

Título: Estrategia de intervención de enfermería, en programa de autocuidado en personas mayores.

Autores: [Iyemai Rodríguez Hernández*](#), Yanelis Navarro Álvarez **, Aurora Fajardo Villarroel**.

*Lic en Enfermería, MSc. en Urgencias medicas

**Lic en Enfermería

**Editorial: Calle G y 27, Vedado, Municipio Plaza de la Revolución.
CP 10400.**

geroinfo@infomed.sld.cu

Centro de Investigaciones sobre: “Envejecimiento, Longevidad y Salud”

Resumen

El siglo XXI desde sus inicios enfrenta un mundo con una población que presenta un aumento, en el número y proporción de personas mayores. Teniendo en cuenta que la educación es un proceso que ocurre a lo largo de la vida, como profesionales autónomos debemos exponer nuestros instrumentos desde la intervención comunitaria para reconocer esta problemática educativa y aportar elementos enriquecedores para garantizar una calidad de vida en pacientes ancianos, con el objetivo de Desarrollar habilidades de autocuidado en pacientes ancianos para mejorar su calidad de vida proponemos una estrategia de intervención comunitaria en autocuidado en pacientes ancianos, la estrategia utilizará técnicas basadas en la participación activa de los involucrados en este proceso desde su vivencia. Dicha intervención es grupal partiendo del intercambio y de la reflexión de los integrantes del grupo como motivador de cambios de actitudes y de estilos de vida. EL estudio fue cuantitativo de corte transversal de tipo descriptivo en el policlínico Elpidio Berovides del Municipio Lisa durante el período comprendido de octubre de 2010 hasta febrero 2011. De un universo de 350 la muestra quedó constituida por 243 pacientes. Obteniendo como resultados un déficit de conocimientos en autocuidado en salud respecto a esta etapa de la vida. Partiendo de los resultados se diseña y se aplica la estrategia.

Llegando a la conclusión que la calidad de vida de la población envejecida puede modificarse favorablemente aplicando un sistema de prevención sencillo y económico por parte de los médicos y las enfermeras del primer nivel de salud.

Palabras clave: Envejecimiento, autocuidado. Anciano.

Summary:

The century XXI from its beginnings confronts a world with a population that presents an increase, in the number and ancient people's proportion. Considering that education is a process that happens during one's lifetime life, like autonomous professionals we must expose

our instruments from the communal intervention to recognize this educational problems and to contribute enriching elements to guarantee a quality of life in ancient patients, for the sake of Developing abilities of auto-care in ancient patients for the better his quality of life we propose a strategy of communal intervention in auto-care in ancient patients, the strategy will utilize techniques based in the active participation of the implicated in this process from its event experienced in life. The aforementioned intervention is group departing of the interchange and of the reflection of the members of the group like motivator of changes of attitudes and of styles of life. THE study was quantitative of transverse court of descriptive type in the poly-clinician Elpidio Berovides of the municipality Smooth during the period understood of October of the 2010 to February 2011. You show her quietly of an universe of 350 constituted for 270 patients. Getting like results from a deficit knowledge in auto-care in health in relation to his disease. Departing of the results one lays plans and the strategy is applicable.

Coming to the conclusion that the aged population's quality of life can get modified favorably applying a system of simple and cost-reducing prevention for part of the doctors and the nurses of the first level of health.

Key words: Aging, self-care. Aged.

Introducción

El siglo XXI desde sus inicios enfrenta un mundo con una población que presenta un aumento, nunca antes visto, en el número y proporción de personas ancianas. Algunos países, como Cuba, con mas 11,2 millones de habitantes, puede llegar en dos o tres décadas a ser el país latinoamericano con población más vieja, por la extensión de la esperanza de vida, alrededor de 78 años, y a una disminución de la natalidad, para el 2030 se calculan tres millones y medio de adultos mayores. ⁽¹⁾

Las consecuencias de este hecho se manifiestan en todos los sectores de la sociedad, pero es particularmente impactante en lo que se refiere al aumento de las necesidades socio sanitarias y de atención médica del segmento más envejecido de la población, situación para la que no están preparados los servicios de salud.

El envejecimiento es un proceso multifactorial y de ahí la propia dificultad de explicarlo.

Envejecimiento

Proceso universal, continuo, irreversible, dinámico, progresivo, declinante y heterogéneo, y, hasta el momento, inevitable, en el que ocurren cambios biopsicosociales resultantes de la interacción de factores genéticos, sociales, culturales, del estilo de vida y la presencia de enfermedades. ⁽²⁾

Una definición que abarque todos estos aspectos es en extremo difícil de enunciar. La gerontología biológica lo define como sigue:

“El envejecimiento se caracteriza por una insuficiencia para mantener la homeostasis (homeostenosis) bajo condiciones de estrés y esta insuficiencia está asociada con una disminución en la vitalidad y un incremento en la vulnerabilidad del individuo”.

Cambios anatomofisiológicos relacionados con la edad

La vejez no es una enfermedad y se envejece según se ha vivido, lo que significa que los cambios asociados al proceso de envejecimiento se encuentran en estrecha vinculación con varios factores de riesgo potencialmente modificables como: dieta, tabaco, alcohol, grado de actividad física, consumo de medicamentos y estrés emocional. De cualquier forma, estos cambios tienen sus consecuencias morfológicas y fisiológicas en los seres humanos, haciéndolos, a medida que aumentan sus años, distintos en la configuración del cuerpo y en el funcionamiento de los órganos y sistemas de órganos. Aquí resulta necesario señalar que existe una considerable variación entre los individuos, tanto del inicio del declive funcional como de su intensidad y entre los diferentes sistemas de un mismo organismo. Los cambios más visibles se aprecian en la apariencia externa e incluyen la disminución y encanecimiento del cabello, la disminución de la elasticidad de la piel y del contenido de grasa subcutánea con la consiguiente formación de arrugas y pliegues, la prominencia de las orejas, hundimiento de los ojos en las órbitas, la aparición del arco senil en los ojos y la disminución de estatura con una postura encorvada, producto de la pérdida de cartílago intervertebral y disminución en altura de las vértebras. Entre otros cambios generales se incluyen la reducción gradual en el número de células (las neuronas son el ejemplo más elocuente), la disminución del agua corporal total con un incremento proporcional de la grasa por unidad de tejido, lo que provoca reducción de la masa magra, a lo cual se une una disminución progresiva de la masa ósea. La pérdida de las propiedades elásticas del tejido pulmonar unido a la rigidez torácica producida por la calcificación de los cartílagos costales, la cifosis y la debilidad de los músculos respiratorios caracterizan los cambios en el aparato respiratorio, cuyas consecuencias fisiológicas se expresan en el aumento del volumen residual, la disminución de la capacidad vital y del volumen de reserva espiratorio, la reducción de la PO₂ arterial y de la capacidad de difusión. El corazón pierde eficiencia y poder contráctil, se produce un alargamiento de la sístole y un enlentecimiento de la fase de relajación, con reducción del volumen sistólico (0,7 % por año) y del gasto cardíaco (1 % por año). Si bien estos cambios no se traducen durante el reposo, sí son importantes durante el ejercicio por unírsele la disminución de la capacidad de respuesta de los receptores adrenérgicos para alcanzar una frecuencia cardíaca proporcional al grado de esfuerzo. La acumulación de lípidos en la íntima, de depósitos de calcio y el aumento de fibras colágenas provoca la pérdida de elasticidad y el estrechamiento de la luz arterial; se encuentra como hallazgo habitual una aorta dilatada y elongada. Las válvulas cardíacas son más engrosadas y rígidas como consecuencia de la fibroesclerosis pudiendo encontrarse soplos de carácter funcional a la auscultación. El riñón disminuye el número de glomérulos funcionantes con disminución progresiva del filtrado y una reducción del aclaramiento de

creatinina a partir de la cuarta década. La función tubular también se reduce y produce una disminución de la capacidad para concentrar y diluir la orina, factor que puede ser predisponente para la deshidratación. ⁽³⁾

En el tubo digestivo hay una disminución de la función motora que se traduce en una mayor tendencia al estreñimiento y predisposición al sobrecrecimiento bacteriano intestinal. Es frecuente la atrofia de la mucosa gástrica con disminución de la secreción clorhidropéptica con consecuencias en la absorción del hierro y la vitamina B12. El hígado tiene menos eficacia en sus sistemas de oxidación microsomal (reacción de fase 1) que aumentan la vida media de fármacos metabolizados por esta vía. Los fármacos metabolizados por glucuroconjugación (reacción de fase 2), no parecen modificarse.

El cerebro sufre cambios estructurales como la reducción o encogimiento de la corteza cerebral, la pérdida de neuronas del orden de 100 000 por día a los 80 años, la disminución de la sustancia blanca, la pérdida de dendritas con la consiguiente afectación de las conexiones sinápticas y cambios neuroquímicos con disminución del contenido de neurotransmisores (sobre todo el GABA) y de receptores para los mismos (glutamatérgicos y GABAérgicos). Otros hallazgos, que pueden observarse en ancianos sanos pero también en dementes, consisten en la aparición de placas seniles, ovillos neurofibrilares, depósito de amiloide en los vasos sanguíneos y cuerpos de inclusión de Lewis. Desde el punto de vista funcional existe una reducción en el control muscular, aumento del balanceo del cuerpo a la bipedestación, cambios en la marcha con disminución de la amplitud de los pasos y de altura de los pies al caminar, así como disminución de la agudeza visual y auditiva, factores que predisponen a las caídas. En la esfera cognoscitiva existe deterioro de la memoria reciente con dificultad para nuevos aprendizajes pero que a nivel fisiológico no interfiere con la vida de relación del individuo. ⁽⁴⁻⁶⁾

Algunos aspectos de la memoria están más afectados por el paso del tiempo como son: el recuerdo libre y el recuerdo con clave (ej.: el recuerdo de listas de palabras sin relacionar), la memoria del contexto y de la fuente (ej.: el recuerdo de cuándo y dónde tuvo lugar un acontecimiento) y la memoria operativa, un sistema de memoria que mantiene la información al mismo tiempo que integra y reorganiza la información para llevar a cabo algunas tareas como la comprensión, el aprendizaje o el razonamiento (ej.: realizar mentalmente una multiplicación con números de varias cifras como 120 X 7).

A pesar de que la médula ósea senil puede estar sustituida por grasa hasta en un tercio, sus funciones se mantienen sin menoscabo de la producción de elementos formes de la sangre. Los hematíes muestran un ligero aumento de la fragilidad osmótica y los leucocitos una disminución de su poder fagocítico y bactericida.

El sistema endocrino también envejece y puede citarse la disminución de las hormonas sexuales consecutivas al climaterio y alteraciones en el eje hipotálamo-hipofisario. En mujeres, como consecuencia de la menopausia se producen cambios metabólicos y circulatorios como obesidad, osteoporosis, hipertensión, arterioesclerosis y alteraciones en la piel y el cabello. En

condiciones basales la secreción de glucocorticoides se mantiene, pero está disminuida en respuesta al estrés. Las hormonas tiroideas no sufren variaciones importantes.

El aumento de la susceptibilidad de las personas ancianas a los padecimientos infecciosos y las neoplasias puede ser consecuencia de la decadencia inmunológica lo que se ha atribuido en gran parte a la atrofia que se produce en el timo relacionada con la termorregulación, la osmorregulación y la actividad de los barorreceptores, lo que hace a estas personas propensas a la hipotermia, a las deshidrataciones y a la hipotensión ortostática. ⁽⁷⁻⁹⁾

El derecho a la protección y cuidado a la salud es condición primordial de toda persona adulta mayor.

El enfermero(a) juega un papel fundamental para mejorar y promover mejores condiciones y calidad de vida para las personas adultas mayores.

Una estrategia es promover el autocuidado de la salud en el adulto mayor a través de la información, sensibilización, la comunicación y la educación, siendo nuestro objetivo Proponer una estrategia de intervención de Enfermería en autocuidado en pacientes ancianos para mejorar su calidad de vida.

En este contexto el Autocuidado tiene como propósito:

- Contribuir a la promoción de la salud.
- Prevenir enfermedades de las personas adultas mayores, además del mantenimiento de su autovalencia.
- Fomento del ejercicio y la promoción de comportamientos y estilos de vida saludables.

¿Cuánto podemos hacer?, ¿Cuánto podemos estimular?, ¿Cuánto podemos educar?

La educación en el adulto mayor debe ser para aprender a vivir, es una necesidad social y debe ir dirigido al desempeño de nuevos papeles y a la búsqueda de un nuevo espacio en la sociedad.

Las personas adultas mayores aprenden mejor cuando:

- En general, gozan de buena salud.
- Su visión y audición están en las mejores condiciones posibles.
- Cuando el ambiente de aprendizaje puede compensar algunas pérdidas de agudeza visual o auditiva.
- Está en un medio que provee relaciones confiables, con el facilitador y otros aprendices, que favorecerían nuevas conductas.
- Son estimulados o motivados a un nivel óptimo a través de fuentes internas y externas

En la vejez se da una reducción de la capacidad funcional, se puede encontrar una declinación en las funciones intelectuales tales como análisis, síntesis, razonamiento aritmético, ingenio e imaginación, percepción y memoria visual inmediata. Es importante hacer notar que mientras el adulto mayor se mantenga activo y productivo el deterioro de sus facultades intelectuales será menor. ⁽¹⁰⁾

También se incrementa el temor, porque tener conciencia de las crecientes pérdidas físicas e intelectuales le produce un gran sentimiento de inseguridad, estos son agravados por pautas culturales que los colocan en una posición desventajosa con respecto al adulto joven que son los que dictan la posición que debe desempeñar

- Su autoconcepto es positivo y alta su autoestima.
- No tienen estrés ni ansiedad.
- El contenido es relevante de experiencias de vida pasadas o presentes. Otros aspectos o factores importantes en el proceso de aprendizaje es el sistema
- En la vejez se da una reducción de la capacidad funcional, se puede encontrar una declinación en las funciones intelectuales tales como análisis, síntesis, razonamiento aritmético, ingenio e imaginación, percepción y memoria visual inmediata. Es importante hacer notar que mientras el adulto mayor se mantenga activo y productivo el deterioro de sus facultades intelectuales será menor.
- También se incrementa el temor, porque tener conciencia de las crecientes pérdidas físicas e intelectuales le produce un gran sentimiento de inseguridad, estos son agravados por pautas culturales que los colocan en una posición desventajosa con respecto al adulto joven que son los que dictan la posición que debe desempeñar.^(11,12)

Para esta investigación debido al aumento de la esperanza de vida y por ende la población envejecida en nuestras áreas de salud y la carencia de puesta en práctica de estrategias educativas nos proponemos como objetivo general diseñar una estrategia de intervención de Enfermería en autocuidado a través de talleres educativos dirigidos a pacientes ancianos del policlínico Elpidio Berovides del Municipio Lisa.

Material y Método: Se realizó un estudio cuantitativo transversal de tipo descriptivo en el policlínico Elpidio Berovides del municipio Lisa durante el período comprendido de octubre del 2010 a febrero del 2011. De un universo de 350 la muestra quedo constituida por 243 pacientes ancianos. Se les 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 (anexo 1). A partir de estas necesidades se diseña la estrategia de intervención en autocuidado en pacientes ancianos. Los resultados fueron plasmados en tablas estadísticas expresados en frecuencias absolutas y relativas.

- Operacionalización de las variables:

Variable Demográfica	Escala	Definición	Indicador y frecuencia
Autocuidado en salud.	Cualitativa nominal y dicotómica	Son las acciones que toman las personas en beneficio de su propia salud, sin supervisión médica formal. También se define como las prácticas de personas y familias a través de las cuales se promueven conductas positivas de salud, se previenen enfermedades y se tratan síntomas	Si y No. Frecuencia de respuestas positivas y negativas en cuanto a: Información sobre conocimiento de esta etapa de la vida Autocuidado de su enfermedad. Factores de riesgo de su enfermedad. Tratamiento. Complicaciones. Educación para la salud.
Diagnóstico de necesidades de aprendizajes	Cualitativa nominal	Necesidades de aprendizajes manifiestas: Son aquellas que son evidentes y pueden identificarse fácilmente y surgen por algún cambio en la estructura organizacional social. Se eliminan con una superación preventiva.	Si y no Frecuencia de respuestas positivas y negativas en cuanto a: - derivado de la valoración, planificación y ejecución de las actividades específicas en los pacientes ancianos

Análisis de los resultados. De los 243 pacientes estudiados, 153 corresponden al sexo femenino para un 62,2 % y 90 al sexo masculino para un 37. %. (Tabla.1)

Tabla. 1

Distribución de los pacientes estudiados según edad y sexo.

Policlínico Docente Elpidio Berovides.

EDAD	SEXO			
	FEMENINO	%	MASCULINO	%
60-69	65	42,4	46	51,1
70 - 79	48	31,3	33	36,6
+80	40	26,1	11	12,2
TOTAL	153	100	90	100

Fuente: Historia Clínica y Cuestionario.

En el estudio realizado 120 pacientes para 63% tenían conocimientos de acerca de los cambios en esta pero solamente 50 de los casos estudiados para un 23.31% son responsables de su autocuidado (Tabla.2); el resto de los casos no se autocuidan correctamente para mantener una calidad de vida.

Tabla. 2

Nivel de conocimientos de los pacientes respecto a su enfermedad y a su autocuidado.

Policlínico Docente Elpidio Berovides.

Conocimiento de su Enfermedad.	N0	%	Autocuidado de Salud	N0	%
conocimientos	120	63	Autocuidado	50	23.31
Desconocimientos	70	37	No se Autocuidan	140	73.68

Fuente: Historias Clínicas y 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 encontrados en la investigación. Policlínico Docente. Elpidio Berovides.

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)	17	84	17	72

Fuente: Historias Clínicas y Cuestionario.

Discusión

A la luz de los resultados obtenidos podemos reflexionar que es necesario la sistematización y la práctica de estrategias de intervención comunitarias en autocuidado de salud, en la medida en que resulta imposible evitar esta etapa de la vida, es vital lograr que las personas asuman nuevos patrones de conducta que les permitan sobrellevar de la mejor forma los avatares propios de la misma ⁽¹³⁾. El autocuidado es una función humana reguladora que debe aplicar cada individuo de forma deliberada, si reflexionamos sobre la Teoría del Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem esta surge como una necesidad de definir el dominio y límites de la Enfermería y articular un campo de conocimiento proporcional al campo de su práctica proporcionando una guía para el accionar de Enfermería. ^(14, 15) El establecimiento de programas dirigidos a la educación y prevención de las complicaciones constituyen elementos de coincidencia entre varios investigadores con la firme resolución de promover la implementación de programas de atención al adulto mayor y el diseño y desarrollo de programas de autocuidado garantizando una mejor calidad de vida de estos pacientes.

Podemos concluir que la educación para la salud es responsabilidad de toda la sociedad, es un complejo proceso social, demostrándose ser una herramienta eficaz en las transformaciones de estilos de vida de los pacientes portadores de enfermedades crónicas. Teniendo en cuenta lo planteado en nuestro trabajo exponemos a continuación la estrategia de intervención comunitaria el cual es puesto en práctica por nuestros profesionales de Enfermería en nuestra área de salud en la actualidad.

Estrategia de intervención de Enfermería en autocuidado en pacientes ancianos para mejorar su calidad de vida

Fundamentación teórica

Teniendo en cuenta que la educación es un proceso que ocurre a lo largo de la vida, es evidente que les corresponde a los profesionales de enfermería en la Atención Primaria de Salud aportar desde nuestra responsabilidad del cuidado la educación de estilos de vida saludables como una categoría renovadora del crecimiento humano saludable. Es una realidad que nuestra profesión se dedica a la promoción y restablecimiento de la salud, a la prevención de la enfermedad y al cuidado de los enfermos. Lograr el autocuidado de los enfermos es un fenómeno social universal que sólo resulta efectivo si se practica en forma personal y consiente.

Lo lograremos mediante:

El desarrollo de un proceso de educación que permita el bienestar del anciano como un ser bio / psico /social, contrarrestando posibles representaciones pesimistas de sí, dirigido además a lograr una autoestima positiva, propiciar el autodesarrollo, la autovaloración adecuada.

Debemos entonces cuestionarnos cuanto podemos hacer para ayudar al desarrollo del adulto mayor en esta etapa, cuanto podemos estimular al adulto mayor para que viva esta etapa llena de cambios desde perspectiva positiva y enriquecedora y cuanto podemos influir sobre estos factores psicológicos y sociales para lograr el envejecimiento cercano a un proceso normal.

En la vejez ocurre que los procesos psíquicos se hacen más lentos los trastornos de la memoria, las alteraciones en el pensamiento, la percepción son superadas por el interés y la motivación que podamos despertar para el aprendizaje.

Educar en la vejez es: lograr autovalencia y es a su vez calidad de vida

La promoción de la salud es: Autocuidado, decisiones y acciones que el individuo toma en beneficio de su propia salud.

- Ayuda mutua o acciones que las personas realizan para ayudarse unas a otras
- Entornos sanos o creación de las condiciones que favorecen la salud.

Teoría del autocuidado

- Es la práctica de actividades que el individuo inicia y realiza en beneficio propio para mantener la vida, la salud y el bienestar.” Doroty Orem (1985)
- Para fomentar el autocuidado se deben considerar las siguientes actividades:
- Promoción y fomento de la salud a través de la práctica de estilos de vida saludables.
- Mantenimiento, recuperación de la salud y rehabilitación.
- Conductas de carácter social, afectivo, psicológico y otras, que promuevan la satisfacción de las necesidades básicas del hombre y mujer como ser holístico.
- Prevención de la enfermedad a través del control y disminución de factores de riesgo.

El autocuidado en salud es una estrategia frecuente, permanente y continua que utilizan las personas para responder a una situación de salud o enfermedad; por eso el autocuidado es la base de la pirámide de la atención primaria. Si el autocuidado desapareciera tan sólo por un día no cabe duda que los sistemas de atención en salud, aun los más sofisticados, se verían sobrepasados y colapsarían. Es evidente, entonces, que las instituciones de salud tienen un importante rol que cumplir en el desarrollo y fortalecimiento de las capacidades de autocuidado de sus consultantes.

Con el proceso de envejecimiento de la población a nivel mundial y el aumento de la prevalencia de las enfermedades crónicas, se hace cada vez más urgente la incorporación del autocuidado como una estrategia explícita y permanente en los modelos de atención en salud a nivel comunitario.

De este modo y como profesionales autónomos, pero con un importante rol multidisciplinario debemos exponer nuestros instrumentos desde intervención comunitaria para reconocer esta problemática educativas y aportar elementos enriquecedores para garantizar una calidad de vida en pacientes ancianos

Objetivo general: Desarrollar habilidades de autocuidado en pacientes ancianos para mejorar su calidad de vida.

Organización: La estrategia de intervención comunitaria en autocuidado en pacientes ancianos utilizará técnicas basadas en la participación activa de los involucrados en este proceso desde su vivencia. Dicha intervención es grupal partiendo del intercambio y de la reflexión de los integrantes del grupo como motivador de cambios de actitudes y de estilos de vida. Se utilizan materiales didácticos como: folletos, láminas, computadoras, materiales de apoyo.

Las secciones van a ser impartidas por profesionales de Enfermería entrenados en técnicas de Educación para la salud, o especialistas de primer grado en enfermería comunitaria o médicos especialistas en Medicina General Integral. (MGI)

El taller se encuentra planificado para ser impartido en 12 secciones a dos frecuencias por semana. Se utilizaron métodos preventivos de enseñanza a predominio grupal. (Esto puede variar en número de secciones en dependencia del nivel de necesidades de aprendizajes de los integrantes del grupo).

El programa incluye los siguientes temas:

Plan temático.

- **Tema I: El envejecimiento ¿enfermedad o proceso biológico?**
- Envejecimiento.
- Clasificación
- Signos y síntomas.
- Vida cotidiana
- Cambios Biológicos.

- Cambios Psicosociales.
- Diferencias individuales
- Como podemos cuidarnos para tener una mejor calidad de vida.

Objetivo: Brindar a los pacientes las herramientas necesarias para enfrentar esta etapa de la vida.

El propósito: promover salud mediante una educación integral respecto a esta etapa de la vida Facilitar la obtención de información.

Es importante que las personas identifiquen los principales signos y síntomas. Explique los beneficios de una vida sana en esta etapa y establezca pequeñas metas para aceptar cambios que se producen estableciendo futuros proyectos de vida saludables.

- **Tema II: Sistema individual de actividades**

- Actividades espirituales
- Actividades socio psicológicas
- Actividades Psicosomáticas
- Orientación temporal
- Autorrealización
- Autocuidado nutricional
- Mi dieta .Dieta Balanceada.
- Reflexión sobre la diversidad de alimentos.
- El menú en la mesa diaria del hogar.
- Bebidas, refresco y el alcohol.

Objetivo temático: Desarrollar habilidades en el diseño de la dieta diaria. Es importante que las participantes logren confeccionar un menú apropiado a sus necesidades calóricas, concienticen la importancia de reducir la ingestión de grasa de origen animal y establecer pequeñas metas para disminuir de forma gradual su peso corporal, si tuviera sobrepeso u obesidad.

- **Tema III:** El ejercicio diario.
- Como realizar ejercicios todos los días: calentamiento, ejercicios, relajamiento, enfriamientos.
- Ejercicios, sus beneficios
- Mis ejercicios y mi edad como los realizo.
- Mi círculo de ejercicios, vinculación con el club del deporte.

Objetivo temático: Estimular la realización de ejercicios físicos diarios.

Los pacientes deberán ser instruidas sobre los beneficios de la actividad física para el desarrollo de su salud. Deberán conocer sobre el tipo, la cantidad y la periodicidad de ejercicios físicos que deben realizar. En el caso de estar presentes enfermedades asociadas estas se

tendrán en cuenta para la orientación de la actividad física. Es importante que la persona sienta la necesidad de la práctica del ejercicio físico para la salud.

- **Tema IV:** Nuestro tratamiento. Autocontrol.
- Tratamiento farmacológico.
- Sus reacciones.
- Complementarios y auto-análisis.
- Asistencia a consultorio si dudas.

Objetivos temáticos: Capacitar a los pacientes en el tratamiento y autocontrol. Es necesario habilitar a la persona con los conocimientos y destrezas necesarias para afrontar las exigencias del tratamiento médico, así como promover las motivaciones y los sentimientos de seguridad y responsabilidad para cuidar diariamente de su salud.

- **Tema V:** Higiene personal
- Autocuidado de la piel y sus anexos
- Autocuidado de la cavidad bucal
- Autocuidado para prevenir y evitar el estreñimiento
- **Tema VI: Autocuidado para favorecer sueño adecuado**
- Reflexión del porque no se realiza el autocuidado. Debate abierto y constructivo.
- Como autocuidarnos para evitar la aparición de las lesiones.
- Calidad de Vida: como se logra.
- **Tema VII:** Sexualidad y envejecimiento
- Mi sexualidad.
- Problemas sexuales.
- Modelo de resolución.

Objetivos temáticos: Instruir a los pacientes en el cuidado de la higiene personal, como favorecer el sueño adecuado y sobre la sexualidad en esta etapa de la vida.

Es importante que la persona identifique los factores de riesgos y las medidas para evitarlos. Concienticen la necesidad de asistir al especialista con periodicidad establecida.

Evaluación del programa: Se realizará de forma sistemática y parcial estimulando el trabajo de todo el grupo, basados en los indicadores de estructura, proceso y resultados que se establecerán, debe incluir conocimientos y habilidades desarrolladas, percepción del paciente, la práctica de ejercicios físicos así como la presencia o ausencia de factores de riesgo, signo y síntomas y la presencia complicaciones. Concluimos con alguna iniciativa de los participantes donde apliquen lo aprendido y posteriormente los profesionales podrán evaluar el impacto de la misma de acuerdo a estos indicadores involucrados en la intervención educativa (este proceso de evaluación formara parte de otro proyecto de investigación).

Conclusiones

- La calidad de vida de la población envejecida puede modificarse favorablemente aplicando un sistema de prevención sencillo, eficaz y económico por parte de médicos y enfermeras del primer nivel de salud. Para el logro de todo lo anteriormente propuesto, no se requieren técnicas costosas, ni sofisticadas, ni la dedicación a tiempo completo de la jornada laboral, esto bien puede insertarse en el horario normal de las actividades de terreno de las profesionales de enfermería.
- La educación en el adulto mayor constituye en nuestros días un proceso de gran importancia, con ella pueden lograrse un mejor estilo de vida en las personas mayores, donde exista un adecuado autocuidado, esperanzas, conocimiento real de sus potencialidades, de sus valores y hasta dónde puede llegar. ^(16, 17, 18, 19)

Bibliografía

1. Prieto O. Envejecimiento sano. Longevidad satisfactoria: una necesidad de la humanidad. 6 ed. España: Mc Graw-Hill Interamericana; 2003. P. 62.
2. Anisimov VN. Investigación experimental sobre envejecimiento: del falso conocimiento a la verdadera ignorancia. Rev Esp Geriatr Gerontol 2004; 39(5): 320-328. 2 Bowling A, Dieppe P. What is successful ageing and who should define it?. BMJ 2005; 331: 1548-1551.
3. Elosúa de Juan MR. La memoria durante el envejecimiento. Rev Esp Geriatr Gerontol 2002; 37 (3): 131-3.
4. Espinosa A, Quintana ML. Aspectos demográficos y epidemiológicos en el estudio de los ancianos. En: Espinosa A, Romero AJ, eds. Temas de Gerontogeriatría. Cienfuegos: Rev Finlay, 1990:15-26.
5. Finch CE., Schneider EL. Envejecimiento y medicina geriátrica. En: Bennett JC, Plum F, eds. Cecil Tratado de Medicina Interna. 20 ed. La Habana: ECIMED, 2000:15-9.
6. Gall JS, Suabo PA. Core concepts: psychosocial aspects of aging. Clinical Geriatrics 2002; 10(5):48-52.
7. García de Jalón P. Envejecimiento: hechos más resaltables que lo determinan. An Real Acad Farm 1996; 62:561-601.
8. Kalache A., Kickbusch I. Una estrategia mundial centrada en la vejez sana. Salud Mundial 1997; 50(4):1-2.
9. Khaw KT. Healthy aging. BMJ 1997;315: 1090-96.
10. Martínez L. Las personas de edad en Cuba. Principales tendencias demográficas y morbimortalidad. RESUMED 1999; 12(2): 77-90.
11. McCarthy M. Boom in Latin American and Caribbean elderly population. Lancet 2004; 363: 458- 459.

12. Michael AB, Rowe B. The social theories of ageing. Geriatric Medicine 2004; 34: 1-11 Burns A. Alzheimer's disease. Geriatric Medicine 2005; 35: 1-30.
13. Colectivo de autores. Fortalecimiento del autocuidado como estrategia de la Atención Primaria en Salud: La contribución de las instituciones de salud en América Latina. THS/OS06/7.OPS.2006.Original en Español.
14. Taylor SG, Compton A, Donohue Eben J, Emerson S, Nergess N, Marriner Tomey A, et al. Introducción al análisis de las teorías de enfermería. En: Modelos y teorías en enfermería. Ediciones Harcourt (Cuarta Edición). España, 2000. Capítulo 2; 19-33.
15. Orem E D. Modelo de Orem: La teoría de enfermería de autocuidado. Una teoría general. Madrid. Masson _ Salvat. 2004 (Cap.2; 6).
16. Peláez M. Tomando Control de su Salud. 2009.
17. Sevick MA et al. Patients with Complex Chronic Diseases: Perspectives on Supporting Self-Management. J Gen Intern Med 2007, 22(Suppl 3):438-44.
18. Kumar BK. Health promotion through self-care and community participation: Elements of a proposed programme in the developing countries. BMC Public Health 2004, 4:11.
19. Khanindra Kumar Bhuyan. Health promotion through self-care and community participation: Elements of a proposed programme in the developing countriesBMC Public Health 2004, 4.

Anexos.

Anexo. No1.

Cuestionario:

Te pedimos que leas detenidamente cada pregunta y que tus respuestas sean lo más sinceras posibles.

Gracias (color preferido)_____

Edad:_____ Sexo:_____ Grado:_____

1. Conoces sobre esta etapa de tu vida .

Si___ No___ Poco___ ¿Que conoces?

2. Te autocuidas tu salud, como lo haces.

Si___ No___ porque_____

3. A quienes te diriges con plena confianza cada vez que tienes una inquietud.acerca de la salud

Familia_____ Médico y enfermera de familia___ Amistades___

Todos los anteriores_____ Instituciones de Salud _____

4. Menciona los factores de riesgo que pudieran desencadenar complicaciones para tu salud.
5. Realizas ejercicios físicos
- 6 ¿Cuántas comidas realizas al día?
7. Cuidas de tus pies y de tu higiene personal.
Si____ No____ ¿Como lo Haces?
8. ¿Cuántas veces al año acudes al estomatólogo?
9. ¿Has recibido en tu área de salud algún curso, taller, seminario de educación para la salud sobre autocuidado?
Si____ No_____.

Clave de calificación y escala de nivel según la puntuación que expresa el nivel de conocimientos que tienen los pacientes sobre el tema.

- Muy alto de 11 a 12 respuestas satisfactorias.
- Alto de 10 a 9 respuestas satisfactorias.
- Medio de 8 a 7 respuestas satisfactorias.
- Bajo menos de 7 respuestas satisfactorias.