

I Jornada Científica Virtual de Doctores en Ciencias 2015

Estrategia de intervención intersectorial comunitaria para modificar estilos de vida en el adulto mayor

Rodríguez Hernández, Iyemai¹

Peña Jiménez Maricela²

Fajardo Villarroel Aurora³

¹ investigador agregado, ICBP "Victoria de Girón". Licenciada en Enfermería, Habana Cuba, iyemair@infomed.sld.cu

² ICBP "Victoria de Girón". Licenciada en Enfermería, Habana Cuba

³ ICBP "Victoria de Girón". Licenciada en Enfermería, Habana Cuba,,

Resumen: Teniendo en cuenta la transición demográfica de nuestro país, las enfermedades asociadas y los cambios que supone en la vida en comunidad y en los diferentes sectores de la sociedad, se realizó un estudio para describir características socio demográficas de la comunidad de Barbosa y determinar grado de autosuficiencia de los adultos mayores de esta comunidad, en una primera etapa teniendo en cuenta los resultados diseñar una estrategia de intervención intersectorial comunitaria para el desarrollo de estilos de vida saludables en los adultos mayores con factores de riesgos aterogénicos. Se utilizaron instrumentos validados como: Modelo de Recolección del Dato Primario (MRDP). Escala de satisfacción Filadelfia, Láminas de medición del estado funcional Coop/Wonca: también ampliamente utilizado en los servicios de geriatría del país, mide la percepción de la salud, las condiciones utilizado socioeconómicas y la satisfacción por la vida y la versión resumida del WHOQOL-100 conocida como WHOQOL-Bref. Con esta investigación aportamos elementos que contribuirán a abrir horizontes de crecimiento y desarrollo que permitan a los adultos mayores enfrentar, aceptar y adaptarse a los que les toca vivir y articular de forma armónica y eficaz las diferentes acciones sociales encaminadas al logro de estilos de vida saludables.

Palabras clave: adultos mayores, estilos de vida, factores de riesgo aterogénicos, estrategia de intervención

INTRODUCCIÓN

Todo período histórico ha tenido para cada etapa del ciclo vital una significación y unas exigencias determinadas. La vejez ha sido objeto de una gran elasticidad de sinónimos, rodeándose de atribuciones y segmentos conforme a las circunstancias e intereses de cada tipo de organización social y en cada momento dado.

En Cuba, las personas mayores de 60 años constituyen 18 % de la población, con un pronóstico de 20 % en la próxima década. La esperanza de vida de las personas que vivan en Cuba y cumplan los 75, es de 10-20 años; y los que arriban a 80, de 7.6 para ambos sexos.¹⁻²

Durante los últimos años se ha logrado un consenso internacional sobre algunos de los factores sociales determinantes de la salud en las personas adultas mayores. Estos incluyen factores demográficos, situación socioeconómica, factores psicosociales como adaptabilidad y estrés, además del capital social del individuo. La calidad de vida se expresa a través de las conductas que (el adulto mayor) tiene para sí mismo y para con la comunidad.

La salud no es simplemente ausencia de enfermedad, significa el estado de equilibrio de la persona o del conjunto de la sociedad, en donde los aspectos psicológicos son tenidos cada vez más en cuenta.

La salud depende del cuidado que se dé el individuo a sí mismo y de la prevención y tratamiento de los problemas que pueden afectarla. Pero la salud depende de sistemas sociales de apoyo positivo y cambio o adaptación del medio que nos rodea.³

La aterosclerosis contribuye a las primeras causas de muerte y también de morbilidad en aquellos ámbitos donde las infecciones no ocupan el lugar preponderante. En Cuba, sus más frecuentes y dañinas consecuencias orgánicas constituyen también la primera causa de muerte. Durante la ancianidad las afecciones consideradas como crónicas no transmisibles y dentro de ellas, la aterosclerosis y el cáncer, son responsables de más del 85 % de las muertes naturales de personas con 65 años o más⁴⁻⁶. Las consideraciones expuestas evidencian que no hay dudas de que el tema atención al adulto mayor con factores de riesgo aterogénicos abren un campo de investigación en el que la provincia y municipio Playa están inmerso ya se ha empezado a trabajar y sustentan los criterios de pertinencia, importancia y aplicabilidad de este estudio, por lo que nos propusimos en esta primera etapa describir características socio demográficas de la comunidad de Barbosa, determinar grado de autosuficiencia de los adultos mayores de la comunidad de Barbosa, Municipio Playa y caracterizar estado nutricional de los adultos mayores,

I. MATERIAL Y MÉTODO

I Aspectos generales

Se realizó un estudio descriptivo transversal durante los años 2011 y 2013 de la población de mayores de 65 años que pertenecen a la comunidad de Barbosa, enclavada en el municipio Playa, La Habana. Se estimó el tamaño muestral total de 66 personas adultas mayores elegidas de forma aleatoria y probabilística, según estratificación por sexo 27 eran hombres y 39 mujeres.

Se seleccionaron por:

-Tener más de 60 años, con condiciones intelectuales y psicofísicas para contestar los instrumentos, con consentimiento en participar, factores de riesgo aterogénicos o enfermedades consecuentes de la aterosclerosis: hipertensión arterial, diabetes mellitus, cardiopatía isquémica, obesidad, hábitos tóxicos y residentes en el municipio playa y atendidos en el consejo popular Cubanacán Comunidad Barbosa.

Se tuvo en cuenta de no incluir a los pacientes encamados o adulto mayor frágil (elevado riesgo de perder su autonomía, de sufrir complicaciones en su estado de salud, de morir o ingresar en una institución sino recibe ayuda adecuada.)⁴ y que salieron de la investigación por fallecimiento o cambio de domicilio en el curso de la investigación o abandono del estudio antes de finalizar por cualquier causa.

II Técnica y procedimiento para la recogida de la información

Para obtener los resultados la investigación se aplicaron diferentes instrumentos para determinar la presencia de factores de riesgo aterogénicos e identificar los estilos de vida predominantes y su influencia en la calidad de vida de los mismos. Antes de iniciar el estudio se les pidió su aprobación para participar en la investigación teniendo en cuenta el requisito de voluntariedad, respeto y autonomía conociendo los detalles del estudio lo cual se materializa mediante el consentimiento informado y escrito.

III Procedimiento:

♦Se realizó una primera entrevista en visita al hogar por el equipo, se tomaron los datos generales, y se les explicó conveniencia de registrar el grado en que p presentes determinadas afectaciones a su salud o a su calidad de vida, tanto para hacer un diagnóstico inicial de cuáles son las áreas más afectadas, como para facilitar el monitoreo de las mismas en ulteriores

intervenciones. Se recogió inmediatamente el consentimiento informado de los mismos, por escrito e una página especialmente confeccionada.

♦Se aplicó un cuestionario sobre conocimiento en autocuidado en relación con esta etapa de la vida para realizar el diagnóstico de las necesidades de aprendizaje, el mismo tenía una clave de calificación y escala de nivel según la puntuación que analizamos.

Se realizó el procesamiento estadístico de las bases de datos elaborados mediante micro-computadora personal con sistema operativo Windows XP con ayuda de paquete SPSS para Windows. Versión 14.0. Programa seleccionado por su orientación al campo de lo sociológico. Esto posibilitó poner en práctica las técnicas estadísticas precisas para el estudio y aplicar estadística descriptiva e inferencial. Considerando el tamaño de la muestra se estableció un error muestral de $\pm 10\%$ y un margen de confianza del 95.5% con base en tabla para determinar una muestra sacada de la población finita, para márgenes de error de uno, dos, tres, cuatro, cinco y diez por cien, en la hipótesis de $p=50\%$.

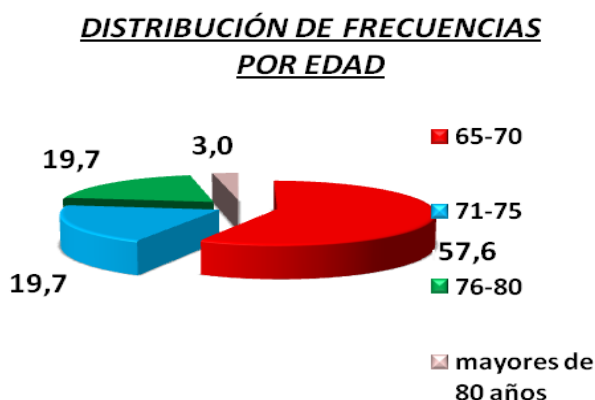
Se utilizó además el método porcentual aritmético y los resultados se presentaron en forma de tablas y gráficos para su mejor comprensión.

II. RESULTADOS

Se estudiaron 66 pacientes (gráfico 1)

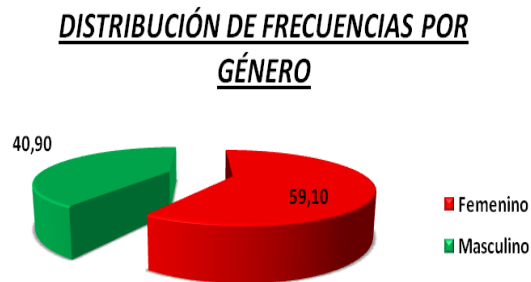
Se evidenció un predominio del grupo de 65-70 años (57.6%) donde 39 pertenecían al sexo femenino para un 59.1% y 27 al sexo masculino para un 49.1%. Gráfico 2

Gráfico 1: Distribución de pacientes según edad



Fuente: La fuente cuestionario

Grafico 2 Distribución de pacientes según sexo

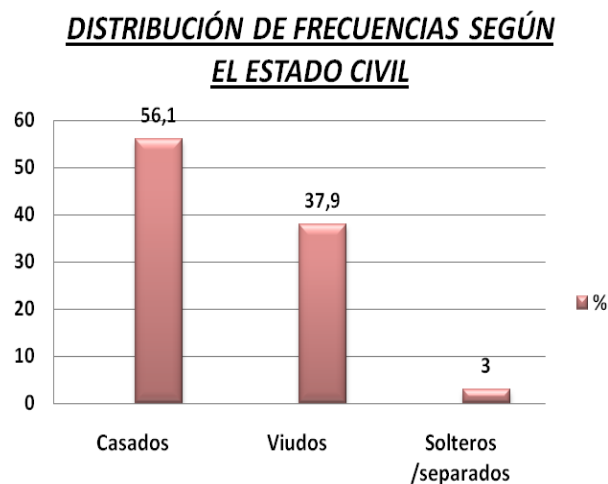


Fuente: cuestionario

La estratificación por sexo indica mayoría femenina. Sin embargo, de manera general existe un equilibrio entre sexos en la población cubana con solo ligeras diferencias entre ello.

El análisis del estado civil mostró que la mayoría de los participantes estaban casados. No había divorciados /as en la muestra. (56.1%). Gráfico 3, y tenían como principal ingreso económico su retiro o pensión. Alrededor del 70% consideraba que su situación económica se mantenía igual o había empeorado con el paso de los años

Grafico 3 Distribución de pacientes según estado civil



Fuente: cuestionario

En cuanto al nivel de escolaridad la mayoría poseía nivel educacional elemental o primario, siendo el mayor alcanzado por este grupo poblacional. Tabla 1.

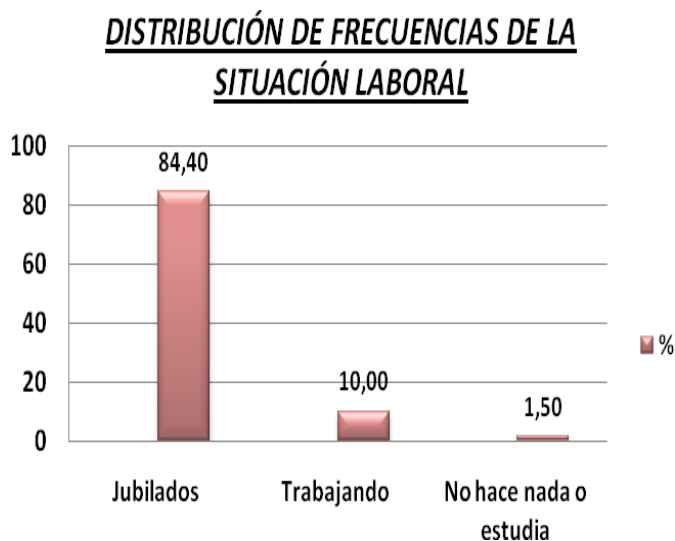
Tabla 1. Distribución de pacientes según nivel de escolaridad

Nivel de escolaridad	Frecuencia	%
Primario	14	21,2
Secundario	4	6,1
Técnico /universitario	1	1,5
Total	66	100

Fuente: cuestionario

Respecto a la situación laboral, la mayoría se encontraba jubilado (84.4%), un pequeño porcentaje no trabajaba o estudiaba en aulas de adultos mayores. Gráfico 4

Gráfico 4 distribución de pacientes según situación laboral



Fuente: cuestionario

En cuanto al nivel de conocimiento acerca de los cambios en esta etapa de la vida los 66 (100%) los poseía, pero solo 20 (33.3 %) son responsable de su autocuidado Tabla 2, el resto de los casos no se autocuida correctamente para mantener una calidad de vida.

Tabla 2. Nivel de conocimiento de los pacientes respecto a su enfermedad y autocuidado.

Conocimiento de su enfermedad.	N o	%	Autocuidado de salud	No	%
Conocimiento	66	100	Autocuidado	20	33,3
Desconocimiento	-	-	No se autocuida	46	69.6

Fuente: cuestionario

Evaluamos la gestión de autocuidado personalizado en pacientes ancianos teniendo como resultado en la investigación que existe un déficit de autocuidado con respecto a su enfermedad. Tabla 3

Tabla 3. Clave de calificación de Evaluación de gestión de autocuidado personalizado en pacientes ancianos

Clave	Muy alto	Alto	Medio	Bajo
Dieta	24	25	63	78
Ejercicios	25	21	44	100
Tratamiento farmacológico.	78	70	32	10
Cumplimiento del Tratamiento	68	40	12	70
Higiene personal incluyendo asistencia al estomatólogo	12	4	4	46

Fuente: cuestionario

III. CONCLUSIONES

El mayor porcentaje de ancianos se encuentra en el grupo de 65-75 años, la mayoría pertenece al sexo femenino y están casados /as o jubilados /as. Su nivel de estudios es bajo y su situación económica general se corresponde con la media del país, la mayoría vive con su pareja o con familiares con quienes mantienen un buen nivel de comunicación. Poseen autonomía para realizar las actividades de la vida diaria.

REFERENCIAS

1. Zayas Ravelo Y, Sarmiento Rivero HK, Blanco Bea D. Dilemas éticos de la consideración del valor de la salud o de la salud como valor. Trabajo final del Diplomado en Perspectiva ética de las Ciencias Sociales. Universidad de la Habana, Maestría de Bioética. Julio /2011
2. Fernandez –Brito JE .La señal aterosclerótica : estado del arte a las puertas del siglo XXI. *rev Cubana Invest Biomed.* , 1998, 17(2): 112-27
3. Gómez Nario O; Fernández-Britto Rodríguez JE; Ferrer Arrocha M; Núñez García MV; Meneau Peña TV; Gómez López A; Deus Monte Y. Frecuencia de dislipidémicos e hi-

pertensos en personas mayores de 60 años de 3 consultorios Rev Cubana Med Gen Integr v.25 n.2 Ciudad de La Habana jul.-sep. 2009

4. Roses M. Informe Anual de la Directora de la organización Panamericana de la Salud. Promoción de la salud, el bienestar y la seguridad humana.2010. www.who.int fecha de acceso 18 de febrero de 2014
5. Organización Panamricana de la salud. Controlar los factores de riesgo para la salud podría prevenir millones de muertes. Cinco factores de riesgo responsables de 15 millones de defunciones cada año. 27 de Octubre de 2009. Ginebra. www.paho.org fecha de acceso 18 de febrero de 2014
6. Brunner y Suddarth . Anciano frágil. Capitulo 12: Cuidados para la salud del anciano. En enfermería medico quirúrgicade Smeltzer. 12 edición. Vol 1; 2013 Wolters KLuwer Healt España, S.A, Lippincott Williams &Wilkins