

Multimed 2016; 20(2)

MARZO-ABRIL

ARTÍCULO ORIGINAL

**UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS. GRANMA
POLICLÍNICO DOCENTE LUIS E. DE LA PAZ. YARA**

**Estrategia de intervención psicológica para modificar
estilos de vidas en el adulto mayor. CMF No.40. Yara**

**Strategy of psychological intervention to modify lifestyles in
the elderly. MFO No.40. Yara**

**Ms.C. Dania Gisela Rodríguez Elías, Ms.C. Jisela Lorente Cabrales, Ms.C.
Natacha Lara Rodríguez, Ms.C. Haydée Araujo Rodriguez, Lic. Blanca A.
Gainza González.**

Policlínico Docente Luis E. de la Paz. Yara. Granma, Cuba.

RESUMEN

Introducción: el ancestral interés de los humanos por vivir el mayor número de años posible, unido al creciente desarrollo de la ciencia y la técnica, sustentan la tendencia actual que considera que importante es vivir más años, es esencial que estos transcurran con la mejor calidad de vida posible.

Objetivos: implementar una estrategia de intervención psicológica para modificar el estilo de vida que favorezca el proceso de envejecimiento humano con calidad en el adulto mayor.

Método: se realizó un estudio de intervención psicológica en el adulto mayor para modificar el estilo de vida. Se aplicó una guía para medir el estilo de vida y el test psicológico inventario de Beck para medir depresión, para evaluar la efectividad de la estrategia se aplicó la prueba estadística para la diferencias de proporciones con un nivel de significación del 5 %.

Resultados: se obtuvo como resultado que inicialmente se diagnosticó en ambos sexo un estilo de vida poco saludable, con predominio de la depresión leve y moderada, al finalizar el estudio se modificó el estado emocional de los pacientes que se ubicaron en estado no depresivo. El trabajo refleja los resultados de la estrategia de intervención, los que validan la idea a defender y demuestran el cumplimiento del objetivo propuesto en el mismo.

Conclusiones: la estrategia de intervención aplicada permitió modificar como elementos del estilo de vida hacia una categoría de buena las variables: condición física, hábitos alimentarios, sexualidad, autocuidado, uso del tiempo libre y estado emocional.

Descriptores DeCS: ANCIANO, ESTILO DE VIDA, CALIDAD DE VIDA, DEPRESIÓN.

ABSTRACT

Introduction: the ancestral human interest to live as many years as possible, along with the increasing development of science and technology, support the present trend considering that if it is important to live longer, it is also essential that all years elapse with the best quality of life possible.

Objectives: to implement a strategy of psychological intervention to modify the lifestyle that favors the human aging process with quality in the elderly.

Method: it was performed a study of psychological intervention in the elderly to change the lifestyle. It was applied a guide to measure the lifestyle and the psychological inventory test of Beck to measure the depression; to evaluate the effectiveness of the strategy it was applied a statistical test for the difference in proportions with a significance level of 5%.

Results: it was initially diagnosed an unhealthy lifestyle in both sexes, with a predominantly mild and moderate depression, at the end of the study it was modified the emotional state of patients that were located in non-depressive state. The work reflects the results of the intervention strategy, which validates the idea and demonstrates compliance with the proposed objective.

Conclusions: the intervention strategy modified as elements of the lifestyle towards a good category the following variables: fitness, feeding habits, sexuality, self-care, use of leisure time and emotional state.

Subject heading: AGED, LIFE STYLE, QUALITY OF LIFE, DEPRESSION.

INTRODUCCIÓN

El ancestral interés de los humanos por vivir el mayor número de años posible, unido al creciente desarrollo de la ciencia y la técnica, sustentan la tendencia actual que considera que si importante es vivir más años, es esencial que estos transcurran con la mejor calidad de vida posible. ¹

El número de personas que en el mundo rebasa la edad de 60 años, aumentó en el siglo XX de 400 millones en la década del 50, a 700 millones en la década del 90; estimándose que para el año 2025 existirán alrededor de 1200 millones de ancianos. También se ha incrementado el grupo de los “muy viejos”, o sea los mayores de 80 años de edad, que en los próximos 30 años constituirán el 30% de los adultos mayores (AAMM) en los países desarrollados y el 12% en los llamados en vías de desarrollo. ²

Cuba es uno de los países latinoamericanos más envejecidos. La magnitud alcanzada en este orden y rapidez con que se ha transformado nuestra pirámide poblacional constituye una preocupación en los años fututos. ³

Se prevé que para el 2020 alrededor de 400000 cubanos habrán cumplido los 80 años. Se estima que el porcentaje AAMM alcance el 25% para el 2025, momento en el que Cuba será el país más envejecido de América Latina y para el 2050, uno de los más envejecidos del mundo. ⁴

En ese sentido el programa integral de atención al adulto mayor rectorado por el Sistema Nacional de Salud, en particular por el médico de la familia y el resto de los eslabones de la atención primaria de salud, posee un enfoque comunitario e institucional. Mediante ese mecanismo se estudian los aspectos de las personas y sus requerimientos, de ahí que la favorable estructura sociopolítica en el país constituya un potencial de ayuda para acondicionar el programa establecido.

Garantizando que los años terminales de sus vidas sean saludables se realiza esta investigación y se trazó como objetivo propuesto implementar una estrategia de intervención psicológica para modificar el estilo de vida que favorezca el proceso de envejecimiento humano con calidad en el adulto mayor.

MÉTODO

Se realizó un estudio de intervención para modificar el estilo de vida en una muestra constituida por 46 adultos mayores seleccionados aleatoriamente de una población de 116 personas mayores de 60 años de edad pertenecientes al consultorio # 40 del área de salud Yara, durante el período de septiembre 2013 – Abril 2014.

Criterios de inclusión:

- Pacientes mayores de 60 años mentalmente aptos para comprender la encuesta y brindar la información que requerimos.
- Consentimiento de cooperar activamente.
- Residir en el momento de la investigación en el área.

Criterios de exclusión:

- Pacientes con 3 o más inasistencias al programa.
- Pacientes con poca o ninguna cooperación durante el desarrollo de las actividades.

Criterios de salida:

- Cambio permanente de residencia fuera del área de salud.
- Fallecimientos.

Variable dependiente:

Estilo de vida saludable.

Definición: refleja el comportamiento del sujeto en su contexto social y su especificidad psicológica en la realización de su actividad vital, tiene un carácter activo y está regulado por la personalidad.

Dimensión: Factores de riesgo.

Indicadores:

- Condición física
 - Hábitos alimentarios.
 - Consumo de tabaco, alcohol y otras drogas.
 - Sexualidad.

- Autocuidado y cuidado médico.
- Uso del tiempo libre.
- Estado emocional.

Escala: Buena- Regular- Mal

Variable independiente:

1- Estrategia de intervención.

Definición: es un sistema de acciones, pasos y procesos encaminados a solucionar los problemas relacionados con el estilo de vida, estas acciones tienen un carácter flexible, dinámico, interactivo, sistemático y desarrollador.

Dimensión: sesiones de intervenciones de orientación.

Indicadores:

- Nivel de conocimiento acerca del tema de la actividad.
- Actitud que adopta en la discusión: Interesado- Reflexivo- Pasivo.
- Actitud futura a asumir: Desea la transformación- No se compromete a cambiar- Demuestra indecisión.
- Escala: Alto- Medio- Bajo.

RESULTADOS

Los resultados obtenidos al valorar el sexo y el nivel de escolaridad de los 46 adultos mayores presentes en el estudio demuestran que no hay diferencias significativas entre los diferentes grupos de sexo, con 21 participantes de sexo femenino y 25 del sexo masculino; en cuanto al nivel de escolaridad resultó significativo que 29 participantes para un 63.04% se encontraban en un nivel primario sin terminar, esto se debe a que los participantes fueron escolarizados en el proceso de alfabetización y las condiciones reales de la época no le permitieron mantener su continuidad de estudios era necesario unir intereses en la construcción de la revolución naciente, con igualdad de representantes para ambos sexos 13 y 16 respectivamente (tabla 1).

Tabla 1. Distribución de la población es estudio según sexo y escolaridad, pertenecientes al CMF # 40 Yara, septiembre 2013-abril 2014.

| Escolaridad | Sexo | | | |
|--------------------------|----------|------|-----------|-----|
| | Femenino | | Masculino | |
| | Total | % | Total | % |
| Secundaria sin terminar. | 2 | 9.5 | 1 | 4 |
| Primaria terminado. | 4 | 19.5 | 5 | 20 |
| Primaria sin terminar. | 13 | 61.9 | 16 | 64 |
| Sin escolaridad. | 2 | 9.5 | 3 | 12 |
| Total. | 21 | 100 | 25 | 100 |

El comportamiento de estos factores en el sexo masculino fue similar agregándose además el alcoholismo en 15 para un 60% el resto se comportó en este sexo de la siguiente forma cafeinismo 25 para un 100%, HTA 16 para un 64%, nivel de ingresos bajos 19 para un 76%, inadecuados hábitos alimentarios 21 para un 84% y la depresión 19 para un 76% (tabla 2).

Tabla 2. Distribución de la población en estudio según sexo y factores de riesgo, pertenecientes al CMF # 40 Yara, septiembre 2013 -abril 2014.

| Factores de riesgo | Sexo | | | | | |
|---|----------|------|-----------|-----|-------|-------|
| | Femenino | | Masculino | | | |
| | Total | % | Total | % | Total | % |
| Alcoholismo. | 2 | 9.5 | 15 | 0.6 | 17 | 36.9 |
| Hábitos de fumar. | 5 | 23.8 | 11 | 44 | 16 | 34.7 |
| Cafeinismo. | 21 | 100 | 25 | 100 | 46 | 100 |
| Hipercolesterolemia. | 6 | 28.5 | 8 | 32 | 14 | 41.3 |
| Sedentarismo. | 7 | 33.3 | 12 | 48 | 19 | 71.7 |
| Depresión. | 14 | 66.6 | 19 | 76 | 33 | 82.6 |
| Inadecuados hábitos alimentarios. | 17 | 80.9 | 21 | 84 | 38 | 71.7 |
| Obesidad. | - | - | - | - | - | - |
| Bajo nivel educacional. | 17 | 80.9 | 16 | 64 | 33 | 82.6 |
| Pobre educación sexual. | 19 | 90.4 | 12 | 48 | 31 | 67.3 |
| Nivel de ingresos bajos. | 13 | 61.9 | 19 | 76 | 32 | 69.5 |
| Pobre accesibilidad a los servicios de salud. | 6 | 28.5 | 10 | 40 | 16 | 34.7 |
| Hipertensión arterial. | 19 | 90.4 | 16 | 64 | 35 | 76.08 |
| Fármaco dependencia. | 17 | 80.9 | 11 | 44 | 28 | 60.8 |

Si se analiza la presencia o no en los participantes de enfermedades crónicas no transmisibles por sexo, se obtuvo que la HTA es la que aparece con mayor incidencia en 11 féminas para un 52.3% y 13 para un 52% en el anexo masculino, una vez más se demuestra que al asumir estilos de vida poco saludables se desarrollan factores de riesgo que afectan el estado de salud y conduce a enfermedades que posteriormente acompañaran al anciano en los últimos años de su vida y harán más difícil su estancia en esta etapa (tabla 3).

Tabla 3. Muestra de la población en estudio según enfermedades crónicas no transmisibles y sexo pertenecientes al CMF # 40 Yara, septiembre 2013-abril 2014.

| Enfermedades crónicas no transmisibles. | Sexo | | | |
|---|----------|-------|-----------|----|
| | Femenino | | Masculino | |
| | Total | % | Total | % |
| Hipertensión Arterial. | 11 | 52.3 | 13 | 52 |
| Diabetes Mellitus. | 3 | 14 | 7 | 28 |
| Asma Bronquial. | 4 | 19.04 | 4 | 16 |
| Cardiopatías. | 4 | 19.04 | 5 | 20 |

En la tabla 4 se muestran los resultados obtenidos al evaluar la depresión, como uno de los factores de riesgos más importantes presentes en el adulto mayor, antes y después de aplicada la estrategia de intervención. Inicialmente en el sexo femenino se diagnosticaron 14 casos en los diferentes niveles de la siguiente forma, 2 depresión severa para un 9.5%, 4 depresión moderada para un 19.4%, 8 depresión leve para un 38.9% y 7 féminas en estado no depresivo para un 33.3%; después de la intervención la depresión se comportó según se muestra en depresión severa 1 para un 4.7%, en depresión moderada 2 para un 9.5%, depresión leve 4 para un 19.4% y en estado no depresivo 14 para un 66.3%.

El comportamiento de este factor de riesgo en el sexo masculino inicialmente fue depresión severa 3 para un 12%, depresión moderada 6 para un 24%, depresión leve 10 para un 40% y estado no depresivo 6 para un 24%; en la fase final hubo el siguiente comportamiento, depresión severa 2 para un 6%, depresión moderada 3 para un 12%, depresión leve 7 para un 28% y estado no depresivo 13 para un 52%.

Tabla 4. Muestra los resultados obtenidos al evaluar con el inventario de Beck en la muestra seleccionada perteneciente al CMF # 40 Yara, septiembre 2013-abril 2014.

| Niveles de depresión. | Antes | | | | Después | | | |
|-----------------------|----------|------|-----------|----|----------|------|-----------|-----|
| | Femenino | | Masculino | | Femenino | | Masculino | |
| | No. | % | No. | % | No. | % | No. | % |
| Depresión severa. | 2 | 9.5 | 3 | 12 | 1 | 4.7 | 2 | 6.0 |
| Depresión moderada. | 4 | 19.0 | 6 | 24 | 2 | 9.5 | 3 | 12 |
| Depresión leve. | 8 | 38.0 | 10 | 40 | 4 | 19.0 | 7 | 28 |
| Estado no depresivo. | 7 | 33.3 | 6 | 24 | 14 | 66.3 | 13 | 52 |

DISCUSIÓN

El bajo nivel de escolaridad se puede explicar si tenemos en cuenta que estos adultos mayores nacieron antes del triunfo de la Revolución y en aquella época el acceso a los servicios de la educación era limitado, solo podían incorporarse los que tuvieran un respaldo económico que le permitieran sufragar los gastos del mismo. Resultados similares obtuvo Pino Boytel en el estudio realizado en la provincia de Santiago de Cuba en 2006.⁴

Relacionando los factores de riesgo en la población estudiada según el sexo se pudo comprobar que en el sexo femenino el cafeinismo, 21 para un 100%, la HTA 19 para un 90.4%, la pobre educación sexual 19 para un 90.4%, los inadecuados hábitos alimentarios 17 para un 80.9%, el bajo nivel educacional 17 para un 80.9% y la depresión 14 para un 66.6% fueron los factores de riesgo que más presente estuvieron en este sexo.⁵

En la práctica esto significa que aún subsisten estilos de vidas inadecuados en los adultos mayores y como consecuencia de ello desarrollan factores de riesgo, que terminan afectando su estado de salud; logrando modificarlos se incorpora bienestar al tránsito del ser humano por la vejez, esto significa que es necesario crear programas que fomenten estilos de vida saludables y que incorporen en los adultos la información imprescindible para no asumir comportamientos de riesgos,

ganando en la responsabilidad individual desde etapas anteriores de vida en el cuidado y la conservación de la salud para lograr vivir más pero con calidad. ⁶

En la investigación realizada por Fernández Larrea y colectivo de autores sobre estilos de vida se evidencian resultados similares al evaluar los factores de riesgo, coincidiendo con los obtenidos en esta investigación: se presenta al adulto mayor con mayor peligro de adoptar conductas de riesgos, aquel que no asume un estilo de vida adecuado. ⁷ Se plantea que la educación es esencial para promover la adopción de estilos de vida saludables.

Muchos autores coinciden con los resultados obtenidos como es el caso de Devesa Colina y Delisle Griñán en investigaciones realizadas en un Hogar de Ancianos en la provincia de Santiago de Cuba en el año 2005. ⁸

El envejecimiento no debe ser sinónimo de enfermedad, depresión y discapacidad. No obstante, la depresión es uno de los 5 problemas fundamentales de salud al que tienen que hacer frente las personas mayores y en muchas ocasiones sin la ayuda de terceras personas que puedan contribuir a atenuarla. Con frecuencia, dicha afección no es reconocida, diagnosticada ni tratada adecuadamente, debido a que en muchas ocasiones los síntomas depresivos se interpretan como algo normal, asociado al envejecimiento. ⁷

Esto demuestra primero la prevalencia del síndrome en el adulto mayor como consecuencia de los cambios biopsicosociales producidos por el propio envejecimiento, por una serie de desprendimientos laborales, familiares y hasta personales que el adulto mayor vivencia; también se demuestra que como factor modificable es posible producir cambios en el a partir de la estrategia propuesta.

Un adulto mayor emocionalmente estable significa motivación, actitud positiva al cambio, disposición favorable a enfrentar todo cuanto rodea el proceso del envejecimiento¹⁰. Esto nos demuestra la necesidad de favorecer la articulación de formas de afrontar y resolver situaciones, de estilos de afrontamientos adecuados y contribuir al logro de la estabilidad de un proceso de crecimiento perdurable que deben asumir los adultos mayores como únicas herramientas capaces de

garantizar exitosamente los cambios y posturas ante el enfrentamiento a las situaciones de la vida cotidiana.

Acordes a los resultados de nuestra investigación, con una modificación positiva del estado emocional, se encuentran los estudios realizados por Sanabria, S y M. Campos. La Habana, 2006.

CONCLUSIONES

El nivel de escolaridad que más estuvo presente en los participantes fue el primario sin terminar. En ambos sexos sobresalen los riesgos de: depresión, alcoholismo, cafeinismo, inadecuados hábitos alimentarios, nivel de bajos ingresos y la HTA como enfermedad crónica no transmisible. La estrategia de intervención aplicada permitió modificar como elementos del estilo de vida hacia una categoría de buena las variables: condición física, hábitos alimentarios, sexualidad, autocuidado, uso del tiempo libre y estado emocional. Se modificó de forma significativa los estilos de vida hacia la categoría de saludable.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Álvarez Sintés R. Salud Familiar. En: Temas de Medicina General Integral. La Habana: Ciencias Médicas; 2008. p. 127.
2. Matarama Peñate M. Medicina Interna. La Habana: Ciencias Médicas; 2005.
3. Beavers DG, Morton JJ, Nelson CS. Angiotensin II in essential hypertension. Br Med J 2000; 1: 415.
4. Rodríguez Artalejo, F. Y Banegas J. R. ¿Era necesario demostrar también en España que la colesterolemia y el tabaco con factores de riesgo cardiovascular? Rev Española Cardiol 2001; 54(10): 1141-1142.
5. Más Sarabia M, Alberti Vázquez L, Espeso Nápoles N. Estilos saludables de vida y su relevancia en la salud del individuo. Rev Hum Med [revista en la Internet]. 2005 Ago [citado 2015 Nov 25]; 5(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-

[81202005000200006&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202005000200006&lng=es).

6. Más Sarabia Maheli, Alberti Vázquez Lizet, Espeso Nápoles Nelia. Estilos saludables de vida y su relevancia en la salud del individuo. Rev Hum Med [revista en la Internet]. 2005 Ago [citado 2015 Nov 25]; 5(2).

Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202005000200006&lng=es.

7. Cáceres Diéguez A, Cruz Baranda SS. Superación profesional en la Atención Primaria de Salud: una estrategia didáctica propiciadora de estilos de vida saludables. MEDISAN [revista en la Internet]. 2011 Ene

[citado 2015 Nov 25]; 15(1): 130-137. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192011000100018&lng=es.

8. Aranda Reyes R, Forcelledo Llano CR, Núñez Díaz BC, Méndez Romero G, García Alúm NE. Intervención educativa en adultos mayores para una longevidad satisfactoria. San Luis. Rev Ciencias Médicas [revista en la Internet]. 2011 Jun [citado 2015 Nov 25]; 15(2): 184-195. Disponible en:

http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942011000200017&lng=es.

Recibido: 2 de enero del 2016.

Aprobado: 5 de febrero del 2016.

Dania Gisela Rodríguez Elías. Policlínico Docente Luis E. de la Paz. Yara. Granma, Cuba. E-mail: danigis@grannet.grm.sld.cu