

María Victoria Quintero Cruz¹
 Nereya Figueroa Solano²
 Floralinda García Puello³
 Mariela Suárez Villa⁴

1. Fisioterapeuta. Especialista en Gerencia en Salud y Seguridad Social. Magíster en Actividad Física, Entrenamiento y Gestión Deportiva. Docente e investigadora de la Universidad Simón Bolívar. Barranquilla. Colombia.
2. Enfermera. Magíster en Salud Pública, candidata a especialización en Estadística Aplicada. Docente de la Universidad Simón Bolívar. Barranquilla. Colombia.
3. Fisioterapeuta. Especialista en Ortopedia. Magíster en Salud Pública. Docente e investigadora de la Universidad Simón Bolívar. Barranquilla. Colombia.
4. Enfermera. Especialista en Gerencia en Salud y Seguridad Social. Magíster en Educación. Docente e investigadora de la Universidad Simón Bolívar. Barranquilla. Colombia.

Correspondencia:

María Victoria Quintero Cruz
 Universidad Simón Bolívar
 Carrera 59 N.º. 59-65
 Barranquilla. Colombia
 Tel.: 3173733789
 Correo electrónico: mquintero1@unisimonbolivar.edu.co

Recibido el 27 de julio de 2016; aceptado el: 2 de noviembre de 2016

Educación sanitaria para la calidad de vida y empoderamiento de la salud de personas mayores

Health education for quality of life and health empowerment of elderly

RESUMEN

Objetivo: Determinar cambios en la calidad de vida relacionada con la salud y empoderamiento de la salud en un grupo de adultos mayores al aplicar un programa educativo.

Método: Estudio cuasi experimental, en un grupo experimento de 52 adultos mayores. Se evaluó la calidad de vida relacionada con la salud y el empoderamiento de la salud antes y después de un programa educativo relacionado con las enfermedades no transmisibles, basado en las guías metodológicas diseñadas por las investigadoras, y aplicado durante 8 semanas.

Resultados: Se encontró que un 38% de las personas presentaron riesgo cardiovascular moderado y un 33% riesgo alto/extremo; el 58% presentó hipertensión, el 20% diabetes mellitus de tipo 2 y el 8% reportó dislipidemia. En la calidad de vida relacionada con la salud se observaron cambios favorables en las dimensiones de actividades sociales ($p = 0,049$), cambio en el estado de salud ($p = 0,004$), estado de salud ($p = 0,045$), dolor ($p = 0,43$) y puntuación total de las viñetas COOP WONCA ($p = 0,005$). En los cambios ocurridos en el empoderamiento de la salud se encontró significación estadística en la dimensión “Me conozco lo suficiente para escoger lo que más conviene a mi salud” ($p = 0,006$).

Conclusiones: Los resultados indican que la educación sanitaria sobre las enfermedades no transmisibles mejora la calidad de vida relacionada con la salud y aportan al empoderamiento de la salud en las personas mayores.

PALABRAS CLAVE: salud, promoción de la salud, enfermedad crónica, adulto mayor, empoderamiento.

(Fuente: Biblioteca virtual DeCS y CLACSO)

ABSTRACT

Objective: To determine changes in quality of life related to health and health empowerment in a group of elderly people by applying an educational program.

Method: quasi-experimental study, in a group of 52 seniors. The quality of life related to health and health empowerment before and after the educational program related to noncommunicable diseases was evaluated, basing on methodological guidelines designed by the researchers, and applying it for eight weeks.

Results: It was found that 38% of people had moderate cardiovascular risk, 33% high / extreme risk; 58% had hypertension, 20% diabetes mellitus type 2, and 8% reported dyslipidemia. In the quality of life related to health favorable changes were observed in the dimensions of social activities ($p = 0.049$), change in health status ($p = 0.004$), health status ($p = 0.045$), pain ($p = 0,43$) and total score of the COOP WONCA ($p = 0.005$). On changes in health empowerment, it was found statistical significance in the dimension “I know me enough to choose what is the best for my health” ($p = 0.006$).

Conclusions: The results show that health education on chronic noncommunicable diseases improve the quality of life related to health and contribute to the empowerment of health in the elderly.

KEYWORDS: health, health promotion, chronic disease, elderly, empowerment.

(Source: CLACSO and DeCS Virtual Library)

■ INTRODUCCIÓN

Las enfermedades no transmisibles (ENT) representan un desafío para la salud y el desarrollo de poblaciones en el siglo XXI. Estas enfermedades suelen asociarse a personas mayores de 60 años y constituyen la principal causa de muerte en el mundo. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el 68% de las defunciones registradas en 2012 fueron por ENT, más del 40% de ellas fueron muertes ocurridas antes de los 70 años de edad y la mayoría de los fallecimientos prematuros (82%) se produjeron en países de bajo y mediano ingreso⁽¹⁾.

La literatura científica evidencia que las ENT se encuentran asociadas a modos de vida poco saludables, y se manifiestan en forma de tensión arterial elevada, aumento de la glucosa sanguínea, hiperlipidemia, y obesidad⁽²⁾; así mismo, las ENT se encuentran asociadas al envejecimiento y a la vejez. El grupo poblacional de los mayores de 60 años es determinante en la prevalencia de las ENT, ya que por primera vez en la historia, la mayor parte de la población tiene una esperanza de vida igual o superior a los 60 años, y se espera que para el año 2050, la población mundial en esa franja de edad llegue a los 2000 millones⁽³⁾.

En América Latina y el Caribe, las ENT son la principal causa de mortalidad prematura en la región, son responsables de siete de cada diez muertes entre las personas de 70 años y más, y causan sufrimiento y discapacidad, según fuentes oficiales de la Organización Panamericana de la Salud (OPS)⁽⁴⁾. En Colombia, la mortalidad por ENT ha representado más del 25%^(5,6).

La OMS, a mediados del siglo XX, establece directrices para la atención primaria en salud (APS) descrita en la Carta de Ottawa⁽⁷⁾, la cual plantea la importancia de la comunicación en la educación sanitaria⁽⁸⁾, convirtiéndose en un pilar fundamental del personal sanitario para el tratamiento de las ENT. Así mismo, en el interior de esta estrategia se enmarca el concepto de empoderamiento de la salud, el cual se refiere a las habilidades que permiten al paciente convertirse en responsable de tomar las decisiones para el control diario de sus problemas de salud. Este concepto, fuertemente enraizado en las ciencias sociales, está siendo incluido como parte de la intervención sanitaria actual, para mejorar con ello la percepción de la persona sobre la capacidad de mantener su salud. En el caso de los adultos mayores, el empoderamiento promueve el bienestar, los hábitos saludables y sus relaciones sociales⁽⁹⁾.

Otro concepto trascendental en el ámbito de la promoción de la salud es el de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), entendiendo esta como la percepción subjetiva, influenciada por el estado de salud actual, de la capacidad para realizar aquellas actividades importantes para el individuo. Diversos estudios han demostrado que la CVRS de los adultos mayores está asociada a la mayoría de edad, la morbilidad, el consumo de medicamentos, la capacidad funcional, el sexo y la autonomía, entre otros⁽¹⁰⁾.

Tanto a nivel académico como de los diferentes entes relacionados con la salud de las personas mayores, se ha discutido mucho sobre la necesidad de capacitarlos para que tomen decisiones informadas sobre su salud, y así mismo para probar las intervenciones dirigidas a la promoción y empoderamiento de la salud. Se ha sugerido que trabajar bajo un enfoque de empoderamiento puede fomentar la participación de un adulto mayor en las decisiones de cuidado de la salud y promover resultados positivos de salud⁽¹¹⁾.

Chang y cols. estudiaron el efecto de una intervención de empoderamiento sobre el comportamiento sedentario, la actividad física y la salud psicológica de los adultos mayores coreanos con hipertensión arterial, durante 8 semanas. Los resultados de este estudio sugieren que son más eficaces las intervenciones con empoderamiento que la simple información⁽¹²⁾.

La presente investigación surge como respuesta a las necesidades sanitarias planteadas por diversos gestores relacionados con el bienestar del

adulto mayor en la ciudad de Barranquilla, como son las instituciones de educación superior, secretarías de salud departamental y distrital, ONG que trabajan con y por las personas mayores, y asociaciones de personas mayores, los cuales desde el ámbito de la salud evidenciaron la necesidad de intervenir el tema de las ENT en esta población y de desarrollar estrategias que propendieran por el mejoramiento de sus niveles de calidad de vida.

En atención a la situación anteriormente descrita, la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Simón Bolívar de Barranquilla, y su programa institucional de Extensión y Proyección Social “Años de Plenitud”, desarrolló este trabajo en alianza con entidades gubernamentales y no gubernamentales.

■ OBJETIVO

Determinar los cambios ocurridos en la CVRS y el empoderamiento de la salud en un grupo de adultos mayores al aplicar un programa educativo.

■ MATERIALES Y MÉTODO

Se realizó un estudio cuasi experimental, en el cual se contó con un solo grupo experimento conformado por personas mayores adscritas a un centro de vida en la localidad sur occidente de la ciudad de Barranquilla, cuya población está constituida por 60 sujetos de los cuales 52 participaron en la investigación. Las 8 personas restantes no formaron parte del estudio porque no cumplieron los criterios de inclusión, los cuales consistían en que las personas fueran asistentes regulares al centro de vida, que no tuvieran limitaciones cognitivas que le impidieran entender y acatar órdenes y que aceptaran participar en el estudio, para lo cual firmaron el consentimiento informado.

El estudio se desarrolló a través de tres fases: una fase inicial de diagnóstico o pretest; una fase de intervención, y una fase de evaluación final o postest. Durante la fase inicial de diagnóstico, se realizó la recolección de los datos utilizando diversas escalas, como la escala de empoderamiento sobre la salud para adultos mayores (anexo 1), la cual es una adaptación de la escala de empoderamiento para la diabetes versión corta, realizada por Serrani, con una validez de contenido para la escala y para los ítems de 0,98 y 1,0, respectivamente. Consta de 8 ítems puntuados con una escala tipo Likert de 5 puntos que van desde 5 (fuertemente de acuerdo) a 1 (fuertemente en desacuerdo); a mayor puntuación mayor nivel de empoderamiento relacionado con la salud⁽⁹⁾.

Para evaluar la CVRS se aplicaron las viñetas COOP WONCA (anexo 2), instrumento desarrollado en Estados Unidos por médicos comunitarios en atención primaria y que tiene una equivalencia al cuestionario de salud SF-36. Consta de siete láminas que evalúan forma física, sentimientos, actividades sociales, actividades cotidianas, cambio en el estado de salud, estado de salud y dolor. Cada lámina tiene cinco opciones de respuesta, siendo uno mejor calidad de vida y cinco peor calidad de vida⁽¹³⁾. La fiabilidad test-retest (a las 2 semanas) de las láminas COOP/WONCA, evaluada por medio de los coeficientes de Spearman, varía en 0,52-0,72 en la versión española⁽¹⁴⁾.

La fase de intervención se desarrolló a través de un programa educativo diseñado por profesionales de medicina, fisioterapia y enfermería; este fue validado por expertos y aplicado por estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Simón Bolívar, los cuales fueron capacitados sobre el manejo de dicho programa. El programa estaba

conformado por cuatro guías metodológicas enfocadas hacia la educación en salud y el autocuidado de cuatro problemas de salud prioritarios en la etapa de la vejez: hipertensión arterial, diabetes mellitus, sobrepeso/obesidad y dislipidemia, desde una mirada interdisciplinaria, para la cual se propuso un objetivo común, a saber: orientar y empoderar a las personas mayores que padecen hipertensión, diabetes, sobrepeso/obesidad y dislipidemia sobre la importancia que tiene el autocuidado y los cambios en el estilo de vida para la recuperación y mantenimiento de la calidad de vida relacionada con la salud.

Estas guías se programaron con una intensidad de 8 semanas, con una frecuencia de dos sesiones semanales y una duración de 1 hora por día para un total de 16 sesiones.

Cada una de las guías metodológicas contenía tres componentes fundamentales: sensibilización, capacitación y evaluación. El componente de sensibilización tenía una duración de 10 minutos; empezaba con la socialización de los objetivos y propósitos de la guía e incluía una fase previa interactiva entre facilitadores y participantes para identificar los conocimientos y creencias de los adultos mayores acerca del tema a tratar. El componente de capacitación tenía una duración de 40 minutos y se desarrolló a través de dos fases: fase teórica y fase práctica. La fase teórica constaba de diversas estrategias como el rotafolio (10 minutos) y video foro (10 minutos). A través de estas, se explicaba de forma sencilla la etiología y fisiopatología de la enfermedad a tratar, así como los riesgos de cada enfermedad; en segundo lugar se dieron a conocer los cuidados necesarios para prevenir o evitar complicaciones, dando respuesta a la pregunta ¿cómo me cuido?; aquí se incluyó el autocuidado respecto a la alimentación, consumo de medicamentos y controles a seguir. Se puso énfasis en la forma en que los participantes representaban estos conocimientos en un contexto entreverado por lo cultural, lo social y lo educativo, dimensionándolo como fortalezas para la ejecución de cada uno de los procesos educativos impartidos a la población⁽¹⁵⁾. La fase práctica constaba de un taller de ejercicios físicos (20 minutos). Se resalta que este incluía las fases de calentamiento, ejercicios específicos para fuerza, resistencia y flexibilidad, y finalizaba con enfriamiento.

El componente de evaluación tenía una duración de 10 minutos y se desarrolló a través de diversas actividades lúdicas con el fin de afianzar los conocimientos aprendidos y lograr el empoderamiento de los participantes en la temática tratada. Las principales actividades realizadas fueron: el *role playing*, sociodrama, actividades y juegos grupales como: el puente está quebrado, la escalera saludable, concéntrense y la figura del gordo. Cada juego o actividad incluía la aclaración de dudas e inquietudes acerca del tema central propuesto por la guía.

Al finalizar las 16 sesiones se realizó la evaluación posttest, en la cual se aplicaron los instrumentos utilizados en la fase inicial de diagnóstico.

Los datos se organizaron y analizaron con el programas Excel y el *software* SPSS versión 17 (licencia de la Universidad Simón Bolívar), realizando análisis estadísticos univariados y bivariados. Se realizó la prueba de Kolmogórov-Smirnov (K-S) para verificar la normalidad de los datos pre y post del grupo experimental. Luego se realizó la prueba para la diferencia de medias del pre y el posttest utilizando la prueba *t* de Student para muestras relacionadas, ya que la prueba de K-S indicaba normalidad. La significación estadística estuvo determinada por el valor de $p < 0,05$.

Para el desarrollo de esta investigación se tuvieron en cuenta los lineamientos nacionales e internacionales para la investigación con seres humanos: Declaración de Helsinki y Resolución 08430 del Ministerio de Salud de Colombia.

■ RESULTADOS

En los resultados se observa que el género de mayor frecuencia es el femenino con el 81%, la edad media es de 67 años, el estado civil más común es ser casado o vivir en unión libre con el 54%, y el nivel de escolaridad más comúnmente alcanzado es la educación primaria con el 67%. En cuanto a los hábitos de consumo, el 23% consume alcohol, mientras que el 10% fuma. En los antecedentes personales, el 58% presenta hipertensión, el 20% diabetes mellitus de tipo 2 y el 8% reporta dislipidemia. Por último, se encontró un alto porcentaje de personas con riesgo cardiovascular, un 38% con riesgo moderado y un 33% con riesgo alto/extremo (tabla 1).

Se observan cambios significativos en la mitad de las dimensiones de la CVRS. Los principales cambios se observan en las dimensiones cambio en el estado de salud ($1,9 \pm 1,00$ vs. $1,4 \pm 0,67$), dolor ($2,5 \pm 1,40$ vs. $2,0 \pm 0,99$), estado de salud ($2,4 \pm 1,05$ vs. $2,0 \pm 0,94$), actividades sociales ($1,6 \pm 0,96$ vs. $1,3 \pm 0,64$) y en la puntuación global de

Tabla 1. Características sociodemográficas y de salud

Variables	Frecuencia (%)
Sexo	
Femenino	81%
Masculino	19%
Estado civil	
Casado/unión libre	54%
Viudo/separado	33%
Soltero	13%
Escolaridad	
Primaria	67%
Bachillerato	21%
Técnico	10%
Sin estudios	2%
Hábitos	
Cigarrillo	10%
Alcohol	23%
Antecedentes personales	
Hipertensión arterial	58%
Diabetes	20%
Dislipidemia	8%
Riesgo cardiovascular según IMC	
Moderado	38%
De alto a extremo	33%
Media de edad: 67 años	

Fuente: datos suministrados por las investigadoras; IMC: índice de masa corporal.

las viñetas COOP WONCA ($15,4 \pm 4,62$ vs. $13,3 \pm 3,22$) (tabla 2). En la figura 1 se evidencia la diferencia de medias en todas las dimensiones evaluadas, con excepción de la forma física. Esto resulta coherente si se tiene en cuenta que el tiempo mínimo para lograr cambios positivos en este componente es de 12 semanas.

La tabla 3 explica los cambios ocurridos en el empoderamiento de la salud. Las medias pretest y posttest presentan leves cambios positivos; sin embargo, solo se encontró significación estadística en el componente “Me conozco lo suficiente para escoger lo que más conviene a mi salud” con una media de $4,69 \pm 0,80$ vs. $4,96 \pm 0,19$.

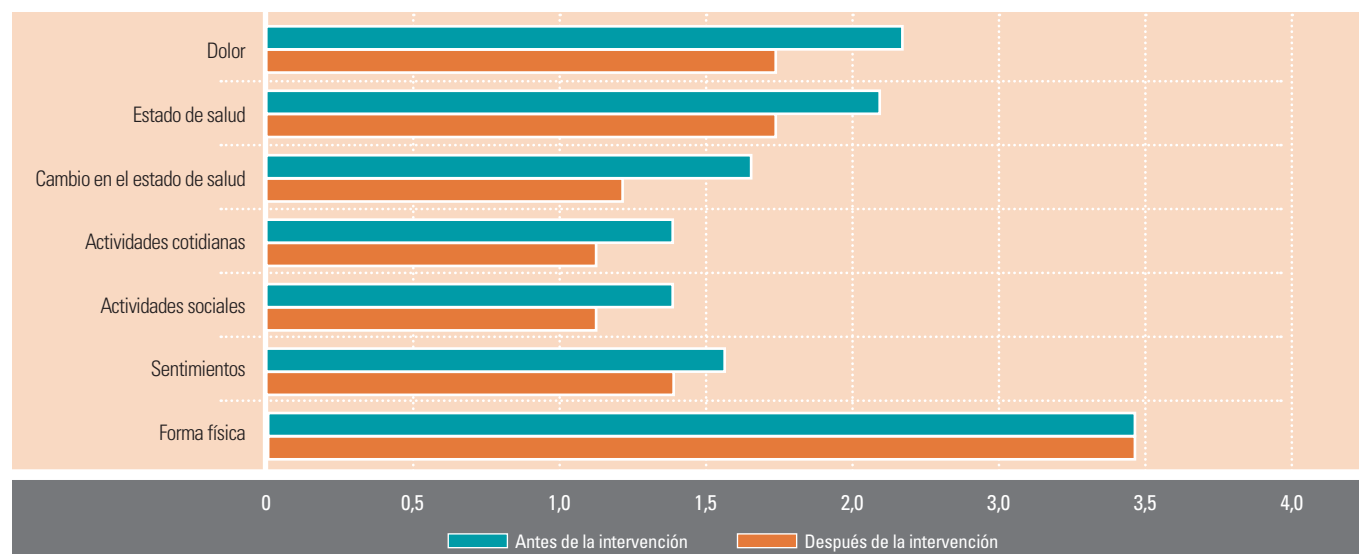


Figura 1. Diferencias de medias de calidad de vida relacionada con la salud antes y después de la intervención educativa.

Tabla 2. Diferencias de medias de calidad de vida relacionada con la salud antes y después de la intervención educativa

		Media (DE)	Valor de p
Forma física	Antes	3,4 (0,99)	0,977
	Después	3,4 (0,77)	
Sentimientos	Antes	1,8 (1,10)	0,212
	Después	1,6 (0,88)	
Actividades sociales	Antes	1,6 (0,96)	0,049*
	Después	1,3 (0,64)	
Actividades cotidianas	Antes	1,6 (1,10)	0,151
	Después	1,3 (0,70)	
Cambio en el estado de salud	Antes	1,9 (1,00)	0,004*
	Después	1,4 (0,67)	
Estado de salud	Antes	2,4 (1,05)	0,045*
	Después	2,0 (0,94)	
Dolor	Antes	2,5 (1,40)	0,043*
	Después	2,0 (0,99)	
Global	Antes	15,4 (4,62)	0,005*
	Después	13,3 (3,22)	

*p < 0,05
Fuente: Datos suministrados por las investigadoras.

Tabla 3. Diferencias de medias de la escala de empoderamiento de la salud

		Media (DE)	Valor de p
Sé muy bien con que parte(s) del cuidado de mi salud no estoy satisfecho	Antes	4,51 (1,01)	0,596
	Después	4,67 (0,73)	
Soy capaz de alcanzar metas de salud mediante planes concretos de acción	Antes	4,88 (0,37)	0,763
	Después	4,86 (0,39)	
Tengo varias maneras de superar obstáculos y lograr objetivos de salud	Antes	4,67 (0,70)	0,058
	Después	4,88 (0,32)	
Tener salud me hace sentir mejor	Antes	4,90 (0,56)	0,414
	Después	4,98 (0,13)	
Puedo afrontar el estrés por mis problemas de salud de manera positiva	Antes	4,71 (0,66)	0,097
	Después	4,88 (0,32)	
Puedo solicitar ayuda para cuidar y mantener mi salud cuando lo necesito	Antes	4,82 (0,43)	0,378
	Después	4,86 (0,59)	
Reconozco lo que me motiva para cuidar mi salud	Antes	4,84 (0,60)	0,782
	Después	4,88 (0,36)	
Me conozco lo suficiente para escoger lo que más conviene a mi salud	Antes	4,69 (0,80)	0,006*
	Después	4,96 (0,19)	

*p < 0,05
Fuente: Datos suministrados por las investigadoras.

■ DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en este estudio evidencian el predominio del sexo femenino sobre el masculino, baja escolaridad y alta frecuencia de personas con hipertensión arterial, situación común en la mayoría de la bibliografía consultada^(16,17).

Se observa un efecto positivo del programa educativo dirigido a personas mayores y basado en guías metodológicas, sobre la calidad de vida relacionada con la salud. El propósito de medir la CVRS es que permite valorar los posibles beneficios que se derivan de la atención sanitaria, así como aportar información que pueda ayudar a mejorar la calidad de esta⁽¹⁸⁾, propósito finalmente alcanzado en el presente trabajo, el cual evidencia cambios significativos en las dimensiones de actividades sociales ($p = 0,049$), cambio en el estado de salud ($p = 0,004$), estado de salud ($p = 0,45$), dolor ($p = 0,043$) y en la puntuación total de las viñetas COOP WONCA ($p = 0,005$) después de la aplicación del programa educativo.

Otro aspecto importante de trabajar sobre la promoción de la salud y prevención de la enfermedad en las personas mayores es que incentiva la participación en actividades sociales, las cuales ayudan a fortalecer las relaciones con sus pares convirtiéndose en una importante red de apoyo que, según Marin y cols.⁽¹⁶⁾, se correlaciona con buena salud física y mental, con una moral elevada y sensación de bienestar, las relaciones funcionan como un mecanismo protector ante los cambios vitales que suceden y generan estrés y ansiedad en esta etapa de la vida. Por lo tanto, además de los cambios positivos en la percepción de la CVRS, un valor agregado en este trabajo es el fortalecimiento de las relaciones sociales, apreciación expresada por los participantes en términos de respeto, compañerismo, el compartir experiencias individuales y de ser ejemplo a seguir ante la adversidad cuando se sufre alguna ENT dentro del núcleo familiar.

En cuanto al empoderamiento de la salud, llama la atención las elevadas puntuaciones obtenidas en la evaluación inicial, fenómeno conocido por algunos autores como efecto techo, el cual se refiere al paciente que comienza con mejores habilidades de empoderamiento que el paciente promedio y no tiene espacio para la mejora; sin embargo, esta no es la situación que se esperaba para la población estudiada, dadas las características sociales y de salud de los sujetos. Los resultados obtenidos por las investigadoras difieren de los encontrados por Serrani⁽⁹⁾, quien obtuvo medias por debajo de 4 en los diferentes componentes y un promedio de efecto techo del 21,11%; por lo tanto, esta situación amerita ser estudiada posteriormente. Por el contrario, los resultados coinciden con lo reportado por Chang y cols.⁽¹²⁾, quienes reportaron aumento de la percepción de salud ($p < 0,05$), dato semejante a lo encontrado en esta investigación de acuerdo a la puntuación total de las viñetas COOP WONCA ($p = 0,005$).

Sin embargo, en el presente trabajo, aunque todas los componentes tuvieron mejores medias en la evaluación posterior a la aplicación del programa educativo, solo el componente "Me conozco lo suficiente para escoger lo que más conviene a mi salud" fue estadísticamente significativo ($p = 0,006$). Este resultado permite inferir mejor empoderamiento de las personas mayores en la toma de decisiones al evaluar el costo-beneficio acerca de realizar cambios de conducta, según lo reporta Serrani⁽⁹⁾.

Cabe resaltar uno de los aspectos más relevantes de esta investigación, relacionado con el diseño interdisciplinar de la misma, la cual permitió desde el objeto de estudio de las diferentes disciplinas establecer un objetivo común y claro hacia la educación en salud y promoción de hábitos saludables para la población mayor, sintetizados en lo que algunos autores definen como la agencia de autocuidado⁽¹⁹⁾. Este concepto incluye las diversas actividades que las personas pueden desarrollar para cuidar

de sí mismos y regular sus procesos vitales, en pro del mantenimiento de la vida, el bienestar y la salud⁽²⁰⁾. Otros autores plantean que el fortalecimiento de la agencia de autocuidado permite a la persona mayor mantener un estilo de vida saludable, convirtiéndose en una alternativa viable y adecuada para el logro de una longevidad satisfactoria⁽¹⁹⁾.

La educación sanitaria pretende generar influencia sobre las decisiones individuales y comunitarias para el cambio de comportamiento y, por consiguiente, el mejoramiento de las condiciones de salud de la población; estas buscan, además, promover el uso de tratamientos no farmacológicos en pacientes con ENT⁽²¹⁾. Si bien, en la literatura científica disponible son escasos los estudios de atención primaria basados en educación sanitaria con diseños metodológicos rigurosos y adecuados; y aunque los resultados arrojados en este estudio no muestran grandes cambios en las dimensiones establecidas por ambas escalas, es factible concluir que la estrategia de intervención aplicada puede ser útil para modificar los conocimientos generales que tienen las personas mayores sobre su proceso de enfermedad y cómo afrontarla en pro del mantenimiento de la calidad de vida⁽²²⁾.

Otro punto a favor de esta investigación fue la posibilidad de generar espacios de integración intergeneracional, sensibilizando a los estudiantes de las profesiones de la salud participantes sobre la forma de vida de las personas mayores. Así mismo el desarrollo del programa educativo desafió a los jóvenes a ser creativos en la ejecución de las diferentes actividades, capacitándolos para que en un futuro alcancen mejor desempeño en la atención de este grupo etario que aumenta progresivamente.

■ CONCLUSIONES

El programa de educación en salud sobre las ENT, dirigido a los adultos mayores y desarrollado a través de guías metodológicas, contribuyó a mejorar la percepción de la CVRS, así como al empoderamiento de la salud, aunque en menor grado.

Así mismo, puede concluirse que los programas de intervención para la salud basados en educación sanitaria pueden presentar resultados variables, por lo cual la comunidad investigativa recomienda enfocar estas intervenciones hacia programas de promoción y educación para el autocuidado⁽²³⁾. Estos permitirán hacer hincapié en el empoderamiento de la población hacia los conocimientos básicos de las enfermedades no transmisibles (hipertensión arterial, diabetes, sobrepeso/obesidad y dislipidemia), los cambios necesarios a realizar en el estilo de vida para evitar el aumento de peso, mantener una alimentación saludable y equilibrada e incrementar la actividad física. Por último, resulta fundamental destacar el papel tan trascendental que tiene el equipo de salud encargado de liderar los procesos de atención primaria, quienes tendrán como objetivo fundamental proporcionar a la comunidad la información y formación necesarias, para el logro de una mayor participación en la gestión de su enfermedad⁽²⁴⁾ ■

Agradecimientos

El equipo investigador agradece a las instituciones que apoyaron el desarrollo del proyecto, a los profesionales de la salud y estudiantes vinculados al trabajo de campo y especialmente a los adultos mayores que aceptaron participar en el estudio.

Conflicto de intereses

Las autoras del presente artículo declaran no tener ningún conflicto de intereses, y que esta investigación fue financiada por el departamento de Extensión y Servicios Externos y la Vicerrectoría de Investigación e innovación de la Universidad Simón Bolívar de Barranquilla.

Anexo 1. Escala de empoderamiento sobre la salud para adultos mayores⁹

Afirmación	1 Totalmente en desacuerdo	2 Parcialmente en desacuerdo	3 Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4 Parcialmente de acuerdo	5 Totalmente de acuerdo
Sé muy bien con que parte(s) del cuidado de mi salud no estoy satisfecho					
Soy capaz de alcanzar metas de salud mediante planes concretos de acción					
Tengo varias maneras de superar obstáculos y lograr objetivos de salud					
Tener salud me hace sentir mejor					
Puedo afrontar el estrés por mis problemas de salud de manera positiva					
Puedo solicitar ayuda para cuidar y mantener mi salud cuando lo necesito					
Reconozco lo que me motiva para cuidar mi salud					
Me conozco lo suficiente para escoger lo que más conviene a mi salud					

Anexo 2. Viñetas COOP-WONCA¹³

Forma física
Durante las 2 últimas semanas ¿cómo ha sido su máxima actividad física que pudo realizar durante, al menos, 5 minutos?

Sentimientos
Durante las 2 últimas semanas ¿qué tan a menudo ha tenido problemas emocionales tales como sentimientos de ansiedad, depresión, irritabilidad o tristeza y molestias?

Actividades sociales
Durante las 2 últimas semanas ¿cuánta actividad social o emocional han tenido sus actividades sociales con familia, amigos, vecinos o grupos?

Actividades sustantivas
Durante las 2 últimas semanas ¿cuánta dificultad ha tenido al realizar actividades o tareas sustantivas, tanto dentro como fuera de casa, a causa de su salud física o por problemas emocionales?

Cambio en el estado de salud
¿Cómo calificaría ahora su estado de salud, en comparación con el de hace 2 semanas?

Estado de salud
Durante las 2 últimas semanas ¿cómo calificaría su salud en general?

Dolor
Durante las 2 últimas semanas ¿cuánto dolor ha experimentado?

BIBLIOGRAFÍA

- Organización Mundial de la Salud. Informe de la situación mundial de Enfermedades No Transmisibles 2014. [internet], [citado 29-03-2016]; Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/149296/1/WHO_NMH_NVI_15.1_spa.pdf?ua=1&ua=1
- Ferrante D, Linetzky B, Konfino J, King A, Virgolini M, Laspiur S. Encuesta Nacional de factores de riesgo 2009: Evolución de la epidemia de Enfermedades Crónicas No Transmisibles en argentina. Estudio de corte transversal. *Rev Argent Salud Pública*, 2011;2(6):34-41.
- Organización Mundial de la Salud. Centro de prensa. [internet] 2015 [citado 18-03-2016]; Nota descriptiva N° 404. Disponible en: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs404/es/http://www.chagas.msal.gov.ar/images/stories/ministerio/presec-2012/Encuesta_Nacional_De_Factores_De_Riesgo_2009_RevArgent_Salud_Publica.pdf
- Organización Panamericana de la salud. Envejecimiento saludable y enfermedades no transmisibles. [internet], [citado 29-03-2016]. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=17325&Itemid=
- Durán A, Valderrama L, Uribe AF, González A, Molina J M. Enfermedad crónica en adultos mayores. *Univ. Méd. Bogotá (Colombia)*, 2010;51(1):16-28 [internet], [citado 29-03-2016]. Disponible en: <http://med.javeriana.edu.co/publi/universitas/serial/V51n1/Universitas%20M%E9dica%20Vol.%2051%20No.%201/Enfermedad%20C%F3nica.%20P%Etg.%2016-28.pdf>
- Vidarte J, Vélez C, Aduen J. Niveles de sedentarismo en población entre 18 y 60 años: Sincelajo (Colombia) *Salud Uninorte. Barranquilla (Col.)* 2015;31(1):70-77 [internet] 2015. [citado 29-03-2016]. Disponible en: <http://cientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/view/5577/6958>
- Carta de Ottawa para la Promoción de Salud. Primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de Salud, 21 noviembre de 1986. [citado 10-03-2016]. Disponible en: <http://www1.paho.org/spanish/hpp/ottawacharters.pdf?ua=1>
- Díaz H. La Comunicación en la Educación para la Salud. *Revista Española de Comunicación en Salud* [internet] 2014 [citado 2-03-2016] ;5(1):8-13. Disponible en: <http://www.aec.es>
- Serrani D. Escala de empoderamiento sobre la salud para adultos mayores. Adaptación al español y análisis sicométrico. *Revista Colombiana Médica*. [internet] 2014 [citado 14-02-2016]; 45 (4):179-85. Disponible en: <http://www.bioline.org.br/abstract?id=rc14030&lang=es>
- Melguizo Herrera E, Acosta López A, Castellano Pérez B. Factores asociados a la calidad de vida de adultos mayores. *Cartagena (Colombia). Salud Uninorte*. 2012;28(2):251-63.
- Shearer NB, Fleury J, Ward KA, O'Brien AM. Empowerment interventions for older adults. *West J Nurs Res*. 2012;34(1):24-51.
- Chang A, Fritsch C, Kim M. Sedentary Behavior, Physical Activity, and Psychological Health of Korean Older Adults with Hypertension Effect of an Empowerment Intervention. *Res Gerontol Nurs*. 2013;6(2):49-55.
- Piñol, A, Sanz C. Importancia de la evaluación de la calidad de vida en atención primaria. *Gastroenterol Hepatol*. 2004;27(3):49-55. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-gastroenterologia-hepatologia-14-articulo-importancia-evaluacion-calidad-vida-atencion-13058930>
- Arenas M, Moreno E, Reig A, Millán I, Egea J, Amoedo M, et al. Evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud mediante las láminas Coop-Wonca en una población de hemodíalisis. *Nefrología*. 2004;24(5):470-9.
- Aguirre Aguilar G. Tic y mediación en la enseñanza de la investigación. *Investigación en comunicación aplicada*. *Revista Electrónica Razon y palabra*. Disponible en: http://www.razonypalabra.org.mx/N/N87/V87/28_Aguirre_V87.pdf
- Marín GH, Homar C, Niefeld G, Matcovick G, Mamonde M, GIS. Evaluación del proyecto estatal de intervención para la mejora de la calidad de vida y la reducción de complicaciones asociadas al envejecimiento: Agrega salud a tus años. *Gac Sanit*. 2009;23(4):272-7.
- Vidarte J, Quintero M, Herazo Y. Efectos del ejercicio físico en la condición física funcional y la estabilidad en adultos mayores. *Hacia la promoción de la Salud*. 2012;17(2):79-90.
- Lizán L, Reig A. La evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud en la consulta: las viñetas COOP/WONCA. *Aten Primaria*. 2002;29(6):378-84.
- Fernández A, Manrique F. Efecto de la intervención educativa en la agencia de autocuidado del adulto mayor hipertenso de Boyacá, Colombia, Suramérica. *Cienc Enferm*. 2010;16(2):83-97.
- Tenahua Q, Landeros O, Linares F, Grajales A. Capacidades y acciones de autocuidado en personas con factores de riesgo cardiovascular. *Enferm Cardiol*. 2007;41:19-24.
- Cházaro E, Muñoz J. Comunicación educativa a pacientes con diabetes mellitus 2 y adherencia al tratamiento nutricional. *Rev Esp Comun Salud*. 2015;6(2):126-37.
- Birules M. Ensayo clínico comunitario en diabéticos tipo 2: beneficios de la educación sanitaria asociada a ejercicio físico. *Aten Primaria*. 2011;43(8):407-8.
- Nuno R, Rodríguez C, Pinerá K, Zaballa I, Bikandí J. Panorama de las iniciativas de educación para el autocuidado en España. *Gac Sanit*. 2013;27(4):332-7.
- Madridejos R, Majem L, Puig H, Sanz I, Llobet E, Casasc M, et al. Salud al cor/salud en el corazón: resultados del programa de educación sanitaria en salud cardiovascular de Mútua Terrassa. *Aten Primaria*. 2014;46(9):457-63.