



Facultad de Ciencias Médicas de Artemisa
SUM de Ciencias Médicas
Candelaria.

TÍTULO: INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE FACTORES DE RIESGO GERIÁTRICOS A FAMILIAS DE ANCIANOS DEL GRUPO BÁSICO SUR. CANDELARIA. 2013– 2014.

Autor: Dra. Adiamnis Borrego Peguero¹

Tutor: Msc.Tomas Izaguirre Miranda²

Institución Ejecutora Principal: Policlínico Docente "Gilberto Marquetti"

Dirección: Ave. 31 entre 48 y 50.

¹Médico General Básico.

²Especialista de 1er grado en Medicina General Integral, Msc. en enfermedades infecciosas.

Categoría docente: Asistente

TRABAJO PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE ESPECIALISTA DE PRIMER GRADO EN MEDICINA GENERAL INTEGRAL.

No es sabio el que sabe muchas cosas, sino el que sabe cosas útiles"

Esquilo.

AGRADECIMIENTOS

Quisiera agradecer a todos los que me apoyaron en hacer realidad esta intervención educativa en el área de salud, en especial a mi tutor por su apoyo desinteresado, además a mi familia en particular a mi mamá, por apoyo constante pues ha sido el motor impulsor para que hoy ponga todo mi empeño en ser un profesional responsable con mi carrera.

RESUMEN

Se realizó un estudio de intervención educativa, en consultorios médicos 20, 17, 16 y 13 pertenecientes al consejo popular sur, Policlínico Docente “Gilberto Marquetti”, municipio Candelaria, provincia Artemisa, en el período: 3 de abril de 2013 a 12 de abril de 2014, con el objetivo de diseñar una intervención educativa para elevar el nivel de conocimientos sobre factores de riesgo geriátrico en familias de ancianos. El universo estuvo constituido por 100 familias escogidas al azar, y la muestra estuvo constituida por 60 familias las cuales tenían al menos un adulto mayor como integrante, seleccionada mediante un muestreo aleatorio simple. Se caracterizaron las familias y sus familiares, además se evaluaron sus conocimientos sobre factores de riesgo geriátrico. Se identificaron las necesidades de aprendizaje. La información se recolectó mediante un cuestionario y las historias de salud familiar. Se diseñó y aplicó un programa educativo. Se utilizaron métodos de estadística descriptiva, para medidas de resumen a variables cuantitativas. Los resultados se mostraron en tablas. Antes de la intervención los conocimientos del tema eran pocos, luego se logró elevar el nivel de estos.

INDICE	PÁGINAS
INTRODUCCIÓN	6
PROBLEMA CIENTÍFICO	13
MARCO TEORICO	14
OBJETIVO GENERAL	16
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	16
MÉTODOS	17
TIPO DE ESTUDIO.	17
UNIVERSO Y MUESTRA.	17
VARIABLES	26
PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN	27
PRESENTACION Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	35
CONCLUSIONES	42
RECOMENDACIONES	43
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	44
ANEXOS	47

Introducción:

En la Roma imperial el hombre era viejo a los 20 años y la mitad de la población moría a la edad de 27 años por causa de enfermedades infecciosas. En la Edad Media se consideraban como viejas a las personas de 25 años, en el siglo XVIII a las de 30 años, hace 100 años a las de 40 y hoy se es joven a los 50 años de edad (1).

Se afirma que, a escala mundial, el siglo XX ha sido de crecimiento para la población y que el siglo XXI será el de su envejecimiento. La era moderna se caracteriza no tanto por el aumento en el límite superior de la duración de la vida humana, sino por un aumento en la proporción y el número de quienes viven para acercarse a ese límite (2,3).

Ante esta realidad, la sociedad y las instituciones rectoras se enfrentan a la revolución de los servicios sociales; reto que impone la situación actual para mejorar la calidad de vida de este segmento poblacional en el planeta, con una concepción de integralidad y universalidad para el diseño armónico de las estrategias en el orden político, económico y social.

El problema del envejecimiento se examinó por primera vez en la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1948. En aquel momento no era tan evidente que la población mundial envejecería de forma tan impresionante como sucedió en los decenios siguientes. En 1969, 20 años después, se reexaminó la situación, y finalmente se exhortó a la celebración de una Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. En agosto de 1982 la ONU organizó, en Viena, la Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, con la finalidad de discutir el impacto del envejecimiento poblacional y promover las políticas que permitieran prever y reaccionar de manera oportuna ante las consecuencias que ese fenómeno acarrearía. Estuvo constituida por los delegados de 124 estados miembros (4).

La Asamblea General de las Naciones Unidas declaró recientemente al año 1999 como el *Año Internacional de las Personas de Edad* y emitió una declaración donde exhorta a la sociedad internacional, a facilitar la colaboración entre sectores y naciones y a crear una sociedad para todas las edades, además decidió que se

celebrará en Cuba el *Día del Adulto Mayor* como actividad central latinoamericana de ese organismo este año (4).

El rápido crecimiento del número de personas mayores en todo el mundo está creando una revolución demográfica global sin precedentes, como consecuencia, la proporción de población mayor de 60 años en el mundo está aumentando más rápidamente que en cualquier era anterior. En 1950 había aproximadamente 200 millones de personas mayores de 60 años en todo el mundo y para el 2025, el número de personas con más de 60 años se espera que alcance los 1,200 millones (3).

El cambio más relevante de la historia demográfica latinoamericana y caribeña reciente ha sido el acelerado descenso de la fecundidad. En solo 40 años la región ha pasado de tener índices reproductivos entre los más altos del mundo a niveles por debajo de la media mundial; esta baja de la fecundidad fue precedida por la reducción sostenida de la mortalidad, que ya era manifiesta hacia finales de la primera mitad del siglo XX

América Latina y el Caribe, por el avance de la transición demográfica, está envejeciendo paulatina e inexorablemente. Se trata de un proceso generalizado, aunque con niveles variables. Este envejecimiento poblacional marca una consecuencia inevitable y previsible para las sociedades de la región.

La proporción y el número absoluto de personas de 60 años y más se incrementarán sostenidamente en los próximos decenios en todos los países de la región. En términos absolutos, de 2000 a 2025, 57 millones de adultos mayores se sumarán a los 41 millones existentes y de 2025 a 2050 ese incremento será de 86 millones de personas. Para el 2050 uno de cada cuatro latinoamericanos será una persona adulta mayor (5).

Dos características de este proceso motivan una preocupación urgente. En primer lugar, el envejecimiento se produce y continuará haciéndolo a un ritmo más rápido que el registrado históricamente en países desarrollados. En segundo lugar, el envejecimiento se dará en la mayoría de los países en un contexto caracterizado por una baja cobertura de seguridad social, condiciones de salud de inequidad y

un probable aumento de la presión en las familias para garantizar el bienestar en la vejez.

Se ha planteado, que demográficamente, las poblaciones tienen sólo 2 alternativas, crecer o envejecer; este axioma a pesar de su veracidad, debe ser considerado con cautela sobre todo en el mundo moderno, porque a pesar de que la gran mayoría de los países envejece, existe todavía un crecimiento considerable de la población sobre todo en los países en desarrollo. No obstante, los esfuerzos sostenidos por el control del crecimiento de la población, traen como consecuencia directa su envejecimiento.

Según datos de las Naciones Unidas (6), en 1950 existían en el mundo 200 000 000 de personas mayores de 60 años, pero ya en 1975 esta cifra alcanzó los 350 000 000. Las proyecciones demográficas indican que en el año 2000 habrá alrededor de 600 000 000 de ancianos, cifra que prácticamente se duplicará en el año 2025, por tanto, su importancia relativa pasará de 9,2 % en el primer año a 14,2 % en el último (6).

La población de 60 años en adelante crecerá en consecuencia a mayores tasas que la población total y a partir del año 2020 cada vez con mayor intensidad. De este modo, hoy es posible observar un crecimiento del orden de 2,4 en este grupo de población, contra 1,7 % que se advierte en el total de la población. Entre los años 1990 y 2010 la tasa de crecimiento de la población de la tercera edad permanecerá constante, sin embargo, a partir del año 2010, el crecimiento aumentará a 3,1 %; tasas de esta magnitud originarán que la población anciana se duplique cada 23 años (7).

Una de las características relevantes de este proceso en el mundo es la rapidez con que se ha producido. Mientras que un país como Francia necesitó casi 200 años para duplicar la población de 60 años y más, en uno como Cuba este mismo proceso ocurrió en menos de 40 años(7).

Para muchos, todavía este fenómeno no es un problema del Tercer Mundo, sino algo propio del mundo desarrollado. En realidad, hace ya más de un decenio se reconoce lo contrario. En 1950 existía igual proporción de personas de edad que vivían en países desarrollados y en países en desarrollo, y se esperaba que para

el año 2000, 2 de cada 3 ancianos vivirían en las zonas menos favorecidas económicamente. En los próximos 40 años, 8 de los 11 países más envejecidos del mundo, pertenecerán al grupo de países en vías de desarrollo. Los pronósticos en relación con las tasas de crecimiento esperadas de la población general permiten asegurar que el porcentaje de la población anciana se duplicará en los próximos años en estos países (8).

No existe un incremento homogéneo del envejecimiento en los diferentes países. Esta falta de homogeneidad se observa entre países desarrollados y en vías de desarrollo, y también entre estos últimos (8).

Existe un aumento mucho más acusado del envejecimiento en el Caribe (9,1 % de la población, mayor de 60 años), en América Latina (6,9 % de la población) o en Asia (7,6 % de la población); que en el caso de África cuya población mayor de 60 años sólo alcanza 5,9 % del total. Sin embargo, si se comparan estos datos con otras regiones desarrolladas como Europa (16,8 % de la población) o América del Norte (19,1 % de la población), se pueden evaluar las diferencias que existen entre las regiones.. El aumento galopante de la urbanización y la migración, interna del campo a la ciudad, de las generaciones más jóvenes en busca de mejores empleos y oportunidades, empeoran el cuadro y hace que cambien las estructuras tradicionales de la familia y sus posibilidades. El resultado de estos y otros factores están bien ilustrados en relación con los cuidados de la población anciana: lo que ancestralmente era brindado por la familia es sustituido por el estado y otras formas institucionales (8).

La repercusión del envejecimiento y las enfermedades que se le asocian sobre los sistemas de salud son evidentes. Los ancianos constituyen los mayores consumidores relativos y absolutos de servicios de salud y medicamentos en cualquier país, lo que determina una preocupación especial aun en los países económicamente más poderosos.

La mayoría de los datos existentes en los diferentes países de la región son necesarios, pero insuficientes para describir a fondo el perfil de salud de las personas de edad avanzada. Estos datos no pueden usarse para estudiar la prevalencia de las enfermedades importantes que son características entre las

personas mayores, ni se les puede utilizar para comprender el tipo de atención médica y de salud que requieren y exigen, y la que en realidad reciben. Igualmente, estos datos son de valor limitado para extraer inferencias acerca de las relaciones entre los aspectos conductuales de los perfiles de riesgo y las condiciones de salud, o para explicar cómo estos factores afectan la prevalencia de discapacidades, o el punto hasta el cual las necesidades de las personas mayores están satisfechas (8).

El reconocimiento que se hace a las diferencias objetivas y señaladas entre el estado de salud y la asistencia social del mundo desarrollado y el de los países en desarrollo, es un marcado paso de avance. Sin embargo, esta realidad aunque sea inaceptable, es sin dudas muy difícil de modificar bajo las condiciones actuales en que vive el planeta (8).

El envejecimiento poblacional en Cuba.

La evolución de la población de Cuba ha tenido cambios significativos a lo largo de este siglo, fundamentalmente en los últimos 35 años. Alrededor de 1960, la población de Cuba era algo superior a los 7 000 000 de habitantes, en enero de 1996 arribó a los 11 000 000 y en el año 2000 debe ser casi superior a 11,1 000 000. Para el próximo siglo XXI, cuando se cumplan sus primeros 2 decenios, la población alcanzará los 11,7 000 000 de habitantes, según las últimas proyecciones realizadas (7).

La dinámica poblacional que ha venido presentándose en las últimas décadas, evidencia la aparición de un proceso de envejecimiento, y las proyecciones de población revelan que para el año 2025 Cuba será el país más envejecido de la región.

En Cuba las estadísticas continuas registran que hasta el 31 de diciembre de 1997, 13,1 % de la población (1,4 000 000) está comprendida en el grupo de 60 años y más, el porcentaje de ancianas (51,4) es mayoritario dentro de este grupo, y según las proyecciones de población, se espera que en el año 2025, cuando casi 24,0 % de la población esté comprendida en este grupo, alrededor de 55,0 % sean mujeres. En general se observa una tendencia descendente en los hombres de cualquier población después de los 60 años, lo que indica la diferencia de los

sobrevivientes por género, comportamiento asociado con la conocida sobre mortalidad masculina.

Para el año 2015 la población de 60 años y más alcanzará 16,5 % de la población de Cuba, 2 000 000 de habitantes; y para el año 2015 será de 18,4 % y sobrepasará en términos absolutos y relativos a la de 0 - 14 años, que no llegará a 17 % del total. En ese año la población presentará una edad mediana cercana a los 40 años, mientras que en la actualidad es de 31(9).

En Cuba la esperanza de vida evolucionó de forma muy particular, caracterizada por los procesos en los que ha estado inmerso el país: en el año 1900 era de 33,2 años, en 1930 se elevó a 41,5 años, lo que representó un incremento de 8,3 años en ese período y en 1953 era de 58,8 años; esta evolución se hizo más evidente en las décadas anteriores de tal manera que en 1971 era de 70,0 años y en 1987 fue de 74,4 años (10).

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

La expectativa de vida a los 60 años en Cuba ha aumentado sensiblemente. En 1950 esta era de 15,5 años y en menos de 40 años se elevó a 20,5 años; estos niveles de esperanza de vida de la población anciana son comparables con los más altos del mundo. En especial se destaca la expectativa de vida geriátrica de los hombres cubanos, que llega a los 19,5 años, frente a 21,1 para las mujeres. El aumento de la esperanza de vida geriátrica ha posibilitado el aumento de los llamados "viejos-viejos" , con sus implicaciones socioeconómicas y médicas muy especiales. Estas cifras son comparables con las observadas en algunos países desarrollados. Hoy la expectativa de vida de las personas que en Cuba cumplen 80 años es de 7,6 años (10).

En un país con este grado de envejecimiento, se producen cambios importantes sobre los procesos sociales y de salud, en especial la morbilidad, la mortalidad, la

discapacidad y el uso de los servicios de salud (10,11). Esto requerirá de nuevos conocimientos, así como de la identificación de factores que contribuyan a preservar los niveles de salud de las personas de edad, con vistas a incrementar su bienestar.

Otra dimensión importante del problema del envejecimiento, está constituida por la seguridad social, los recursos laborales y la estructura de la población económicamente activa (PEA). Interesante y complejo resulta, sin dudas, el hecho de que en el nivel global, la PEA de Cuba incrementará en forma notable su edad mediana, para llegar cerca de los 42 años en el año 2015. En cuanto a la seguridad y asistencia social, el impacto será mayor, dado por varios factores; entre ellos el más importante es sin dudas su cobertura universal y la atención que, a cargo del presupuesto del estado, se da a las necesidades de la población y al pago de subvenciones temporales y jubilación. El aumento del volumen del número de los adultos mayores es motivo de especial preocupación para muchos países. Factores que se enmarcan en los modos, estilos y conductas, como el hábito de fumar, consumo de alcohol, nutrición, práctica de ejercicios, educación recibida, etc., tienen gran importancia no sólo desde el punto de vista de las enfermedades, sino también en relación con los procesos naturales del envejecimiento; todo ello conforma e interviene en el estado de salud de los ancianos. (11)

Las sociedades que están envejeciendo deben enfrentarse con una serie de dilemas, entre ellos, ninguno se destaca tanto como la situación de salud de las personas de sesenta o más años. Los adultos mayores constituyen proporcionalmente los mayores consumidores de servicios de salud y presenta una gran demanda de cuidados de salud, a pesar de que existe una tendencia a comprimir la discapacidad hacia el final de la vida, el aumento de personas que arriban a los 60 años implicará un aumento del número de personas discapacitadas. Uno de los grandes retos para la salud pública en el siglo XXI es asegurar una calidad de vida óptima para las personas de edad y retrasar la aparición de discapacidad (11).

Problema científico:

¿Qué elementos conforman la estrategia de intervención educativa sobre los factores de riesgo geriátricos?

Hipótesis:

La elevación del nivel de conocimientos de factores de riesgo geriátricos en los familiares, mediante un programa de intervención educativa permitirá disminuir la incidencia en el consejo popular sur del municipio Candelaria.

Novedad científica:

Existen estudios que han permitido identificar los factores de riesgo geriátricos en nuestro municipio y en el resto del país, sin embargo la creación de un programa educativo y su aplicación para mejorar el conocimiento de los familiares acerca de los factores de riesgo geriátricos, constituye un reto de nuestra investigación, dando cumplimiento al programa de atención al ADULTO MAYOR.

Fundamentación del problema.

Existe una alta incidencia de hábitos tóxicos y las enfermedades no transmisibles en las personas de más de 60 años. En relación con el hábito de fumar, se estimó que alrededor de 35,0 % de los adultos mayores fuman y los alcohólicos se encuentran en proporción inferior a 1,0 %; al sumar las cifras de nuevos hipertensos e hipertensos conocidos, se encontró que casi 60,0 % padece hipertensión arterial, 51,0 % son sedentarios sin actividad adicional y existe una mayor proporción de adultos mayores con sobrepeso que con deficiencia energética corporal; es por ello que elevar el nivel de conocimiento de estos factores de riesgo en la familia conviviente de la población geriátrica con el propósito de que el adecuado manejo de estos factores de riesgo contribuya a mejorar el nivel de funcionabilidad de este grupo poblacional.

MARCO TEÓRICO O CONCEPTUAL.

Se entiende por envejecimiento de una población el aumento de la proporción de personas de edad avanzada con respecto al total de los individuos (personas mayores de 65 años/total población), que habitualmente se expresa en forma de porcentaje. Anciano frágil: es aquel anciano que conserva su independencia de manera precaria y que se encuentra en situación de alto riesgo de volverse dependiente. Se trata de una persona con una o varias enfermedades de base, que cuando están compensadas permiten al anciano mantener su independencia básica, gracias a un delicado equilibrio con su entorno socio-familiar. En estos casos, procesos intercurrentes (infección, caídas, cambios de medicación, hospitalización, etc.) pueden llevar a una situación de pérdida de independencia que obligue a la necesidad de recursos sanitarios y/o sociales. En estos ancianos frágiles la capacidad funciona está aparentemente bien conservada para las actividades básicas de la vida diaria (auto cuidado), aunque (como ya se explicará más adelante), pueden presentar dificultades en tareas instrumentales más complejas. El hecho principal que define al anciano frágil es que, siendo independiente, tiene alto riesgo de volverse dependiente (riesgo de discapacidad); en otras palabras, sería una situación de prediscapacidad.

En la Encuesta Nacional sobre personas de 60 años y más, patrocinada por la Organización Panamericana de la Salud y realizada en Cuba en 1985, se obtuvo que 69,6 % de los encuestados padecían, al menos, de una enfermedad crónica y 13,9 % alguna alteración de los sentidos. En el estado de la audición, con o sin audífonos, la mayoría de los adultos mayores clasificaron con audición buena o regular. La visión "con o sin lentes" fue regular o buena para 80,9 %. La prevalencia de las enfermedades no transmisibles (ENT) dispensarizadas; la hipertensión arterial ocupa el primer lugar, seguida de Diabetes Mellitus y de la cardiopatía isquémica. En Cuba se han realizado varias investigaciones para evaluar la morbilidad de los mayores de 60 años; hay varios estudios locales que recogen cifras de prevalencia cercanas a las tasas nacionales (13,14). Las infecciones han dejado de figurar entre las primeras causas de muerte, no

obstante, las enfermedades infecciosas han sido, a lo largo de la historia, una de las causas principales de muerte en el hombre (15).

Entre los factores de riesgo que influyen en la incidencia de la neumonía se cuentan el tabaquismo, el alcoholismo y la presencia de enfermedades concomitantes (16). La población de 60 años y más está expuesta a un mayor riesgo de desarrollar tuberculosis activa y constituye además, el asiento principal de esta enfermedad (17, 18).

Las tasas de mortalidad y morbilidad aumentan con la edad, y en los ancianos son más altas en los hombres que en las mujeres. Las tasas de morbilidad también son más elevadas, en general, en las ciudades que en las zonas rurales.

La diarrea es un problema común en la ancianidad que puede tener resultados adversos; se señalan la deshidratación y las infecciones entre los factores que probadamente pueden influir en la morbilidad de la depresión geriátrica (19). Quizás el factor de riesgo más importante para padecer diarrea en el adulto mayor sea el residir en un asilo u otra institución; no existen dudas acerca del hecho de que estos ancianos poseen la más alta incidencia de enfermedad diarreica. En las instituciones de este tipo ocurren frecuentes brotes de la enfermedad que pueden tener como resultado una mortalidad significativa (19).

Como se puede observar son diversos los factores de riesgos que hacen más vulnerables a la población geriátrica a padecer diferentes afecciones que incrementan la morbilidad en este grupo de edad a la vez que los hace menos saludables en términos de funcionabilidad, condición esta que determina el estado de salud del anciano, teniendo en cuenta que una parte importante de la población anciana es dependiente del cuidado de instituciones especializadas, otros son acompañados por cuidadores voluntarios o reenumerados y un número importante por familiares es a estos últimos que proponemos dirigir el programa educativo dado el peso específico que tienen en las condiciones concretas de nuestra sociedad donde la familia juega un rol decisivo en el cuidado de los ancianos.

Objetivo General:

Diseñar una intervención educativa para elevar nivel de conocimientos sobre factores de riesgo geriátrico en los familiares ancianos del grupo básico de trabajo sur. Candelaria.2014.

Específicos:

1. Caracterizar las familias de acuerdo a número, ontogénesis y funcionamiento.
2. Caracterizar miembros de la familia seleccionados atendiendo a edad, sexo, raza y nivel de escolaridad.
3. Evaluar el nivel de conocimiento y las vías de obtención de información sobre los factores de riesgo geriátricos en los familiares de ancianos.
4. Identificar necesidades de aprendizaje sobre factores de riesgo geriátrico.
5. Aplicar un programa de intervención educativa para elevar el nivel de conocimientos sobre factores de riesgo geriátrico en familiares ancianos.

MÉTODOS:

- a. Clasificación de la investigación:
 - Investigación-desarrollo
- b. Aspectos generales del estudio:

Tipo de estudio:

Se realizó un estudio de investigación-acción y cuasi experimental (antes-después y sin grupo control), con el propósito de incrementar en más de un 80 %, mediante una intervención educativa, el nivel de conocimientos sobre los factores de riesgos geriátricos del municipio Candelaria en la provincia Artemisa, durante el período comprendido entre los años 2013- 2014.

Universo y muestra.

El universo estuvo constituido por 100 familias escogidas al azar, y la muestra estuvo constituida por 60 familias las cuales tenían al menos un adulto mayor como integrante, seleccionada mediante un muestreo aleatorio simple, para un total de 99 participantes cumpliendo con los criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión:

- a) Aceptación voluntaria de los familiares para participar en el estudio.
- b) Adecuado estado mental y psicológico para cooperar.
- d) Encontrarse dispensarizado como adulto menor de 60 años.
- e) Residir en el municipio Candelaria durante el período de estudio.
- f) Encontrarse registrados en las historias de salud familia
- g) Que al menos un miembro de la familia sea adulto mayor.

Criterios de exclusión:

- a) Enfermedad crónica terminal.
- b) Deficiencia mental o dificultad de expresión.
- c) Enfermedad consuntiva (neoplasia, tuberculosis)
- d) No residir en el municipio de Candelaria.

- e) No encontrarse registrada en las historias de salud familiar y dispensarizado.

Criterios de salida:

Enfermedad grave.

Voluntad manifiesta de salir de la investigación.

Fallecido durante la investigación.

Nota: Las familia fueron seleccionadas independientemente de su funcionamiento (funcionales o disfuncionales).

Cuestionario:

El siguiente cuestionario se le aplicó a las familias con el objetivo de determinar el nivel de conocimiento que tuvieron sobre los factores de riesgo geriátrico, los que nos permitió detectar necesidades de aprendizaje sobre el tema, facilitando la elaboración de un programa educativo con vistas proporcionar nuevos conocimientos necesarios para el cuidado satisfactorio de pacientes geriátricos.

- a) De las siguientes enfermedades están relacionadas con el tabaquismo señale la correcta:

- ☐ Hipertensión.
- ☐ Enfisema pulmonar.
- ☐ Bronquitis crónica.
- ☐ Cáncer de pulmón.
- ☐ Tuberculosis.
- ☐ Catarata.
- ☐ Infarto del miocardio.
- ☐ Artrosis cervical.
- ☐ Cataratas.

- b) De las siguientes enfermedades están relacionadas con el alcoholismo señale la correcta:

- ☐ Cirrosis hepática.
- ☐ Ulcera hepática.

- Artritis reumatoidea.
- _ Diabetes Mellitus.
- _ Pancreatitis aguda.
- _ Hiperlipoproteinemia.
- _ Cáncer de laringe.
- _ Cáncer de estómago.

c) De las siguientes enfermedades están relacionadas con el sedentarismo señale la correcta:

- _ Obesidad.
- _ Hipertensión.
- _ Trastornos vasculares periféricos.
- _ Tromboembolismo.
- _ Osteoartritis.
- _ Enfermedades cardiovasculares.
- _ Cáncer.

d) De las siguientes enfermedades están relacionadas con la dieta inadecuada señale la correcta:

- Anemia.
- Hiperlipoproteinemia.
- Hipertensión.
- Estreñimiento.
- Cáncer de colon y recto.
- Obesidad.
- Diabetes Mellitus.
- Osteoartritis.

e.) Con los principales daños de la salud esta relacionados a los que puede conducir la auto medicación, señale la correcta:

- Interacción medicamentosa.
- Farmacodependencia.
- Sobredosificación.
- Medicamento inadecuado.
- Dosis insuficiente.
- Polifarmacia.
- Existencia de contraindicaciones.
- Tratamiento oportuno.

f. De las siguientes situaciones están relacionadas con maltrato al anciano, señale la correcta:

- Empujones.
- Amenaza verbal.
- Manotazos.
- Agresión verbal.
- Depresión.
- Aislamiento.
- Abuso económico.
- Sobre protección.
- Ignorarlo en la toma de decisiones.

Encuesta.

1-¿Cuántas personas mayores de 60 años viven en la casa?

2-Marque con una X.

a)-Sexo

Masculino -----

Femenino -----

b)-Nivel de escolaridad.

- Iltrado -----
- Primaria -----
- Secundaria -----
- Pre universitario -----
- Universitario -----

3- Hábitos tóxicos

- Tabaquismo -----
- Café -----
- Alcohol -----

4-¿Qué parentesco tiene usted con el paciente?

Madre _____ Hermano(a) _____

Padre _____ Abuelo (a) _____

Tío (a) _____ Otro _____

5- ¿Qué edad tiene usted? _____

6-¿Que enfermedades padece el paciente?

Respiratorias _____

Cardiovasculares _____ Cual? _____

Renales _____ Cual? _____

Oído o garganta _____ Cual? _____

7- ¿Ha estado el paciente vinculado a algún centro educacional o laboral?

Sí _____ No _____

¿Por qué? _____

8--¿Actualmente asiste a alguna institución? Sí _____ No _____

9-¿Cómo son las condiciones del hogar?

Buenas _____ Regular _____ Malas _____

10-¿Algún miembro de su familia fuma o ingiere bebidas alcohólicas?

11-¿El paciente participa en las actividades sociales de su comunidad?

Si _____ No _____ Algunas veces _____

12 -¿Es aceptado por la comunidad?

Sí _____ No _____

13-¿Ha necesitado de orientación especializada para enfrentar la educación del paciente?

Sí _____ No _____

14-¿Ha recibido oportunamente esa orientación?

Sí _____ No _____

Algunas veces _____

Casi nunca _____

Nunca _____

15- ¿Quién le ha brindado esa orientación?

Médico de la familia _____

Otro familiar _____

Enfermera de la familia _____

Amigos _____

Libros _____

Vecinos _____

Revistas _____

Radio y Televisión _____

Instructivo para la calificación del cuestionario:

Respuestas correctas

El siguiente cuestionario se le aplica a las familias con el objetivo de determinar el nivel de conocimiento que tuvieron sobre los factores de riesgo geriátrico, los que nos permitió detectar necesidades de aprendizaje sobre el tema, facilitando la elaboración de un programa educativo con vistas proporcionar nuevos conocimientos necesarios para el cuidado satisfactorio de pacientes geriátricos.

a) De las siguientes enfermedades están relacionadas con el tabaquismo

señale la correcta:

☒ Hipertensión.

☐ Enfisema pulmonar.

☐ Bronquitis crónica.

☐ Cáncer de pulmón.

☐ Tuberculosis.

☐ Catarata.

☒ Infarto del miocardio.

☐ Artrosis cervical.

b) De las siguientes enfermedades están relacionadas con el alcoholismo señale la correcta:

☒ Cirrosis hepática.

☐ Ulcera hepática.

☐ Artritis reumatoidea.

☐ Diabetes Mellitus.

☒ Pancreatitis aguda.

☐ Hiperlipoproteinemia.

☒ Cáncer de laringe.

☒ Cáncer de estómago.

c) De las siguientes enfermedades están relacionadas con el sedentarismo señale la correcta:

☒ Obesidad.

☒ Hipertensión.

☐ Trastornos vasculares periféricos.

☐ Tromboembolismo.

☒ Osteoartritis.

☒ Enfermedades cardiovasculares.

☐ Cáncer.

d) De las siguientes enfermedades están relacionadas con la dieta inadecuada señale la correcta:

- ☒ Anemia.

- ☒ Hiperlipoproteinemia.

- ☒ Hipertensión.

- ☒ Estreñimiento.

- ☐ Cáncer de colon y recto.

- ☒ Obesidad.

- X Diabetes Mellitus.
- Osteoartritis.

e). Con los principales daños de la salud esta relacionados a los que puede conducir la auto medicación, señale la correcta:

- X Interacción medicamentosa.
- X Farmacodependencia.
- X Sobredosificación.
- X Medicamento inadecuado.
- X Dosis insuficiente.
- X Polifarmacia.
- X Existencia de contraindicaciones.
- X Tratamiento oportuno.

f). De las siguientes situaciones están relacionadas con maltrato al anciano, señale la correcta:

- X Empujones.
- X Amenaza verbal.
- X Manotazos.
- X Agresión verbal.
- X Depresión.
- X Aislamiento.
- X Abuso económico.
- X Sobre protección.
- X Ignorarlo en la toma de decisiones.

Norma de calificación

- Cada respuesta correcta tiene valor de 1 punto.
- Total de respuestas correctas: 39.
- Total de puntos del cuestionario: 39.

Criterio de aprobado (nivel adecuado de conocimientos)

Adecuado. De 30-39 respuestas correctas.

Medio. De 15 a 30 respuestas correctas.

Insuficiente. Menos de 15 respuestas correctas.

OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

VARIABLE	TIPO	ESCALA	Definición operacional
Familia según número de integrantes		Pequeña(1 a 3) Mediana(4 a 6) Grande(más de 6)	Según número de integrantes
Familia según ontogénesis		Nuclear Extensa Ampliada	Según generaciones
Familia según funcionamiento		Funcional Disfuncional	Según grado de funcionamiento familiar
Edad	Cuantitativa continua	Por grupo de edades: 19-24 años. 25-29 años. 30-34 años. 35-39 años 40- 44 años 45-49 años 50-59 años	Tiempo en años transcurrido desde el nacimiento
Sexo		Femenino Masculino	Según sexo biológico
Nivel de escolaridad:	Cualitativa ordinal	Bajo Nivel escolar: Iletrada. Primaria sin terminar. Primaria terminada.	Se define como: último nivel de enseñanza aprobado por la

		Secundaria terminada. Alto nivel escolar: Preuniversitario terminado. Técnico medio. Universitario.	paciente encuestada.
Nivel de conocimientos acerca de factores de riesgo geriátrico	Cualitativa nominal dicotómica	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Adecuado, ▪ No adecuado. 	Es el saber que la paciente tiene en cuanto a factores de riesgo geriátrico.

Sobre la variable: nivel de conocimiento sobre factores de riesgo geriátrico las respuestas se calificaron:

Excelente: 5 puntos Regular: 3 puntos.

Bien: 4 puntos Mal: 2 puntos.

El nivel de conocimientos se expresó en:

Adecuado: cuando al calificar las respuestas sobre cada variable en el cuestionario, estas fueron de 4 ó 5 puntos.

No Adecuado: cuando las calificaciones fueron de 2 y 3 puntos.

Procesamiento de la Información.

En el procesamiento estadístico se incluyeron técnicas descriptivas e inferenciales. Para el resumen de los datos se emplearon las frecuencias absolutas y los porcentajes, además de la media aritmética, únicamente para la edad de las pacientes, Para el procesamiento de los datos se utilizó el paquete estadístico SPSS. Para evaluar la efectividad de la intervención educativa se utilizó el método no paramétrico Test de *McNemard*. En tal sentido se estableció como nivel de significación estadística todo valor de $p < 0,05$ (nivel de confiabilidad del 95 %). Con los datos obtenidos se confeccionó en Excel una base de datos primaria, a partir de la cual se confeccionaron tablas de distribución de frecuencias, para su mejor análisis y comprensión.

Se tuvo en cuenta para el estudio los modelos de investigación cuantitativos y cualitativos, considerando un sistema integrado por métodos teóricos, métodos empíricos y el procedimiento estadístico.

Los métodos teóricos que se utilizaron:

Histórico lógico: Nos permitió realizar el análisis del comportamiento del problema, desde el nivel internacional hasta el municipio.

Análisis y síntesis: Posibilitó arribar a conclusiones acerca del estado del conocimiento sobre: factores de riesgo geriátricos.

Inducción y deducción: Permitted obtener de forma lógica el conocimiento científico y establecer la unidad entre lo particular, lo singular y lo general.

Entre los métodos empíricos, se utilizó un cuestionario. Fue aplicado el cuestionario FFSIL para determinar la funcionabilidad familiar. Una plantilla de registro idónea para la investigación y permitió trabajar con una base de datos en el sistema SPSS, la cual fue validada automáticamente.

La aplicación del cuestionario se llevó a cabo por los autores del estudio y con el objetivo de mantener el anonimato de las respuestas ofrecidas en el mismo, se colocó en este, un espacio en blanco para un número de identificación de cada paciente, que fue el mismo antes y después de la intervención, de modo tal que permitió, además, realizar la comparación del nivel de conocimientos mediante la prueba estadística seleccionada.

El cuestionario contó con varias preguntas, todas ellas de respuestas estructuradas —selección múltiple y verdadero/falso modificado, lo que confirió objetividad al instrumento. En la calificación de este instrumento se utilizó una escala cuantitativa, además se realizó la comparación del nivel de conocimientos mediante la prueba estadística seleccionada.

La investigación se realizará en tres etapas que se describen a continuación:

- Etapa de información y diagnóstico.
- Etapa de intervención.
- Etapa de control y evaluación del programa educativo.
 - Información: Se informó a los miembros de las organizaciones de masas de la comunidad y a los decisores del municipio, para que participaran activamente en el estudio y de esta forma contribuyeran a la solución de este problema de salud.
 - Etapa diagnóstica: aquí se les explicó a los familiares que participaron las características del estudio con el objetivo de motivarlas con el tema y se les aplicó un cuestionario con el propósito de medir el grado de conocimientos que poseían los familiares sobre factores de riesgo geriátricos. Este instrumento incluye los aspectos esenciales que deben tener en cuenta para prevenir los factores de riesgo geriátricos. Todo esto permitió realizar el estudio diagnóstico y determinar las necesidades de aprendizaje teniendo en cuenta las variables que se encuestaron.
 - Etapa de intervención: Luego de aplicado el cuestionario (anexo#1). inicial y determinadas las necesidades de aprendizaje se aplicó un programa educativo para dar respuesta a las mismas, utilizando varias técnicas participativas (presentación, animación y análisis), dentro de las que se incluyeron la técnica grupal: lluvia de ideas y el método de comunicación participativa, que permitió la interacción entre los miembros del grupo. En el diseño de este programa educativo se emplearon métodos activos de enseñanza que permitieron un aprendizaje efectivo. El programa educativo se llevó a cabo por los investigadores y el equipo multidisciplinario de salud, mediante la aplicación de clases que fueron impartidas con una frecuencia semanal de 1 hora de duración cada encuentro. La muestra se dividió en 6 grupos de 10 familias cada uno lo que facilitó la aplicación de las técnicas participativas.

Programa de la intervención educativa sobre factores de riesgo geriátricos.

Título del programa educativo. El envejecimiento no es otra cosa que las impresiones o marcas que el paso de los años deja sobre una persona.

Objetivos:

General:

Diseñar un programa educativo para elevar la calidad de vida del adulto mayor en el municipio.

Específicos:

1. Instruir a la población con vistas a elevar su nivel de conocimiento acerca de factores de riesgo, y consecuencias.
2. Lograr un trabajo comunitario y multisectorial integrado en la prevención del maltrato y abandono del adulto mayor.
3. Realizar actividades de comunicación social sobre los factores de riesgo y como eliminarlos.

Límite:

Tiempo: El programa se llevará a cabo en un período de tiempo de 12 meses.

Lugar: Consultorio 20 policlínico "Gilberto Marquetti" Consejo Popular Sur del municipio Candelaria.

Universo: 60 familias de las cuales participaron 99 integrantes.

Audiencia primaria

Médico y enfermera de la familia, promotores de salud.

Secundaria: Integrantes de las familias en estudio.

Estrategia:

La estrategia estuvo centrada en la realización de actividades educativas y de comunicación. La ejecución de la estrategia estuvo liderada por el Equipo Básico de salud, el consejo popular y organizaciones de masas y además del apoyo indispensable de la comunidad.

Actividades:

Después de aplicado el cuestionario se detectaron las necesidades de aprendizaje mediante un modelo inductivo, pues se partió de la información que de forma participativa brindaron los beneficiarios del programa educativo.

Para realizar las actividades de educación se tendrán en cuenta:

- Aplicación de técnicas participativas que motiven la participación activa de estos en las acciones del programa.
- Realización de clases y talleres dirigidos a reforzar el nivel de conocimientos sobre el tema en las personas del estudio.
- Exhibición y discusión de videos debates a la población general sobre el tema.

Técnicas Participativas:**Presentación****Técnica "Por persona"**

Objetivo: Propiciar que los sujetos se conozcan

Procedimiento: Cada cual dice su nombre y edad. Así mismo debe ocurrir con cada uno de los integrantes del grupo.

Reflexión:**Técnica: "Dinámica de un debate".**

Objetivo: Reflexionar acerca de un tema en cuestión, en este caso factores de riesgo geriátrico y prevención.

Propiciar el análisis y el debate entre los participantes.

Procedimiento:

Se divide el grupo arbitrariamente en subgrupos, uno a favor y otro en contra.

Se les aclara que deberán defender la posición asignada, de acuerdo o no con ella, y que ganará el grupo que aporte más razones de peso.

Se les impartirá el tema en cuestión de debate al final de la técnica de reflexión, en forma de taller o clases, para que en forma de conclusión se conozca sobre los datos reales del tema., corrigiendo conceptos u otros errores que existan en la comunidad.

Técnica grupal: lluvia de ideas

Las clases y talleres fueron impartidas con una frecuencia semanal de 2 horas de duración cada encuentro.

El grupo se dividió en 6 subgrupos de 10 familias cada uno para facilitar la aplicación de las técnicas participativas y lograr una mejor asimilación de los aspectos tratados.

Plan temático

Tema	FOE		Total
	O	T	
1. Cuando se es un adulto mayor	1	1	2
2. Factores de riesgo del adulto mayor	2	2	4
3. Consecuencias a corto y largo plazo del maltrato ya sea físico o verbal al adulto mayor.	2	2	4
4. Qué debo hacer para mejorar la calidad de vida del adulto mayor.	1	1	2
5. La salud de los ancianos, no solo depende del médico, sino de la familia y la comunidad.	1	1	2
Evaluación final (cuestionario —después—)			2
Total	7	7	16

Legenda

FOE: Forma de organización de la enseñanza.

O: Orientación.

T: Taller.

Tema 1. . Cuando se es un adulto mayor

Objetivos

1. Definir cuando se es un adulto mayor.

Contenido

Elementos básicos relacionados con el concepto y definición.

Tema 2.Factores de riesgo del adulto mayor

Objetivo

1. Identificar los principales factores de riesgo del adulto mayor

2. Contenido

-Factores Sociodemográficos: edades extremas, el bajo nivel escolar y las condiciones económicas desfavorables.

- Riesgos médicos anteriores: la presencia de enfermedades crónicas, y el estado nutricional deficiente.

- Riesgos ambientales y hábitos tóxicos:

Trabajo excesivo, estrés excesivo, tabaquismo, alcoholismo y drogadicción.

Tema 3. Consecuencias a corto y largo plazo del maltrato ya sea físico o verbal al adulto mayor

Objetivo

1. Explicar las principales consecuencias y su basamento científico, relacionadas con el maltrato y la violencia.

Contenido

Consecuencias inmediatas después del maltrato (estrés, distanciamiento, deterioro psíquico.). Consecuencias a largo plazo (agravamiento de las enfermedades crónicas, muerte.)

Tema 4. Qué debo hacer para mejorar la calidad de vida del adulto mayor.

Objetivo

Mencionar las medidas generales del cuidado de los ancianos y como mejorar la calidad de vida.

Contenido

Aspectos generales sobre factores de riesgo modificables.

Tema 5. La salud de los ancianos, no solo depende del médico, sino de la familia y la comunidad.

Objetivo

Enunciar el papel que tienen la familia y la comunidad en la prevención de los factores de riesgos.

Contenido

La familia como célula básica. Apoyo material y psicológico. La comunidad en su integración con los individuos. Dinámica de reflexión.

Sistema de clases

En esta intervención educativa se desarrollarán dos tipos de clases: la orientación y el taller.

Sistema de evaluación

Se realizará una evaluación final, que consistirá en el cuestionario aplicado antes de la intervención.

Recursos:

Para el desarrollo y puesta en marcha de estas actividades se necesitó tanto de la utilización de recursos humanos como materiales.

Humanos

Trabajador social del GBT (1)

Psicólogo del GBT (1)

Médico de familia (1)

Enfermera de la familia (1).

Materiales

- Material educativo impreso
- □Pizarra□, Tizas, Borrador
- □Hojas de papel
- □Lápices o bolígrafos
- DVD,CD y televisor

Estructurales

Local de reuniones para efectuar las capacitaciones de la comunidad.

Financieros

Se necesitan 100.00 CUP para la impresión del material educativo diseñado

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Tabla 1: Clasificación de la familia según funcionamiento y relación con el apoyo al adulto mayor.

FUNCIONAMIENTO FAMILIAR	CON APOYO		SIN APOYO	
	No.	%	No.	%
Funcionales	25	41.6	23.0	38.3
Moderadamente funcionales	17	28.3	14.0	23.3
Disfuncionales	7	11.6	5.0	8.3
Severamente disfuncionales	11	18.3	3.0	5.0
Total	60	100	45	75

En la siguiente tabla se explica la clasificación de la familia según funcionamiento y relación con el apoyo al adulto mayor. Donde predomina las familias funcionales, para un 41.6%, seguidas de 17 familias moderadamente funcionales para un 28.3%. Existen 11 familias severamente disfuncionales por lo que hay que trabajar en ese sentido, pues eso influye en el bienestar de los adultos mayores. Debemos mejorar que existen 25 adultos mayores que no tienen apoyo familiar y esta es una de las causas de disfunción familiar.

Las relaciones familiares están determinadas por múltiples factores de tipo psicomaterial y otras del tipo psicológico afectivo de los que dependen en mayor o menor medida el fortalecimiento y armonía de las mismas así como del bienestar y la seguridad de los adultos mayores. (22, 23,24) Los principales problemas se

detectaron en la esfera de los afectos y el lugar que ocupa el anciano dentro de la familia, en ocasiones se constatan acciones de violencia física y psicológica, abandono filial total o parcial, que no son significativos, ni constituyen nuestro objeto de estudio, pero si punto de mira para acciones de intervención familiar y terapia con cuidadores y familias que con su comportamiento atentan contra el bienestar del anciano, hecho que nos proyecta a proponer una estrategia de intervención familiar basada en la capacitación a familiares y cuidadores así como consejería y dinámicas familiares para incrementar la funcionabilidad y el manejo adecuado de los pacientes de la tercera edad. (23) Otros autores han encontrado insuficiente apoyo familiar y social frente a la pérdida, relativos al afrontamiento inadecuado al duelo, transferencia de afectos y necesidades hacia los hijos o nietos.

Para el profesional de la salud, tiene utilidad el conocimiento de las características de las etapas del Ciclo Vital y está relacionada directamente con el enfoque familiar en la atención de salud en el Nivel Primario, inclusive en el análisis de la Situación de Salud individual y colectiva, pudiendo orientarse en el estudio y atención de sus pacientes desde el punto de vista de sus necesidades respecto a la etapa del Ciclo de Vida que transita y la naturaleza de las crisis que vive, de igual modo puede orientar profilácticamente a la familia respecto a los procesos que vive, a los que está por vivir y cómo prever las crisis. También puede orientarse en la temática necesaria a tratar en las intervenciones grupales y comunitarias. Las tareas, los problemas y conflictos del desarrollo normativo se entrecruzan y afectan por otros procesos que puede vivir la familia derivados de la vivencia de los llamados acontecimientos situacionales y accidentales que dado el

significado y la repercusión que tienen para la vida familiar, también producen nuevos problemas, exigen cambios y ajustes en la familia. (25,26)

Tabla 2: Clasificación de la familia según número de integrantes.

Clasificación.	No.	%
Pequeña.	11	18.3
Mediana.	17	28.3
Grande.	32	53.3
Total	60	100

Por lo que podemos observar las familias que predominan son las grandes para un 53.3%, seguidas por las medianas que representan un 28.3% y por último las pequeñas con 18.3%.

Tabla 3. Clasificación de las familias según la ontogénesis.

Clasificación.	No.	%
Nuclear.	16	26.6
Extensa.	36	60.0
Ampliada.	8	13.3
Total	60	100

La siguiente tabla explica la clasificación de la familia según la ontogénesis, aquí predominan las familias extensas para un 60.0% seguidas por las nucleares el 26.6% y por último las ampliadas con un 13.3 %.

Tabla 4.Distribucion de los integrantes de la familia que participaron en la intervención, según edad y sexo.

Grupos de edades	Masculino		Femenino		Total	
	No	%	No	%	No	%
19-24	2	2.09	3	3.0	5	5.1
25-29	5	5.1	9	9.0	14	14.1
30-34	7	7.1	11	11.0	18	18.2
35-39	9	9.1	11	11.0	20	20.2
40-44	11	11.1	15	15.0	26	26.3
45-49	5	5.0	8	8.0	13	13.1
50-59	2	2.0	1	1.0	3	3.0
Total	41	41.4	58	58.6	99	100

La siguiente tabla explica la distribución de los integrantes de la familia que participaron en la intervención, según edad y sexo. Predominó el sexo femenino con un total de 58 personas para un 58.6 %y 41 integrantes masculino para un 41.4%.El grupo de edades que predominó fue de 40-44 años, seguido de 35-39años y con menos porcentaje fueron los grupos de 30-34 y 25-29 respectivamente y por último los de19-24 y 50-59.

Resultados similares se recogen en la literatura. El Centro Internacional de Investigación en Estados Unidos reportó que el comportamiento demográfico de la población mayor de 60 años en más de 30 países, estuvo a favor del sexo femenino, predominando genéricamente en relación con los masculinos, argumentando estos resultados por el efecto directo de las condiciones de vida

favorables y el bienestar socioeconómico en que viven las mujeres, así como la influencia de factores de riesgo como el tabaquismo y el alcohol que tienen mayor incidencia en los hombres, y que está demostrado su efecto negativo sobre la salud del individuo. Otros estudiosos del tema se basan en la incidencia de las enfermedades malignas es mayor en hombres que en mujeres, lo que ha justificado la inversión de la pirámide poblacional en cuanto a género se trata, con predominio del sexo femenino después de los 60 años. Se ha planteado también la mayor preocupación de la mujer por su salud y por la protección iatrogénica. (20,21).

Tabla 5. Nivel de conocimientos de las familias sobre factores de riesgos geriátricos.

Nivel de conocimientos.	No.	%
Mucho.	18	18.1
Algo.	54	54.5
Muy poco.	22	22.2
Nada.	5	5.05
Total	99	100

En esta tabla observamos que 54 integrantes refieren conocer algo sobre los factores de riesgo los cuales representan un 54.5 %, le siguen 22 que refieren conocer muy poco que representa un 22.2 % y por último 18 y 5 integrantes que refieren conocer mucho y nada respectivamente para un 18.1 y 5.05 %. Lo que demuestra que se debe trabajar para incrementar el nivel de conocimientos sobre el tema.

La familia como subsistema abierto en interconexión con la sociedad y célula fundamental donde transcurren los fenómenos individuales y colectivos de sus

integrantes constituye un elemento vital de apoyo a la convivencia, los miembros de la misma comparten bienes, intereses, afectos y responsabilidades, en buena medida el medio familiar repercute en el desenvolvimiento de los individuos y con mayor énfasis en los ancianos que necesitan de una actividad afectiva incrementada, por lo que tienen que conocer acerca de los factores de riesgos.(27).

Tabla 6. Vías de obtención de información sobre los factores de riesgos geriátricos.

Vías de información.	No.	%
Radio.	4	4.04
Televisión.	26	26.1
Periódicos.	2	2.02
Revistas.	3	3.03
Libros.	17	17.1
Debate de salud en CDR.	5	5.05
Intercambio con amigos.	14	14.1
Médico o enfermera de la familia.	13	13.1
Trabajo.	9	9.09
Debate familiar.	6	6.06
Total	99	100

En la siguiente tabla predominan como fuente de información la televisión, y los libros y con menor cantidad los otros de difusión masiva además vemos que esta pobre los debates de salud y el trabajo del médico y la enfermera de la familia.

Conclusiones.

- En el estudio predominaron el sexo femenino y las edades de 40-44 años.
- La mayoría de los participantes consideró insuficientes sus conocimientos sobre los factores de riesgo geriátricos; ellos reconocieron como principales fuentes de información acerca del tema la televisión, el intercambio con amigos y los libros.
- Se identificaron las necesidades de aprendizaje de las familias relacionadas fundamentalmente con la atención y trato de los adultos mayores
- La efectividad de la intervención educativa sobre los factores de riesgo geriátricos, aplicada a 60 familias se evalúa de buena, al considerar que la misma incrementó en un 95,8% el nivel de conocimientos acerca el tema en cuestión.

Recomendaciones.

- Dar a conocer los resultados de esta investigación a las autoridades de salud del municipio y la provincia.
- Realizar intervenciones educativas en los consultorios médicos del municipio Candelaria.
- Incentivar la participación sistemática de todos los medios o vías de comunicación masivos para brindar información a los familiares de los adultos mayores y otros temas de gran interés, haciéndose necesario aprovechar las potencialidades de cada una.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

1. Fajardo Ortiz G. Tercera edad. Adulto mayor. En: Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social. El adulto mayor en América Latina: sus necesidades y sus problemas médico sociales. México, DF: CIESS, OPS, OMS, 2007:1-11.
2. Rojas Ochoa F. Estado de salud en la tercera edad. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2009:40.
3. García de Jalón P. Envejecimiento: hechos más resaltables que lo determinan. An Real AcadFarm 2006; 62(4):565-601.
4. Anuario Estadístico. Oficina Nacional de Estadística.2004
5. Quintero G, Pérez R, Manresa JA, Devesa E. Algunos aspectos higiénicos sociales de la Gerontología. Rev Cubana Adm Salud 1984;10(3):243-50.
6. Prieto Ramos O, Vega García E. Temas de gerontologia. La Habana: Editorial Científico - Técnica, 2006:15-29
7. Composortega Cruz S. Características generales de la población de la tercera edad en el mundo. En: Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social. El adulto mayor en América Latina: sus necesidades y sus problemas médico sociales. México, DF: CIRSS, OPS, OMS, 2005:13-33.
8. Kinsella K. Dimensiones demográficas y de salud en América Latina y El Caribe. En: Anzola Pérez L. La atención de los ancianos: un desafío para los años noventa. Washington DC: OPS, 2009:3-18 (Publicación Científica; 546).
9. Kinsella K, Taeuber CM. An aging world II. Washington: US Department of Commerce, 1993. (International PopulationReport P95/92-3).
10. Gutiérrez Robledo LM. Características bio-psico-sociales de nuestros ancianos. En: Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social. El adulto mayor en América Latina: sus necesidades y sus problemas médico sociales. México DF: CIESS, OPS, OMS, 1995: 105-119.
11. Rocabrano Mederos JC, Prieto Ramos O. Gerontología y geriatría clínica. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 1992:45-50.
12. Prieto O, Vega E. La atención al anciano en Cuba. Desarrollo y perspectivas. La Habana, 2008:3-9.

13. White LV. Geriatric epidemiology. *Ann Rev GerontolGeriatr* 1987;8:215-311.
14. Davies AM. Epidemiology and services for the aged, in: the challenge of aging societies. *Pub HealthReports* 2008;103:515-520.
15. Tavares A. Enfermedades mentales. En: Anzola Pérez E. La atención de los ancianos: un desafío para los años noventa. Washington DC: OPS, 2004:172-9. (Publicación Científica; 546).
16. Pons P, Aldana M, Rodríguez M, Cruz D, Morales L. Principales problemas en medicina preventiva geriátrica. *Rev Cubana Med Gen Integral* 2007;2(2):5-12.
17. Pons P, Vega MJ, Rocabruno JC, Rodríguez M, Hernández M, Carmona M. Conocimientos acerca del estilo de vida y de los principales problemas de salud de los longevos y centenarios. *Rev Cubana Med Gen Integral* 2008;2(4):5-17
18. Rivera Casado JM. Principios básicos sobre las infecciones en patología geriátrica. En: Rivera Casado JM, Gil Gregorio P. Patología infecciosa en geriatría. Madrid: Editores Médicos, 2002:10-23. (Clínicas Geriátricas;8).
19. Delgado Gamero A. Enfermedades respiratorias. En: Anzola Pérez E. La atención de los ancianos: un desafío para los años noventa. Washington DC: OPS, 2009:214-23. (Publicación Científica; 546).
20. Pellegrino E. La Relación entre la Autonomía y la Integridad en la Ética Médica. En *Bioética, Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*. Washington DC, EUA, 2008; 108:379-89.
21. Peláez M, Polloni A, Alfonso JC. Ham- Chande R, Henis A ET AL. Sabe: Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento, Washington, DC, Organización Panamericana de la Salud ; 2009.
22. Colectivo de Autores. Programa de Atención Integral a la Familia. Atención al Adulto mayor. Editorial de Ciencias Médicas. 2010. p. 114-122.
23. - Colectivo de Autores. Manual de intervención en la Salud Familiar. Evaluación Familiar. Editorial de Ciencias Médicas. 2011. p.1-3

24. Pérez C.: Abordaje de algunas Etapas de la Evolución Familiar en una Población de Alamar. Tesis Maestría en Psicología Clínica. La Habana: Facultad de Psicología. 2008.
25. Hernández K. Uso de Servicios de Salud en los Adultos Mayores de Ciudad de La Habana. Trabajo para optar por el título de Especialista de Primer Grado en Gerontología y Geriátría. Ciudad de La Habana. 2006.
26. Prieto Rodríguez, M^a Ángeles et al. La perspectiva de las cuidadoras informales sobre la atención domiciliaria: un estudio cualitativo con ayuda de un programa informático. *Rev. Esp. Salud Publica*, Oct 2006; 76(5):613-625.
27. Manual de prevención y auto cuidado para las personas mayores. Agosto. 2008. México.

ANEXOS

Anexo 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO POR ESCRITO

Titulo del proyecto: _____

Yo: _____

He leído la información que me ha entregado.

He podido hacer preguntas sobre el estudio.

He recibido suficiente información sobre el estudio.

He _____ hablado _____ con _____ (investigador):

Comprendo que mi participación es voluntaria.

Comprendo que puedo retirarme del estudio.

Cuando quiera.

Sin tener que dar explicaciones.

Sin que esto repercuta en mis cuidados intensivos.

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.

Fecha: _____

Firma del participante: _____