

# EFICACIA DE UN PROGRAMA DE EMPODERAMIENTO EN LA CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO DE LA SALUD EN ADULTOS MAYORES MEXICANOS JUBILADOS

## EFFICACY OF AN ENPOWERMENT PROGRAM IN RETIRED MEXICAN OLDER ADULTS' SELF-CARE ABILITY

Recibido: 28 de noviembre de 2016 | Aceptado: 10 de marzo de 2017

DOI: 10.22199/S07187475.2017.0001.00001

EDUARDO GUZMÁN-OLEA <sup>1</sup>; ELOY MAYA PÉREZ <sup>2</sup>; DAVID LÓPEZ-ROMERO <sup>2</sup>; KIRVIS JANETTE TORRES-POVEDA <sup>3</sup>; VICENTE MADRID-MARINA <sup>4</sup>; BERTHA MARIBEL PIMENTEL-PÉREZ <sup>2</sup>; RAÚL A. AGIS-JUÁREZ <sup>2</sup>

<sup>1</sup>. CONSEJO NACIONAL DE CIENCIA Y TECNOLOGÍA, Estado de México, México

### RESUMEN

**INTRODUCCION:** La modificación en las condiciones de salud de los adultos mayores, es un proceso multifactorial y dinámico en el que influyen aspectos económicos, políticos, culturales, demográficos, tecnológicos, biológicos, sociales y educativos, además de los programas institucionales enfocados en la contención y control de los factores de riesgo de las distintas morbilidades. **OBJETIVO:** El objetivo de este estudio fue analizar el impacto y eficacia de un programa de empoderamiento en la capacidad de autocuidado y condiciones de salud en adultos mayores. **METODO:** participaron 250 adultos mayores jubilados de la ciudad de Hidalgo México, con un promedio de edad de 69 años, con acceso a servicios de salud. Estos fueron evaluados con el Test de Capacidad y Percepción de Autocuidado del Adulto Mayor, Índice de Barthel, Test de TINETTI, Mini-mental State Examination de Folstein, Test de Yesavage, Escala Mini Nutricional, Autorreporte de la Escala de Empoderamiento de Salud. Se comparó la percepción de autocuidado, independencia funcional, riesgo de sufrir caídas, estado cognitivo, síntomas depresivos, estado nutricional y empoderamiento para el cuidado a la salud al inicio y al final del programa. **RESULTADOS.** Se observaron diferencias significativas ( $p < 0.05$ ) en los estados funcional, depresivo, nutricional y se disminuyó el riesgo de sufrir caídas, mientras que el estado cognitivo no presentó modificación. La percepción de la capacidad de autocuidado y empoderamiento también presentó diferencias significativas. **CONCLUSIONES.** Los hallazgos presentados demuestran que la capacitación adecuada y el empoderamiento de las acciones de autocuidado, pueden impactar en el mejoramiento de la calidad de vida. **PALABRAS CLAVE:** Empoderamiento, Autocuidado, Adultos mayores, jubilados.

### ABSTRACT

**INTRODUCTION:** Changes in health conditions of older adults is a process affected by issues such as economy, politics, culture, demography, technology, biology, society, and education among others, as well as institutional programs focused on containment and control risk factors of different morbidities. **OBJECTIVE:** To analyze the impact and efficacy of an empowerment program in retired older adults' self-care ability. **METHOD:** The sample was composed of 250 retired Mexican older adults from Hidalgo with an age rank of 69 and access to health services. Seven tests were applied: Barthel Index, TINETTI Test, Folstein's MMSE, the Yesavage Test, Older Adult's Ability and Perception of Self-Care Test, Mini Nutritional Assessment Scale, and a self-report of the Health Empowerment Scale. Self-care perception, functional independence, falling risk, cognitive state, depression symptoms, nutritional status, and empowerment for self-care were compared at the beginning and at the end of the program. **RESULTS:** Meaningful differences ( $p < 0.05$ ) in functional, depressive, and nutritional states were observed. Falling risk decreased whereas cognitive state remained unchanged. Self-care ability perception and empowerment also showed substantial differences. **CONCLUSIONS:** These findings show that appropriate training and empowerment of self-care actions may impact the quality of life positively. **KEY WORDS:** Empowerment, self-care, older adults, retired citizens.

1. Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT). Área Académica de Gerontología, Instituto de Ciencias de la Salud, Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo (UAEH), email: eguzmanol@conacyt.mx. 2. Área Académica de Gerontología, Instituto de Ciencias de la Salud, Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo (UAEH), email: david.daloro@gmail.com, bpimen@gmail.com, ragisbe@gmail.com. 3. Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT). Instituto Nacional de Salud Pública de México, email: kjscience@yahoo.es. 4. Centro de Investigación Sobre Enfermedades Infecciosas, Instituto Nacional de Salud Pública de México, email: vmarina@yinsp.mx.

Los actuales cambios demográficos a nivel mundial y el aumento en la esperanza de vida, han generado un aumento importante en la población global de adultos mayores (AM). La Organización Mundial de la Salud (OMS), ha proyectado para el año 2050 un crecimiento poblacional aproximado de 2.000 millones de adultos mayores, los que podrían presentar una alta incidencia de multipatologías crónicas y desarrollar condiciones de dependencia funcional y cognitiva, enfrentando además una cobertura de atención ineficiente e insuficiente, debido al crecimiento excesivo de demanda de servicios de salud (OMS, 2013).

Ante tal panorama, el autocuidado surge como una estrategia personal y familiar compensatoria de promoción y atención a la salud (Söderhamn, 2000; Paineplán y Kühne, 2012); sin embargo, dicha estrategia requiere de elementos fundamentales como el diagnóstico situacional de salud, la capacitación multi y transdisciplinar para el desarrollo de conocimientos y habilidades de atención primaria, y el empoderamiento de conocimientos y acciones que permitan abordar los aspectos biopsicosociales a los que se enfrenta el AM.

En este sentido, el empoderamiento fortalece la aceptación de las condiciones de salud, desarrolla el interés por aprender y favorece la ejecución de acciones enfocadas en el autocuidado; desarrollando además un sentimiento de poder, autonomía y libertad para el control y toma de decisiones (Cattaneo, y Chapman, 2010; Laverack, 2011 y Schulman-Green D, Jaser, Martin, Alonzo, Grey y McCorkle, 2012) por lo tanto la dualidad entre autocuidado y empoderamiento favorecen un desarrollo conductual razonado, centrado en la atención con respecto a uno mismo, desde de un marco individual, familiar, comunitaria e institucional enfocado en el mejoramiento de la calidad de vida (Backman, y Hentinen, 1999; Johnson, Kincade, Bernard, Busby-Whitehead, Defriese, 2000 y Beswick, Rees, Dieppe, 2008), que debe partir de la base

de que las personas mayores tienen una larga trayectoria de vida, es decir, que han transitado por varias edades (Osorio; Torrejón; Meersohn y Anigstein, 2011).

Empoderar es más que habilitar, va más allá de la comprensión de las causas y la identificación de barreras a vencer, se trata de ese sentido de pertenencia que se genera del compromiso, esa sensibilidad social que facilita el trabajar hombro a hombro con el vecino por un sueño en común, implica una transformación interna y un cambio de actitud que lleva a la empatía y a la búsqueda del bien común y a las mejoras individuales (Acuña, Guevara y Flores, 2014).

El tema del empoderamiento en salud hace referencia a dotar de elementos conceptuales, pero sobre todo prácticos que permitan desarrollar las capacidades para la prevención, la manutención de la salud y el autocuidado. En varias de sus vertientes, el empoderamiento se ha convertido en una herramienta que va en contra de los sistemas hegemónicos de salud, para este caso se aborda como un acto de generación de conciencia en el ser humano que le permita asumir como propia su salud sin intermediarios y sobre todo buscando opciones que mejoren su calidad de vida. En el campo de la salud se considera que el empoderamiento es un proceso de acción social que promueve la participación de la gente, de las organizaciones y de las comunidades para ganar control respecto a sus vidas en su comunidad y en el conjunto de la sociedad. En este sentido, no es ganar poder para dominar a otros sino para actuar con otros intentando lograr un cambio (Kornblit, s.r.)

En conclusión, a través del empoderamiento se busca alentar a que las personas actúen positivamente en torno a su salud, en este sentido se pretende dotarlos de hábitos basados en experiencia de aprendizaje positivo mismos con los que se pretende generar conciencia por el autocuidado.

La OMS definió el autocuidado como las actividades de salud no organizadas y a las decisiones de la salud tomadas por individuos, familia, vecinos, amigos, colegas, compañeros de trabajo, etc.; comprende la automedicación, el auto tratamiento, el respaldo social en la enfermedad, los primeros auxilios en un “entorno natural”, es decir, en el contexto normal de la vida cotidiana de las personas. El autocuidado es, definitivamente, el recurso sanitario fundamental del sistema de atención de salud. (OMS 2008). Dorothea Orem, definió el autocuidado como una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar.

En términos generales, el autocuidado está vinculado con las prácticas cotidianas de salud y con las decisiones que tomamos respecto de ella, estas prácticas tienen el propósito de reforzar, restablecer o imponer la salud o bien prevenir la enfermedad. Bajo el esquema anteriormente mencionado, el presente trabajo evalúa el impacto en el mejoramiento de las condiciones de salud, de un grupo de AM Mexicanos jubilados participantes de un programa de capacitación integral de empoderamiento para el autocuidado, siendo el objetivo general de esta investigación analizar el impacto y eficacia de un programa de empoderamiento en la capacidad de autocuidado y de las condiciones de salud de un grupo de adultos mayores (AM) Mexicanos jubilados del estado de Hidalgo, México

## METODOLOGÍA

### Participantes

La población de estudio corresponde a un grupo de adultos mayores jubilados de 60 años (60 – 79 años, con un promedio de 68 años  $\pm$  2.3) y más originarios de la ciudad

de Pachuca, Hidalgo, México; con acceso a servicios de salud de distintas instituciones de seguridad social de México. De un total de 623 adultos mayores participantes de un programa de capacitación y empoderamiento en autocuidado realizado por investigadores del área académica de Gerontología de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo (UAEH), fueron seleccionados aleatoriamente 250 participantes, de los cuales el 30.4% correspondieron al sexo femenino. Los participantes en el estudio fueron convocados a una reunión informativa del proyecto, donde se solicitó su autorización a participar, mediante la firma de una carta de consentimiento informado. El estudio realizado y todas las actividades implementadas, cumplieron con las condiciones éticas establecidas por el Reglamento de la Ley General en materia de investigación para la Salud, establecido por la Secretaría de Salud de México (1987). El protocolo fue aprobado en el Área académica de Gerontología de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.

### Instrumentos

Los datos socio-demográficos fueron obtenidos mediante un cuestionario, mientras que la evaluación de autopercepción de autocuidado, el diagnóstico situacional de salud y grado de empoderamiento, se realizó mediante la aplicación de instrumentos validados. Toda la información fue obtenida por parejas de entrevistadores previamente capacitados.

*Datos sociodemográficos.* Se recolectó información referente a la edad, grado de escolaridad (expresada como: haber concluido al menos la educación básica), estado civil, acceso a servicios de salud, contar con condición de jubilados y tener acceso a una pensión.

*Autopercepción de autocuidado.* Se aplicó el instrumento tipo entrevista: “Test de Capacidad y Percepción de Autocuidado

del Adulto Mayor” CYPAC-AM (Millán-Méndez, 2010) consistente en 24 preguntas cerradas con opción de respuesta “Sí”, “A veces” y “No”. La puntuación obtenida permite categorizar la percepción de autocuidado como: a) adecuada (si cuenta con tres o más respuestas positivas y ninguna negativa); b) parcialmente adecuada (con dos o más respuestas intermedias) y, c) inadecuada (categorías con más de una respuesta negativa). El instrumento evalúa la autopercepción de autocuidado en: actividad física, tipo de alimentación, evacuaciones y micción, higiene del sueño, higiene personal, medicación, atención a su salud y adicciones.

*Funcionalidad.* Se utilizaron dos instrumentos de tamizaje para valorar la funcionalidad de los AM. El índice de Barthel<sup>13</sup> permitió valorar la capacidad para realizar sin ayuda, las actividades básicas de la vida diaria (ABVD); para cada dominio de la funcionalidad, se consideró dependiente si los participantes requerían asistencia o manifestaban incapacidad para realizar al menos una de las actividades evaluadas (Barthel y Mahoney, 1965). La aplicación del instrumento se realizó de acuerdo a lo establecido por el autor, y siguiendo los lineamientos recomendados por el Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud de México (CENETEC). La evaluación del equilibrio estático y dinámico, el riesgo de sufrir caídas y su posibilidad de repetición se evaluó empleando el test de TINETTI (Tinetti, 1986). De acuerdo a la puntuación obtenida los participantes fueron clasificados con: a) alto riesgo de sufrir caídas y, b) en riesgo.

*Funcionamiento cognitivo.* Para valorar el funcionamiento cognitivo se aplicó la versión en español del Mini-mental State Examination de Folstein (Folstein, Folstein, y McHugh, 1975). Dicho instrumento fue validado para su aplicación en población mexicana por Villaseñor-Cabrera, Guardia-

Olmos, Jiménez-Maldonado, Rizo-Curiel, y Però (2010) con la intención de clasificar a la población estudiada en a) sujetos con función cognitiva íntegra; b) con deterioro cognitivo leve, y c) con deterioro cognitivo.

*Depresión.* Debido a su alta sensibilidad y especificidad en población adulta mayor, el diagnóstico de síntomas depresivos se determinó mediante el test de Yesavage (Yesavage, Brink, Rose, Lum, Huang, Adey y Leirer, 1983). El instrumento permite categorizar a los sujetos de estudio con: a) depresión establecida; b) depresión leve, y c) sin depresión.

*Estado nutricional.* La condición del estado nutricional de los participantes se estableció mediante la escala mini nutricional de Guigoz y Velas (2002). La puntuación obtenida por los AM permitió identificar personas con: a) estado nutricional normal; b) riesgo de desnutrición y, c) desnutrición.

*Empoderamiento.* El grado de empoderamiento en el autocuidado se determinó mediante el autorreporte de la Escala de empoderamiento de Salud (EES). El instrumento se basa en una escala tipo Likert de 5 puntos (1=fuertemente en desacuerdo a 5= fuertemente de acuerdo), y permite evaluar propiedades del empoderamiento como: auto-control, auto-eficacia, solución de problemas, afrontamiento psicosocial, apoyo, motivación y toma de decisiones. Debido a la validez, confiabilidad, facilidad de administración y comprensión simple del instrumento, es considerado una herramienta confiable para evaluar el empoderamiento a programas educativos para la salud en AM ambulatorios (Serrani-Azcurra, 2014).

#### Procedimientos

Con la finalidad de contribuir al fomento de los estudios sobre salud y tercera edad, este estudio se apoya en el método

cuasiexperimental. La metodología propuesta para este estudio pretendió generar en un primer momento un diagnóstico para entender a profundidad las condiciones de salud de los adultos mayores participantes para ello se planteó conocer las condiciones de salud, capacidades de autocuidado, autopercepción del estado de salud.

A partir de la obtención de dicho diagnóstico, se realizó una intervención con el fin de lograr que los adultos mayores adquirieran conocimientos adecuados en torno al autocuidado en salud, con la finalidad de conseguir que los sujetos lograrán empoderarse a partir de los conocimientos y habilidades proporcionadas durante la fase de intervención.

Los resultados obtenidos en el diagnóstico inicial de salud se utilizaron para el diseño e implementación del taller: "capacitación integral de acciones de autocuidado y empoderamiento para atención a la salud". La intervención se enfocó en la capacitación para la realización de actividades para el mantenimiento y mejora de la flexibilidad, relajación muscular, mejoramiento de la capacidad funcional del sistema músculo-esquelético, control del dolor, aumento de la extensibilidad de los tejidos blandos y el flujo sanguíneo, educación para utilizar instrumentos de apoyo en la marcha (silla de ruedas y andadera), mantenimiento y mejora del movimiento articular y resistencia muscular, regulación del movimiento, autocuidado y niveles de prevención, estilos de vida saludable (dieta y alimentos, higiene bucal), salud del sueño, estimulación y/o mantenimiento de las capacidades mentales, terapia de duelo y abordaje tanatológico. El plan de acción para desarrollar la capacidad de empoderamiento estuvo basado en el enfoque de *coaching* en salud propuesto por Anderson (2005), el cual consistente en desarrollar de manera colaborativa: a) la identificación del problema de salud, b) determinación de los sentimientos y la influencia de la conducta, c) fijación de metas a corto, mediano y largo plazo, d) diseño de un plan de acción para

un paso conductual, y e) evaluación de lo realizado, aprendizaje y oportunidad de mejora. El programa de intervención tuvo una duración total de 6 meses, durante los cuales se realizaron 26 sesiones prácticas de 120 minutos de duración cada una.

Los valores iniciales obtenidos al aplicar los instrumentos de evaluación, se compararon con los obtenidos después de la implementación del programa de capacitación.

#### Análisis estadístico

Se llevó a cabo un análisis de las características sociodemográficas de los participantes, así como la valoración pre y post intervención de: a) autopercepción de la capacidad de autocuidado, b) evaluación general de salud y, c) grado de empoderamiento, utilizando medidas de resumen de los números absolutos, medias y porcentajes. Para todos los instrumentos empleados se realizó un análisis bivariado en el que se empleó la prueba de chi cuadrada ( $\chi^2$ ) con un grado de libertad y un nivel de significancia ( $p$ ) 95% ( $< 0.05$ ). El procesamiento y análisis de la información se realizó utilizando el paquete estadístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences; SPSS Inc. Chicago, Illinois, EE.UU.) Versión 15.0 para Windows.

#### RESULTADOS

El 90.8% de la población contó con al menos escolaridad básica y el 74.4% manifestó estar casado al momento del estudio. Todos los participantes estaban jubilados y con acceso a servicios de salud y pensión. De acuerdo al registro de asistencia al taller, el 97% de los individuos acudió a todas las sesiones realizadas, mostrando un alto nivel de adherencia al programa de intervención.

Al inicio del estudio el 72.4% de los hombres y el 45.3% de las mujeres manifestaron una percepción adecuada en su capacidad de autocuidado (Tabla 1). Pese a esto, el diagnóstico inicial de salud

identificó deficiencias importantes en su condición, donde el 62.4% de los participantes presentó dependencia funcional moderada para realizar ABVD, además el 58% presentaron alto riesgo de sufrir caídas, mientras que el 59.6% presentó depresión leve y el 18.4% fueron clasificados con riesgo de desnutrición. Al comparar las valoraciones iniciales contra las finales, el 92.5% de los hombres y 88.2% de las mujeres reportó una

autopercepción adecuada de autocuidado al final del estudio, observándose un aumento estadísticamente significativo para ambos sexos en dicha categoría con una mayor tendencia hacia el sexo femenino ( $Z=2.6$ ;  $p < 0.003$ ), de la misma manera se observó una tendencia positiva en la disminución de la percepción inadecuada de autocuidado en los participantes, con el 0.6% de los hombres y 2.6% de las mujeres (Tabla 1).

TABLA 1.

Autopercepción de la capacidad de autocuidado pre y post intervención.

Autopercepción de cuidado	Hombres (%)			Mujeres (%)		
	P.I.	P.P.I.	$\chi^2$ (p)	P.I.	P.P.I.	$\chi^2$ (p)
Adecuada	72.4	92.5	2.6*	45.3	88.2	2.9*
Parcialmente adecuada	21.3	6.9	2.8*	40.1	9.2	3.1*
Inadecuada	6.3	0.6	2.1	14.6	2.6	2.3*

\*Diferencia estadísticamente significativa entre los grupos de comparación, con valor  $p < 0.05$ .

‡ P.I.= Percepción inicial / § P.P.I.= Percepción Post-intervención.

Para el caso del funcionamiento cognitivo al finalizar el estudio el 97.7% de los hombres y el 97.4% de las mujeres presentaron funcionamiento integro, comparado con el 93.1 y 92.1 presentado al inicio del estudio respectivamente (Tabla 2).

Con relación a la funcionalidad, después de la intervención se encontró un aumento estadísticamente significativo en la categoría de independencia para la realización de ABVD para ambos sexos (83.9% de los hombres ( $\chi^2_{1gl} = 3.92$ ;  $p = > 0.05$ ), y 85.5% ( $\chi^2_{1gl} = 4.1$ ;  $p = > 0.05$ ) de las mujeres), observándose también una disminución significativa en el número de AM con dependencia moderada (56.3% vs. 16.1%, y 76.3% vs. 14.5% en hombres y mujeres respectivamente).

Al evaluar el riesgo de caídas de acuerdo al equilibrio estático y dinámico, se observó una diferencia significativa en la categoría de alto riesgo de sufrir caídas; al inicio del estudio el 59.8% de los hombres presentaron dicha condición vs el 26.4% que lo presentaron al finalizar la intervención, mientras que para las mujeres

la diferencia observada fue del 54% al 10.5%, con una  $p = > 0.05$  para ambos sexos.

En el caso de sintomatología depresiva se observó un impacto significativo en las categorías de depresión leve y sin depresión; para el caso de los hombres la depresión leve disminuyó del 62% al 22.4%, mientras que para las mujeres bajo del 54% al 11.8% ( $p = > 0.05$  para ambos sexos); mientras que en la categoría sin depresión el porcentaje de hombres aumentó del 32.8 al 74.7, y para las mujeres fue del 40.7% al 84.2% ( $p = > 0.05$ ). En el caso de depresión establecida no se observó diferencia estadísticamente significativa como resultado de la intervención.

El evaluar el riesgo de desnutrición, al inicio del estudio el 17.8% de los hombres fueron clasificados en dicha categoría, mientras que al finalizar la intervención únicamente el 4.6% presentaron tal condición, para las mujeres se observó una tendencia similar pasando de 19.7% al 2.6%; adicionalmente el número de participantes en la categoría de estado nutricional normal aumento en ambos

sexos, alcanzando un 95.4% en los hombres y un 97.4% en las mujeres ( $p=0.05$ ), mientras que la proporción de individuos con desnutrición se mantuvo igual al inicio y al finalizar el programa, lo cual es relevante en el sentido de que ningún participante fue afectado en su estado nutricional como resultado de su participación en el programa. Con relación a la función cognitiva, no se observó ninguna diferencia significativa en las categorías evaluadas como resultado del programa de intervención (Tabla 2).

Con respecto al empoderamiento sobre la capacidad de autocuidado, todas las dimensiones de la EES muestran una diferencia estadísticamente significativa; observándose que los sujetos participantes en el estudio desarrollaron un grado de empoderamiento importante, destacando las categorías de: a) Tener salud me hace sentir mejor; b) Reconozco lo que me motiva para cuidar mi salud y c) Me conozco lo suficiente para escoger lo que más conviene a mi salud, además se observó una tendencia al empoderamiento ligeramente mayor en las mujeres que en los hombres ( $p \leq 0.05$ ) (Tabla 3).

TABLA 2.

Determinación del nivel de dependencia funcional, deterioro cognitivo, estado emocional y nutricional, pre y post intervención en adultos mayores.

Condición	Hombres (%)			Mujeres (%)		
	Pre-intervención	Post-intervención	$\chi^2$ (p)	Pre-intervención	Post-intervención	$\chi^2$ (p)
<b>Funcionalidad (ABVD)</b>						
Dependencia total	0 (N=0)	0 (N=0)	0	0 (N=0)	0 (N=0)	0
Dependencia moderada	56.3 (N=98)	16.1 (N=28)	2.96*	76.3 (N=58)	14.5 (N=11)	3.2*
Independiente	43.7 (N=76)	83.9(N=146)	3.92*	23.7 (N=18)	85.5 (N=65)	4.1*
<b>Marcha y equilibrio</b>						
Alto riesgo de caídas	59.8 (N=104)	26.4 (N=46)	1.95*	54 (N=41)	10.5 (N=8)	2.7*
Riesgo	40.2 (N=70)	73.6 (N=128)	4.9*	46 (N=35)	89.5 (N=68)	5.3*
<b>Síntomas depresivos</b>						
Depresión establecida	5.2 (N=9)	2.9 (N=5)	0.9	5.3 (N=4)	4 (N=3)	1.6
Depresión leve	62 (N=108)	22.4 (N=39)	3.6*	54 (N=41)	11.8 (N=9)	4.0*
Sin depresión	32.8 (N=57)	74.7 (N=130)	4.1*	40.7 (N=31)	84.2 (N=64)	4.3*
<b>Salud mental</b>						
Función cognitiva integra	93.1 (N=162)	97.7 (N=170)	1.8	92.1 (N=70)	97.4 (N=74)	1.6
Deterioro cognitivo leve	6.9 (N=12)	2.3 (N=4)	1.9*	7.9 (N=6)	2.6 (N=2)	1.8
Deterioro cognitivo	0	0	0	0	0	0
<b>Estado nutricional</b>						
Normal	82.2 (N=143)	95.4 (N=166)	3.93*	80.3 (N=61)	97.4 (N=74)	4*
Riesgo de desnutrición	17.8 (N=31)	4.6 (N=8)	2.96*	19.7 (N=15)	2.6 (N=2)	3.88*
Desnutrición	0	0	0	0	0	0

\*Diferencia estadísticamente significativa entre los grupos de comparación, con valor  $p < 0.05$ .

TABLA 3.  
Evaluación del grado de empoderamiento sobre la capacidad de autocuidado en salud por sexo.

Preguntas de la EES	Hombres (%)			Mujeres (%)		
	P.I. ‡	P.P.I.§	$\chi^2$	E.I.	E.P.I.	$\chi^2$
Sé muy bien con que parte(s) del cuidado de mi salud no estoy satisfecho.	3.1	4.1	3.14*	3.1	4.6	4.14*
Soy capaz de alcanzar mis metas de salud mediante planes concretos de acción.	3	4.3	3.79*	3.3	4.5	3.16*
Tengo diferentes maneras de superar los obstáculos para lograr mis objetivos de salud.	3.1	4.2	3.21*	3	4.4	4.18*
Tener salud me hace sentir mejor.	3.2	4.8	3.96*	3	4.9	4.72*
Puedo afrontar el estrés por mis problemas de salud de manera positiva.	3.3	4.5	3.05*	3.1	4.4	4.12*
Puedo solicitar ayuda para cuidar y mantener mi salud cuando lo necesito.	3	4.4	4.14*	3	4.1	3.76*
Reconozco lo que me motiva para cuidar mi salud.	3.1	4.6	4.08*	3.2	4.8	4.65*
Me conozco lo suficiente para escoger lo que más conviene a mi salud.	3.1	4.8	4.36*	3.2	4.7	4.50*

\*Diferencia estadísticamente significativa entre los grupos de comparación, con valor  $p < 0.05$ .

‡ P.I.= Percepción inicial. / § P.P.I.= Percepción Post-intervención.

## DISCUSIÓN

La generación de mejores condiciones de salud es una responsabilidad compartida entre todos los actores involucrados incluyendo al propio individuo. Bajo dicha condición, en el 2003 la Organización Panamericana de la Salud (OPS), ha establecido acuerdos, estrategias y políticas internacionales para la generación de procesos que conduzcan al desarrollo del empoderamiento en la promoción de la salud, en el que las personas desarrollen habilidades y conductas que les permitan un mayor control sobre decisiones y acciones que modifiquen su salud, basadas en el diagnóstico integral de salud a fin de evitar la ejecución de prácticas erróneas que pudieran provocar afectaciones en las condiciones de salud de los individuos (Gamble, 2000; Millán-Méndez, 2010 y Söderhamn, 2013). Dichas estrategias buscan una alternativa a la *praxis* de la atención clínica basada en la medicalización de la atención primaria, favoreciendo la participación y responsabilidad del paciente en el control de su salud.

Los hallazgos aquí presentados, evidencian el mejoramiento de las condiciones de salud de un grupo de adultos mayores jubilados, como resultado de un proceso de capacitación y empoderamiento del cuidado a la salud, enfatizando la necesidad de implementar esquemas de atención e intervención para el desarrollo de herramientas cognitivo-conductuales, que fomenten una relación de corresponsabilidad del cuidado de la salud entre pacientes, profesionales e instituciones de salud.

De acuerdo a los participantes, la condición de jubilación y derecho a una pensión, favoreció de manera positiva la disponibilidad de tiempo y recursos económicos para la incorporación, adherencia y seguimiento al programa implementado, lo que contrasta con otros grupos de estudio, donde los AM mantienen una relación laboral activa, y a pesar de su condición de salud, no presentan una alta adherencia a los programas ofrecidos (OPS, 2013 y OMS, 2013). Al analizar la percepción en la capacidad de autocuidado, los datos publicados por Millán-Méndez



(2010) sugieren que las mujeres no desarrollaron una capacidad mayor que la de los hombres, mientras que los resultados aquí presentados demuestran que tanto los hombres como las mujeres pueden alcanzar una capacidad eficiente de autocuidado; lo anterior podría estar influenciado, de acuerdo a lo reportado por Söderhamn (2000 y 2013), por factores educativos y culturales pues más del 90% de nuestra población de estudio manifestó contar con al menos la educación básica completa; además para el caso de la percepción elevada de empoderamiento, nuestros resultados muestran una tendencia similar a los reportados por Salcedo, Gracia de Alba, Frayre-Torres, y Lopez-Coutino, (2008); sin embargo nuestros resultados se encuentran influenciados por el diagnóstico situacional de salud y la capacitación para el autocuidado, ya que al identificar las alteración del estado de salud de los participantes y la aceptación de su condición, favorece el desarrollo de una relación positiva entre la persona y su nueva situación<sup>7,26</sup>, además la adquisición de conocimientos sobre su condición de salud, favorecen las acciones de autocuidado de manera permanente (García, y Tobías, 2001).

Con respecto al análisis específico de las categorías evaluadas, el aumento en alrededor del 50% de los participantes que alcanzaron un nivel de independencia funcional, favorece de manera importante a la capacidad eficiente de autocuidado, además la ausencia de deterioro cognitivo es esencial para la toma de decisiones y conductas concientes para el control y manejo de su salud. También, los resultados obtenidos sobre la disminución del estado depresivo favorecieron la generación de interacciones sociales, la adherencia al programa de intervención y a sostener una conducta terapéutica a lo largo del estudio.

Por otro lado, cuando los individuos alcanzan un grado adecuado de empoderamiento para el autocuidado a la

salud, las conductas y acciones son extrapoladas a los entornos y condiciones de cada individuo, en este sentido al evaluar el estado nutricional y el riesgo de sufrir caídas, se observó un estado nutricional normal en más del 95% de los participantes y se disminuyó de manera significativa el alto riesgo de sufrir caídas; estos resultados son relevantes debido a que el programa de capacitación en estos rubros, estuvo enfocado al desarrollo de acciones que deberían realizarse en el hogar.

Finalmente, esta investigación presenta evidencia que aunque la autopercepción de autocuidado en adultos mayores sea buena, no necesariamente se apega a la realidad ni se cuenta con la capacitación para su realización adecuada; sin embargo el diagnóstico situacional de las propias condiciones de salud, la adherencia a un programa de capacitación integral y el empoderamiento de los conocimientos, actitudes y acciones de autocuidado pueden impactar de manera positiva en la disminución de riesgos y complicaciones, además de favorecer una evolución más adecuada a sus padecimientos, impactando de manera importante en el mejoramiento de su calidad de vida.

#### Limitaciones del estudio.

En el trabajo presentado se identificaron como limitaciones, la ausencia de un grupo control con el cual pudiera compararse los resultados obtenidos, además que los participantes fueron personas adultas mayores jubilados, con ausencia de dependencia funcional y sin deterioro cognitivo severo; que cuentan con recursos económicos y tiempo suficiente para acudir a cada una de las sesiones programadas, lo que favorece el apego y adherencia al programa de intervención; por lo que el programa presentado podría extrapolarse idealmente a poblaciones de estudio con las condiciones anteriormente mencionadas.

REFERENCIAS

- Acuña, Guevara, Flores (2014). El empoderamiento como estrategia de salud para las comunidades. *Revista Cubana de Salud Pública*, 40(3), 353-36.
- Anderson, R., y Funnell, M. (2005). The art of empowerment: stories and strategies for diabetes educators. New York: *American Diabetes Association*.
- Backman, K; y Hentinen, M. (1999). Model for the self-care of home-dwelling elderly. *Journal of Advanced Nursing*, 30, 564-572.
- Barthel, D., Mahoney, F. (1965). Funtional evaluation: Barthel Index. *Md State Med J*, 14, 615.
- Beswick AD, Rees K, Dieppe P, (2008). Complex interventions to improve physical function and maintain independent living in elderly people: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*, 371, 725-35.
- Cattaneo, L y Chapman, R. (2010). The process of empowerment: a model for use in research and practice. *Am Psychol*, 65(7), 646-659.
- CENETEC. Valoración Geronto-Geriátrica Integral en el Adulto Mayor Ambulatorio. (Fecha de consulta: 6 de febrero de 2016). Disponible en: [http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/491\\_GPC\\_valoracixn\\_geronto-geriatrica/IMSS-491-11-GER\\_valoracixn\\_geronto\\_geriatrica.pdf](http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/491_GPC_valoracixn_geronto-geriatrica/IMSS-491-11-GER_valoracixn_geronto_geriatrica.pdf).
- Gamble, A. (2000). Manual de prevención y autocuidado para las personas adultas mayores. México, *Gobierno del Distrito Federal*. (Fecha de consulta: 10 de enero de 2016). Disponible en: [http://www.sideso.df.gob.mx/documentos/manual\\_de\\_prevencion\\_y\\_autocuidado\\_para\\_las\\_personas\\_adultas\\_mayores.pdf](http://www.sideso.df.gob.mx/documentos/manual_de_prevencion_y_autocuidado_para_las_personas_adultas_mayores.pdf).
- García, M.J., Tobías, J. (2001). Prevalencia de depresión en mayores de 65 años. Perfil del anciano de riesgo. *Atención primaria*, 27, 484-488.
- Guigoz, Y., Lauque, S., Vellas, B.J. (2002). Identifying the elderly at risk for malnutrition. The Mini Nutritional Assessment. *Clin Geriatr Med.*, 18(4), 737-757.
- Folstein, MF., Folstein, SE., McHugh, PR. (1975). Mini-mental state: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatry Res*, 12(3), 189- 198.
- Johnson, TM., Kincade, JE., Bernard, SL., Busby-Whitehead, J., Defriese, GH. (2000). Self-care practices used by older men and women to manage urinary incontinence: Results from the national follow-up survey on self-care and aging. *Journal of the American Geriatric Society*, 48(8), 894-902.
- Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P. (2006). Metodología de la investigación. México: Mc GrawHill Interamericana Editores.
- Laverack, G. (2011). Improving health outcomes through community empowerment: a review of the literature. *J Health Popul Nutr*, 24(1), 113-120.
- Millán-Méndez, IE. (2010). Evaluación de la capacidad y percepción de autocuidado del adulto mayor en la comunidad. *Revista cubana de enfermería*, 26(4), 202-234.
- OPS. (2003). Conjunto de acciones para la reducción multifactorial de enfermedades no transmisibles (CARMEN). Habana, Cuba: *Organización Panamericana de la Salud*. (Fecha de consulta: 15 de enero de 2016). Disponible en: [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&gid=16166&Itemid=](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=16166&Itemid=).
- Organización Mundial de la Salud. (2013). Envejecimiento y ciclo de la vida. Ginebra, Suiza: OMS. (Fecha de consulta: 3 de mayo de 2016). Disponible en:

- <http://www.who.int/ageing/about/facts/es/>.
- Osorio, P., Torrejón, M., Meersohn, C. y Anigstein, M. (2011). Comprensión de la calidad de vida en personas mayores semivalentes en Chile, *Salud & Sociedad*, 2(2), 203-217.
- Painepán, B; y Kühne, W. (2012). Sobrecarga, afrontamiento y salud en cuidadoras de pacientes con demencia tipo Alzheimer. *Summa Psicológica*, 9(1), 5-14.
- Salcedo-Rocha, A.L., García de Alba, J., Frayre-Torres, M.J., Lopez-Coutino, B. (2008). Género y control de diabetes mellitus 2 en pacientes del primer nivel de atención. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 46 (1),73-81.
- Secretaría de salud. Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud. (1987). México (Fecha de consulta: 6 de mayo de 2016) Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>.
- Söderhamn, O. (2000). Self-care activity as a structure: A phenomenological approach. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 7(4),183-189.
- Söderhamn, O. (2013). Phenomenological perspectives on self-care in aging. *Clinical Interventions in Aging*, 8, 605–608.
- Schulman-Green D, Jaser S, Martin F, Alonzo A, Grey M, McCorkle, R. (2012). Processes of self-management in chronic illness. *J Nurs Scholarsh*, 44(2), 136–144.
- Serrani-Azcurra, D. (2014). Elders Health Empowerment Scale. Spanish adaptation and psychometric analysis. *Colombia Médica*, 45(4), 179–185.
- Tinetti, E. (1986). Performance-oriented assessment of mobility problems in elderly patients. *Journal of the American Geriatric Society*, 34(2), 119-126.
- Villaseñor-Cabrera, T., Guardia-Olmos, J., Jiménez-Maldonado, M., Rizo-Curiel, G., Peró, M. (2010). Sensitivity and specificity of the Mini-Mental State Examination in the Mexican population. *Quality & Quantity*, 44(6), 1105-1112.
- Yesavage, A., Brink, L., Rose, L., Lum, O., Huang, V., Adey, B., Leirer, O. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 17, 37-49.