

**9º CONGRESO ARGENTINO Y 4º LATINOAMERICANO DE EDUCACION
FISICA Y CIENCIAS**

La Plata 13 al 17 de junio de 2011

-Título: “Cuidándonos cada día” programa bio-psico-socio-preventivo con adultos mayores con diabetes, hipertensión y obesidad.

-Autora: Patricia Gabriela Matozza, Profesora Nacional de Educación Física, Psicóloga, Especialista en Psicogerontología.

-Área temática: educación física y salud.

-Mesa de trabajo N° 10: problemas de programas de promoción de la salud en ámbitos comunitarios.

-Ciudad: San Carlos de Bariloche, Rio Negro, Argentina.

-Pertenencia institucional: Prestadora externa de PAMI. Coordinadora de los talleres de movimiento.

-Dirección de correo electrónico: gabymatozza@speedy.com.ar

-Teléfonos: 02944-442097, 02944-15602972

-Palabras clave: prevención y promoción de la salud, auto-cuidado, hábitos saludables, enfermedades prevalentes en adultos mayores. Terapéuticas no medicamentosas. Abordaje bio-psico-social.

Fundamentación

El envejecimiento de la población constituye uno de los acontecimientos sociales y demográficos relevantes de las últimas décadas, debido entre otros factores, a los avances de la medicina y los programas preventivos

De acuerdo con un informe publicado en 2010 por la Organización de las Naciones Unidas titulado “Envejecimiento de la población”, se desprende una conclusión de inciertas repercusiones: “(la rapidez) del envejecimiento de la población no tiene precedentes previos; es un proceso sin parangón en la historia de la humanidad”

Si el problema demográfico del siglo XX fue el crecimiento de la población, el del siglo XXI es el del envejecimiento.

La estructura demográfica de un país es más vieja en la medida que el segmento de la población mayor de 60 años tiende a ensancharse. De acuerdo

con el informe antes mencionado, el número de adultos mayores superará en 2045, a escala mundial, el número de niños por primera vez en la historia.

Los datos son contundentes: en 1950 había, en el mundo, 200 millones de personas mayores de 60 años. En 1970 esa cifra alcanzó los 307 millones de habitantes del planeta y en el año 2000 se estimó el tamaño en 580 millones. En 50 años los viejos casi se triplicaron: un poco menos del 10 por ciento de la población mundial.

En Argentina, el proceso de envejecimiento poblacional reconoce como principales causas la baja en la tasa de natalidad y los bajos niveles de mortalidad aun en edades avanzadas, que se verifican desde hace tiempo.

Estos datos evidencian la importancia que significa el aumento de la población añosa, presentándose como desafío y como responsabilidad de construir en forma conjunta estrategias que acompañen este aumento de años por vivir con un mejoramiento de la calidad de vida de nuestros adultos mayores, que implique no solo sumar años a la vida, sino vida a los años.

Resulta pertinente para el presente trabajo, abrir la pregunta acerca de ¿qué es el envejecimiento? Es un proceso natural, gradual de cambios y transformaciones a nivel biológico, psicológico y social, que se estructuran alrededor del eje del tiempo. Los cambios son el resultado de constantes adaptaciones a las factores bio-psico-sociales que se producen a lo largo de toda la vida.

En este proceso, en el interjuego de los factores mencionados, se configuran los distintos modos de envejecer, y por lo tanto no podemos hablar de una vejez, sino de “vejeces”.

Los cambios se presentan en: el cuerpo, los sentidos, los órganos, los sistemas, la motricidad (biológico), los roles familiares, laborales (social), y en la vivencia de las diferentes pérdidas, en la elaboración de los duelos (psíquico).

Todos estos cambios y vivencias están referidos a procesos normales, nada de ello significa enfermedad.

Las limitaciones no son enfermedades. Podemos referirnos a cambios, disminuciones, de ritmos distintos en las distintas esferas. Lo fundamental es como vivimos esos pequeños impactos cotidianos, el grado de aceptación frente a ellos.

Podemos caracterizar a una vejez no patológica, como aquella donde el sujeto se adapta a la disminución de su rendimiento físico, compensa pérdidas con ganancias, tiene proyectos, se conecta con el entorno, mantiene lazos afectivos, es responsable de su salud, es capaz de auto cuidarse e intenta valerse por sí mismo.

Es decir, un viejo "normal" no necesariamente es un viejo sano, es un viejo que está en condiciones de hacerse cargo de su salud y de su enfermedad.

A pesar de sus patologías, sus funciones no están impedidas, se conserva auto válido a pesar de los deterioros inevitables por el desgaste que produce el paso del tiempo en nuestro cuerpo, a pesar de las patologías.

Entre las patologías con mayor prevalencia en esta etapa vital, encontramos la HTA, la diabetes y la obesidad.

Las mismas son enfermedades crónicas, que afectan la salud durante un período de tiempo largo, posiblemente durante toda la vida, se controlan pero no tienen cura.

Cada enfermedad crónica tiene sus propios síntomas, tratamiento y evolución. Lo que tienen en común, es que si la persona que la padece realiza un *cambio en su estilo de vida, adquiriendo hábitos de vida saludables*, el pronóstico será mucho más favorable.

El estilo de vida es la forma en que las personas realizan habitualmente sus actividades diarias tales como: alimentarse; trabajar; realizar su higiene personal; recrearse; movilizarse; relacionarse con los familiares, amigos, etc.; manejar las dificultades diarias; solucionar conflictos; auto monitorear su salud; asumir la responsabilidad de tratamientos, etc.

El estilo de vida está determinado por las características personales de cada individuo, su integración social y las condiciones de vida socioeconómicas y ambientales.

La conducta en salud es toda acción que una persona realiza en el ámbito de su salud, afectándola favorable o desfavorablemente.

El sujeto que padece una enfermedad crónica, tiene que entender que es un problema serio y que si logra realizar un cambio en su estilo de vida, se va a sentir corporal y emocionalmente favorecido.

El manejo personal de la enfermedad no significa que no deba ir al médico; significa que se hace responsable de hacer lo que es necesario para manejar

su diabetes, su hipertensión o su obesidad .Implica un cambio de estilo de vida, incorporando hábitos saludables (dieta, actividad física regular, medicación, etc.)

En el manejo personal, el equipo de salud y el adulto mayor son “socios” en el cuidado. Se conjugan el saber de los distintos campos disciplinares del equipo con los sentimientos de la persona, el modo en que se ve afectado por su problema de salud, y en el posicionamiento que adopta frente a ella.

Entendemos por auto cuidado a las prácticas a través de las cuales se promueven conductas positivas de salud. Implica cuidar de uno mismo, responsabilizándose en el cuidado de la propia salud. Ej. : Adquisición de hábitos de vida saludables.

Son pilares del auto cuidado:

- el conocimiento: que nos permite saber qué hacer;
- la motivación: es el querer hacerlo;
- las habilidades para poder hacerlo.

Forma parte del auto cuidado, pedir ayuda para poder realizarlo con éxito.

El conocimiento acerca de cómo cuidarse y las habilidades de cómo hacerlo, aumentan la capacidad para evaluar el estado de salud. La modalidad de la relación entre la persona que tiene una enfermedad crónica y el equipo de salud debe ser horizontal.

Para que una persona que sufre una enfermedad crónica pueda cuidarse, es necesario que *se responsabilice* sobre su propio cuidado. Se responsabiliza cuando se reconoce como “alguien que padece una condición seria” pero que si participa activa y responsablemente del tratamiento, el pronóstico será muy favorable. Este proceso se llama *afrentamiento* y generalmente no se logra de la noche a la mañana, pero es condición necesaria que ocurra para que la persona pueda lograr el *auto cuidado*.

Cuando el médico le confirma a una persona el diagnóstico de diabetes, hipertensión o le indica que tiene que bajar de peso porque le está afectando su salud, ¿qué le sucede?

Si bien cada persona reacciona de una forma diferente, es posible que experimente alguna de estas emociones:

Sentimientos de negación: “se han equivocado, yo no soy diabético”

Sentimientos de decepción: “ya no voy a ser el mismo ...”

Sentimientos de enojo; y se enojan consigo mismas y con la gente a quien quieren.

Síntomas depresivos: “para qué me voy a cuidar ...”

Miedo: “esto no tiene cura, me voy a morir...”

Sentimientos de culpa: “será que comí con mucha sal y nunca me cuidé de joven...”

Atravesar por una etapa de duelo (tristeza, angustia) al sufrir la pérdida de su estado de salud.

Todas estas emociones forman parte del principio del *proceso de afrontamiento (primer momento)*.

Pero cuando la persona se sobrepone a estos sentimientos, descubre que el conocimiento le aporta herramientas y que cuanto más sabe sobre su trastorno, más siente que controla la situación y menos le asusta. Es un momento de apertura y *aceptación*. Comienza a investigar sobre lo que le está pasando (*segundo momento*).

El *Tercer momento o fase de adaptación*: consiste en tomar las riendas de la situación. Aquí la persona se siente cómoda con los tratamientos y las herramientas que debe utilizar para compensar su déficit y poder llevar una vida normal. Se da cuenta que se puede seguir viviendo con una limitación y disponer de una buena calidad de vida.

Las herramientas que ayudan a asumir el control son:

- Reconocer las emociones: angustia, enojo, miedo, frustración, etc.
- Pedir ayuda especializada (equipo interdisciplinario, apoyo psicológico, grupo de seguimiento, etc)
- Motivación por el auto cuidado
- Desempeñar un papel activo en el cuidado de la propia salud.

Adaptarse a vivir con una enfermedad crónica exige tiempo, paciencia, disciplina, apoyo...; pero vale la pena porque producirá un mejoramiento de la salud corporal y emocional.

Acerca del programa

El programa “Cuidándonos cada día” viene desarrollándose desde octubre de 2010. El mismo se enmarca en un abordaje integral de la salud de los adultos mayores, incluyendo las dimensiones biológicas, psicológicas y sociales.

La propuesta está orientada a la prevención y la promoción de la salud integral

Existen diferencias claras entre la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, sin embargo, en algunos aspectos, el enfoque de la prevención primaria presenta similitud con el enfoque de la promoción.

Ambas, pueden compartir instrumentos y niveles de intervención. Sin embargo, la población a la que están dirigidas son diferentes.

La promoción de la salud busca incidir sobre los determinantes favorables para la salud de los grupos poblacionales y de la sociedad en general, mientras que la prevención incide en los grupos e individuos en riesgo de adquirir una enfermedad específica, La prevención permite la neutralización de los factores de riesgo de contraer una enfermedad utilizando estrategias de control viables y eficaces. De esta forma se anticipa a la aparición del efecto que puede perjudicar la salud de la población.

La promoción por el contrario, está orientada a la población básicamente sana y busca promover medidas individuales o comunitarias que ayuden a desarrollar estilos de vida más saludables, dentro de lo que sus condiciones de subsistencia se lo permitan.

Toda estrategia de intervención, para que sea integral debe ser una combinación, en mayor o menor medida, de los tres tipos de acciones.

Las acciones en salud son de tres tipos: *predominantemente de promoción, predominantemente de prevención y predominantemente de curación y rehabilitación.*

El propósito de la *prevención primaria* es el prevenir la enfermedad antes de que se desarrolle, controlando las causas y los factores de riesgo. En este programa la prevención primaria está dirigida a los familiares de los participantes del programa que concurren a los talleres educativos, quienes no padecen la patología, pero acompañan y apoyan al integrante de la familia que la padece, informándose acerca de las características de la enfermedad

La *prevención secundaria* intenta reducir las consecuencias más serias de las enfermedades mediante diagnósticos tempranos y tratamientos. Está definida como la medida disponible para individuos y poblaciones para detectar anticipadamente las enfermedades, lo que conlleva a una intervención rápida y efectiva para corregir las desviaciones de una buena salud.

La *prevención terciaria* se inclina a la reducción del proceso o la complicación de la enfermedad establecida; y es importante el aspecto de la medicina terapéutica o de rehabilitación, ya que procura evitar la discapacidad total, que conlleve al individuo a vivir una vida plena y autosuficiente.

La prevención secundaria y terciaria están dirigidas a los beneficiarios directos del programa.

Los destinatarios del mismo son los afiliados a PAMI que padecen enfermedades cardiovasculares y metabólicas crónicas (hipertensión arterial, obesidad y/o diabetes), con el objetivo de mejorar su salud integral, poniendo el acento en actividades terapéuticas no medicamentosas.

En toda enfermedad crónica, el control exitoso de la misma, depende en gran medida de la participación activa de quien la padece. Ello requiere de una persona conocedora de su enfermedad, de los factores de riesgo, de su forma de tratamiento y fuertemente motivada para ser la protagonista principal de su auto-cuidado.

Tales condiciones intentan lograrse mediante la articulación de:

- 1) Talleres educativos.
- 2) Talleres de trabajo corporal.
- 3) Talleres de seguimiento.

Estos tres espacios se articulan entre sí con un abordaje interdisciplinar y la coordinación general está a cargo del equipo técnico de prestaciones sociales de PAMI.

Los primeros son dictados por un equipo conformado por un médico, una nutricionista, una psicóloga, un profesor de educación física y un enfermero, quienes desde la perspectiva de cada campo disciplinar, abordan las problemáticas características de cada enfermedad, y los modos posibles de disminuir los efectos de las mismas.

Los segundos, están a cargo de profesores de Educación Física, quienes a través de diversos recursos (gimnasia adaptada, actividades aeróbicas, juegos,

caminatas, yoga y taichí, dinámicas grupales de comunicación y expresión, entre otras) intentan concientizar acerca de la actividad corporal como aspecto relevante en el cuidado de su salud, intentando de este modo combatir el sedentarismo.

El tercero está a cargo de dos psicólogas, quienes abren un espacio de escucha y contención donde se trabajan las dificultades subjetivas para realizar los cambios necesarios para mejorar su salud. Para ingresar al programa, es requisito indispensable la derivación del médico de cabecera y la ficha confeccionada por el mismo.

Los tres espacios que conforman el programa se desarrollan con la modalidad de taller. Consideramos el trabajo en Taller, como un espacio de aprendizaje alternativo. En el taller se convoca a un sujeto protagonista, activo con pensamiento crítico, capaz de problematizar de abrirse preguntas y no a un mero beneficiario pasivo de un programa. Por tal motivo, la propuesta es “con” adultos mayores y no “para” adultos mayores.

Esta modalidad procede del establecimiento del vínculo y la comunicación, en tanto a través del grupo se logra la síntesis del hacer, pensar y sentir, permitiendo combinar el trabajo individual con la tarea grupal, aportando un plus generador de efectos terapéuticos.

Actualmente se desarrollan ocho talleres de movimiento, de los cuales participan aproximadamente 140 adultos mayores, en dos estímulos semanales de 1.30 hs

Los mismos se realizan en distintos barrios de nuestra ciudad en espacios cedidos por Centros de jubilados, Juntas vecinales, gimnasios escolares, y salones comunitarios.

El hecho de distribuir los espacios a lo largo del municipio, favorece la participación de los adultos mayores en el programa, al poder concurrir en su barrio o cercano a él, permitiendo además un trabajo interinstitucional. (Salita de salud del barrio, Pami, médico de cabecera, equipo interdisciplinario)

En cada taller las intervenciones profesionales se orientan a favorecer la reflexión y la implicancia subjetiva (con relación a su salud y a su enfermedad), apuntando a generar un cambio de hábitos, tendientes a mejorar su calidad de vida.

Los talleres de movimiento tienen como propósitos:

-Generar un espacio que favorezca el desarrollo y mejoramiento de la salud integral

-Contribuir a la disminución de los factores de riesgo.

-Promover el desarrollo de nuevos lazos sociales.

Sus objetivos son que los adultos mayores logren:

-incorporar y afianzar hábitos de vida saludables.

-incorporar la actividad motriz como aspecto determinante en el mejoramiento de su calidad de vida, combatiendo el sedentarismo

-asumir el cuidado de su salud y de su enfermedad.

-disfrutar de la actividad corporal y de su cuerpo en movimiento.

-reconocer sus limitaciones y sus posibilidades motrices.

-valorar los cambios y logros alcanzados.

-apropiarse de nuevos saberes en torno a su patología.

-participar activa y reflexivamente.

-construir un espacio donde re-crearse.

-ser multiplicadores del programa.

Los profesores a cargo de los mismos realizan una caracterización grupal y un análisis del contexto sociocultural al cual pertenece el grupo de adultos mayores, lo cual aporta datos fundamentales para armar la propuesta de intervención educativa acorde a las características, necesidades e intereses del mismo.

Cada adulto mayor completa una ficha de datos personales que permite reunir información acerca de aspectos tales como: actividad pre jubilatoria, vivienda, vínculos familiares y sociales, etc. Esta información es relevante para que el docente conozca el entorno socio familiar de cada participante.

Asimismo todos los concurrentes tienen el listado con los nombres y teléfonos de sus compañeros y de sus docentes, de modo tal que puedan comunicarse ya sea por alguna necesidad, enfermedad o para encontrarse y compartir otro espacio fuera del taller de movimiento, construyendo de ese modo una red de contención social.

Los profesores realizan mensualmente un informe acerca de los emergentes grupales, o situaciones individuales que requieran de una derivación o interconsultas (problemáticas sociales, psicológicas, cognitivas, entre otras)

Mensualmente se realizan por fuera de los dos estímulos semanales, distintas actividades integradoras: inter generacionales, inter centros, abiertas a la comunidad.

Al final de cada clase del taller de movimiento, se promueven espacios de reflexión, intentando que la palabra circule, que sugieran aportes, que sean protagonistas y no solo beneficiarios de un programa

El equipo docente se reúne mensualmente para evaluar, ajustar, y proyectar las acciones a realizar. Asimismo desde la coordinación se articula con el equipo técnico de Pami, con los docentes de los talleres educativos y los del taller de seguimiento, con el objetivo de cruzar información relevante para el beneficio de los adultos concurrentes.

Conclusiones

A pesar del corto tiempo de implementación del programa, pueden observarse los cambios anteriormente mencionados y los efectos favorables de los mismos, en los adultos mayores y sus familias

En sus comentarios, manifiestan el bienestar general que expresan en relación a los nuevos lazos sociales y afectivos que pudieron construir en estos espacios, que los alejan del fantasma del aislamiento y la soledad en esta etapa vital.

El impacto del programa puede corroborarse a través de:

- la disminución de medicamentos.
- la disminución de ayudas externas.
- la recuperación y adquisición de distintas capacidades.
- el mejoramiento del autocontrol de la patología.
- el alivio familiar.
- la auto percepción de bienestar.
- la valoración de esta etapa de vida
- la generación de proyectos
- el cambio de hábitos alimenticios.
- la incorporación de la actividad física como un espacio generador de salud.
- la disminución de fármacos antidepresivos.
- en los datos objetivos que arroja el control médico.

Bibliografía

- Antonuccio, Osman (1992): *La salud mental en la tercera edad*. Ed. Akadia. Buenos Aires.
- Autores varios: (2004-2005): *Material bibliográfico de la especialización en Psicogerontología*, Universidad Maimonides. Buenos Aires.
- Faurobert, Louis (1993): *En forma después de los 60*. Ed. Mensajero. España
- Lorda Paz, Raul (1990): *Educación Física y Recreación para la tercera edad*. Ed. Nexo Sport. Uruguay.
- Melillo Aldo y otros (2008): *Resiliencia y subjetividad*.
- Matozza, Gabriela (2006): *Cuadernillo para la formación de Facilitadores comunitarios. Proceso de envejecimiento, educación para el auto cuidado*.
- Organización de las Naciones Unidas (2010): "Informe "Envejecimiento de la población".
- Salvarezza, Leopoldo (1993): *Psicogeriatría, teoría y clínica*. Ed. Paidós. Buenos Aires.
- Yuni, José y otro: (2005): *La Educación de adultos mayores. Teoría, investigaciones e intervenciones*. Ed. Brujas.
- Yuni, Jose y otro (2005): *Psicología del desarrollo. Enfoques y perspectivas del Curso Vital*. Ed. Brujas.
- Zarebski, Graciela (1991): *Hacia un buen envejecer*. Ed Emecé. Buenos aires
- Zarebski, Graciela (2008): *Padre de mis hijos, ¿padre de mis padres?* Ed. Paidós. Buenos Aires.