Artículo de Investigación

Intervención educativa sobre conocimientos en relación a cambios biopsicosociales del envejecimiento

Educational intervention on knowledge related to biopsychosocial changes of aging

Elaine Hernández Ulloa^{1*} ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3740-4212>

Harold Shelton Borges² ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-9174-6778>

Yaime Duvergel Despaigne¹ ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-4457-1328>

¹Centro de Investigaciones sobre Longevidad, Envejecimiento y Salud (CITED). La Habana, Cuba.

²Policlínico Docente “Dr. Diego Tamayo”, municipio Habana Vieja, La Habana, Cuba.

*Autor para la correspondencia: eulloa@infomed.sld.cu

RESUMEN:

Introducción: El envejecimiento es un proceso progresivo e irreversible, de cambios físicos, psicológicos y sociales, que ocurren desde el nacimiento.

Objetivo: Evaluar la efectividad de una intervención educativa sobre el nivel de conocimientos que poseen los adultos mayores del Consultorio Médico de Familia # 1 perteneciente al Policlínico Docente “Dr Diego Tamayo”, municipio Habana Vieja, en relación a los cambios bio-psico-sociales que ocurren con el envejecimiento, durante marzo y noviembre de 2023.

Métodos: Estudio cuasi experimental de intervención educativa en 98 adultos mayores seleccionados por muestreo aleatorio simple pertenecientes al consultorio médico antes mencionado. Se aplicó Mini-Mental State Examination, Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage e Índice de Lawton, además de un cuestionario al inicio y al final de la capacitación. El programa tuvo 6 sesiones, con frecuencia semanal y una duración de 60

minutos, utilizando técnicas educativas. Los datos fueron procesados a través del paquete estadístico SPSS versión 22.0 y los resultados fueron plasmados en tablas de contingencia aplicándose la prueba de McNemar-Test.

Resultados: La población estudiada se caracterizó por ser del sexo femenino (54.08 %), entre los 70-79 años (42.85 %), color de piel negra (37.75 %), casados (42.85 %), jubilados (46.93%) y con niveles de educación medio-superior (26.53 %), hipertensos (63.26 %) y diabéticos (43.87 %). Se detectó un bajo conocimiento sobre los cambios que ocurren durante el envejecimiento antes de implementar el programa (36.73 %), el cual se elevó al 85.71 % una vez finalizado.

Conclusiones: La intervención educativa resultó efectiva para aumentar los conocimientos de los adultos mayores en relación al tema.

Palabras clave: Adultos mayores, intervención, conocimientos, cambios biológicos, psicológicos y sociales, envejecimiento.

ABSTRACT:

Introduction: Aging is a progressive and irreversible process of physical, psychological, and social changes that occur from birth.

Objective: To evaluate the effectiveness of an educational intervention on the knowledge level of older adults at Family Medical Office #1, part of the “Dr. Diego Tamayo” Teaching Polyclinic, in the municipality of Habana Vieja, regarding the biopsychosocial changes that occur with aging, during March and November 2023.

Methods: A quasi-experimental educational intervention study was conducted in 98 older adults selected by simple random sampling from the aforementioned medical office. The Mini-Mental State Examination, the Yesavage Geriatric Depression Scale, and the Lawton Index were administered, in addition to a questionnaire at the beginning and end of the training. The program consisted of six weekly sessions, each lasting 60 minutes, and used educational techniques. Data were processed using SPSS version 22.0, and the results were presented in contingency tables using the McNemar test.

Results: The study population was characterized as female (54.08 %), aged 70-79 (42.85 %), black (37.75 %), married (42.85 %), retired (46.93 %), with secondary-higher

education (26.53 %), hypertensive (63.26 %), and diabetic (43.87 %). Low awareness of the changes that occur during aging was detected before the program was implemented (36.73 %), which increased to 85.71 % once it was completed.

Conclusions: The educational intervention was effective in increasing older adults' knowledge on the topic.

Keywords: Older adults, intervention, knowledge, biological, psychological, and social changes, aging.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad el envejecimiento poblacional asume carácter universal y abarca a todos los países del mundo. Se reconoce que existe una marcada heterogeneidad de este proceso entre los países y se ha comprobado que cada realidad nacional adopta sus propias especificidades, las que se corresponden con la evolución histórica de la dinámica demográfica que presentan.⁽¹⁾

Cuba es uno de los países dentro de la región de Las Américas y el Caribe, con mayor índice de envejecimiento poblacional. En el 2021, el país incrementó su grado de envejecimiento de 14,1 a 21,6 %, y la población de 60 años y más es el único grupo de edad que crece en la actualidad, con incidencia de la población de 80 años y más. Para el 2030 estos indicadores oscilarán en el entorno del 30 % y para el 2050 en el 36 %. ^(2,3,4,5)

El envejecimiento es el proceso de llegar a viejo independientemente de la edad cronológica. Desde un punto de vista clínico-práctico, se acostumbra a diferenciar el “envejecimiento normal”, debido al transcurrir de los años, del “envejecimiento patológico” que se atribuye a causas originadas por enfermedades agudas y/o crónicas, factores ambientales, hábitos tóxicos (tabaquismo, alcohol y otras drogas), presencia de tumores, traumatismos físicos, estrés cotidiano y reacciones secundarias a fármacos, entre otros. Tanto uno como otro (independientemente de las causas predisponentes y desencadenantes) hacen referencia a los cambios físicos, bioquímicos, funcionales,

psicológicos y cognitivos que se producen, con mayor o menor rapidez, a partir de los 50 años de edad, en todas las personas. ⁽⁶⁾

En la población general y especialmente en las personas mayores existe un desconocimiento en relación a lo normativo y/o patológico al envejecer y puede generar una autopercepción inadecuada de los estados de salud. Esta autopercepción, pese a ser un indicador subjetivo, integra factores biológicos, sociales y psicológicos del individuo y resulta ser un buen predictor de morbilidad y mortalidad. ⁽⁷⁾

La educación en temas de salud física y mental es una herramienta imprescindible para disminuir los riesgos de depresión y otras afecciones psicosomáticas muy frecuentes en los adultos mayores, por tanto, es preciso diseñar e implementar desde la atención primaria de salud, estrategias, programas e intervenciones que fomenten una autopercepción adecuada de salud en la población mayor y que les permita asumir conductas responsables.

La investigación se fundamenta en el hecho de que el envejecimiento poblacional y los cambios bio-psico-sociales que ocurren en esta etapa de vida implican un reto para los sistemas de salud, en países tanto desarrollados como en vía de desarrollo.

En Cuba, se actualizan, renuevan y profundizan los niveles de atención y la valoración de los posibles escenarios, a partir de los presupuestos de acción de la Comisión gubernamental para la atención a la dinámica demográfica y el envejecimiento poblacional.⁽⁸⁾ En este sentido, la Atención Primaria de Salud (APS) constituye el primer eslabón de atención donde se conciben entre otros, servicios de promoción, prevención, educación y rehabilitación. ⁽⁹⁾ El desarrollo del Programa del Médico y Enfermera de la Familia es clave para orientar y tratar aquellas disfunciones propias del envejecimiento.

Las razones para llevar a cabo esta intervención giraron en torno a la identificación de los problemas de salud que afectan a los adultos mayores pertenecientes al consultorio No.1 del policlínico Docente "Dr Diego Tamayo" del municipio Habana Vieja de forma general, destacándose el desconocimiento de los cambios propios que ocurren con el

envejecimiento, el afrontamiento negativo asociado a los eventos vitales (jubilación, abuelidad, viudez) y dificultades para conversar estos temas en la familia.

A partir de estos planteamientos y las valoraciones hechas en el área de salud, se plantea la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuán efectiva será la aplicación de una intervención educativa para elevar el nivel de conocimientos sobre los cambios biopsicosociales que ocurren con el envejecimiento en adultos mayores del Consultorio Médico de Familia # 1, perteneciente al Policlínico “Dr Diego Tamayo” del municipio Habana Vieja, en el período de marzo a noviembre de 2023?

El objetivo de esta investigación es evaluar la efectividad de una intervención educativa sobre el nivel de conocimientos que poseen los adultos mayores del Consultorio Médico de Familia # 1 perteneciente al Policlínico Docente “Dr Diego Tamayo”

MÉTODOS

Se realizó un estudio no observacional cuasi-experimental (antes-después sin grupo de control) de intervención educativa comunitaria sobre el nivel de conocimiento en relación a los cambios bio-psico-sociales que ocurren durante el envejecimiento, en adultos mayores que pertenecen al Consultorio Médico Familia # 1 del Policlínico Docente “Dr Diego Tamayo”, municipio Habana Vieja, en el período de marzo a noviembre de 2023.

El universo de estudio estuvo conformado por los 116 adultos mayores pertenecientes al Consultorio Médico antes mencionado y la muestra incluyó 98 adultos mayores que se seleccionaron por muestreo aleatorio simple, no probabilístico, los cuales cumplieron con los criterios de inclusión, exclusión y salida.

Criterios de inclusión: Adultos de ambos sexos a partir de los 60 años de edad, pertenecientes al área de salud y ofrecer consentimiento de participar en la intervención.

Criterio de exclusión: Puntuaciones por debajo de los rangos normales en los test de screening aplicados. Presentar alguna discapacidad física o mental que imposibilite la participación. No desear continuar colaborando con el estudio.

Criterio de salida. No asistir a 2 o más encuentros programados. Traslados del área de salud.

La intervención se desarrolló en 3 etapas las cuales permitieron dar salida a los objetivos planteados.

❖ Primera Etapa: Diagnóstica

Se realizó la selección de los participantes con las firmas del consentimiento informado de los implicados y el diagnóstico inicial, evaluando el nivel de conocimientos sobre el tema a tratar. Se efectuó la revisión de las historias clínicas de salud y posteriormente fueron aplicados instrumentos de screening y entrevistas para valorar el estado cognitivo, afectivo y funcional de los participantes. Entre ellos:

-Mini-Mental State Examination: Evalúa orientación en tiempo y espacio, atención, cálculo, lenguaje y memoria inmediata y diferida. La puntuación máxima es de 30 en la versión original. ⁽¹⁰⁾ Para la investigación se tomaron en cuenta los puntos de corte propuestos para la población cubana. ⁽¹¹⁾

-Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage: Concebida para evaluar el estado afectivo de los ancianos. Se trata de un cuestionario de respuestas dicotómicas si / no, donde el sentido de las preguntas está invertido de forma aleatoria, con el fin de anular, en lo posible, tendencias a responder en un solo sentido. El marco temporal se debe referir al momento actual o durante la semana previa. La puntuación total corresponde a la suma de los ítems según la versión aplicada. ⁽¹²⁾ Para esta investigación se utilizó la versión abreviada de 15 ítems, donde de 0-5 puntos: indica No depresión, entre 6-9 puntos: Probable depresión y entre 10-15 puntos: Depresión establecida.

-Índice de Lawton: Diseñada para evaluar las capacidades funcionales de los ancianos según diferentes niveles de competencia, en particular la autonomía física e instrumental en la vida diaria. Es una escala heteroadministrada y el tiempo requerido para su cumplimentación es de aproximadamente cinco minutos. Consta de 8 ítems que valoran las siguientes actividades: utilizar el teléfono, realizar compras, preparar comidas, realizar

tareas domésticas, utilización de transporte, responsabilidad en la toma de medicamentos y capacidad para manejar dinero. Cada uno de los 8 ítems tiene cuatro posibles respuestas a las que se asigna el valor numérico 1 ó 0. La puntuación final es la suma del valor de todas las respuestas y oscila entre 0 y 8 puntos, diferenciándose la calificación final por sexo: Mujeres: (0 puntos dependencia total, 2-3 puntos dependencia grave, 4-5 puntos dependencia moderada, 6-7 puntos dependencia leve, 8 puntos independiente) Hombres: (0 puntos dependencia total, 1 puntos dependencia grave, 2-3 puntos dependencia moderada, 4 puntos dependencia leve, 5 puntos independiente).⁽¹³⁾

-Cuestionario: Diseñado por los investigadores para determinar el nivel de conocimientos de los participantes antes y después de la intervención. Para su confección se realizaron revisiones de instrumentos validados y utilizados en otros estudios, lo que permitió realizar preguntas similares. Consta de 10 preguntas cerradas con respuestas de Si o No, donde se le otorga un punto en caso de respuesta positiva. Se estableció una escala para determinar si el nivel de conocimientos alcanzado es adecuado o no, teniendo en cuenta los siguientes criterios: nivel de conocimientos adecuado en los casos en que respondan de forma correcta entre el 75% y 100% de las interrogantes y nivel de conocimiento inadecuado cuando respondan correctamente por debajo del 75%. Para la validación del mismo se aplicó una prueba piloto previamente a 20 personas mayores con el fin de determinar posibles ajustes; se comprobó que los enunciados fueran correctos, entendibles y de extensión adecuada. Se verificó la duración del mismo y, finalmente, se identificó la ausencia de rechazo a las preguntas o resistencias psicológicas.

❖ Segunda etapa: Diseño y aplicación de la intervención educativa.

La intervención se estructuró por sesiones de trabajo, cada una con tema, objetivos, contenidos a tratar y técnicas diferentes (charlas educativas, lluvia de ideas, juegos de roles, otras). Se desarrolló con una frecuencia semanal en un total de 6 semanas y con una duración de 60 a 90 minutos en función de las características de cada sesión en el horario de 1.00pm -2.00pm.

La muestra se dividió en cuatro grupos de intervención (22-25-23-28 participantes) para facilitar el trabajo grupal. Se utilizó un local del policlínico antes mencionado con condiciones necesarias para el trabajo grupal: espacio físico, iluminación adecuada, clima agradable, mobiliario confortable.

❖ Tercera etapa: Evaluación final de la intervención.

Luego de concluida la implementación de la intervención educativa se procedió a la evaluación de la efectividad de la intervención, aplicando el cuestionario utilizado en la etapa diagnóstica y comparando los resultados antes y después de la intervención.

Los criterios de efectividad fueron evaluados a partir de un porcentaje de variación. Se consideró que la intervención educativa es efectiva siempre que el resultado del porcentaje de variación de un 30 % o más.

Se empleó el procesador estadístico profesional *StatisticalPackagefor Social Science* (SPSS), versión 22.0 para la confección del fichero y obtener la distribución de frecuencia, y porcentajes. Para el análisis comparativo que contempla el estudio (antes y después) se aplicó el test de McNemar, considerando un nivel de significación $p < 0,05$ (95 % de nivel de confianza). Los resultados se representaron en tablas.

La investigación se realizó, teniendo presente los criterios de Helsinki ⁽¹⁴⁾ y fue aprobada por el Comité de Ética Médica y el comité científico de las instituciones que intervienen en su ejecución. Se tuvo presente como premisa fundamental la obtención de un consentimiento informado en todos los implicados.

RESULTADOS

En la tabla 1 se observa la distribución de la muestra según variables sociodemográficas. En ella se puede constatar que en la población estudiada existe un predominio de habitantes en el grupo de edades entre 70 y 79 años (42.85 %) y del sexo femenino (54.08%). Del total, el 37.75% son de piel negra, el 46.93 % son jubilados, casados (42.85%) y el 26.53 % tienen un nivel educacional medio y medio superior.

Tabla 1. Distribución de la muestra según variables sociodemográficas.

Variables	Escalas de Clasificación	N (%)
Grupo de edades	60-69 años	33 (33.67)
	70-79 años	42 (42.85)
	≥ 80 años	23 (23.46)
Sexo	Femenino	53 (54.08)
	Masculino	45 (45.91)
Color de la piel	Blanca	29 (29.59)
	Negra	37 (37.75)
	Mestiza	32 (32.65)
Escolaridad	Analfabeto	7 (7.14)
	Primaria	12 (12.24)
	Secundaria	16 (16.32)
	Enseñanza técnico-profesional	26 (26.53)
	Preuniversitario	18 (18.36)
	Universitario	19 (19.38)
Estado civil	Soltero/Nunca se ha casado	23 (23.46)
	Casado/unión consensual	42 (42.85)
	Viudo	21 (21.42)
	Separado/Divorciado	12 (12.24)
Ocupación	Jubilado	46 (46.93)
	Reincorporado	16 (16.32)
	Ama casa	28 (28.57)
	Trabajador por cuenta propia	8 (8.16)

La tabla 2 muestra la distribución de las comorbilidades que presentan los participantes en el momento de la investigación. Se puede observar que existe un predominio de Hipertensión arterial (63.26 %), seguido de Diabetes Mellitus (43.87%) entre otras.

Tabla 2. Distribución de la muestra según comorbilidades.

Variable	No (%)
Hipertensión arterial	62 (63.26)
Diabetes mellitus	43 (43.87)
Asma bronquial	12 (12.24)
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	9 (9.18)
Enfermedad cardiovascular	17 (17.34)
Deterioro Cognitivo	21 (21.42)
Depresión	26 (26.53)
Obesidad	23 (23.73)
Tabaquismo	32 (32.65)
Otras	9 (9.18)

En la tabla 3 se muestran los conocimientos que presentan los sujetos de estudio sobre cambios biológicos durante el envejecimiento. Antes de la acción educativa el 63.26 % de los participantes poseían conocimientos inadecuados sobre el tema, situación que varió radicalmente, pues al finalizar la intervención se alcanzó un 82.65 % de conocimientos adecuados, lo cual tuvo una significación estadística ($p < 0,05$).

Tabla 3. Distribución de la muestra según el nivel de conocimiento sobre cambios biológicos durante el envejecimiento antes y después de la intervención educativa.

Nivel de conocimiento	Antes	Después
	N (%)	N (%)
Adecuado	36 (36.73)	81 (82.65)
Inadecuado	62 (63.26)	17 (17.34)
Total	98 (100.0)	98 (100.0)

$p < 0,05$

La tabla 4 exhibe la frecuencia de respuestas sobre los conocimientos en relación a los cambios psicosociales que ocurren durante el envejecimiento. En ella se puede observar que antes de la intervención, solo el 26.53 % de los adultos mayores referían tener un adecuado nivel de conocimientos en este tema, cifras que son modificadas significativamente al concluir la intervención, con el 88.77 %.

Tabla 4. Distribución de la muestra según el nivel de conocimiento sobre cambios psico-sociales durante el envejecimiento antes y después de la intervención educativa.

Nivel de conocimiento	Antes	Después
	N (%)	N (%)
Adecuado	26(26.53)	87 (88.77)
Inadecuado	72 (73.46)	11 (11.22)
Total	98 (100.0)	98 (100.0)

$p < 0,05$

En la tabla 5 se visualizan los conocimientos generales sobre los cambios bio-psico-sociales que ocurren durante el envejecimiento. En ella se observa que solo el 36.73 % de los participantes poseían conocimientos adecuados sobre el tema, mientras que más de la mitad de la muestra (63.26 %) tenían conocimientos inadecuados antes de la acción educativa. Posterior a esta las cifras en relación al conocimiento adecuado aumentó a 85.71 %. Teniendo en cuenta el resultado del test de McNemar calculado, se puede afirmar que los resultados constatados en el después son estadísticamente significativos con los encontrados en el antes.

Tabla 5. Conocimientos generales sobre cambios bio-psico-sociales que ocurren durante el envejecimiento antes y después de la intervención.

Nivel de conocimientos	Antes No (%)	Después No (%)
Adecuado	36 (36.73)	84 (85.71)
Inadecuado	62 (63.26)	14 (14.28)
Total	98 (100.0)	98 (100.0)

$p < 0,05$

DISCUSIÓN

Las intervenciones educativas en la vejez son numerosas y han experimentado un éxito discordante en el logro de metas de prevención y control de enfermedades crónicas no transmisibles. Esto se debe a imprecisiones en las formas de evaluar las intervenciones más útiles en el proceso de aprendizaje para el cambio de prácticas y conductas de riesgo. Aun así, la mayoría de los estudios realizados concluyen que la educación para la salud en ancianos mejora la adhesión a expresiones de vida saludable. ^(15,16,17,18)

La Encuesta Nacional de Envejecimiento de la Población (ENEP-2017) proporciona una valiosa fuente de información sobre las características de las personas mayores en Cuba. Los resultados de la presente investigación armonizan con dicha encuesta destacando la correspondencia en relación a la edad (mayores de 70 años), sexo (carácter femenino del proceso de envejecimiento cubano), color de la piel (población negra predominante), educación (nivel medio y alto de instrucción) y ocupación (jubilados). ⁽³⁾

Con relación al estado conyugal, en dicha encuesta nacional, se encontró que con el aumento de la edad (de 75 años y más) predomina el estado de viudez (41,9 %) y las personas casadas o unidas son el 40,2 %. Los hombres que se encuentran sin pareja representan el 32,9 %, en comparación con el 49,6 % en las mujeres, que se eleva al 73,6 % a partir de los 75 años. ⁽³⁾ En este sentido, los datos encontrados en la presente

investigación difieren, ya que predomina en esta área de salud las personas mayores casadas con el 42.85 % del total.

Con relación a la salud, existe un porcentaje elevado de comorbilidades en la población mayor cubana. El 80,6 % de las personas mayores en Cuba padece al menos una enfermedad crónica; siendo la hipertensión arterial la enfermedad crónica que más afecta a estas personas, seguido de la diabetes tipo II y cardiopatía isquémica.⁽³⁾ Estos datos se corresponden a los encontrados en la población de la comunidad Habana Vieja estudiada, unido a un porcentaje significativo de personas que presentan deterioro cognitivo leve (21.42 % del total). A criterio de los autores, esta alteración de salud identificada a través del Folstein-Folstein test como prueba de pesquisaje, resulta un foco de alerta para los especialistas; siendo necesario distinguir con otros instrumentos de evaluación, el deterioro cognitivo de la pérdida de habilidades cognoscitivas y de orientación inherentes a la mayoría de edad, como parte del envejecimiento normal, o como una entidad clínica y paso previo a una demencia.

Otra comorbilidad presente en la muestra estudiada es la depresión. Esta condición un impacto negativo en la calidad de vida de la persona mayor y su familia, así como su asociación con desenlaces adversos a la salud en este grupo de edad.^(19,20) La depresión debe ser tomada en cuenta ya que no es poco frecuente que las causas del síndrome estén relacionadas con el desconocimiento que existe en la población sobre los cambios que ocurren en esta etapa de vida y los afrontamientos negativos en relación a los mismos.

La actual investigación mostró que existía un desconocimiento en la población estudiada en relación al proceso de envejecimiento y los cambios biológicos, psicológicos y sociales que ocurren antes de la acción educativa, por tanto, puede repercutir en la autopercepción de salud que posean los adultos mayores. Este indicador de salud (autopercepción) aunque no fue medido es de esperar que sea modificado, pues al finalizar la intervención educativa el nivel de conocimientos adecuados en relación al tema varió significativamente.

La bibliografía consultada en relación a estrategias de intervención sobre el tema en cuestión resulta insuficiente; según la búsqueda bibliográfica se divulgan investigaciones que evalúan la eficacia de intervenciones educativas en relación al envejecimiento activo y calidad de vida, autocuidado, estilos de vida saludables, ^(21,22,23) entre otros, sin embargo, la exploración en relación a los niveles de conocimientos sobre cómo se envejece y la educación como recurso para elevar los mismos aun es escasa, situación ésta que limita la discusión de los resultados alcanzados en estudio que se presenta.

El proceso de envejecimiento se asocia a diversos cambios, muchos de los cuales pueden alterar las habilidades de adaptación al entorno. El declive funcional es progresivo e inevitable, las capacidades físicas y mentales se deterioran paulatinamente, por lo que se relaciona a la vejez con un estado de vulnerabilidad, tendente a la enfermedad, a la debilidad y la dependencia, en la que no es difícil que ocurran situaciones negativas en múltiples niveles de la salud (exclusión social y deterioro cognitivo). En un contexto así, la voluntad necesaria para cambiar los hábitos puede estar reducida al mínimo. Sin embargo, este sombrío escenario dista de ser una realidad en la mayoría de los ancianos. La evidencia demuestra que se mantienen preocupados por su salud y que son capaces de cambiar rutinas y conductas cuando se les informa y capacita de manera adecuada. ⁽²⁴⁾

La salud es un aspecto clave dentro de la calidad de vida en la vejez. Según como los ancianos perciban su propio estado de salud y las acciones que realicen para el control de sus enfermedades, se determina de forma subjetiva la propia calidad de vida y se marcan pautas sobre la manera de vivir. ^(16, 25)

Ejemplo de ello es un estudio de Sainz-de Murieta y cols., donde fue evaluada la adhesión a un subtipo de alimentación (dieta mediterránea) en 41 ancianos (mediana de 79 años de edad, 80.5 % mujeres) después de una intervención nutricional basada en procesos educativos durante 3 meses (sesiones de educación grupal y una entrevista motivacional individual). Los resultados del estudio concluyen que la intervención basada en educación nutricional individual y grupal consiguió una mejoría significativa en diversos parámetros de adhesión a un patrón de dieta. ⁽¹⁵⁾

Las intervenciones educativas resultan de interés, en tanto posibilite un mejor auto-conocimiento respecto de las características del envejecimiento y las determinaciones tanto biológicas como psicosociales entre lo que podrían considerarse normales de aquellas que no lo son. Este binomio funciona como un criterio clasificatorio entre lo saludable y lo no saludable.

De ahí la importancia de programas de intervención adecuados para promover los afrontamientos a eventos como la abuelidad, la jubilación, la viudez y asumir actitudes positivas en relación a la sexualidad, la participación social, fomentando una mayor motivación, autonomía y habilidades funcionales.

A través de la educación se promueven hábitos de vida saludable, y aunque a medida que la edad avanza algunas capacidades cognitivas menguan, estas carencias se compensan, incluso disminuyen si se mantiene activa la capacidad de conocimiento, las expectativas de aprendizaje y se recibe el beneficio de la confianza y seguridad que aporta cada enseñanza. ⁽²⁶⁾

La investigación presentada constituye una muestra de cuánto puede lograrse con programas o estrategias de intervención, de marcado carácter educativo, científico y metodológico para elevar el nivel de conocimientos en este y otros temas puntuales de salud. Sin embargo, presenta limitaciones en el alcance de los resultados.

Un por ciento de adultos mayores incluidos en la investigación presentó deterioro cognitivo, lo que trae aparejado dificultades en las habilidades de comprensión. Por tales motivos en la evaluación e intervención realizada, a algunos de ellos, fue necesario utilizar niveles de ayuda y potenciar la Zona de Desarrollo Próximo como recurso psicológico para lograr resultados satisfactorios. Aunque la investigación tuvo en cuenta estas limitaciones, puede ser un sesgo en los resultados obtenidos

Se debe señalar que el acceso a la bibliografía actualizada en relación al tema resultó otra importante limitación del estudio, pues la discusión de los resultados pudo ser más

variada y profunda de contar con artículos publicados recientemente. Los autores consideran que la carencia de publicaciones en relación al tema durante los últimos cinco años puede estar relacionada con la situación pandémica provocada por la Covid-19, lo que limitó en alguna medida, la realización de estudios de intervención educativa a nivel primario, además de las creencias que existen en la comunidad científica en relación al conocimiento que posee la población general sobre cómo se envejece, especialmente los cambios relacionados con la esfera psicosocial.

Se considera que a pesar de estas limitaciones, los resultados de la investigación revelan a los especialistas en Medicina General Integral un cambio del paradigma de profesión; al permitir una comunicación fluida y directa en la realización de trabajos de promoción de salud en la comunidad; pues la educación para la salud como estrategia en la promoción de salud se ha constituido en una forma de enseñanza que pretende conducir al individuo y a la colectividad a un proceso de cambio de actitud y de conducta, con el objetivo de lograr un mejoramiento de sus condiciones de salud, propiciando un incremento de las prácticas y actitudes de los adultos mayores sobre estilos de vida.

CONCLUSIONES

En la década del “Envejecimiento Saludable” donde la población adulta mayor prevalece en las comunidades cubanas, resulta imprescindible realizar intervenciones efectivas que faciliten la interacción social y promuevan aptitudes y actitudes de adaptación al cambio desde el empoderamiento y la promoción de la autonomía personal.

REFERENCIAS

1. Stampini M, Aranco N, Ibararán P, Medellín, N. et al. Panorama de envejecimiento y dependencia en América Latina y el Caribe. División de Protección Social y Salud, BID. 2018. Disponible en: <https://publications.iadb.org/es/datos-asociados-al-panorama-deenvejecimiento-y-dependencia-en-america-latina-y-el-caribe>

2. Colectivo de autores. Envejecimiento saludable en Cuba. [Internet]. Cintra Cala D, Fernández Seco AE, coordinadores. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2022. Disponible en: <http://www.bvscuba.sld.cu/libro/envejecimiento-saludable-en-cuba>
3. Centro de Estudios sobre Población y Desarrollo-Oficina Nacional de Estadísticas e Información (CEPDE-ONEI). Encuesta Nacional de Envejecimiento de la Población 2017. Informe de resultados, Cuba, 2019. Disponible en: http://www.onei.gob.cu/sites/default/files/0.enep-2017_documento_completo_0.pdf
4. Centro de Estudios sobre Población y Desarrollo-Oficina Nacional de Estadísticas e Información (CEPDE-ONEI). Anuario Demográfico de Cuba. 2019, 2020. Disponible en: <http://www.onei.gob.cu/publicaciones/cepde>
5. MINSAP. Dirección de Registros Médicos y Estadísticos de Salud. Anuario estadístico de salud 2021. La Habana, 2021. ISSN Versión Electrónica 1561-4433.
6. Timiras PS. Bases fisiológicas del envejecimiento y geriatría. Editorial Masson. Barcelona. 1997.
7. Bayarre H, Alvarez M, Pérez J, Pría M, Rodríguez L. Enfoques, evolución y afrontamiento del envejecimiento demográfico en Cuba. Rev Panam de Salud Pública [Internet]. 2018; 42(21): [aprox. 17 p.]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34891>
8. Partido Comunista de Cuba (PCC). Lineamientos de la Política Económica y Social del Partido y la Revolución para el periodo 2016-2021. 2017; Disponible en: <http://www.granma.cu/file/pdf/gaceta/Lineamientos2016-2021Versionfinal.pdf>
9. Carías Díaz JA. El Sistema de Salud, con su necesaria pieza en la Atención Primaria de Salud. Rev cuba med gen integr [Internet]. 2021; 37(2):[aprox. 4 p.]. Disponible en: <http://www.revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/1698>

10. Folstein, M., Folstein, S., McHugh, P. Mini-Mental State. A practical method of grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 1975. 12(3): 189–198.
11. Ginarte YA et al. Valores normativos del Mini-Mental State para en adultos mayores cubanos. *Revista Hospital psiquiátrico de La Habana*. 2011. Disponibles en: <http://www.revistahph.sld.cu/>
12. Rodríguez-Vargas Malvin, Rodríguez-Ricardo Annalié, Rojas-Pupo Livia Leticia. Confiabilidad de la versión española del cuestionario de Yesavage abreviado en adultos mayores cubanos. *AMC* [Internet]. 2022; 26. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552022000100025&lng=es.
13. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*, 1969. 9: 179–186.
14. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Seúl, Corea: 2013.
15. Sainz-de Murieta, Beitia-Berrotaran, Zazpe, Lasheras, Bes-Rastrollo, Evaluación de una intervención nutricional en personas mayores: el Proyecto Edumay Nutrición Hospitalaria. 2014. 30 (1), 132-139.
16. Díaz Ramos, Gaxiola-Jurado, Fraga-Ávila, Zúñiga-Barba, Leal-Mora. Educación para la salud: envejecimiento exitoso a través del aprendizaje. *Revista de Educación y Desarrollo*, 2016. 38 (3), 25-32
17. Colectivo de autores. Guía práctica: Salud mental y bienestar para personas mayores. Santiago de Chile. 2021.
18. Directrices de la OMS sobre intervenciones de autocuidado para la salud y el bienestar, revisión 2022: resumen ejecutivo [WHO guideline on self-care interventions for

health and well-being, 2022 revision: executive summary] ISBN 978-92-4-005225-3 (versión electrónica)

19. Vellas B, Cesari M, Li J, Rodríguez-Mañas L, Castro M. El Libro Blanco de la Fragilidad. Madrid: IAGG e SEMEG, 2016. Disponible en: <http://www.semeg.es>

20. Asociación Americana de Psiquiatría. Manual estadístico de los Trastornos mentales DSM-5. España: Panamericana. 2015

21. Suárez Álvarez DC. Efecto de la intervención educativa en el autocuidado del adulto mayor. TESIS 2019. Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí. Ecuador

22. Azcuy Aguilera L, Valdés Hernández VA, Camellón Pérez A, Roque Doval Y, Borges machin Ay, Zurbano Cobas L. Intervención Educativa comunitaria para un envejecimiento activo y con calidad de vida. EDUMECENTRO [Internet]. 2021; 13(3):81-101. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttex&pid=S2077-28742021000300081&Ing=es

23. Hernández Pérez, R; Molina Borges, M; Hernández Sánchez, Y; Lemus Lima, E; Hernández Núñez, A; González Silió, D. Efectividad de intervención educativa sobre estilos de vida en adultos mayores. Nueva Paz 2019-2020. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Técnica de Manabí. Portoviejo, Ecuador. 2021;5(1):29-37

24. Valdez-Mora, I; Alejo Torres, M; Meza Calleja, A; Ortega Medellín, M. Aspectos subjetivos de la calidad de vida en personas mayores. Revista de Educación y Desarrollo, 2013. 27, 15-24.

25. Suárez, Z. A., & Obando-Téllez, P. J. Sistematización de una estrategia metodológica: intervención físico – psico-afectivo en el adulto mayor desarrollada por los estudiantes de enfermería, cohorte 2018-2020. Revista Electrónica De Conocimientos, Saberes Y Prácticas, 2021. 4(2), 68-82. <https://doi.org/10.5377/recsp.v4i2.13388>

26. Juliano, R. (Comp.). Vejez y envejecimiento. Aportes para la investigación y la intervención con adultos mayores desde las ciencias sociales, la psicología y la educación. La Plata: Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. (Andamios; 6. Serie Perspectivas). 2019. Recuperado de <https://www.libros.fahce.unlp.edu.ar/index.php/libros/catalog/book/152>

Agradecimientos

A los adultos mayores y sus familiares y a todas las personas que hicieron posible la investigación.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Contribuciones de los autores

Elaine Hernández Ulloa: Conceptualización, curación de datos, investigación, visualización, redacción - borrador original, redacción - revisión y edición. Aprobó la versión final del manuscrito.

Harold Shelton Borges: Investigación, Curación de datos, revisión y edición. Aprobó la versión final del manuscrito.

Yaime Duvergel Despaigne: Investigación, Curación de datos, revisión y edición. Aprobó la versión final del manuscrito.