligero aumento poblacional asociado a la recepción de migrantes internos, la línea de envejecimiento mantiene su tendencia ascendente. (Onei, 2019)

A partir del año 1959 comenzó un trabajo desde lo social, legislativo, de asistencia médica, que garantiza la salud y la asistencia social para los adultos mayores. La actual esperanza de vida al nacer es 76,5 años lo que coloca al país en una situación privilegiada. En la Conceptualización del modelo económico y social cubano de desarrollo socialista hasta el 2030, en el Capítulo 4, el artículo 295 alude la importancia de brindar un tratamiento Integral al problema del envejecimiento poblacional. El estado, la sociedad y las familias tienen la obligación de proteger y asistir a los adultos mayores en lo que a cada uno corresponde.

El programa del adulto mayor en Cuba surge en 1974, y en 1985 se incorpora la variante de atención del médico de familia y su equipo. En la actualidad las necesidades y demandas de los adultos mayores asumen categorías superiores, donde las cifras de mayores de 65 ocupan un gran porcentaje de la población, por lo

que se deben diseñar acciones para mitigar los factores de riesgos que conspiran con una ancianidad sana y activa. (Martínez, 2018)

La favorable estructura sociopolítica en el país constituye un potencial de ayuda para acondicionar todas estas premisas en un nuevo programa, que además de contemplar todo lo anterior fuera capaz de asegurar la participación activa de la familia, la comunidad y las organizaciones políticas y no gubernamentales en un trabajo colectivo donde el protagonista principal fuera el adulto mayor.

El envejecimiento acelerado en la provincia de Matanzas, según datos de la Oficina Nacional de Estadísticas e Información, refiere como elementos llamativos que su población representa el seis por ciento de la cubana y ocupa el cuarto lugar entre las más envejecidas con una esperanza de vida fijada sobre los 76 años, aunque en el sexo femenino alcanza los 79 años (Gómez, 2018). La elevación de la esperanza de vida constituye uno de los indicadores de desarrollo humano local, de ahí la importancia de establecer actividades desde la atención primaria de salud.

En la provincia de Matanzas se observan altos índices de envejecimiento poblacional, el que en ocasiones trae aparejado una disminución de la calidad de vida por diferentes factores (biológicos, psicológicos y sociales). Mientras que el estado ha creado un sistema de atención diferenciada a este grupo poblacional desde sus instituciones en la atención primaria (policlínicos y consultorios), pero en todos los casos, no se logra articular las acciones que permitan la visión multidimensional que provoque elevar la calidad de vida del adulto mayor.

Para contrarrestar la imagen negativa que la sociedad tiene de la vejez, La Cátedra de Integración Mente Sana en Cuerpo Sano por un Adulto Mejor Dr. Nicolás José Gutiérrez Hernández, creó en Matanzas un espacio de intercambio, apoyo y socialización donde interactúan personas de distintos grupos de edades con el fin de aprender cómo arribar a una vejez feliz a partir de la adopción de estilos de vida saludables a lo largo de los años. A este interesante proyecto se inserta esta investigación.

El consultorio No.6 del policlínico Samuel Fernández cuenta con una pirámide poblacional de tipo constrictiva, ya que el grupo de edad menores de 14 años representa un porcentaje menor (12,75%) que el grupo mayores de 65 años

(19,87%), es envejecida al presentar valores por encima del 12% en este grupo etario, estadísticas que corresponden con las registradas a nivel nacional. A pesar que el consultorio como estructura de la atención primaria cuenta con un equipo básico de trabajo (GBT) y con espacios para la atención del adulto mayor, no se logran las acciones que permiten elevar la calidad de vida de este grupo poblacional. Factores como: el poco esparcimiento, la poca socialización, el funcionamiento inadecuado del círculo de abuelos, la ausencia de geriatra para la atención de las enfermedades crónicas propias del adulto mayor; unido a la insuficiente preocupación de las familias y los decisores locales contribuyen a afectar la calidad de vida en esta etapa tan importante.

Esto genera una contradicción entre el proceso irreversible del envejecimiento y cómo llegar a esta etapa con mejor calidad de vida, aspecto necesario a resolver en la población matancera y con más exactitud en el consultorio No. 6 del Policlínico Samuel Fernández, por lo que se formula el problema científico siguiente:

¿Cómo contribuir a elevar la calidad de vida de los adultos mayores que pertenecen al consultorio No. 6 del policlínico Samuel Fernández del Consejo Popular Playa?

Para dar respuesta al problema científico se traza como objetivo general: Diseñar un sistema de actividades que contribuyan a elevar la calidad de vida del adulto mayor en el consultorio No. 6 del policlínico Samuel Fernández.

Para cumplir con el objetivo general se elaboran las preguntas científicas siguientes:

1. ¿Cuáles son los referentes teóricos que sustentan la calidad de vida del adulto mayor?
2. ¿Qué factores afectan la calidad de vida del adulto mayor en el consultorio No. 6 del policlínico Samuel Fernández del Consejo Popular Playa?
3. ¿Cómo diseñar un sistema de actividades dirigido a elevar la calidad de vida del adulto mayor en el consultorio No. 6 del policlínico Samuel Fernández del Consejo Popular Playa?
4. ¿Cómo validar el sistema de actividades para elevar la calidad de vida de los adultos mayores en el consultorio No. 6 del policlínico Samuel Fernández del Consejo Popular Playa?

Tareas de Investigación

1. Construcción del marco teórico referencial acerca de la calidad de vida en el adulto mayor.
2. Identificar los factores que afectan la calidad de vida del adulto mayor en el consultorio No. 6 del policlínico Samuel Fernández del Consejo Popular Playa.
3. Diseño de un sistema de actividades para el mejoramiento de la calidad de vida del adulto mayor en el consultorio No 6 del policlínico Samuel Fernández del Consejo Popular Playa.
4. Validar el sistema de actividades para elevar la calidad de vida de los adultos mayores en el consultorio No. 6 del policlínico Samuel Fernández en el Consejo Popular Playa.

La investigación se inserta en el objeto de estudio: calidad de vida del adulto mayor y en el campo: calidad de vida del adulto mayor en el consultorio No. 6 del policlínico Samuel Fernández del Consejo Popular Playa.

A partir de una población finita (número de personas pertenecientes al consultorio No. 6 del policlínico Samuel Fernández), se selecciona una muestra aleatoria y con doble estratificación (pertenecer al consultorio No.6 del policlínico Samuel Fernández y ser mayores e iguales a 65 años). Con el criterio de exclusión: la población menor de 65 años y aquellas que no quieran participar en la investigación. Premisa científica: si se realizan actividades orientadas a los médicos, la familia y los adultos mayores (sistema de actividades) en el consultorio No. 6 del policlínico Samuel Fernández del Consejo Popular Playa se puede elevar la calidad de vida de este grupo poblacional.

Se escoge como Categorías de análisis: calidad de vida del adulto mayor, adulto mayor y sistema de actividades.

Al analizar lo que exponen (Rodríguez, 2006), (Hernández, 2007) y (Redondo, 1998) la investigación busca recopilar información desde los elementos de la realidad social que se estudia con una perspectiva cualitativa y utiliza algunos métodos estadísticos para procesar la información recopilada, por lo que se considera mixta. Con predominio cualitativa, por ser esta más flexible, lo que permite indagar en los aspectos del mundo subjetivo de los adultos mayores, sus vivencias y experiencias.

Es de tipo correlacionar, porque ayuda a determinar las causas que determinan la calidad de vida del adulto mayor para elaborar el sistema de actividades y después correlacionarlas en el contexto seleccionado.

Para dar solución al problema científico planteado se aplican los métodos, dialéctico-materialista, método general que da concepción e integra los demás métodos (articula los métodos teóricos y empíricos). Reconoce que el hombre puede conocer y transformar la realidad si la examina en constante movimiento y transformación, con carácter sistémico.

Los métodos teóricos: el histórico-lógico, el analítico- sintético para el estudio crítico de las investigaciones precedentes, tanto en Cuba como en el extranjero, tomadas como punto de partida para contribuir al desarrollo del sistema de actividades que se propone y para el estudio de documentos, fuentes primarias y secundarias como son: las historias clínicas y el análisis de la situación de salud (ASIS); para arribar así, a los principales problemas a resolver. Lo abstracto y lo concreto, empleado para establecer la relación entre lo particular y lo general en el estudio para determinar los fundamentos teóricos de la investigación. El método de modelación para diseñar el sistema de actividades. Inducción-deducción para analizar los enfoques que pueden integrarse y considerarse para la construcción del sistema de actividades que mejore la calidad de vida del adulto mayor.

Como método particular y fundamental de la metodología cualitativa se propone en la investigación el Estudio de Caso. Para cumplimentar el objetivo general se realiza un proceso científico con efecto en el contexto específico de un consejo popular, para el que la elevación de la calidad de vida del adulto mayor desde lo comunitario resulte significativa. Esta investigación explora, describe, explica y evalúa dicha contribución; a partir de las características esenciales del estudio de caso: particularista, descriptivo, heurístico e inductivo.

El Sistémico estructural, para desarrollar el análisis del objeto de estudio tanto teórico como práctico, a través de su descomposición en los elementos que lo integran, para determinar las categorías de análisis que más inciden y su interrelación.

Se utilizan herramientas como Microsoft Visio para la confección del hilo conductor de la investigación y de la Estructura Atención Primaria de Salud municipio Matanzas, Microsoft Excel para los gráficos, el Triángulo de Füller como método de ponderación, La Matriz Importancia Percepción y el Diagrama Causa-Efecto. Se obtienen los resultados de la investigación y se validan con el empleo del Índice de Consenso.

La investigación se considera novedosa al diseñar un sistema de actividades dirigidas a elevar la calidad de vida del adulto mayor en la población de un consultorio matancero perteneciente a la atención primaria de salud, luego de identificarse los principales factores que la afectan desde un enfoque multidimensional hacia la familia, la comunidad y al propio adulto mayor.

La importancia práctica radica en que se diseña un sistema de actividades en un consultorio médico de un policlínico de la atención primaria de salud desde una visión preventiva y educativa dirigida al adulto mayor con el fin de mitigar o eliminar factores que influyen en la calidad de vida. Contribuyó a la actualización del ASIS del consultorio No. 6 que repercute en el correcto diagnóstico de salud del policlínico Samuel Fernández del Consejo Popular Playa.

Para dar cumplimiento a los objetivos anteriores la tesis fue estructurada en: Introducción, capítulo I (análisis del marco teórico-referencial), capítulo II (proceder metodológico y resultados obtenidos) , conclusiones y recomendaciones y la bibliografía (procesada por el gestor bibliográfico EndNote X7), consultada y referenciada en la tesis y finalmente un grupo de Anexos necesarios como complemento de la investigación.

En la figura I1 se muestra el hilo conductor de la investigación:

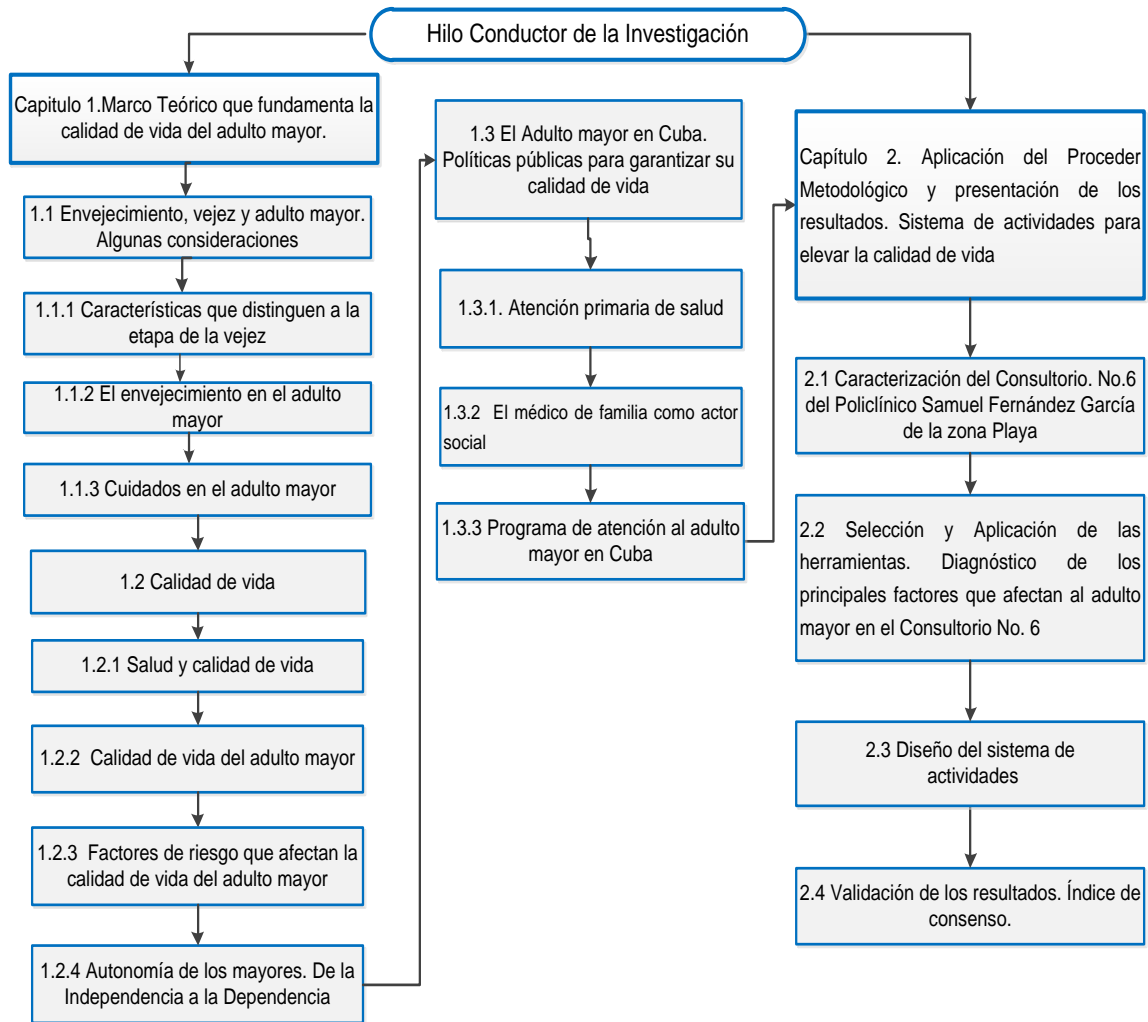


Figura I1. Hilo conductor de la investigación.

Fuente: Elaboración propia.

Capítulo 1. Marco Teórico que fundamenta la calidad de vida del adulto mayor

En el presente capítulo se realiza un análisis acerca de algunas consideraciones sobre el adulto mayor, calidad de vida, envejecimiento, factores de riesgos que afectan la calidad de vida como elemento desencadenante del adulto mayor dependiente. Se trabaja en lo relacionado con la atención primaria de salud, la creación del médico de la familia y su papel, así como del programa nacional del adulto mayor.

1.1 Envejecimiento, vejez y adulto mayor. Algunas consideraciones

De todas las etapas evolutivas, la vejez es la que más limitaciones provoca en los seres humanos, pues en ella comienzan a perderse diferentes capacidades; tanto intelectuales como físicas, las cuales comienzan a acentuarse a partir de los 60 años.

Al analizar el proceso de envejecimiento de la población existen algunas discusiones en cuanto a la edad en la que inicia la vejez. Con frecuencia, el límite inferior de la edad para este grupo de población se fija en los 60 años (Cepal, 2002; Miró, 2003). Sin embargo, este límite puede variar según los intereses que persiguen los investigadores e instituciones que trabajan el tema.

El estudio de la población de la tercera edad debe iniciarse por delimitar el concepto de vejez. (De Beauvoir, 1970) plantea que la vejez no es un hecho estadístico; es la conclusión y la prolongación de un proceso. Para esta autora, la vejez y el envejecimiento son dos caras de una misma moneda. Las personas envejecen a medida que en su tránsito por las diversas etapas del ciclo de vida alcanzan más años, una población envejece una vez que las cohortes de edades mayores aumentan su ponderación respecto a los grupos de edad infantil.

(Garrocho y Campos, 2005) plantean que la edad a la que inicia la vejez puede fijarse por la vía legal, la institucional y la que se genera en el medio académico. Según estos autores, la primera se determina por las legislaciones de cada país relativas a los sistemas de seguridad social, es decir, donde se establece la edad de

la jubilación. Mientras que la segunda está determinada por las distintas instituciones que trabajan con dicha población.

En la vertiente académica existen diversas clasificaciones: para (Neugarten, 1973) el envejecimiento de la población es un conjunto de procesos asociados con la edad cronológica. Este autor distingue dos periodos, el de joven-viejo, de los 65 a los 80 años, y el de los viejos-viejos, de 80 años en adelante.

Por su parte, (Ortiz, 1997) señala dos grandes dimensiones para analizar la vejez como un fenómeno social: la edad y la estructura o sistema social. Por un lado, la edad es entendida como la variable estratificadora u ordenadora que permite comprender la vejez, y por el otro, la sociedad y sus reglas imponen pautas de comportamiento y de conducta. (Arber y Ginn, 1996) argumentan que cualquier definición aceptable de vejez debe; al menos, distinguir entre los distintos significados de edad y sus interrelaciones, las cuales se citan a continuación:

1. La edad cronológica es esencialmente biológica y se refiere específicamente al calendario, es decir, al número de años que una persona ha cumplido, lo que significa para el individuo una serie de cambios en su posición dentro de la sociedad, ya que muchas de las normas que definen las responsabilidades y los privilegios de un sujeto dependen de su edad cronológica.

2. La edad social se construye socialmente y se refiere a las actitudes y conductas adecuadas, a las percepciones subjetivas (cuán mayor se siente el sujeto) y a la edad atribuida (la edad que los otros imputan al sujeto). De esta forma, las fronteras de edad que marcan la aparición social de la vejez están determinadas por convenciones sociales muy diversas, que adquieren significado en precisos parámetros sociales, espaciales y temporales. Es decir, la vejez no es sino lo que la sociedad define como tal.

3. La edad, como proceso de envejecimiento fisiológico, se relaciona con la capacidad funcional y con la gradual reducción de la densidad ósea, del tono muscular y de la fuerza. Entre estas modificaciones podemos destacar cambios o disminuciones en las capacidades sensoriales: alteraciones en la visión, la audición y el tacto que suponen dificultades y modificaciones en la percepción del mundo, de sí mismos y de los demás.

Según la OMS las personas de 60 a 74 años, son consideradas de edad avanzada, de 75 a 90 viejas o ancianas y mayores de 90 grandes viejos o grandes longevos. Indistintamente a todo individuo mayor de 60 años se le llamará persona de la tercera edad. Para los países desarrollados se consideran adultos mayores a partir de los 60 (OMS) y para los países en vías de desarrollo a los 65 (Organización Panamericana de la Salud). La autora asume para esta investigación lo declarado por la OPS.

Se asume al envejecimiento como un proceso de transformación progresivo e irreversible, que se expresa como un acontecimiento individual y un fenómeno colectivo. Ello determina que existan diferentes tipos de envejecimiento, en la literatura se distinguen tres tipos de envejecimiento: el primario, el secundario y el terciario. Cada uno de estos tipos engloba cambios distintos y está determinado por causas específicas. (Fernández, 2015).

Se clasifican como envejecimiento primario todos los procesos no patológicos que se producen como consecuencia de la edad; por esto es llamado también envejecimiento normativo. Se da durante toda la vida adulta, si bien sus efectos son mucho más notables en edades avanzadas, sobre todo en personas que no gozan de buena salud. Entre los cambios que conforman este tipo de envejecimiento encontramos la menopausia, la debilitación y encanecimiento del cabello, el descenso en la velocidad de procesamiento cognitivo, la pérdida de fuerza, la aparición progresiva de déficits sensoriales o el deterioro de la respuesta sexual.

El envejecimiento secundario consiste en cambios causados por factores conductuales y ambientales, ajenos a los procesos biológicos naturales. Se suele afirmar que el envejecimiento secundario es aquel que se puede prevenir, evitar o revertir, pero esto no siempre es así; la característica clave es la no universalidad de los procesos que lo componen.

El envejecimiento terciario hace referencia a las pérdidas rápidas que se producen poco antes de la muerte. Aunque afecta al organismo a todos los niveles, este tipo de envejecimiento es especialmente notable en el ámbito cognitivo y psicológico; por ejemplo, en los últimos meses o años de vida la personalidad tiende a desestabilizarse.

Entre los cambios psicológicos que afectan al envejecimiento en la vejez tienen una importante incidencia: modificaciones anatómicas y funcionales en el sistema nervioso y órganos de los sentidos, modificaciones en las funciones cognitivas, modificaciones en la afectividad: pérdidas, motivaciones, personalidad, procesamiento de la información, la inteligencia se mantiene estable durante la etapa de la vejez aunque suele aparecer un enlentecimiento y un aumento del tiempo de respuesta frente a un problema.

La memoria inmediata se mantiene relativamente bien preservada, la memoria a largo plazo se mantiene conservada. Es la memoria reciente la que empieza mostrar déficits. La capacidad de lenguaje se mantiene, cambios sociológicos que repercuten en toda el área social de la persona: su entorno cercano, su familia, su comunidad, la sociedad en general. Hay cambios en el rol individual como individuo y como integrante de una familia, en el rol social (laborales dentro de una comunidad), cambios en la estructura familiar, las pérdidas y cambios de rol suponen para la persona adaptarse a las nuevas situaciones..

Los cambios que se producen como resultado del envejecimiento se manifiestan en el orden individual y colectivo, los que son considerados como un fenómeno social y poblacional, de ahí la importancia de estudiar este proceso a nivel internacional y nacional. El envejecimiento de la población o envejecimiento demográfico se define como un proceso de cambio de la estructura por edad de la población, caracterizado por el aumento en el número y porcentaje de personas en edades avanzadas (60 años y más) (Par Asghar, Zaidi, 2008), dicho fenómeno se debe a la caída en los niveles de la mortalidad, pues cada vez una mayor proporción de la población sobrevive hasta edades avanzadas, lo que aumenta el número de personas mayores de 60 años.

Otro factor que contribuye al envejecimiento de una población es atribuido al descenso en sus niveles de fecundidad, lo cual ocasiona una reducción de la población de niños y jóvenes (0 a 14 años), lo que incrementa la participación de la población en edad adulta. (Ham, 1999; Rivadeneira, 2000; Montes de Oca, 2000; Miró, 2003; Solís Díaz, 2017).

Este es el acontecimiento demográfico más importante desde la etapa final del siglo XX dado que en el mundo las personas mayores de 60 años aumentaron desde 400 millones en la década del 50 hasta 700 millones en los años 90 del propio siglo; y estima que para el 2025 existirán alrededor de 1200 millones de ancianos. En América Latina existe incremento sostenido en la proporción y número absoluto de personas de 65 años y más. El proceso de envejecimiento continuará de manera acelerada en los próximos años, sobre todo en el período 2010-2030, cuando el crecimiento del segmento de 65 años y más será del 2,3 %. Si bien este crecimiento disminuirá al 1,5 % en el 2030-2050, continuará como la más elevada entre el conjunto de grupos de población.

El envejecimiento en Cuba constituye el principal problema demográfico, con cifras que alcanzan el 18,3 % de la población con más de 65 años, se espera que para el 2025 este grupo alcance más del 25 % de la población total y sea uno de los países más envejecidos de América Latina, también se estima que en 2050 la proporción de la población mundial con más de 60 años se duplicará, se espera que el número de personas de 65 años o más aumente de 605 millones a 2000 millones en ese mismo período. En la literatura consultada se destacan estudios acerca del comportamiento del envejecimiento a escala internacional como los de (Barrio Valencia, 2012) y en la América Latina (Alfonso y Mena 1999), de los cubanos (Hernández, 2015), (García, 2013), (Torres y Gran, 2005).

Existen factores intrínsecos y extrínsecos que afectan el envejecimiento, entre los factores intrínsecos están la forma en que están hechos, cada persona tiene su propio reloj que marca que tan pronto o que tan tarde el desgaste se comienza a notar. Los factores extrínsecos, por el contrario, son el resultado del impacto ambiental: el viento, la contaminación y la exposición al sol, así como el modo de vida diario, como una dieta inadecuada, no dormir suficiente, el estrés y el tabaquismo. También hacen estragos en la apariencia ya que aceleran el proceso de envejecimiento normal (Sentil Tamayo, 2011).

Según la concepción popular de la vejez se asume de forma indiscriminada la relación de este proceso con la muerte, la enfermedad, la dependencia, la soledad, una menor capacidad adquisitiva y la pérdida de status, todo ello asociado a una

situación de vida totalmente negativa, contrapuesta a ciertos valores considerados positivos como son: juventud, trabajo, riqueza. Desde esa perspectiva, el envejecer va en contra de la felicidad del hombre.

La disminución de la natalidad y de la fecundidad es la causa más importante del incremento del número de ancianos mientras que la disminución de la mortalidad aparece como factor o no, en dependencia de cuál es el grupo de edades donde se produce esta disminución. Las migraciones tanto internas como externas pueden llevar a un incremento de las proporciones de los ancianos en una población determinada según plantean (Prieto Ramos et. al, 1996)

Los adelantos científicos-técnicos en general y el mejoramiento de las asistencias médicas han hecho posible que la población mundial envejezca y aumente. Con la creciente esperanza de vida aumenta el contacto intergeneracional, la convivencia entre lo más jóvenes y los más viejos, de ahí la importancia de conocer las características de esta edad para mejorar su calidad de vida.

1.1.1 Características que distinguen a la etapa de la vejez

Son múltiples las características que distinguen la etapa de la vejez o tercera edad. Los adultos mayores necesitan contemplar su vida anterior y sentir una sensación de plenitud. El éxito en esta etapa conduce a sentimientos de sabiduría, mientras que los resultados de fracaso producen pesar, amargura y desesperación. Sus características varían según las etapas, en la etapa temprana, de los 65 a los 75 años son personas aún sanas y activas. Es a partir de los 76 años, etapa avanzada, que un porcentaje importante de las personas requieren servicios de asistencia y rehabilitación.

Es en la última etapa de la vida donde se deja de realizar cierto tipo de actividades, muchos consideran que ya consumaron sus proyectos de vida. Se empiezan a padecer enfermedades biológicas como: artrosis, diabetes, cataratas, párkinson, osteoporosis, enfermedades cardiovasculares y el aislamiento social. Ello lleva a la escasa o nula oportunidad de trabajo, discriminación familiar, pues su memoria pierde la originalidad que tenía y en algunos aumenta, la dependencia.

Dentro de estas características se destacan las psicológicas, entre ellas la agudización de los rasgos de personalidad, las conductas de atesoramiento,

apegamiento a sus bienes, refugio en el pasado, sentimientos de inseguridad, cambios en las relaciones sociales, reducción de intereses; unido a una mayor rigidez para aceptar los cambios tecnológicos, sociales y una complejidad cada vez más grande de las experiencias vividas, en la perspectiva temporal y en todo lo concerniente al dominio del entorno (Reyes, 2015).

Conocer las características del proceso de envejecimiento ayuda a evitar las relaciones de dependencia en el adulto mayor y una guía para dirigir el sistema de actividades que se diseña para mejorar su calidad de vida.

1.1.2 El envejecimiento en el adulto mayor

A partir de las características de la vejez y su nivel de dependencia, los adultos mayores se pueden clasificar: (Querejeta, 2015).

-Persona mayor autónoma: incluye a los mayores de 65 años, sanos y afectos de enfermedades agudas o crónicas no potencialmente incapacitantes.

-Persona mayor frágil o de alto riesgo de dependencia: indica situación de riesgo de dependencia, pero sin padecerla aún y es potencialmente reversible o puede mantener la autonomía mediante una intervención específica.

-Persona mayor dependiente: se refiere a la situación de dependencia (pacientes con pérdida funcional importante en las actividades básicas e instrumentadas de la vida diaria, incapacitados en sus domicilios).

Se producen cambios fisiológicos como: atrofia de las encías, ausencia de dientes, pérdida de fuerza muscular mandibular y de potencia de masticación; menor poder de triturar los alimentos, disminución de las papilas gustativas; se altera el sentido del gusto o la percepción de los sabores. Menor destreza motora. Pérdida de masa muscular. Pérdida parcial de capacidades sensoriales: olfato, gusto, visión y audición. Disminución de la función del sistema inmunobiológico.

Dentro de los cambios cognitivos se encuentran: declinación de la inteligencia en la edad tardía, declina la capacidad para resolver nuevos problemas, falta de la atención y percepción.

Cambios psicobiológicos: pérdida de textura y elasticidad de la piel, adelgazamiento y encanecimiento del cabello, disminución de la talla corporal, adelgazamiento de los huesos, propensión a la osteoporosis en las mujeres, pérdida de la adaptación al frío

y al calor, disminución de la fuerza y rapidez para realizar actividades físicas, las paredes de las arterias se endurecen y se reduce su elasticidad (KirK NM, 1998). Los mecanismos inmunológicos que defienden de las infecciones pierden eficiencia, los órganos sensitivos requieren un umbral de excitación más alto.

Depresión y pérdida de la autoestima: Una persona de edad avanzada también puede sentir una pérdida de control sobre su vida debido a problemas con la vista, pérdida de la audición y otros cambios físicos, así como presiones externas como, por ejemplo, recursos financieros limitados. Estos y otros asuntos suelen dejar emociones negativas como la tristeza, la ansiedad, la soledad y la baja autoestima, que a su vez conducen al aislamiento social y la apatía (Robinson Gay, 2017).

La depresión es considerada uno de los trastornos de mayor complejidad en la población gerontológica, ya que puede tener efectos potencialmente nocivos en la salud de una persona mayor. A ello contribuyen una serie de factores, entre los que destacan las enfermedades somáticas, la disminución de las funciones cognitivas y, al mismo tiempo, suele ser la causa más frecuente de sufrimiento emocional en la última etapa de la vida. Es importante añadir que el anciano tiende a no pedir ayuda especializada en centros de salud mental.

La autoestima consiste en las actitudes del individuo hacia sí mismo. Cuando estas son positivas hablamos de buen nivel o alto nivel de autoestima. Uno de los principales determinantes de la autoestima es la de etiquetarse a sí mismos como viejo, debido a las connotaciones no positivas que este término conlleva en la actualidad; ser viejo equivale a ser inútil, incapacitado, asexuado.

1.1.3 Cuidados en el adulto mayor

Se deben tener presentes una serie de cuidados en esta etapa de la vida como son: levantarse a la misma hora todos los días, ingerir alimentos ligeros y balanceados, utilizar técnicas de relajación, dormir aproximadamente 6 horas diarias.

Para los adultos de este grupo de edades, la actividad física consiste en actividades recreativas o de ocio, desplazamientos como: paseos, caminatas o montar bicicleta.

Las conductas o estilos de vida saludable son la práctica de ejercicio (la escasa actividad física se relaciona estrechamente con un número mayor de enfermedades).

El realizar ejercicio acerca al individuo a un estado de valencia positiva de mayor

resistencia física, mayor competencia psicomotora, mayor energía y mejor apariencia personal.

Puesto que con el envejecimiento se producen alteraciones de la mucosa gástrica y disminución de las secreciones, la persona anciana debe seleccionar los alimentos que debe ingerir. Un problema común que se presenta es el estreñimiento asociado a la disminución de la actividad física y a la pérdida de las piezas dentarias.

Un envejecimiento exitoso y saludable tiene que ver con la funcionalidad biológica y social que permite la plena integración social y familiar de los que envejecen, lo que implicará superar las barreras sociales y culturales que persisten e impiden a los adultos mayores desarrollar sus potencialidades. (Zavala G, et al 2006).

Generalmente la vejez se asocia con bajo deseo y satisfacción sexual, y poco interés en la sexualidad en general. La realidad es que el envejecimiento produce ciertos cambios en la fisiología sexual, pero comparado con otros cambios propios de la edad, la función sexual, vista desde el ángulo del acto sexual, no de la reproducción, se mantiene mucho mejor que otras funciones (Stanley M, 2009)

No todas las personas pasan por esta crisis de la edad media. Algunos más bien experimentan un sentido de triunfo, de haber logrado alcanzar ciertas metas y de desempeñar eficientemente las mismas.

El apoyo interpersonal va disminuyendo a causa de la pérdida del compañero, amigos, los cambios en la composición familiar y la migración de éstos por los problemas económicos. La jubilación es otro factor que condiciona la disminución de los apoyos sociales.

La responsabilidad de la salud en el adulto mayor es importante, se basa en que participe en actividades como caminata, ir de compras, a su control médico periódico lo hacen sentirse responsables por su salud. Las actividades de promoción y protección de la salud para los ancianos se centran en las visitas regulares para el mantenimiento de la salud, vacunación, prevención de accidentes, fomento de ejercicio, reposo, entre otras.

El papel de la familia constituye uno de los recursos más importante de la población mayor, porque es la encargada de prestar atención directa a la mayoría de adultos mayores que sufren de problemas fisiológicos o psicológicos. Para los ancianos lo

más importante es el potencial de relación con sus familiares y ayuda, la conciencia y saber de qué existe una persona en quien confiar y relevante a quien acudir en caso de necesidad o problemas.

También se dice que la familia es casi el recurso más importante, ya que también tiene un lugar en el ámbito de relaciones socio afectivas, porque es la más idónea para proporcionar sentimientos de arraigo y seguridad, pues ofrece sentimientos de capacidad, utilidad, autoestima, confianza y apoyo social (Gusle LW, 2008).

En el caso de los amigos constituyen una forma de apoyo, implica fundamentalmente compartir tiempo, ya sean visitas mutuas, salidas, reuniones, entre otras actividades conjuntas y posiblemente sea la función de apoyo que se requiera más cotidianamente y por mayores lapsos de tiempo.

Enfermedades más frecuentes en el adulto mayor: demencia senil, alzhéimer, parkinson, artrosis, presión arterial alta, aterosclerosis, artritis, sordera.

Roles del anciano:

-Rol individual: como individuo único, capaz de decidir, con opiniones, creencias y valores propios, con una historia de vida personal e influido por un medio social, con una concepción especial de la vida y de la muerte. Como integrante de un grupo familiar, su relación dentro de él. Como persona receptora y dadora de afecto, capaz de afrontar las pérdidas

- Rol social: La búsqueda de identidad individual se genera por los cambios sociales que producen en el anciano la sensación de no pertenencia al grupo escogido, al tiempo que el joven no es capaz de integrarlo en su grupo. Las costumbres, el estilo de vida y la concepción de la propia existencia separan las generaciones e inciden negativamente en el mutuo reconocimiento de los individuos que las componen. Como consecuencia del rechazo, se da la creación de grupos formados únicamente por ancianos lo que provoca un mayor distanciamiento generacional.

La incorporación del anciano a la sociedad es un reto para los países de Latinoamérica y radica en lograr una participación real, efectiva de los mismos en la generación de políticas que permitan desarrollar una sociedad para todas las edades. Se trata ahora de guiarlos para lograr una mejor toma de decisiones que beneficie a todos los actores de la sociedad.

La Jubilación es la situación laboral por la cual una persona tiene derecho a una remuneración tras alcanzar una edad reglamentaria para dejar de trabajar. Las principales consecuencias que tiene la jubilación son: pasar de un estado de actividad laboral a social y aumento del tiempo libre. Las repercusiones que puede tener sobre la salud serían las siguientes: estados de ansiedad, estados de depresión, labilidad emocional, trastornos del sueño, dificultad para relacionarse.

1.2 Calidad de vida

El interés por la calidad de vida ha existido desde tiempos inmemorables. La idea comienza a popularizarse en la década de los 60 hasta convertirse hoy en un concepto utilizado en ámbitos muy diversos, como son: la salud, la salud mental, la educación, la economía, la política y el mundo de los servicios en general.

El concepto calidad de vida ha sido utilizado por especialistas de las más diversas disciplinas, como filósofos, economistas, sociólogos, psicólogos y médicos. Cada cual ha enfocado el tema de manera diferente. Los ambientalistas han puesto énfasis en las condiciones y los atributos del ambiente biológico y en la importancia de preservar los recursos naturales; los economistas, en indicadores como el producto nacional bruto; mientras que los psicólogos, en las necesidades humanas y su satisfacción.

Hay que tener en cuenta que el concepto calidad de vida es utilizado fundamentalmente en el contexto médico, y es aquí donde alcanza su mayor magnitud. La calidad de vida es un concepto eminentemente evaluador, multidimensional y multidisciplinario. Puede definirse como el criterio a través del cual se juzga en qué medida las circunstancias de la vida aparecen como satisfactorias o insatisfactorias y necesitadas de mejora (Dorsch, 1998)

Para (Vinaccia & Orozco, 2010) consideran que la calidad de vida puede traducirse en términos de nivel de bienestar subjetivo, por un lado, y, por otro, en términos de indicadores objetivos. La aparición y el desarrollo del constructo calidad de vida para estudiar e intervenir en la enfermedad, la salud y el bienestar, es una muestra de integración y progreso de las ciencias del comportamiento en particular de la psicología que debe aprovecharse para trabajar en su fundamentación teórica y

metodológica, en sus conceptos y terminología, en la construcción de instrumentos y en la búsqueda de su aplicabilidad y eficacia (Vera, 2017).

El concepto de calidad de vida ha sufrido transformaciones en las tres últimas décadas, el mismo hace referencia a un proceso dinámico al evolucionar desde una concepción sociológica hasta la actual perspectiva psicosocial, en la que se incluyen los aspectos tanto objetivos como subjetivos del bienestar o de la satisfacción personal con la vida de las personas

Para (Tuesca Molina, 2012) es un constructo complejo, multifactorial, en donde se acepta que hay una dualidad subjetiva-objetiva; la primera hace referencia al concepto de bienestar o satisfacción con la vida a lo que se denomina felicidad, sentimiento de satisfacción y estado de ánimo positivo y la segunda está relacionada con aspectos del funcionamiento social, físico y psíquico, su interacción determina la calidad de vida.

Según la OMS, la calidad de vida es: la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno (Fernández-Ballesteros, 2013)

La calidad de vida en la tercera edad debe estar ajustada a la esperanza de vida, de lo contrario aumentaría la expectativa de incapacidad, por lo que, matemáticamente, se puede expresar que el aumento de la calidad de vida es inversamente proporcional a la expectativa de incapacidad.

1.2.1 Salud y calidad de vida

La vejez es un proceso natural que en ocasiones va acompañado de problemas de salud. Aunque cabe recalcar que el hecho que la persona envejezca no quiere decir que lleve consecuencias directas para la salud. Si bien es cierto que la prevalencia de enfermedades aumenta a medida que envejecemos, así como el nivel de dependencia.

Además, al aumentar la esperanza de vida notablemente, la incidencia de enfermedades crónicas o incapacidades pueden dar lugar a una mayor demanda de servicios sanitarios y asistenciales de larga duración. Las patologías que acaban crónicas son las que aumentan la discapacidad y la mortalidad.

La salud es la segunda gran preocupación de los ancianos, después de la económica. El colectivo de ancianos siempre ha dado una imagen de carga o peso. La salud es algo que preocupa a todos, jóvenes o mayores; y cuando se presenta un problema de salud, aunque sea crónico, hay que aceptarlo y aprender a vivir con él. Esto no significa que no se pueda tener una vida plena, la persona debe mantener una actitud positiva frente a la vida y a los cambios que se avecinan. Además, los recursos tanto materiales como humanos deben estar disponibles para este tipo de necesidad, y hoy día, dichos recursos son muy limitados. La formación del personal altamente calificado es imprescindible para saber atender a este colectivo.

1.2.2 Calidad de vida del Adulto Mayor

El proceso del envejecimiento del organismo humano no debe reducirse a un mero proceso biológico, se debe analizar el contexto, la naturaleza compleja del hombre que es un ser biológico–cultural–social–mental- espiritual integradamente y la naturaleza compleja de las sociedades humanas: ecológico, ambiental, social, económico, cultural (González-Celis, 2009).

Se puede entender la vejez, como el conjunto de cambios biológicos, psicológicos y sociales, normal e inherente a todo individuo, que deja huella a nivel físico y en el comportamiento de cada uno, reflejado en el estilo de vida y en su interacción con el medio, y que repercute en el sistema social y económico de la sociedad; irreversible y constante, que se inicia desde el nacimiento mismo (Piñera, 2010)

Por su parte, (Lazarus,1998) menciona que a medida que las personas envejecen, la posibilidad de que se produzcan pérdidas funcionales son cada vez más grandes. Las personas de la tercera edad, temen perder su buen funcionamiento mental y físico, y esto puede agudizarse si presenta depresión e impotencia, ya que los mismos generan la pérdida del control de sus propios cuerpos. Estos problemas generalmente hacen que los ancianos se aíslen y se sientan inútiles, lo que hace su vida cada vez más complicada. El deterioro físico como mental, hace que reduzca su

relaciones sociales y emocionales, posibilita así la depresión y las enfermedades crónicas se vuelvan más nocivas para la persona (Gómez, 2012).

La calidad de vida del adulto mayor, según (Velandia ,1994) es la resultante de la interacción entre las diferentes características de la existencia humana (vivienda, vestido, alimentación, educación y libertades humanas); cada una de las cuales contribuye de diferente manera al bienestar al tener en cuenta el proceso evolutivo del envejecimiento, las adaptaciones del individuo a su medio biológico y psicosocial cambiante. (Krzeimen,2001), sostiene que la calidad de vida del adulto mayor se da en la medida en que él logre reconocimiento a partir de relaciones sociales significativas, de lo contrario, se vivirá como una fase de declinación funcional y aislamiento social del adulto mayor .

Según (Martín ,1994), otro elemento significativo en la calidad de vida del adulto mayor es que él continúe su participación social significativa, activa y comprometida en una actividad conjunta, la cual es percibida por el adulto mayor como beneficiosa. En tanto (Eamon O'Shea, 2003) plantea que la calidad de vida del adulto mayor es una vida de satisfacción, bienestar subjetivo y psicológico, desarrollo personal y diversas representaciones de lo que constituye una buena vida, y que se debe indagar, cómo dar sentido a su propia vida, en el contexto cultural, y de los valores en el que vive, y en relación a sus propios objetivos de vida.

Existen ocho áreas importantes para determinar la calidad de vida en el anciano y también en cualquier persona adulta (Bermúdez Sañudo, 2015): laboral, espiritual, intelectual, familiar, física, social, económica y emocional.

-La intelectual: es lo que diferencia al hombre de los demás seres vivos. Los seres humanos tenemos la capacidad de pensar, de formular conceptos y juicios y comunicarlos a través del lenguaje. Capacidad que se utiliza cotidianamente.

-La vida emocional: la emoción puede entenderse como un estado de ánimo caracterizado por una conmoción orgánica consiguiente a impresiones de los sentidos, ideas, o recuerdos (Orbis, 1995).

-La física: es la salud definida por la OMS como el complemento, estado del bienestar físico, psíquico y social; es un don de los seres humanos que pueden conservar o perder irremediabilmente. Entre los factores vitales para la conservación

de un cuerpo saludable se encuentran la alimentación, el ejercicio, el descanso y evitar el estrés.

-Vida familiar: son partes esenciales para la calidad de vida familiar: la pareja, los hijos, los hermanos y los padres.

-Vida social: es resultado de las interacciones que los seres humanos tenemos con otros seres humanos.

-Vida económica: el hombre gasta su salud en aras de obtener dinero y en la vejez gasta ese dinero para recuperar salud.

-Vida laboral: en la vejez el trabajo puede quedar gravemente delimitado.

-Vida espiritual: la vida espiritual es una búsqueda incesante de conocerse a sí mismos, búsqueda de sentido de vida, de razón de ser.

1.2.3 Factores de riesgo que afectan la calidad de vida del Adulto Mayor

El envejecimiento no es sinónimo de enfermedad, sino que significa disminución de la capacidad de adaptación del organismo ante situaciones de estrés al determinar una mayor susceptibilidad. Esta pérdida de función conlleva una respuesta.

Es posible observar en los adultos mayores: mayor vulnerabilidad a la presencia de enfermedad y muerte, mayor incidencia de enfermedades crónicas y degenerativas (enfermedad de Alzheimer, enfermedad de Parkinson, artrosis), manifestaciones clínicas diferentes frente a las enfermedades (menor sensibilidad al dolor agudo, confusión, ausencia de fiebre ante las infecciones), mayor tiempo para la recuperación de la normalidad después de un proceso agudo.

Factores de riesgos:

-La alimentación: los cambios en el aparato digestivo, pueden llevar a mal nutrición, deshidratación, estreñimiento, disminución de la absorción de hierro, calcio, vitamina B12 y ácido fólico. La nutrición se requiere para cubrir las necesidades energéticas y de renovación de tejidos, enzimas y hormonas, así como asegurar las necesidades de agua, vitaminas y minerales lo que proporciona un equilibrio. En el anciano los requerimientos se ven condicionado por la reducción de los requerimientos fisiológicos, como consecuencia de una disminución del metabolismo basal, de

carácter involutivo y por la mayor incidencia de enfermedades o incapacidades que condicionan el gasto de energía.

-Factores psicológicos: los hábitos alimenticios se configuran en edades tempranas y se rigen en cierta medida por las costumbres familiares, profesión, clima, raza, religión y disponibilidad de elementos básicos. Cualquier circunstancia que cambie estas costumbres puede alterar el proceso normal de envejecimiento.

-Actividad física: la calidad de las respuestas de los adultos mayores se ve afectada por el factor tiempo y alteraciones a nivel de centro del equilibrio, lo que lleva a que tarden más en adaptarse al ambiente y en tomar decisiones, esto puede exponerlos a caídas. El sedentarismo les puede provocar pérdida ósea, lo que constituye un factor de riesgo de accidentes y caídas.

-Interacción Social: el mantenimiento de la salud mental de los ancianos se debe realizar desde la prevención primaria a través de la educación de ellos y de sus familiares, para que estos sepan atenderlos y apoyarlos. Es fundamental promover la autovalencia a quienes entran en la tercera edad y que participen en cursos que los preparen a enfrentar esta etapa de la vida.

En este aspecto las acciones que realicen tanto familiares como los propios adultos mayores contribuyen a establecer encuentros más significativos entre ambos. Muchos pueden caer en depresión si cambian de hábitat, son institucionalizados o se le cambian radicalmente sus costumbres. Un buen ambiente donde vivir en la tercera edad contribuye a tener una mejor salud mental.

-Reposo y sueño: entre los 70 y 80 años el número de despertares nocturnos se incrementa ostensiblemente. Ya sea, porque el sueño es fragmentado o porque necesita más tiempo para conciliar el sueño y quedarse acostado, lo que los lleva a tener la sensación de una mala calidad de sueño. En la medida que una persona avanza en años producto del aumento de los despertares nocturnos, los períodos de vigilia empiezan a ser interrumpidos por períodos cortos de sueño que pueden durar de uno a diez segundos o por siestas. Los hombres tienen menor continuidad de sueño en comparación con las mujeres, tienen mayor dificultad para mantener un sueño continuo, sobre todo en las dos últimas horas de la noche. Después de los 65

años se duerme menos en general y la diferencia de sueño prácticamente no varía entre hombres y mujeres.

-Trastornos mentales: Además de las causas generales de tensión con que se enfrenta todo el mundo, muchos adultos mayores se ven privados de la capacidad de vivir independientemente por dificultades de la movilidad, dolor crónico, fragilidad u otros problemas mentales o físicos de modo que necesitan asistencia a largo plazo. Entre los ancianos son más frecuentes experiencias como el dolor por la muerte de un ser querido, síndrome del nido vacío o un descenso del nivel socioeconómico como consecuencia de la jubilación o la discapacidad. Todos estos factores pueden ocasionarle aislamientos, pérdida de la independencia, soledad y angustia. También son vulnerables al maltrato físico, sexual, psicológico, emocional, económico o material; al abandono, la falta de atención y las graves pérdidas de dignidad y respeto. Los datos actuales indican que 1 de cada 10 son víctimas de maltrato. El maltrato de las personas mayores no se limita a causar lesiones físicas sino también graves problemas psíquicos de carácter crónico como la depresión y la ansiedad.

Los factores de riesgo social son aquellas características o rasgos vinculados a factores sociales que aumentan la vulnerabilidad del adulto mayor para desarrollar enfermedades o daños. Estos factores dependen de la estructura de la sociedad, de las tradiciones culturales y de aceptar los cambios y retos que lleva implícito el envejecimiento.

Existen factores de riesgo social que pueden repercutir de manera negativa en la capacidad funcional de los adultos mayores debido a su asociación al incremento de su vulnerabilidad para que desarrollen un estado de fragilidad y necesidad poniéndolos en riesgos de accidentes, ruptura del equilibrio homeostático y muerte. Estos factores pueden estar relacionados con las pérdidas de papeles sociales, inadaptación a la jubilación, aislamiento, insatisfacción con las actividades cotidianas, inactividad y ausencia de confidentes.

El estrés, en cualquier edad, constituye un factor de riesgo para la salud, el bienestar y la calidad de vida de las personas; pero esto se torna particularmente sensible en la tercera edad, etapa del ciclo vital en que resulta de suma importancia su prevención y control. En estudios como el de (Fernández, 2015) evidencia una

tendencia de que a mayor edad mayor nivel de vulnerabilidad, los aspectos que afectaron la vulnerabilidad al estrés fueron el estilo de vida inadecuado y la falta de apoyo social.

Situación laboral: los problemas que son frecuentes y afectan a los adultos mayores son las reacciones de adaptación a los cambios y situaciones frecuentes en esta etapa, y entre estos señala la jubilación. Por otra parte, estudios realizados (Orosa, 2013) sobre la tercera edad, arrojan que las pérdidas asociadas a la jubilación se pueden vivenciar como una agresión a su autoestima, más aun si la identidad de una persona está fundamentada básicamente en su actividad profesional. La transición del trabajo a la jubilación es un cambio muy importante que la persona puede vivir como una situación estresante, ya que puede suponer la pérdida de ingresos, de identidad profesional, del estatus social, de los compañeros y de la estructura cotidiana del tiempo y las actividades.

Según (Zaldívar, 2014) la jubilación representa una transición hacia una nueva etapa de la vida que, de resultar negativa, puede afectar los sentidos de identidad y autoestima que anteriormente estaban asociados al trabajo, provocar alteraciones en la salud física y mental, y también cierta desorganización en las relaciones sociales y familiares. El nivel de escolaridad constituye un factor de riesgo importante donde a menor nivel escolar mayor dependencia económica y vulnerabilidad al estrés.

Estado civil: casado, soltero, viudo. La pérdida de los roles conyugales puede quebrantar su sentido de identidad. La vida matrimonial en los adultos mayores resulta beneficiosa en especial para los hombres. Las personas casadas viven más, tienen más satisfacción vital o ánimo, mejor salud mental y física; mayores recursos económicos y más apoyo social, lo cual daría como resultado más recursos para afrontar situaciones estresantes. (Mac Innes, 2018)

La estructura del sistema de salud y la voluntad política del estado en sus planes perspectivas de desarrollo prevén la incorporación social plena del adulto mayor en el seno de la sociedad, así como la solidaridad de la sociedad fomenta la creación de las redes informales que son tan necesarias para la satisfacción de las necesidades espirituales y afectivas de este grupo poblacional.

1.2.4 Autonomía en los mayores. De la independencia a la dependencia

Uno de los pilares del cuidado y de la atención a los mayores es trabajar, junto a ellos, para que mantengan el máximo nivel de autonomía que les sea posible.

Hacer que los mayores mantengan su independencia, en cuanto a la realización de las actividades de la vida diaria, es de vital importancia y supone uno de los pilares del envejecimiento activo. Para cuidarlos y mantenerlos autónomos e independientes se debe preservar el estado general que tienen, estimularles para que hagan ejercicio y se mantengan activos, motivarles a cuidar su dieta y rodearles de cariño (Cabrera, 2018).

El cuidador debe notar que la línea que separa a una persona independiente a otra que comienza a ser dependiente, a veces, es muy delgada. No siempre está clara y se necesita evaluar el nivel de autonomía que tiene la persona. Para hacer esto se utilizan diferentes escalas que miden cómo de autónoma es la persona para realizar las Actividades de la Vida Diaria (AVD). Estas son un conjunto de tareas o conductas que una persona realiza de forma diaria y que le permiten vivir de modo autónomo e integrado en su entorno, al cumplir su rol dentro de la sociedad. Se estructuran en tres grupos: actividades básicas, instrumentales y avanzadas. (Barthel, 2010)

La funcionalidad es fundamental dentro de la evaluación geriátrica, pues permite definir el nivel de dependencia y plantear los objetivos del tratamiento y rehabilitación, así como instruir medidas de prevención para evitar mayor deterioro. La capacidad del paciente para funcionar puede ser vista como una medida de resumen de los efectos globales, de las condiciones de salud en su entorno y el sistema de apoyo social, y que progresivamente debe incorporarse dentro de la práctica habitual (Lobo, 2007).

La observación directa de la funcionalidad es el método más exacto para la evaluación funcional, pero es impráctico a partir de los modelos de atención médica por lo que el autoinforme de las ABVD y las actividades instrumentales o intermedias de la vida diaria (AIVD) se deben corroborar; si es posible, por un informante, acompañante o cuidador.

Para la evaluación funcional se deberá interrogar sobre lo normal y lo anormal en cuanto a su función social, ya que el deterioro funcional no debe atribuirse al

proceso de envejecimiento, porque se corre el riesgo de omitir el verdadero origen. Todos los cambios en el estado funcional deben conducir a una nueva evaluación diagnóstica. Según la (OMS, 2015) la clasificación habitual para la función es la siguiente: Funcional o independiente, Inicialmente dependiente, Parcialmente dependiente, Dependiente funcional.

Actualmente la evaluación del anciano debe ser multidimensional con la inclusión del área física, mental, social y funcional. Esta última constituye el eje fundamental para identificar la función, ya que es una de las dimensiones más sensibles en la evaluación del paciente geriátrico dado que traduce la condición general de salud del paciente y se identifica el grado de independencia o dependencia. Conviene recordar que el objetivo de la geriatría es mantener la función cuando el paciente puede valerse por sí mismo o recuperarla cuando se ha deteriorado.

Existen numerosas escalas que se utilizan para la cuantificación de la capacidad funcional; estas deben ser breves, sencillas y fáciles de aplicar para alcanzar los objetivos debe ser un instrumento de aplicación rápida y que pueda ser utilizado por personal de formación variada y cualquier unidad de Atención Primaria.

Los instrumentos para valorar la funcionalidad que más se utilizan en el mundo y que han sido parte de múltiples estudios son los índices de Katz, Lawton-Brody y Barthel, este último constituye el instrumento de medición de las actividades básicas de la vida diaria más usado y recomendado por la Sociedad Británica de Gerontología.

1.3 Adulto mayor en Cuba. Políticas públicas para garantizar su calidad de vida

La garantía de atención médica gratuita a toda la población cubana se convirtió desde los primeros momentos del triunfo de la Revolución en uno de los paradigmas sociales fundamentales. Esto se corresponde con la esencia humanista y de justicia social que caracteriza a el proceso revolucionario.

Desde el propio triunfo revolucionario se comenzó a trabajar por la creación del Sistema Nacional de Salud que llevó la acción del trabajador de la salud a los lugares más apartados. El sistema creado comenzó a realizar importantes reformas a partir de los años 60, como parte fundamental de las transformaciones del período

revolucionario y en respuesta al respeto más absoluto de uno de los derechos humanos fundamentales de todo ciudadano.

Las acciones emprendidas en el desarrollo de la red asistencial, permitieron la rápida transformación de la situación existente. Hoy Cuba cuenta con 381 áreas de salud con cobertura completa con el programa del médico de la familia, los que superan la cifra de 28,000 médicos, distribuidos en todo el país. Más del 99,1 % de la población cubana está cubierta con un médico y enfermera de la familia y se espera alcanzar el 100% en los próximos años.

Principales estrategias y programas priorizados:

-Reorientación del Sistema de Salud hacia la atención primaria y su pilar fundamental, el médico y la enfermera de la familia. La atención primaria de salud, comprende un conjunto de procedimientos y servicios de promoción, prevención, curación y rehabilitación, así como la protección de grupos poblacionales específicos y el abordaje de problemas de salud con tecnologías apropiadas de este nivel de atención, dirigido al individuo, la familia, la comunidad y el medio. La atención primaria de salud en Cuba ha sentado precedentes en la salud pública internacional, por su carácter novedoso y futurista, especialmente con la implantación y desarrollo del modelo de atención de medicina familiar a partir de 1984. El programa del médico y la enfermera de la familia, se ratifica como el eje del actual desarrollo estratégico, orientándose el resto de las estrategias a partir y en función de ella. Como expresión del impacto logrado por el desarrollo de la medicina familiar descendieron en los servicios hospitalarios los ingresos, las consultas de urgencias, las intervenciones quirúrgicas y los medios auxiliares de manera importante.

Programas de tecnologías de punta e Institutos de investigaciones. Cuba ha desarrollado un grupo de programas de atención de primer nivel para garantizar la salud de la población. Entre ellos vale destacar los programas para prevención, diagnóstico y tratamiento del cáncer, atención a las personas con insuficiencia renal, los cardiocentros, el diagnóstico precoz de las afecciones congénitas, prenatales, de sangre y hemoderivados y otros.

Esta población requiere de un sistema de actividades y atención diferenciada que cubra sus necesidades biológicas, psicológicas y sociales lo que eleva la calidad de

vida. En este sentido el Sistema Nacional de Salud conformó el Programa Nacional Integral al Adulto Mayor con un enfoque comunitario e institucional, el mismo se acompaña del desarrollo de la Geriatría y Gerontología y así estudiar mejor los aspectos de envejecimiento y sus requerimientos en el medio social.

El programa prioriza el perfeccionamiento del trabajo en la atención primaria, fundamentalmente del médico y enfermera de la familia, utiliza los círculos de abuelos y otras alternativas no institucionales con la participación comunitaria.

1.3.1 Atención primaria de salud

Cuba promociona la atención primaria de salud. “El día en que creamos que lo estamos haciendo todo bien, habremos abandonado a los pacientes”, señala la Dra. Rebeca Mendoza (2017) directora de un policlínico de La Habana, Cuba.

Las policlínicas comunitarias son el pilar fundamental del sistema de atención primaria de salud de Cuba, que desde muchos puntos de vista es uno de los más eficaces del mundo y responsable, en gran medida, de los extraordinarios indicadores sanitarios del país, cercanos o comparables a los de algunos países desarrollados. Cada policlínica proporciona servicios de salud a una zona geográfica específica y atiende aproximadamente a entre 25 000 y 30 000 personas.

A lo largo de los años setenta se crearon policlínicas en todo el país, unos años antes de la histórica Declaración de Alma-Ata de 1978 de la Organización Mundial de la Salud, en la que se pedía salud para todos mediante un acceso equitativo y universal a servicios de salud.

En los años noventa, el programa contaba con médicos y enfermeras de familia en todo el país y llegó a atender así a las necesidades de más del 95% de la población.

En 2008 se vuelven a introducir nuevos cambios en la atención primaria en Cuba para añadir servicios que antes sólo se ofrecían en los hospitales, como rehabilitación, radiología, ecografías, endoscopia, planificación familiar, urgencias odontológicas y atención a los diabéticos y a las personas de edad avanzada.

Responder a las necesidades específicas es otro cambio causado por la abolición de un tipo de policlínica más bien uniforme que se reprodujo en todo el país. Los servicios actuales responden a la situación sanitaria concreta de la comunidad atendida, otro principio fundamental de la atención primaria de salud.

1.3.2 El médico de familia como actor social

Un actor social es un sujeto colectivo estructurado a partir de una conciencia de identidad propia, portador de valores, poseedor de un cierto número de recursos que le permiten actuar en el seno de una sociedad con vistas a defender los intereses de los miembros que lo componen y/o de los individuos que representa, para dar respuesta a las necesidades identificadas como prioritarias.

También puede ser entendido como un grupo de intervención, tal que percibe a sus miembros como productores de su historia, para la transformación de su situación; o sea, que el actor social actúa sobre el exterior, pero también sobre sí mismo.

En ambos casos, el actor se ubica como sujeto colectivo, entre el individuo y el estado. En dicho sentido es generador de estrategias de acción (acciones sociales), que contribuyen a la gestión y transformación de la sociedad.

El nuevo tipo de Médico y Enfermera de la Familia sustenta su actuación profesional en el Análisis de la Situación de Salud (ASIS) comunitaria y la despenalización al aplicar el enfoque familiar. Con ello rescata la atención médica al ser humano en su amplia dimensión como ser biopsicosocial y considera la influencia del ambiente sobre su salud. Con una cobertura que alcanza a casi el 100 % de la población, se concibe inicialmente un médico y una enfermera por cada 120 familias.

La atención médica o de enfermería se ofrece ahora en la consulta de la comunidad o en el propio hogar de las personas; igual se puede acompañar a un paciente a ingresar al hospital o a realizarle un examen; visitarlo durante su ingreso y conversar directamente con el médico de asistencia cuando el caso lo requiera.

El médico de la familia comenzó a concentrarse, no sólo en la demanda de los pacientes, sino también en sus necesidades de salud no sentidas y en las acciones de educación para la salud al nivel comunitario. Se crean círculos de abuelos, de adolescentes y de embarazadas.

Estos cambios también tienen su repercusión en la atención secundaria y terciaria, las cuales, con el paso de los años, ven reducirse el número de pacientes que afluyen a cuerpos de guardia y dentro de ellos la frecuencia con que llegan los enfermos con formas graves de muchas enfermedades. El Médico de Familia gana prestigio entre el gremio médico.

La población, para quien están dirigidas las transformaciones, percibe los beneficios del nuevo modelo desde sus inicios y manifiesta gratitud y complacencia dadas las ventajas que muestra el Plan del Médico y la Enfermera de la Familia. La atención médica ha sido desde entonces mucho más personalizada, más accesible, con un enfoque preventivo y una mayor proyección social.

Estos cambios que benefician a la población se originan porque tras el triunfo revolucionario de enero de 1959 el Estado asume la máxima responsabilidad en la protección integral de la población mediante el Sistema Nacional de Salud, lo que responde precisamente al cumplimiento de lo previsto en el Programa del Moncada reflejado en La Historia me Absolverá. Comienza entonces un largo proceso para el establecimiento, consolidación y desarrollo del citado Sistema Nacional de Salud.

La medicina cubana en lo esencial no se proyecta a la curación de enfermedades sino a su prevención, mediante sus dos pilares: la medicina comunitaria y la medicina familiar, que conforman la atención primaria de la salud y que consiste en un conjunto de procedimientos y servicios de promoción, prevención, curación y rehabilitación, así como la protección de grupos poblacionales específicos y el abordaje de problemas de salud con tecnologías apropiadas de este nivel de atención, dirigido al individuo, la familia, la comunidad y el medio.

El Programa del Médico y Enfermera de la Familia en sus 35 años de puesta en funcionamiento contribuye de forma notable a los indicadores sanitarios que exhibe Cuba, comparables con los de naciones desarrolladas.

Entre ellos se encuentran la disminución de la mortalidad infantil, la cual al cierre de 2018 y por segundo año consecutivo fue de 4,0 por mil nacidos vivos, la más baja de la historia y desde hace 11 años por debajo de cinco, según el doctor Roberto Álvarez Fumero, jefe del Departamento Materno Infantil del Ministerio de Salud Pública (MINSAP).

Surgido el 4 de enero de 1984 por iniciativa del Comandante en Jefe Fidel Castro Ruz, ese programa también destaca en el aumento de la expectativa de vida de los cubanos al nacer, que es de 78,45, de acuerdo con estadísticas del MINSAP.

El programa nacional de inmunización, con una cobertura total, ha contribuido a eliminar nueve enfermedades: la poliomielitis, el tétanos neonatal, paludismo,

tosferina, difteria, rubeola, sarampión, meningoencefalitis pos parotiditis y síndrome de rubeola congénita. También sobresale que Cuba cumple desde 2015 con los indicadores que la certificaron como el primer país del mundo en eliminar la transmisión materno-infantil del VIH y la Sífilis Congénita.

Por tal motivo como parte de las transformaciones del sector es propósito continuar y fortalecer el programa de medicina familiar, exhorta a lograr que los médicos, enfermeros, tecnólogos y todo el personal de salud pública sean cada vez más humanos.

Forman parte de la atención primaria de salud: 10 mil 869 consultorios; 449 policlínicos, y 785 Grupos Básicos de Trabajo (GBT), que integran la atención primaria de salud. Como parte de la recuperación de este programa se han intervenido constructivamente en todo el país mil 276 consultorios del Médico y Enfermera de la Familia, además 244 policlínicos con más de mil objetos de obra.

Este modelo desde sus inicios cuenta con un enfoque clínico, epidemiológico y social, atención del individuo, la familia, la comunidad y el medio ambiente; y participación comunitaria e intersectorial, con el fin de mejorar el estado de salud de los habitantes en todo el archipiélago nacional.

1.3.3 Programa de atención al adulto mayor en Cuba

El envejecimiento mundial se acelera desde 1980 en que existían 550000000 de adultos mayores, con una perspectiva demográfica de 1250000000 en el año 2025.

Cuba es uno de los países latinoamericanos más envejecidos. La magnitud alcanzada en este orden y la rapidez con que se ha transformado la pirámide poblacional, constituye una preocupación en los años futuros. Conocer el estado de salud de este sector de la población así como sus demandas, ha sido siempre objeto de preocupación del estado cubano lo que se ha materializado en diferentes acciones, programas y niveles de atención, como por ejemplo, el de la atención primaria de salud, donde juega un papel importante el médico y enfermera de la familia, quienes se encargan de la dispensarización del paciente geriátrico a fin de brindarle una atención especial y contribuir a garantizarle una vida, no sólo más larga, sino también más activa y saludable.

La favorable estructura sociopolítica en el país constituye un potencial de ayuda para acondicionar todas las premisas en este programa, asegurándose además, la participación activa de la familia, la comunidad y el propio adulto mayor como protagonista.

En 1974 surge el Programa de Atención Integral al Adulto Mayor que encaminó sus esfuerzos al desarrollo de la Geriátrica. Posteriormente en 1995 con el surgimiento del plan del médico y la enfermera de la familia se integra a éste la atención al adulto mayor, desarrollándose las alternativas de atención con una mayor participación de la comunidad y el equipo de salud. Este programa, además de ofrecer una aglutinación en favor del adulto mayor, se aplica en todos los niveles de atención e incluye no sólo la salud, sino la seguridad social, los deportes, la cultura, la legislación y otros. (OPS/OMS, 2014).

En 1995 se revisa el programa estructurándolo en tres sub-programas: atención en la comunidad, en las instituciones y hospitalaria. Su objetivo es brindar una atención integral a la población de la tercera edad, con el propósito de satisfacer sus necesidades de salud cada vez más crecientes dado el volumen de efectivos poblacionales de esta edad.

El programa tiene como propósitos: contribuir a 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. Se debe tener en cuenta como protagonistas a la familia, la comunidad y el propio adulto mayor en la búsqueda de soluciones locales a sus problemas. Objetivos específicos:

- Crear una modalidad de atención gerontológica comunitaria que contribuya a resolver las necesidades socioeconómicas, psicológicas y biomédicas de los adultos mayores en ese nivel.

- Mejorar la calidad de atención y promover mejor calidad de vida en las instituciones sociales, que permitan un equilibrio entre sus necesidades y demandas biosociales y sus actividades.

La Orientación pretende que las personas usen y desarrollen sus propias capacidades y utilicen los conocimientos e información necesarios, tengan la posibilidad de

enfrentar en mejor forma sus problemas personales, de interrelación con otros y con el mundo que los rodea. La orientación es una acción educativa en la que pretende que los orientados vivan un proceso de aprendizaje, tanto en lo que se refiere a usar y desarrollar sus propias capacidades como la integración de los conocimientos e informaciones que necesiten.

Especial significación tiene ante el proceso acelerado de envejecimiento en Cuba con una esperanza de vida al nacer de casi 80 años, un cuidado prioritario a este segmento poblacional, que suma el 16 por ciento del total de habitantes de la Isla. Actualmente, el adulto mayor en Cuba se ha integrado al exitoso programa de la universalización de la enseñanza y en su totalidad egresan de las aulas con el nivel superior. En estos espacios educacionales se ofrecen asignaturas que le aportan al anciano una cultura general integral. Muchos saben manejar las nuevas tecnologías y hacen uso de interesantes software educativos. Los crecientes desafíos que nos impone el desarrollo tecnológico requieren, cada vez más, de la formación de una cultura informática. En estos años han sido tan vertiginosos los cambios ocurridos en el mundo, que resulta necesario conformar los sistemas educacionales con un carácter abierto, a fin de facilitar la adaptación de los mismos a las condiciones existentes. La informática y las comunicaciones son de los temas más atrayentes en la Universidad del Adulto Mayor.

El objetivo fundamental de estos programas es cubrir las necesidades económicas y psicosociales de este sector de la población, para elevar su calidad de vida y mantenerlo o insertarlo en su entorno familiar. Se exponen en la figura 1.1 las áreas y acciones a desarrollar.

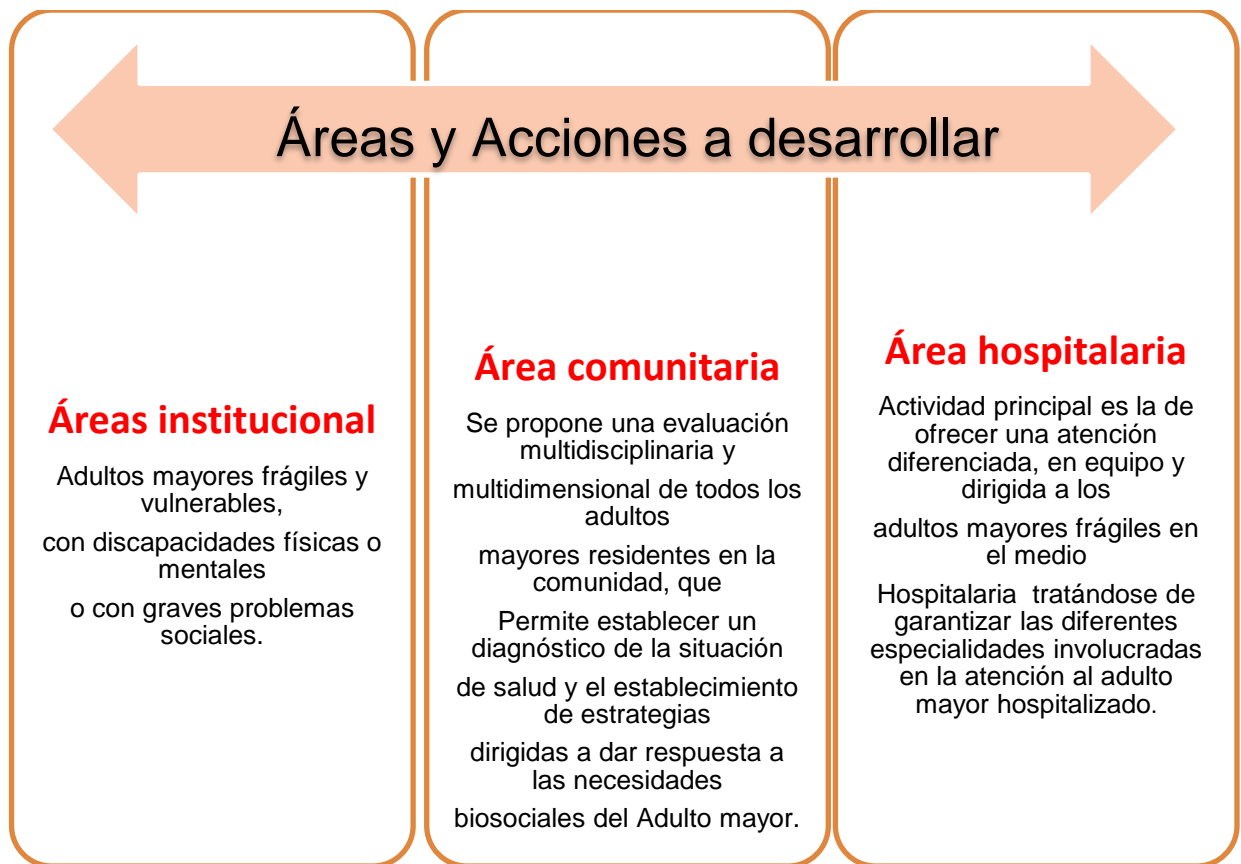


Figura 1.1. Áreas y acciones a desarrollar

Fuente: Elaboración propia

Conclusiones parciales:

El envejecimiento es un proceso universal que constituye el fenómeno demográfico más importante del siglo XXI, derivado del descenso de la fecundidad, la natalidad, la mortalidad y el aumento de la esperanza de vida. Múltiples son los factores que determinan una vejez larga y saludable, de ahí que su prevención tenga un enfoque multidimensional. El médico de la familia como actor social constituye un eslabón fundamental para la identificación de los problemas que afectan a los adultos mayores y pueden poner en práctica sistemas de actividades para su prevención. El Programa del Adulto Mayor contribuye a 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.

Capítulo 2. Aplicación del Proceder Metodológico y presentación de los resultados. Sistema de actividades para elevar la calidad de vida

En este capítulo se presenta la metodología utilizada como base de la investigación y se exponen los resultados obtenidos a partir de los métodos y técnicas aplicados para la recolección de la información según los objetivos y tareas investigativas determinadas. Se presentan los resultados obtenidos en la investigación, el sistema de actividades para mejorar la calidad de vida del adulto mayor en el consultorio No. 6 y su validación.

Diseño y procedimiento metodológico.

Se asumió el paradigma de investigación mixto por tratarse de procesos sociales que exigen la recopilación y el análisis de datos tanto cuantitativos como cualitativos, la pesquisa emprendida es explicativa y correlacionar (Hernández R, 2007) al determinar los problemas que afectan la calidad de vida del adulto mayor en el consultorio estudiado para diseñar el sistema de actividades.

El estudio de caso, fue el método fundamental de investigación empleado, al resultar muy funcional por la combinación entre la teoría y la práctica para acercarse al objeto de estudio seleccionado dentro del contexto global donde se produce, permitir el análisis de una unidad holística concreta, comprender las dinámicas de vida de los adultos mayores del consultorio No. 6, su calidad de vida, los factores que la afectan y proporcionar vías de describir, verificar y generar teoría que contribuya a diseñar las actividades que permitan mitigar su efecto .

Se siguieron las fases planteadas por Gregorio Rodríguez Gómez (2008): fase preparatoria, trabajo de campo, analítica y fase informativa.

En la primera se realizó la revisión bibliográfica que permitió conocer las características del adulto mayor, las situaciones que afectan su calidad de vida y las oportunidades para elevarla en el orden internacional y en Cuba, lo que permitió la formulación de la premisa y la determinación de las categorías de análisis.

En la segunda antes de la entrada al campo se entrevistó al médico y la enfermera, para tener la información que posibilita situarse contextualmente en el consultorio

objeto de investigación, las características de su población, la dinámica del envejecimiento y las principales necesidades y posibilidades de participación de los adultos mayores para precisar la pertinencia de una investigación de este tipo. A partir de ahí se elaboraron los instrumentos y se procede a su aplicación. Con la información recogida se pasa a la fase analítica donde mediante el Triángulo de Füller se ponderaron los factores y se diseña el sistema de actividades. Por último se entra en la fase informativa que permite socializar el resultado final.

En la investigación se formula el problema científico siguiente:

¿Cómo contribuir a elevar la calidad de vida de los adultos mayores que pertenecen al consultorio No. 6 del policlínico Samuel Fernández del Consejo Popular Playa?

Para dar respuesta al problema científico se traza como objetivo general: diseñar un sistema de actividades que contribuya a elevar la calidad de vida del adulto mayor en el consultorio No. 6 del Policlínico Samuel Fernández.

Para cumplir con el objetivo general se elaboran las preguntas científicas siguientes:

1. ¿Cuáles son los referentes teóricos que sustentan la calidad de vida del adulto mayor?
2. ¿Cuáles son los factores que afectan la calidad de vida del adulto mayor en el consultorio No. 6 del Policlínico Samuel Fernández del Consejo Popular Playa?
3. ¿Cómo elaborar un sistema de actividades dirigido a elevar la calidad de vida del adulto mayor en el consultorio No. 6 del policlínico Samuel Fernández del Consejo Popular Playa?
4. ¿Cómo validar el sistema de actividades para elevar la calidad de vida de los adultos mayores en el consultorio No. 6 del policlínico Samuel Fernández del Consejo Popular Playa?

Tareas de Investigación

1. Construcción del marco teórico referencial acerca de la calidad de vida en el adulto mayor.
2. Identificar los factores que afectan la calidad de vida del adulto mayor en el consultorio No. 6 del policlínico Samuel Fernández del Consejo Popular Playa.

3. Elaboración de un sistema de actividades para el mejoramiento de la calidad de vida del adulto mayor en el consultorio No 6 del policlínico Samuel Fernández del Consejo Popular Playa.
4. Validar el sistema de actividades para elevar la calidad de vida del adulto mayor en el consultorio No. 6 del policlínico Samuel Fernández del Consejo Popular Playa.

La investigación se inserta en el objeto de estudio: calidad de vida del adulto mayor y en el campo: calidad de vida del adulto mayor en el consultorio No. 6 del policlínico Samuel Fernández del Consejo Popular Playa.

La población: Finita, número de personas pertenecientes al consultorio No. 6 del policlínico Samuel Fernández, se selecciona una muestra aleatoria y con doble estratificación por pertenecer al policlínico Playa, por ser mayor e igual a 65 años, con el criterio de exclusión: La población menor de 65 años y que no acepten participar en la investigación.

Premisa científica: si se realizan actividades orientadas a los médicos, la familia y los adultos mayores (sistema de actividades) en el consultorio No. 6 del policlínico Samuel Fernández del Consejo Popular Playa se puede elevar la calidad de vida de este grupo poblacional.

Se escogen como categorías de análisis: calidad de vida del adulto mayor, adulto mayor y sistema de actividades.

-Se define como calidad de vida al conjunto de factores que propician el bienestar biológico, psíquico y social a partir del entorno familiar y comunitario en que se desarrolla, propiciando estados de ánimo positivo y satisfacción.

-Se considera adulto mayor a toda persona que tenga 65 años y más.

-El sistema de actividades no es más que el conjunto de acciones orientadas y dirigidas hacia el grupo básico de trabajo (GBT), la familia y hacia el propio adulto mayor que contribuye a elevar su calidad de vida al mitigar los factores que lo afectan.

2.1 Caracterización del Consultorio No.6 del policlínico Samuel Fernández García.

Para la atención primaria de salud la provincia de Matanzas cuenta un total de 28 policlínicos, de ellos cinco están en el municipio cabecera, entre los que se encuentra el policlínico Samuel Fernández, se muestra en la Figura 2.1 la estructura de la Atención Primaria de Salud (APS) municipio Matanzas.

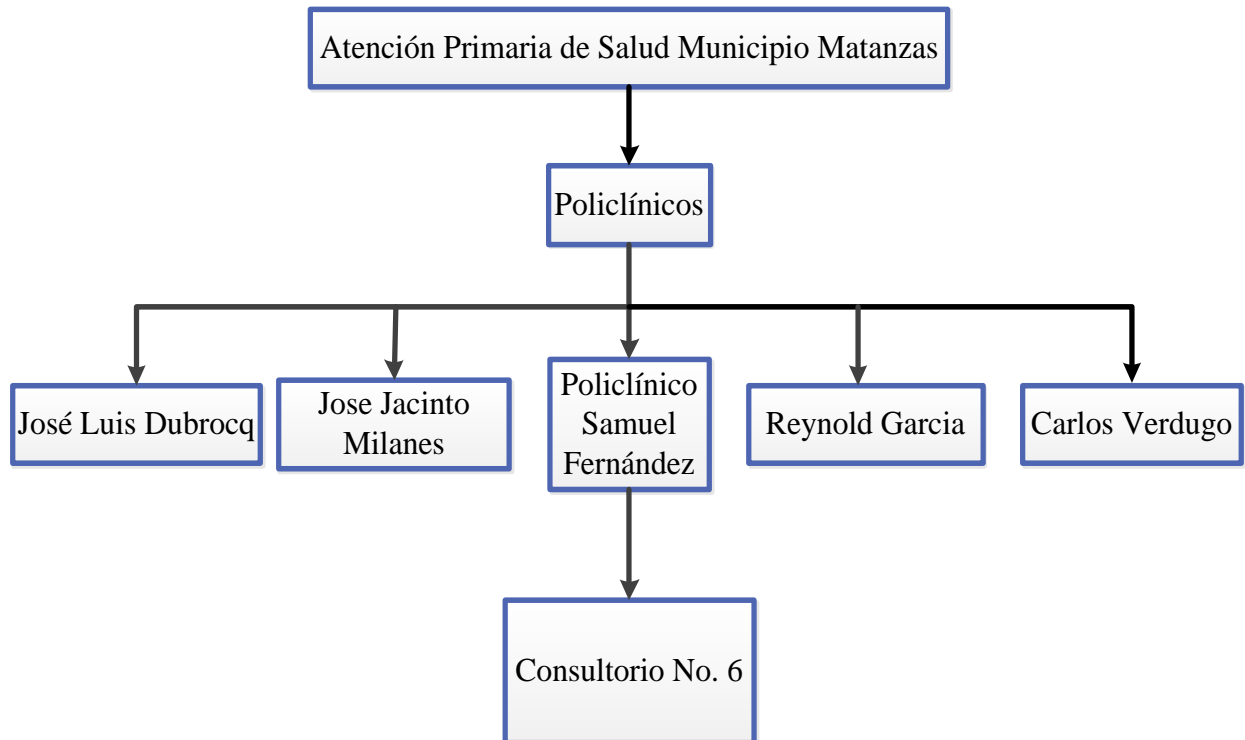


Figura 2.1. Estructura Atención Primaria de Salud municipio Matanzas **Fuente:** Elaboración propia.

El consultorio No.6 es la entidad objeto de estudio en esta investigación. Se le subordinan 48 consultorios del Médico de Familia. En él funciona un grupo básico de trabajo integrado por el médico de familia, la enfermera, psicóloga, especialista en medicina interna, pediatría, ginecosbtetricia y trabajadora social (Anexo 1). El policlínico se ubica en el Consejo Popular Playa en la avenida General Betancourt No. 26210, abarca un territorio de 8.9 km², sus límites son por el norte: la bahía matancera, por el sur: el Consejo Popular Guanábana, por el este el Consejo Popular Peñas Altas y por el Oeste el Consejo Popular Pueblo Nuevo. En el Anexo 2 se aprecian los Mapas de los límites del consultorio No.6 y la comunidad.

El consultorio limita por el norte con la calle 121 (La Merced), por el sur: Calle 129 (General Betancourt), al este: Calle Logia y Viaducto Habana-Varadero y al oeste: Calle 266 (Línea). Tiene como Misión: desarrollar los servicios en la comunidad, brindar atención integral al individuo, a la familia y a la comunidad, mediante un equipo multidisciplinario de especialistas.

En su Organización Político Administrativa la circunscripción 21 abarca las zonas 121, 50 y 178 que incluyen un total de 15 CDR (del 1 al 12 de la Zona 50 y 1, 9, y 10 de la zona 121). Cuenta con 3 Asociaciones de Combatientes de la Revolución (ACR), con tres Bloques de FMC: 1 de la zona 50, 1 de la zona 178 y 1 de la zona 121. Núcleos Zonales del PCC: 21 y 21A en Zona 50, 21B en Zona 121, 21C Zona 178. Recursos y Servicios de la Comunidad (Ver Anexo 3).

Se cuenta con Centros de Producción y Servicios que pertenecen a las áreas del consultorio no 6: el Taller de Electrodomésticos, el Tribunal Provincial Popular, el Servicentro CUPET, La Cocinita, la gasolinera Oro Negro, la unidad de Propaganda del PCC, CUPET, los Almacenes del CIMEX, el Taller de Trenes, el Banco Popular de Ahorro y el Taller de Electrodomésticos Particular, Centro de producción de medicina natural y tradicional, Educación Provincial, EMSIL.

Existen en el territorio tres instituciones educacionales: Círculo Infantil Esperanza de América, la Escuela Primaria Mariana Grajales y la ESBU Cándido González Morales. También existen instituciones culturales y recreativas como el Centro recreativo Las Palmas, los parques Infantiles de (Calle 121 Esquina Viaducto) y el Joyas Martianas, así como instituciones religiosas: la Logia Verdad.

Hay varios centros de expendio de Alimentos: Cafetería en Calle 129 #26205 e/n 262 y 264, Cafetería en Calle 262 #12505 e/n 125 y 129, Cafetería en Calle 129 e/n Logia y 254, Restaurante "Café Mundo" Calle 262 #12103 e/n 121 y 123, Restaurante "El Litoral Matancero" Calle 262 #12113 e/n 121 y 123, Cafetería en Calle 125 #25801 e/n 258 y 260, Cafetería "Café Caribe" en Calle 125 Esquina Viaducto, Restaurante "King Ball" Calle 256 # 26802 e/n levante y logia, Heladería "El Bolazo" Calzada

General Betancourt”. Otros de Alojamiento: Rent Room “El Litoral Matancero” Calle 262 #12113 e/ 121 y 123 y parques con áreas verdes: en la Calle 121 Esquina Viaducto y en la Calle 254 Esquina 129

Dentro de los Recursos de salud disponibles para los habitantes están: los de estomatología y urgencias (policlínico Samuel Fernández García), transporte sanitario, no se cuenta con servicios de rehabilitación, Óptica, ni hospitales.

Unidades militares: Estación PNR Matanzas.

Caracterización Sociodemográfica de la población:

Existen un total de 1067 habitantes, del sexo femenino 562 que representa el 52,7 % y 505 del sexo masculino para un 47,3% de la población. El Anexo 4 ilustra la distribución según género y sexo en la que se observa que el grupo de edad predominante es el de los mayores de 65 años con un 19,87 % y las féminas de este grupo etario las que mayor representación tienen con un 11,06%, estadísticas que corresponden con las registradas a nivel nacional.

La pirámide poblacional es de tipo constrictiva como se observa en la figura 2.2 ya que el grupo de edad menores de 14 años representa un porcentaje menor (12,75%) que el del grupo mayores de 65 años (19,87%). Además, como el grupo de mayores de 65 años representa el 19,87% del total de la población, estamos ante una población clasificada como muy envejecida al ser mayor al 16% este grupo etario. El mayor grupo de edad es el de las mujeres mayores de 65 años con un

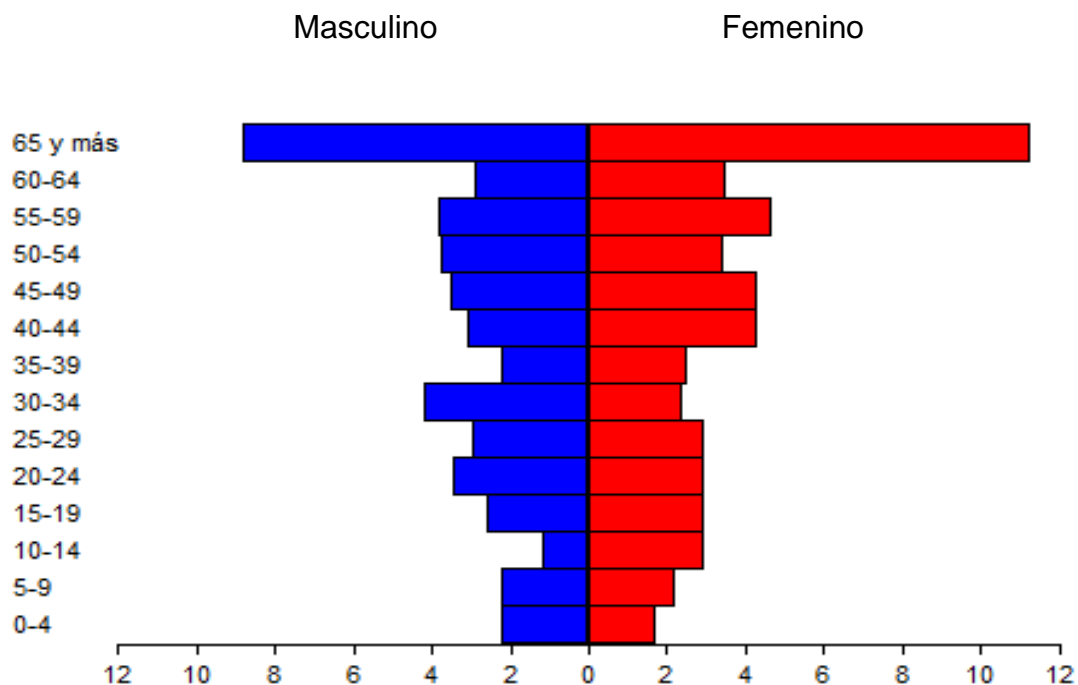


Figura 2.2. Pirámide poblacional del Consultorio No.6 **Fuente:** Elaboración propia.

El nivel escolar de la población que se aprecia es alto (figura 2.3), los niveles educacionales predominantes son el preuniversitario con un 31,02% y el universitario con un 19,78%, lo cual demuestra que en la comunidad existe un nivel que posibilita el trabajo con el adulto mayor para elevar su calidad de vida.

De los adultos mayores que pertenecen al consultorio el 8,15% son preuniversitarios, el 7,02% son universitarios y el 2,03% técnicos medios, por lo que resulta importante su aporte en la transmisión de conocimientos a la comunidad e intercambio entre los propios adultos mayores.

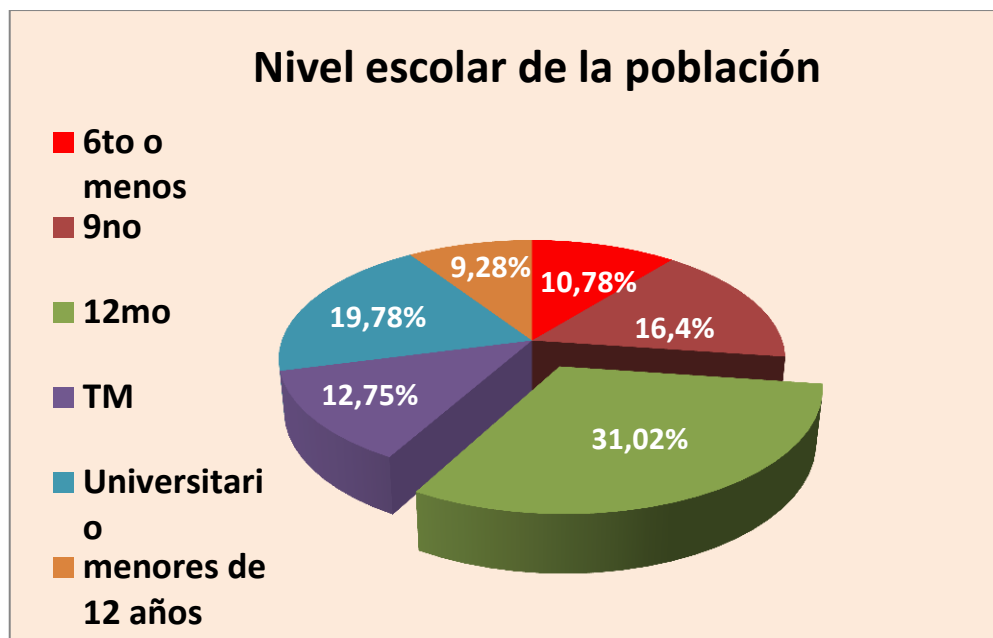


Figura 2.3. Nivel escolar de la población

Fuente: Elaboración propia.

En relación con el nivel educacional alto que poseen los pobladores del territorio, existen diferentes ocupaciones que se muestran en el Anexo 5. Existe un predominio de trabajadores cuenta propistas, 108 para un 10,12%, jubilados 182 (17,06%), trabajadores de salud 50 para un 4,69%, del turismo 44 con un 4,12 %. Debemos aclarar que en el grupo “Otros” que representa el 3,19% se incluyen profesiones tales como: abogado, trabajadores del aeropuerto, administrador, dependiente cajero, etc.

Las familias se clasifican según la ontogénesis, con predominio de las nucleares con 156 núcleos (48,15 %), es decir, un matrimonio solo o matrimonio con 1 hijo. Le siguen las extensas con 114 núcleos (35,19 %) y las de un solo miembro con 45 para un 13,89 %. De estas últimas solo un 2,3 % son de adultos mayores no dependientes económicamente de sus familiares. Anexo 6.

La Figura 2.4 muestra el percápita por familia de la población.

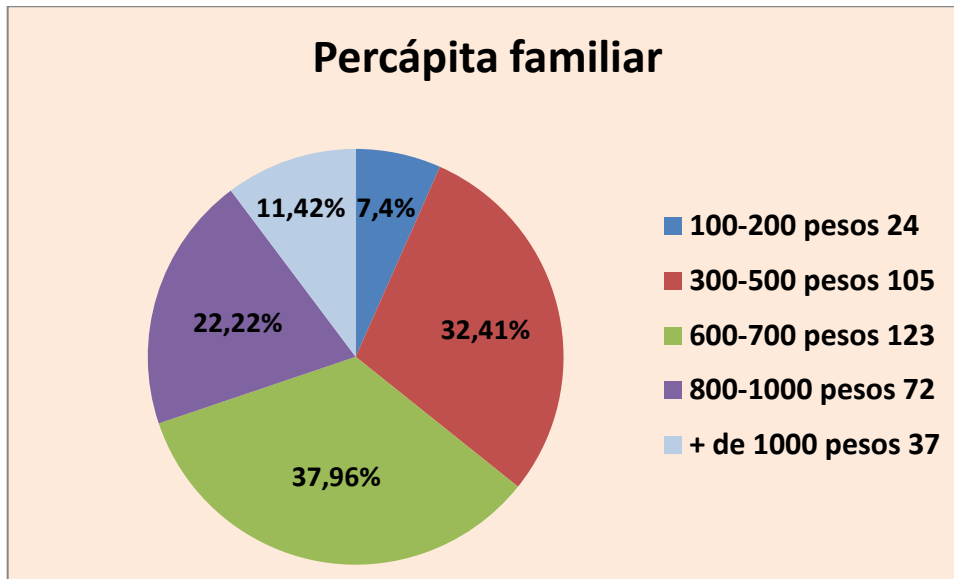


Figura 2.4. Percápita familiar de la población **Fuente:** Elaboración propia.

En la figura 2.4 se muestra que un 37,96% de las familias posee un ingreso per cápita entre 600 y 700 cup que se corresponde con el alto nivel y porcentaje de familias cuyos miembros poseen títulos universitarios y trabajos en el sector del turismo. En el caso de las 24 familias con un ingreso per cápita entre 100 y 200 pesos que representan el menor porcentaje, se puede ver afectada la calidad de vida y la satisfacción de necesidades básicas.

Razón de dependencia:

En las 324 familias tomadas como muestra de la población total del consultorio el número de personas mayores de 65 años dependientes de la población económicamente activa es de 45.

Al calcular la razón de dependencia, se obtiene:

$$\begin{aligned} \text{Razón de dependencia} &= \frac{\text{Número de personas de 65 años dependientes}}{\text{Número de personas de edades de 15 – 59 años}} \times 100 \\ &= \frac{45}{651} \times 100 = 7 \end{aligned}$$

La razón de dependencia de las personas mayores de 65 años es de 7 por cada 100 personas en edad productiva aproximadamente. La tasa es baja y significa que no

existe una gran cantidad de personas mayor de 65 años completamente dependientes de la población económicamente activa.

La población cuenta con un total de 324 familias. Predominan las nucleares con un 48,15 % conformada por parejas solas o con un solo hijo, seguido de las extensas que representan el 35,19%. Esta clasificación es según la ontogénesis como se observa en el Anexo 6.

Dentro de los factores que elevan el envejecimiento de la población en estudio se citan:

La fecundidad disminuida y se expresa de la manera siguiente:

Mujeres en edad fértil: 243

Tasa de Fecundidad General (TFG):

$TFG = \frac{\text{Número de nacidos vivos}}{\text{No. Mujeres en edad fértil}} \times 10^n$

No. Mujeres en edad fértil

$TFG = \frac{9}{243} \times 1000$

$TFG = 37$

En el período que se analiza hubo un total de 9 nacimientos, y en la muestra un total de 243 mujeres en edad fértil, o sea, comprendidas entre los 15 y 49 años lo que representa que por cada 1000 mujeres en edad fértil se produjeron 37 nacimientos vivos, lo cual se encuentra por debajo de la TFG a nivel nacional que es de 45.1 en este período.

Natalidad disminuida

$$\begin{aligned} \text{Tasa bruta de natalidad (TBN)} &= \frac{\text{Número de nacidos vivos en la población}}{\text{Total de población}} \times 10^n \\ &= \frac{9}{1067} \times 1000 = 8,4 \end{aligned}$$

En la población en estudio, del Consultorio No.6 del Samuel Fernández de Playa, durante el período transcurrido de julio del 2018 a octubre del 2019, se produjo 8,4 nacimientos por cada 1000 habitantes; cifra inferior a la tasa nacional que fue en el 2019 de 11.1; de acuerdo al resultado de la variante que es bajo crecimiento, se debe realizar una ardua labor en el control de las mujeres en edad fértil con riesgo pre-concepcional, en la captación y durante el embarazo para asegurar el crecimiento poblacional.

Las Migraciones:

Emigraciones: 2

| |
|---|
| Tasa de Emigración (E) |
| $E = \frac{\text{No. De emigrantes} \times 10^n}{\text{Población total}}$ |
| $E = \frac{24}{1067} \times 1000 = 22,4$ |

Inmigraciones: 13

| |
|--|
| Tasa de inmigración (I) |
| $I = \frac{\text{No. De inmigrantes} \times 10^n}{\text{Población total en lugar de destino}}$ |
| $I = \frac{13}{1067} \times 1000$ |
| $I = 12,2$ |

En este período por cada mil habitantes salieron de la zona 22,4 habitantes. Las causas fundamentales del desplazamiento poblacional fueron económicas y por reunión familiar. También por cada mil habitantes, arribaron a la zona 12,2 habitantes valor menor a la tasa de emigración nacional.

El comportamiento en la población de la morbilidad por enfermedades crónicas no transmisibles se expresa en el Anexo 7. Se observa una alta prevalencia del Tabaquismo con un 26,0% seguido de la HTA con un 23,8%. En relación a los estándares nacionales se aprecia que existe un mayor porcentaje en prevalencia de determinadas afecciones tales como DM tipo II, Asma Bronquial y Tabaquismos, mientras que, en el caso de la enfermedad cerebro vascular (ECV), la Obesidad y las Hiperlipidemias se aproximan a los promedios nacionales, otras como la insuficiencia renal crónica (IRC), la HTA y el Alcoholismo se mantienen alejadas de los estándares del país debido posiblemente a un gran sub-registro y el no pesquisaje adecuado de estas patologías.

Se aprecia que la principal discapacidad presentada fue la Físico-Motora con una prevalencia de 1.59 casos por cada 100 habitantes. Solo hubo incidencia de deficiencia visual con 0.19 casos nuevos por cada 100 habitantes, durante el período estudiado.

Como se conoce la medicina cubana es preventiva y es el médico de familia con su enfermera los principales actores sociales de este escenario. Para tener un control de esta población y dirigir el sistema de actividades se dispensariza de la manera siguiente:

Tabla 2.1 Distribución de la población según su dispensarización

| GRUPO | Total | % |
|-----------------|--------------|----------|
| I Sano | 93 | 8,73% |
| II Con Riesgo | 419 | 39,34% |
| III Enfermo | 512 | 48,07% |
| IV Con Secuelas | 41 | 3,84% |

Fuente: Historias Clínicas Familiares

Como se puede ver en la tabla 2.1, en las 324 familias de la población del consultorio No. 6, el grupo dispensarizado con mayor porcentaje corresponde a los enfermos o grupo III con un 48,07 % seguido del grupo de riesgo con un 39,34% los cuales no pueden dejar de mencionarse debido a las acciones de salud que hay que realizar sobre estos para evitar su conversión al grupo III o IV.

En el caso específico de los adultos mayores (mayores e iguales de 65 años) que no padezcan de enfermedades crónicas no transmisibles se ubican directamente en el grupo de riesgo (grupo II) ya que están expuestos a cambios biológicos, psicológicos y sociales que los hacen vulnerables a eventos como: aislamiento, caídas, enfermedades crónicas.

Una vez caracterizada la población objeto de estudio se seleccionan las herramientas adecuadas para realizar el diagnóstico de los principales factores que afectan al Adulto Mayor en el Consultorio No. 6.

2.2 Selección y Aplicación de las herramientas. Diagnóstico de los principales factores que afectan al Adulto Mayor en el Consultorio No. 6

Para la recolección de los datos e identificación de los principales factores que influyen en la calidad de vida del adulto mayor se emplean las siguientes herramientas:

La encuesta: técnica de recogida de información, donde no es necesaria la presencia del encuestador. De esta forma se redactan una serie de preguntas y se les aplican a aquellas personas que se considera que pueden opinar sobre la problemática de la investigación, cuyas respuestas se obtienen en forma escrita u oral. Es un método

que estudia determinados hechos o fenómenos por medio de lo que los sujetos expresan sobre ellos. Debe ser realizada solo cuando estén definidos claramente los objetivos para los que se elabora y las condiciones de su aplicación (Rodríguez, 2006).

Los principios bioéticos se ponen en práctica respetando la autonomía de los pacientes, con beneficencia, la no maleficencia y la justicia.

De una población total de 1067 habitantes que pertenecen al consultorio No.6, se aplica el diseño de la encuesta a pacientes que sobrepasan los 65 años, se determina el tamaño de la muestra y se aplican, con la ayuda de los miembros del GBT, un total de 137 encuestas (Anexo 8) con el objetivo de obtener un listado de los principales factores que afectan su calidad de vida.

Para determinar el tamaño de la muestra se utilizó la siguiente fórmula, la población objeto de estudio es finita (≤ 1000)

$$n = \frac{Z^2 \sigma^2 N}{e^2(N-1) + Z^2 \sigma^2}$$

$$n = \frac{(1.96)^2 (0.5)^2 212}{(0.05)^2(212-1) + (1.96)^2(0.5)^2}$$

$$n = \frac{2.0352}{1.4875} = 1.368 = 137 \text{ (Tamaño de la muestra del número de encuestas)}$$

Donde:

N = tamaño de la población, con doble estratificación=212

σ = Desviación estándar de la población, que generalmente cuando no se tiene su valor, suele utilizarse un valor constante de 0,5.

Z = Valor obtenido mediante niveles de confianza. Es un valor constante que, si no se tiene su valor, se lo toma en relación al 95% de confianza equivale a 1,96 (como más usual) o en relación al 99% de confianza equivale 2,58, valor que queda a criterio del encuestador.

e = Límite aceptable de error muestral (0,05)

De las encuestas aplicadas se identificaron 39 factores que afectan la calidad de vida del adulto mayor perteneciente a la población en estudio, los que se llevan a una tabla de distribución de frecuencia que permite seleccionar a los 10 de mayor frecuencia que se listan a continuación:

Listado de factores

F1: Insuficientes actividades de esparcimiento en la comunidad con locales subutilizados.

F2: Poco aporte del AM al desarrollo local

F3: Dificultad para realizar las actividades instrumentadas de la vida diaria.

F4: Dificultad en la adquisición de los medicamentos e insumos de encamados.

F5: Presencia de Barreras arquitectónicas.

F6: Ausencia de la atención médica especializada para la tercera edad (Geriatra).

F7: Poco conocimiento sobre los malos hábitos alimentarios, tóxicos y sedentarismo.

F8: Dificultad para la adquisición de ortesis para las diferentes discapacidades (espejuelos, soportes ortopédicos, prótesis dentales y auditivas).

F9: Dificultad para recibir medicina física y de rehabilitación.

F10: Pérdida del papel social. ("Extraño mi profesión).

F11: Dificultad para el disfrute de una jubilación satisfactoria.

F12: Poca gestión de los actores sociales para su atención.

F13: No funcionamiento de la Universidad del AM.

F14: Funcionamiento inadecuado del círculo de abuelos.

F15: Ausencia de cajeros automático en la comunidad.

El método del Triángulo de Füller se utiliza como método de ponderación de los factores de riesgos. Pertenece a la familia de los llamados métodos de comparaciones pareadas o por parejas donde se encuentra también el método de Proceso Analítico Jerárquico (PAJ). Con su aplicación se obtiene un vector de importancia o peso de los factores que afectan la calidad de vida del adulto mayor y que abarcan desde K1 hasta K.15. Se debe aclarar, que este método al igual que el

Método PAJ, da como resultado de su aplicación un tipo de ponderación subjetiva y para ello el decisor se enfrenta con el esquema del Triángulo, cuyas filas están formadas por un arreglo de pares de factores, como sigue en la figura 2.5.

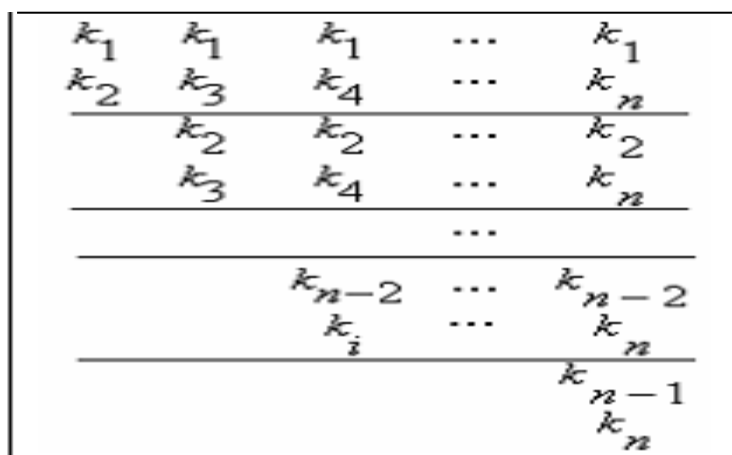


Figura 2.5. Triángulo de Füller **Fuente:** HAPSNET, 2008

- 1) El decisor (la autora) expresa su preferencia en cada par de factores que él considera más importante Anexo 9.
- 2) Conteo de marcas y cálculo de la sumatoria en la tabla 2.2.

Tabla 2.2 Conteo de marcas

| Factores | No.marcas | Factores | No.marcas | Factores | No. marcas | TOTAL |
|-----------------|------------------|-----------------|------------------|-----------------|-------------------|--------------|
| F1 | 3 | F6 | 5 | F11 | 14 | |
| F2 | 2 | F7 | 9 | F12 | 14 | |
| F3 | 3 | F8 | 2 | F13 | 4 | |
| F4 | 6 | F9 | 13 | F14 | 4 | |
| F5 | 6 | F10 | 12 | F15 | 8 | |
| TOTAL | 20 | | 41 | | 44 | 105 |

Fuente: Elaboración propia

3) Al tener en cuenta el valor individual de marcas de cada factor se puede hallar el total o sumatoria de marcas de los atributos, donde $n = \#$ de factores.

$$TM = \frac{n(n-1)}{2} = \frac{15(15-1)}{2} = 105$$

4) Ponderación del factor F por el decisor j

$$W_{jk} = \text{MAK} / \text{TMK}$$

$$k = F$$

(Vector de Ponderación)

TMK: Total de Marca de los Factores=105

MAK: Valor individual de Marca.

$$W_{jF1} = 3/105 = 0.029$$

$$W_{jF2} = 2/105 = 0.019$$

$$W_{jF3} = 3/105 = 0.029$$

$$W_{jF4} = 6/105 = 0.057$$

$$W_{jF5} = 6/105 = 0.057$$

$$W_{jF6} = 5/105 = 0.048$$

$$W_{jF7} = 9/105 = 0.086$$

$$W_{jF8} = 2/105 = 0.019$$

$$W_{jF9} = 13/105 = 0.124$$

$$W_{jF10} = 12/105 = 0.114$$

$$W_{jF11} = 14/105 = 0.133$$

$$W_{jF12} = 14/105 = 0.133$$

$$W_{jF13} = 4/105 = 0.038$$

$$W_{jF14} = 4/105 = 0.019$$

$$W_{jF15} = 8/105 = 0.019$$

5) Los cálculos respectivos, y el peso subjetivo resultante de cada criterio de acuerdo con la información brindada en la matriz criterio - criterio se exponen Anexo 10.

6) Cálculo de la media. Aplicación de Escala de Likert.

$$X = \frac{3+2+3+6+6+5+9++2+13+12+14+14+4+4+8}{15(\# \text{ de factores})} = \frac{105}{15} = 7$$

Una vez hallada la media de la frecuencia de aparición de los factores, se valora que aquellos factores que se encuentren por encima del valor de la media son de alta y de muy alta importancia. Aquellos que se encuentren por debajo de los valores de la media serán de baja y muy baja importancia y es hacia ellos que se dirige el plan de mejoras. (Tabla 2.3)

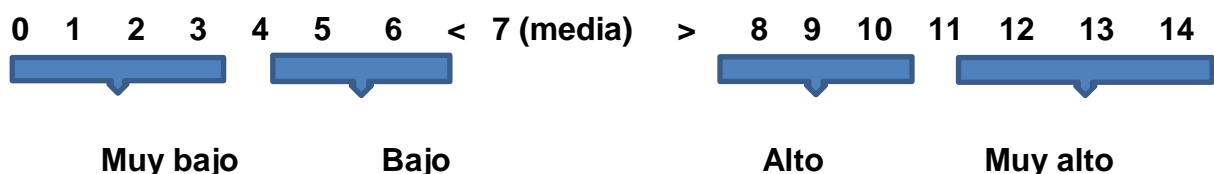


Tabla 2.3. Distribución de factores según la Escala de Likert

| 1(muy baja) | 2(Baja) | 3(Media) | 4(Alta) | 5 (Muy Alta) |
|-------------|---------|----------|---------|--------------|
| F1 | F4 | | F15 | F9 |
| F2 | F5 | | | F10 |
| F3 | F6 | | | F11 |
| F8 | F7 | | | F12 |
| | F14 | | | |
| | F13 | | | |

Fuente: Elaboración propia

7) Determinación del Grado de Presencia Tabla 2.4.

Xjki (Variable Percepción)

K=F

Tabla 2. 4. Grado de Presencia

| Xjf1 | Xjf2 | Xjf3 | Xjf4 | Xjf5 | Xjf6 | Xjf7 | Xjf8 |
|------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|------|
| 3 | 2 | 3 | 6 | 6 | 5 | 9 | 2 |
| Xjf9 | Xjf10 | Xjf11 | Xjf12 | Xjf13 | Xjf14 | Xjf15 | |
| 13 | 12 | 14 | 14 | 4 | 4 | 8 | |

Fuente: Elaboración propia

8) Hallar el indicador individual de cada factor (Idi).Anexo 11.

Para calcular el Indicador individual para cada factor se Multiplica el Vector de Ponderación del Atributo (w_{jki}) la cual constituye la variable de peso por el Grado de Presencia del Atributo (x_{jki}) siendo esta la variable de percepción. Donde: j (decisor), K (factor), i (actor).

$$(Idi) = (w_{jki}) \cdot (x_{jki})$$

Cálculo del indicador individual de cada factor

9) Indicador Global

El cálculo del indicador global se realiza a través de la sumatoria de todos los indicadores individuales convirtiéndose en un indicador sintético y discreto.

$$Id \text{ Global} = \sum_{C=1}^K 1 W_{jf1} \cdot X_{jf1i} + \dots + W_{jfn} \cdot X_{jfn} \quad n=15$$

$$Id \text{ Global:} \\ = 0.87 + 0.038 + 0.87 + 0.342 + 0.342 + 0.24 + 0.774 + 0.038 + 1.612 + 1.368 + 1.862 + 1.862 + 0.152 + 0.608 = 11.13$$

10) Matriz Importancia -Percepción

Para la mejora de productos y servicios, el Análisis Importancia – percepción (IPA) constituye un instrumento ampliamente utilizado para comprender mejor los puntos fuertes y las Áreas de mejora de un producto o servicio, con el fin de determinar cuáles de estas últimas deben ser prioritarias como objetivos de mejora.

Esta herramienta, formulada por Martilla y James (1977), parte de las puntuaciones obtenidas por los factores tanto en importancia como en percepción para obtener una matriz 2 x 2 que indica, en cada cuadrante, el tipo de acción a llevar a cabo. Su simplicidad hace posible que los directivos de una organización perciban lo que representa un rendimiento aceptable, superior o inferior, con relación al punto de vista del decisor sobre lo que es realmente importante.

El IPA (Análisis Importancia Percepción) se representa según se muestra en la figura 2.6 Se observa cómo los ejes de ordenadas y de abscisas se corresponden, respectivamente, con las dimensiones de importancia y de percepción.

¿Cómo interpretar la Matriz IP?

Las puntuaciones medias en importancia y percepción de cada factor determinan su posición en el gráfico. Según el cuadrante en el que sitúe cada uno de los factores recomendará un tipo de acción u otro.

Cuadrante I: Concentrarse aquí. Alta importancia y bajo rendimiento. Son factores valorados como importantes y cuyo rendimiento es bajo. Sobre estos requerimientos, que suponen una debilidad, habrá que centrar los esfuerzos para la mejora de productos o servicios.

Cuadrante II: Mantener el buen trabajo. Representa las fortalezas. Alta importancia y alta valoración del rendimiento. Factores valorados por los pacientes como importantes y ante los que el servicio responde con un buen rendimiento.

Cuadrante III: Baja prioridad. Baja importancia y bajo rendimiento. Factores considerados como menos importantes, con un rendimiento que es considerado igualmente bajo. Son factores con baja prioridad para efectuar acciones de mejora.

Cuadrante IV: Posible exceso de recursos. Baja importancia y alto rendimiento. La organización no se plantea mejorar en estos aspectos. Incluso puede considerar reevaluar los recursos que se dedican a ellos.

En la mejora de productos y servicios, la formulación original del IPA plantea que el posicionamiento de las líneas en los ejes de la matriz se haga según el criterio del investigador, ya que el valor del análisis está en determinar la relación de los niveles de importancia y rendimiento.

En unas aplicaciones del IPA, el punto en que se posicionan los ejes está definido por el promedio de las escalas. Por ejemplo, al utilizar como medidas de importancia y de rendimiento una escala de 1 al 5 los ejes que dividen la matriz en las cuatro Áreas se situarán en el valor 3 de cada una de las dos dimensiones (importancia - rendimiento). Se utiliza también, para definir el posicionamiento de los ejes, las medias de las puntuaciones de importancia y de rendimiento.

En la Matriz de IP obtuvimos que en el cuadrante de alta importancia y alto rendimiento se encuentran los factores 9, 10, 11, 12, y 15 los cuales son identificados como problemas en los que se mantiene el trabajo diario por su alta importancia, donde la acción es planificar y programar sin urgencia, constituyen fortalezas para el grupo básico de trabajo que atienden al adulto mayor y se le sugiere continuar con el trabajo.

Uno de los de los factores de ese cuadrante es la dificultad para adquirir la medicina física y de rehabilitación (F9), el local más cercano está a más de un Km, la Clínica de los Alemanes por lo que se necesita transporte para muchos de ellos. En otros casos hay dificultad para que el técnico de fisioterapia acuda a los domicilios.

El factor (10), pérdida del papel social (extraño mi profesión) tiene gran repercusión, los adultos plantean que cuando se jubilan ya dejan de ser importantes, dejan de ser médicos ,maestros, carpinteros son olvidados por sus compañeros de toda la vida ,esto repercute negativamente en la autoestima, a veces se llega al aislamiento.

En el cuadrante de baja importancia y bajo desempeño se encontraron los factores 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 13 y 14 que constituyen las oportunidades de mejora y pudieran servir para atenuar las amenazas.

Las insuficientes actividades de esparcimiento para el adulto mayor (F1) y el inadecuado funcionamiento del círculo de abuelo (F14) son factores importantes, los mismos plantean que a pesar de existir espacios subutilizados no existe preocupación por parte de los decisores locales ni de la propia familia para pensar en ellos. Se realizan actividades en parques aledaños para los niños pero no para su edad.

Hacia estos factores se dirige el sistema de actividades para lograr su solución. En el cuadrante de baja importancia y alto desempeño que se caracteriza por esfuerzo mal invertido no se ubicaron factores (Figura 2.6)

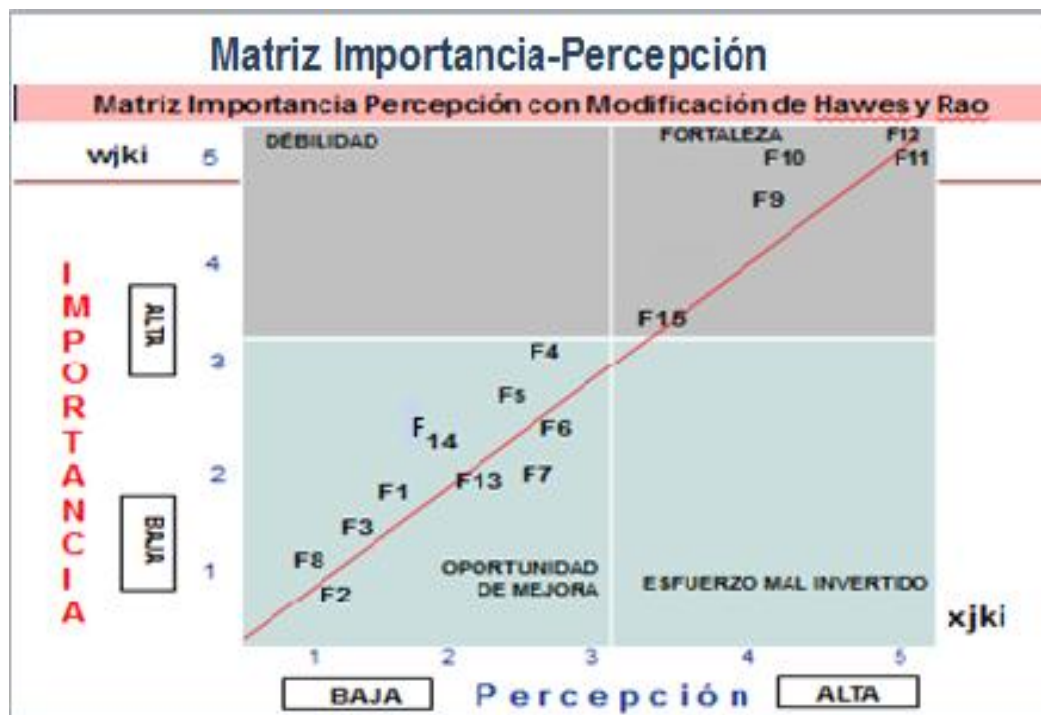


Figura 2.6. Matriz Importancia Percepción

Fuente: Elaboración Propia

-Diagrama Causa - Efecto: Es una forma de organizar y representar las diferentes teorías propuestas sobre las causas de un problema. Se conoce también como

diagrama Ishikawa (por su creador, el Dr. Kaura Ishikawa, (1943), o diagrama de Espina de pescado y se utiliza en las fases de diagnóstico y solución de la causa. En la figura 2.7 se elabora el diagrama causa-efecto, después de realizar el diagnóstico de los factores que constituyen las debilidades (matriz IP) y en los que se puede diseñar el sistema de actividades para contribuir a elevar la calidad de vida de los adultos mayores pertenecientes al consultorio No.6 del policlínico Samuel Fernández.

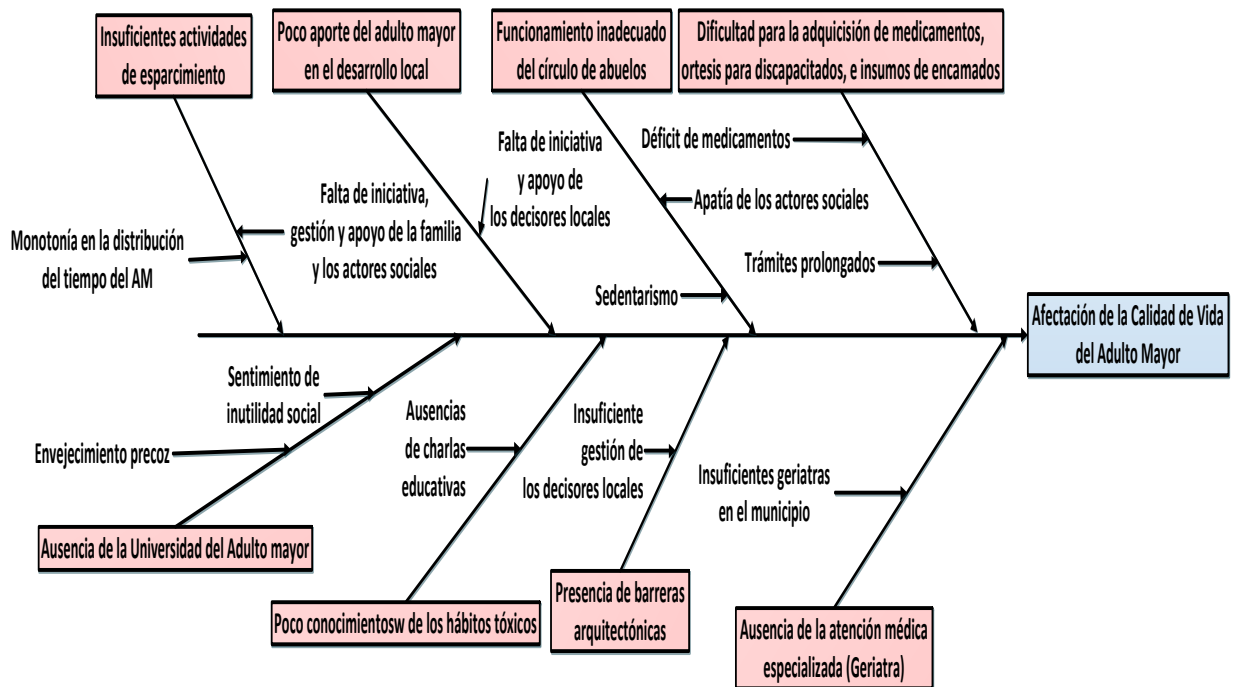


Figura 2.7. Diagrama causa- efecto

Fuente: Elaboración propia

Al ponderar los factores que afectan la calidad de vida del adulto mayor y por su ubicación en el esquema anterior se decide diseñar el sistema de actividades para mitigar los efectos negativos que provocan. Los que se sitúan en los cuadrantes de alta importancia y alto desempeño como: la dificultad para el disfrute de una jubilación satisfactoria (F11), la poca gestión de los decisores locales para garantizar el esparcimiento de los adultos mayores (F12), poco aporte del adulto mayor al desarrollo local, es decir, no se realizan actividades de intercambio, no se aprovechan las manualidades, sus profesiones, sus experiencias.

Se usan otras herramientas como: Microsoft office Visio para la confección del hilo conductor de la investigación y del esquema de Atención Primaria de Salud, Microsoft Excel para la realización de los gráficos.

2.3 Diseño del sistema de actividades para mejorar la calidad de vida del adulto mayor en el consultorio No. 6

Los antecedentes teóricos en torno a la definición de un sistema se encuentran en la filosofía, en el pensamiento marxista (Engels, 1984); (Lenin, 1985), lo consideran un elemento fundamental en la concepción dialéctico materialista de la realidad y diferencian como se desarrollan los sistemas naturales de los sociales, en los que la actividad consciente del hombre tiene un lugar determinante. Para el filósofo soviético (Kursanov, 1979) el sistema es “un conjunto íntegro de elementos ligados entre sí tan íntimamente, que aparecen como un todo único respecto a las condiciones circundantes y a otros, sistemas”. (Kursanov G, 1979).

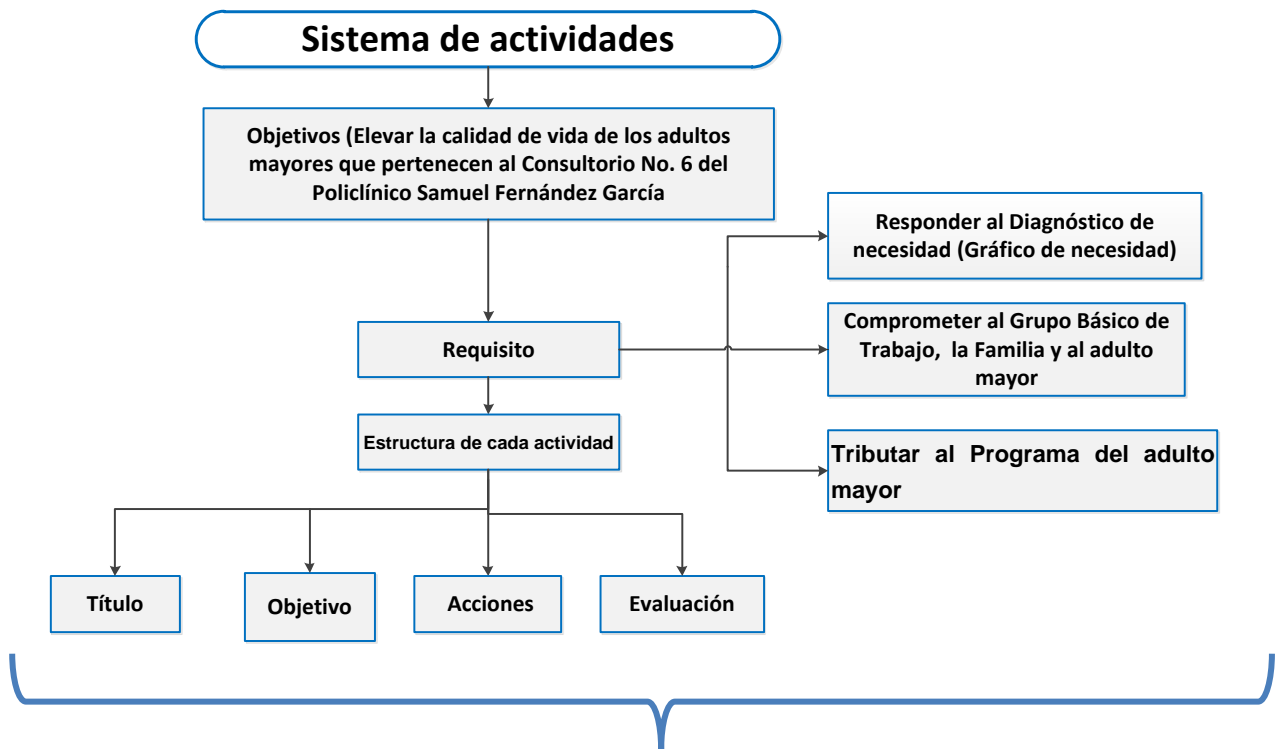
Desde mediados del siglo XX el término se ha utilizado en la investigación social para referir a un conjunto de acciones, métodos, tareas para alcanzar un objetivo determinado. En el ámbito particular de la educación Martínez (2008), refiere que el sistema de actividades puede definirse como un resultado científico, al considerarlo un conjunto de actividades relacionadas entre sí de forma tal que integran una unidad y que contribuye al logro de un objetivo general como solución a un problema científico previamente determinado.

El propio autor expresa que el sistema de actividades se clasifica atendiendo a su contexto, su objetivo y a quiénes van dirigidas; además de valorar entre sus elementos estructurales aspectos como: el objetivo general, los requisitos generales para su implementación y funcionamiento, el título de la actividad, el objetivo específico, las acciones y procedimientos de cada actividad, entre otros aspectos Martínez González, L E, (2008).

Para Hidalgo García, Doralis (2013) la elaboración de un sistema de actividades educativas para la prevención social debe partir de las necesidades presentes en los que participaran en las mismas, ser flexibles, estar planificadas y ser evaluadas, por lo que en su estructura incluyen: el objetivo general, los requisitos y la estructura de cada actividad (título, objetivo, acciones y evaluación)

En correspondencia con estos presupuestos teóricos la autora de la investigación a partir de estos referentes teóricos considera que puede diseñarse un sistema de actividades para mejorar la calidad de vida del adulto mayor en el consultorio No. 6 (objetivo general). Que responda a las necesidades identificadas por los mismos (espina de pescado), que sea flexible, tribute al Programa del adulto mayor y considere a la familia, los adultos mayores y al GBT.

En la figura 2.8 se ejemplifica la estructura del sistema de actividades a emplear.



Relación de intercambio entre los actores sociales y sujetos implicados en el proceso

Figura 2.8. Estructura del Sistema de Actividades

Fuente: Elaboración Propia

Se diseñan acciones encaminadas a mejorar todos aquellos factores identificados y van a estar dirigidas hacia el GBT, las familias y el propio adulto mayor como se muestra en la tabla 2.5 (Sistema de actividades para elevar la calidad de vida).

Tabla 2.5 Sistema de actividades para elevar la calidad de vida

| No. | Título | Objetivo | Acciones | Evaluación |
|-----|---|--|--|--|
| 1 | Vinculación entre los adultos mayores y el proyecto Mente Sana en Cuerpo Sano | <p>-Intercambiar experiencias para lograr una ancianidad feliz.</p> <p>Jefe del Proyecto Mente Sana en Cuerpo Sano y Grupo Básico de Trabajo)</p> | <p>-Invitar al jefe y algunos miembros del proyecto Mente Sana en Cuerpo Sano.</p> <p>-Convocar adultos mayores y GBT.</p> <p>-Brindar experiencias por parte del proyecto e incentivar a los miembros del GBT</p> | Recogida de la opinión de los participantes |
| 2 | Aplicación del Proyecto Sociocultural Longevidad Activa | <p>-Rescatar el círculo de abuelo</p> <p>(Grupo Básico de trabajo y Licenciado en cultura Física, adultos mayores y familiares).</p> | <p>-Convocar a los adultos mayores interesados.</p> <p>-Realizar charlas educativas que expliquen la importancia del ejercicio físico.</p> <p>-Poner en práctica el círculo de abuelos</p> | Recogida de la opinión de los participantes |
| 3 | Principales causas que afectan a una vejez saludable. | <p>-Demostrar los efectos nocivos que provoca el tabaquismo, el alcohol, los malos hábitos alimentarios.</p> <p>(Médico de la familia y adultos mayores)</p> | <p>-Escoger el lugar para el intercambio.</p> <p>-Convocar a los adultos mayores y familiares interesados.</p> <p>-Charlas educativas sobre factores de riesgo que influyen en la calidad de vida.</p> | Recogida de la opinión de los participantes |
| 4 | Aprovechamiento de espacios subutilizados en el esparcimiento del adulto mayor. | <p>Aprovechar el espacio subutilizado en el consultorio No. 6 para actividades como:</p> <p>campeonatos de dominó, tardes de danzón, peñas campesinas y</p> | <p>-Preparar el local del consultorio (Salón subutilizado)</p> <p>-Convocar a los participantes</p> <p>-Coordinar con la casa de la cultura, peñas campesinas, para garantizar los artistas.</p> <p>-Coordinar con el Inder para el apoyo de</p> | Al concluir solicitar el criterio de los participantes (PNI) |

| | | | | |
|---|---|---|---|--|
| | | mexicanas. (Miembros del GBT, casa de cultura, INDER) | materiales deportivos, juegos interactivos (Dominó) | |
| 5 | La Universidad del adulto mayor como fuente de conocimientos. | -Rescatar el funcionamiento de la Universidad del adulto mayor (GBT y adultos mayores, miembros de educación, jefe del joven club de computación). | -Comprometer a los actores y decisores locales para el rescate de la Universidad del mayor. -Hacer un levantamiento con los interesados. -Elegir el local. -Coordinar con educación los posibles programas a impartir. | Opinión de participante. |
| 6 | Aporte de los adultos mayores al desarrollo local. | -Elaborar manualidades para el diseño de carteles y otras iniciativas que promuevan el cuidado del Medio Ambiente y aporte al desarrollo local. (GBT y trabajadora social, instructora de arte). | -Citar a los participantes -Recopilar materiales para confección de plegables y manualidades. -Realizar ferias para la exposición y ventas de lo confeccionado. -Exposición y ventas en ferias de plantas medicinales. | Opinión de participantes y evaluación del aporte económico |
| 8 | Talleres de creación artístico-literario | -Formar Talleres de creación artístico-literario (GBT y trabajadora social, instructora de arte). | -Convocar a talleres literarios, plástica y teatro donde los ancianos intercambien y trabajen en conjunto con niños, pioneros, adolescentes, jóvenes y miembros de sus familias. | Opinión de participantes. |
| 9 | Vinculación de la FMC con el adulto mayor. | -Realizar Talleres de tejidos, de corte y costura y exposición de sus productos. | -Citar a los participantes. -Coordinar con la FMC las actividades a realizar. | Opinión de participantes. |

| | | | | |
|----|---|--|---|--------------------------------------|
| | | (Federación de Mujeres Cubanas, adultos mayores y GBT) | -Exposiciones de tejidos en locales de la comunidad. | |
| 10 | Barreras arquitectónicas y la comunidad | Realizar un levantamiento de las barreras arquitectónicas de la comunidad (GBT, Patrimonio, Delegados de la Circunscripción) | -Convocar a las entidades a fines -Efectuar un levantamiento de las barreras arquitectónicas. | -Miembros del gobierno y patrimonio. |
| 11 | Inserción del servicio de geriatría en el Grupo Básico de trabajo | -Proponer a la dirección provincial de salud la necesidad de insertar al geriatra al GBT | -Realizar conferencias que tengan como tema la importancia del especialista en geriatría desde la comunidad. | GBT y Dirección Municipal de Salud. |
| 12 | Vinculación del adulto mayor a la sociedad. | -Vincular al adulto mayor a historia local, a la cultura, a tareas medio-ambientales. (En dependencia de la fecha que se celebre (INDER, Cultura, FMC, CDR, PCC escuelas aledañas, centro cultural Las Palmas). | -Celebración de fechas de significación históricas, conmemorativas, ambientales, culturales, deportivas, etc. | GBT y participantes |
| 14 | Tratamiento especializado para la tercera edad. | Garantizar el adecuado estado emocional y funcional en el adulto mayor. (Psicóloga y trabajadora social de la | -Realizar Terapias grupales con técnicas participativas dirigidas a temas como: violencia familiar, de género, uso de drogas, polifarmacias, alcoholismo, tabaquismo, aislamiento | Participantes mediante el PNI |

| | | | | |
|----|---|---|---|--|
| | | comunidad). | social. | |
| 15 | Vinculación de la medicina china con el adulto mayor. | -Adoptar prácticas asiáticas para el bienestar de la mente y el cuerpo de los ancianos. (Responsable de las actividades deportivas ,INDER,GBT) | -Realizar actividades donde se lleven a cabo la práctica de la medicina china. | Responsable de las actividades deportivas ,INDER,GBT y adultos mayores |
| 16 | Ubicación del cajero automático en la comunidad | -Proponer la ubicación de un cajero automático en la comunidad (GBT, delegado de la circunscripción y banco BPA, consejo de la administración provincial). | .-Conveniar con las entidades encargadas para la ubicación de un cajero automático en la comunidad. | (GBT, delegado d la circunscripción y banco BPA, consejo de la administración provincial). |
| 17 | Intercambio sobre historia local e identidad. | Intercambiar sobre historia local e identidad. (Conservador e Historiador de la Ciudad). | -Realizar conversatorios con personalidades que aborden el tema. | Conservador e Historiador de la Ciudad y adultos mayores y participantes |
| 18 | Actividades de esparcimiento para el adulto mayor. | Efectuar actividades de esparcimiento para el adulto mayor. (Trabajadora social de la comunidad. FMC, conservador de la ciudad) | -Realizar excursiones al centro histórico de la ciudad de Matanzas, museos, proyectos comunitarios, de desarrollo local, y otros sitios de interés. | Trabajadora social de la comunidad. FMC, conservador de la ciudad, adultos mayores |
| 19 | Vinculación del adulto mayor al | Vincular al adulto mayor al cuidado | Efectuar actividades de recogida y | Participantes |

| | | | | |
|----|---|--|--|--|
| | cuidado del medio ambiente | del medio ambiente (GBT, Miembros del Círculo de Abuelos). | embellecimiento de las áreas en que se realizan las actividades cotidianas de la comunidad | |
| 21 | El ejercicio físico y la tercera edad. | -Demostrar cómo repercute el ejercicio físico en el organismo y en los cambios de la tercera edad. Responsable de las actividades deportivas (líder del proyecto). INDER | -Escoger el lugar. -Coordinar con el Lic. en cultura física. -Realizar prácticas sistemáticas de ejercicios físicos. Tablas gimnásticas y eventos deportivos. | Responsable de las actividades deportivas del proyecto). INDER y adultos mayores. |
| 22 | Importancia de la eliminación de las barreras arquitectónicas. | -Eliminar las barreras arquitectónicas de la comunidad (Conservador de la ciudad y su equipo de trabajo, delegados de la circunscripción). | -Convocar a las entidades involucradas -realizar levantamientos de las barreras arquitectónicas en la comunidad. | Conservador de la ciudad y su equipo de trabajo, delegados de la circunscripción. |
| 23 | .Los adultos mayores y sus aditamentos externos. | -Proveer de aditamentos ortopédicos que ayuden a los ancianos menos independientes (Trabajadora social y entidades de salud) | -Realizar levantamientos a nivel del consultorio de los adultos mayores necesitados de los aditamentos ortopédicos. -Coordinar con efectos médicos la forma de entrega. | Trabajadora social y entidades de salud y adultos mayores. |
| 24 | Aprovechamiento de la creatividad en función de obras sociales. | -Usar las habilidades de los adultos mayores en la | -Seleccionar el personal de la actividad -Elegir a aquellos adultos que quieran | GBT y adultos mayores, personas que participan en la |

| | | | | |
|----|--|---|--|--|
| | | creación de objetos útiles. (Responsable de las actividades culturales (instructor de arte, FMC). | participar en la confección de juguetes y tejidos para el Círculo Infantil y para el Hogar de niños sin amparo filial. | actividad. |
| 25 | Evaluación final de las actividades En el consultorio No.6 | Evaluar la satisfacción de los participantes en al actividad. (Grupo gestor miembros del Consultorio y la comunidad) | -Realizar taller con técnicas participativas que permita comprobar la satisfacción de la comunidad en general | Grupo gestor, miembros del Consultorio y la comunidad. |

2.4. Validación de los resultados. Índice de consenso

Para la validación de la investigación se utiliza el Índice Global de Consenso, (Frías, et al. 2008). El mismo tiene un cuestionario con tres variables determinados por los autores del método que permite a partir de las respuestas cerradas, Sí o No, determinar el nivel de consenso en cada variable, en estas se incluye: Utilidad de la investigación, Recomendación al resto, y Satisfacción de lo realizado. Se considera que un resultado situado igual o por encima de 0.8 es un indicador de validez de la investigación.

El método permite determinar el índice de consenso para cada una de las variables de forma independiente y determinar el índice de consenso global para mayor validez de la investigación.

Este se aplica a los miembros del Grupo Básico de Trabajo: médico de familia, enfermera, psicóloga, trabajadora social, pediatra, ginecóloga, especialista en medicina interna y se tuvo en cuenta el criterio de la directora del policlínico como experto externo por su experiencia en trabajo de inserción comunitaria.

Los resultados obtenidos son los siguientes:

$$\text{El Índice de Consenso (ICs)} = (1 - \text{VN} / \text{VT}) \times 100$$

Donde: VN votos negativos,

VT: Votos Totales

El Índice Global de Consenso (IGCs) = $\frac{x1+x2+x3}{3}$ Si (IGCs) ≥ 0.8 se considera valida

Se aplica el índice de consenso para el GBT y a la directora del policlínico, en total un número de 8 expertos con cero Voto Negativo.

$$ICs) = (1-VN/VT) \times 100 = (1-0/8) \times 100 = 1 \times 100 = 100$$

Al no contarse votos negativos se obtuvo un índice de consenso global (IGCs) = 1 (100% de utilidad, de recomendación y satisfacción), por lo que se considera válida la investigación. Lo que significa que se reconoce por el GBT la satisfacción de lo realizado, la utilidad que la misma para su aplicación en el consultorio No. 6 de y se recomienda su aplicación al resto de los consultorios.

Conclusiones

El envejecimiento poblacional constituye el fenómeno demográfico más importante del siglo XXI, con repercusión a nivel mundial y que ya en Cuba se considera como una preocupante y un reto para el cual debemos prepararnos. Indicadores como el descenso de la fecundidad, la natalidad y la mortalidad así como el aumento de la esperanza de vida al nacer y el control de las enfermedades crónicas no transmisibles elevan las cifras de los mayores de 65 años.

La calidad de vida desde una mirada multidimensional, evalúa los aspectos relacionados con el bienestar personal y social. Factores como el insuficiente esparcimiento del adulto mayor, la poca participación y el funcionamiento inadecuado del círculo de abuelos, la dificultad para la adquisición de medicamentos, la ausencia de la universidad del adulto mayor y el incremento de los malos hábitos alimentarios constituyen factores de riesgos importantes que afectan la calidad de vida.

El médico de la familia como actor social es el responsable de la medicina preventiva y pone en práctica las acciones orientadas por el Programa del Adulto Mayor a nivel de la comunidad. Ayuda a lograr un envejecimiento saludable y una vejez satisfactoria mediante acciones de promoción, prevención, asistencia y rehabilitación dirigidas por el Sistema Nacional de Salud, en coordinación con otros organismos y organizaciones del Estado involucradas en esta atención.

La caracterización de la población objeto de estudio arrojó datos sociodemográficos y económicos que sirvieron como aporte a la actualización del análisis estadístico de salud del consultorio No.6. La aplicación de las encuestas permitió detectar 39 factores que afectan la calidad de vida de los adultos mayores, a los que se le aplicó el método de ponderación del Triángulo de Füller donde 15 resultaron ser los de mayor frecuencia. Se diseñó el sistema de actividades para los factores que resultaron oportunidades de mejora en la Matriz Importancia Percepción dirigidos a las familias, al Grupo Básico de Trabajo y hacia el propio adulto mayor.

Se obtuvo un índice global de consenso igual a 1 para un 100%, lo que valida de útil, de recomendación para el resto de los consultorios y de gran satisfacción la investigación.

Recomendaciones

A la Cátedra del Adulto Mayor de la Universidad de Ciencias Médicas de Matanzas, que la presente investigación sirva de base para futuras investigaciones tanto de pregrado como de posgrado.

Que la dirección municipal y provincial de salud junto a los decisores locales de Matanzas utilicen los resultados de esta investigación como base para el diagnóstico de los espacios subutilizados tanto urbanos y como rurales donde el adulto mayor se sociabilice, exponga su creatividad y se sienta útil.

Al Grupo Básico de Trabajo del consultorio No.6 y al departamento de Estadística del policlínico Samuel Fernández que archive y conserve la información de las variables obtenidas para actualizar el diagnóstico de salud.

A los gobiernos municipales y provincial de Matanzas, que tengan en cuenta los resultados de esta tesis para la planificación y futura implementación de las políticas sociales y públicas relacionadas con la tercera edad y sus adultos mayores.

Que se implemente el proyecto sociocultural Longevidad activa diseñado en el módulo de inserción comunitaria en la tapa curricular de la maestría Estudios sociales y comunitarios para darle cumplimiento al sistema de actividades y continuidad a esta investigación.

Bibliografía

1. Amaro, M.C. (2016). El envejecimiento poblacional en Cuba, desde el prisma de la epidemiología social y la ética. *Revista Anales de la Academia de Ciencias de Cuba*, 6(2), 1-24.
2. Alonso, P; Díaz-Canel, M; Carrasco García, M.(2015). Envejecimiento poblacional y fragilidad en el adulto mayor. (http://www.cubadebate.cu/noticias/2019/01/04/el-programa-del-medico-de-la-familia-llega-a-sus-35-anos-de-ndado/#.XNaerk_rgp0)
3. Araujo, R. (2016). Desarrollo local y trabajo comunitario: la experiencia del CEDEM-UH en el marco de PADIT. *Novedades en Población*, 24(2), 84-93.
4. Barrero, S.C; García, A.S; Ojeda, M.A. (2015). Índice de Barthel (IB): Un instrumento esencial para la evaluación funcional y la rehabilitación. *Plasticidad y Restauración Neurológica*; 4 (1-2): 81-85.
5. Barros Díaz, O. (2015). Escenarios demográficos de la población cubana: período 2000-2050. Editorial Ciencias Sociales. La Habana.
6. Bermúdez Sañudo, D. (2019). Perfeccionar la Atención Primaria de salud en Matanzas: empeño actual, Abr 22.
7. Bolet Astoviza, M. (2017). La alimentación y nutrición de las personas mayores de 60 años. *Rev Hab Cienc Méd [Internet]*. [citado 9 jul 2017]; 8(1): [aprox. 9 p.]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rhcm/v8n1/rhcm20109.pdf>
8. Boonen, S; Dequeker J. (2016). Factores de riesgo de las caídas Como causa de fracturas de cadera en la mujer. *Osteo-update*; 7-10
9. Cabrera, M. (2018). Estadísticas Sanitarias Mundiales 2008, versión electrónica: <http://www.who.int/whosis/data/Search.jsp> (último acceso el 24/09/2008).
10. Campbell, A. (1981). *the sense of well-being in América*. McGraw-Hill, New York.
11. Carnevali, D; Enlone, C. (2014). Valoración del anciano. En: Carnevali DL, Patrick M. *Tratado de enfermería geriátrica*. 2.ª ed. México: Mc-Graw Hill Interamericana, pp. 31-62.

12. Castanedo Pfeiffer, C. (2016). Consideraciones generales sobre el envejecimiento [Internet]. [citado 19 jul 2017]; [aprox. 7 p.]. Disponible en: <http://www.seegg.es/Documentos/libros/temas/pdf>
13. Centro de Estudios de Población y Desarrollo (CEPDE) de la Oficina Nacional de Estadística. (2015). Información (ONEI) de Cuba. El Envejecimiento de la Población. Cuba y sus territorios.
14. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía. CELADE. (2014). División de Población de la CEPAL. La situación de las personas mayores. Santiago de Chile.
15. Clayer, M.T; Bauza, R.J. (2014) Morbidity and mortality following fractures of the femoral neck and throchanteric region: analysis of risk factors. J. Trauma; 29: 1673-1678
16. Colectivo de autores. (2019). El Programa del Médico y la Enfermera de la Familia llega a sus 35 años de fundado, http://www.cubadebate.cu/noticias/2019/01/04/el-programa-del-medico-de-la-familia-llega-a-sus-35-anos-de-fundado/#.XNaerk_rgp0.
17. Conceptualización del modelo económico y social cubano de desarrollo socialista, plan nacional de desarrollo económico y social hasta 2030: propuesta de visión de la nación, ejes y sectores estratégicos
18. Cooper, C; Barker, D.J.P; Morris, J; Briggs, R.S.J. (2014). Osteoporosis, fall and age in fracture of the proximal femur. Br Med, J; 295: 13-5
19. Cuba atención primaria de salud en la práctica , scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34661996000200003
20. Cummins, R. A. (2014). Moving from the quality of life concept to a theory. Journal of Intellectual Disability Research, 49, 699-706.
21. Cummins, R.A. (2015). Objective and subjective quality of life: An interactive model. Social Indicators Research, 52, 55-72
22. Díaz Pérez, A. y Curto Gamallo, JM. (2014)Incidencia de fractura de cadera en la tercera edad. Geriatrika. Volumen 12 (2)-66.2012; 17-21

23. Domínguez, M.I. (2008). "La política social cubana: principales esferas y grupos específicos". Centro de Investigaciones Psicológicas y Sociológicas (CIPS). Revista Temas no 56, octubre noviembre.
24. Eliopoulos, C. (2005). Enfermagem. Gerontológica. 5.ª ed. Porto Alegre: Artmed, pp. 97-108.
25. Engels, F. (1984). Ludwin Fierbach y el fin de la Filosofía Clásica Alemana. En: Marx C. Engels, F. Obras Escogidas Tomo II. Editorial Progreso. Moscú.
26. Estévez Gálvez, J. F & Pérez G, M. (2015) .Sistema de indicadores, para el diagnóstico y seguimiento de la educación superior en México» México D.F: ANUIES.
27. Fassa, P. (2014). Usando el oxígeno para recuperar y erradicar todas las enfermedades. Sitio Web Natural Society [Internet]. [citado 19 jul 2017]; [aprox. 5 p.]. Disponible en: <https://www.biblioteca pleyades.net/ciencia/>
28. Fernández-Ballesteros, M. (2015). Envejecimiento activo, contribuciones de la psicología. Madrid: Pirámide, 117-146.
29. Frederik, S; Kaplan, M.D. (2016). Osteoporosis: Fisiopatología y prevención Clínica Symposia. Volumen 39 (1). Barcelona,; 7 y 11
30. Fría, R et al.(2008). HAPSNET
31. Gálvez, MJ. (2016). Sociedad de Geriatria y Gerontología de Chile, algunos conceptos claves de esta etapa de la vida., <https://www.socgeriatria.cl/site/?p=168>
32. Garol, P. (2014). Autonomía en los mayores. De la independencia a la dependencia. la Habana, Cuba: p .53-67.
33. García, L.M; Rodríguez, P.C; Toronjo, G.A. (2014). Enfermería. Enfermería de anciano. 2.ª ed. Madrid: Difusión de avances de enfermería.
34. Gómez Pozo, C; Bacallao Borroto, D. (2018). Envejecer con diseños inclusivos, Rev. cubana médica electrónica, V23 n.7
35. Guse, L.W. (2015). Evaluación del adulto de edad avanzada. En: Mauk KL. Enfermería geriátrica, competencias asistenciales. Madrid: Mc-Graw Hill Interamericana, pp. 209-230.

36. Hidalgo García, D. (2013). Influencia de la radio como medio de comunicación masiva en función de la prevención social de la prostitución en Cárdenas. Tesis en opción al título académico especialidad de postgrado de trabajo social comunitario. Universidad de Matanzas.
37. <http://bohemia.cu/salud/2018/02/atencion-primaria-de-salud-pieza-clave-del-sistema-sanitario-cubano/>
38. <https://funiber.org/gerontologia/2016/03/14/funiber-edad-considerar-adulto-mayor>.
39. <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v41n3/spu01315.pdf>
40. Jensen, JS. (2014) .Incidence of hip fractures. Acta. Ortop. Traum., 26: 165-174.
41. Jesús, L. Reguera Naranjo, et all. (2014). Autonomía y validismo en la tercera edad. Rev Cubana Med Gen Integr v.17 n.3 Ciudad de La Habana
42. Juara Pérez, J. (2012). Contribución al desarrollo de las competencias profesionales en los trabajadores sociales del municipio de Colón. Especialidad de Postgrado de trabajo social comunitario. Universidad de Matanzas, p. 32.
43. Kasper Morales, G.J; García, N.J. (2014). Introducción a la problemática del envejecimiento. Psicomotricidad y ancianidad. Madrid: Ciencias de la educación preescolar y especial, pp. 19-27.
44. Kirk, N.M; Mayfield, P. (1998). Valoración de la salud. En: Hogstel MO. Enfermería geriátrica, cuidado de personas ancianas. España: Editorial Paraninfo, pp. 179-208.
45. Kursanov, G. (1979). Problemas Fundamentales del Materialismo dialéctico. Editorial Ciencias Sociales. Ciudad de La Habana, p. 225.
46. La revolución de la atención primaria en Cuba cumple 30 años, Boletín de la OMS, Vol.86:5, <http://www.who.int/bulletin/volumes/86/2/08-0102008/en/index.html> - Página de inicio: <http://www.who.int/bulletin/es/>
47. Landinez Parra, N.S; Contreras Valencia, K; Castro Villamil, A. (2017). Proceso de envejecimiento, ejercicio y fisioterapia. Rev Cubana Salud Pública [Internet].38 (4):562-580.

48. Lenin, V.I. (1985). Sobre la dialéctica en Obras Escogidas. Editorial Progreso. Moscú. Tomo IV.
49. Lazcano, B.G. (2017). Evaluación geriátrica multidimensional. En: Rodríguez GR, Lazcano BG. Práctica de la Geriatria. 2. da ed. México: Mc-Graw-Hill:pp. 83-104.
50. Llanes Betancourt, C. (2017). Cuba carácter humano y ético de la atención integral al adulto mayor en Cuba, Rev. Cubana de Enfermería .Ciudad de la Habana jul.-sep. , v.23 n.3
51. Lobo, A; Santos, M.P; Carvalho, J. (2017).Anciano institucionalizado: calidad de vida y funcionalidad. Rev Esp Geriatr Gerontol; 42 (Supl. 1): 22-6.
52. López Puig, P. (2015). Cuba Salud y el reto de financiar la cobertura universal en salud. Editorial. Rev Cubana Salud Púb [Internet]. [citado 9 Jul 2017]; 41(3): 398-400. Disponible en:
53. Mac Innes, J; Pérez Díaz, J. (2018) La tercera revolución de la modernidad: La revolución reproductiva. Rev Esp Inv Soc [Internet]. 2018 [citado 10 Jul 2017];(122):89118.Disponible en:http://www.reis.cis.es/reis/pdf/reis122_031207049049393.pdf
54. Macías Llanes, M.E. (2014). Educación en Ciencia-Tecnología-Sociedad en la formación general integral del profesional de la salud. En: Núñez Jover, J; Macías Llanes, M. E; compiladores. Reflexiones sobre ciencia, tecnología y sociedad. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas.
55. Medina, B; Rodríguez, G.R; García Mena, L.A. (2017). Abatimiento funcional y falla para recuperarse en función de la funcionalidad. En: Rodríguez GR, Lazcano BG. Práctica de la Geriatria. 2. da ed. México: Mc-Graw-Hill, pp. 130-134.
56. Malines R, et al. (2014) Temas de Medicina General Integral. La Habana: Ciencias Médicas: 171-195.
57. Marín Sánchez, M; García González, A. J. (2016). Calidad de vida en la tercera edad desde la salud y el estado de bienestar psicosocial, Facultad de Psicología. Universidad de Sevilla

58. Martínez Campos, S. (2018). Logros y retos de la Atención Primaria de Salud en Cuba. Revista Habanera de Ciencias Médicas, *versión Online* ISSN 1729- La Habana mar.-abr, vol.17 no.2
59. Martínez González, L.E. (2008). El sistema de actividades como resultado científico en la maestría en ciencias de la educación: ¿ser o no ser? Material en soporte digital., p. 11.
60. Menéndez, J.J. (2018). Evaluación geriátrica. Gerontología y nutrición del adulto mayor. México: pp. 140-155.
61. Mora García, L. A. (2016). Indicadores de la gestión logística, Ecoe Ediciones, 9587712188.
62. Moruno, M.P. (2006). Definición y clasificación de las actividades de la vida diaria. En: Moruno MP, Romero AD. Actividades de la vida diaria. Barcelona: Masson Elsevier, pp. 3-22.
63. Nakatani, A.Y.K; Silva, L.B; Bachion, M.M; Nunes, D.P. (2009). Capacidad de funcional em idosos na comunidades e propostas de interventores pela equipe de saúde. Rev. Eletr. Enf. [Internet]; 11(1): 144-50. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n1/v11n1a18.htm>
64. Oficina Nacional de Estadísticas. (2015) La Esperanza de Vida ¿Cómo se calcula? ¿Qué significa? [Internet]. [citado 19 agosto 2017]; [Aprox. 1 p.]. Disponible en: <http://www.one.cu/publicaciones/preguntasfrecuentes/Esperanza%20de%20Vida.pdf>
65. Onei. (2019). Entrevista al Jefe de la Onei. Periódico Granma, La Habana, Cuba. (sábado 11 de mayo, p.8 año 55, no 113.)
66. OPS/OMS. (2014). La renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Washington, DC. [Internet]. [consultado 12 de enero de 2018]. Disponible en: https://cursos.campusvirtualsp.org/file.php/118/Modulo_/md3-lp-renovacion-APS-spa-2007.pdf
67. Organización Mundial de la Salud. (2015). Clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud. OMS.

68. Organización de las Naciones Unidas. (2014) La situación demográfica en el mundo [Internet]. [citado 19 agosto 2017]. Disponible en: <http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pd>
69. Ortiz Alonso, F.J, Vidán Astiz, M; Alonso Armesto, M. et al. (2012). The pattern of recovery of ambulation after hip fracture differs with age in elderly patients. *The Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences* 67(6):690-7.
70. Partido Comunista de Cuba. (2011). Lineamientos de la política económica y social del Partido y la Revolución., La Habana, Editora Política
71. Pedrero, N.L and Pichardo, F.A. (2019). Concepto de funcionalidad, historia clínica geriátrica y evaluación funcional. En: González MJ, Pichardo FA, García L. *Geriatría*. Mc Graw Hill, pp. 32-54.
72. Pérez, G. (2002). Metodología de la investigación educacional. Primera parte. Editorial Pueblo y Educación. La Habana, p. 82.
73. Querejeta, G.M. (2014). Discapacidad/Dependencia. Unificación de criterios de valoración y clasificación, p. 18.
74. Reyes, G.J; Aguilar, N.S. (2015). Evaluación geriátrica global. En: d'Hyver C; Gutiérrez RL. *Geriatría*. 2. da ed. México: El manual moderno, pp. 33-47.
75. Reuben, D.V. (2017). Principles of geriatric assessment. En: Hazzard WR, Blass JP Halter JB, Ouslander JG, Tinetti ME. *Principles of geriatric medicine & gerontology*. Ed. USA: Mc Graw Hill, p. 99-118.
76. Robinson Jay, F. (2017). La competencia sociohumanista: componente esencial del profesional de la salud. *Rev Inf Cient* [Internet]. [citado 10 jul 2017]; 96(1):20-28 Disponible en: <http://www.gtm.sld.cu/imagen/RIC/>
77. Rodríguez Álvarez, J; Serra Resach, J.A. (2015). El problema socio-económico y sanitario en las fracturas de cadera Del anciano. En: Fernández Portal L, editor. *Fracturas de cadera Del anciano*. Madrid: Medical Marketing Communication. p. 339-46.

78. Rodríguez, R.D; Alfonso, L. (2016), El adulto mayor y sus capacidades funcionales. En: Amante EA, Vásquez AJ. Discapacidad: lo que todos debemos saber. Washington, D.C: OPS, pp. 185-192.
79. Rubenstein, Z.L; Rubenstein, LV. (2017). Evaluación geriátrica multidimensional. En: Tallis RC, Fillit HM. Brocklehurst's Geriátrica. Madrid: Marban, pp. 291-299.
80. Santiesteban Pérez, I, Pérez Ferrás, M. (2018). Calidad de vida y su relación con el envejecimiento. 1: 215-278.
81. Santiago, M. (2015). Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto, *Terapia psicológica versión On-line* ISSN 0718-4808. Cuba. vol.30 no.1
82. Serra, J.A; Garrido, G; Vidan, M; Marañon, E. (2016). Epidemiología de la fractura de cadera en ancianos en España. *An Med Interna*; 19: 389-95.
83. Sexson, S.B; Lehne, J.T. (2017). Factors affecting hip fracture mortality. *J Orthop Trauma*; 1: 298-305.
84. Sosa, O.A, García, R.N, González, G.M. (2014). Clinimetría física, mental y funcional del anciano. *Latinoamérica envejece. Visión gerontológica y geriátrica*. México: Mc-Graw Hill Interamericana, pp. 192-205
85. Solís Díaz, J.M. (2017). Crecimiento poblacional en Matanzas. web@radiorebelde.icrt.cu.
86. Stanley, M; Blair, K.A; Gauntlett, B.P (2015). *Enfermería geriátrica*. 3ª ed. México: Mc Graw Hill Educación: pp. 3-10.
87. Spirduso, Rae; García, N.J. (2014). Introducción a la problemática del envejecimiento. *Psicomotricidad y ancianidad*. Madrid: Ciencias de la educación preescolar y especial, pp. 19-27.
88. The WHOQOL Group. (2014). The World Health Organization Quality of life assessment (WHOQOL): Position paper from the world health organization. *Social Science and Medicine*, 41, 1403 - 1409.
89. Varela Pineda, L.F. (2016). Salud y calidad de vida en el adulto mayor. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, v. 33, n. (2), Apr- Jun en <https://doi.org/10.17843/rpmes:p.332.2196>

90. Vera, M. (2017). Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia. Trabajo de Tesis para optar el Grado de Doctor en Ciencias de la Salud, Facultad de Medicina - Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú. Fac. med. v.68 n.3
91. Wild, D; Nayak, U; Isaacs, B. (2014). Dangerous are falls in old people in home? Br Med, J ; 282: 266-8

Anexos

Anexo 1. Miembros del Grupo Básico de Trabajo

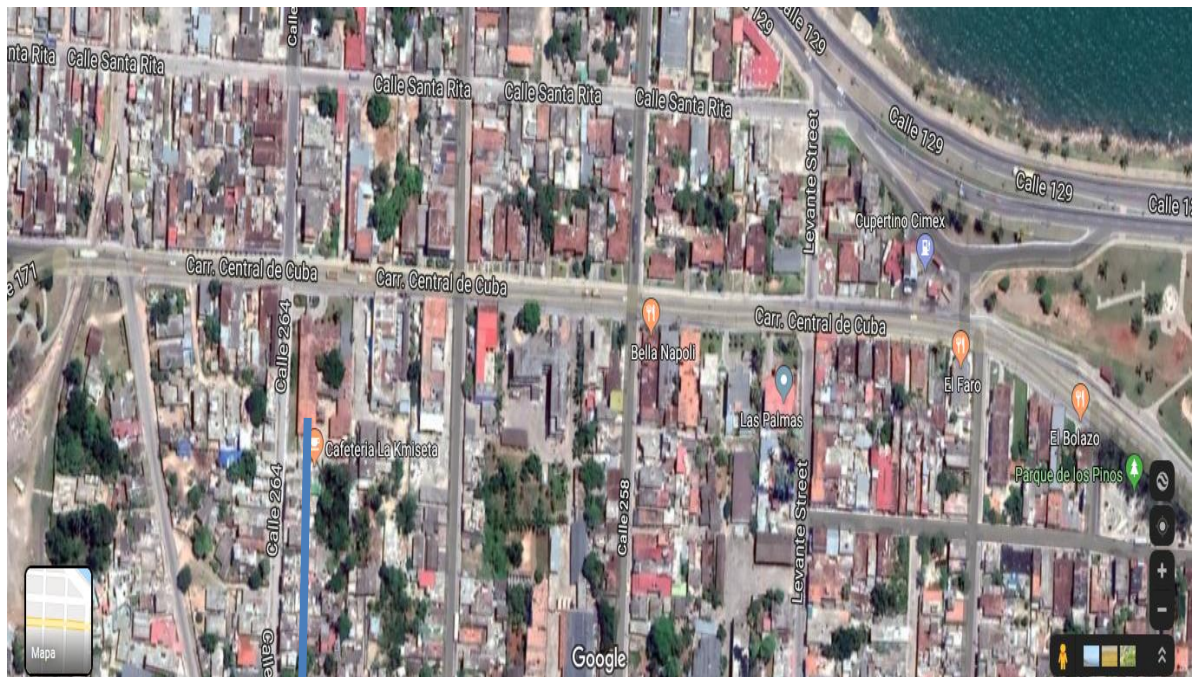


Dra. Glenda del Valle Melgarejo (MGI). Lic. Bárbara García (Enfermera)



Dra. Hilda María Quesada. (Pediatra) Lic. Tania Díaz (Enfermera).

Anexo 2. Mapas de los límites del consultorio No.6 y la comunidad



Policlínico Samuel
Fernández. Playa Matanzas



Consultorio No.6 del policlínico Samuel Fernández.

Anexo 3 Recursos y Servicios de la comunidad.



Café Caribe



Tribunal Provincial Popular



Palacio de los Matrimonios



Cabaret Las Palmas



Parque Deportivo: El Beisbolito.



Heladería Kingball



Parque Martiano



Logia Verdad



Restaurante El Faro



Heladería El Bolazo



Parque Joyas Martianas



Bahía de Matanzas



Centro de Producción de Medicina Natural.



Círculo Infantil Esperanza de América



Estación PNR Matanzas.



Escuela Primaria Mariana Grajales

Anexo 4. Distribución de la población según edad y género.

| Edad | Masculino | % | Femenino | % | Total | % |
|--------------|------------|---------------|------------|---------------|-------------|----------------|
| -1 | 7 | 0,66% | 2 | 0,19% | 9 | 0,84% |
| 1 | 4 | 0,37% | 4 | 0,37% | 8 | 0,75% |
| 2-4 | 13 | 1,22% | 13 | 1,22% | 26 | 2,44% |
| 5 | 2 | 0,19% | 5 | 0,47% | 7 | 0,66% |
| 6-9 | 22 | 2,06% | 19 | 1,78% | 41 | 3,84% |
| 10-11 | 6 | 0,56% | 9 | 0,84% | 15 | 1,41% |
| 12-14 | 7 | 0,66% | 23 | 2,16% | 30 | 2,81% |
| 15-17 | 24 | 2,25% | 16 | 1,50% | 40 | 3,75% |
| 18-19 | 4 | 0,37% | 16 | 1,50% | 20 | 1,87% |
| 20-24 | 37 | 3,47% | 32 | 3,00% | 69 | 6,47% |
| 25-29 | 32 | 3,00% | 33 | 3,09% | 65 | 6,09% |
| 30-34 | 45 | 4,22% | 27 | 2,53% | 72 | 6,75% |
| 35-39 | 25 | 2,34% | 28 | 2,62% | 53 | 4,97% |
| 40-44 | 33 | 3,09% | 46 | 4,31% | 79 | 7,40% |
| 45-49 | 38 | 3,56% | 45 | 4,22% | 83 | 7,78% |
| 50-54 | 40 | 3,75% | 42 | 3,94% | 82 | 7,69% |
| 55-59 | 41 | 3,84% | 47 | 4,40% | 88 | 8,25% |
| 60-64 | 31 | 2,91% | 37 | 3,47% | 68 | 6,37% |
| 65 y más | 94 | 8,81% | 118 | 11,06% | 212 | 19,87% |
| Total | 505 | 47,33% | 562 | 52,67% | 1067 | 100,00% |

Fuente: Historias Clínicas Familiares, 2019.

Anexo 5. Principales ocupaciones de la población.

| Ocupación | T | % |
|--------------------------|-----|--------|
| Jubilado | 182 | 17,06% |
| Desvinculado | 16 | 1,50% |
| Ama de Casa | 133 | 12,46% |
| Estudiante | 162 | 15,18% |
| Ingeniero | 19 | 1,78% |
| Turismo | 44 | 4,12% |
| Dependiente gastronómico | 15 | 1,41% |
| Salud | 50 | 4,69% |
| Obrero | 35 | 3,28% |
| Artista | 15 | 1,41% |
| Cuenta Propia | 108 | 10,12% |
| Albañil | 10 | 0,94% |
| Económico | 10 | 0,94% |
| Chofer | 14 | 1,31% |
| Electricidad | 16 | 1,50% |
| Educador | 21 | 1,97% |
| Banquero | 3 | 0,28% |
| Contador | 8 | 0,75% |
| Informático | 7 | 0,66% |
| Cocinero | 13 | 1,22% |
| Custodio | 14 | 1,31% |
| Secretaria | 6 | 0,56% |
| Directivo | 5 | 0,47% |
| Mecánico | 7 | 0,66% |
| Deportista | 3 | 0,28% |
| Operario | 3 | 0,28% |
| Militar | 3 | 0,28% |
| Otros | 34 | 3,19% |

Fuente: Historias Clínicas Familiares.

Anexo 6. Clasificación de las familias según la ontogénesis

| Ontogénesis | Total | % |
|--------------------|--------------|----------------|
| 1 Miembro | 45 | 13,89% |
| Nuclear | 156 | 48,15% |
| Extensa | 114 | 35,19% |
| Ampliada | 9 | 2,78% |
| Total | 324 | 100,00% |

Fuente: Historias Clínicas Familiares.

Anexo 7. Morbilidad por enfermedades crónicas no transmisibles

| Enfermedades | Total | Prevalencia 2019 | Prevalencia que debía haber | Dispensarización que debían haber | Faltan |
|-----------------------------|--------------|-------------------------|------------------------------------|--|---------------|
| HTA | 254 | 23,8% | 28,0% | 299 | 45 |
| DM tipo I | 3 | 0,3% | 1,5% | 16 | 13 |
| DM tipo II | 103 | 9,7% | 8,5% | 91 | -12 |
| Total DM | 106 | 9,9% | 9,5% | 101 | -5 |
| Asma Bronquial | 108 | 10,1% | 8,0% | 85 | -23 |
| IRC | 3 | 0,3% | 5,0% | 53 | 50 |
| HLP | 177 | 16,6% | 16,5% | 176 | -1 |
| CI | 51 | 4,8% | 4,0% | 43 | -8 |
| ECV | 12 | 1,1% | 1,0% | 11 | -1 |
| Obesidad | 240 | 22,5% | 23,0% | 245 | 5 |
| Sedentarismo | 216 | 20,2% | 15,0% | 160 | -56 |
| Por consumo de alcohol | 18 | 1,7% | 2,5% | 27 | 9 |
| Enf. por consumo de alcohol | 2 | 0,2% | 3,0% | 32 | 30 |
| Tabaquismo | 277 | 26,0% | 24,0% | 256 | -21 |
| Neoplasias | 16 | 1,5% | - | - | - |
| EPOC | 10 | 0,9% | - | - | - |
| Epilepsia | 15 | 1,4% | - | - | - |
| Hipotiroidismo | 25 | 2,3% | - | - | - |
| Hipertiroidismo | 6 | 0,6% | - | - | - |

Fuente: Historias Clínicas Familiares.

Anexo 8. Encuesta

Pedimos su consentimiento para aplicarle esta encuesta, no debe escribir su nombre. La información que usted aporte será importante para realizar un diagnóstico en el consultorio No.6 del policlínico Samuel Fernández, para desarrollar acciones encaminadas a mejorar la atención al adulto mayor, por lo que se espera conteste con sinceridad. Le damos La gracias.

1. Sexo: Femenino ___ Masculino___
2. Grupo de edades: 60 a 64___ 65 a 74___ 75 a 84___ 85 a 89___ mayor de 90___
3. Nivel Cultural: Analfabeto___ Primario___ Secundaria___ Pre Univ. ___ Universitaria___
4. Conoce usted el Programa del Adulto Mayor en Cuba Sí ___ No___
5. Convivencia: Solo___ Acompañado___ Con
quién_____
6. Enfermedades crónicas que padece:
7. Estado Emocional: Feliz___ Deprimido___ Por
qué_____
8. Muestra Dependencia Económica: Percibe salario:___ Recibe Pensión___
dependiente___ de quién_____
9. Situación Laboral: Pensionado___ Trabajador activo___ Ama de casa___ Cuenta
Propista ___
10. Función que ocupa en la familia: Activo___ Indiferente___
11. Como lo considera su familia: Poco importante___ Importante ___ Muy importante___
12. A dónde acude cuando se enferma: Medico de la familia ___Policlínico___ Hospital ___
13. Limitaciones: Físico___ motoras___ mentales ___Visuales___ Auditivas___
Motores con apoyo___
14. Hábitos Tóxicos: Café___ Alcohol ___ Tabaco ___ Droga___ Polifarmacia___
15. Actividad física: Poca ___ Incorporado al círculo de abuelos___ indiferente___
16. Actividades de esparcimiento: Suficiente___ No son suficientes___Cuál usted
propone_____
17. Funcionamiento familiar: Sobreprotección___ Ayuda familiar ___sin apoyo
familiar___ Incomprensión ___ Maltrato___
18. Lo ha visitado el médico y la enfermera de la familia: Si___ No___
19. A su consideración mencione: ¿qué factores le afectan: a usted, a un familiar o
amigo esta etapa tan importante de la vida? ¿Qué cambios usted propone?

Gracias por su ayuda

Anexo 9. Triángulo de Füller Camagüey criterio-criterio

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------|----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|------|------|------|------|------|
| 1era Ronda | F1 | F2 | F3 | F4 | F5 | F6 | F7 | F8 | F9 | F10 | F11 | F12 | F13 | F14 | F15 |
| | | F1* | F1 | F1 | F1 | F1* | F1 | F1 | F1 | F1 | F1 | F1 | F1* | F1* | F1* |
| 2da Ronda | | F2 | F3* | F4* | F5* | F6* | F7* | F8 | F9* | F10* | F11* | F12* | F13 | F14* | F15* |
| | | | F2 | F2 | F2 | F2 | F2 | F2* | F2 | F2 | F2 | F2 | F2* | F2 | F2 |
| 3era Ronda | | | F3 | F4* | F5* | F6* | F7* | F8 | F9* | F10* | F11* | F12* | F13* | F14* | F15* |
| | | | | F3 | F3 | F3 | F3 | F3* | F3 | F3 | F3 | F3 | F3 | F3 | F3 |
| 4ta Ronda | | | | F4 | F5 | F6* | F7 | F8 | F9* | F10* | F11* | F12* | F13* | F14* | F15* |
| | | | | | F4* | F4 | F4* | F4* | F4 | F4 | F4 | F4 | F4 | F4 | F4 |
| 5ta Ronda | | | | | F5 | F6 | F7* | F8 | F9* | F10* | F11* | F12* | F13* | F14 | F15* |
| | | | | | | F5* | F5 | F5* | F5 | F5 | F5 | F5 | F5 | F5* | F5 |
| 6ta Ronda | | | | | | F6 | F7* | F8 | F9* | F10* | F11* | F12* | F13 | F14 | F15* |
| | | | | | | | F6 | F6* | F6 | F6 | F6 | F6 | F6* | F6* | F6 |
| 7ma Ronda | | | | | | | F7 | F8 | F9* | F10* | F11* | F12* | F13 | F14 | F15 |
| | | | | | | | | F7* | F | F7 | F7 | F7 | F7* | F7* | F7* |
| 8va Ronda | | | | | | | | F8 | F9* | F10* | F11* | F12* | F13* | F14 | F15* |
| | | | | | | | | | F8 | F8 | F8 | F8 | F8 | F8* | F8 |
| 9na Ronda | | | | | | | | | F9 | F10 | F11* | F12* | F13 | F14 | F15 |
| | | | | | | | | | | F9* | F9 | F9 | F9* | F9* | F9* |
| 10ma Ronda | | | | | | | | | | F10 | F11* | F12* | F13 | F14 | F15 |
| | | | | | | | | | | | F10 | F10 | F10* | F10* | F10* |
| 11na Ronda | | | | | | | | | | | F11 | F12* | F13 | F14 | F15 |
| | | | | | | | | | | | | F11 | F11* | F11* | F11* |
| 12 Ronda | | | | | | | | | | | | F12 | F13 | F14 | F15 |
| | | | | | | | | | | | | | F12* | F12* | F12* |
| 13 Ronda | | | | | | | | | | | | | F13 | F14* | F15* |
| | | | | | | | | | | | | | | F13 | F13 |
| 14 Ronda | | | | | | | | | | | | | | F14 | F15* |
| | | | | | | | | | | | | | | | F14 |

Fuente: Elaboración propia

Anexo 10. Obtención del valor subjetivo de los factores.

| CRITERIOS | Σ | W _{jF} | VALOR SUBJETIVO |
|-----------|----------|-----------------|-----------------|
| F1 | 5 | 0,048 | 4.8 |
| F2 | 2 | 0,019 | 1.9 |
| F3 | 3 | 0,029 | 2.9 |
| F4 | 6 | 0,057 | 5.7 |
| F5 | 6 | 0,057 | 5.7 |
| F6 | 6 | 0,057 | 5.7 |
| F7 | 9 | 0,086 | 8.6 |
| F8 | 2 | 0.019 | 1.9 |
| F9 | 12 | 0,114 | 11.4 |
| F10 | 11 | 0,105 | 10.5 |
| F11 | 13 | 0.124 | 12.4 |
| F12 | 14 | 0.133 | 13.3 |
| F13 | 4 | 0.038 | 3.8 |
| F14 | 4 | 0.038 | 3.8 |
| F15 | 8 | 0.076 | 7.6 |

Fuente: Elaboración propia.

Anexo 11. Cálculo del indicador individual de cada factor

| | | | |
|--------------|------------------------|------------|-------|
| Idi1 | Wjf1i . xjf1i | 0,048 X 5 | 0.24 |
| Idi2 | Wjf2i . xjf2i | 0,019 X 2 | 0.038 |
| Idi3 | Wjf3i . xjf3i | 0,029 X 3 | 0.87 |
| Idi4 | Wjf4i . xjf4i | 0,057 X 6 | 0.342 |
| Idi5 | Wjf5i . xjf5i | 0,057 X 6 | 0.342 |
| Idi6 | Wjf6i . xjf6i | 0,057 X 6 | 0.342 |
| Idi7 | Wjf7i . xjf7i | 0,086 X 9 | 0.774 |
| Idi8 | Wjf8i . xjf8i | 0.019 X 2 | 0.368 |
| Idi9 | Wjf9i . xjf9i | 0,114 X 12 | 1.155 |
| Idi10 | Wjf10i . xjf10i | 0,105 X 11 | 1.612 |
| Idi11 | Wjf11i . xjf11i | 0.124 X 13 | 1.862 |
| Idi12 | Wjf12i . xjf12i | 0.133 X 14 | 1.862 |
| Idi13 | Wjf13i . xjf13i | 0.038 X 4 | 0.152 |
| Idi14 | Wjf14i . xjf14i | 0.038 X 4 | 0.152 |
| Idi15 | Wjf15i . xjf15i | 0.076 X 8 | 0.608 |

Fuente: Elaboración propia

Anexo12. Propuestas de soluciones a los principales problemas que afectan al adulto mayor en el consultorio No.6 del policlínico Samuel Fernández de la ciudad de Matanzas.

1. Reforzar la cantidad y la preparación científico cultural de especialistas de Geriátría y población en general para el manejo adecuado del envejecimiento poblacional en las comunidades.
2. Sistematizar las acciones en el municipio de Matanzas de tipo educativas con profesionales y población en la comunidad.
3. Promover la participación ciudadana a la eficacia de las políticas públicas declaradas para el tratamiento al envejecimiento poblacional.
4. Desarrollar una perspectiva crítica en la educación salubrista y ética de la población con respecto al tratamiento a las personas en envejecimiento.
5. Ejecutar estudios científicos sociales de las familias y personas en envejecimiento que incluyan además de geriatras y especialistas de Medicina General Integral a filósofos, eticistas, sociólogos y otros representantes de las ciencias sociales y humanísticas para lograr una concepción social salubrista integral.
6. Exigir la ejecución de las inversiones necesarias para lograr sistemas efectivos de espacios e instituciones públicas para estas personas.
7. Promover esfuerzos por potenciar la atención domiciliaria de la Geriátría, diversificando los recursos alternativos a la institucionalización de manera que favorezcan el aumento del protagonismo de los Geriatras.
8. Realizar estrategias de comunicación para elevar la pobre percepción en profesionales de la salud, decisores sociopolíticos y población en general sobre la magnitud y las consecuencias del envejecimiento poblacional en nuestras comunidades.
9. Llevar los servicios de Geriátría a la comunidad ya que sus conocimientos se aplican en los centros de segundo y tercer nivel fundamentalmente.
10. Encaminar el trabajo de los trabajadores sociales de los 5 policlínicos del municipio de Matanzas teniendo en cuenta el crecimiento del número de personas en envejecimiento que viven solos, en abandono y hasta en indigencia, sin amparo filial.
11. Desarrollar desde la familia, la escuela y la sociedad un trabajo para rescatar los valores éticos de nivel social e individual, transformación del contenido y del rol social de los jóvenes que serán también adultos mayores basados en la responsabilidad, el humanismo y la solidaridad evitando el rechazo de aquellos que peinan la corona de su sabiduría y experiencia.

12. Que se tenga presente en este proceso de remodelación de la ciudad la eliminación de las barreras arquitectónicas que son un serio peligro para estas personas en envejecimiento como son baches, desniveles en aceras, tragantes sin tapas o rotas, ausencia de elevadores, barandas o agarraderas en edificios públicos, entre otras.
13. Implementar estrategias que contribuyan a disminuir la sobrepresión a los servicios de salud y seguridad social, con gastos en medicamentos, certificados, subsidios, pensiones y otros, que incrementan el costo de la salud pública.
14. Extender la disponibilidad de ayudas técnicas, incluyendo prótesis auditivas, y mantener con estabilidad la venta en nuestras farmacias de sillas de ruedas, sillas sanitarias, bastones, andadores, camas fowler, evitando su centralización.
15. Rescatar las consultas especializadas en: Ortopedia, Fisiatría, Geriatria, ORL, Oftalmología entre otras en el hogar de anciano y en los 3 círculos de abuelo existente en el municipio de Matanzas y así evitar el traslado de estos pacientes a los centros hospitalarios.