

Diseño, implementación y evaluación de un programa de educación para la salud con personas mayores

Design, implementation and evaluation of a health education program for the elderly

Margarita Pino¹
 Maria Carmen Ricoy¹
 Julio Portela²

Abstract *The objective was to design, implement and evaluate a health education program, using the analysis of the habits that harm the health of people over 65 years old. An evaluative research was carried out from a multiple case study in the North-West area of Spain, combining both the quantitative and the qualitative approach. A questionnaire and interview were used as tools for data collection. The elderly take a lot of medicines and also treat themselves. A small group smoke and drink alcohol. Over 25% have sedentary habits and their average body mass rate was 30.55. The implementation of the programme has significantly influenced their quality of life. Elderly people have deep rooted unhealthy habits. The achievement of educational contents improved their quality of life. However, they are reluctant to assume new habits, even though they are healthy.*

Key words *Evaluation of programs, Educational intervention, Health education, Elderly people, Educational gerontology*

Resumo *Objetivo: Desde el análisis de los hábitos que perjudican la salud de las personas mayores de 65 años, diseñar, implementar y evaluar un programa de educación para la salud. Métodos: Se abordó una investigación evaluativa desde un estudio de casos múltiples en tres centros de salud del Noroeste de España combinando el enfoque cuantitativo con el cualitativo. Los instrumentos de recogida de información utilizados fueron el cuestionario y la entrevista. Resultados: El consumo de medicamentos en los mayores es elevado así como la automedicación. Un pequeño grupo fuma y consume alcohol. Más de la cuarta parte son sedentarios y su índice de masa corporal medio es de 30,55. La implementación del programa ha repercutido de forma significativa sobre su calidad de vida. Las personas mayores tienen arraigadas prácticas malas. El logro de contenidos educativos alcanzado mejoró gratamente su calidad de vida. Con todo, presentan reticencia para asumir nuevos hábitos de salud aunque les favorezcan.*

Palabras clave *Evaluación de programas, Intervención educativa, Educación para la salud, Personas mayores, Educación gerontológica*

¹Facultad de CC. de la Educación y del Deporte, Universidad de Vigo, Campus a Xunqueira s/n. C.P. 36005 Pontevedra España. mpino@uvigo.es

²Centro Médico de Atención Primaria, España.

Introducción

La calidad de vida referida a personas mayores lleva consigo cuestiones tan determinantes como la salud y el bienestar y está íntimamente relacionada con su entorno ambiental y afectivo, su formación y el apoyo social. Todo esto, incluye el desarrollo autónomo en su medio y los cuidados de salud para lograrlo, la cercanía y seguridad que ofrece la familia o los amigos, así como una reeducación precisa que le permita asumir hábitos saludables con el fin de prevenir situaciones de riesgo y reparar la existente.

Habitualmente la vejez va acompañada de un mayor número de padecimientos, tanto crónicos como agudos o intercurrentes, sin embargo esto no implica que sea sinónimo de enfermedad. Con todo, el envejecimiento determina en su conjunto enfermedades específicas, raras o ausentes en edades anteriores (diabetes tipo II, cáncer de próstata, incontinencia urinaria, etc.). Se evidencian otras enfermedades más frecuentes que en períodos previos de la vida, cuya aparición se ve favorecida por los cambios que han ocurrido en su organismo (infecciones, tumores malignos o benignos, diabetes, etc.). Igualmente en esta etapa, con asiduidad coinciden la aparición de diversas enfermedades, en ello intervienen también problemas socio-económicos (cambios en la economía doméstica, soledad y melancolía) y psicológicos (actitud ante la vida, deterioro mental, etc.).

Además, hay que tener en cuenta otros problemas específicos de las personas mayores conocidos como “síndromes geriátricos” (inmovilismo, fractura de cadera, etc.). La persona mayor es más vulnerable a todo tipo de agresiones porque sus mecanismos de defensa están debilitados¹.

Una atención integral garantiza, en mayor medida, hábitos personales saludables y cuidados médicos que contribuirán a la posposición de la muerte de los ancianos y la consiguiente caída de la mortalidad².

Ante las referidas problemáticas y con el fin de mejorar la calidad de vida del paciente geriátrico hemos diseñado y desarrollado un programa de educación para la salud que facilita la asimilación de nuevos hábitos saludables en las personas mayores relacionados con las patologías más frecuentes en este grupo de edad³.

Este trabajo es consecuencia de un proyecto de investigación (Ref.: HP2005-0086, subvencionado por el Ministerio de Ciencia y Tecnología español) centrado, primordialmente, en programas de intervención socio-educativa con el obje-

to de promover hábitos de salud y calidad de vida en las personas mayores. La finalidad fundamental de esta investigación es propiciar a nuestros mayores una formación integral dirigida a satisfacer sus necesidades básicas. Por tanto, los objetivos de este estudio fueron analizar los hábitos que más perjudican la salud de las personas mayores para diseñar, implementar y evaluar un programa de educación para la salud^{4,5}.

Descripción del diseño, contenido e implementación del programa

En el diseño y selección de contenidos para este programa educativo se parte de la convicción de que, además de los de tipo conceptual, se debe prestar atención a los procedimentales y actitudinales, ya que en educación para la salud éstos revisten especial importancia. Para diseñar el programa se analizaron previamente las patologías más frecuentes en este sector poblacional a través de las necesidades detectadas en las valoraciones geriátricas realizadas por los médicos y el historial clínico del paciente.

En la secuenciación de los contenidos educativos se consideró la edad, señas de identidad y nivel sociocultural de las personas mayores, dado que cada grupo humano posee características específicas⁶. Así mismo, se siguen criterios pedagógicos de continuidad en el aprendizaje, adecuación a sus necesidades e intereses, respeto y confianza. Todo esto, desde un planteamiento didáctico participativo y flexible que potencia su capacidad de implicación, reflexión y análisis⁷.

El análisis de las valoraciones geriátricas, el estudio de las historias clínicas y algunas investigaciones existentes nos ayudaron a perfilar los contenidos y la metodología más apropiados para trabajar con la población de mayores: problemas de medicación, ejercicio físico, depresión, dificultades de sueño, autocuidado, control de stress, recursos comunitarios, nutrición y ejercicio físico, autoimagen, sociabilidad y pérdida de autonomía^{8,9}.

La implementación, llevada a cabo a lo largo de siete semanas, del programa de educación para la salud diseñado estuvo a cargo de educadores sociales. La distribución semanal ha sido la siguiente:

- . Dos días a la semana de reunión con los ancianos en grupos de diez a doce. En total cada persona mayor asistió a siete sesiones grupales.

- . Un día a la semana se realizaron las citas individuales atendiendo a seis mayores por día,

con dos sesiones por persona durante el desarrollo del programa.

- . Un día a la semana se dedicó a las visitas domiciliarias, efectuando un encuentro con cada participante.

- . Un día a la semana se utilizó para la preparación del material, reorganización del programa, coordinación del trabajo e intercambio entre los responsables.

Cada sesión tenía una duración de una hora y se celebraban en el centro de salud, salvo las visitas domiciliarias donde el educador se trasladaba al hogar del anciano.

Métodos

En esta investigación han participado los pacientes mayores de tres centros de salud pertenecientes al Noroeste de España, se trata de un estudio de casos múltiples en tres centros de salud.

En este estudio hemos llevado a cabo una investigación evaluativa en su modalidad descriptivo-comprensiva desde una consideración valorativa siguiendo a Pérez Juste¹⁰ y Pérez Juste¹¹, con el objeto de determinar la calidad de vida de los mayores y la adecuación del programa de intervención educativa implementado. En ella, combinamos el enfoque de investigación cuantitativo con el cualitativo.

Inicialmente hemos indagado (evaluación diagnóstica) acerca del estado de salud, conocimientos previos y hábitos cotidianos de los destinatarios. Ello, tiene por finalidad proporcionar criterios racionales que nos permitan tomar decisiones sobre la planificación e implementación del programa de intervención educativa¹².

Los instrumentos de recogida de datos utilizados para analizar las carencias iniciales y los efectos del desarrollo del programa han sido:

- . Cuestionario, con preguntas cerradas y abiertas, centrado en las características individuales y hábitos de salud de los pacientes: Se le aplica a las personas mayores antes de diseñar el programa.

- . Cuestionario, con ítems cerrados, focalizados hacia los contenidos desarrollados con el programa. Se le ha pasado a las personas mayores para estimar el grado de adquisición.

- . Entrevista semiestructurada que permite recabar información de los ancianos sobre su nivel de satisfacción. Se le ha aplicado a los participantes después de la implementación.

Además como hemos adelantado se han realizado sesiones periódicas, entre los responsables

(personal colaborador e investigadoras), a lo largo del proceso de implementación del programa y a su término manteniendo una oportuna retroalimentación.

El tratamiento informático de los datos cuantitativos de los cuestionarios se ha llevado a cabo con el paquete estadístico SPSS (versión 12.0) y para el análisis de contenido de las entrevistas y de las preguntas abiertas del cuestionario se emplea el programa AQUAD (Analysis of Qualitative Data) versión 6.0.

El estudio de contenido, de carácter cualitativo, aplicado a la información obtenida con las preguntas abiertas del cuestionario y la entrevista semiestructurada se realizó identificando los elementos significativos y singulares de los textos¹³. Las categorías de análisis presentadas derivan de una concepción naturalista que aflora de los propios datos¹⁴. Este proceso de categorización fue debatido con los profesionales que colaboraron en la implementación del programa, identificando las unidades de significado objeto de la investigación¹⁵.

Para el análisis e interpretación de los datos obtenidos a través de las preguntas abiertas del cuestionario (fase diagnóstica) y de las entrevistas (una vez desarrollado el programa), nos remitimos a las explicaciones convincentes sobre los hechos relatados por los participantes¹⁶. Nos hemos esforzado por realizar una interpretación profunda, coherente y respetuosa con la información facilitada por los participantes.

Contexto y participantes

Teniendo en cuenta los estudios epidemiológicos, la mayoría de los países sitúan la vejez en la edad de jubilación. En España por norma general se establece a los 65 años, en consecuencia en este estudio establecimos el punto de corte para considerar a una persona mayor en los 65 años de edad¹⁷.

El diseño y desarrollo del programa se llevó a cabo durante el curso académico 2005-2006 y contó con la implicación de la Gerencia de Atención Primaria del Área Sur de la provincia de Pontevedra y el apoyo técnico de la Universidad de Vigo (España).

El equipo de profesionales que han colaborado en este programa se conformó con el personal sanitario (4 médicos, 2 enfermeras y 2 farmacéuticas) y educativo (2 profesoras-investigadoras y 3 estudiantes del último curso de la Titulación de Educación Social de la Facultad de Ciencias de la Educación, Universidad de Vigo – España).

La selección de los pacientes para incorporarse en el programa de educación para la salud se realiza a partir del listado diario de citas de cada facultativo de forma aleatoria, eligiendo uno entre cada cuatro de los mayores de 65 años. Como criterio de inclusión se contempla que sean personas mayores de 65 años que acudan regularmente al centro de salud. Estas personas son las que más demanda presentan en el servicio y manifiestan mayores síntomas de enfermedad.

Como criterios de exclusión se estimaron los siguientes: distancia del centro de salud que les dificulte acceder al mismo, encamados o que presenten problemas para desplazarse, obtención en el test minimental de Lobo de una puntuación menor o igual de 13 (porque se haría difícil la comprensión de conocimientos) y que no firmen voluntariamente el consentimiento informado.

El número de mayores que han participado en el estudio fue de 103 y en cada centro de atención primaria se trabajó con grupos formados por 10-12 personas. En total se constituyeron 10 grupos de trabajo.

La mayoría de los integrantes del programa fueron mujeres (65%). Las edades de los participantes están comprendidas entre los 65 y los 92 años y la media es de 73,72 años (ver Tabla 1).

En cuanto a su formación inicial el 90% cuenta con algún curso de escolaridad básica, el 4% no ha ido nunca a la escuela y el 6% tiene estudios medios o superiores. A pesar de que cerca de la totalidad ha acudido alguna vez a la escuela, solamente el 33,7% terminó la escolaridad elemental. De hecho la media de escolaridad es de 5,15 años.

Resultados

Los resultados que abordamos seguidamente se centran en la fase de evaluación diagnóstica y en la evaluación del proceso referida a la implementación del programa, teniendo en cuenta los criterios expresados en algunos estudios sobre evaluación de programas de educación para la salud^{18,19}.

Evaluación diagnóstica

Las problemáticas más habituales encontradas a través del estudio de las historias clínicas están referidas a una alimentación alta en lípidos, deficientes hábitos higiénicos, vida sedentaria, polimedicación, soledad y baja autoestima. Además se han detectado falsas expectativas de los mayores con respecto a la medicina moderna, considerándola como solución a todas las contrariedades de salud y desconocimiento del bagaje de recursos locales existentes. **Ahora hay tantos avances y novedades que todo te lo solucionan. Menos la muerte todo tiene solución** (anciana de 73 años).

Por su parte los facultativos ponen de manifiesto la obsesión de los pacientes en general, y de las personas mayores en particular, por realizar pruebas diagnósticas de alta tecnología, ya que piensan que estas pueden ser terapéuticas.

En la valoración inicial la media de medicamentos consumidos por paciente es de 3,42 y el 28% reconoce que se automedica. La mayoría declara que había fumado en el pasado manteniendo esta práctica en la actualidad únicamente el 2,9%. Reconocen que beben alcohol como mínimo durante las comidas el 6,3%.

Afirman su sedentarismo el 38% de los mayores que han participado, ésta puede ser una de las causas de que su índice de masa corporal medio sea 30,55. De todos modos el 86% continúa realizando tareas del hogar o actividades en el campo por lo que no se puede inferirse ausencia absoluta de actividad física. Esta manifestación que hacen las personas mayores está ligada a la percepción que experimentan en el descenso de su rendimiento físico cotidiano.

El 68% de los encuestados manifiestan que en sus familias no se valoran sus opiniones y apenas se les escucha. **Los viejos ahora no servimos para nada, no nos quieren en ninguna parte y estorbamos siempre. No podemos casi ni abrir la boca porque todo lo que decimos está fuera de lugar o no tiene importancia. Antes sí no hacías caso a un viejo eras un maleducado** (anciana de 82 años).

La incompreensión que siente esta anciana puede deberse al frenético ritmo de vida actual de las familias que da lugar a que nuestros ancianos pasen muchas horas solos o/y poco acompañados por sus familiares directos.

Tabla 1. Número de participantes por edad y sexo.

Edad	65-70	71-75	76-80	81-92	Total
Hombre	10	14	9	3	36
Mujer	25	19	16	7	67
Total	35	33	25	10	103

Evaluación de la implementación del programa

Para realizar la evaluación de la fase de desarrollo del programa de intervención educativa nos centramos en el grado de dominio de los contenidos trabajados, transferencia a la vida diaria y satisfacción obtenida por las personas mayores²⁰.

El cuestionario que se aplicó a los participantes estaba compuesto por cinco preguntas que variaban en función de la temática de cada sesión y tenía como finalidad comprobar si los mayores habían comprendido los contenidos trabajados, los transferían a su vida cotidiana y que satisfacción les producía.

El análisis informático aplicado a los cuestionarios nos permite contrastar los resultados y encontrar diferencias significativas acerca de los hábitos de salud que tienen las personas mayores, antes y después de desarrollar el programa, a un nivel de significación estadística $\chi^2=0,05$ (para un nivel de confianza del 95%).

Adquisición de contenidos educativos con la implementación del programa

La mayoría de los participantes del programa han respondido correctamente a los cinco ítems que se le plantearon a través del cuestionario al término de cada sesión. Estas cuestiones son de tipo dicotómico (verdadero o falso). Exponemos a continuación (ver Tabla 2) el porcentaje de respuestas correctas en cada una de las dimensiones que se han trabajado en las diferentes sesiones.

Se obtiene un bajo índice de respuestas correctas en la pregunta que se le plantea sobre si en la vejez la mujer disminuye su capacidad para sentir placer durante las relaciones sexuales (únicamente el 48,9 cree que no).

Solamente el 46,6% de los participantes consideran que un medio para evitar las caídas en el aseo es contar con un plato de ducha en vez de una

bañera. Podemos inferir que a pesar de trabajar los contenidos de manera activa y vivencial en las sesiones los mayores se ven condicionados por sus creencias y limitaciones económicas a la hora de ofrecer una respuesta a las referidas preguntas.

Conviene señalar la reducción en el consumo de fármacos que aunque no resulta significativo a nivel estadístico si constata una bajada. Es significativo el resultado sobre la disminución de la automedicación ($\chi^2=0,003$) ya que antes de comenzar el programa el 28% reconocía automedicarse, ahora solamente dos declaran haber tomado un analgésico sin prescripción facultativa justificando su acción porque ya lo había tomado en otras ocasiones. En lo que se refiere al hábito del tabaco uno de ellos señala que lo dejó durante el desarrollo del programa. Con los nuevos hábitos alimenticios adquiridos no se ha logrado una reducción del índice de masa corporal aunque han mejorado su dieta. Las analíticas realizadas corroboran una bajada generalizada de los índices, sobre todo, de colesterol. Hay que tener en cuenta que la mayoría de los pacientes participantes tienen prescrita una dieta hipocalórica y sin grasas.

Las prácticas relacionadas con el ejercicio físico fueron las que mayor seguimiento tuvieron durante el programa de educación para la salud y al finalizar el mismo. De hecho, han organizado grupos para realizar paseos y asistir a baile de salón en un centro social próximo.

Con respecto al sedentarismo existe un cambio de actitud estadísticamente significativo ($\chi^2=0,023$). Esta variación estimamos que se debe a la información que han recibido las personas mayores sobre lo que se considera ejercicio físico. Apreciamos que estos mayores pasaron a dar valor y disfrutar de las actividades físicas que antes no veían provechosas.

El resultado obtenido sobre la percepción que pasan a tener sobre la salud los mayores resulta estadísticamente significativa ($\chi^2=0,013$). De to-

Tabla 2. Porcentaje de participantes que responden correctamente.

Dimensión	Medicación	Alimentación	Salud Mental	Actividad física	Soledad y aislamiento	Autorrealización y autoestima	Recursos
Pregunta 1	89,2	100	100	45,6	76,8	91,5	100
Pregunta 2	93,8	80,6	91,7	100	92,7	91,5	98
Pregunta 3	84,6	98,4	65	78,9	100	76,6	98,3
Pregunta 4	100	95,2	91,7	70,2	87,5	48,9	99,5
Pregunta 5	95,4	100	81,7	94,7	63,8	100	100

dos modos, somos conscientes de que cuando se esperan cambios de actitud debemos valorar y observar variaciones sustanciales y evaluar los resultados a largo plazo.

Los médicos señalan (en las reuniones de re-orientación) que durante las sesiones posteriores al desarrollo del programa se ha localizado un mayor grado de implicación de los pacientes en las pautas de toma de medicamentos y perciben mejoría en la comunicación médico-paciente. Además los facultativos han detectado más tolerancia hacia las listas de espera, cuando un tratamiento no funciona bien o sus efectos no son inmediatos y un aumento en la utilización de otros servicios comunitarios.

Grado de satisfacción obtenido con la implementación del programa

A través de las entrevistas se pudo comprobar que el elevado grado de satisfacción de las personas mayores con el programa desarrollado es atribuible al:

- Interés que presentan por los contenidos trabajados, lo que supone una gran ventaja para el desarrollo del proceso de aprendizaje. **Me gustó mucho todo lo que hicimos. La verdad es que hay que aprender hasta de viejo. Hay cosas que haces mal porque no sabes; sobre todo lo de las comidas y los medicamentos** (anciana de 69 años).

- Buena acogida alcanzada con la iniciativa, de hecho todos los pacientes solicitaron a sus respectivos médicos incorporarse al programa. **No pude entrar en la primera selección y me enfadé un poco con el médico porque yo quería estar. Así que cuando me llamaron porque una persona no podía participar me vine para aquí rápidamente** (anciana de 72 años).

- Colaboración y cooperación entre los miembros del grupo que facilita su cohesión desde las primeras sesiones potenciando el proceso de aprendizaje. **Hemos trabajado en grupo muy bien. Yo pensé que no iba a saber. Cuando íbamos a la escuela escribíamos en la pizarra de cada uno, no había más** (anciana de 75 años).

Las limitaciones que se encuentran en la implementación del programa de intervención educativa están desencadenadas por la elevada participación de los mayores y las deficiencias económicas que restringen la temporalización de su desarrollo. Ello provoca que para debatir sosegadamente la totalidad de los contenidos previstos para cada sesión el tiempo de su ejecución resulta reducido.

Conclusiones y discusión

El escenario estudiado aporta contribuciones singulares ampliables a un contexto más extenso. Con todo, recomendamos al lector que contraste sus circunstancias con lo aquí proporcionado para transferirlo en lo posible²¹.

El consumo de medicamentos en los mayores es bastante elevado y parte de ellos reconocen que se automedican. Un pequeño grupo asume que fuma y bebe alcohol como mínimo durante las comidas. Este dato tiene escasa relevancia ya que algunos estudios consideran que en la dieta mediterránea es normal o recomendable beber un vaso de vino en las comidas^{22,23}.

Más de la cuarta parte de los participantes son sedentarios, ésta puede ser una de las causas de que su índice de masa corporal medio sea 30.55, lo que puede favorecer la hipertensión²⁴.

La implementación de programas de educación para la salud con personas mayores repercute de forma significativa sobre su calidad de vida. De hecho, estas intervenciones educativas sobre prevención tienen efectos positivos sobre la función cognitiva y la depresión frenando el desarrollo de la incapacidad y reduciendo la atención permanente en los domicilios²⁵.

Las problemáticas más importantes que presentan los pacientes están relacionadas con hábitos malsanos sumados a una apuesta desmesurada por las expectativas generadas alrededor de nuevas técnicas. El logro de contenidos educativos alcanzado por las personas mayores en su formación ayudó significativamente a mejorar su calidad de vida. Los mayores pudieron entender e integrar la importancia, para mejorar su calidad de vida, del ejercicio físico, la estimulación cognitiva y la alimentación adecuada. Con todo, presentan algunas reticencias para asumir nuevos hábitos de salud aunque estimen que son positivos.

Se detecta una notable necesidad en las personas mayores por expresarse y ser escuchadas. La carencia afectiva se incrementa en los sujetos que viven solos y precisan mayor atención y acompañamiento, demandando más apoyo social^{26,27}. En estos casos los objetivos de los programas de educación para la salud deben centrarse en lograr la motivación y el coraje necesarios hacia hábitos de salud positivos y el establecimiento de redes sociales de apoyo²⁸.

Para Falangola *et al.*²⁹ es importante que la implementación de programas de educación para la salud se realice con personal especializado y con un equipo interdisciplinar. Ello, favorece la

formación de las personas mayores en hábitos saludables y la creación de redes de apoyo con el fin de mejorar su calidad de vida y evitar su deterioro existencial.

Este trabajo a pesar de sus referidas limitaciones metodológicas para la generalización contribuye al conocimiento científico, bajo una mirada crítica, ayudando a determinar los hábitos de salud de las personas mayores y favorece la comprensión para entender cuáles son las razones que las llevan a actuar de una determinada manera. Los resultados obtenidos son un punto de partida para abordar la planificación de programas de educación para la salud de forma coherente y con diseños *ad hoc* en función de las necesidades del colectivo analizado.

Como adelantamos, en el estudio descubrimos que los pacientes pueden seguir pautas de conductas nuevas si las consideran importantes para su bienestar, se les explican con claridad y se les ayuda a adquirir hábitos relacionados con su cotidianidad sin que entrañen demasiadas dificultades. Lo dicho, es muestra de la importancia

que tiene continuar avanzando en este campo conocimiento a través de la ampliación de estudios en esta línea de investigación y emprendiendo otras nuevas con temáticas relacionadas. Así como, según Ricoy y Feliz³⁰ afrontando el diseño, elaboración y difusión de materiales didácticos que contribuyan a mejorar la implementación de este tipo de propuestas con personas mayores. Por ello, es relevante seguir investigando para identificar otros factores de riesgo en personas mayores, con el objeto de intervenir con estrategias de reeducación gerontológica y utilizando con mayor efectividad las técnicas preventivas.

Proponemos, además, impulsar la integración de equipos interdisciplinarios de profesionales en el campo de la educación para la salud (médicos, enfermeras, psicólogos, trabajadores sociales, pedagogos, educadores sociales, etc.), con el consiguiente aprovechamiento y optimización de recursos que esto supone³¹. Todo ello, desde la aplicación de medidas más idóneas y eficaces para la atención y formación permanente de las personas mayores.

Colaboradores

M Pino, MC Ricoy y J Portela participaron conjuntamente en las diferentes etapas de este estudio y son igualmente responsables del artículo.

Agradecimientos

Manifestamos nuestro profundo agradecimiento a todas las personas mayores que han participado en el programa de intervención, así como al personal sanitario de los Centros de Atención Primaria del Área Sur de la provincia de Pontevedra y al alumnado de la Titulación de Educación Social de la Universidad de Vigo que se ha implicado, de algún modo, en el mismo.

Referencias

- Pérez Melero A. *Guía de cuidados de personas mayores*. Madrid: Síntesis; 2000.
- Yanguas J. *Intervención psicosocial en gerontología. Manual práctico*. Madrid: Cáritas; 1998.
- Rodrigues RAP, Toniolo Neto J, Moura MLVL, Vasconcelos MEB. Avaliação de aprendizagem de idosos: viver com saúde na velhice. *Gerontologia* 1999; 7(1):17-22.
- Costa NR, Pinto LF. Avaliação de programas de atenção à saúde: incentivo à oferta de atenção ambulatorial e a experiência da descentralização no Brasil. *Cien Saude Colet* 2002; 7:907-923.
- Hartz ZMA, Silva LMV, organizadores. *Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de Programas e Sistemas de Saúde*. Salvador: EdUFBA; 2005.
- Rikkert MGM, Rigaud AS. Three strategies for delivering continuing medical education in geriatrics to general practitioners. *Educational Gerontology* 2004; 30(7):619-626.
- Peñaranda-Correa F, Bastidas-Acevedo M, Escobar-Paucar G, Torres-Ospina JN, Arango-Córdoba A. Análisis integral de las prácticas pedagógicas de un programa educativo en Colombia. *Salud Pública Mex* 2006; 48(3):229-235.
- Heathcote G. Autonomy, health and ageing: transnational perspectives. *Health Educ Res* 2000; 15(1):13-24.
- Mukamel DB, Temkin-Greener H, Delavan R, Peterson DR, Gross D, Kunitz Williams TF. Team performance and risk-adjusted health outcomes in The Program of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE). *Gerontologist* 2006; 46(2):227-237.
- Pérez Juste R. *Evaluación de programas en educación social*. Madrid: UNED; 2002.
- Pérez Juste R. *Evaluación de programas educativos*. Madrid: La Muralla; 2006.
- Cohen E, Franco R. *Evaluación de proyectos sociales*. Madrid: Siglo Veintiuno editores; 1993.
- Klick U. *Uma introdução à pesquisa qualitativa*. Porto Alegre: Bookman; 2005.
- Goetz J, LeCompte M. *Etnografía y diseño cualitativo en investigación educativa*. Madrid: Morata; 1998.
- Fleet A, Cambourne B. The coding of naturalistic data. *Research in education* 1984; 41:1-15.
- Walker, R. *Métodos de investigación para el profesorado*. Madrid: Morata; 1989.
- Sánchez VP. *Sociología de la vejez versus economía de la vejez*. *Papers* 2000; 61:39-88.
- Fernández-Ballesteros R, Izal M, Montorio I, González JL, Díaz P. *Evaluación e intervención psicológica en la vejez*. Barcelona: Ed. Martínez Roca; 1992.
- Ato M, Quiñones E, Romero A, Rabadan R. Evaluación de programas: aspectos básicos. *Anales de Psicología* 1989; 5:1-12.
- Rootman I, Goodstadt M, Hyndman B, McQueen D, Potvin L, Springett J, Ziglio E. A framework for health promotion evaluation. In: Rootman I, Goodstadt M, Hyndman B, McQueen DV, Potvin L, Springett J, Ziglio E, editors. *Evaluation in health promotion: principles and perspectives*. Copenhagen: WHO Regional Publications; 2001. European Series n. 92. p. 7-38.
- Brown G, Yule G. *Discourse analysis*. Cambridge: University Press; 1998.
- Mezzano D. Distinctive effects of red wine and diet on haemostatic cardiovascular risk factors. *Biol Res* 2004; 37(2):217-224.
- Mezzano D, Leighton F, Martínez C, Marshall G, Cuevas A, Castillo O, Panes O, Muñoz B, Pérez DD, Mizon C, Rozowski J, San Martín A, Pereira J. Complementary effects of Mediterranean diet and moderate red wine intake on haemostatic cardiovascular risk factors. *Eur J Clin Nutr* 2001; 55:444-451.
- Rodríguez Combes JL. Factores de riesgo y su repercusión en los órganos diana. In: Macías Núñez JF, Guillén Llera FG, Ribera Casado JM, editores. *Geriatría desde el principio*. Madrid: Glosa; 2005. p. 301-320.
- Kono A, Kanagawa K, Ban M, Kitahama Y, Matubara E. Evaluation of a community-based preventive care program for elderly living at home. *Japanese Journal of Public Health* 2002; 49(9):983-991.
- Ogletree R, Doyle K, editors. Health issues in aging. *The Health Education Monograph Series* 2000; 18(2):1-68.
- Salgado de Zinder VN, González-Vázquez TT, Jáuregui-Ortiz B, Bonilla Fernández P. No hacen viejos los años, sino los daños: envejecimiento y salud en varones rurales. *Salud Pública Mex* 2005; 47(4):294-302.
- Caserta MS, Lund DA, Rice SJ. Pathfinders: a self-care and health education program for older widows and widowers. *Gerontologist* 1999; 39(5):615-620.
- Falangola A, Gomes AC, Batista M. Concepções e práticas do agente comunitário na atenção à saúde do idoso. *Rev Saude Publica* 2005; 39(5):809-815.
- Ricoy MC, Feliz T. Análisis de la práctica educativa del ámbito de intervención de la formación básica de jóvenes y adultos: más allá de lo meramente académico. *Rev Esp de Orientación Educativa* 2006; 17(2):225-238.
- Ricoy MC, Pino M. Percepción de la calidad de vida y utilización de los recursos socio-sanitarios por personas mayores no institucionalizadas. *Rev Esp de Geriatría y Gerontología* 2008; 43(6):362-365.

Artigo apresentado em 11/10/2007

Aprovado em 04/04/2008

Versão final apresentada em 12/09/2008