



PROGRAMA DE APOYO PARA AUMENTAR LA FUNCIONALIDAD DE ADULTOS MAYORES

Yamilé Gordillo Machado

yamilegm@infomed.sld.cu

RESUMEN:

Investigación de tipo experimental con pretest y posttest, cuyo propósito fue evaluar la efectividad de un programa de actividades integrales como estrategia para aumentar la Funcionalidad física, psíquica y social de adultos mayores que participaron de este programa durante tres meses. La misma se realizó en el CMF#29 del área de salud del policlínico-hospital "Orlando Santana Valdés" del municipio Mariel. Se trabajó con 30 adultos mayores de ambos sexos, constituyendo aleatoriamente dos grupos de 15 cada uno (grupo experimental y grupo control). El grupo experimental participó en el programa de actividades integrales, donde para aumentar la funcionalidad de los participantes se incluyeron sesiones educativas de autocuidado en salud, desarrollo de ejercicios físicos, baile, canto, terapia de relajación, recreación y autoestima. Las tres subhipótesis, que contenían las subvariables planteadas, necesidades funcionales básicas, funciones mentales, y autopercepción de salud, fueron aceptadas con una asociación significativa de $p=0,04$, $p=0,02$ y $p=0,006$ respectivamente. Situación que llevó a la aceptación de la hipótesis general de trabajo concluyendo que el programa de actividades integrales aumenta la funcionalidad física, psíquica y social de los adultos mayores que en él participan al compararlo con aquellos que no participaron del mismo. Se concluye además que se trabajó con una muestra funcionalmente independiente, con funciones mentales intactas y con una regular autopercepción en salud, situación que fue modificada a buena al concluir el tratamiento experimental.

INTRODUCCIÓN

En los últimos años se ha generado un especial interés por la investigación relacionada con la tercera edad. Este interés se debe principalmente al aumento de la expectativa de vida de la población Adulta mayor en el mundo. Cuba no está exenta de esta situación y cuenta con 15,8% de población envejecida y un aumento de los llamados viejos-viejos. Esta situación es reflejo de mejoras socioeconómicas registradas en los últimos tiempos.

Dada las dimensiones del fenómeno (Aumento del envejecimiento poblacional) el incremento de la ancianidad se ha calificado como epidemia moderna, término que muestra la representación que prima acerca de la tercera edad, la vejez no es sinónimo de plaga ni de enfermedad, el Adulto mayor constituye una parte importante de la sociedad por lo que resulta el envejecimiento un campo interesante para la investigación.

Es una responsabilidad ética de los organismos nacionales e internacionales mejorar la situación de salud de la población envejecida, puesto que sin el apoyo suficiente, difícilmente lograrían un nivel de satisfacción que esté de acuerdo con sus características personales y sociales, sin embargo, ésta tarea no es fácil con una mantenida tendencia a utilizar el concepto de "Viejísimo", cuyo significado está orientado a conceptualizar al adulto mayor como un ser no valente, sin capacidades, que cada día va sumiéndose en una mayor decadencia. (1).

El concepto de viejísimo, en los adultos mayores provoca la llamada "Profecía autocumplida" ó "Efecto Pigmalión" que convence a éste grupo etéreo, sólo por el hecho de serlo, de incapacidades para lograr sus metas y continuar su desarrollo.

De ésta manera, un adulto mayor requiere de la atención y apoyo de los demás para salir de este círculo vicioso, al cual también hacen su contribución las enfermedades crónicas propias de su condición, todo lo cual les hace pensar que envejecer no es una nueva etapa de la vida sino la última y el término de todo lo bueno, de ahí el pensamiento "Todo tiempo pasado fue mejor".

Las características especiales del adulto mayor, entre las cuales confluyen, aspectos intrínsecos del envejecimiento fisiológico como el declinar paulatino de la funcionalidad de los órganos y sistemas, disminución de la reserva funcional y alteración en el nivel precario de la homeostasia del organismo, aumentan la vulnerabilidad ó fragilidad de este grupo ante situaciones de estrés y enfermedad propias de nuestros tiempos, es así como representan un segmento singular de la población con características y problemas de salud que constituyen un desafío en el diseño e implementación de programas eficaces destinados a ellos.(2).

La presente investigación está orientada a contribuir con la Promoción y fomento de investigaciones y estudios que permitan sistematizar e investigar los problemas de la población adulta mayor.

Uno de los grandes problemas que afecta a este grupo etéreo y guía la investigación, es el de la Dependencia por déficit de Funcionalidad, que se relaciona con la necesidad de ayuda para interactuar multidireccionalmente con el contexto socioambiental. (3).

El impacto que la dependencia tiene sobre la calidad de vida y la dificultad para llevar a cabo las acciones de los dominios de la actividad humana va más allá de lo meramente descriptivo. Son un parámetro de salud, y como tal, descriptor de resultados evolutivos relevantes, que se deben considerar. (4).

El concepto de funcionalidad a nivel mundial es citado con múltiples sinónimos, y diferentes connotaciones, asociándose generalmente con la evaluación física ó clínica del individuo.

Con el objetivo de unificar criterios con respecto a la dependencia y funcionalidad la Organización Mundial de la Salud (OMS) aprobó en el año 2001 la Clasificación Internacional del Funcionamiento

la Discapacidad y la Salud (CIF), originaria de la clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y minusvalías (CIDDM), que considera la funcionalidad como "funcionamiento" con una visión integral, donde se relacionan las diferentes funciones y estructuras del organismo, la actividad y participación en un marco socio-ambiental.

En la presente investigación se trabajará con éste enfoque propuesto por la OMS, que considera además de la evaluación física, aspectos psíquicos y sociales, que hacen de ésta valoración un apoyo al enfoque holístico de salud. (3).

Con ésta investigación se espera hacer un aporte al trabajo comunitario de salud mental en la atención al adulto mayor, brindando un mayor conocimiento del problema(funcionalidad),mejorando la calidad y expectativa de vida, aportando elementos que faciliten una mejor toma de decisiones y empleo de recursos económicos en política de salud.

De lo anteriormente mencionado surge la siguiente interrogante:

¿Cómo aumentar la funcionalidad de los Adultos mayores? Y nos proponemos como hipótesis de trabajo:

"Adultos mayores que participan de un programa de actividades integrales aumentan su Funcionalidad, logran mayor independencia para satisfacer sus Necesidades Funcionales Básicas, cambios positivos en sus Funciones mentales y mejor Auto percepción de su estado de salud, que los adultos mayores que no participan de este tipo de programa".

Para constatar la veracidad de esta hipótesis propuesta nos trazamos el siguiente

Sistema de objetivos:

OBJETIVO GENERAL: Evaluar la efectividad de un programa de actividades integrales como estrategia para aumentar la Funcionalidad en los adultos mayores.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- 1-Identificar características biosociodemográficas presentes en la muestra.
- 2-Medir mediante la aplicación de instrumentos, directa o indirectamente las subvariables dependientes que se relacionan con la Funcionalidad.
- 3- Aplicar programa de actividades integrales al grupo experimental como estrategia para aumentar la "Funcionalidad" del adulto mayor.
- 4- Comparar los resultados obtenidos en los grupos Experimental y Control.

Diseño Metodológico.

La investigación se desarrolla en un área de salud correspondiente al policlínico "Orlando Santana Valdés" del municipio Mariel, en el CMF#29 donde existen 753 habitantes, 205 núcleos familiares, de estos 140 son adultos mayores lo que representa un 18,6% de envejecimiento en esta población.

PROGRAMA DE APOYO PARA AUMENTAR LA FUNCIONALIDAD DE ADULTOS MAYORES

Universo

140 Adultos Mayores pertenecientes al CMF #29 del área de salud correspondiente al policlínico "Orlando Santana Valdés" del municipio Mariel.

Muestra

Previo a la constitución de la muestra, se consideraran los siguientes criterios:

1-Criterios de inclusión:

Tener 60 a y más y no presentar incapacidad mental.

Domicilio en sectores cercanos al centro de salud familiar. Para favorecer el acceso a las sesiones del programa, se consideraron aquellos adultos mayores que vivieran más cerca del CMF.

2- Criterios de exclusión:

Se excluyeron de la muestra aquellos Adultos Mayores:

- 1) Totalmente dependientes, postrados.
- 2) Con deprivación sensorial
- 3) Con patología invalidante que les impidiera el trabajo propuesto por el programa
- 4) Que participaran de un grupo o programa de interacción social

Integrando nuestra muestra un total de 30 adultos mayores.

Unidad de Análisis 30 Adultos Mayores pertenecientes al CMF #29 que reúne los requisitos de inclusión y brindaron su consentimiento informado para participar voluntariamente en la investigación. Que se distribuye intencionalmente en dos grupos (experimental y control), intencionalmente porque consideramos que debían ser homogéneos en cuanto al sexo y los distribuimos para que existiera aproximadamente la misma cantidad del sexo femenino y masculino en cada grupo.

Diseño del estudio

De acuerdo a la clasificación de Campbell y Stanley, es un estudio de tipo experimental verdadero: Diseño con preprueba-postprueba y grupo control, cuyo diagrama es el siguiente:

R O X O

1 2

R OXO

1 2

Donde respectivamente:

PROGRAMA DE APOYO PARA AUMENTAR LA FUNCIONALIDAD DE ADULTOS MAYORES

R= Asignación al azar o aleatoria

X= Tratamiento, estímulo o condición experimental.

O= Una medición a los sujetos de un grupo (prueba, cuestionario, observación, tarea).

Se aplicará una preprueba (O1) a ambos grupos, antes de manipular la variable, para posteriormente someter al grupo experimental al tratamiento (X) y realizar finalmente una post prueba (O2) a ambos grupos.

ESQUEMA DEL TRATAMIENTO EXPERIMENTAL

| FASES | GRUPO EXPERIMENTAL | GRUPO CONTROL |
|--------------------------------|--|--|
| I FASE MEDICION INICIAL | Medición de la variable dependiente a través de tres subvariables | Medición de la variable dependiente a través de tres subvariables |
| II FASE EXPERIMENTAL | Se expone al grupo experimental al tratamiento ó intervención. | No se expone o no recibe el tratamiento. |
| III FASE MEDICION FINAL | Medición de la variable dependiente a través de tres subvariables, tres meses después de recibir el tratamiento. | Medición de la variable dependiente a través de tres subvariables, en el mismo período que se realizó la medición final al grupo experimental. |
| IV FASE ANÁLISIS | Comparación de resultados e inferencia | |

Tratamiento experimental

A los adultos mayores del grupo experimental se les aplicará la intervención planificada denominada: Programa de Actividades Integrales, destinadas a favorecer la Funcionalidad. Realizadas las mediciones anteriormente mencionadas, características Biosociodemográficas, psicosociales y funcionales de la muestra, se procederá a aplicar el tratamiento a los adultos mayores integrantes del grupo experimental.

Programa de Actividades Integrales

El programa consta de cuatro unidades, desglosadas en 16 sesiones, las que se distribuirán en dos sesiones por semana, con una duración aproximada de 1 hora cada una. Se realizarán en una sala especialmente habilitada del CMF#29 del área de salud del policlínico "Orlando Santana Valdés" del Municipio Mariel y en el CCSM Municipal, durante los meses de Febrero, Marzo y Abril del año 2008.

Los contenidos destinados a favorecer la funcionalidad de los adultos mayores, que asistirán a cada sesión, se traducen en medidas de autocuidado en salud, desarrollo de sus capacidades físicas en el ejercicio, baile, canto, memoria, comunicación social, junto con identificar medidas saludables para ocupar el tiempo libre y técnicas de relajación que permitan satisfacer las necesidades de sueño/reposo.

El responsable del desarrollo de este programa es la MSc.Yamilé Gordillo Machado quien cuenta con la colaboración de profesionales del CCSM Municipal, especialistas en Ergoterapia o Terapeutas Ocupacionales y estudiantes de quinto año de la carrera de psicología de la Universidad Municipal.

Análisis de los resultados y Discusión.

Perfil de la muestra.

Según lo planificado, antes de aplicar el tratamiento se realizó una entrevista personalizada(Anexo 5) a cada adulto mayor participante del estudio con el fin de identificar algunas características biosociodemográficas y aplicar los instrumentos que medían las subvariables dependientes que se relacionan directa o indirectamente con la variable dependiente principal " funcionalidad".

Características biosociodemográficas y subvariables evaluadas.

- a) Sexo.
- b) Edad.
- c) Estado civil.
- d) Persona con quién vive.
- e) Necesidades funcionales básicas.
- f) Funciones mentales.
- g) Auto percepción de salud.

Obteniéndose los siguientes resultados:

Características biosociodemográficas

Para establecer si ambos grupos (experimental y control) presentaban características sociodemográficas homogéneas al inicio del tratamiento se realizó la prueba Chi cuadrado para un $p= 0.05$.

La información que se presenta en la Tabla 1 indica que en el grupo experimental el 40% de la muestra pertenece al sexo masculino y el 60% al sexo femenino y en el grupo control el 27% pertenece al sexo masculino y el 73% al sexo femenino. Los datos presentados junto al cálculo de la prueba Chi cuadrado para un $p=0.05$ indica que ambos grupos tienen una distribución equitativa desde la variable sexo. En sentido general hay una prevalencia del sexo femenino en ambos grupos con un 60% de la muestra correspondiendo este resultado con el presentado por Marcela Parra Salas en su tesis para optar por el grado de Máster en Longevidad Satisfactoria(2007) que plantea que" el sexo femenino está más presto a participar en actividades grupales que el sexo masculino donde hay una tendencia a ver la vida de dos colores y la llegada a esta edad en muchos de los casos se acompaña de negativismo, de invalidez y dependencia ".(5).

En la distribución por grupo de edades en los grupos experimental y control Tabla1 se puede apreciar que en ambos grupos la prevalencia es entre las edades de 65 a 80 años y específicamente en el grupo de 70 a 74 años donde en los dos grupos ocurre el mayor porcentaje, en el grupo control de un 47% y en el grupo experimental con un 40% percibiéndose que son homogéneos desde la variable edad, al observar estadísticamente la distribución de esta variable para ambos grupos no se aprecian diferencias la prueba Chi cuadrado indica homogeneidad en la distribución ; para un Chi cuadrado =0.18 ,un Chi crítico =5.99 y un gl=2.Resultado que evidencia como la expectativa de vida ha ido en aumento , coincidiendo con estudios demográficos de la población cubana donde comprenden un período desde el año 2000 hasta el 2050 expresando claramente este fenómeno.(6).

Además se aprecia que ambos grupos tienen idéntica distribución desde el punto de vista de la composición marital, tienen exactamente la misma proporción de personas casadas y solteras no estableciéndose en estos grupos la unión consensual y no existiendo ningún viudo , aquí los resultados coinciden con los presentados por Carolina Izaguirre (7) y valorando por la autora que ya en esta edad existen estigmas relacionados con la sexualidad que hacen que el adulto mayor no acepte la unión consensual como estado civil sino que reprimen la convivencia por "el que dirán" .

La información que se presenta referente a la persona con quién vive arroja que en el grupo experimental un 40% vive con su cónyuge, un 20% con algún familiar, un 20% solos y un 20% con otros manifestándose de manera similar en el grupo control donde la prueba Chi cuadrado da un valor de 0.27; chi crítico de 3.84 y un gl de 1 lo que significa que existe homogeneidad de distribución de esta variable en ambos grupos.

Para constatar homogeneidad entre ambos grupos o muestras independientes antes de la realización del programa se incluyó la aplicación de diferentes instrumentos que miden las subvariables de la funcionalidad a cada integrante de cada grupo. A continuación se comparan ambas muestras en la situación inicial con la utilización de la prueba "t" de student para muestras independientes realizando primero la prueba F para verificar igualdad o desigualdad de varianzas y así emplear el "t" de student correspondiente.

El test se le aplica a ambos grupos (control y experimental) y los resultados son similares en cuanto a homogeneidad de la muestra Gráfico1 constatado a través del test de igualdad de varianzas donde sus resultados asumen que ambos grupos tienen varianzas iguales para un $p=0.12$ y realizando la comparación de medias mediante t de student en que se concluye que no existen diferencias significativas entre los grupos según el apoyo percibido al inicio del experimento, sus percepciones del apoyo recibido de la familia , los amigos y otros significativos son similares.

Los resultados aportan que la mayor parte de los pacientes vive con sus familiares y cónyuge. Por lo que en esta investigación no se percibe relación entre la persona con la que vive y el nivel de funcionalidad, probablemente porque ser familiar directo si bien puede implicar tener un actitud positiva hacia el adulto mayor en las áreas afectivas y sociales en general, no implica que pueda existir una indiferencia hacia el cuidado directo de la salud.

En el Gráfico 2 se hace una distribución de los grupos experimental y control en la situación inicial atendiendo a los niveles de autonomía funcional, percibiéndose que en ambos grupos hay una prevalencia al nivel de autonomía completa.

En la Tabla 2 se expresan los resultados de Escala de autonomía funcional en la situación inicial donde se percibe que no existen diferencias significativas, es decir ambas muestras son homogéneas desde el punto de vista funcional según la Clasificación Internacional del funcionamiento, la discapacidad y la salud (CIF), ambos grupos tienen ligeros problemas de dependencia para satisfacer las necesidades funcionales básicas al obtener promedios que se incluyen en el rango de 2-8. Resultados que coinciden con los expuestos por el Dr. Bayarre Vea en su tesis "Prevalencia y factores de riesgo de discapacidad en ancianos" donde hace referencia a resultados de que existen ligeros problemas de dependencia, (25) no existiendo puntos de referencia en la investigación de Alba, que en su trabajo "Actividades preventivas a los ancianos

“plantea que existe una mayoría de adultos mayores con dependencia total en estos grupos etáreos. (8)

Las actividades de la vida diaria más complejas presentan mayor frecuencia de compromiso, situación similar a lo expuesto por Katz al formular el diseño de su instrumento, en donde las actividades más complejas se comprometen de manera temprana y cuando se recuperan se realizan inicialmente a través de las más simples. (7)

Se percibe también que la prevalencia de este problema aumenta con la edad, resultado que coincide con estudios previos donde se observa que la edad cronológica es uno de los factores más importantes del deterioro funcional con un incremento del riesgo relativo de 2,0 por cada 10 años. (5) (8) .

En la Tabla 3 se describen los detalles de la media de las necesidades funcionales básicas donde percibimos que en ambos grupos la necesidad de ocupación del tiempo libre, la actividad de sueño reposo y las actividades de la vida diaria tienen mayor media de sus valores, no se perciben diferencias significativas en ambos grupos .La actividad de ocupación del tiempo libre está dado fundamentalmente por la pobre motivación que tiene este grupo etáreo hacia el desarrollo de actividades recreativas. En esta edad hay una prevalencia a la teoría del deber cumplido donde solo se ajustan sus motivaciones hacia el cumplimiento de actividades de la vida diaria.

En la Tabla 4 se exponen los resultados de la aplicación del Test de Pfeiffer para medir las funciones mentales donde se observa que ambos grupos antes del tratamiento no presentan diferencias significativas con respecto a las funciones mentales las que para ambos grupos se manifiestan normales con un promedio igual a 1 en la escala portátil de Pfeiffer . Al comparar estos resultados con la tabla de equivalencia porcentual de la CIF, los puntajes están incluidos en el intervalo 1 a 2 que corresponden a “ligeros problemas en las funciones mentales”.Resultados que distan mucho de la investigación realizada por Víctor T. Pérez Martínez quién plantea que “...hay que tener presente también que los problemas de memoria afectan justamente al 50 % de las personas mayores de 65 años, mientras que las demencias las padecen del 5 al 10 % de esta población.” (9)

La autopercepción de salud en la situación inicial se comportó sin diferencias significativas para ambos grupos quienes tienen una percepción de salud regular (promedios cercanos a 2) Gráfico 3,.

En la tabla 5 no se observan diferencias significativas en las subvariables de la funcionalidad de ambos grupos al ser comparados en la situación inicial. Lo que nos hace concluir que ambos grupos antes del tratamiento experimental presentan una funcionalidad homogénea.

Como se explicó en la metodología de la investigación para testar las hipótesis planteadas, se utilizan las pruebas estadísticas con un error alfa =0.05.

Verificación de Hipótesis de trabajo:

Para verificar la hipótesis general de trabajo es necesario evaluar el comportamiento de cada una de sus tres subhipótesis, que se expresan en la tabla 10 . Estas variables tiene influencia directa e indirecta sobre la funcionalidad ha medida que los adultos mayores se desempeñan en la vida diaria de manera más independiente, mejora sus funciones mentales y tienen mejor autopercepción de salud, su funcionalidad aumenta. De esta manera si una de las tres subhipótesis es verdadera la hipótesis general es aceptada.

Al percibir los datos de la Tabla10 donde se presentan los resultados de la medición inicial y final todas las subvariables estudiadas presentan una disminución estadísticamente significativa de los promedios iniciales, a diferencia del grupo control que no presenta diferencias al comparar la medición inicial con la final, no sufriendo modificaciones, manteniendo su funcionalidad.

Las tres subhipótesis planteadas fueron aceptadas situación que lleva a la aceptación de la hipótesis general concluyendo que el programa de actividades integrales efectivamente aumenta la funcionalidad física, psíquica y social de los adultos mayores que en el participan, al realizar una comparación con adultos mayores que no participan de este programa.

Se reafirma lo planteado por Dorotea Orem (10) quién manifiesta la existencia de condiciones externas e internas que se asocian con el estado de salud y se relaciona con los estímulos recibidos del medio externo e interno, que para este estudio estuvieron representados por la variable independiente "Programa de actividades integrales como estrategia para aumentar la funcionalidad de adultos mayores".

Se hace necesario mencionar que aunque el propósito final de la investigación no fue realizar una medición de la funcionalidad, sino evaluar la efectividad de un programa de actividades integrales como estrategia para aumentar la funcionalidad, se debe destacar que el análisis de estos resultados evidencian una población adulta mayor en términos funcionales, independiente, sin problemas en el mejor de los casos o con ligeros problemas de dependencia en los estados deficitarios. Resultados que se correlacionan muy bien con los resultados obtenidos por Marcela Sahueza,(11) quien describe altos porcentajes de adultos mayores funcionalmente sanos, situación que difiere del estudio de Sequeiro (12) en Chile que está netamente influenciado por las características geográficas especiales del entorno y donde los porcentajes de dependencia específicamente para las funciones instrumentales son mayores al 60%, situación que no se repite en el estudio realizado ni en los mencionados anteriormente, donde prácticamente se evaluarán las mismas características para el ítem actividades de tipo instrumental.

Se destaca que la evaluación realizada es diferente a las comúnmente utilizadas que sólo consideran ciertos aspectos de la funcionalidad, como es el caso del índice de Katz o Barthel que evalúan aspectos netamente de funcionalidad física en relación al desempeño de actividades básicas de la vida diaria o el índice de Lawton que sólo evalúa las actividades de tipo instrumentadas a diferencia de estas mediciones ,el instrumento aplicado permitió desde una perspectiva muy completa, que consideraba además de las comúnmente utilizadas también aspectos psíquicos y sociales.

La investigación permitió una justa medida del funcionamiento físico, y psíquico determinante de la funcionalidad, el aspecto social relacionado específicamente con la actividad y participación está inserto en el mismo programa por lo que no se midió independientemente, debido a que la participación activa en el programa da por satisfecho este aspecto.

Según la revisión bibliográfica este criterio es apoyado ya que la funcionalidad también se puede medir considerando solo aspectos físicos, psíquicos y sociales.

Conclusiones.

1-Los grupos experimental y control funcionaron con características biosociodemográficas homogéneas: prevalencia de edad de 70-74 años, sexo femenino, estado civil casado y la persona con la que viven, el cónyuge.

2-El análisis de los resultados evidencia una población de adultos mayores, en términos funcionales independiente, sin problemas en el mejor de los casos o con ligeros problemas de dependencia en los estados deficitarios, con funciones mentales intactas y con regular autopercepción de salud.

3- Se constatan los lineamientos de la OMS, con la visión universal de la Funcionalidad, donde "el funcionamiento está en constante cambio, no es una situación estática, con cambios en los estilos de vida y modos de afrontamiento en el grupo que participe de programas integrales".

4- El programa resaltó el enfoque andragógico-constructivista donde el aprendizaje surgía de las experiencias que el Adulto mayor poseía, desarrollando sus funciones mentales y de capacidad de

comunicación al relacionarse dentro del grupo.

5-Las tres subhipótesis propuestas fueron aceptadas situación que nos llevó a la aceptación de la hipótesis general del trabajo, concluyendo que efectivamente el programa aumenta la funcionalidad física, psíquica y social de adultos mayores que en el participan.

Referencias Bibliográficas.

- 1- Fornós, M. (1996). Estereotipos, Prejuicios y Vejez. La Tardor.1 (3) (pp.9-12).España.
- 2- Forciea, M.; Lavizzo- Mourey R.(1996). Secretos de la geriatría. McGraw-Hill Interamericana (Ed.), México.
- 3- Organización Mundial de la Salud.(2001). Clasificación Internacional del funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF). Resolución 54/21.Ginebra-Suiza.
- 4- Querejeta, M. (2003). Discapacidad/Dependencia: Unificación de criterios de valoración y selección. Red española de colaboración con la OMS para el estudio de la discapacidad. Madrid, España.
- 5- Parra Salas, M."El Adulto mayor y su Funcionalidad", tesis para optar por el título de Máster en Longevidad satisfactoria. Cuba ,2007,(pp.43).
- 6- Barros Díaz,Oz.Escenarios demográficos de la población cubana ;período 2000-2050.La Habana , CEDEM, 2002.
- 7- Llanes ,Betancourt C."La Discapacidad como Problema social".ISCM-H ,2000.
- 8- Alba, C de "Actividades preventivas a los ancianos .Atención Primaria de Salud.La Habana 28(spl.2):162-80,2001.
- 9- Amezcua, M. y cols. (1996). Cuidadores familiares: Su influencia sobre la autonomía del anciano incapacitado. Enfermería Clínica. 6(6)(pp. 233-239), Barcelona, España.
- 10- Orem, D. (1993). Modelo de Orem: conceptos de enfermería en la práctica. Masson y Salvat (Ed.), Barcelona-España. 423 pp.
- 11- Bruner, J. (1990). Actos de Significado. Más allá de la Revolución Cognitiva. Alianza (Ed.). Madrid, España.
- 12-- Ministerio de Salud; Instituto Nacional de Geriatria. (2003). Evaluación Funcional de Adulto Mayor (EFAM). Proyecto FONDEF. Santiago, Chile.
- 13- Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS.(1999).Sigamos activos para envejecer bien- Día Mundial de la Salud 1999. Boletín oficial 7 de Abril. Washington DC; EE.UU.
- 14- Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS. (2002). La Salud y el Envejecimiento. 36º sesión del subcomité de planificación y programación del comité ejecutivos 36/7, Washington DC;

EE.UU.

15- 16-Belenger, MV., y Aliaga, F. (2000). Autonomía Funcional y Ocupación del Tiempo Libre en personas Mayores. Rol de Enfermería. 23(3)(pp. 231-234). España.

17- Kreidler M. y cols. (1994) Community Elderly: A Nursing Center's use of change Theory as a Model. Journal of Gerontological Nursing. (pp.25-29).EE.UU.

18- Lehr, U. (2003). Psicología de la Senectitud, Proceso y Aprendizaje del Envejecimiento. Herder (Ed.). Barcelona-España.

19-Rivera, M. (1993). Técnicas de relajación física y mental. En: Marín, P. (Ed).Tiempo Nuevo para el Adulto Mayor; Enfoque Interdisciplinario. Programa para el Adulto Mayor Vicerrectoría Académica Pontificia Universidad Católica de Chile. (2)(pp.315-332).Santiago, Chile.

20- Myers, G., y Légaré, J. (2000). The Behaviour and Status of Older Persons, in UNECE et UNFPA, Generations and Gender Programme: Exploring Future Research and Data Collection Options. New York/Geneva, United Nations Economic Commission for Europe et United Nations Population Fund. (pp.105-124).France.

21- Golini, A., y Calvani, P.(1997). Relationships between perception of health, chronic diseases and disabilities. In: 10th Work-group meeting REVES, International Research Network for Interpretation of Observed Values of Healthy Life Expectancy, Tokyo.

22- Hernández, R., y Fernández, C.(1994). Metodología de la Investigación. McGraw-Hill Interamericana de México. (Ed.).Colombia.

23- 24- 25-Bayarre, Vea H.Prevalencia y factores de riesgo de discapacidad en ancianos.Ciudad Habana y las Tunas, la Habana 2000(Trabajo para optar por el Título de Dr. en Ciencias de la Salud).

26- 27-Pérez, Martínez V."El deterioro cognitivo:Una mirada previsor".http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol.21_1-2-05/mgi:171-205t-htm.

28-Adulto mayor en Cuba.datos y cifras.estadísticas.(Doc.en línea)<http://www.sld.cu/sitios/gericuba/temas.php?ido=7102>.

29--Valderrama E, Pérez Del Molino J. Una visión crítica de las escalas de valoración funcional traducidas al castellano. Rev Esp Geriatr Gerontol, 1.997; 32 (5): 297-306.

30-American College of Physicians Health and Public Policy Committee. Comprehensive functional assessment for elderly.

31-Pardavilla B. Aproximación a las necesidades de ayuda a domicilio y plazas residenciales en la población española mayor de 65 años. Rev Serv Social Pol Soc 1989;28-37.

32-Fiallo A. Hacia la caracterización del anciano cubano en un área de salud. Rev Hosp Psiq Hab 1992;33:23-7.

33-Gorgocena AM^a, Algorin S. Estudio de algunos factores sociobiológicos del estado de salud de los ancianos del área de salud "Playa" de la Ciudad de La Habana. Trabajo para optar por el título de Master en Epidemiología. La Habana: Instituto de Medicina Tropical "Pedro Kourí", 1988.

PROGRAMA DE APOYO PARA AUMENTAR LA FUNCIONALIDAD DE ADULTOS MAYORES

34-Comité Estatal de Estadísticas: Anciano. Estadísticas de Cuba. La Habana: ECIMED: 1993:

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

36-Manton KG. A longitudinal study of functional change and mortality in the United States. J Gerontol Soc Sci 1988; 43:153-61.

37-Kinsella K. Dimensiones demográficas y de salud en América Latina y el Caribe. En: Anzola E. La atención del anciano: un desafío para los años noventa. Washington DC: OPS, 1994:3-18 (Publicación Científica;546).

38-Martínez F. El paciente adulto con discapacidad. En: CIESS: El adulto mayor en América Latina. Sus necesidades y sus problemas médico-sociales. Mexico DF: CIESS, 1995:143-52.

39-Erikson E. El ciclo vital completado. Buenos Aires: Paidós, 1985: