

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR  
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA DE OCCIDENTE  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA**



**TRABAJO DE GRADUACIÓN**

TEMA:

**“LA CONTRIBUCIÓN DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD EN ADULTOS  
MAYORES EN EL MUNICIPIO CANDELARIA DE LA FRONTERA EN EL  
PERIODO DE FEBRERO A OCTUBRE 2009”**

PARA OPTAR AL GRADO DE:  
**DOCTORADO EN MEDICINA**

PRESENTADO POR:  
**AGUILAR GUERRA, AMBAR KENY  
TEJADA VALLADARES, NANCY MARIELOS**

DOCENTE DIRECTOR:  
**DOCTOR JUAN HÉCTOR JUBIS**

**MARZO, 2010**

**SANTA ANA      EL SALVADOR      CENTROAMÉRICA**

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR**

**RECTOR**

**ING. Y MSC. RUFINO QUEZADA SÁNCHEZ**

**VICE-RECTOR ACADÉMICO**

**ARQ. Y MÁSTER MIGUEL ÁNGEL PÉREZ RAMOS**

**VICE-RECTOR ADMINISTRATIVO**

**LICDO. Y MÁSTER OSCAR NOÉ NAVARRETE**

**SECRETARIO GENERAL**

**LICDO. DOUGLAS VLADIMIR ALFARO CHÁVEZ**

**FISCAL GENERAL**

**DR. RENÉ MADECADEL PERLA JIMÉNEZ**

**FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA DE OCCIDENTE**

**DECANO**

**LICDO. JORGE MAURICIO RIVERA**

**VICE-DECANO**

**LICDO. Y MÁSTER ELADIO EFRAÍN ZACARÍAS ORTEZ**

**SECRETARIO DE FACULTAD**

**LICDO. VÍCTOR HUGO MERINO QUEZADA**

**JEFE DE DEPARTAMENTO**

**DRA. SANDRA PATRICIA GÓMEZ DE SANDOVAL**

## AGRADECIMIENTOS

---

A Dios Todopoderoso por haber bendecido mi vida y darme la sabiduría e inteligencia necesaria para alcanzar unas de mis metas, sin el no podría haberlo logrado y no abandonarme en los momentos más difíciles de mi vida siempre estuviste en esos momentos, gracias Dios por enseñarme que todo es posible por tu infinita misericordia.

A mis padres, Dora Alicia y Gilberto Aguilar por su esfuerzo, sacrificio y ser las personas que mas creen en mi, por su amor incondicional, apoyo y palabras de animo nunca me dejaron sola y siempre estaban cuando los necesitaba, son las personas mas importantes y a las que mas quiero en este mundo son mi orgullo, este triunfo también es de ustedes. Gracias por enseñarme el valor de la vida. Los quiero con todo mi corazón, que Dios los bendiga siempre, gracias por enseñarme que la vida se disfruta en cada momento.

A mis queridos hermanos Yovany, Livinio, Mauricio, Tatiana y Martina , por ser un ejemplo en mi vida y un pilar fundamental, gracias por haberme brindado su apoyo a lo largo de mi carrera, dándome mucho valor para enfrentar cada prueba en el recorrido de mi vida, apoyándome y dándome sus consejos, son la mejor familia que Dios me puede dar, cada uno me ha enseñado cosas importantes que me han ayudado a ser una mejor persona. Queridas hermanitas gracias por apoyarme, ser mis mejores amigas dándome todo su amor y comprensión, nunca podre pagar todo ese gran cariño que ustedes sienten hacia a mi. A todos ustedes los quiero a cada uno por lo que son.

A mis queridas sobrinitas Sofía, Rocío y Cesia, que con sus caritas y risas llenaron de alegría y felicidad aquellos momentos difíciles, son mis princesas que Dios las bendiga y les de mucha salud, espero siempre tenerlas a mi lado.

A mis cuñadas Yolanda y Mariceli que siempre han deseado lo mejor para mi, por haberme escuchado y darme sus consejos, siempre estuvieron ahí para ayudarme a seguir adelante, brindando me todo su cariño en cada momento de mi vida.

A mis amigos y personas muy especiales que compartieron muchas cosas importantes a lo largo de toda mi formación académica y personal: Nanci

Mariana, Edler, Humberto, José Manuel, Magna, Yanira, José Luis, Licenciada Lourdes, Ricardo y mis amigos de la unidad de Salud de la Hachadura son muchas las personas que me apoyaron y me brindaron su amistad, su cariño que Dios los bendiga y siempre estarán en mi corazón.

A todos los docentes, al Doctor Juan Héctor Jubis por su asesoría a lo largo de este trabajo, por haberme ayudado en mi formación académica. Gracias por ser un buen amigo.

Gracias a todas aquellas personas que creen en mi y depositaron su confianza.

***Ambar Keny Aguilar Guerra***

## AGRADECIMIENTOS

---

A mi Padre Celestial le agradezco por haberme concedido el privilegio de completar una carrera universitaria, por tener una fe firme que me muestra que la adquisición de conocimientos y aplicación de sabiduría es parte de lo que a El le agrada. Gracias le doy a mi Señor por permitirme completar un logro mas de los que ha designado para mi. Este conocimiento espero en El sea para que pueda utilizar todo lo que he aprendido de forma ética y sabia. Le agradezco además por tener ese deseo de seguir aprendiendo cada día algo nuevo y espero con ello que mi mente guarde aun mas conocimiento.

A mis padres Margoth Esperanza Valladares y Balmore Amilcar Tejada porque me han apoyado en todo lo bueno. Espero que esta meta alcanzada sea para honrarles y recompensarles en el futuro por todos el esfuerzo y sacrificio que han hecho por mi. Gracias por hacerme crecer espiritual, intelectual y materialmente. Aunque de todo lo que he adquirido nada se compara al amor que yo recibo de ustedes.

A mis hermanas que amo y respeto, a Ayner por darme el ejemplo de cómo el estudio es algo tan esencial en la vida y a Yamila por llenar mi vida de gozo; para quien además yo deseo que siga el mismo camino que sus hermanas cuando llegue a esta etapa en su vida.

A mi compañera y amiga Ambar Keny Aguilar por aceptar trabajar conmigo. Gracias por la paciencia y dedicación a este trabajo que es fruto de nuestro esfuerzo. Espero que guarde como yo en su mente y corazon las memorias del arduo trabajo que este proyecto representa para ambas.

A mi asesor Dr. Juan Hector Jubis le agradezco todo su empeño, conocimiento impartido y esa firme posición de poner el mayor potencial que tenemos para que lo que hagamos sea lo mejor.

A los docentes de la Universidad de El Salvador que contribuyeron en mi formación académica, agradezco por dejarme el legado de los conocimientos que poseen, así como se lo dejaran a las futuras generaciones de médicos. Considero que ellos tienen una bendición de enseñar a los demás.

A los familiares y amigos que siempre me han dado su apoyo, les agradezco por compartir conmigo y por saber comprender todos los momentos en los que he tenido que priorizar mis estudios y que he estado sacrificando nuestras reuniones. Espero ahora poder recompensarles y servirles en todo lo que yo pueda. Creo sinceramente que el ser humano es un ser sociable y que sin la familia y los buenos amigos la vida no tendría un propósito.

***Nancy Marielos Tejada Valladares***

## INDICE

Pág.

INTRODUCCIÓN.....	i
1. ANTECEDENTES.....	1-2
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	3-5
3. JUSTIFICACIÓN.....	6
4. OBJETIVOS.....	7
4.1. OBJETIVO GENERAL.....	7
4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	7
5. MARCO TEÓRICO.....	8-36
6. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	37
6.1. POBLACIÓN.....	38
6.2. MUESTRA.....	38
6.3. INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS.....	38-39
7. RECURSOS UTILIZADOS PARA LA INVESTIGACIÓN.....	40-41
8. ANÁLISIS Y RESULTADO DE DATOS.....	42-72
9. CONCLUSIONES.....	72-75
10. RECOMENDACIONES.....	76-78
11. GLOSARIO.....	79-84
12. BIBLIOGRAFÍA.....	85-87
13. ANEXOS	
14. CRONOGRAMA	
15. PRESUPUESTO	

## **INTRODUCCIÓN**

Cada vez es más interesante hablar de promoción de la salud y la contribución que trae a la población del adulto mayor, que es una población vulnerable en nuestro país, la cual va dirigida a mejorar y mantener la salud en él más alto nivel de función y con la meta de la mayor independencia familiar. Es clave en la intervención la educación porque la mayoría de este grupo de personas es de escasos recursos.

El Ministerio de Salud pública de nuestro país ha creado un programa de salud que pretende Promover la salud de los adultos mayores a través de intervenciones en las áreas de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, que aseguren una atención integral a este grupo poblacional.

En el intento por mejorar la situación de salud El Ministerio de Salud Pública de El Salvador ha venido implementando diferentes programas para orientar a nuestra población iniciando desde 1942 con la promoción de salud como educación sanitaria, implementando nuevos cambios constantes hasta formular en 1999 el Programa de Gobierno 1999-2004 “ La Nueva Alianza ”, donde contempla la promoción de la salud a través de: Iniciar la Reforma del Sector Salud orientada a la construcción de un Sistema Nacional equitativo, eficiente, eficaz y participativo, promoción de la Salud y prevención de la enfermedad promoviendo la participación organizada y sostenida de la comunidad con los gobiernos locales con el fin de mejorar el estado de salud de la población.

Para alcanzar un nivel adecuado de bienestar físico, mental y social, los adultos mayores deben de poder identificar y satisfacer sus necesidades básicas y su capacidad de cambiar y adaptar se a su entorno. La salud debe percibirse no solo como objetivo, sino también como fuente cotidiana de felicidad.

## ANTECEDENTES

Como preámbulo de la descripción y sobre la contribución más notable acerca de la promoción de salud es fundamental señalar que su desarrollo se inicia desde la época primitiva.

La época que tuvo auge fue la griega hacia 1,250 a.c. Donde se habla de Esculapio (Asklepios) quien era el dios de la salud. La etapa que mas importancia tubo en la historia de la salud fue la del imperio romano; Galeno el más famoso de los médicos romanos fue el primero que hablo de los pre-requisitos para la salud.

El siglo XIX, fue una época de gran riqueza en adelantos. Es a mediados de este siglo donde surge con fuerza los conceptos de medicina social y la toma de conciencia sobre las relaciones entre el estado de la salud de una población y sus condiciones de vida; La historia más reciente que antecedió a la renovación de principios y la construcción teórico práctica de la promoción de la salud se inicia precisamente con Henry Sigerist, uno de los brillantes salubrista. Fue el primero en usar el término de promoción de salud<sup>1</sup>

En nuestro país la Promoción de la Salud, se inició en el año 1940, concebida en ese entonces como Educación para la Salud; Fue en 1969 donde se creó el área de Promoción y Educación; a su vez se contrataron educadores para la salud en todas las regiones del país.

En el año 1973 se realizó la Primera Campaña Nacional de Vacunación Infantil, como una estrategia para abordar la Promoción de la Salud.

En 1986 se realizó la conferencia internacional de promoción de salud de Ottawa, Canadá organizada por la OMS. La carta se acoge al nuevo concepto de salud discutido que abarca las necesidades humanas en forma integral y amplia contemplando 5 grandes áreas de estratégicas a saber:

- Construir políticas públicas saludables.
- Crear los entornos favorables (ambientes físicos, sociales, económicos, políticos, culturales)
- Fortalecer la acción comunitaria.

- Desarrollar actitudes personales (estilos de vida)
- Reorientar los servicios de salud.

En 1986 se estableció la Unidad de Educación para la Salud como una unidad de apoyo a los programas existentes en el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS); a final de la década de los 1990 nace Salud Comunitaria como una estrategia para ampliar coberturas de Atención Primaria de Salud.

La Promoción de la Salud ocupa un lugar destacado a nivel del país y esto es plasmado en el Programa de Gobierno 1999-2004 “La Nueva Alianza”, “iniciar la reforma del sector salud orientada a la construcción de un sistema nacional equitativo, eficiente, eficaz y participativo” y en junio del 2001, se desarrolló el “Primer Foro Nacional de Promoción, Consulta para la Construcción de la Política de Promoción de la Salud en El Salvador.”<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> Restrepo/Malaga, promoción de la Salud: Como construir vida saludable, editorial medica internacional Ltda, Bogotá, D.C. Colombia.

<sup>2</sup>[http://www.mspas.gob.sv/pdf/promocion\\_de\\_la\\_salud\\_pdf/informe\\_logros\\_segun\\_Compromisos\\_Mexico.pdf](http://www.mspas.gob.sv/pdf/promocion_de_la_salud_pdf/informe_logros_segun_Compromisos_Mexico.pdf)

## **Planteamiento del Problema**

En la actualidad existen factores socioeconómicos, culturales, genéticos, que predisponen a algunas enfermedades; por lo que se considera importante tener un control que garantice la calidad y la educación de la población del adulto mayor a través de un proceso de enseñanza-aprendizaje que permita enfocarse en las necesidades de esta población y la prevalencia de estas enfermedad según las condiciones en las que viven.

El Salvador es hoy un país donde, en promedio, las mujeres viven 76 años, 10 mas que 1992. El sistema sanitario no prioriza a los mayores. En 1992, el salvadoreño vivía 68 años en promedio. El último censo (2007) de población elevó la esperanza de vida a 76 años para la mujer y 66 para el hombre<sup>3</sup>. El Salvador tiene hoy más gente de la tercera edad (563,166 personas adulto mayor)<sup>4</sup>, además ésta vive más años. Un cambio significativo que de acuerdo con varios especialistas debe replantear la política en salud pública centralizada en la atención a los niños y a la mujer en edad fértil.<sup>5</sup>

Según estudios de la Organización Mundial de la Salud y la OPS, entre los años 2000 y 2050 se prevé que la población de adultos mayores en América Latina y el Caribe aumente de 41 millones a unos 184 millones. Para el año 2010 habrá más personas de 60 años o más, que menores de cinco años en la región, y para el 2050 habrá aproximadamente tanto niños y niñas menores de 5 años como personas mayores de 80, según un estudio de la OPS. La organización advierte además que el índice de envejecimiento se cuadruplicará para mediados de siglo: pasará de 25 personas mayores de 60 años por cada 100 niños y niñas menores de 15 a principios de la centuria, a 128 personas adultas mayores por cada 100 menores de 15 para 2050.

---

<sup>3</sup> <http://www.elsalvador.com/especiales/2007/Censos/nota36.asp>

<sup>4</sup> [http://www.mspas.gob.sv/piramides2008/p\\_elsalvador2008.pdf](http://www.mspas.gob.sv/piramides2008/p_elsalvador2008.pdf)

<sup>5</sup> <http://www.elsalvador.com/especiales/2007/Censos/nota36.asp>

En Centroamérica, los países que según la OPS tienen en el presente la mayor población envejecida son Panamá, Costa Rica y El Salvador; en Sudamérica, Uruguay y Argentina; en el Caribe, Cuba y Puerto Rico; y en Norteamérica, Canadá y Estados Unidos.<sup>6</sup>

En el Municipio de Candelaria de la Frontera en el 2006 se estimó una población de 37,378 y se estimó que para el 2008 habría un incremento a una cifra de 40,175.<sup>7</sup> Cuenta con una población de 60-99 años correspondiente a 1202 del sexo masculino y 1616 al femenino.<sup>8</sup> En la población de adultos mayores en el año 2008 las primeras cinco causas de consultas en unidad de salud correspondió según su orden de frecuencia a consultas por infecciones agudas de las vías respiratorias superiores (50.43%), enfermedades del sistema circulatorio (19.35%), enfermedades del sistema urinario (10.12%), enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo (9.94 %), enfermedades del sistema digestivo (6.75 %).<sup>9</sup>

Según el informe de vigilancia epidemiológica del MSPAS del 4 Enero- 10 Septiembre del 2009, las principales cinco causas de Incidencia de adultos mayores dentro de las que se encuentran las infecciones respiratorias agudas (91394 casos reportados), la diarrea y gastroenteritis (9563 casos), conjuntivitis bacteriana (3125 casos), neumonía (2324 casos), mordidos por animales transmisores de rabia (1990 casos)<sup>10</sup>

Es importante tener en cuenta que tan preparado está el adulto mayor con una patología de base para enfrentar los cambios en sus facultades físicas, mentales y como esto modificara su vida, pero más importante aún es, que se puede hacer para evitar la progresión de la enfermedad a un estado más grave. De igual manera o quizás ideal fuese identificar aquel adulto mayor que aun no adolece una enfermedad, ya sea porque aun no se le ha diagnosticado su problema o realmente goza de buena salud y como puede hacer para mantenerse bien; en

---

6 [http://www.paho.org/Spanish/D/CumbrePrimerasDamas\\_spaNov07.htm](http://www.paho.org/Spanish/D/CumbrePrimerasDamas_spaNov07.htm)

7 [http://www.digestyc.gob.sv/DigestycWeb/Estad\\_Demograficas/infodemo.htm](http://www.digestyc.gob.sv/DigestycWeb/Estad_Demograficas/infodemo.htm)

8 [www.jve.gob.sv/libro%202003%202006/genero%20edad/02.x/s](http://www.jve.gob.sv/libro%202003%202006/genero%20edad/02.x/s)

<sup>9</sup> Vigilancia epidemiológica de la unidad de salud de Candelaria de la Frontera.

este sentido la Promoción de La Salud tienen un papel esencial en brindar comunicación, información y educación al adulto mayor; saber incorporar el factor social como un determinante de la calidad de vida y el bienestar de las personas que pasan a depender, no solo del mundo de la sanidad, si no también del mundo social.

Es un proceso que proporcionará a cada individuo la capacidad de adaptarse a los múltiples y rápidos cambios que condicionan el mundo y la vida de cada persona.

En nuestro país no ha tenido impacto la promoción de salud en los adultos mayores porque no se brinda una adecuada información, educación ni buena comunicación entre el personal que labora en la unidad de salud y el adulto mayor, la relación que se establece entre el medico y el paciente en la consulta, donde se brinda, consejería sobre los estilos de vida y como poderlos mejorar, se rompe por el poco tiempo que hay en cada consulta, se pierde la interacción entre el medico y paciente dando un pobre aporte a la promoción de salud (educación, información y la comunicación)

**¿Cual es la contribución de la promoción de Salud en el adulto mayor?**

---

<sup>10</sup> [http://www.mspas.gob.sv/vigi\\_epide2009/edad\\_consolidado2009.asp](http://www.mspas.gob.sv/vigi_epide2009/edad_consolidado2009.asp)

## **JUSTIFICACION**

Es un hecho que el crecimiento poblacional del adulto mayor en nuestro país va aumentando por lo que resulta necesario brindar especial interés a esta población haciendo muy conveniente investigar la contribución de la promoción en salud a este grupo.

La exigencia de contar con una educación de mayor calidad constituye hoy por hoy una demanda de la sociedad actual en cualquier ámbito y el área de salud no es la excepción, aunque puede resultar un poco complicado por nuestra idiosincrasia, existe la necesidad de intentarlo y así generar una práctica médica que lleve como fin concientizar a sus usuarios. Se considera la posibilidad de generar una población que conozca de la enfermedad que adolece en sus términos más básicos que identifique la progresión de la misma y las practicas que contribuyan para evitar la enfermedad y poder tener un mejor estilo de vida.

Esta investigación pretende brindar un aporte importante para reconocer cuáles son los daños y las enfermedades crónicas más frecuente en los adultos mayores. Además de saber cuáles son las prácticas en su vida cotidiana que los predisponen a estas enfermedades.

Los resultados servirán para evaluar si se proporciona una buena calidad de atención y para ello se incluyen recursos tales como charlas, consejería, uso de campañas radiales encaminadas a la promoción de salud de los adultos mayores. Lo que se pretende en este estudio es fortalecer la promoción de la salud a través de concientizar e informar a la población adulto mayor sobre los avances y limitaciones de la atención en salud.

## **OBJETIVOS**

### Objetivo General

- ❖ Analizar la contribución de la promoción de la salud en adultos mayores en el Municipio de Candelaria de la Frontera.

### Objetivos Específico

- ❖ Determinar la población de adulto mayor en el municipio de Candelaria de la frontera según el censo 2007.
- ❖ Determinar los hábitos y las prácticas higiénicas del adulto mayor.
- ❖ Identificar el patrón alimentario y estilo de vida del adulto mayor.
- ❖ Identificar los daños en salud más frecuentes en el adulto mayor en Candelaria de la frontera en el periodo establecido.
- ❖ Investigar sobre educación, comunicación e información en salud brindada al adulto mayor

## **MARCO TEORICO**

Las historias más reciente que antecedió a la renovación de principios y la construcción teórico-práctica de la promoción de salud se inicia precisamente con Henry Sigerist, uno de los más brillantes salubrista de todos los tiempos y que concibió las cuatro funciones de la medicina así:

- ❖ La promoción de la salud,
- ❖ la prevención de la enfermedad
- ❖ Restauración del enfermo
- ❖ La rehabilitación.

Fue el primero en usar el término de promoción de salud para referirse a las acciones basadas en la educación sanitaria, por un lado, y a las acciones del estado para mejorar las condiciones de vida, por el otro. El programa de salud propuesto por Sigerist consistente en:

- ❖ Educación libre para toda la población, incluyendo educación en salud.
- ❖ Mejores condiciones posibles de trabajo y de vida para la gente.
- ❖ Mejores medios de recreación y de descanso.
- ❖ Un sistema de instituciones de salud y de personal médico accesible para todo el mundo, responsable por la salud y a su restauración, cuando la promoción ha fallado.
- ❖ Centros médicos de investigación y capacitación.

A Sigerist se le puede considerar también como el precursor de las “Escuelas Saludable” cuando dice “la escuela es una de las instituciones más importantes de salud pública”. Su influencia se mantiene aun en los círculos más prestigiosos de formación y discusión de la salud pública.<sup>11</sup>

La Promoción de la Salud, se da a conocer, las diferentes experiencias que se han desarrollado en nuestro país a través del tiempo y la relevancia que ésta ha tomado dentro de las agendas públicas, extendiéndose al resto de los países centroamericanos.

---

<sup>11</sup> Restrepo/Malaga, promoción de la Salud: Como construir vida saludable, editorial medica internacional Ltda, Bogotá, D.C. Colombia.

La promoción de la salud se concibe como una estrategia integral para crear condiciones de vida más saludables a través de programas concretos dirigidos a las transformaciones de las condiciones de vida.

Fue adoptada en nuestro país en los años 1940 concebida, en ese entonces como educación para la salud bajo la responsabilidad de la división de educación higiénica, siendo su función principal dar respuesta a las necesidades de salud de la época. Durante los años 1947-1957 los educadores higiénicos debían ser maestros, ubicando su que hacer en el área escolar.

En el ámbito institucional, durante la década de los 1960, se incorporó a la división de educación higiénica, la oficina de relaciones públicas. Como un hecho relevante en el año 1969 se creó el área de promoción y educación incorporada en la división materno infantil y planificación familiar; a su vez se contrataron educadores para la salud en todas las regiones del país.

En 1972 la división de educación higiénica para la salud asume la responsabilidad técnica de Educación para la salud y de los educadores regionales. En el año 1973 se realizó la primera campaña nacional de vacunación Infantil, implementándose la campaña de promoción y educación para potencializar los resultados de dicha campaña. En esta misma década nace en El Salvador el “Programa de Ayudante Rural de Salud” (ARS), como una estrategia para abordar la promoción de la salud.

En 1986 se estableció la unidad de educación para la salud como una unidad de apoyo a los programas existentes en el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS). Paralelamente se retomaron los compromisos adquiridos en la Declaración de Alma Ata y de las tres conferencias internacionales de promoción de la salud, fortaleciendo con proyectos como Ayudantes Comunitarios de Salud (ACS) y los Centros Rurales de Nutrición (CRN) y otros orientados a la participación comunitaria.

Al inicio de la década de los 1990 nace salud comunitaria como una estrategia para ampliar coberturas de Atención Primaria de Salud. En la segunda mitad de esta década, se desencadenan algunas iniciativas de salud en el marco de las

estrategias de espacios saludables ejecutados en: escuelas, mercados, centros penales y comunidades, contando con la participación activa de la comunidad.

La promoción, en una concepción más amplia de la salud, es una estrategia incluida en las propuestas de reforma desde la década de los años 1990, la cual surge del consenso de los trabajadores de la salud, grupos y organizaciones de la sociedad civil, así como de las corrientes de reforma en el contexto internacional convirtiendo en impostergable y urgente la necesidad de arribar a una solución integrada. Para ello se conformó el consejo de reforma del sector salud culminando con la propuesta de reforma integral de salud (diciembre del 2000). Los compromisos del sector salud hacia la promoción de la salud en el contexto de la actual propuesta de reforma son:

- Lineamiento II: “consolidar un modelo de atención basado en la promoción, la prevención y la atención primaria de salud”
- Lineamiento V: “institucionalizar la participación social como un eje transversal del sistema de salud”
- Lineamiento VIII: “fortalecer la intersectorialidad en la respuesta social organizada a los retos en salud en junio del 2001, se desarrolló el “Primer foro nacional de promoción: consulta para la construcción de la política de promoción de la salud en El Salvador”, en el cual, participaron actores claves gubernamentales, no gubernamentales y de cooperación externa, quienes adquirieron el compromiso de fortalecer la promoción al firmar la “Declaratoria Nacional para la Promoción de la Salud”.

En cuanto investigación relacionada con promoción de la salud, en el ámbito institucional se cuenta con un sistema de vigilancia epidemiológica que contiene la información de la red de atención del MSPAS, ISSS y Sanidad Militar. Esta evalúa problemas sociales tales como: maltrato físico, psicológico, mixto, violación sexual y otros hechos violentos, alcoholismo, drogodependencia e intento de suicidio.

Actualmente el MSPAS, con otras instituciones gubernamentales y con el apoyo de la cooperación internacional está desarrollando, como plan piloto, la vigilancia epidemiológica de lesiones de causa externa en los hospitales nacionales: Benjamín Bloom, Nueva Concepción y Rosales. El Instituto Nacional de los

Deportes realiza investigaciones en el área del deporte competitivo a fin de redefinir estrategias a implementarse.

Así mismo el Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS), dentro de su ley, sección Octava, Artículo 71 constituye un eslabón entre la promoción y la prevención operativizando estas estrategias a través de las clínicas comunales. Los Organismos No Gubernamentales (ONG's) enfatizan la Promoción de Salud, por medio de una articulación con instancias comunitarias e institucionales bajo una visión de equidad, solidaridad y respeto compartido.

La legislación y normativa nacional contiene:

Artículo 65 Constitución de la República, reza textualmente "la salud de los habitantes de la República constituyen un bien publico, que el estado esta obligado a velar por su conservación y restablecimiento".

El código de Salud (1988) tiene 4 artículos, referidos a la promoción de la salud relacionada con la educación para la salud y comunicación social. Sin embargo, con el propósito de incluir, reformar y ampliar artículos vigentes, los artículos 104 y 105 del anteproyecto del código (actualmente en discusión) explicitan la promoción de la salud, desde una visión más amplia.

El Código Municipal (1986) artículo 4 numeral 5 hace referencia a la promoción de salud, saneamiento ambiental, prevención y combate de la enfermedad. Otras leyes, reglamentos, decretos y políticas que incluyen la promoción de salud.

Como logros alcanzados en el desarrollo de la promoción de la salud en el país, se han tenido la estrategia de participación social, escuela saludable, salud en la comunidad, mercado saludable, centros penales saludables, fortificación de los alimentos procesados, realización de una consulta nacional para la definición de la política nacional de la salud 13, realización del primer foro nacional de promoción de la salud, designación de recursos humanos para el impulso de la promoción de la salud en los SIBASI, propuesta integral de reforma del sector salud, modelo de atención, modelo de gestión y modelo de provisión de salud, en donde se evidencian lo positivo de los cambios y motivan a seguir impulsándolos como hemos visto se han obtenido logros, sin embargo existen desafíos para el desarrollo y fortalecimiento de la promoción de la salud en los próximos años:

- Consolidación del proceso de construcción de una política nacional de promoción de la salud.
- La creación y consolidación de la infraestructura básica a nivel nacional para el impulso de la promoción de la salud relacionada con el desarrollo de los recursos humanos.
- La elaboración e implementación del plan nacional y los planes locales de promoción de la salud.
- La oficialización del consejo nacional de promoción de la salud.
- Incorporación de los diferentes medios de comunicación social.
- El fortalecimiento de las investigaciones para utilizarlas como herramienta en la toma de decisiones.
- Formación del recurso humano en promoción de la salud.
- Identificar e institucionalizar las diferentes iniciativas realizadas en promoción de la salud.
- Reorientación de los servicios de salud

La conferencia internacional de promoción de salud de Ottawa, Canadá 1986, organizada por la OMS, la asociación Canadiense de salud pública y el ministerio de salud y Bienestar Social de Canadá, reunió 200 delegados de 38 países y aprobó la muy conocida carta de Ottawa, que se considera como el documento más importante para el marco de referencia de la promoción de la salud, porque no solo sentó sus bases doctrinarias, si no abrió el camino para pasar de la retorica a la acción. En la organización de dicha conferencia, pero la necesidad de reactivar el compromiso de los países miembros de la OMS para alcanzarla meta de salud para todos en el año 2000.

La carta de Ottawa se acoge al nuevo concepto de salud discutido que abarca las necesidades humanas en forma integral y amplia, pero también insiste, en que necesitan estrategias definidas como la abogacía o cabildeo, la participación y la acción política, para lograr que las necesidades de la salud sean conocidas y promovidas, da un valor a los procesos de empoderamiento de los grupos y las personas, para que puedan desarrollar su máximo potencial de salud, y a la mediación.

La agenda para impulsar las acciones se convierte en parte fundamental del documento y constituye la herramienta que ha hecho posible concretar las acciones propias de la promoción de la salud; contempla cinco grandes áreas estratégicas a saber:

- ❖ Construir políticas públicas saludables
- ❖ Crear los entornos favorables (ambientes físicos, sociales, económicos, políticos, culturales).
- ❖ Fortalecer la acción comunitaria.
- ❖ Desarrollar aptitudes personales (estilos de vida).
- ❖ Reorientar los servicios de salud.<sup>12</sup>

## CONCEPTOS Y DEFINICIONES

Como preámbulo de la descripción sobre las contribuciones más notables a la nueva teoría de la promoción salud, es fundamental señalar que su desarrollo se inicia con un cambio transcendental del concepto de la salud, gestado en los últimos cuarenta años.

## CONCEPTO DE PROMOCIÓN DE SALUD

Existen varias definiciones de promoción de salud, entre las cuales se citan las siguientes:

1. CARTA DE OTTAWA (1986): La Promoción de Salud consiste en proporcionar a la gente los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Más que una definición, es una propuesta para volver a la gente como la única que puede llegar alcanzar el poder de transformar su realidad y de tomar las decisiones para ello.
2. OPS/OMS (1990): La Promoción de Salud es concebida, cada vez en mayor grado, como la suma de las acciones de la población, los servicios de salud, las autoridades sanitarias y otros sectores sociales y productivos, en caminados al desarrollo de mejores condiciones de salud individual y

---

<sup>12</sup> [http://www.mspas.gob.sv/pdf/promocion\\_de\\_la\\_salud\\_pdf/informe\\_logros\\_segun\\_Compromisos\\_Mexico.pdf](http://www.mspas.gob.sv/pdf/promocion_de_la_salud_pdf/informe_logros_segun_Compromisos_Mexico.pdf)

colectiva, esta definición fue aprobada por los ministros de salud de los países miembros de OPS/OMS.

3. HANCOCK (1994): La Promoción de Salud es la buena salud pública que reconoce las relaciones entre salud, política y el poder. Puede decirse que la promoción de salud es acerca del poder a dos niveles el primero como el que se extiende a los individuos y grupos para que sean capaces de tomar más control sobre sus vidas y su salud en el nivel personal y comunitario, el segundo en el que salud se establece como una parte vital de la agenda política.<sup>13</sup>

4. La Promoción de la Salud se concibe como una estrategia integral para crear condiciones más saludables a través de programas concretos dirigidos a las transformaciones de las condiciones de vida, de las formas de vivir y del entorno global que propicie la salud y Facilite la elección de las opciones saludables.

El propósito es que a los años se les añada vida fomentando el apoyo. La integración familiar, social, manteniendo y mejorando su capacidad Física y mental.

Una de las estrategias del Programa de Atención Integral en Salud del Adulto/a Mayor. Es promover estilos de vida saludables, con el propósito de incidir en la reducción de las enfermedades prevalentes de esta edad.

Es muy importante para tal efecto, que las personas que realizan acciones de Promoción y prevención, comprendan cuáles son los conocimientos, actitudes y prácticas de la población; así como los mecanismos de aprendizaje del adulto/a mayor. A fin de obtener elementos que favorezcan la prestación de un servicio de calidad y calidez que apoye al Programa en las estrategias de prevención y control de las enfermedades, principalmente de las crónicas degenerativas.

La Organización Mundial de la Salud la Clasificado (WHO según sus siglas en inglés) inicialmente clasificó a la vejez a partir de los 60, pero luego a partir de

---

<sup>13</sup> Restrepo/Malaga, promoción de la Salud: Como construir vida saludable, editorial medica internacional Ltda, Bogotá, D.C. Colombia.

los 65 años. Esto se debe a un hecho meramente administrativo, ya que antes los 60 años era la edad de la jubilación y ahora son los 65, debido a que el mundo está envejeciendo por el llamado "Proceso de envejecimiento Mundial" y en el que cada día habrá más ancianos y menos niños (tomemos de ejemplo a Europa que se va por el 20% de personas mayores de 60 años). Esto quiere decir que muy pronto la edad de jubilación será a partir de los 70 ya que el peso de ancianos será cada vez mayor y se clasificará a la vejez a partir de los 70 años.

También existe otra clasificación muy práctica, la de los "viejos jóvenes" (young olds) y la de los "viejos viejos" (old olds), que son los grupos entre 60 y 80 y los mayores de 80 años respectivamente. Eso quiere decir que a la llamada "tercera edad" se le agregará otra más, "la cuarta edad" orientada a los mayores de 80 años que según los demógrafos es el grupo etéreo que más va a aumentar en los próximos 20 años, y que además es el grupo de personas que más acuden a los hospitales, que más ocupan las camas de hospitalización y emergencias, que consumen más medicinas y requieren más cuidados tanto médicos como de enfermería.<sup>14</sup>

### **COMUNICACIÓN INTERPERSONAL Y CONSEJERÍA.**

La relación que se establece entre el prestador de servicios de salud y los usuarios puede tener diversos propósitos: el de informar, motivar, capacitar o dar consejería. De estos cuatro, la consejería es la que logra un contacto personal, directo y significativo.

La interacción que se establece se caracteriza por un escuchar activo y empático. que facilitará que el usuario explore alternativas **y** ejerza su capacidad de decidir responsablemente sobre aspectos relacionados con su salud.

Las habilidades de comunicación interpersonal que el prestador de servicios sea capaz de utilizar, determinarán en mucho la calidad y resultado de la interacción con los usuarios.

---

<sup>14</sup> <http://conversacionessobregerontologia.blogspot.com/search/label/envejecimiento%20satisfactorio>

“La comunicación interpersonal es el intercambio de información o sentimientos, cara a cara, verbal y no verbal, entre individuos o grupos. La comunicación interpersonal incluye los procesos de informar, capacitar, motivar y aconsejar.” La consejería es la interacción que se establece entre el prestador de servicios y el usuario. Para facilitar la reflexión y a través de ella, la toma de decisiones para la solución de un problema.”

Elementos de una buena comunicación interpersonal y consejería.

- Crear empatía para identificarse con el usuario
  - Respetar los sentimientos, actitudes y valores de la otra persona: no juzgar
  - Ser discreto para crear un clima de confianza
  - Aprender a escuchar para comprender mejor las necesidades del usuario
- “Ser sincero y congruente al hablar de hábitos saludables

Cómo aclarar dudas e información equivocada. En el manejo integral de las enfermedades en el adulto/a mayor. y entre ellas las enfermedades crónico degenerativas, encontramos muchas veces que uno de los obstáculos más importantes para la adopción de medidas preventivas y de control, es la transmisión de información fragmentada o errónea que más tarde podría convertirse en rumor. Así, los rumores se construyen muchas veces como resultado de un intercambio de información incompleta o distorsionada. Nuestra labor es crucial para identificar aquello que originó una idea errada o un rumor y dirigir nuestra interacción para contrarrestarla con información precisa, clara y simple.

Muchos prestadores de servicios tenemos dificultades para comunicarnos con los usuarios sobre su padecimiento en términos accesibles pero correctos. Es importante que todos los prestadores que atendemos adultos/as mayores. Nos familiarizáremos con palabras sencillas y las usemos cuando nos dirigimos a ellos.

Reglas para hablar de enfermedades con los adultos/as mayores

- Su actitud con el usuario es de suma importancia. ya que la impresión que se lleve de la consulta, puede ser determinante para el manejo de su enfermedad y su participación en el autocontrol.

- Usted no debe mostrarse nervioso ni molesto por las preguntas que le haga el usuario.
- Especialmente en la primera consulta, cuando usted le va a confirmar que padece de algunas enfermedades crónicas degenerativas, debe dedicar un poco más de tiempo y atención al paciente, para que éste sienta que usted está interesado en su salud y adquiera la responsabilidad del autocontrol.
- Hable abierta y francamente. Reconozca los sentimientos del usuario. Si no sabe la respuesta. diga que no sabe e investiguela
- Sea sincero, no de falsas esperanzas. pero explique de manera positiva, las posibilidades que tiene el usuario de controlar su enfermedad.
- Muéstrese tranquilo y seguro de lo que dice.
- Haga sentir al usuario que puede preguntarle todo lo que necesite saber,
- Explore los sentimientos del usuario para comprenderlo de manera más integral.

Acuerde la cita de seguimiento y anímelo a que no deje de acudir..

Ponerse cara a cara con el/la usuario(a); actuar abierta y accesible Ponerse sonriente o con la cara adecuada a la situación.

Estar relajado; leer los gestos y expresiones de/la usuarios.

➤ **Habilidades de comunicación verbal:**

➤ **C** lasificar

➤ **L** ogradr escuchar al usuario/a. estar de su lado para estimularlo

➤ **A** tender a sus necesidades, responder a sus preguntas.

➤ **R** eflexionar o repetir

➤ **O** frecer apoyo y comprensión sin juzgar.

Estimulo positivo es la acción de dar valor y confianza a una acción realizada

El estímulo positivo significa que usted permite que el usuario se de cuenta ¿e que puede resolver bien sus problemas. Por ejemplo: señalando sus avances en bajar de peso. Facilitándolo porque bajo su presión arterial. Diciendo que así va muy bien con el control del azúcar. Para llegar a ser buenos consejeros tenemos que mejorar nuestras habilidades de escuchar atenta y activamente

al usuario. Existe una variedad de técnicas tales como el parafraseo, la reflexión, la identificación de sentimientos, el uso del silencio, la formulación de preguntas, cuyo dominio y uso acertado depende en gran medida del manejo de estas técnicas brinda la posibilidad de establecer la empatía con el usuario para identificar y comprender acertadamente sus sentimientos, necesidades e inquietudes.

#### COMO AYUDAR AL ADULTO MAYOR A TOMAR SUS DECISIONES.

El momento más crítico en el proceso de adopción de una nueva conducta relacionada es el de la toma de decisión. El consejero hará uso de habilidades de comunicación personal para que el usuario tome una decisión propia e informada y pueda estar satisfecho con ella.

Físicos: basados en la sensación corporal de los sentidos (frío, dolor, incomodidad, placer).

Emocionales: basados en los sentimientos o actitudes.

Racionales: basados en el conocimiento.

Prácticos: basados en las relaciones con otras personas o instituciones.

Interpersonales: basados en la influencia de las relaciones con otras personas (familia, compañeros de trabajo)

Estructurales: basado en relaciones con el entorno uno, algunos, o tal vez todos estos factores pueden influir en la toma de decisiones para un cambio de conducta. Lo más importante desde el punto de vista del prestador es recordar no todo el mundo está motivado por los mismos factores para adoptar una conducta autocuidado de la salud.

El prestador debe escuchar cuidadosamente al usuario para entender cuáles factores den lugar a la búsqueda de una conducta. La adopción o no de una conducta. Solamente en este entendimiento puede el prestador ofrecer información dirigida a las necesidades específicas del usuario.

Cuando se usan con la destreza y habilidad de comunicación son una alternativa insustituible para la transmisión de información que hace es compleja y nueva para el usuario.

Desde el punto de vista del proveedor, los materiales lo apoyan para organizar de manera y accesible la entrega de información, sea ésta durante la consulta, charla educativa ad promocional. Desde la perspectiva del usuario los materiales de comunicación a esclarecer conceptos y habilidades convirtiéndose también en una fuente de referencia permanente para conversar con la familia o los amigos. El resultado final es la satisfacción del usuario en virtud de la calidad de información recibida.

Son todos los hábitos o costumbres que un individuo tiene, que determinan la calidad de Salud a través de su vida. Entre mejores sean los hábitos, mejor será el estilo de vida, y esto a su vez permitirá una mejor calidad de vida, que influirá en la cantidad de años por vivir.

La organización social, económica, Familiar, religiosa y cultural. Determina las Formas de vida de una población. Así como el proceso salud enfermedad.<sup>15</sup>

El envejecimiento no es sinónimo de enfermedad, sino que significa disminución de la capacidad de adaptación del organismo ante situaciones de estrés, determinando así una mayor susceptibilidad. Esta pérdida de función conlleva una respuesta diferente ante la enfermedad, por ejemplo existe una mayor susceptibilidad a las infecciones a causa de reducción en la protección que da una mucosa intacta, a la disminución en la eficacia de los cilios bronquiales, y a los cambios de composición de los tejidos conectivos de los pulmones y el tórax.

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 entre otras)
- Manifestaciones clínicas diferentes frente a las enfermedades (menor sensibilidad al dolor agudo, confusión, ausencia de fiebre frente a las infecciones)

---

<sup>15</sup> Guía técnica sobre comunicación social para la atención de los adultos mayores, república de El Salvador, ministerio de salud pública y asistencia social.

- Mayor tiempo para la recuperación de la normalidad después de un proceso agudo.
- Cambios en la composición y la función corporal que afectan la cinética y la dinámica de los fármacos (descenso de masa muscular y agua corporal total, aumento de la grasa corporal, deterioro de la función renal, alteración de la sensibilidad de receptores tisulares) lo que lleva a que tengan reacciones adversas frente a ciertos fármacos en dosis terapéuticas.

Es por estas razones que el adulto mayor puede presentar variados factores de riesgo variados los cuales se analizarán a continuación.

Los cambios del 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, proporcionando un equilibrio.

En el anciano los requerimientos nutritivos se ven condicionados por:

- Reducción de los requerimientos fisiológicos, como consecuencia de una disminución del metabolismo basal, de carácter involutivo.
- 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 alimentación y, por tanto la nutrición. La soledad, depresión, ansiedad, etc., determinan deterioro de la calidad y tipo de alimentación.
- Comer cinco comidas al día.
- Ingerir una dieta equilibrada, que incluya carnes blancas, legumbres, siendo rica en frutas y verduras.

- Desarrollar actividad física, caminar 30 minutos diarios, para favorecer la función digestiva.
- Tomar al menos 2 litros de agua al día.
- Mantener en las posibles costumbres que el adulto tiene frente a la alimentación.
- Seguir las indicaciones de dieta especial cuando se requiera.

Los adultos mayores pueden desarrollar la mayoría de las actividades que realizaban cuando eran más jóvenes, pero a menor velocidad. La calidad de las respuestas de los adultos mayores se ve afectada por el factor tiempo y por alteraciones a nivel del centro del equilibrio, esto lleva a que tarden más en adaptarse al ambiente y en tomar decisiones, esto puede exponerlos a caídas.

El sedentarismo puede provocar en el adulto mayor pérdida ósea, lo que también se configura en un factor de riesgo de accidentes y caídas.

La actividad física moderada (pasear) ha demostrado ser eficaz en la prevención de la osteoporosis; incluso hay estudios que muestran un aumento de masa ósea con el ejercicio, sin embargo este debe estar indicado por un especialista.

Es importante el papel de la prevención de caídas (el 90% de las fracturas de fémur se asocian a una caída). Hay una serie de medidas que está probado ayuda a disminuir el riesgo de caídas en la tercera edad, las que se revisaran a continuación.

- Vestuario: usar ropa cómoda, zapatos de tacón ancho y suela de goma, que permitan desplazarse sin dificultad.
- Iluminación: hay recintos que requieren más luz, mantener una lámpara o interruptor cerca de la cama y evitar caminar en la oscuridad.
- Suelo. Mantenerlo seco, despejado de juguetes, cables eléctricos, maceteros, mangueras, etc. Fijar las esquinas y bordes de alfombras y felpudos.

- Escalera. Instalar unos pasamanos firmes y seguros a uno o ambos lados de esta. Verificar el buen estado de los escalones, se recomienda cubrirlos con goma antideslizante.
  - Baños. Usar pisos antideslizantes dentro y fuera de la ducha. Colocar barras para afirmarse, dentro de la ducha y al lado del excusado.
  - Muebles. Distribuirlos de modo que permitan una circulación expedita.
- 
- El sueño con la edad sufre modificaciones, en relación al el sueño nocturno en las personas de la tercera edad este parece fragmentarse, disminuye la duración total de éste y la cantidad de sueño profundo ( estadios III y IV ) por tanto de sueño reparador, con la consiguiente sensación subjetiva de no sentirse descansado al despertar.
  - El tiempo que los ancianos pasan en cama sin dormir aumenta marcadamente a partir de los 60 años, al igual que la frecuencia de idas al baño en la noche y despertar temprano por las mañanas.
  - Por otro lado, entre los 70 y 80 años, el número de despertares nocturnos se incrementa sensiblemente, ya sea porque el sueño es fragmentado o porque necesitan más tiempo para conciliar el sueño y quedarse acostados, lo que los lleva a tener la sensación de una mala calidad de sueño.
  - En la medida que una persona va avanzando en años, producto del aumento de los despertare nocturnos, los periodos de vigilia durante el día empiezan a ser interrumpidos por periodos cortos de sueño que pueden durar de 1 a 10 segundos o por siestas. Los hombres tienen menor continuidad de su sueño en comparación con las mujeres de su misma edad, teniendo 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.
  - La cantidad de tiempo que un adulto mayor ocupa en dormir, es mucho

menor que el que suele pasar en cama, y también es mucho menor el tiempo aprovechando en un dormir profundo.

- Como se mencionó anteriormente, los despertares durante la noche son mucho más frecuentes en esta edad, aunque no se conoce muy bien la causa de esto, sin embargo, pueden inferirse factores tales como afecciones cardiopulmonares, apnea del sueño y dolores en general.
- Dado que los trastornos del sueño se hacen más frecuentes con la edad avanzada, el uso de somníferos se acrecienta. La gente de edad reacciona en forma diferente a estos medicamentos y pueden presentar dos efectos colaterales: trastornos del equilibrio, confusión, síntomas atribuidos erróneamente a la senilidad.
- Esto lleva a determinar que en la vejez deba procederse de modo especialmente cuidadoso con el uso y prescripción de los somníferos.
- Iluminación: evitar la entrada de luz mientras se duerme. Eliminar luces de aparatos eléctricos.
- Ruidos: evitar aquellos ruidos que perturban; por ejemplo tic tac de relojes
- Temperatura: mantener en la habitación un ambiente fresco y agradable.
- Colchón: preferir uno liso, si es posible cambiarlo de posición periódicamente para evitar que se deforme.
- Almohada: probar distintas alturas hasta ubicar la que mejor se acomode a la anatomía, debe ser cómoda para el cuello, es decir, ni muy alta ni muy baja.
- Ropa: Elegir camisa de dormir o pijama cómodo, idealmente de algodón. Sábanas suaves para hacer del dormir algo satisfactorio.
- Mantener una actividad durante el día y evitar estar en el dormitorio.
- Si es necesaria una siesta, esta no debe ser superior a 1 y media hora.
- Tratar de exponerse a la luz natural durante el día, en la mañana y luego por la tarde por lo menos 30 a 40 minutos, de esta manera se ayuda a retrasar el ciclo adelantado de sueño que característicamente poseen.
- El mantenimiento de 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. En este aspecto, las acciones que realicen tanto los familiares como los propios adultos mayores, contribuyen a establecer encuentros más significativos entre ambos.

- Muchos adultos mayores pueden caer en depresión si cambian de hábitat, son institucionalizados o se les cambian radicalmente sus costumbres. Un buen ambiente donde vivir en la tercera edad contribuye a tener una mejor salud mental.<sup>16</sup>

## **MANUAL DE TÉCNICA DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD DE LA PERSONA ADULTO MAYOR.**

El Proceso de Atención Integral a la Salud de la persona en sus diferentes ciclos de vida, en los ambientes: Familiar, Comunidad, Educativo, Laboral y de Establecimientos de Salud.

### **1. COMPONENTE: CRECIMIENTO, DESARROLLO Y NUTRICION**

#### **LINEAMIENTO:**

A toda persona adulta mayor que presente Índice de Masa Corporal (IMC) menor de 18.5 o mayor de 25 se le realizará, en cada control, vigilancia nutricional, evaluación antropométrica y control de hemoglobina.

1.1 FAMILIAR a través de la visita domiciliar realizada por enfermería o por el promotor de salud se deberá:

1.1.1 Fomentar sobre prácticas de salud oral (cepillado correcto, visita al odontólogo)

1.1.2 Fomentar prácticas de alimentación y nutrición adecuada, según guía de Alimentación para la familia salvadoreña.

1.1.3 Fomentar prácticas de autocuidado de la salud y ejercicio físico

1.1.4 Identificar aquellas personas adultas mayores con riesgos biopsico-social y

---

<sup>16</sup> [http://www.uc.cl/sw\\_educ/enferm/ciclo/html/mayor/prevencion.htm](http://www.uc.cl/sw_educ/enferm/ciclo/html/mayor/prevencion.htm)

referirlas a donde corresponda.

## **I.2 COMUNIDAD**

1.1.1 Promover la participación de los amigos y la comunidad en el cuidado de la salud de las personas adultas mayores.

1.1.2 Fomentar la no discriminación de las personas adultas mayores con su edad y a sus condiciones,

1.1.3 Fomentar espacios para la recreación y participación activa de las personas adultas mayores.

## **1.3 EDUCATIVO**

13.1 Coordinar con los docentes para fomentar en los alumnos actitudes de respeto y consideración hacia las personas adultas mayores y valores entre generaciones.

## **1.4 ESTABLECIMIENTO DE SALUD**

A toda persona adulta mayor se le realizará evaluación nutricional y suplementación con micronutrientes, según necesidad y disponibilidad; y se le dará educación nutricional.

1.4.1 Todo establecimiento de salud que tenga servicio odontológico *r* deberá proporcionar atención en salud bucal a la población adulta mayor, según demanda.

1.4.2 A todas las personas adultas mayores del área geográfica de influencia se les deberá aplicar la vacuna Dt. Adulto

1.4.3 A toda persona mayor de 65 años deberá aplicársele la vacuna contra la gripe (según norma).

1.4.4 En cada control médico preventivo, deberá tomarse y registrarse el peso, talla, glucosa y signos vitales (temperatura, respiración presión arterial) El control médico por morbilidad se realizará por lo menos cada tres meses o según necesidad, y el control preventivo cada año).

## **1.5 LABORAL**

1.5.1 Buscar acciones en las que las personas adultas mayores puedan participar productivamente.

1.5.2 Propiciar espacios de participación laboral y de terapia ocupacional.

1.5.3 Promover a nivel empresarial el cumplimiento de las leyes laborales

## **2. COMPONENTE: SALUD SEXUAL**

### **Lineamiento:**

La institución o establecimiento de salud que brinde servicios de atención a la salud sexual de las personas adultas mayores debe garantizar el acceso a la persona afectada y su pareja para la evaluación, diagnóstico, tratamiento y seguimiento oportuno.

A toda mujer entre 60 a 65 años deberá realizársele citología vaginal cada año, y después de los 65 años, según criterio médico.

A toda mujer adulta mayor debe realizársele examen clínico de mamas y orientársele al autoexamen de mamas.

### **FAMILIAR**

2.1.1 Orientar sobre el respeto y los derechos sexuales de las personas adultas mayores.

2.1.2 Fomentar la adopción de prácticas sexuales saludables.

2.1.3 Promover el involucramiento de la familia en cuanto a la toma de citología y detección precoz del cáncer de mama y cérvico uterino.

2.1.4 Fomentar en la familia la consulta precoz para la detección del cáncer de próstata en el hombre.

### **2.2 COMUNIDAD**

2.2.1 Promover el respeto de los derechos sexuales de las personas adultas mayores

2.2.2 Apoyar y/o promover las acciones de prevención de la violencia y abuso sexual de las personas adultas mayores.

2.2.3 Fomentar a través de los grupos organizados, el afecto y relaciones de pareja y apoyo intrafamiliares.

2. 2.4 Apoyar a las organizaciones para la promoción de la citología y prevención del cáncer cérvico uterino en las mujeres adultas mayores y el cáncer de próstata en el hombre.

## **EDUCATIVO**

2.3.1 Coordinar con los docentes el desarrollo de contenidos en la currícula de la educación formal y no formal en derechos sexuales de las personas adultas mayores.

### **2 .4. ESTABLECIMIENTO DE SALUD**

2.4.1 Divulgar los derechos sexuales de las personas adultas mayores.

2.4.2 Impartir consejería en salud sexual a las personas adultas mayores, que lo necesiten

2.4.3 Desarrollar acciones para la prevención, diagnóstico temprano y manejo oportuno de las ITS/VIH/SIDA.

2.4.4 A todo adulto mayor se le deberá realizar exploración prostática

2.4.5 Atender a víctimas y victimarios de violencia y abuso sexual.

2.4.6 Durante el chequeo anual preventivo, a la mujer adulta mayor, se le debe explorar problemas de incontinencia urinaria y prolapso uterino, e intervenir oportunamente y de acuerdo al caso.

2.4.7 Promover la toma de citología y el examen clínico de mamas en las mujeres adultas mayores.

2.4.8 Control y seguimiento de los resultados de la citología según normas de Detección Precoz del Cáncer,

2.4.9 Explorar en el hombre y en la mujer adulta mayor, problemas relacionados con su vida sexual y proporcionar orientaciones según el caso,

## **2.5 LABORAL**

2.5.1 Promover el respeto a los derechos sexuales de las personas adultas mayores.

2.5.2 Crear espacios para promover a equidad de género para optar a cargos laborales.

## **3 COMPONENTE: PROMOCIÓN DE LA SALUD Y SALUD MENTAL LINEAMIENTO:**

La promoción debe incluir todo tipo de actividad educativa, de coordinación y de participación, sea en forma individual y/o colectiva, para favorecer el autocuidado de la salud de las personas adultos mayores y propiciar la adopción de estilos de vida saludables.

### **3.1 FAMILIA**

3.1.1 Fomentar la limpieza e higiene de la vivienda.

3.1.2 Fomentar actitudes y prácticas para la detección temprana de discapacidad física y mental de las personas adultas mayores.

3.1.3 Fomentar la participación activa en la rehabilitación de la discapacidad.

3.1.4 Promover la comunicación familiar, tolerancia, respeto y afecto hacia las personas adultas mayores para evitar el aislamiento.

3.1.5 Orientar sobre la prevención de accidentes en el hogar.

3.1.6 Orientar sobre la aplicación de prácticas de primeros auxilios en accidentes

más frecuentes de las personas adultas mayores.

3.1.7 Promover la participación activa de la familia en la detección oportuna de factores que representan riesgos o daños para la salud.

3.1.8 Fomentar la no automedicación y etnoprácticas nocivas para la salud.

3.1.9 Fomentar las prácticas (principalmente alimentación y ejercicio que prevengan las enfermedades crónico-degenerativas.

## **3.2 COMUNIDAD**

3.2.1 en toda comunidad en donde exista promotor de salud, deben de organizarse clubes de personas adultas mayores.

3.2.2 Promover los derechos de las personas adultas mayores.

3.2.3 Creación de espacios para la participación de las personas adultas mayores en el desarrollo de proyectos productivos.

3.2.4 Promover el involucramiento de la comunidad en la detección de personas adultas mayores abandonados y referirlas a las instituciones correspondientes para su atención,

3.2.5 Fomentar la participación de los grupos organizados en la rehabilitación basada en la comunidad.

## **3.3 EDUCATIVO**

3.3.1 Fomentar y coordinar grupos organizados, en las escuelas, para la implementación de planes y actividades para la prevención y mitigación de desastres naturales que afecten a las personas adultas mayores.

3.3.2 Incorporar en la educación formal y no formal elementos que promuevan la

salud y salud mental de las personas adultas mayores.

3.3.3 Fomentar la participación de las personas adultas mayores en el desarrollo de temas relacionados con la práctica de valores, educación en salud, desarrollo humano y otros.

### **3.4 ESTABLECIMIENTO DE LA SALUD**

3.4.1 Cada establecimiento de salud deberá contar con un estudio de conocimiento de actitudes y prácticas de las personas adultas mayores que le sirva de base para las acciones educativas.

3.4.2 Cada establecimiento de salud contará con un plan anual operativo integrado, que incluya: salud mental, nutrición, salud bucal, educación sexual, actividad física y otras, el cual deberá ser desarrollado por el equipo multidisciplinario.

3.4.3 Cada establecimiento de salud deberá contar con el censo de la población adulta mayor de su área geográfica de influencia, actualizándolo cada año.

3.4.4 Cada establecimiento de salud coordinará con diferentes sectores e instituciones para la atención de las personas adultas mayores.

3.4.5 Los establecimientos de salud identificarán a las personas adultas mayores de su comunidad para motivarlos a que integren los clubes.

3.4.6 Todos los establecimientos de salud del sector deben promover el apoyo e involucramiento de la familia en las diferentes actividades que se realicen con las personas adultas mayores.

3.4.7 Las actividades dirigidas a las personas adultas mayores son responsabilidad del equipo multidisciplinario de los establecimientos de salud del

sector.

3.4.8 En el contacto inicial con la persona adulta mayor deberá realizarse una adecuada evaluación e identificación de factores de riesgo y practicarse examen físico completo que incluya valoración nutricional y neurológica (Apoyarse en Guía Clínica para Atención Primaria en las Personas Adultas Mayores).

3.4.9 Evaluar la salud mental de las personas adultas mayores, para detectar oportunamente la depresión u otros desequilibrios (Ver Módulo 4, Guía Clínica),

3.4.10 El equipo de salud deberá crear espacios para que las personas adultas mayores expresen sus habilidades con valor social y fomentar su autoestima.

3.4.11 Toda persona adulta mayor identificada con enfermedad crónica degenerativa, deberá recibir consejería, según necesidad, para orientarse sobre el autocuidado de su salud,

3.4.12 En todo contacto con la persona adulta mayor a nivel institucional o comunitario, el personal de salud aprovechará la oportunidad para brindar educación en salud.

3.4.13 Todos los establecimientos de salud deben organizar clubes con personas adultas mayores, los cuales para fines educativos deberán incorporar entre 20 a 30 personas.

3.4.15 El equipo responsable de la atención a las personas adultas mayores mantendrá activos los clubes.

3.4.16 Los clubes de personas adultas mayores pueden ser educativos, recreativos o su combinación y/o de acuerdo a patologías

### **3.5 LABORAL**

- 3.5.1 Promover la creación de espacios para el fomento de actitudes y prácticas que generen estilos de vida saludables,
- 3.5.2 Coordinar acciones para asegurar servicios de atención oportuna y adecuada de accidentes y enfermedades ocupacionales y no ocupacionales.
- 3.5.3 Promover la equiparación de oportunidades para las personas adultas mayores con discapacidad.
- 3.5.4 Promover la elaboración e implementación de planes de contingencia, emergencia y mitigación de desastres que protejan y prioricen a las personas adultas mayores.
- 3.5.5 Promover la construcción de infraestructuras laborales accesibles para la movilidad de las personas adultas mayores.
- 3.5.6 Promover el respeto y cumplimiento de las leyes laborales.
- 3.5.7 Promover la dotación de implementos necesarios y adecuados para prevenir accidentes y enfermedades en los trabajadores adultos mayores

## **4 COMPONENTE MORBILIDAD, DAÑO Y REHABILITACIÓN**

### **LINEAMIENTO**

Dar atención adecuada a la morbilidad, daño y rehabilitación e as s adultas mayores de acuerdo a normas, guías, protocolos y manuales de procedimientos.

## **4.1 FAMILIA**

- 4.1.1 Promover ambientes o entornos favorables para la recuperación as personas adultas mayores enfermas.
- 4.1.2 Fomentar actitudes y prácticas responsables ante la morbilidad a persona adulta mayor.
- 4.1.3 Fomentar prácticas de salud que prevengan las enfermedades crónicas y/o degenerativas.
- 4.1.4 Promover la participación responsable en a rehabilitación de la discapacidad.
- 4.1.5 Fomentar actitudes y prácticas saludables para la prevención y rol de complicaciones en las enfermedades crónicas.
- 4.1.6 Orientar sobre el cumplimiento a los tratamientos, recomendaciones, de seguimiento e indicaciones que dé el personal de salud personas adultas mayores enfermas.
- 4.1.7 Promover la contribución de a familia para la rehabilitación mental y física.
- 4.1.8 Promover la participación activa en el seguimiento y control médico preventivo (chequeo anual), para la detección oportuna de riesgos y daños a la salud.

## **4.2 COMUNIDAD**

- 4.2.1 Promover el involucramiento y participación en la detección de las personas adultas mayores con morbilidad, para su referencia al establecimiento de salud correspondiente principalmente adultos mayores que viven solos).
- 4.2.2 Fomentar, en los diferentes grupos organizados, actitudes y prácticas

saludables para la prevención y control de implicaciones de las enfermedades crónicas.

4.2.3 Fomentar el cumplimiento y la participación en la rehabilitación moda en la comunidad.

4.2.4 Promover la gestión y participación activa en la atención integral alud comunitaria.

### **4.3 EDUCATIVO**

4.3.1 Promover y fomentar en los educandos los beneficios del chequeo preventivo, en las personas adultas mayores, a fin de detectar riesgo y daño de la salud.

### **4.4 ESTABLECIMIENTO DE LA SALUD**

4.4.1 Toda persona adulta mayor del área geográfica correspondiente, deberá recibir orientación para la conservación y autocuidado de su salud así como de las indicaciones relacionadas a su patología.

4.4.2 Toda persona adulta mayor con morbilidad, deberá recibir atención de acuerdo a normas y protocolos establecidos.

4.4.3 Todo establecimiento de salud debe contar con un plan de rehabilitación física y mental de acuerdo a guías, normas y protocolos, priorizando la rehabilitación basada en la comunidad.

4.4.4 Toda persona adulta mayor que reciba consulta médica por primera vez se le realizarán exámenes de laboratorio, según capacidad de respuesta del establecimiento de salud y criterio médico, así como los exámenes de control posterior. Los exámenes de laboratorio incluyen: Hemograma completo, Perfil de lípidos, Glicemia, Examen general de orina, Examen de

heces (sangre oculta), Creatinina, Otros según necesidad

- 4.4.5 Toda situación de salud que no pueda ser solucionada satisfactoriamente en el lugar de atención inicial, será referida al nivel de atención o institución de salud que disponga de la capacidad resolutive necesaria.
- 4.4.6 A toda persona referida a otro nivel de atención o institución de salud deberá entregársele la referencia debidamente llena (en lo posible concertar cita previa), así mismo se le explicarán los diferentes aspectos relacionados con su referencia y la importancia de su cumplimiento.
- 4.4.7 Al haberse solucionado o controlado el problema de salud de la persona adulta mayor, volverá al establecimiento o institución de salud que lo refirió, con su hoja de retorno debidamente llena, para su seguimiento.
- 4.4.8 Todo establecimiento de salud debe implantar la estrategia de rehabilitación basada en la comunidad.

#### **4.5 LABORAL**

- 4.5.1 Promover el cumplimiento de los derechos y obligaciones de atención sanitaria.
- 4.5.2 Promover el cumplimiento de la Ley de Equiparación de oportunidades para las personas adultas mayores con discapacidad.
- 4.5.3 Fomentar la comprensión y apoyo hacia el trabajador con padecimientos que limitan su desempeño.
- 4.5.4 Propiciar espacios para la atención preventiva, curativa y de rehabilitación.

### **5. COMPONENTE: SANEAMIENTO BÁSICO Y CALIDAD AMBIENTAL**

#### **LINEAMIENTO:**

Propiciar condiciones adecuadas que generen un entorno saludable para las personas adultas mayores, de acuerdo a normas y procedimientos.

#### **5.1 FAMILIA**

- 5.1.1 Fomentar prácticas de desinfección del agua para consumo del humano.
- 5.1.2 Fomentar prácticas de higiene y protección de alimentos para evitar riesgos y daños a la salud de las personas adultas mayores.
- 5.1.3 Orientar sobre el adecuado manejo de los desechos sólidos producidos en

el hogar.

## **5.2 COMUNIDAD**

5.2.1 Fomentar prácticas de desinfección del agua para consumo de agua segura para las personas adultas mayores.

5.2.2 Creación de espacios para la participación de las personas adultas mayores en el desarrollo de proyectos que propicien el mantenimiento de ambientes saludables.

5.2.3 Promover prácticas orientadas a proteger el suelo, agua y aire.

## **5.3 EDUCATIVO**

5.3.1 Promover el desarrollo de programas con contenidos relacionados con la conservación de los recursos naturales, contingencia de desastres, salud ambiental.

## **5.4 ESTABLECIMIENTO DE SALUD**

5.4.1 Elaboración y actualización de un mapa de riesgos de salud ambiental

5.4.2 Cumplimiento de las normas y procedimientos en la producción, almacenamiento y distribución de los alimentos de consumo humano, para prevenir riesgos y daños a la salud de las personas adultas mayores.

5.4.3 Implementación de campañas y/o proyectos de salud ambiental para lograr comunidades saludables.

5.4.4 Vigilar el cumplimiento de normas relacionadas al manejo de excretas, desechos sólidos, agua segura y otros.

## **5.5 LABORAL**

5.5.1 Promover y exigir el cumplimiento de las normas para evitar la contaminación de agua, aire y suelo por desechos.

5.5.2 Promover la creación de espacios y entornos saludables en los lugares<sup>17</sup>

---

<sup>17</sup> Manual de operaciones de atención integral en salud de la persona adulto mayor, Ministerio de salud pública y asistencia social.

## **METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN**

El estudio se llevará a cabo en la Unidad de Salud de Candelaria de la Frontera y el agente participativo en dicha investigación es la población adulto mayor el cual comprende entre las edades de 60 a 90 años del Municipio antes mencionado el cual consta de una población adulto mayor de 1,202 hombres y 1,216 mujeres<sup>18</sup>.

El municipio de Candelaria de la Frontera esta ubicada a 87 kilómetros de la capital de San Salvador y a 28 Km al noroeste de la ciudad de Santa Ana, abarca una extensión 97 kilómetros cuadrados. El municipio posee 11 cantones y 53 caseríos distribuidos en 91.13 kilómetros cuadrados.<sup>19</sup>

Sus 11 cantones con que cuenta este municipio son Casas De Teja, El Jute, El Zacamil, La Criba, La Parada, San Jerónimo, Monte Verde, Piedras Azules, San José Pinalito, San Vicente y Tierra Blanca

### **TIPO DE ESTUDIO:**

El estudio a realizar es de tipo descriptivo y cuantitativo, a través del cual se espera conocer y establecer sobre la contribución de la promoción de salud del adulto mayor y si existen debilidades en el personal de salud sobre promoción de salud y si está capacitado.

En el estudio se tomará como universo de 2418 personas adulto mayor en el municipio de Candelaria de la Frontera, con una duración de 8 meses.

La determinación de la muestra se calculará a través de la formula Sierra Bravo

Z= Nivel de confianza de 95% (1- $\alpha$  = 0.95)

LE= Error máximo tolerable que es un margen expresado en puntos absolutos o porcentuales, ocuparemos el 5%.

N= el factor poblacional.

P= probabilidad 50%

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

<sup>18</sup>FUENTE: Registro Electoral del TSE

<sup>19</sup> <http://www.amcandelariafrontera.gob.sv/>

$$n = \frac{2418(1.96)^2 (0.5) (0.5)}{2417(0.05)^2 + (1.96)^2 (0.5) (0.5)}$$

$$n = \frac{2218 (3.8416) (0.5) (0.5)}{2417(0.0025) + (3.8416) (0.5) (0.5)}$$

$$n = \frac{2322.2472}{6.0425 + 0.9604}$$

n= 332 seria la muestra del estudio

**UNIVERSO = Población Adulto Mayor de Candelaria de La frontera**

**POBLACION = 2418 personas**

**LA MUESTRA = 332 personas de adulto mayor**

En el estudio se tomara también como universo a todo el personal que labora en la unidad de salud de Candelaria de la Frontera los cuales son 50 personas en total y se encuestará al 100%, evaluando los conocimientos sobre la promoción de salud en el adulto mayor en Candelaria de la Frontera.

**INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS:**

Los datos primarios se obtendrán a través de encuestas dirigidas a la muestra del adulto mayor y del personal de salud del Municipio Candelaria de La Frontera, Departamento de Santa Ana, El Salvador.

Esta información que se requiere es extensa, debiéndose recurrir a preguntas cerradas; la encuesta se basará en un cuestionario de 47 preguntas dirigidas al adulto mayor y una encuesta dirigida al personal de salud que consta de 12

preguntas cerradas, se pasaran las encuestas y se entregaran al personal que labora en la unidad de salud. Dicha información se recopilará durante las reuniones del club de adultos mayores de la Unidad de Salud de Candelaria de la frontera dentro de las instalaciones de la misma, Se hará la recolección de datos mediante lectura del cuestionario al adulto mayor. La encuesta que se diseño para el personal de salud entre ellos se encuestaran los médicos, enfermeras, promotores y fosalud; se entregará para que ellos respondan y después los resultados de ambas encuestas se procesarán en tablas y serán expresados mediante gráficos de barras utilizando el programa Microsoft office Excel 2007 para así poder analizar los datos recolectados de una mejor manera como también dar a conocer la utilidad de la aplicación de la contribución de la promoción de salud del adulto mayor y sus debilidades.

## **RECURSOS UTILIZADOS PARA LA INVESTIGACION:**

### **Recursos institucionales**

Las instituciones gubernamentales que proporcionan información bibliográfica de campo, entrevistas que contribuirán con la investigación a realizarse, instalaciones, entre otros son:

- ✓ Universidad de El Salvador, Facultad Multidisciplinaria de Occidente.
- ✓ Unidad de Salud Candelaria de la Frontera.

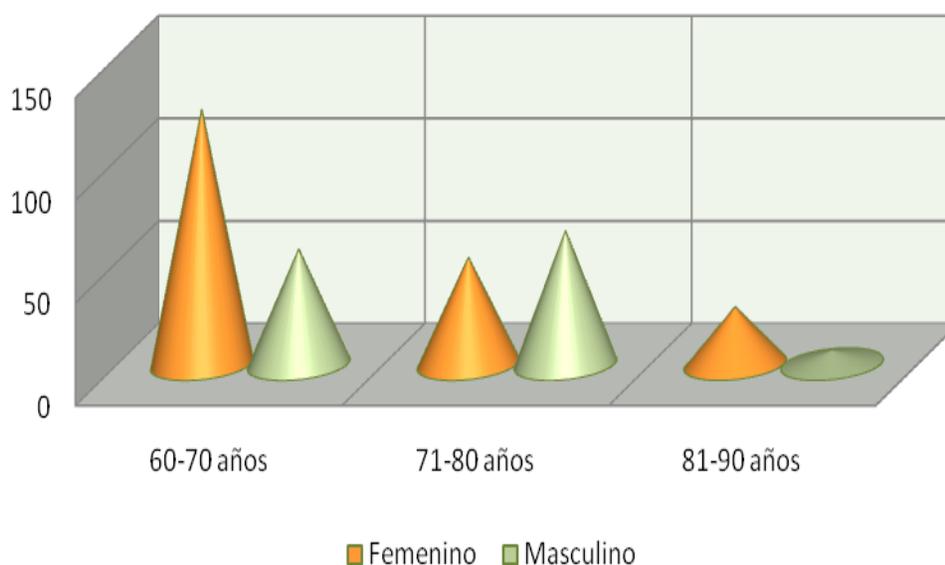
### **Recursos materiales**

<b>RECURSO MATERIAL</b>	<b>CANTIDAD</b>
Tinta Negra	6 cartuchos
Tinta a Color	2 cartuchos
Papel Bond base 20	3 resmas
Fólder cartulina Manila tamaño carta	10 u
Fastener	10 u
Impresora	1 u
Computadora de escritorio	1u
Computadora portátil	2 u
Dispositivo de Almacenamiento Masivo	2 u
Ayuda audiovisuales: Cañon y pantalla	2 u
Cámara fotográfica digital	1 u

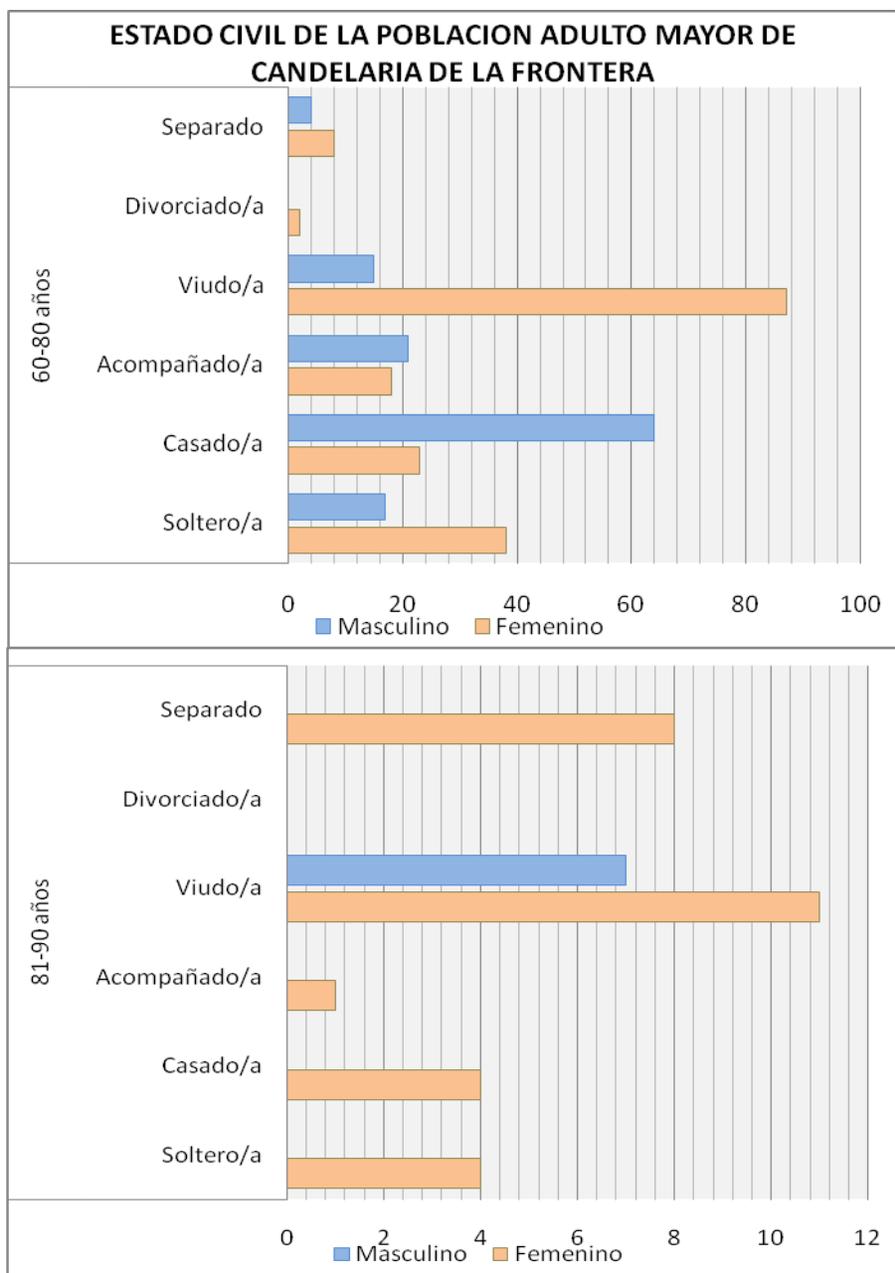
<b>Recurso Humano</b>	<b>Número de personas</b>
Grupo de tesis	2

# **ANALISIS Y RESULTADO DE DATOS**

## RELACION SEXO-EDAD EN LA POBLACION ADULTO MAYOR DE CANDELARIA DE LA FRONTERA



**Grafico 1.** La población de adultos mayores encuestado muestra que entre los 60 a 70 años el 69% son mujeres y el 31% son hombres. En el siguiente grupo entre los 71 a 80 años se encuentran un 44% mujeres y un 56% hombres. También observamos que entre los 81 a 90 años existe un 80% mujeres y un 20% hombres. Esto muestra que solo en el grupo de 71 a 80 años, los hombres son quienes superan el número de mujeres por un 12%. No se encontró población mayor de 90 años en ningún género. Si tomamos en cuenta toda la población de la muestra existe mayor población de género femenino en un 61% y masculino en un 39%. Este dato refuerza los resultados demostrados en el censo del año 2007 en el Municipio de Candelaria de la Frontera donde se estimó una población de 60-99 años correspondiente a 1202 del sexo masculino y 1616 al femenino. Esta situación en que el número de mujeres supera al de los hombres aun la encontramos en el 2009 en una relación de 1.5 mujeres por cada hombre.

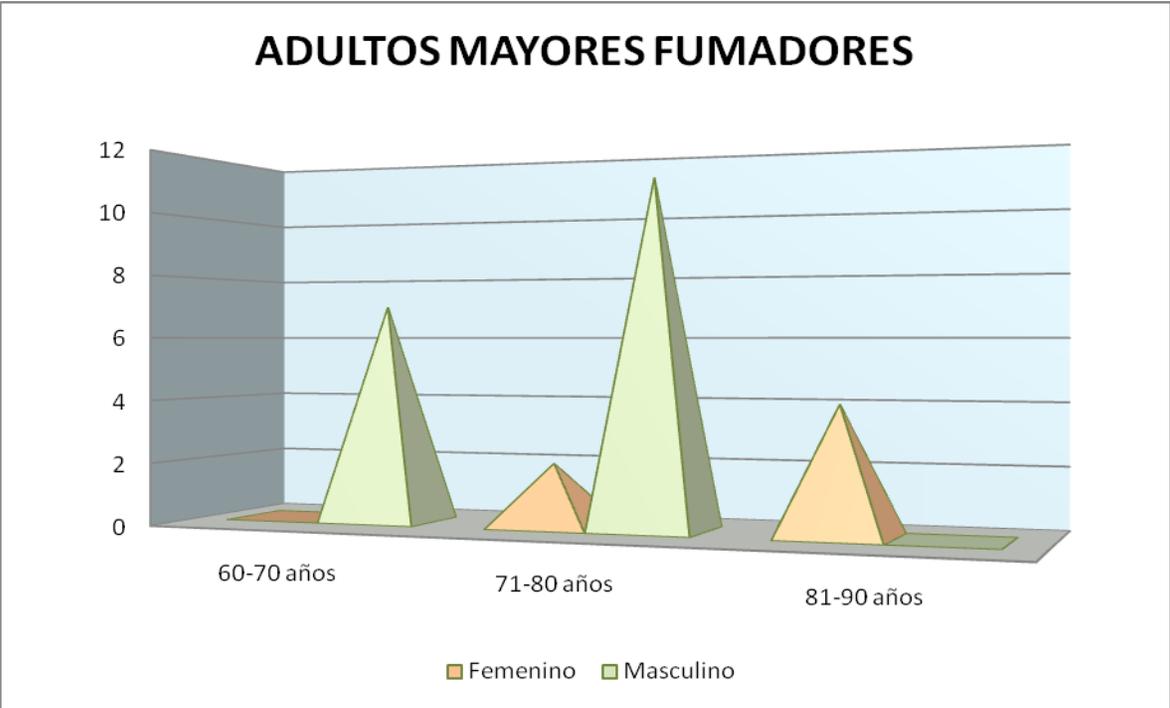


**Grafico 2.** El estado civil según la edad está representado en dos graficas de acuerdo a una clasificación que divide a los adultos mayores en viejos-jóvenes (Young-old) y viejos-viejos (old-old).

Si analizamos primero los datos obtenidos por las mujeres se observa en ambos grupos por edad que la viudez es el grupo predominante en ellas con un 85% de todos los viejos jóvenes y 61% de todos los viejos-viejos. Ahora si analizamos el grupo de los hombres observamos que el grupo predominante corresponde a los

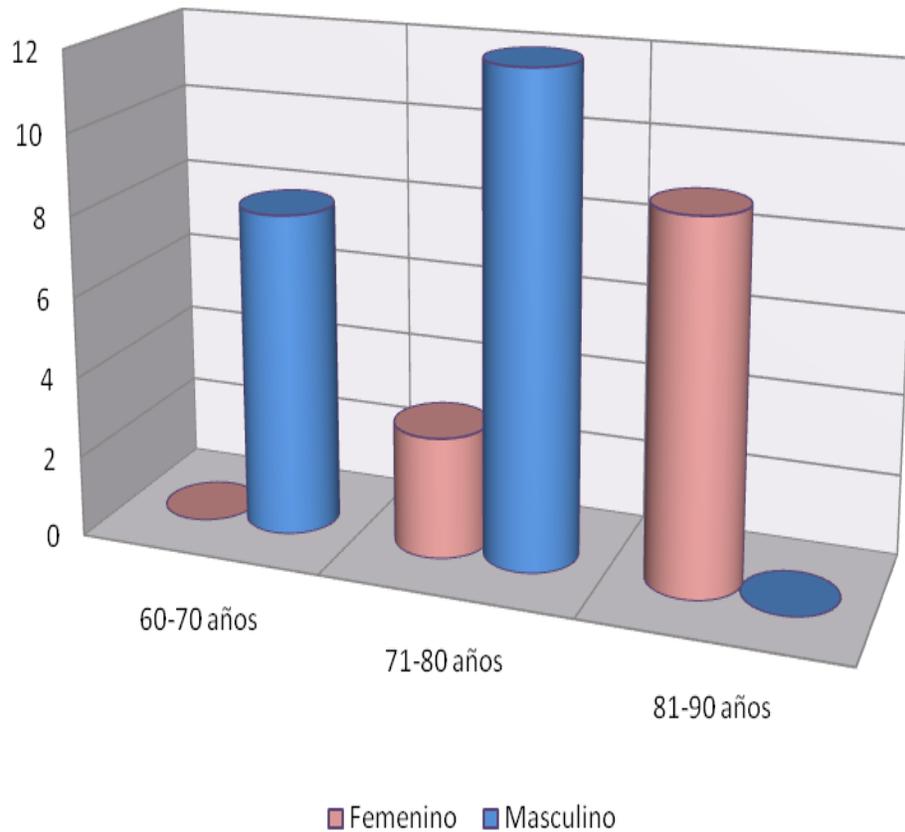
casados con un 74% de todos los viejos jóvenes. El 100% de los hombres de 81 a 90 años son viudos, esto corresponde a el 31% de todos lo viudos según la edad si lo comparamos con las mujeres. También se puede observar que el menor porcentaje con un 2% está representado por los divorciados que son las mujeres del grupo de viejos-jóvenes.

**HABITOS DE LOS ADULTOS MAYORES**

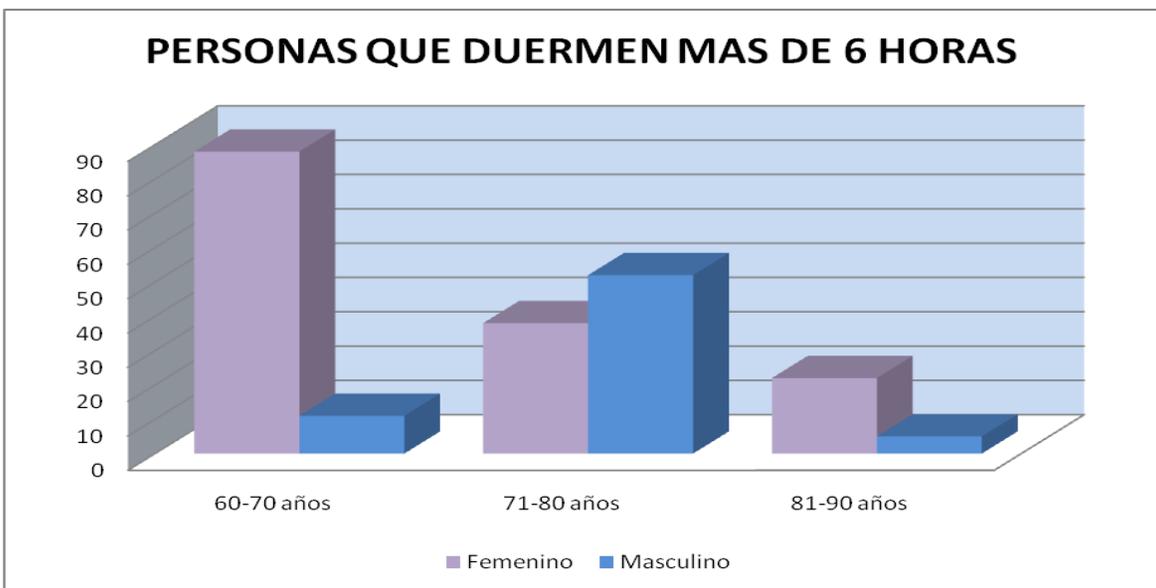
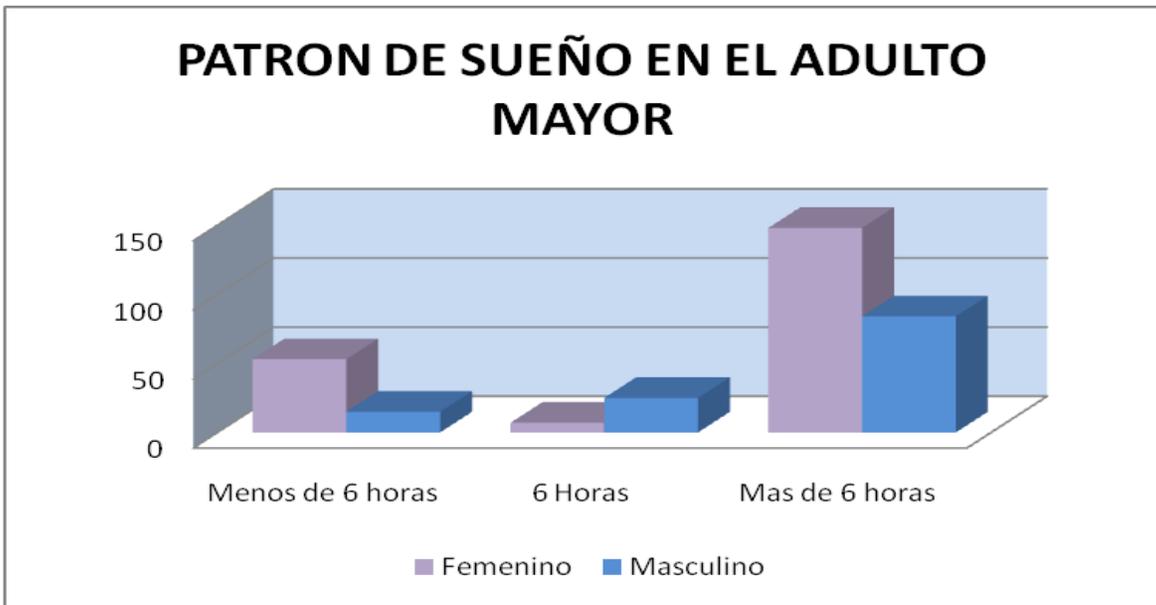


**Grafico 3.** El número de fumadores es bajo con un 7% en relación a una muestra de 332 personas. En el grupo de 60 a 70 años el 100% corresponde a los hombres. En el grupo de 71 a 80 años el 75% corresponde a los hombres y el 25% a las mujeres. Finalmente observamos que en el grupo de 81 a 90 años el 100% son mujeres. Este es un hábito practicado más por los hombres que constituyen un 75% de todos los fumadores. Además existe una relación de 3 hombres tabaquistas por cada mujer tabaquista. Mediante la encuesta se obtuvo que la cantidad de cigarrillos diarios que estas personas fuman corresponde a 1 cigarrillo en un 50%, 5 cigarrillos en un 33% y 10 cigarrillos en un 17%.

## CONSUMO DE ALCOHOL EN EL ADULTO MAYOR



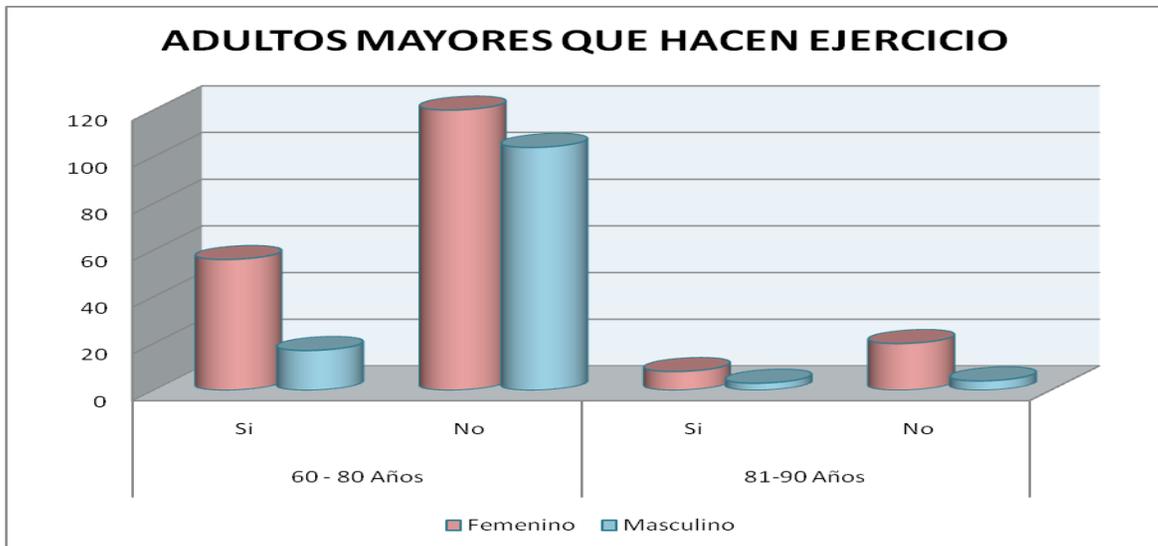
**Grafico 4.** El consumo de bebidas alcohólicas corresponde a un grupo minoritario del 10% en relación al 100% de personas encuestadas. Se observa que los adultos mayores de 60 a 70 años son el 100% hombres. En el grupo de 71 a 80 años el 30% son mujeres y el 70% son hombres. También observamos que en el grupo de 81 a 90 años el 100% de personas que consumen alcohol corresponde a las mujeres. Si comparamos entre el hombre y la mujer encontramos que de todas las personas que consumen alcohol el 37% son mujeres y el 63% son hombres. Estos datos son útiles para analizar que existe una relación de 1.7 hombres que consumen bebidas alcohólicas por cada mujer.



**Grafico 5 y 6.** El hábito de dormir en adultos mayores estimado entre las tres opciones propuestas: menor de 6 horas (20%), 6 horas (10%) y más de 6 horas(70%); muestra que el mayor número de personas duermen más de 6 horas diarias. Las personas que duermen más de 6 horas corresponden 64% a las mujeres y 36 % a los hombres.

El patrón de sueño de los que duermen más de 6 horas se analiza nuevamente en el grafico 6. Se observa que en el grupo de 60 a 70 años representa el 89%

mujeres y 11% hombres; en el de 71 a 80 años el 42% mujeres y 56% hombres y en los de 81 a 90 años el 81% mujeres y 19% hombres.



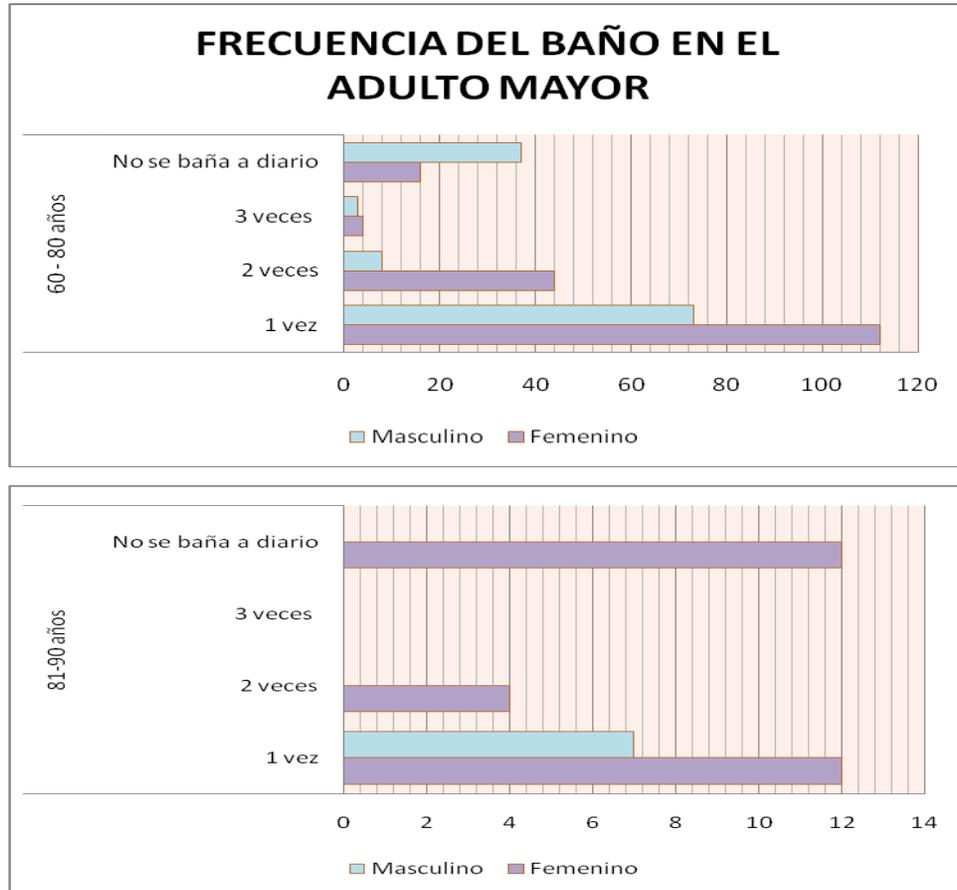
**Grafico 7.** Los datos de los adultos mayores que fueron encuestados muestran que el 25% ejercitan y el 75% no lo hacen.

Si analizamos las personas que ejercitan: de 60 a 80 años, el 77% son mujeres y el 23% hombres. En el grupo de 81 a 90 años los que ejercitan están divididos en 73% mujeres y 27% hombres.

Ahora analizamos los resultados de los que no ejercitan. Entre los adultos mayores de 60 a 80 años distinguimos que los que no ejercitan son el 54% mujeres y 46% hombres mientras que en el grupo de 81 a 90 años los que no ejercitan son 83% mujeres y 17% hombres.

Si comparamos según género quienes son los que ejercitan más entre todas las edades se obtiene un 76% mujeres y 24% hombres. Existe una relación de 3.2 mujeres que ejercitan por cada hombre. Por lo tanto apreciamos que las mujeres ejercitan más que los hombres. Mediante la encuesta se obtuvo también que los ejercicios mayormente practicados son: caminar (67%), hacer aeróbicos (24%), correr (5%), nadar (2%) y practicar deportes (2%). Las 5 respuestas más comunes de los adultos mayores sobre como es ocupado su tiempo libre son: asistir a la iglesia (24%), sentarse a la puerta (23%), mirar televisión (22%), visitar familiares y/o amigos (16%), oír la radio (7%) y leer (4%).

## PRACTICAS HIGIENICAS EN EL ADULTO MAYOR



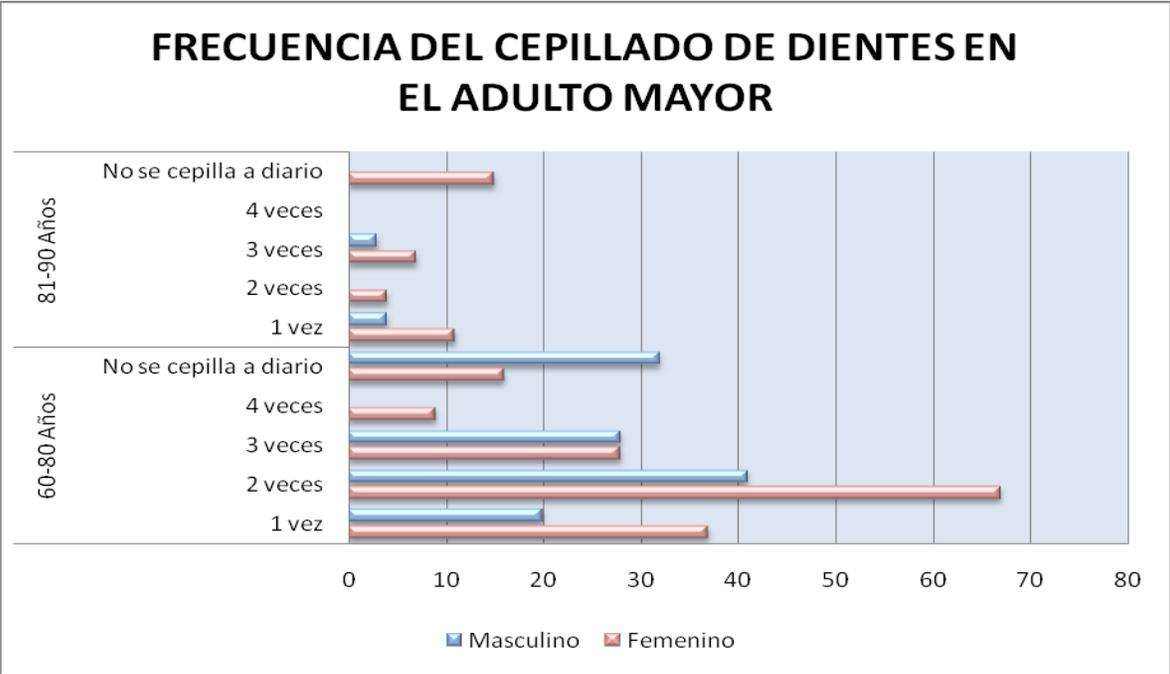
**Grafico 8.** La frecuencia con que se practica el habito de bañarse en el adulto mayor se clasifico en 4 opciones que son: 1 vez al día (61%), 2 veces diarias (17%), 3 veces diarias (2%) y los que no se bañan diariamente (20%). Entre los grupos divididos según la edad están los viejos-jóvenes y viejos- viejos.

Primero analizamos el grupo de viejos-jóvenes. Se observa que entre las personas de 60 a 80 años que toman un baño diario, el 61% son mujeres y el 39% son hombres, los que se bañan 2 veces al día son 85% mujeres y 15% hombres. Las personas que se bañan 3 veces al día son 57% mujeres y 43% hombres. Finalmente en este mismo grupo, notamos que los que no se bañan a diario son el 30% mujeres y 70% hombres.

Luego analizamos el grupo de viejos-viejos. La información del grupo de 81 a 90 años revela que el porcentaje de personas que toman 1 baño diario son 63%

mujeres y 37% hombres. Las personas que se bañan 2 veces al día son 100% mujeres y las que no se bañan a diario son también el 100% mujeres.

Si tomamos en cuenta toda la población encuestada y analizamos la respuesta con mayor porcentaje los que se bañan 1 vez al día son el 61%. Si comparamos por género las personas que se bañan 1 vez al día notamos una relación de 1.5 mujeres por cada hombre.

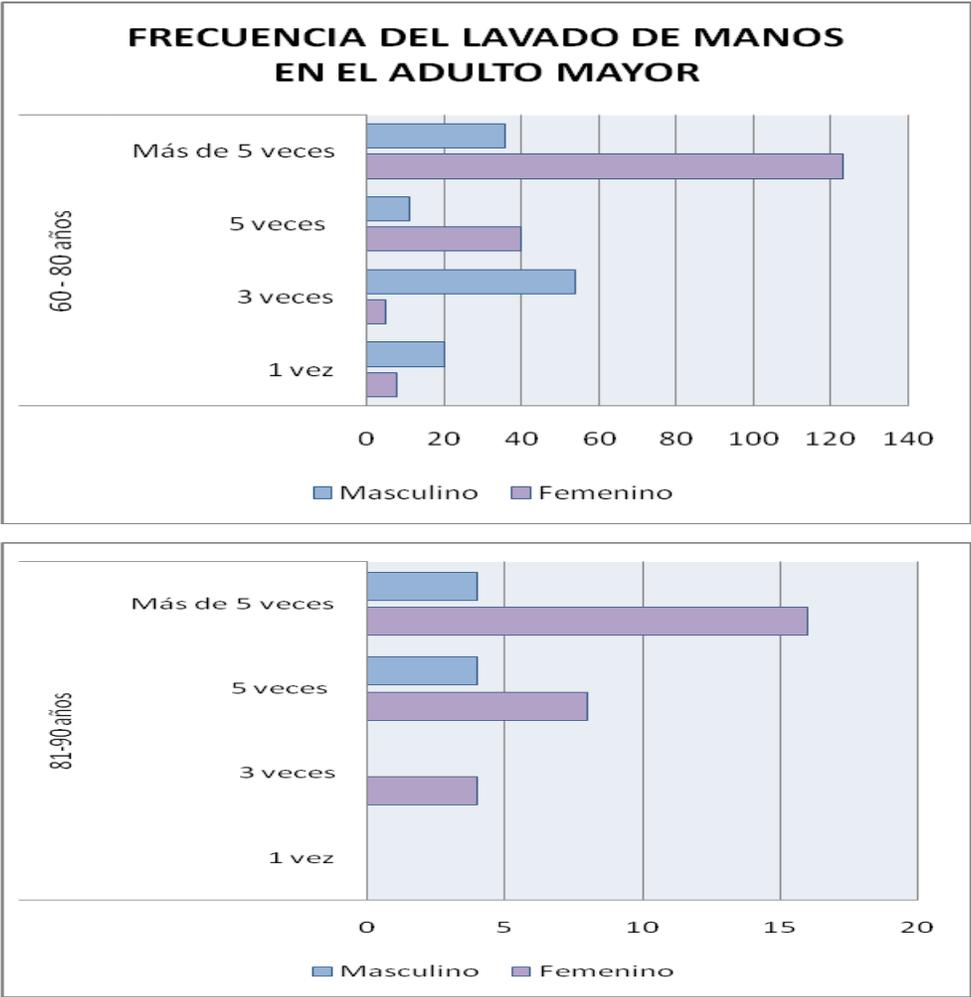


**Grafico 9.** La costumbre del cepillado de dientes en el 100% de ancianos encuestados muestra 5 alternativas en su respuesta; los que se cepillan 1 vez al día (21%), 2 veces al día (34%), 3 veces al día (23%), 4 veces al día (3%) y los que no se cepilla a diario (19%). Entre los ancianos que no se cepillan a diario se han incluido: los que solo se enjuagan la boca, no tienen piezas dentales, utilizan prótesis dentales y los ancianos que no desean hacerlo.

Si hacemos un análisis por edad, el grupo de 60 a 80 años mujeres encontramos que los que se cepillan 1 vez al día son el 22%, 2 veces son el 40%, 3 veces son el 23%, 4 veces son el 5% y no se cepilla a diario son el 10%. En el grupo de los hombres de esta misma edad vemos que los que se cepillan 1 vez al día son el 17%, 2 veces son el 34%, 3 veces son el 23%, no hay hombres que se cepillen 4 veces al día y los que no se cepilla a diario son el 26%.

Luego analizamos al grupo de 81 a 90 años en donde la frecuencia de cepillado en la mujer es de 1 vez al día en el 30%, 2 veces en el 11%, 3 veces en el 19%, no existen mujeres que se cepillen 4 veces al día y las que no se cepillan a diario en el 40%. En el grupo de los hombres los que se cepillan 1 vez al día son el 57%, no existen personas que se cepillen 2 veces al día, los que se cepillan 3 veces al día son el 43% y tampoco encontramos hombres que se cepillen 4 veces al día, ni hombres que no se cepillen a diario.

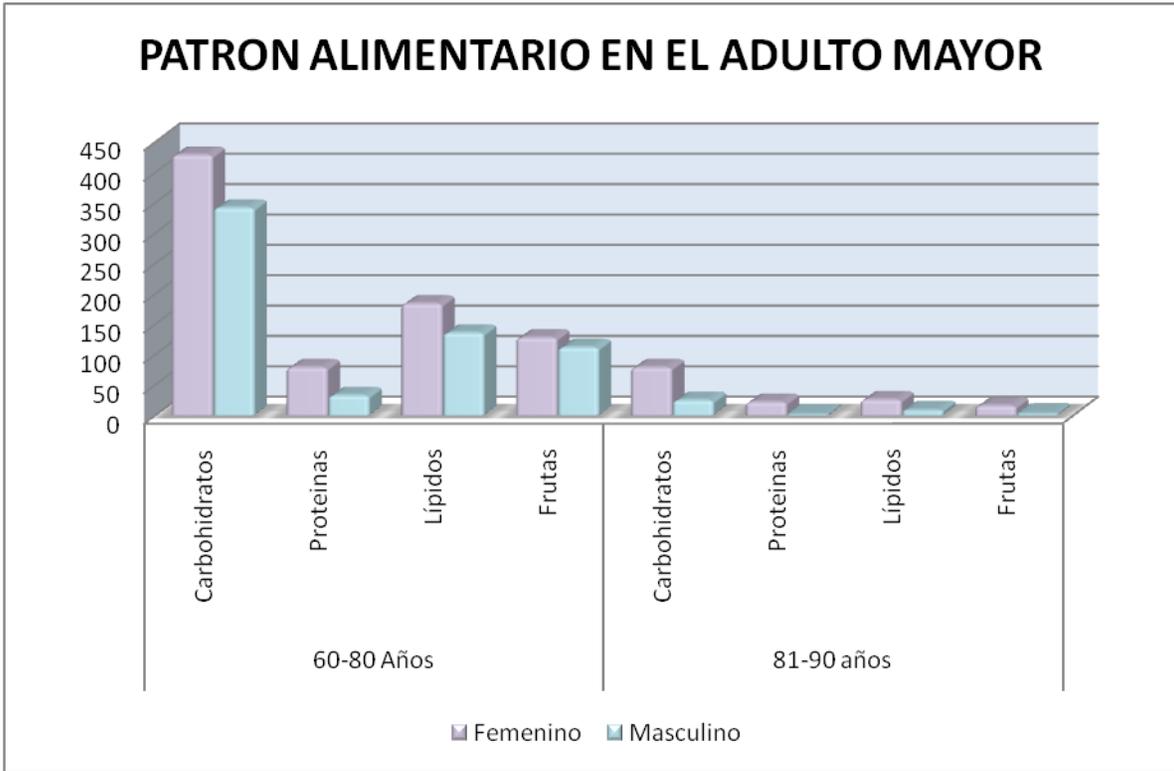
Las mujeres practican más el hábito de cepillado en una relación de 1.7 mujeres por cada hombre.



**Gráfico 10.** La frecuencia del lavado de manos se clasifico en: 1 vez al día (8%), 3 veces al día (19%), 5 veces al día (19%) y más de 5 veces (54%).

Si hacemos el análisis por grupos según la edad, las personas de 60 a 80 años que se lavan las manos más de 5 veces son 77% mujeres y 23% hombres, 5 veces al día son 78% mujeres y 22% hombres, 3 veces al día son 8% mujeres y 92% hombres y 1 vez al día son 29% mujeres y 71% hombres.

Los adultos mayores de 81 a 90 años que se lavan las manos 5 veces al día son el 67% mujeres y el 33% hombres. Finalmente vemos que los mayores de 80 años que se lavan las manos más de 5 veces al día son el 84% mujeres y 16% hombres. Las personas que se lavan las manos 3 veces al día son 100% mujeres. No se encontró adultos mayores de 80 años que se laven las manos 1 vez al día. La relación que encontramos entre todos los que se lavan las manos mas de 5 veces es de 3.5 mujeres por cada hombre.



**Grafico 11.** Los alimentos mas consumidos por los adultos mayores se han dividido en cuatro grandes grupos que son carbohidratos (54%), proteínas (9%), lípidos (21%), frutas y verduras (16%).

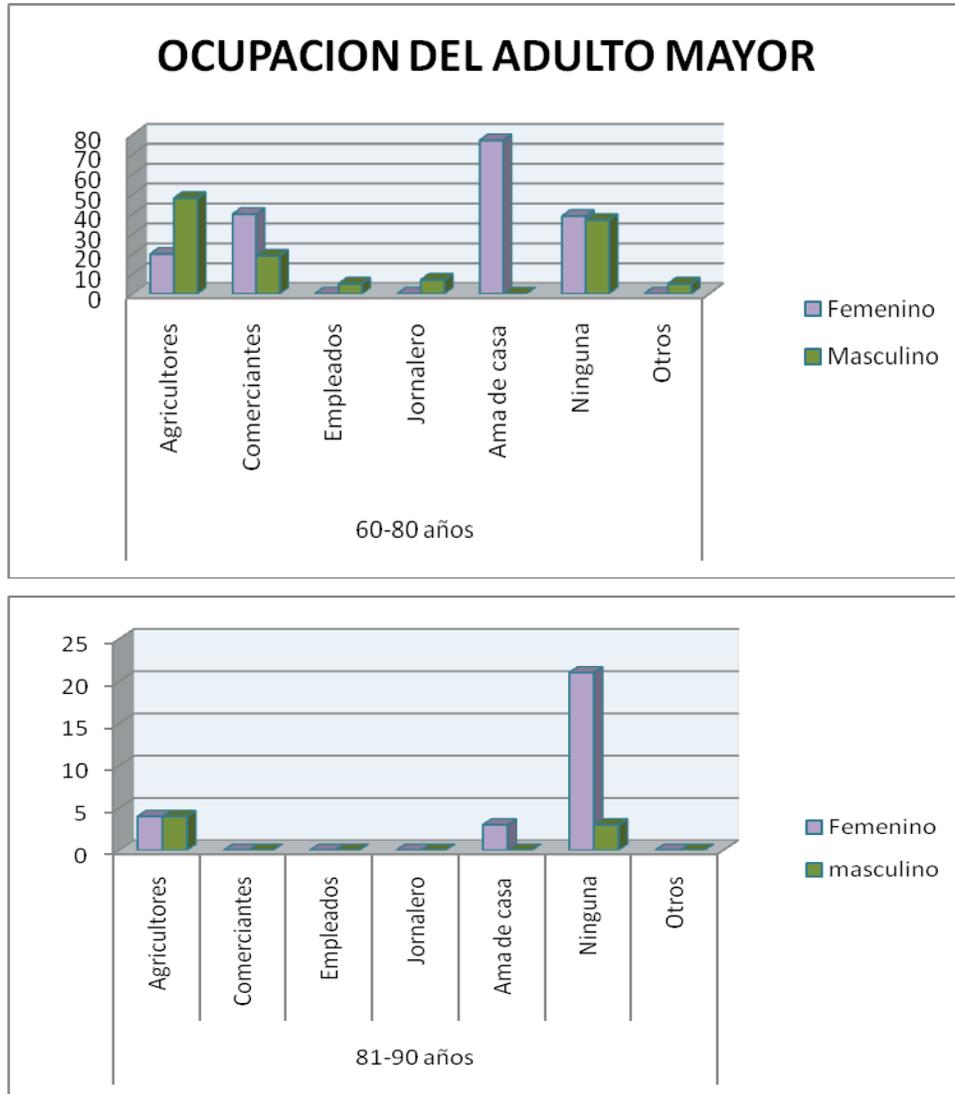
Entre los adultos mayores de 60 a 80 años los carbohidratos son los más consumidos. Incluimos entre los carbohidratos frijoles, tortilla, arroz, pan. Se observa que el 56% del sexo femenino y 44% del sexo masculino consumen carbohidratos siendo la diferencia entre genero 1.3 mujeres por cada hombre. Entre las proteínas encontramos huevo, leche, carne. El 10% de las mujeres y el 5% de los hombres consumen proteínas. Entre los lípidos como las pupusas, tenemos que el 22% en ambos sexos lo consumen. Las frutas y verduras se consumen en el 16% del sexo femenino y 18% masculino.

Se observa en el grupo de 60 a 80 años su dieta muestra mayores porcentajes entre los carbohidratos 56%, lípidos 22% y frutas 14%. Al comparar las cantidades consumidas de cada grupo de alimentos vemos como las proteínas 8% son las menos elegidas en la alimentación diaria.

El otro grupo de edad de 81 a 90 años tenemos a la cabeza los carbohidratos 76% son mujeres y 25% son hombres, siendo la diferencia entre genero 3.16 mujeres por cada hombre que consume estos alimentos. Las proteínas el 15% son mujeres y 7.3 son hombres, los lípidos 18% son mujeres y 22% son hombres, y el grupo de las frutas y verduras se representa con 11% del sexo femenino y 10% del sexo masculino. Se observa que el grupo de 81- 90 años su dieta muestra mayores porcentajes entre los carbohidratos 68%, proteínas 16%, lípidos 13%. Al comparar las cantidades consumidas de cada grupo de alimentos vemos como las frutas 3% son las menos elegidas en la alimentación diaria.

Además se recaudaron datos que muestran que la frecuencia de consumo diaria es de: 1 vez (2%), 2 veces al día (19%), 3 veces al día (72%), 4 veces al día (5%), y 5 veces al día (2%).

## ESTILO DE VIDA EN EL ANCIANO



**Grafico 12.** La ocupación de los adultos mayores se muestra en este grafico encontrando de manera generalizada agricultores (23%), comerciantes (18%), empleados (2%), jornaleros (2%), ama de casa (24%), ninguna (30%) y otros empleos no especificados (1%).

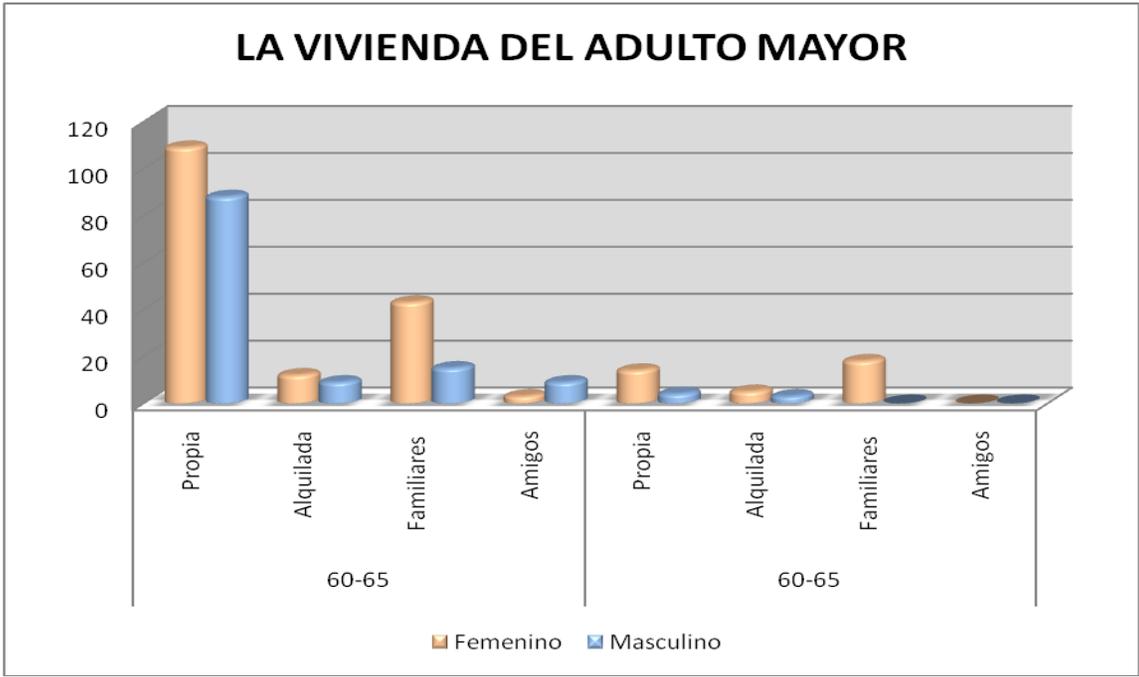
Si analizamos primero el grupo de 60 a 80 años vemos que el grupo de los agricultores son el 29% mujeres y 71% hombres. Entre los comerciantes vemos que el 68 % son mujeres y el 32 % hombres. El 100% de los empleados y jornaleros son hombres. El 100% de las amas de casa son mujeres. Entre las

personas que no desempeñan una ocupación el 37% son hombres y el 49% mujeres. Existen otras ocupaciones no especificadas representadas por el 1 % de los cuales todos son hombres.

Ahora analizamos el grupo de ancianos de 81 a 90 años en donde observamos que el 50% son hombres y el 50% son mujeres. No hay personas comerciantes, empleados, jornaleros u otra ocupación. El 100% de ancianos que aun tienen funciones como amas de casa son mujeres. Entre los que no realizan ninguna ocupación se encuentran el 87% mujeres y 13 % hombres

El trabajo en el adulto mayor muestra que las personas que trabajan son un 46% y los que no trabajan son el 54%.

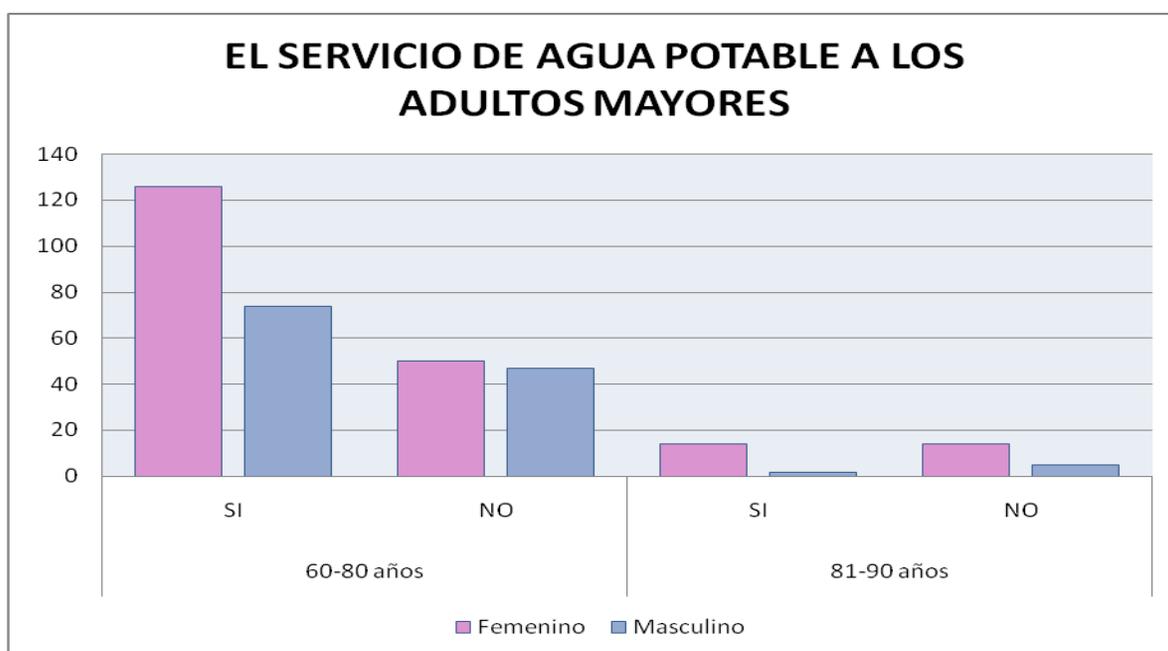
La fuente principal de ingreso del 100% de encuestados corresponde a: su trabajo (34%), familiares cercanos (46%), remesas (15%) y jubilación (5%).



**Grafico 13.** Tomando en cuenta toda la población de la muestra, la vivienda de los adultos mayores es propia (66%), alquilada (7%), pertenece a familiares (23%) o pertenece a los amigos (4%). Analizamos primero los datos de los ancianos agrupados según edad.

En los adultos mayores de 60 a 80 años, los que poseen vivienda propia son el 57% mujeres y el 43% hombres. Los adultos mayores de 60 a 80 años que alquilan vivienda son el 56% mujeres y 44% hombres. Los ancianos que viven en casas que pertenecen a familiares son el 74% mujeres y el 26% hombres. Finalmente en este grupo los que residen en casas de amigos son el 25% mujeres y el 75% hombres.

Ahora analizaremos los adultos mayores de 81 a 90 años. Aquí encontramos que los ancianos que tienen vivienda propia son el 78% mujeres y el 22 % hombres, los que alquilan son el 62% mujeres y el 38% hombres. De los ancianos que residen en viviendas de familiares el 100% son mujeres. No existen ancianos mayores de 80 años que vivan en casa de amigos.



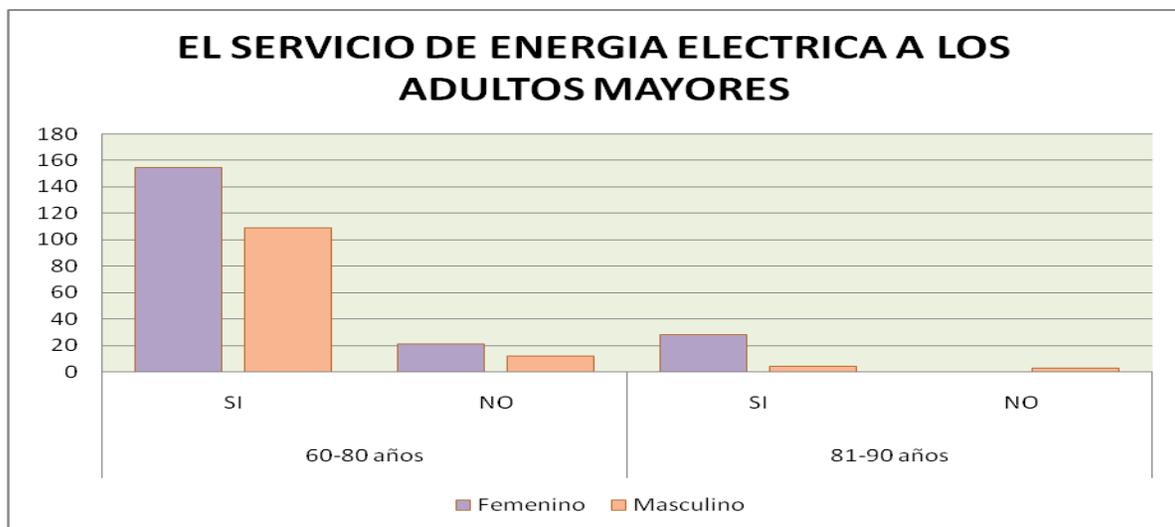
**Grafico 14.** La prestación del servicio de agua potable da cobertura a la mayoría de adultos mayores. En la encuesta realizada a 332 personas, el 65% cuenta con este servicio. El grupo de 60 a 80 años muestra una comparación entre los que poseen el servicio de agua potable (42% mujeres y 25% hombres) y los que no lo tienen (17% mujeres y 16% hombres).

En el grupo de 81 a 90 años se hace también una comparación de los ancianos que poseen servicio de agua potable (40% mujeres y 6% hombres) y los que no lo poseen (40% mujeres y 14% hombres).

Entre las fuentes de obtención de agua de los que no poseen este servicio en su domicilio se encuentran los ancianos que la compran (4%), la obtienen de vertiente (23%), chorro público (28%) y pozo (35%).

Mientras que los métodos de desinfección que utiliza toda la población incluidos los que poseen y no poseen agua potable corresponden a: que la compra ya purificada (4%), la utilizan hervida (5%), utilizan puriagua (11%), lejía (30%) y la mayoría no la trata con ningún método (50%).

Esto puede ser un aspecto negativo, ya que en la medida que la población se esfuerce por buscar métodos que mejoren la calidad del agua se evitara enfermedades.



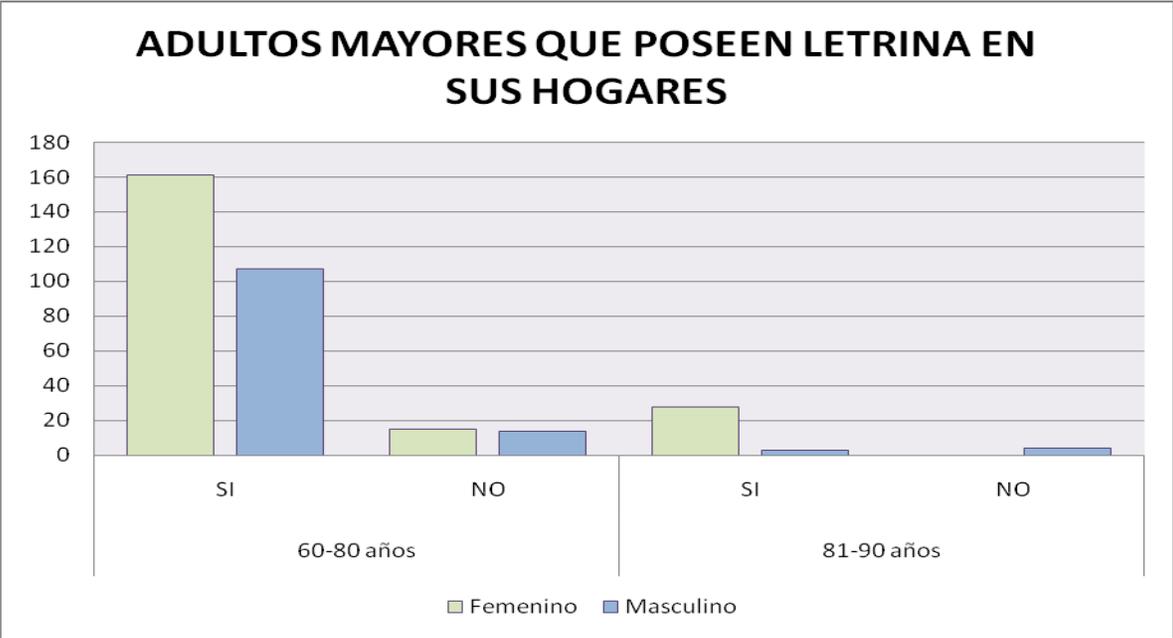
**Grafico 15.** El 89% de adultos mayores poseen servicio de energía eléctrica en sus casas. Se muestra entre las personas de 60 a 80 años, los que cuentan con energía eléctrica son el 59% mujeres y 41% hombres. Observamos que de estas personas el mayor porcentaje corresponde a las mujeres.

Luego analizamos los que no poseen energía eléctrica en donde encontramos que el 64% son mujeres y el 36% son hombres.

Observamos después el grupo de 81 a 90 años que posee energía eléctrica mostrando que las mujeres constituyen el 88% y los hombres el 12%.

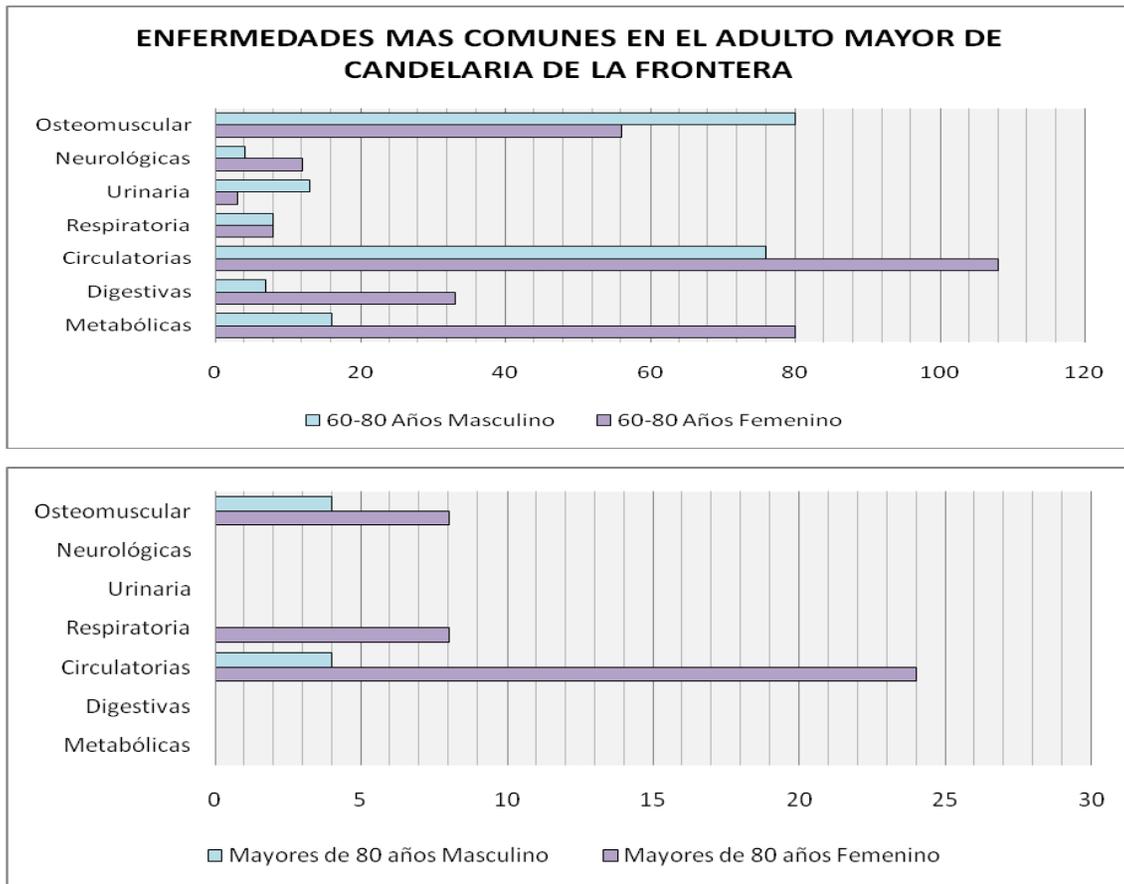
Entre los que no poseen energía eléctrica del grupo de 81 a 90 años vemos que el 100% son hombres.

Existe una relación entre las personas que poseen energía eléctrica de 1.6 mujeres por cada hombre.



**Grafico 16.** De forma generalizada se obtuvo que el 90% de adultos mayores cuentan con letrina en sus hogares. En el grupo de 60 a 80 años se muestra entre los que poseen este servicio el 60% mujeres y el 40% de hombres. Luego vemos los adultos mayores entre 81 y 90 años que poseen letrina, mostrando un 90% de mujeres y 10% de hombres. En este grupo todas las mujeres poseen letrina en sus hogares.

El poseer una letrina en el municipio de Candelaria de la Frontera sigue siendo al 2009 un servicio básico que no todas las personas poseen (10%), probablemente debido a que aun cuenta con muchas zonas rurales, muchas personas de escasos recursos económicos y bajo nivel educativo.



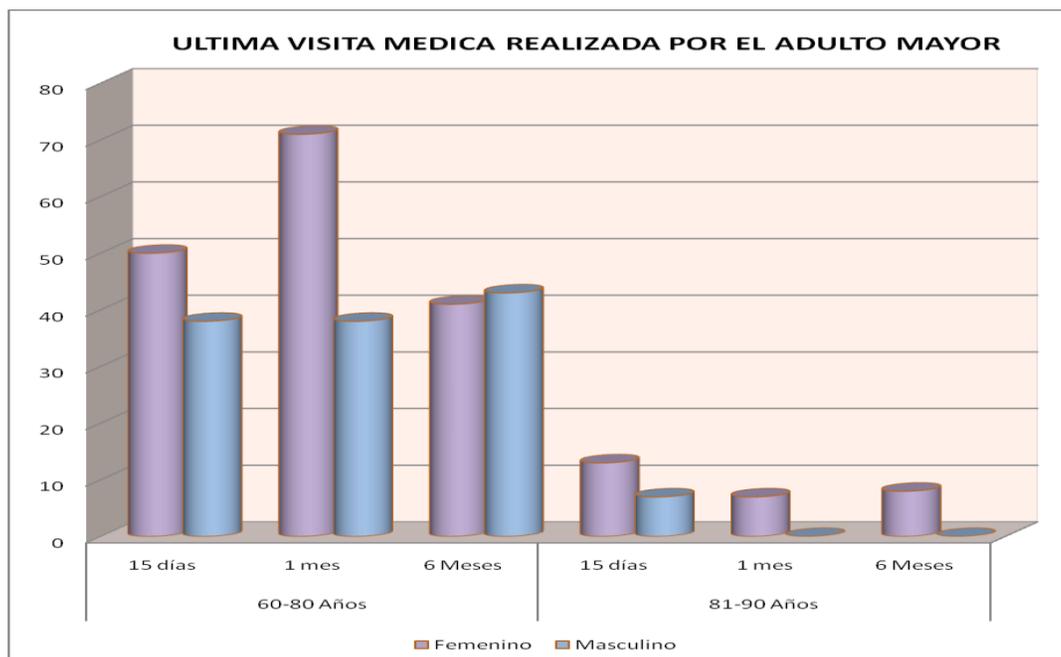
**Grafico 17.** Entre los daños que se encuentran más comúnmente en los adultos mayores de 60-80 años de Candelaria de la Frontera, los cinco primeros en la mujer son: los problemas circulatorios (37%) que incluye hipertensión arterial en el 93% y cardiacas en el 7%. En segundo lugar encontramos los problemas metabólicos (28%) que incluye: diabetes Mellitus en el 87% y 13% dislipidemias. En tercer lugar en la mujer tenemos los problemas osteomusculares (20%). Luego tenemos en las mujeres problemas digestivos (11%) que se subdividen en el 82% a gastritis y 18% a colitis nerviosa. En quinto lugar en frecuencia observamos en las mujeres problemas neurológicos (4%) que comprenden el 42% a síndrome convulsivo, 33% demencia senil y 25% enfermedad de Parkinson.

Los problemas en el hombre más frecuentemente encontrados son: los problemas osteomusculares (42%). En segundo lugar vemos los problemas circulatorios

(39%) que incluyen hipertensión en el 82% y cardiacos en el 18%. En tercer lugar en el hombre tenemos los problemas metabólicos (8%), de estos problemas la Diabetes Mellitus constituye el 100%. Luego encontramos problemas urinarios (7%) que se subdividen en el 62% a hipertrofia prostática benigna y 18% a infecciones de vías urinarias. Finalmente vemos en quinto lugar en el hombre problemas respiratorios (4%).

Luego analizamos el grupo de 81 a 90 años, en el tenemos los daños mas frecuentes para la mujer, estos son: los problemas cardiacos (60%) que incluye el 67% de hipertensión y 33% cardiacos. Luego encontramos las enfermedades respiratorias (20%) en donde se incluyen gripe (45%), EPOC (30%), neumonía (15%) y asma (10%). Luego tenemos los problemas osteomusculares en mujeres que constituyen el 20%

En el hombre de 81 a 90 años los problemas mas frecuentes son: circulatorios (50%) de los cuales el 100% es por hipertensión arterial, luego tenemos los problemas osteomusculares (50%).

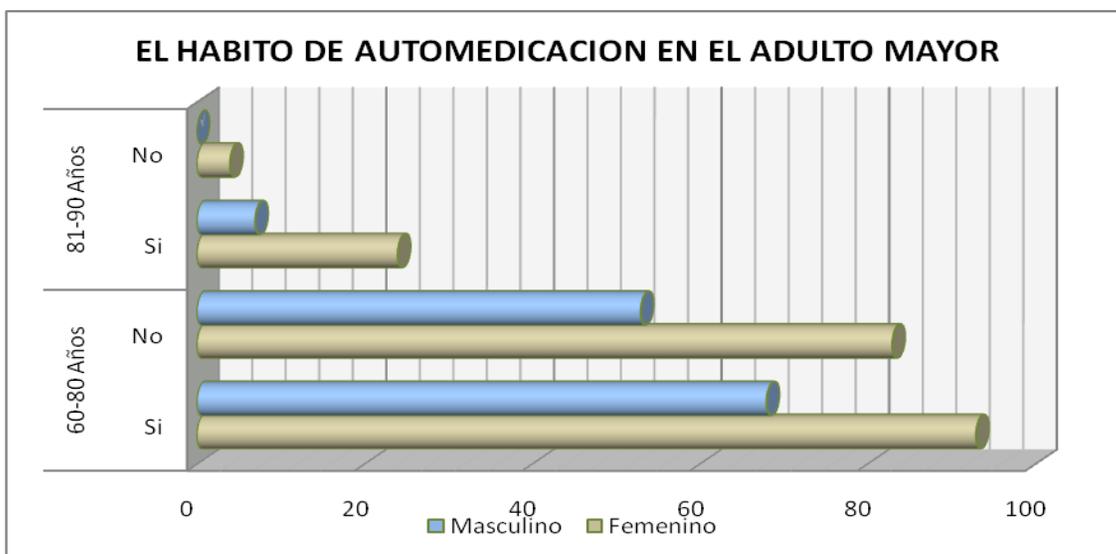


**Grafico 18.** La Ultima visita médica realizada por los adultos mayores entre los 60 a 80 años indica al momento de la encuesta que fue hace 15 días en el 58% de

mujeres y 42% hombres. La última visita fue hace un mes en el 67% de mujeres y 33% de hombres. En los últimos seis meses tenemos que 53% son mujeres y un 47% son hombres. En el grupo de 60 a 80 años vemos que la mujer consulta mas que el hombre en una relación de 1.4 mujeres por cada hombre.

Entre los ancianos de 81 a 90 años observamos que las mujeres siempre son las que mas consultan mostrando en los últimos 15 días el 65% mujeres y 35% hombres. Tanto en los ancianos que consultaron hace 1 mes y hace 6 meses fueron en un 100% mujeres.

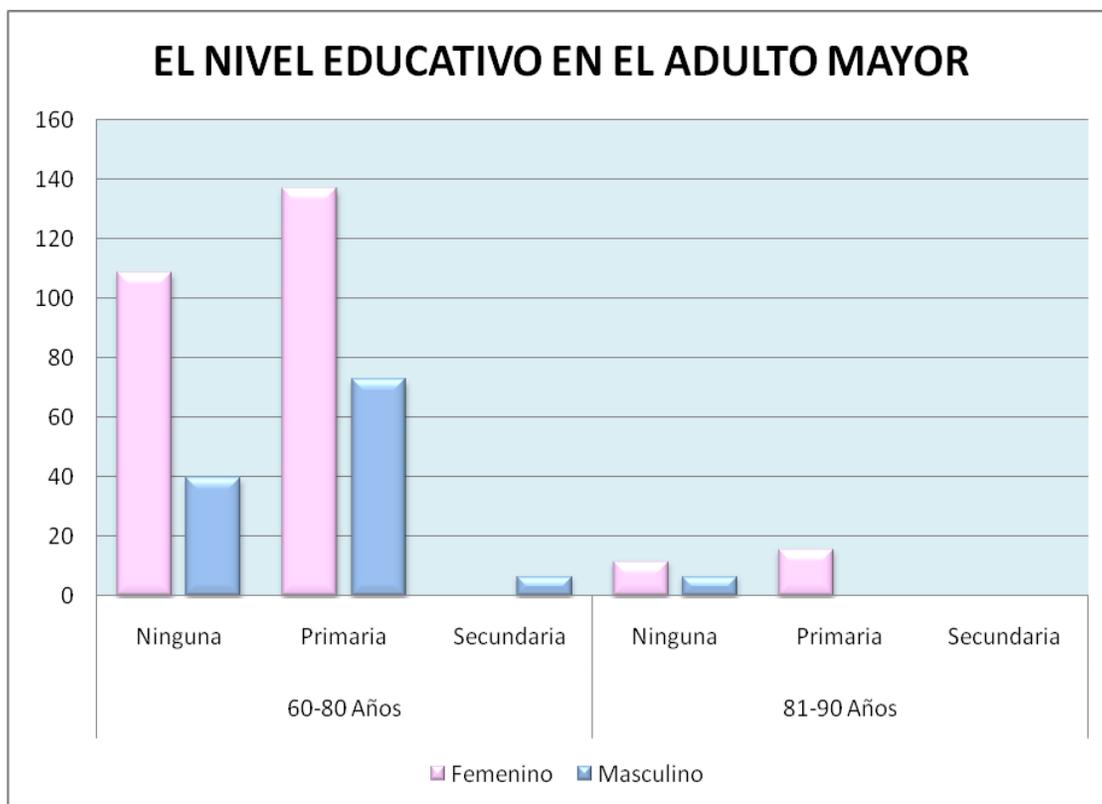
El 76% toma medicamentos indicados por el medico. Aunque se encuentran en tratamiento, solo el 35% sabe el nombre de los medicamentos que toma.



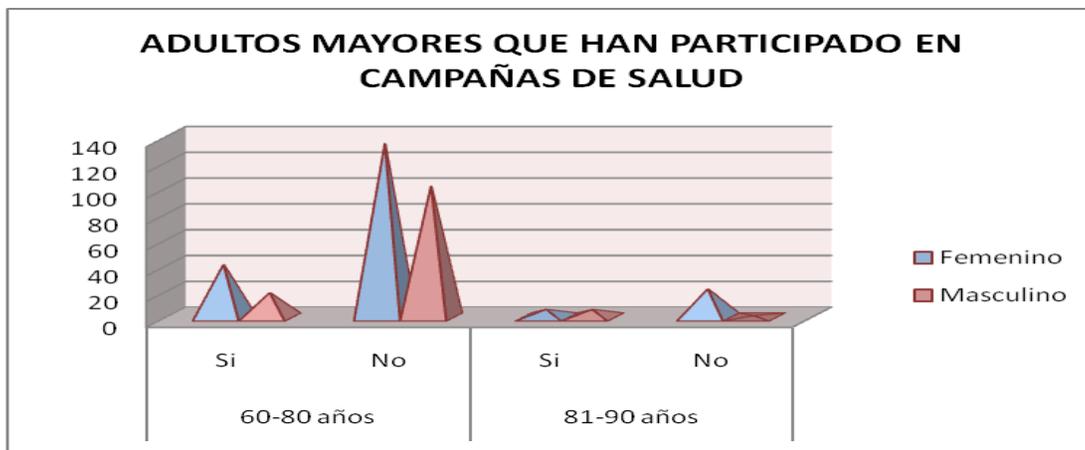
**Grafico 19.** La automedicación en el adulto mayor es una práctica muy común en nuestro medio. Entre el grupo de 60 a 80 años se observan que las mujeres se auto médica en un 58% y 42% los hombres.

Entre las personas de 81 a 90 años se observa que el 77% son mujeres y 23% son hombres. En este grupo según la edad se muestra que son las mujeres 81 a 85 años las que se auto medican con un 10% mas que las mujeres 86-90 años (2%). Los hombres la edad que se auto médica mas es 76-80 años con un 22% y la edad que menos entre los 66-70 años con un 5%. Las mujeres de ambos

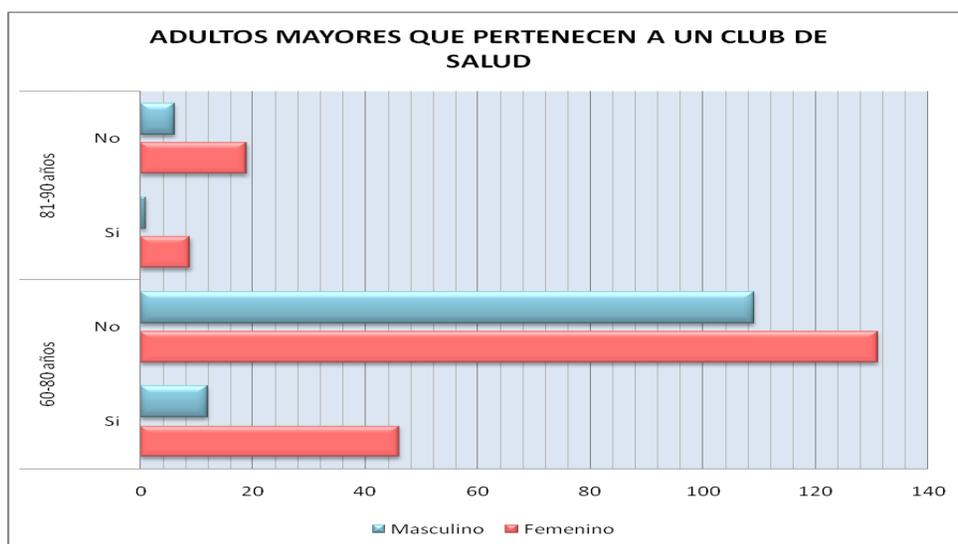
grupos según la edad son las que se auto medican con más frecuencia en una relación de 1.5 mujeres por cada hombre.



**Grafico 20.** El nivel educativo entre los adultos mayores encuestados muestra la preparación académica de este grupo. Entre los 60 a 80 años, se observa que existe un mayor número del analfabeto (50%) con un 73% del sexo femenino y 27% del sexo masculino. Los adultos mayores que estudiaron primaria (47%) corresponde a un 52% del sexo masculino y 48% del sexo femenino. En los ancianos que asistieron a la secundaria (3%) el 100% son del sexo masculino. Entre los adultos mayores de 81 a 90 años se observa un alto número de analfabetismo (54%) con un 63% del sexo femenino y 37% del sexo masculino. Las personas que asistieron a la primaria (56%) corresponden al sexo femenino en el 100%. Nadie asistió a la secundaria.

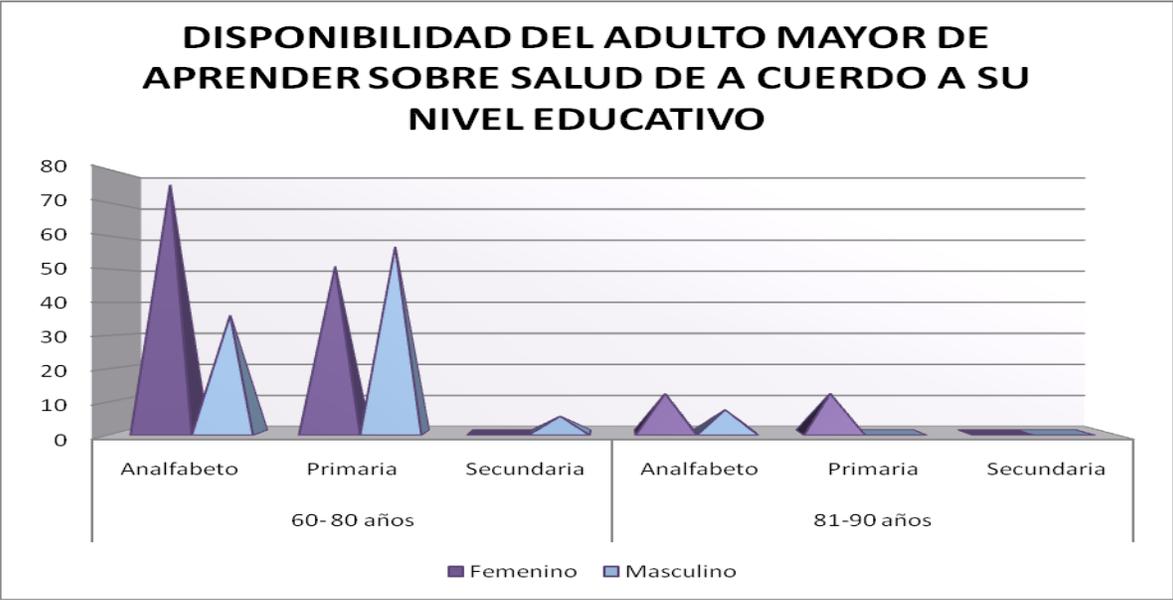


**Grafico 21.** Los adultos mayores que han participado en campañas de salud son el 22 % de toda la población encuestada. Entre los adultos mayores de 60 a 80 años si comparamos los que han participado en campañas vemos que el 68% son mujeres y el 32% son hombres. Entre las personas que no han participado en campañas encontramos que el 57% son mujeres y el 43% son hombres. Luego vemos el grupo de 81 a 90 años entre los cuales las personas que han participado en campañas corresponde a 50% mujeres y 50% hombres. Los que no han participado en estas actividades son el 96% mujeres y el 4% hombres.



**Grafico 22.** El pertenecer a un club de la tercera edad es una fuente importante para obtener información en salud. En los adultos mayores de Candelaria de la

Frontera incluyendo todos los grupos de edad y género, el 20% pertenecen a un club. Esto representa un grupo minoritario con respecto a la muestra de 332 personas. Entre los 60 a 80 años de edad que asisten a un club el 79% son del sexo femenino y 21% del sexo masculino. Entre los ancianos de 81 a 90 años el 90% son del sexo femenino y 10% masculino. Se puede observar que la mayoría que asiste a un club corresponde a mujeres en ambos grupos, identificando que hay una relación de 4.2 mujeres por cada hombre.

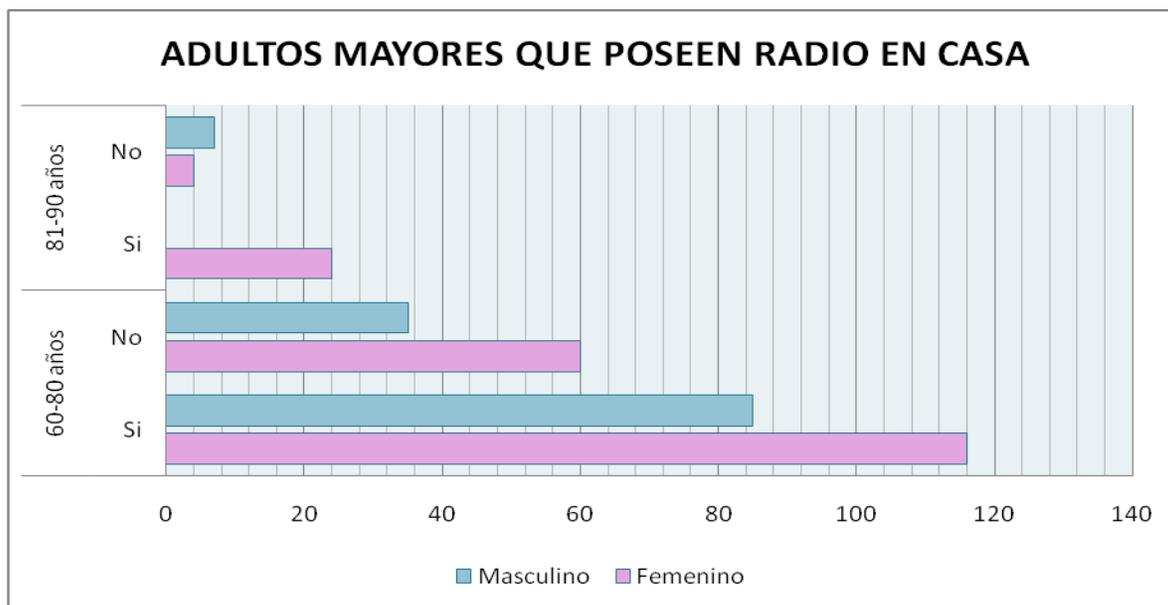


**Grafico 23.** Entre los adultos mayores de 60 a 80 años se observa que las personas con analfabetismo que tienen mayor disponibilidad en aprender son el 68% del sexo femenino y 32% masculino. A pesar de que hay muchas personas que no saben leer ni escribir, son estos el grupo de los que se encuentran más dispuestos a aprender sobre su salud (50%). En un menor porcentaje de los que estudiaron primaria y tienen el deseo de aprender sobre salud (48%) se observa que el 47% son del sexo femenino y 53% del sexo masculino. Los que estudiaron secundaria y desean aprender sobre salud (2%) son del sexo masculino en un 100%.

Entre los 81 a 90 años tenemos que los que desean aprender sobre salud son las personas analfabetas (61%) con un 63% del sexo femenino y 37% del sexo

masculino. Las personas que estudiaron primaria y desean aprender sobre salud (39%) son todas del sexo femenino.

En cuanto al deseo de aprender sobre salud existe una relación de 1.4 mujeres por cada hombre.

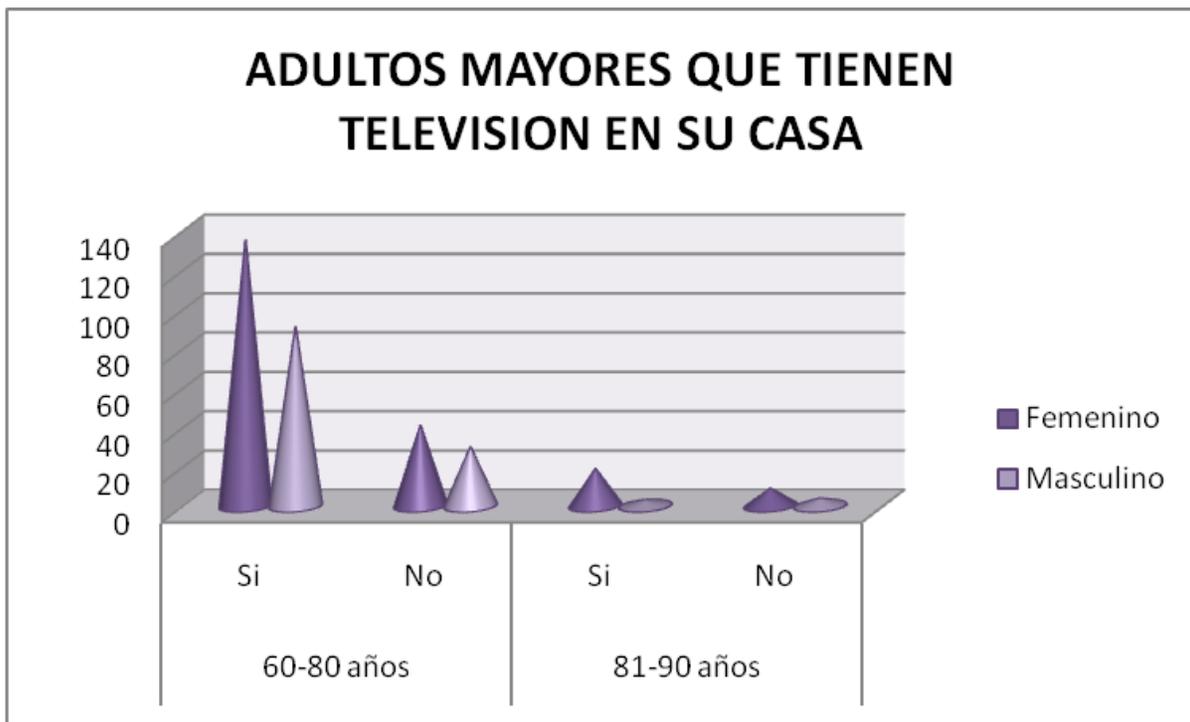


**Grafico 24.** Los adultos mayores que poseen radio son el 60% de la población encuestada. En el análisis por edad los adultos mayores entre 60 a 80 años observamos que los que tienen radio en sus hogares son 60% mujeres y 40% hombres.

Luego analizamos los adultos mayores entre 81 y 90 años que tienen radio en su casa mostrando que el 100% son mujeres.

Ahora analizamos los que no tienen radio (40%). Entre el grupo de los ancianos de 60 a 80 años, 59% son mujeres y 41% hombres. Del grupo de 81 a 90 años, los que no poseen este aparato son el 67% mujeres y 33% hombres.

A pesar que son más las personas que poseen radio, los que escuchan un programa de salud que se transmite por la radio son el 30% de toda la población encuestada. Los ancianos que conocen detalles sobre ese programa como su nombre, horario de transmisión y emisora en que lo sintonizan son el 18% de toda la población encuestada.

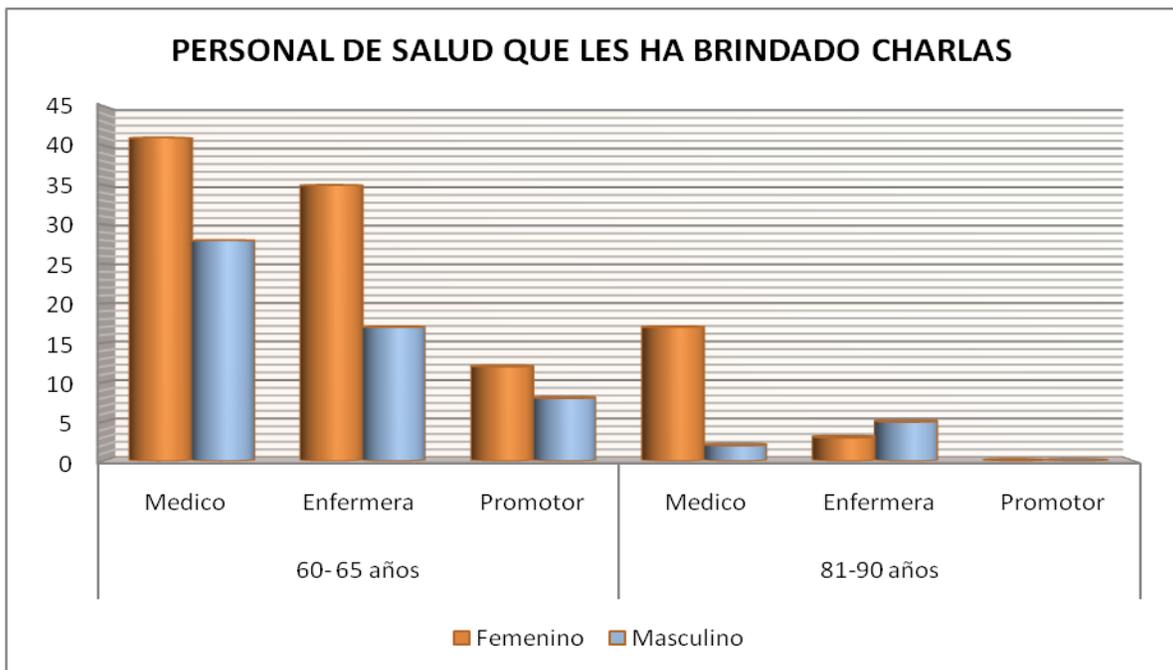


**Grafico 25.** La televisión es uno de los medios de comunicación que más atrae la atención de los hogares salvadoreños. Esto es un dato que de igual manera puede observarse en el Municipio de Candelaria de la Frontera. El 75% de los encuestados poseen un televisor en casa.

Analizamos primero al grupo de adultos mayores de 60 a 80 años de edad que tiene televisión en casa el cual muestra 60% mujeres y 40% hombres. Luego vemos a los adultos mayores que no tienen televisión en casa mostrando el 58% mujeres y 42% hombres.

El grupo de 81 a 90 años que posee televisión en casa son el 86% mujeres y 14% hombres. Los adultos de cuarta edad que no poseen televisión son el 69% mujeres y el 31% hombres.

A pesar de que el mayor porcentaje (75%) corresponde a los que tienen televisión en casa, solo el 29 % de toda la población conoce algún programa que hable de salud y el 23% de ellos lo miran.

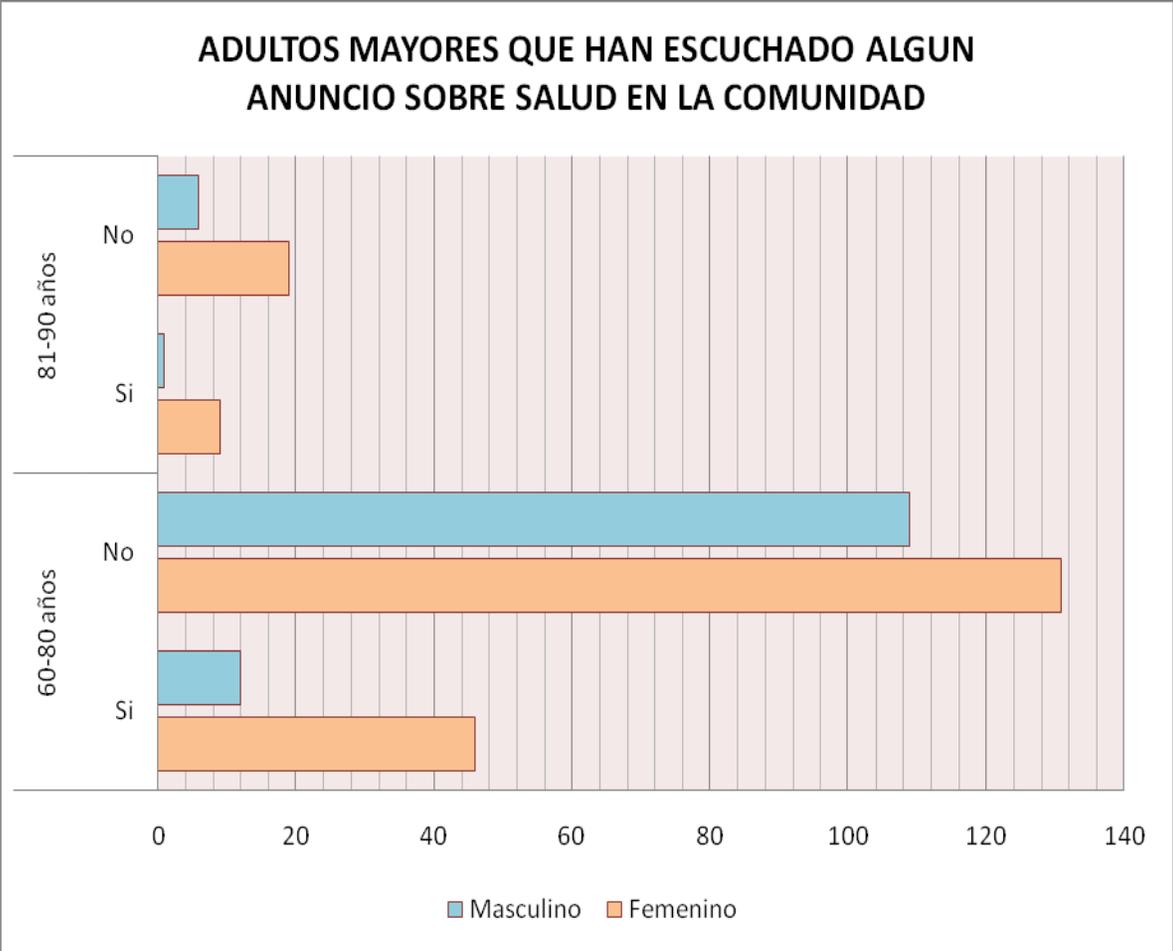


**Grafico 26.** Las personas encargadas de impartir charlas sobre salud como médicos, enfermeras, promotores, vecinos y amigos, son los que se encuentran constantemente con los adultos mayores. Se tomo de ellos los tres primeros por ser fuente de educación adecuada. El personal medico es el que mas ha brindado charlas a los adultos mayores en un 51%, el personal de enfermería en un 35% y el promotor en un 14%.

En el grupo de 60 a 80 años se obtiene educación principalmente del Medico; los que más la reciben son del sexo femenino en un 59% y el 41% corresponde al sexo masculino. La enfermera brinda charlas en un 67% al sexo femenino y 33% al sexo masculino. El promotor ofrece charlas en un 60% sexo femenino y 40% sexo masculino.

Del grupo de 81 a 90 años observamos que el médico ha brindado charlas sobre salud al 89% del sexo femenino y 11% masculino. La enfermera ha dedicado tiempo para brindar charlas en un 38% del sexo femenino y 62% sexo masculino. No se encontró que el promotor brindara charlas en este grupo de edad entre las personas encuestada.

La educación es mayormente recibida en la unidad de salud (78%), comunidad (18%), calle e iglesia (2%). La relación que existe entre los que reciben el beneficio de educación en salud es de 1.9 mujeres por cada hombre.



**Gráfico 27.** Entre los adultos mayores que han escuchado anuncios sobre salud en su comunidad se encuentra el 42%. Los que viven esta situación y están entre el rango de 60 a 80 años son el 62% mujeres y 38% hombres. En el grupo de 81 a 90 años las personas informadas corresponden a 71% mujeres y 29% hombres. De ambos géneros las mujeres muestran los porcentajes más altos. Los adultos mayores que no han escuchado algún anuncio sobre salud en su comunidad son el 58% de toda la población encuestada. El grupo de 60 a 80 años corresponde a un 57% mujeres y 53% hombres que no han escuchado anuncios

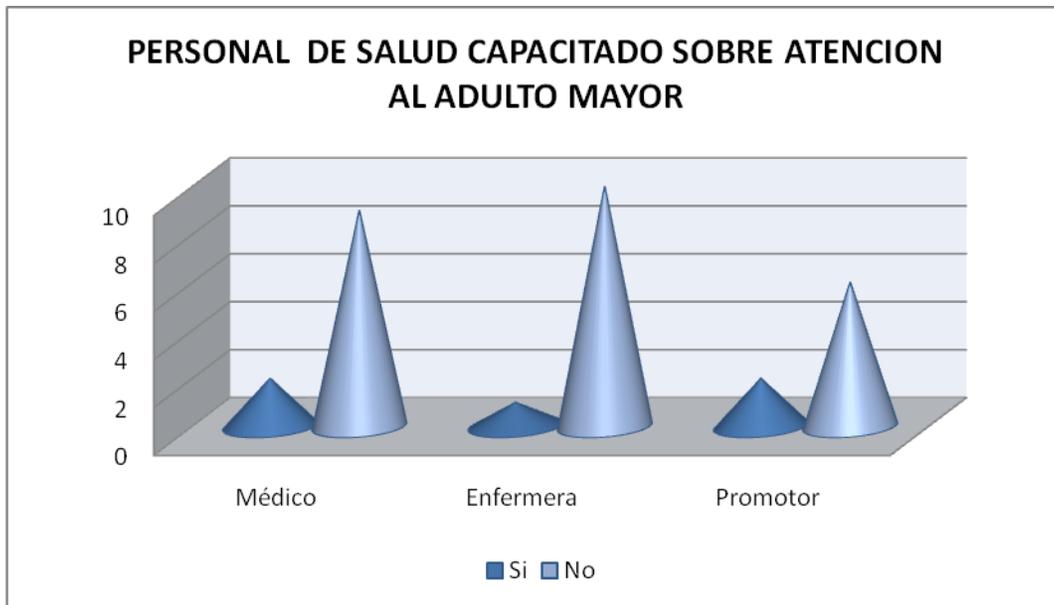
sobre salud en su comunidad. En el grupo de 81 a 90 años las personas desinformadas corresponde al 89% mujeres y 11% hombres.

Vemos pues que los adultos mayores que no han escuchado sobre anuncios de salud en la comunidad superan a los que si han escuchado al respecto. Las mujeres se encuentran informadas más que los hombres en una relación de 1.7:1. Debemos buscar medios para anunciar más la información sobre salud ya que no se está abordando de una manera eficaz

### DATOS DE ENCUESTA REALIZADA AL PERSONAL DE SALUD DE CANDELARIA DE LA FRONTERA

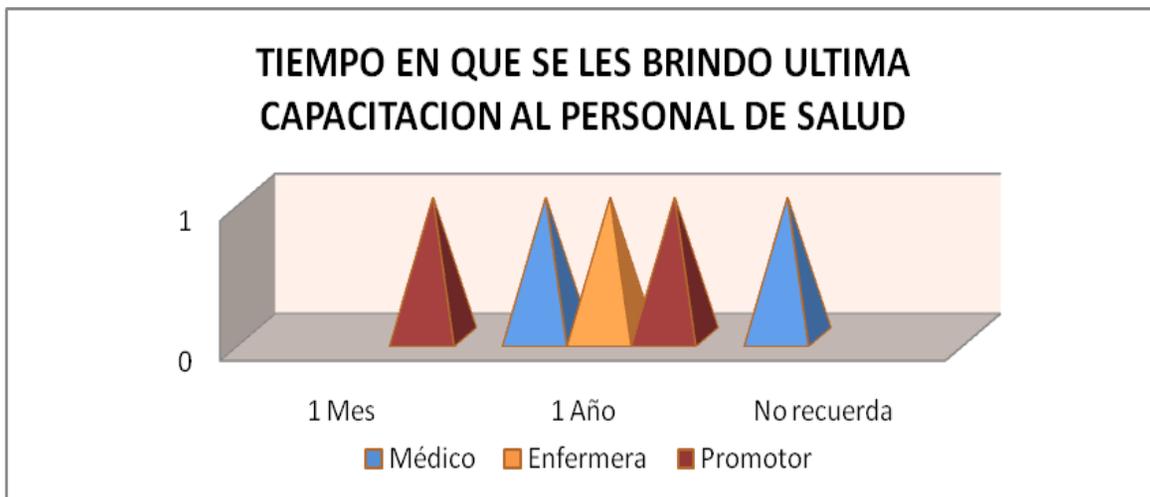
<b>PERSONAL DE UNIDAD DE SALUD DE "CANDELARIA DE LA FRONTERA"</b>					
Personal médico		Técnico		Administrativo	
Médicos	11	Enfermera	11	Farmacia	4
		Laboratorio	1	Archivo	8
		Inspector	1	Estadístico	1
		Promotores	8	Ordenanza	4
		Fisioterapia	1		

**Tabla 1.** Esta tabla muestra el Personal de la Unidad de Salud de Candelaria de la Frontera que fue encuestada, la cual consta de: 11 médicos: 1 medico director, 2 médicos generales y 2 médicos de año social de la Unidad de Salud, 1 Pediatra, 1 Ginecóloga, 1 odontóloga y 3 médicos generales de Fosalud. Se muestran 11 enfermeras: 2 licenciadas en Enfermería, 6 enfermeras tecnólogas y 3 enfermeras de Fosalud. También se muestran: 1 inspector, 8 promotores, 1 tecnóloga en fisioterapia, y personal administrativo en donde se incluye personal de la Unidad de Salud diario y tres grupos de Fosalud.



**Grafico 28.** Entre los miembros del personal Médico, técnico y administrativo solo se encontraron capacitados el 27% de los médicos, 9% de las enfermeras y 25% de los promotores. Se puede observar que el 82% de médicos no se encuentran capacitados. El 91% de enfermeras y el 75% de los promotores tampoco están capacitados.

Por lo que podemos notar que el personal capacitado es una minoría en comparación del personal existente.

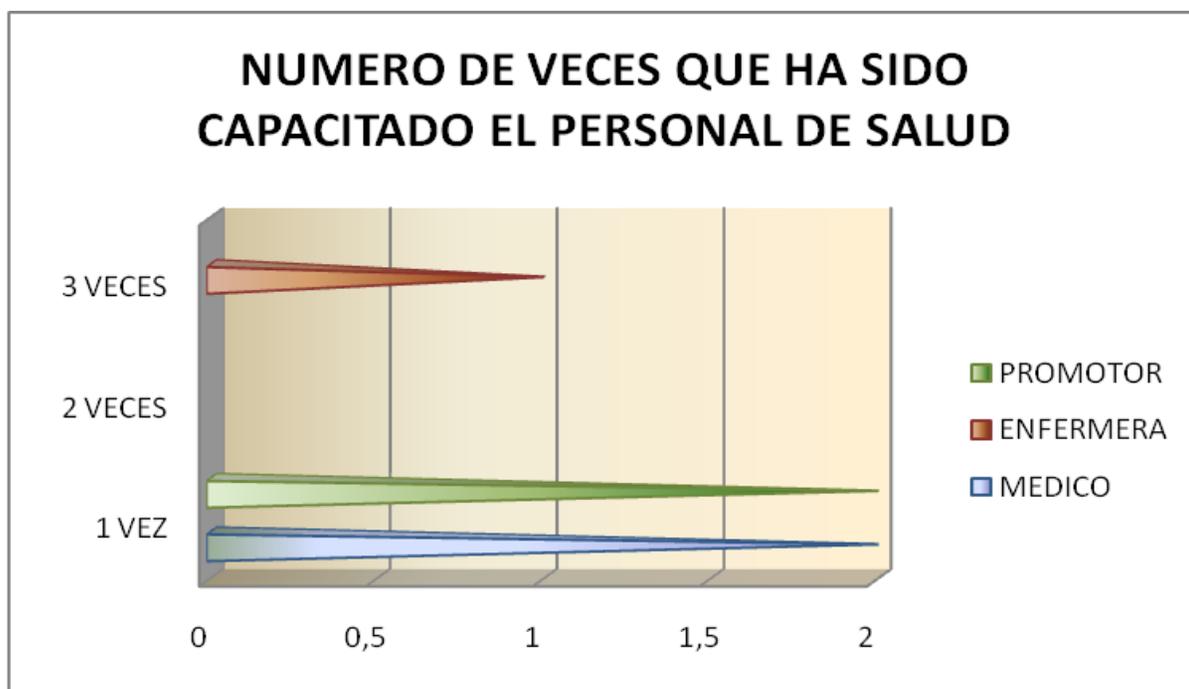


**Grafico 29.** Del 100% de personas encuestadas que laboran en la Unidad de Salud estas comprenden: el 40% está conformado por médicos, 20% por

enfermería y 40% por los promotores. Se observa con respecto al tiempo que ha transcurrido desde su última capacitación que hace 1 mes la recibió el 20% del personal conformado por el grupo de promotores.

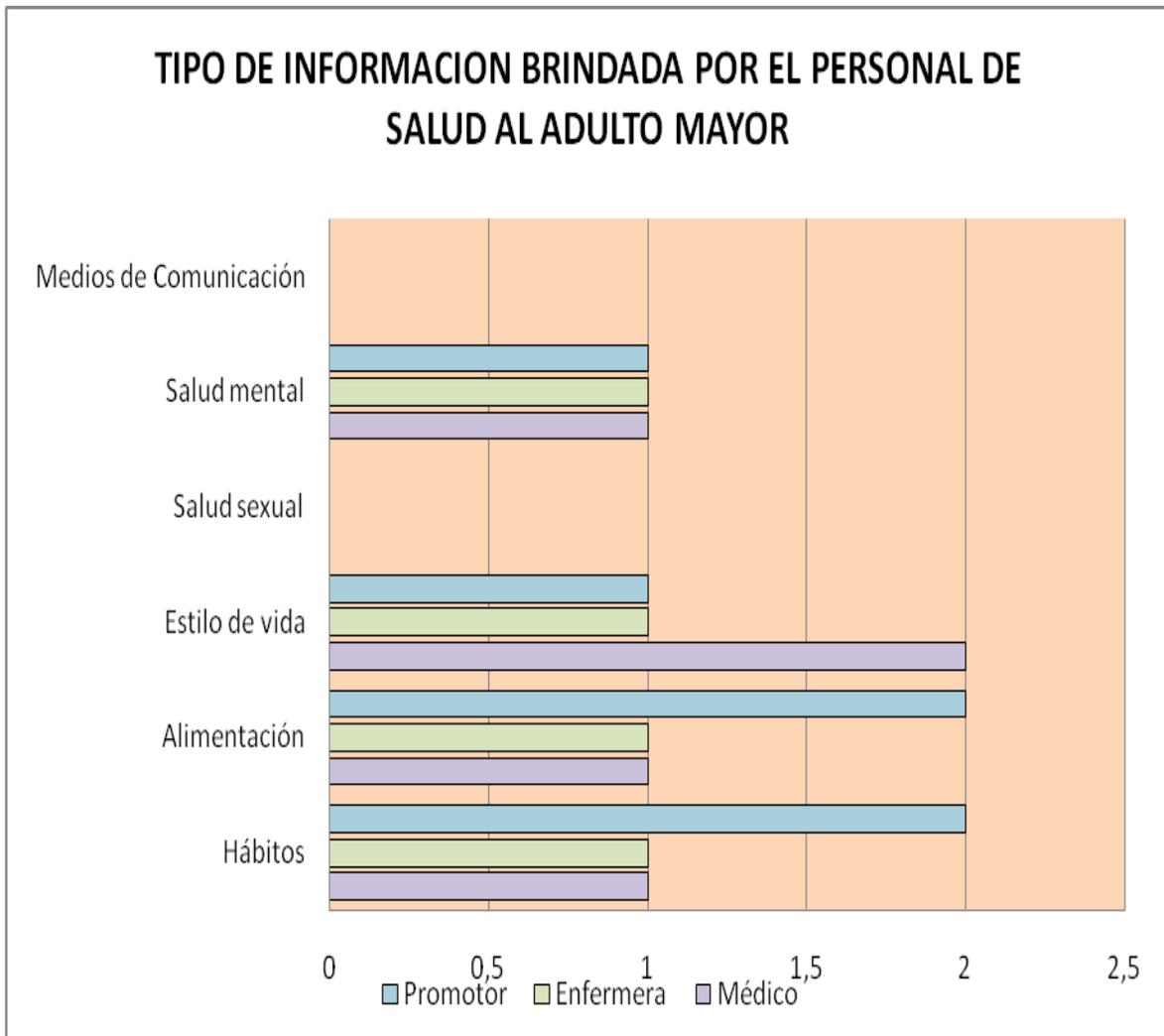
El 60% del personal fue capacitado hace 1 año. En este grupo se encontró personal médico, de enfermería y promotor. El 20% de los capacitados corresponde a personal médico que no recuerda el tiempo en que se le brindó la capacitación.

El 100% del personal refieren que fueron capacitados en la oficina Regional de Occidente por una educadora en salud; ellos no recuerdan nivel o título académico de dicha educadora. Esta capacitación tuvo una duración de menos de 40 horas.



**Gráfico 30.** El personal de la Unidad de salud de Candelaria de la Frontera que ha sido capacitado sobre atención al adulto mayor refiere que esto se ha realizado 1 vez en el 80% del personal el cual está conformado por el 50% médico y 50% promotores. Nadie ha sido capacitado 2 veces y el personal de enfermería ha sido

capacitado 3 veces. El personal de enfermería ha sido el más capacitado para la atención del adulto mayor en la unidad de salud de Candelaria de la Frontera.



**Grafico 31.** Grafico. El tipo de información que ha recibido el adulto mayor por el personal capacitado, muestra que el 80% ha sido sobre hábitos, alimentación y estilo de vida. El 60% del personal habla sobre salud mental.

El 100% del personal no ha brindado ninguna información sobre salud sexual, ni ha utilizado medios de comunicación como radio y televisión para educar al adulto mayor. El personal refiere en el 100% que la información es brindada en la unidad de salud y comunidad diariamente mediante charlas y consejería.

## CONCLUSIONES

- La población de adultos mayores del Municipio de Candelaria de la frontera según el censo del 2,007 corresponde a 2,418 personas de los cuales 1,216 son de sexo femenino y 1,202 del sexo masculino. Existe una relación de 1.5 mujeres por cada hombre. Existen más mujeres que hombres en este municipio, quienes además son mayormente viudas según su estado civil.
- Los hombres son los que más fuman e ingieren bebidas alcohólicas. Este hábito puede ser un factor de riesgo en el hombre para el desarrollo de muchas enfermedades por lo que viven mucho menos que las mujeres.
- Los adultos mayores que menos ejercitan son los hombres. Sin embargo a pesar que la mujer son las que ejercita más, también son ellas las que más duermen. Por lo que no existe un género en específico que muestre lo ideal que sería, ejercitar más y dormir menos.
- Los hábitos higiénicos disminuyen a medida que se aumenta la edad del anciano. El baño diario se practica menos entre los más viejos, así como el cepillado dental, por ausencia de piezas dentales, falta de interés y/o pérdida de habilidades físicas, siendo esto más frecuente en el hombre.
- El patrón alimentario que los adultos mayores tienen actualmente no se basa en una dieta balanceada. Ellos consumen carbohidratos, lípidos y frutas en las cantidades inadecuadas, lo que contribuye a la aparición de enfermedades crónicas degenerativas. Además comen poca proteína y no consumen suficiente agua.
- La fuente de ingresos sigue siendo una preocupación muy grande para los ancianos que deberían a su edad gozar de una jubilación. Sin embargo su bajo nivel académico y su bajo índice de empleos durante su juventud ha

hecho que sigan trabajando aun en su vejez, a pesar de haber disminuido ya su capacidad física en gran manera. Ellos trabajan en su mayoría como agricultores, comerciantes, y jornaleros. Además los adultos mayores obtienen ayuda económica de familiares en el país y fuera de este para poder cubrir sus necesidades básicas.

- Los adultos mayores en su mayoría, cuentan con los servicios básicos como son agua potable, energía eléctrica y letrina en sus hogares. Para los ancianos que no tienen estos servicios, el tener hábitos higiénicos y un estilo de vida adecuado para mantener una buena salud se vuelve un desafío en pleno siglo XXI.
- Las enfermedades más comunes que se encuentran entre los adultos mayores de Candelaria de la frontera son: Enfermedades circulatorias, osteomusculares, metabólicas y digestivas; siendo las menos frecuentes los problemas neurológicos, respiratorios y del sistema urinario.
- El personal de salud del primer nivel de atención del sistema público no esta capacitado para diagnosticar las enfermedades crónicas degenerativas en etapa temprana.
- El nivel educativo en los ancianos es muy bajo. Este no influye en la disponibilidad de estas personas por querer aprender sobre salud. Sin embargo son pocos los que han recibido charlas, información o pertenecen a un club sobre salud en su comunidad. Los adultos mayores no están educados, ni bien informados con respecto a su salud.
- A pesar de contar con medios de comunicación en casa como radio y televisión, los adultos mayores no conocen en su mayoría de programas radiales o televisivos que se encuentren relacionados con la salud. Por su parte los medios de comunicación masivos no hacen programas de gran

popularidad para que los adultos mayores sean instruidos sobre salud de una forma adecuada.

- El personal de salud de la unidad de salud de Candelaria de la Frontera no está capacitado en atención integral al adulto mayor en un 100%, ni están siendo capacitado por personal multidisciplinario cualificado.
- El personal de salud no promueve campañas sobre promoción de salud, ni acercamientos con los adultos mayores para poder brindar educación e información periódicamente.
- La contribución de la promoción de salud en el adulto mayor de Candelaria de la frontera se está brindando de una forma inadecuada. A pesar que se está haciendo el esfuerzo por seguir el programa de atención integral al adulto mayor, no existe constancia, ni compromiso serio con este grupo por parte del personal.

## **RECOMENDACIONES**

- El Ministerio de Salud Pública debe velar porque el hombre asista a chequeos médicos generales al menos una vez al año para identificar factores de riesgo, antecedentes familiares y diagnóstico temprano de enfermedades crónicas degenerativas. Esta es una manera en la que podría prolongarse la esperanza de vida en el hombre.
- Los spots realizados por los medios de comunicación deben promover los estilos de vida saludable y deben ser controlados por el jefe rector del Ministerio de Salud Pública.
- Los adultos mayores deben ejercitar más y dormir un poco menos para mantenerse saludables. Entre los ejercicios más recomendados por geriatras se encuentran caminar 30 minutos diarios con calzado cómodo en un terreno plano.
- Los familiares de los adultos mayores deben estar pendientes de evitar que los adultos mayores pierdan el interés por los hábitos higiénicos para que puedan evitar infecciones y otras enfermedades por falta de aseo personal.
- Los adultos mayores deben asistir a charlas brindadas por nutricionistas o profesional cualificado al respecto, que les orienten sobre la alimentación adecuada. Ellos deben preguntar y despejar dudas con su médico o personal de salud que los atiende constantemente para poder fomentar prácticas y estilos de vida que favorezcan su salud.
- Las personas en edad productiva deben prepararse académicamente y optar por empleos que cubran sus necesidades actuales, como comida, servicios básicos, educación y vivienda propia, así como necesidades futuras. Ellos deben buscar empleos que brinden la oportunidad de

jubilarse. Esto podrá darles la satisfacción de poder llegar a la vejez con la garantía de seguir recibiendo ingresos aunque ya no tengan la capacidad física y mental de seguir trabajando.

- Las autoridades municipales deben priorizar el emprender proyectos que cubran las zonas que aun no poseen los servicios básicos de agua potable, energía eléctrica y letrina para que su comunidad reciba los beneficios mínimos necesarios para tener una vivienda digna.
- Las enfermedades que adolecen los adultos mayores son problemas crónicos degenerativos que requieren la atención de un médico especialista. Se sugiere que los médicos especialistas en medicina interna y geriatría se incorporen al personal de salud en el primer nivel de atención en salud. Siendo este un recurso necesario, debe además garantizarse que la campaña o programa por el cual sean contratados sea sostenible económicamente. Con ello se puede garantizar que este sea un servicio permanente a los usuarios de la unidad de salud.
- El adulto mayor puede asistir a programas de alfabetización para adultos que existen en su comunidad en donde pueda aprender a leer y escribir. Junto con la formación académica también debe incluir aprender sobre salud mediante el club de adultos mayores que posee la unidad de salud local.
- Los medios de comunicación están obligados a crear programas televisivos o radiales que sean transmitidos de forma constante en un horario y canal o emisora popular. En este programa debe participar personal médico capacitado en el adulto mayor, como médicos internistas, geriatras, salubristas, nutricionistas y otros que puedan difundir una información veraz y concisa.

- El personal de salud debe ser capacitado sobre atención integral al adulto mayor en un 100%. Estas capacitaciones deben impartirse por personal multidisciplinario cualificado que posea mayor preparación académica que la del personal que recibirá la capacitación. Se recomienda que el personal del primer nivel de atención sea preparado cada año.
- El ministerio de Salud pública debe proveer los recursos necesarios al personal de la unidad de salud para que hagan campañas sobre promoción de salud en el adulto mayor que sean sostenibles.
- Es necesario que exista un compromiso serio y un trabajo en conjunto entre el Ministerio de salud pública, los profesionales expertos, los medios de comunicación masiva, el personal de salud del primer nivel de atención y los adultos mayores para que la contribución de la promoción de salud en el este grupo sea efectiva.

## GLOSARIO

**ADULTO:** Por adulto entendemos aquel individuo, hombre o mujer, que desde el aspecto físico a logrado una estructura corporal definitiva, biológicamente ha concluido un crecimiento, psicológicamente ha adquirido una conciencia y ha logrado el desarrollo de su inteligencia, en lo sexual ha alcanzado la capacidad genética; socialmente obtiene derechos y deberes ciudadanos, económicamente se incorporará a las actividades productivas y creadoras.

**ANCIANO:** Individuo en el que existe un deterioro de la reserva homeostática de cada sistema orgánico con un déficit gradual desde el punto de vista físico, psicológico, sexual y consecuentemente con detrimento en el aporte económico.

**ATENCIÓN INTEGRAL A LA PERSONA ADULTA MAYOR:** Conjunto de actividades e intervenciones ejecutadas a través de los diferentes niveles de atención, basados en la normativa vigente, cuyo propósito fundamental es promover, fomentar y mantener la salud de las personas adultas mayores.

**BIENESTAR:** Es un estado armonía interior y exterior, que genera una sensación de tranquilidad, capacidad y disposición para afrontar las circunstancias de la vida y realizar las diversas tareas que ésta demanda.

**CALIDAD DE VIDA:** se define como la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones. Es un concepto extenso y complejo que engloba la salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales y la relación con las características sobresalientes del entorno.

**CONTRIBUCIÓN:** Participación en una labor en la que colaboran varias personas.

**CONSEJERÍA:** Es la interacción que se establece entre el prestador de servicios y el uso para facilitar, reflexión y a través de ella, la toma de decisiones o la solución de un problema.

**COMUNICACIÓN** proviene de la palabra latina *Communis*, que significa común, por tal motivo al comunicarse, se trata de establecer una comunidad con alguien. Es una actividad inherente a la naturaleza humana que implica la interacción y la puesta en común de mensajes significativos, a través de diversos canales y medios para influir, de alguna manera, en el comportamiento de los demás, en la organización y desarrollo de los sistemas sociales. Se considera a la comunicación como un proceso humano de interacción de lenguajes que se encuentra más allá del traspaso de la información. Es más un hecho sociocultural que un proceso mecánico

**COMUNICACIÓN PARA LA SALUD:** Es una estrategia clave destinada a informar a la población sobre aspectos concernientes a la salud y a mantener cuestiones sanitarias importantes en la agenda pública. El uso de los medios informativos y los multimedia, además de otras innovaciones tecnológicas para difundir información sobre salud entre la población, aumenta la concienciación sobre aspectos específicos de la salud individual y colectiva y sobre la importancia de la salud en el desarrollo.

**COSTUMBRE:** Practica usual de una persona o de un grupo que se ha fijado o establecido por su constante repetición.

**CUARTA EDAD:** La expresión cuarta edad hace referencia a la última fase de la vida de las personas que alcanzan una vejez avanzada, considerándose habitualmente su comienzo a partir de los 80 años de edad.

**DAÑO:** Se define como los efectos que se producen a causa de la manifestación de un peligro, sobre la vida de las personas o medios materiales.

**EDUCACIÓN:** Viene de la palabra latina *educere* que significa guiar, conducir o de *educare* que significa formar o instruir, y puede definirse como: todos aquellos procesos que son bi-direccionales mediante los cuales se pueden transmitir conocimientos, costumbres, valores y formas de actuar.

La educación no se lleva a cabo solamente a través de la palabra sino, está presente en todos nuestros sentimientos, actitudes y acciones. Es el proceso de concentración y vinculación cultural, moral y conductual.

**EDUCACIÓN PARA LA SALUD:** Comprende las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente que suponen una forma de comunicación destinada a mejorar la alfabetización sanitaria, incluida la mejora del conocimiento de la población en relación con la salud y el desarrollo de habilidades personales que conduzcan a la salud individual y de la comunidad.

**ENVEJECIMIENTO:** Podríamos definir el envejecimiento como el proceso por el que el individuo con el paso del tiempo va perdiendo vitalidad, entendiendo vitalidad como la capacidad que tiene el organismo para realizar sus diferentes funciones biológicas. Ello conlleva una mayor vulnerabilidad ante cualquier agresión externa o situación de estrés, conduciendo en último término a la muerte.

**ENFERMEDAD:** Es un proceso y el status consecuente de afección de un ser vivo, caracterizado por una alteración de su estado ontológico de salud. El estado y/o proceso de enfermedad puede ser provocado por diversos factores, tanto intrínsecos como extrínsecos al organismo enfermo.

**EMPATÍA:** Lograr la confianza de una persona, poder identificarse con el.

**ESTRATEGIA:** Es el conjunto de acciones que se implementarán en un contexto determinado con el objetivo de lograr el fin propuesto.

**ESTILO DE VIDA:** Es una forma de vida que se basa en patrones de comportamiento identificables, determinados por la interacción entre las características personales individuales, las interacciones sociales y las condiciones de vida socioeconómicas y ambientales.

**GUIA:** Explicación detallada del procedimiento o el método que debe seguirse para lograr algo o el uso adecuado que se debe hacer de una cosa: una guía pedagógica, una guía de organización, una guía para hacer entrevistas

**HIGIENE:** Parte de la medicina que tiene por objeto la conservación de la salud y la prevención de enfermedades. Parte de la medicina que trata de la conservación de la salud. Aseo, limpieza de las personas y ciudades.

**HABILIDAD:** Proviene del termino latino *habilitas* y hace referencia a la capacidad y disposición para algo.

**HABITO:** Costumbre o práctica adquirida por frecuencia de repetición de un acto; costumbre, práctica o forma de conducta en particular.

**INFORMACIÓN:** es un conjunto de datos con significado que estructura el pensamiento de los seres vivos, especialmente, del ser humano. La información es vital para todas las actividades tanto de orden humano como de otros seres vivos.

**INTERVENCION:** Consiste en la respuesta a la emergencia, para proteger y socorrer a las personas y los bienes.

**METODOLOGÍA:** Es el conjunto de métodos por los cuales se registrará una investigación científica. La metodología es estudiar los métodos para luego determinar cuál es el más adecuado a aplicar o sistematizar en una investigación o trabajo.

**PATRÓN ALIMENTARIO:** Este evalúa la parte nutricional y metabólica del paciente es decir que evalúa las costumbres del paciente en cuanto a la ingesta de alimentos y líquidos en relación con las necesidades metabólicas de este (el paciente) este patrón explora a través de preguntas y la observación las posibles dificultades que se puedan presentar en la ingesta de alimentos del paciente.

**POBLACION:** Cualquier grupos en el cual se estudie alguna característica variable y del cual puedan extraerse diversas muestra con fines estadístico.

**PRACTICAR:** Poner en práctica algo que se ha aprendido o se conoce.; realización de una actividad de forma continuada y repetida

**PREVENCIÓN:** La adopción de medidas encaminadas a impedir que se produzcan deficiencias físicas, mentales y sensoriales (prevención primaria) o a impedir que las deficiencias, cuando se han producido, tengan consecuencias físicas, psicológicas y sociales negativas.

**PROGRAMA DE SALUD:** Es un conjunto de acciones implementadas por un gobierno con el objetivo de mejorar las condiciones de salud de la población.

**PROMOCIÓN DE LA SALUD:** Constituye un proceso político y social global que abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual.

**REHABILITACIÓN:** Es un proceso de duración limitada y con un objetivo definido, encaminado a permitir que una persona con deficiencia alcance un nivel físico, mental y/o social funcional óptimo, proporcionándole así los medios de modificar su propia vida. Puede comprender medidas encaminadas a compensar la pérdida de una función o una limitación funcional (por ejemplo, ayudas técnicas) y otras medidas encaminadas a facilitar ajustes o reajustes sociales.

**SALUD:** Se define como el estado de completo bienestar físico, mental y social. Es decir, en concepto de salud trasciende a la ausencia de enfermedades y acciones en otras palabras, la salud puede ser definida como el nivel de eficacia funcional y metabólica de un organismo a nivel micro (celular) y macro (social).

**SALUD PÚBLICA:** La ciencia y el arte de promover la salud, prevenir la enfermedad y prolongar la vida mediante esfuerzos organizados de la sociedad. La salud pública es un concepto social y político destinado a mejorar la salud, prolongar la vida y mejorar la calidad de vida de las poblaciones mediante la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y otras formas de intervención sanitaria.

**TÉCNICA:** Método aplicado al desarrollo de un proceso como el propio de la aplicación de un test psicológico un examen físico, una operación quirúrgica o cualquier actividad que requiera una secuencia ordenada de ejecución.

**TERCERA EDAD:** La expresión tercera edad también anunciado como vejez, que hace referencia a la población de personas mayores o ancianas, normalmente jubilada y de 65 años o más.

**TRATAMIENTO:** Cuidados o atenciones prestadas a un paciente al objeto de combatir, mejorar o prevenir una enfermedad, trastorno morboso o lesión traumática.

## BIBLIOGRAFIA

### - Libros de Consulta

- ✓ Hernández Sampieri, Roberto; Fernández-Collado, Carlos y Baptista Lucio, Pilar. (2006). *Metodología de la investigación* (4ª ed.). Iztapalapa, México D.F.: Mc Graw-Hill Interamericana.
- ✓ Ortez Eladio Zacarías, modulo así se investiga, pasos para hacer una investigación, 2da edición, 2001, Editorial clásicos Roxsil. Santa Tecla, El Salvador, CA.
- ✓ Restrepo/Malaga, promoción de la Salud: Como construir vida saludable, editorial medica internacional Ltda, Bogotá, D.C. Colombia.
- ✓ Diccionario de medicina Mosby, editorial grupo océano, edición 1994.
- ✓ Manual de operaciones de atención integral en salud de la persona adulto mayor, Ministerio de salud publica y asistencia social.
- ✓ Guía técnica sobre comunicación social para la atención de los adultos mayores, república de El Salvador, ministerio de salud pública y asistencia social

### - Sitios Web:

- ✓ [http://www.mspas.gob.sv/pdf/promocion\\_de\\_la\\_salud\\_pdf/informe\\_logros\\_segun\\_Compromisos\\_Mexico.pdf](http://www.mspas.gob.sv/pdf/promocion_de_la_salud_pdf/informe_logros_segun_Compromisos_Mexico.pdf)
- ✓ [http://www.mspas.gob.sv/piramides2008/p\\_elsalvador2008.pdf](http://www.mspas.gob.sv/piramides2008/p_elsalvador2008.pdf)
- ✓ <http://www.paho.org/Spanish/D/CumbrePrimerasDamas spaNov07.htm>

- ✓ [http://www.digestyc.gob.sv/digestycweb/Estad\\_Demograficas/infodemo.htm](http://www.digestyc.gob.sv/digestycweb/Estad_Demograficas/infodemo.htm)
- ✓ [http://www.uc.cl/sw\\_educ/enferm/ciclo/html/mayor/prevencion.htm](http://www.uc.cl/sw_educ/enferm/ciclo/html/mayor/prevencion.htm)
- ✓ <http://www.cricyt.edu.ar/enciclopedia/terminos/Salud.htm>
- ✓ <http://definicion.de/salud/>
- ✓ [http://www.bvs.org.ar/pdf/glosario\\_sp.pdf](http://www.bvs.org.ar/pdf/glosario_sp.pdf)
- ✓ <http://cbs.xoc.uam.mx/3rafase/adulto.htm>
- ✓ <http://www.vejezyvida.com/concepto-de-envejecimiento/>
- ✓ <http://www.definicion.org/rehabilitacion>
- ✓ <http://saludbio.com/articulo/salud-y-enfermedad-definiciones-puntos-de-vista-diferentes>
- ✓ <http://www.definicion.org/prevencion>
- ✓ <http://www.google.com.sv/#hl=es&q=http%3A%2F%2Fwww.definicion.org%2Frehabilitacion&lr=&aq=&oq=&fp=8e3c81535e6a66d4>
- ✓ [http://www.bvs.org.ar/pdf/glosario\\_sp.pdf](http://www.bvs.org.ar/pdf/glosario_sp.pdf)
- ✓ <http://www.definicionabc.com/tecnologia/informacion.php>
- ✓ <http://www.saludyriesgos.com/-/dano,+definicion>
- ✓ <http://www.wordreference.com/definicion/h%C3%A1bito>
- ✓ <http://diccionario.sensagent.com/de+costumbre/es-es/>
- ✓ <http://www.mitecnologico.com/Main/ConceptoImportanciaComunicacion>
- ✓ <http://www.wordreference.com/definicion/contribuci%C3%B3n>
- ✓ <http://definicion.de/programa-de-salud/>
- ✓ <http://diccionario.sensagent.com/guia/es-es/>

- ✓ <http://www.saludyriesgos.com/-/Intervencion>
- ✓ <http://definicion.de/habilidad/>
- ✓ [http://www.google.com.sv/url?q=http://www.psicologiayjusticia.psicol.unam.mx/uploads/files/pgpj\\_a\\_3/UT2/GLOSARIO\\_UT2\\_pgpj\\_a\\_3.doc&ei=01F8S9niJtWUtgfutu2qBQ&sa=X&oi=define&ct=&cd=1&ved=0CBMQpAMoBg&usg=AFQjCNGp06uxWkKn9Q-tns8Ej7-1eVMA5A](http://www.google.com.sv/url?q=http://www.psicologiayjusticia.psicol.unam.mx/uploads/files/pgpj_a_3/UT2/GLOSARIO_UT2_pgpj_a_3.doc&ei=01F8S9niJtWUtgfutu2qBQ&sa=X&oi=define&ct=&cd=1&ved=0CBMQpAMoBg&usg=AFQjCNGp06uxWkKn9Q-tns8Ej7-1eVMA5A)
- ✓ <http://www.wordreference.com/definicion/pr%C3%A1ctica>
- ✓ <http://gerontociencia.galeon.com/aficiones1657213.html>
- ✓ <http://whhttp://www.definicion.org/diccionario/145>
- ✓ <http://www.definicionabc.com/general/estrategia.php>

# ANEXOS

## ANEXOS 1

Universidad Nacional de El Salvador  
Facultad Multidisciplinaria de Occidente  
Departamento de Medicina  
Encuesta dirigida al adulto Mayor

Codigo\_\_\_\_\_

Objetivo: Identifica los conocimientos, actitudes y practicas del adulto mayor con respecto a su salud.

Presentación: Este instrumento responde a la investigación sobre la contribución de promoción de salud en el adulto mayor de Candelaria de la Frontera.

1. Sexo: Femenino \_\_\_ Masculino\_\_\_
2. Edad: \_\_\_\_\_
3. Estado Civil: Soltero\_\_\_ Casado\_\_\_ Acompañado\_\_\_  
Viudo\_\_\_ Divorciado\_\_\_ Separado\_\_\_
4. ¿Cuántas veces se baña al día?  
\_\_\_ 1 \_\_\_ 2 \_\_\_ 3 \_\_\_ No se baña a diario
5. ¿Cuántas veces se lava usted las manos al día?  
\_\_\_ 1 \_\_\_ 3 \_\_\_ 5 \_\_\_ Mas de 5
6. ¿Cuántas veces se cepilla los dientes al día?  
\_\_\_ 1 \_\_\_ 2 \_\_\_ 3 \_\_\_ 4 \_\_\_ No se cepilla a diario
7. ¿Usted fuma?  
\_\_\_ si \_\_\_ no
8. ¿Cuántos cigarrillos fuma al día?  
\_\_\_ 1 \_\_\_ 5 \_\_\_ 10 \_\_\_ Mas de 10
9. ¿Usted consume bebidas alcohólicas?  
\_\_\_ si \_\_\_ no
10. ¿Cuántas horas duerme en la noche?  
\_\_\_ menos de 6 horas \_\_\_ 6 horas \_\_\_ mas de 6 horas

11. ¿Hace usted ejercicio?

si  no

12. ¿Qué ejercicio practica?

Nadar  Correr  aeróbicos  Caminar

Practica un deporte  Ninguno

13. ¿Cuántas veces al día come?

1  2  3  4  5

14. De los siguientes alimentos ¿Cuáles son los 5 que mas consume?

Frijoles  Arroz  Tortilla  Café  Huevos

Pan  Pupusas  Carne  Fruta y Verduras  Leche

15. ¿Usted trabaja?

si  no

16. ¿Cuántas horas trabaja al día?

4  8  12

17. ¿En que trabaja usted?

Agricultor  Comerciante  Empleado

Jornalero

Ama de casa  Ninguno  Otros

18. ¿De donde obtiene dinero?

Trabajo  Jubilación  Remesas  Familia

19. ¿Cuántas personas viven con usted?

Vive solo  1-3  3-5  Mas de 5

20. ¿Hasta que grado estudio?

Ninguno  Primaria  Secundaria  Universidad

21. Su vivienda es:

Propia  Alquilada  de familiares  de amigos

22. ¿Tiene agua potable en casa?

si  no

23. ¿De donde obtiene el agua?

Potable en casa  Chorro publico  Vertiente  Pozo  la compra

24. ¿Cómo desinfecta el agua?

Lejía             Puriagua             Hervida             No la trata

25. ¿Tiene energía eléctrica?

si             no

26. ¿Tiene letrina?

si             no

27. ¿Qué hace en su tiempo libre preferentemente?

Oye la radio     Mira televisión     Lee             Asiste a la iglesia

Sale al parque     Visita familiares y amigos     Otros

28. ¿Padece usted alguno de los siguientes problemas?

Diabetes     De la presión     Dolor de huesos             Cáncer

Los pulmones     Fracturas     la vista             La audición

Problemas de cavidad oral     Gástricos     Otras

29. ¿Cuándo fue la última vez que visito al médico?

Hace 15 días             Hace 1 mes             Hace 6 meses

Hace 1 año             No visita médico     No recuerda

30. ¿Usted toma medicina sin indicación médica cuando se siente mal?

si             no

31. ¿Toma usted algún medicamento indicado por médico?

si             no

32. ¿Qué tipo de medicamentos toma?

de la Presión     de la azúcar     para el dolor     para la fiebre

la gastritis     otras             ninguno

33. ¿Sabe el nombre de los medicamentos que toma?

si             no

34. ¿Tiene radio?

si             no

35. ¿Conoce de algún programa en la radio que hable salud?

si             No

36. ¿Escucha algún programa en la radio sobre salud?

si  no

37. ¿Tiene televisión en su casa?

si  no

38. ¿Conoce algún programa que hable de salud en televisión?

si  no

39. ¿Mira algún programa en la televisión sobre salud?

si  no

40. ¿De dónde obtiene información sobre salud principalmente?

Radio  Televisión  Periódico  Medico

Promotor  Vecinos y amigos  Otros  Ninguno

41. ¿Quién le ha brindado charlas sobre su problema?

Medico  Enfermera  Promotor  Vecinos y amigos  Otros

Ninguno

42. ¿En qué lugar ha recibido las charlas?

Unidad de salud  Calle  Comunidad  Iglesias  ninguno

otros

43. ¿Cómo le parece la información que ha recibido sobre salud?

Excelente  Muy buena  buena  regular  mala

muy mala

44. ¿A escuchado algún anuncio sobre salud en su comunidad?

si  no

45. ¿A participado usted en alguna campaña en salud?

si  no

46. ¿Pertenece a algún club con respecto a su problema de salud?

si  no

47. ¿Estaría dispuesto a participar en algún club para mejorar su aprendizaje sobre su problema de salud?

si  no

## ANEXOS 2

Universidad Nacional de El Salvador  
Facultad Multidisciplinaria de Occidente  
Departamento de Medicina  
Encuesta dirigida al Personal de Salud

Objetivo: Identificar los conocimientos, aptitudes y disponibilidad del personal de salud hacia los adultos mayores.

Presentación: Este instrumento responde a la investigación sobre la contribución de la promoción de salud en el adulto mayor de Candelaria de la Frontera.

1. ¿Cual es el cargo que usted desempeña en la unidad de salud?

Medico  enfermera  promotor  personal administrativo  
 encargado de farmacia  encargado de archivo

2. Ha recibido Usted capacitación sobre promoción de salud al adulto mayor?

si  no

3. ¿Cuántas capacitaciones ha recibido sobre promoción de salud al adulto mayor?

1  2  3  mas de 3  ninguna

4. ¿Cuándo fue la última vez que recibió capacitación sobre promoción de la salud al adulto mayor?

1 mes  6 meses  1 año  no recuerda  no ha recibido

5. ¿Dónde recibió capacitación sobre promoción de la salud?

Establecimiento de salud  Oficina Regional  
 SIBASI  
 Nivel Central del Ministerio de Salud  Universidad  Otros

6. ¿Quién le impartió la capacitación sobre promoción de la salud?

Enfermera                       Educadora                       Nutricionista  
 Médico  
 Auxiliar de Enfermería       Promotor de Salud       Otros (Comité Multidisciplinario)

7. ¿Cuántas horas duró su capacitación sobre atención integral al adulto mayor?

menos de 40 horas     40 horas     más de 40 horas

8. ¿Ha realizado actividades que favorezcan la educación, comunicación e información a adultos mayores alguna vez?

sí     no

9.- ¿Dónde realiza las actividades de la promoción de la salud?

en el establecimiento de salud       en la comunidad       visita casa a casa

10.- ¿Su participación en las actividades de promoción de la salud las realiza cada cuánto?

todos los días       una vez por semana       dos veces por semana  
 Cada quince días       una vez al mes       ningún día.

11. ¿Qué tipo de actividades ha realizado?

Impartir consejería       Brindar charlas                       realizar visita domiciliar       Organizar club                       Planificación de actividades  
 Elaboración de material educativo       registrar información obtenida

12. ¿Qué tipo de información le ha brindado al adulto mayor?

hábitos y prácticas higiénicas  
 Alimentación

\_\_\_ Estilo de vida saludable

\_\_\_ Salud sexual

\_\_\_ Salud mental

\_\_\_ Conservación y auto cuidado de salud

\_\_\_ recomendaciones orientadas a enfermedad específica

\_\_\_ ha participado en la radio brindando consejería, información en salud

\_\_\_ diseño de boletines informativos en salud

### Anexo No 3

Entrevista realizada a profesional en el área

El Dr. José Antonio Velásquez Portillo, Geriatra salvadoreño graduado de la Universidad Lund de Suecia en el año 1,993 Presidente y miembro fundador de la Asociación de Geriatria de El Salvador, Ubicado en la Urbanización Buenos Aires 4, Calle Aurora 241, San Salvador, de forma amable nos respondió a las siguientes preguntas:

1. ¿Desde cuándo se fundó la Asociación de Geriatria de El Salvador?

La asociación de Geriatria de El Salvador fue fundada el 13 de agosto de 2,004. Esta cuenta con 6 miembros Geriatras actualmente. Entre ellos su presidente, quien sirve en el cargo por 2 años y que cumplirá con sus labores hasta Julio de 2,010.

2. ¿Cuál es el objetivo de fundar una asociación de Geriatria en nuestro país?

Su objetivo es el conocimiento de la ciencia geriátrica tanto de la sociedad como de los médicos.

3. ¿A qué edad empieza la vejez y existe una clasificación de la misma?

Esto es muy variable, ya que depende de la escuela de Medicina en la que se haya formado el médico, tengo entendido que en nuestro país es a partir de los 60 años. Sin embargo no existe una clasificación exacta, más bien puede que clasificarlo sea un concepto moderno. Aunque si podemos afirmar que después de los 90 años el proceso de envejecimiento se vuelve más notorio.

4. ¿Cuáles son los hábitos y prácticas higiénicas recomendadas a los adultos mayores?

Se recomienda que el anciano ejercite. El caminar realmente es el mejor ejercicio para ellos, puede realizarse 30 minutos cada día, sobre un terreno

plano, debe prepararse previamente tomando antes 1 vaso de agua y utilizando zapatos cómodos. No se recomienda que ellos estén encamados durante tanto tiempo, ya que un día de encamamiento corresponde a 5 días de terapia.

Otra recomendación es que duerma lo suficiente. Por lo general existen estudios que han demostrado que ellos duermen 5-6 horas diarias, no entran en un sueño REM por lo que puede que despierten en ocasiones durante la noche y tengan la sensación de que no han dormido bien.

También es recomendable que se involucren en el que hacer de la casa, siempre con el cuidado de evitar accidentes. En algunos pacientes ha sido incluso necesario realizar modificaciones en la infraestructura de sus casas, por ejemplo hacer cambio de habitaciones para los que solían tener su habitación en 2º piso, con la intención de evitar caídas y otros accidentes.

5. ¿Cuál es el patrón alimentario que recomienda?

Como médicos no podemos dar un plan nutricional exacto, sin embargo sabemos que la alimentación es la base de la preparación para la vejez, por lo que recomendamos: bastante líquido, evitar grasas saturadas trans, tratar de cocinar con aceite vegetal, evitar la carne roja en exceso. Un buen patrón alimentario en frecuencia de consumo sería de 5 veces al día, que consisten en tres comidas y dos refrigerios. Además recomiendo suplementos como Ensure y Enterex más o menos 3 medidas cada día, sobretodo en aquellos que tienen disminuido su apetito y no se alimentan adecuadamente. Es preferible estos suplementos en lo personal que las capsulas, ya que estos ancianos en su mayoría se encuentran tomando varios medicamentos.

6. ¿Qué influencia puede tener el estilo de vida en el adulto mayor?

Aproximadamente un 70- 80% depende del estilo de vida. Mientras que el otro 20% puede contribuirse al aspecto genético. Con esto podemos ver que es importante y determinante en nuestra salud el estilo de vida. Por eso hacemos énfasis en el ejercicio, en la dieta adecuada, los cuidados en el hogar y el aseo personal.

7. ¿Cuáles son los daños que ustedes identifican con mayor frecuencia en su consulta?

Mayormente atendemos problemas neurológicos, entre estos más comúnmente problemas demenciales, Enfermedad de Parkinson, Alzheimer; circulatorios, dentro de los cuales como geriatras al que tememos más es a la aterosclerosis; artrosis; metabólicos como: obesidad y dislipidemias. Además de muchos otros, aunque estos son los más frecuentes. Muchos de nuestros pacientes son mujeres más o menos 8 de cada 10, podemos decir que la mujer en términos de salud se cuida más que el hombre. Además de ser el grupo de 80-90 años el que en mi práctica consulta mas.

8. Según su práctica ¿Considera que la promoción de salud tiene algún impacto en nuestro país?

Casi nada. Aunque como miembro de un comité de programas de salud (CONAIPAN) hemos visto en nuestras últimas reuniones con la 1ª dama de la república que la agenda se está volviendo un poco más dinámica.

9. ¿Qué actividades realizan como asociación de Geriatria para educar a los adultos mayores?

Como comité nos reunimos cada mes y como consejo cada 2 meses. Programamos capacitaciones para los geriatras miembros. La última actividad que realizamos fue una ponencia sobre el VIH en el anciano. También solíamos organizar actividades como charlas para los ancianos cuando trabajaba con el acilo Ciudad de la Villa Sol, pero ahora nuestras actividades con ellos han sido un poco menos frecuentes debido a que ya no trabajo para esa institución. En este acilo les brindaba consulta durante tres horas diarias, impartía charlas y otras actividades.

10. ¿Qué medio de comunicación utilizan para brindar información sobre salud?

Actualmente ninguno. Sin embargo yo brindaba información en un programa llamado Capsula Medica: en donde se abordaban temas de como envejecer bien. Este programa se transmitía por canal 10 durante 5 minutos 12 veces por semana. Este salió al aire en un periodo del 2,001 al 2,009. En este intento grabe 2,000 programas cortos. Este se suspendió en el 2,009 y no se me ha notificado si se volverá a transmitir, por lo que hasta hoy no he tomado otro proyecto, aunque me gustaría.

## ANEXO No 4

Fotografías tomadas con miembros del club de adultos mayores de la Unidad de Salud de Candelaria de la Frontera, mientras se encuestaban después de haberles brindado la charla programada ese día.



## CRONOGRAMA DE TRABAJO

Asesorías.	Viernes a las 5:30 a 7:00 pm.
Elaboración de perfil.	20 de Febrero – 26 de Abril de 2009.
Presentación de perfil a asesor para corrección.	26 de Abril - 05 de Mayo de 2009.
Entrega de perfil corregido a asesor.	26 de Mayo del 2009
Presentación de perfil para aprobación.	26 de Julio del 2009.
Elaboración de protocolo.	09 de septiembre - 08 de octubre de 2009
Elaboración de encuestas.	26 de Septiembre de 2009
Recopilación de datos.	18- 20 de Octubre de 2009.
Análisis de datos.	25 octubre- 5 de noviembre de 2009.
Presentación de protocolo para aprobación.	20 de noviembre de 2009.
Elaboración de informe final.	10 de Enero de 2010.
Corrección de informe final.	15 de febrero de 2010.
Entrega de informe final.	8 de Marzo de 2010.
Defensa de trabajo de graduación.	15 de Marzo de 2010.

## PRESUPUESTO

MATERIAL	UNITARIO	COSTOS TOTAL
Encuesta	\$0.03	\$10.
Fotocopias de normativas, libros de apoyo, material educativo,	\$ 0.03	\$ 15
Impresiones a color, blanco y negro	\$ 0.15	\$ 110
En anillado de perfil, protocolo, trabajo final	\$ 2.00	\$ 15
Empastado de trabajo final de graduación	\$15	\$ 30
Marcadores	\$0.20	\$ 3.5
Refrigerios que se daban en las charlas del club adulto mayor	\$4.00	\$24
Traslados al municipio de Candelaria de La Frontera	\$15.00	\$ 120
Horas Internet	\$1.00	\$ 100
Horas uso de computadora	\$1.00	\$100
Traslado a San Salvador para entrevista con experto en el tema	\$30.00	\$30
Digitación de trabajo	\$0.20	\$32
Refrigerio para la defensa		\$100
Imprevistos		\$200
Total de presupuesto		\$889.50