

Adulto Mayor y vida saludable. Policlínico Armando García Aspuru. Enero-Diciembre 2017.

Autor: Isabel Catala Navarro. Zuzel María Sánchez Hechavarría. Ermelinda Cumba Hernández. Benito Jay Cordies.

Policlínico Docente Armando García Aspuru / Departamento de Enfermería, Santiago de Cuba, Cuba, ermerlinda.c@infomed.sld.cu

RESUMEN

Introducción: En el país se están promoviendo acciones a favor del estudio y atención a la tercera edad y es la educación en el adulto mayor un proceso de gran importancia que empodera al anciano de esperanzas, conocimiento real de sus potencialidades, de sus valores que permiten preparar al anciano para llevar una vida más saludable tanto física como psicológica.

Objetivo: Incrementar los conocimientos sobre modos y estilos de vida en el adultos mayores pertenecientes al GBT 2 del Policlínico Universitario Armando García de Santiago de Cuba en el período comprendido de Enero - Diciembre 2017.

Método: Se realizó un estudio Cuasi experimental de intervención comunitaria. El universo estuvo constituido por 2,973 pacientes, se seleccionó una muestra de 492 a través de un muestreo aleatorio simple. Los integrantes del estudio se dividieron en dos subgrupos de 246 miembros cada uno respetando su voluntad. Para la recolección de datos se aplicó una encuesta al inicio y al final de la capacitación, realizándose nueve encuentros educativos utilizando diferentes técnicas educativas y de animación. Los datos fueron procesados a través del paquete estadístico SPSS versión 11.5, plasmados en tablas de contingencia.

Resultados: Se destacó que previo al estudio existía desconocimiento con los aspectos relacionados a modos y estilos de vida en los adultos mayores para mantener una vida saludable.

Conclusión: Luego de aplicada la intervención, se lograron cambios significativos en los conocimientos relacionados con modo y estilos de vida en el adulto mayor en la comunidad.

Palabras clave: Anciano; conocimiento; vida saludable

INTRODUCCION

El proceso de envejecimiento que está experimentando la población a nivel mundial es responsable de la emergencia de nuevos problemas de salud y de necesidades sociales y económicas que los países de América Latina y en vías de desarrollo no están preparados para resolver. La transición demográfica originada por la disminución progresiva de la tasa de natalidad y el incremento de la expectativa de vida ante la mejoría de las medidas sanitarias y un mayor número de herramientas preventivas que evitan la muerte prematura del ser humano por procesos infecciosos y nutricionales es descrita por el periodo de transformación de una sociedad preindustrial a una sociedad industrial.

En América Latina y el Caribe, la población de adultos mayores de 60 años se triplicó de 9 millones 260.3 mil habitantes reportados en 1950 a 41 millones 290.2 mil en 2000. Sin embargo, las estimaciones de las Naciones Unidas indican que para 2050 existirán 181 millones 218.3 mil habitantes mayores de 60 años, de los cuales 18% tendrán más de 80 años.¹

El envejecimiento es un proceso natural, progresivo, de transiciones que el transcurrir de la vida demanda proseguir y un período más en ese tiempo que se edificó y se edifica sobre otros con distintas vivencias, con los propios recursos y con personas significativas. Es, pues una etapa para enfrentar retos y cambios, ya sea de actividades, de roles o de lugares.²

El actual envejecimiento de las poblaciones, ha sido logrado en gran número de países por todas las medidas de mejora de las condiciones socio sanitario, de alimentación, del control de las enfermedades infecciosas que han acompañado al logro de la disminución de la natalidad y de la mortalidad infantil, pilares básicos para que las poblaciones envejezcan. Esta situación es sin dudas un reto para la sociedad moderna pues cada día hay mas personas ancianas con repercusión a todos los niveles de la estructura social ya que se incrementaría progresivamente la fracción no productiva a expensa de los ancianos con elevación de los gastos estatales, además la urbanización, el traslado de los mas jóvenes hacia las ciudades, en busca de mejoras económicas cambian día a día la estructura de la familia y de sus condiciones. Otro aspecto importante a tener presente es la distribución de la población en áreas urbanas y rurales, pues si bien actualmente en los países en vía de desarrollo la mayoría de los ancianos viven en zonas rurales existe la posibilidad de cambio progresivo en su proporción hacia las zonas urbanas.³

Los programas de atención domiciliaria hacen un abordaje integral al paciente y a su familia desde la óptica biopsicosocial, de manera multidisciplinaria e intentando implicar a otros sectores sociales, es decir, intersectorial. El elemento de abordaje es el anciano, pero siempre teniendo en cuenta el contexto en el que se desenvuelve con una atención destacada a la familia y teniendo como eje al cuidador. Esto incide sobre los requerimientos asistenciales, además los ancianos son especialmente proclives a caer en la “cascada” de la iatrogenia, una vez hospitalizados y sometidos a procedimientos diagnósticos o terapéuticos de carácter invasivo.⁴

A pesar del énfasis en relación a la mejora de la calidad de vida en el adulto mayor se han detectado a través de inspecciones y encuestas que existen algunas dificultades en lograr un adecuado modo y estilo de vida saludable en el Adulto Mayor. Por todo lo antes expuesto se decidió realizar dicha investigación con el objetivo de incrementar los conocimientos sobre modos y estilos de vida para lograr una vida saludable en adultos mayores pertenecientes al GBT 2 del Policlínico Universitario Armando García Aspuru en el periodo comprendido de enero- diciembre 2017.

DISEÑO METODOLOGICO

Características generales de la investigación

Se realizó una investigación Cuasi experimental de intervención comunitaria con el objetivo de incrementar los conocimientos sobre modos y estilos de vida para lograr una vida saludable en el Adulto Mayor del área de salud Armando García Aspuru en el periodo comprendido entre Enero - Diciembre 2017 , a partir de las normativas oficiales establecidas en el país.

Universo

Estuvo constituirlo por 2,973 pacientes pertenecientes al GBT 2 que cumplieran con los siguientes criterios de inclusión:

Criterios de Inclusión:

- Residentes en el área de salud.
- Voluntariedad de participar en la investigación.
- Mayores de 60 años.

Criterio de exclusión:

1. Que no cumplieran con los criterios de inclusión.

Criterio de Salida

2. La no participación en el estudio.

Muestra

Quedó constituida por 492 pacientes que cumplieron con todos los requisitos de inclusión, exclusión y de salida.

En la investigación se tuvieron en cuenta una serie de términos que resultan importantes para comprender la forma de ejecución de la misma.

ETAPA DIAGNÓSTICA

Se aplicó una encuesta diseñada por el grupo de experto de la unidad como médico, enfermera y trabajador social previa coordinación con la dirección del policlínico, donde se recogieron los datos generales de los participantes y conocimientos sobre cómo llevar una vida saludable utilizando las variables de edad, sexo, conocimientos generales sobre Alimentación adecuada, actividad física, prevención de enfermedades y actividad mental, descrita de la siguiente manera:

Alimentación: Mecanismo durante el cual el organismo se alimenta de una dieta equilibrada compuesta de proteínas, carbohidratos, grasas, vitaminas, sales minerales y agua en cantidades suficientes para conservar las funciones del adulto mayor.

Actividad física: Esfuerzo que pone en movimiento al cuerpo en su totalidad o una parte del mismo de manera armónica, coordinada y repetida que se realiza regularmente con el propósito de mejorar, desarrollar y conservar las funciones del adulto mayor.

Prevención de enfermedades: Cuando el adulto mayor toma fármacos protectores indicados por su médico, a la hora señalada y periodicidad, así como evitando los hábitos tóxicos.

Actividad mental: Cuando el adulto mayor mantiene capacidades mentales como la memoria, el aprendizaje, el lenguaje, las habilidades manuales, la capacidad de realizar cálculos matemáticos, así como actividades artísticas, no ingerir bebidas alcohólicas, no fumar, no condiciones emocionales como el stress.

Integración social: Cuando el adulto mayor mantiene una buena vida social, disfruta del contacto social con lazos afectivos fuertes con la pareja, hijos, familia, amigos y otros grupos sociales.

Pregunta 1. Conocimientos generales sobre Alimentación adecuada.

a) Incisos corretos: a), c), d).

Pregunta 2. Conocimientos Actividad física.

a) Incisos corretos: a), b), e)

Pregunta 3. Conocimientos sobre Prevención de enfermedades, incisos corretos: c), d)

b) Pregunta 4. Adecuada actividad mental, incisos corretos: a), b) c), f)

b) Pregunta 5. Comportamiento Integral Social. incisos corretos: a), c), d),

b) Pregunta 6. Se consideró con Conocimiento General:

Adecuado: Cuando en cada pregunta, se señalaron adecuadamente los incisos corretos e incorretos, y alcanzaron todos los puntos (100 puntos) o al menos el 70% (70 puntos) de ellos.

Inadecuado: Cuando de cada pregunta, se señalaron inadecuadamente los incisos corretos e incorretos, y se alcanzaron menos de 70 puntos (70%).

Se consideró que el conocimiento general era:

Adecuado: Cuando de cada pregunta, se señalaron adecuadamente los incisos corretos e incorretos alcanzaron la totalidad de los puntos o al menos el 70% de ellos.

Inadecuado: Cuando en cada pregunta se obtuvo menos del 70% de los puntos.

ETAPA DE INTERVENCIÓN:

La misma se ejecutó previa coordinación con las autoridades sanitarias de la comunidad, conformándose una escuela para el Adulto Mayor, solicitando un local para la intervención en la escuela pedagógica Pepito Tey todos los Sábados 4 horas, Se realizó un proceso de intervención organizado con metodología afectiva-participativa, utilizando el nivel grupal.

El proceso de intervención se dividió en 6 sesiones de trabajo, con una selección de temas los cuales se relacionan a continuación: Introducción al taller. Generalidades sobre Vida Saludable. Alimentación. Actividad física. Prevención de enfermedades. Actividad Mental. Integración social. ¿Cómo llegamos, cómo nos sentimos y cómo nos vamos?.

Cada sesión tuvo una duración entre 30 y 45 minutos, dada la importancia de los temas y la motivación que tenían los participantes. Los mismos fueron impartidos por el autor como moderador. Para un mejor desempeño de la actividad, se crearon dos subgrupos con 246 miembros cada uno, a los que se les impartió las sesiones con una frecuencia de una vez por semana cada quince días, (un sábado de la semana para un subgrupo y el otro sábado de la otra semana para el otro subgrupo) el tiempo total de intervención fueron 24 semanas.

ETAPA DE EVALUACION

Una vez finalizada la etapa de intervención educativa, a los 6 meses, se aplicó de nuevo la encuesta de conocimientos a todos participantes con los mismos parámetros que fueron utilizados en la etapa diagnóstica. En este caso se evaluó la modificación de los conocimientos adquiridos por los participantes sobre cómo lograr una vida saludable. La encuesta fue evaluada como se explicó considerando un nivel de conocimiento adecuado si obtenían 70 puntos o más de los puntos e inadecuadas si alcanzaba menos de 70 puntos.

TECNICAS Y PROCEDIMIENTOS

a) De recolección de la información: Se realizó una exhaustiva revisión bibliográfica Facultad de Enfermería Máximo Gómez Báez, además se consulto la red telemática de Cuba: INFOMED, y buscadores como MEDISCAPE y GOOGLE, con el objetivo de ampliar conocimientos al respecto y poder establecer comparaciones entre los resultados obtenidos y los de otros autores.

Para la obtención de la información se confeccionó una Encuesta de recolección de datos generales y de conocimientos acerca de Vida Saludable, elaborado por el autor del estudio, con lenguaje claro y entendible

en correspondencia con las personas a las que iba dirigido, las mismas se adjuntan. Ambas fueron aplicadas de forma individual y confidencial, esta última al principio y final de la intervención (6 meses después), por el autor.

b) De procesamiento de la información: La información se procesó de forma computarizada, mediante el Sistema SPSS versión 11. 5. Se elaboraron cuadros de contingencia simples y de doble entrada.

c) De discusión y de síntesis: Se realizó una descripción detallada de cada cuadro estadístico, que nos permitió el análisis de los resultados obtenidos, a la vez que se resaltaron los principales aspectos de interés. Estos fueron comparados con los hallazgos de otros autores, lo que nos permitió luego de un proceso de síntesis, elaborar conclusiones y emitir recomendaciones.

RESULTADOS

En la Tabla 1 representamos los grupos de edades y sexo, destacándose la edad comprendida de 70-79 años con un 38.4% y el sexo más representativo fue el femenino con un 53.9%.

Tabla 1 Distribución de pacientes según edad y sexo. Policlínico Armando García Aspuru .Enero – Diciembre 2017

EDAD	SEXO				TOTAL	
	MASCULINO		FEMENINO			
	N	%	N	%	N	%
60-69	64	13.0	94	19.1	158	32.1
70-79	102	20.8	87	17.6	189	38.4
80-89	54	10.9	78	15.9	132	26.9
Mayor 90	7	1.4	6	1.2	13	2.6
TOTAL	227	46.1	265	53.9	492	100.0

Fuente: Encuesta

En cuanto al conocimiento de los pacientes acerca de la alimentación adecuada, Tabla 2 antes de la intervención 308 pacientes tenían conocimientos inadecuados para un 62.2% y al final se obtuvieron cambios de alta significación con 462 para 93.9%.

Tabla 2 Conocimiento sobre Alimentación adecuada.

Antes	DESPUES					
	ADECUADO		INADECUADO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Adecuada	154	31.3	-	-	154	31.3
Inadecuada	308	62.6	30	6.0	338	68.7
TOTAL	462	93.9	30	6.0	492	100.0

De los pacientes encuestados Tabla 3 acerca de la Actividad física en la etapa inicial de la intervención predominaron las respuestas inadecuadas con 279 pacientes para un 56.7% no así posterior a la misma donde se obtuvieron cambios significativos de respuesta adecuada en 480 pacientes con un 97.5%.

Tabla 3 Conocimiento Actividad física.

Antes	DESPUES					
	ADECUADO		INADECUADO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Adecuada	201	40.9	-	-	201	40.9
Inadecuada	279	56.7	12	20.0	291	59.1
TOTAL	480	97.6	12	20.0	492	100.0

Sobre la Actividad Mental Tabla 4 antes de la intervención 258 pacientes tenían conocimientos inadecuados para un 52.4% obteniéndose después de la capacitación el predominio de respuestas adecuadas en las participantes con un 97.9%.

Tabla 4 Conocimiento de la Actividad Mental.

Antes	DESPUES					
	ADECUADO		INADECUADO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Adecuada	224	45.5	-	-	224	45.6
Inadecuada	258	52.4	10	2.0	268	54.4
TOTAL	482	97.9	10	2.0	492	100.0

En lo relacionado con la integración social Tabla 6 al inicio de la intervención el 59.1% resulto inadecuado lográndose después de la intervención un incremento de conocimiento adecuado a un 83.2%.

En la Evaluación final de conocimiento General de los pacientes capacitados Tabla 7 antes de la intervención el 64.6% resulto inadecuado lográndose modificar esta cifra después de la intervención a un 2.0%.

Tabla 7 Evaluación Final del conocimiento General de los pacientes capacitados.

Antes	DESPUES					
	ADECUADO		INADECUADO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Adecuada	164	33.3	-	-	164	33.3
Inadecuada	318	64.6	10	2.0	328	66.7

TOTAL	482	97.9	10	2.0	492	100.0
-------	-----	------	----	-----	-----	-------

Discusión

El envejecimiento y la vejez como fenómenos generalizados son ya una realidad, que alimentan el rápido crecimiento de las edades muy avanzadas. Los centenarios, todavía hoy escasos, pronto se convertirán en un elemento habitual del escenario social.⁵

Actualmente, por los cambios sucesivos ocurridos en las sociedades, especialmente durante el pasado siglo, con descensos continuos en la mortalidad y la natalidad, ya es del dominio de todos el progresivo proceso de envejecimiento de las poblaciones, que combina una mayor proporción de adultos mayores con un incremento real de su número y, aún más, de los que llegan a las edades más avanzadas de la vida.⁶

En Italia y Grecia, >22% de la población es ≥ 60 años, mientras que este porcentaje es del 16,5% en EE.UU. Hasta 2025 se espera que el porcentaje de personas ≥ 60 años aumente en un 17-82% en los países europeos y en alrededor del 200% en algunas naciones en vías de desarrollo. Se calcula que en el año 2020 la población mundial englobará a más de 1.000 millones de personas ≥ 60 años, la mayoría de las cuales vivirán en países en vías de desarrollo y no en los países desarrollados.

Cuba es uno de los países latinoamericanos más envejecidos. La magnitud alcanzada en este orden y la rapidez con que se ha transformado la pirámide poblacional constituye una preocupación en los años futuros.⁷

Los estilos de vida de un grupo social comprenden una serie de pautas determinadas socialmente y de interpretaciones de situaciones sociales. Estas pautas son utilizadas y desarrolladas por el grupo como mecanismos para afrontar los problemas de la vida. El estilo de vida de una persona está compuesto por sus reacciones habituales y por las pautas de conducta que haya desarrollado durante los procesos de socialización.⁸

La asociación entre el estado nutricional y el aumento de la morbimortalidad en ancianos ha determinado que se preste una mayor atención a los aspectos relacionados con la malnutrición en esta población. El estado nutricional está condicionado por el proceso de envejecimiento y por los cambios físicos, mentales, sociales y ambientales que se asocian a este.^{7,9}

Aunque la prevención de las enfermedades es deseable, el adulto mayor puede mejorar su situación al tomar decisiones y adoptar estrategias para mantener su estado de salud o para prevenir o atenuar el impacto negativo de las enfermedades. El objetivo es volver el envejecimiento en una experiencia positiva para que el adulto mayor sea independiente, autónomo y tenga una buena calidad de vida.

Hoy existen diversos sistemas de prevenir un sin número de enfermedades, por ejemplo las cardiovasculares, la osteoporosis, el cáncer, la mayor parte de las enfermedades diagnosticadas en una etapa temprana tienen muy buen pronóstico si son tratadas a tiempo y adecuadamente.¹⁰⁻¹¹

La preservación de la salud física y mental constituye una responsabilidad individual, con independencia de las acciones dirigidas a su conservación en el ciudadano y representa un deber cívico para evitar añadir una carga económica o sentimental a corto o lejano plazo, a la familia o a la propia sociedad, dando la posibilidad de alcanzar una vejez sana, portadora de ricas y ejemplarizantes experiencias para los más jóvenes, tal legado es un estilo de vida.^{12,13,14}

La esperanza de vida de una persona al nacer es un indicador que se ha tomado en cuenta para valorar las condiciones de salud y desarrollo humano de un país, por lo que es conveniente visualizar la esperanza de vida y la calidad de la misma a partir de una cierta edad. Los adelantos científicos y las prácticas

preventivas han permitido aumentar dicha esperanza de vida al nacer, por lo que es necesario que los médicos y los demás trabajadores de los tres niveles de atención salud estén preparados para atender las necesidades que demandan los adultos mayores, comprender los cambios fisiológicos que conlleva tener 60 años y más, las enfermedades propias, su comportamiento y manifestación de los síntomas y signos en este rango de edad. Por otro lado, se debe poner atención en la rehabilitación de las funciones perdidas, cuidando en lo posible la autonomía del adulto mayor. Por lo que podemos concluir que luego de aplicada la intervención, se lograron cambios significativos en los conocimientos relacionados con modo y estilos de vida en el adulto mayor en la comunidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1-Álvarez Síntes, R y colaboradores. Envejecimiento en el contexto mundial. MGI. Volumen I. La Habana. Editorial Ciencias Medicas, 2008:274-275.
- 2-Espinosa Brito, A. Envejecimiento Poblacional. Maestría de amplio acceso Longevidad Satisfactoria, (Documento 3) CD-ROM; 2004
- 3-Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento Activo: Un Marco Político. Ginebra: OMS; 2002.
- 4 -Espinosa Brito A, Quintana Galende ML. Aspectos demográficos y epidemiológicos del envejecimiento. En: Espinosa Brito A, Romero Cabrera J. Temas de Gerontogeriatría. Cienfuegos: Rev. Finlay, 1991: 15-26.
- 5-Editorial Alfíl.S.A.de CV,Insurgentes Centro 51-A.Col.San Rafael. 06470 Mexico, D.F.
- 6--Elsawy B, Higgins K. The Geriatric Assessment. Am Fam Physician [revista en Internet] 2011;83(1):48-56. Disponible en: <http://www.aafp.org/afp/2011/0101/p48.html>(acceso 15 mayo 2013).
- 7-Dra Gloria Aguilar Navarro. Investigadora Departamento de Geriatria. Instituto Nacional de Ciencias Medicas Nutrición. Salvador Subirán, México, D.F.
- 8- Vargas F . Programa de Educación para la Salud. Los Estilos de vida de un grupo social comprenden una serie de pautas de conducta determinadas socialmente y de interpretaciones de situaciones sociales (Power point en internet) Colegio oficial de médicos Santa Cruz de Tenerife. (Citado 2009 Oct 20).(alrededor de 34 pantallas). Disponible desde [URL:http://www.comtf.es/cursos/EPS/EPS%20Presentacion.ppt](http://www.comtf.es/cursos/EPS/EPS%20Presentacion.ppt)
- 9- Aparicio(2013). Educación y envejecimiento activo: una experiencia comunitaria. Disponible en: <http://dspace.uah.es/dspace/bitstream/handle/10017/20295>.
- 10- Willian R Hazzard, Joseph Ouslander, Jeffrey Halter, Sleep Disorders. Hazzard, Geriatric Medicine and Gerontology, 6a edición, M Graw-Hill,2009.
- 11- Vega E. Nuevos paradigmas de la prevención. En: Marín PP, Rodríguez Mañas L, editors. Prevención en Geriatria. Santiago de Chile: Academia Latinoamericana de Medicina del Adulto Mayor (ALMA) y Corporación de Investigación, Estudio y Desarrollo de la Seguridad Social (CIEDESS); 2012. p. 29-34
- 12- Henderson A. Estilo de vida saludable. Puntos de vista para una opción actual y necesaria(articulo en internet) Cuba2007(Citado 2010 Febrero 3)
- 13-Dr. Pedro Arroyo Instituto Nacional de Geriatria. Académico Distinguido, Universidad Iberoamericana. Maestría en Ciencias. Maestría en Salud Pública. Maestro en SC. Capítulo 14.
- 14- DR. Juan Carlos Molina Y. Geriatria Hospital Clínico Universidad de Chile,pag7.