

ORIGINAL BREVE

Intervención participativa comunitaria: necesidades de salud de personas mayores durante el período de la pandemia de la COVID-19

Community participatory intervention: health needs of older people during the COVID-19 pandemic period

Camilo Fernando Pávez Baeza. Departamento de Salud y Desarrollo Comunitario. Facultad de Salud y Ciencias Sociales. Universidad de Las Américas. Santiago (Chile)

Bryan Alejandro Barra Droguett. Centro de Salud Familiar y Comunitaria Dra. Michelle Bachelet Jeria. Santiago. (Chile)

Carlos Daniel Güida Leskevicius. Departamento de Salud y Desarrollo Comunitario. Facultad de Salud y Ciencias Sociales. Universidad de Las Américas. Santiago (Chile)

Mónica del Pilar Valenzuela Vidal. Escuela de Enfermería. Facultad de Salud y Ciencias Sociales. Universidad de Las Américas. Santiago (Chile)

María Cecilia Toffoletto. Escuela de Enfermería. Facultad de Salud y Ciencias Sociales. Universidad de Las Américas. Santiago (Chile)

FECHA DE RECEPCIÓN:
23 DE AGOSTO DE 2023
FECHA DE ACEPTACIÓN:
23 DE FEBRERO DE 2024

Para contactar:

María Cecilia Toffoletto.
mtoffoletto@udla.cl

Editor/a responsable:
Micaela Lluill Sarralde

RESUMEN

Objetivo. Proponer una intervención participativa comunitaria según las necesidades de salud percibida por las personas mayores del Programa de Salud Cardiovascular de un centro de salud familiar y comunitaria de una comuna de Santiago de Chile durante el período de la pandemia de la COVID-19.

Métodos. Se utilizó una metodología participativa de la comunidad, la cual se desarrolló en dos fases: diagnóstico participativo comunitario y desarrollo de la propuesta participativa de una intervención en salud comunitaria.

Resultados. Desde el diagnóstico participativo comunitario, los participantes eligieron el desarrollo de un programa educativo fundamentado en las necesidades de salud, además de la entrega de material educativo sobre estilos de vida saludable y recomendaciones para tener un buen control de sus enfermedades.

Conclusión. Desde el diagnóstico y planificación participativa, es posible intervenir en pro de las necesidades de las personas, familias y comunidades y capacitarlas en el manejo de su propia salud.

Palabras clave. Enfermedad crónica, anciano, Atención Primaria de la Salud, participación de la comunidad.

ABSTRACT

Aim. To propose a community participatory intervention according to the health needs perceived by elderly people in the Family and Community Health Centre Cardiovascular Health programme of a Santiago de Chile commune during the COVID-19 pandemic.

Methods. A community participatory methodology was used, which was developed over two phases: community participatory diagnosis and development of a participatory proposal for a community health intervention.

Results. From the community participatory diagnosis, participants opted for development of an educational programme based on health needs, in addition to the delivery of educational material related to healthy lifestyles and recommendations for robust control of their diseases.

Conclusion. From diagnosis and participatory planning, it is possible to intervene in favour of the needs of individuals, families and communities and train them in managing their own health.

Keywords. Chronic Disease, Community Participation, Elderly Person, Primary Health Care.



El contenido de Comunidad está sujeto a las condiciones de la licencia Creative Commons Atribución-NoComercial 4.0 Internacional

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) siguen siendo el principal problema de salud pública en la Región de las Américas¹ y se ha acentuado en el período de la pandemia por COVID-19, donde la crisis sanitaria y el confinamiento aumentaron los riesgos de ECNT y dificultaron el mantenimiento de un estilo de vida saludable. El acceso a los servicios de la Atención Primaria de Salud (APS), los cuidados y los tratamientos fueron interrumpidos, vulnerando principalmente a las personas mayores, las cuales tienen un mayor riesgo de sufrir descompensaciones de sus propias enfermedades².

En Chile, el manejo del autocuidado de las personas con ECNT durante la pandemia fue muy negativo en cuanto a la actividad física, la alimentación y el manejo de los síntomas. En relación con el control de las personas, el Programa de Salud Cardiovascular de la APS, que controla a las personas con antecedentes de infarto agudo de miocardio o accidente cerebrovascular y sus factores de riesgo, sufrió en 2020 una disminución del 60% de los controles realizados en comparación con los años 2018 y 2019. Además, hubo una disminución en las tasas de compensación de las personas hipertensas (del 67% al 53%) y diabéticas (del 42% al 23%)³.

Al reflexionar sobre esta problemática, se consideró que este contexto era oportuno para desarrollar una propuesta de intervención comunitaria enfocada en las necesidades de las personas mayores, pero no solo con una mirada preventiva focalizada en la enfermedad, sino desde el referente de la promoción de la salud con el enfoque salutogénico, el cual posibilita el fomento de una vida más saludable para las personas, familias y comunidades como un proceso social, ya que no contempla solamente las acciones dirigidas a fortalecer las habilidades y capacidades de las personas, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales de su contexto comunitario⁴.

En consecuencia, se trabajó con un grupo de personas mayores que asisten al Programa de Salud Cardiovascular de la APS que tiene por propósito reducir la incidencia de eventos cardiovasculares y mejorar el control de personas que han tenido un evento cardiovascular por medio de prestaciones entregadas en centros de la APS⁵. Cabe destacar que las personas mayores representan un 16,4% del total de la población de la comuna y los grupos socioeconómicos medio y medio bajo conforman el 61,3 % de la población comunal.

OBJETIVO

El proyecto tuvo como objetivo proponer una intervención participativa comunitaria según las necesidades de salud percibida por las personas

mayores del Programa de Salud Cardiovascular de un centro de salud familiar y comunitaria de una comuna de Santiago de Chile durante el período de la pandemia por la COVID-19.

MÉTODOS

Se utilizó una metodología participativa de la comunidad que se desarrolló en dos fases: diagnóstico participativo comunitario y desarrollo de la propuesta participativa de una intervención en salud comunitaria.

El proyecto se realizó con usuarios del Programa de Salud Cardiovascular y profesionales del equipo de salud de un Centro de Salud Familiar de una comuna de Santiago de Chile. Participaron 30 personas mayores con edad ≥ 65 años, con enfermedades crónicas cardiovasculares y sus factores de riesgo que estaban inscritos en el Programa de Salud Cardiovascular de la comuna. El gestor comunitario del centro de salud llevó a cabo el reclutamiento de las personas participantes. Ambas actividades fueron realizadas, en días distintos, en la sala de reuniones del centro de salud, con un promedio de tiempo de 60 minutos cada reunión.

Diagnóstico participativo comunitario

Para el diagnóstico participativo comunitario, se utilizó como primera actividad el sociograma, que permite identificar las principales instituciones y organizaciones sociales que perciben las personas mayores como relevantes en su vida. Para llevarlo a cabo, se buscó información sobre las principales redes de apoyo a las que se vincularon las personas participantes durante la pandemia para mantener su estado de salud. Se utilizó una pizarra y se dibujó un esquema de modelo sociograma, interactuando y plasmando lo percibido por las personas mayores.

Posteriormente, se trabajó con el árbol de problemas, una herramienta participativa que ayuda a definir de manera organizada los problemas, sus causas y sus efectos. Se recabó información relacionada con las necesidades de salud y las consecuencias que tuvieron las personas participantes durante el período de la pandemia. Para hacer esta actividad, se utilizó una pizarra donde se dibujó esquemáticamente un árbol de problemas, para poder identificar el problema principal que presentaron las personas mayores, sus principales causas y efectos.

Por último, se utilizó una matriz de priorización, que consiste en una tabla en la que se presentan diferentes criterios que permiten hacer una elección y, de esta forma, dar respuesta a la principal necesidad de salud percibida por las personas participantes.

Propuesta de la intervención en salud comunitaria

En esta fase, se generó una matriz de alternativas donde las personas participantes debían analizar tres alternativas para llevar a cabo una intervención comunitaria. Estas alternativas fueron analizadas por grupos de cinco personas en un tiempo de 20 minutos, por lo que se dividió el grupo en seis equipos de trabajo.

Los criterios utilizados en la matriz de alternativas fueron: impacto en la comunidad, viabilidad económica y política, tiempo para concretar a corto plazo y motivación de las personas participantes. Cada criterio se ponderó en un rango de uno a tres puntos en relación con el nivel de convencimiento por parte de las personas participantes: un punto correspondía a bajo convencimiento, dos puntos a medio convencimiento y tres puntos a alto convencimiento.

Las alternativas propuestas fueron:

1. Realizar operativos por medio de un stand de salud integral, con el objetivo de aprender a controlar signos vitales: presión arterial, glucemias, colesterol, control antropométrico, evaluación cognitiva (Mini Mental Test) y Escala de Valoración Geriátrica del Estado de Ánimo (Test de Yesavage).
2. Desarrollar un programa educativo y participativo fundamentado en los temas que surgieron de la comunidad en el desarrollo del diagnóstico participativo.
3. Hacer entrega de material educativo y/o guías anticipatorias (trípticos) relacionadas con estilos de vida saludable y recomendaciones para tener un buen control de sus enfermedades.

En base a la puntuación obtenida, se elaboró el árbol de objetivos de acuerdo con las alternativas elegidas por las personas participantes.

RESULTADOS

En cuanto al diagnóstico participativo comunitario, los clubes de personas mayores, las juntas de vecinos y vecinas y los centros de salud familiar y comunitaria fueron las organizaciones a las que

más acudieron las personas participantes durante la pandemia.

En el árbol de problemas, las personas mayores refirieron como problema principal un importante déficit de seguimiento de sus patologías crónicas cardiovasculares, durante la pandemia, lo que complicó su situación de salud actual. Las principales causas fueron: alimentación no saludable, falta de actividad física, sedentarismo y problemas de acceso al dinero. En cuanto a los efectos, relacionaron el decaimiento anímico y la preocupación, el aislamiento social y familiar y las descompensaciones de su enfermedad por falta de acceso a los controles de salud (figura 1).

En la fase del desarrollo de la propuesta de una intervención en salud comunitaria, en la matriz de alternativas, las personas participantes eligieron el desarrollo de un programa educativo fundamentado en las necesidades de salud detectadas en el diagnóstico comunitario, además de la entrega de material educativo y/o guías anticipatorias.

En consecuencia, se diseñó el árbol de objetivos, que tiene como propósito mejorar el estado general de salud de las personas mayores mediante acciones educativas preventivas y de alfabetización (figura 2).

DISCUSIÓN

En el diagnóstico participativo, se encontró que las personas ancianas valoran el vínculo con los clubes de personas su misma edad, las juntas de vecinos y vecinas, y los centros de salud, lo que evidencia lo importante que es la socialización en este grupo de población. La evidencia demuestra que el entorno comunitario interviene en la salud física y mental de las personas mayores y que un alto nivel de cohesión comunitaria se relaciona con una mejor percepción de salud y satisfacción con la vida⁶.

Se pudo constatar cómo los determinantes sociales de la salud de las personas mayores influyeron en su condición de salud durante la pandemia. Las bajas pensiones y la falta de dinero, unido al aislamiento social, aumentaron los riesgos de las ECNT y dificultaron el mantenimiento de un estilo de

Figura 1. Árbol de problemas confeccionado con las personas participantes

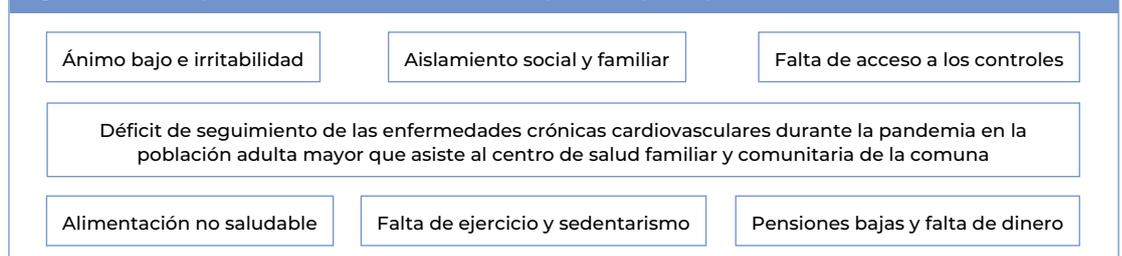
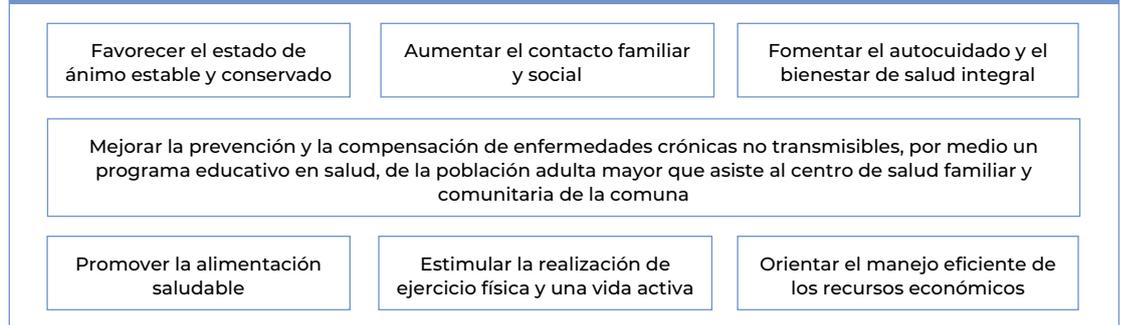


Figura 2. Árbol de objetivos según las personas participantes



vida saludable, por la falta de ejercicio y el sedentarismo, y porque su alimentación no fue saludable. Diversos estudios han evidenciado conductas poco saludables como consecuencia de la pandemia, como el aumento del consumo del alcohol y del tabaco^{7,8}, así como de alimentos procesados y la inactividad física⁹.

En cuanto a la propuesta de intervención, la educación en salud, como un método para transmitir y fortalecer los conocimientos de promoción y prevención de la salud, ha sido una estrategia fundamental en la formación de comunidades autónomas y capaces de manejar su propia salud, aún más cuando esta educación está fundamentada en

el enfoque salutogénico y en los determinantes sociales de la salud¹⁰. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la educación promotora de la salud debe partir de un modelo participativo y adaptado a las necesidades de las personas, familias y comunidades en consonancia con su condición social, cultural y también conductual, y teniendo en cuenta no solo en los factores de riesgo, sino también los factores protectores¹¹.

Se puede concluir que, desde el diagnóstico y la planificación participativa, es posible intervenir en pro de las necesidades de las personas, familias y comunidades y capacitarlas en el manejo de su propia salud.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Panamericana de la Salud. Enfermedades transmisibles y análisis de salud/información y análisis de salud. Situación de la salud en las Américas: indicadores básicos 2016. [Internet]. Washington, D.C.: OPS; 2016. [consultado: 15 de mayo de 2023]. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/31288>.
2. Organización Panamericana de Salud. Informe de la evaluación rápida de la prestación de servicios para enfermedades no transmisibles durante la pandemia de COVID-19 en las Américas. [Internet]. 4 de junio del 2020. [consultado: 15 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52283>.
3. Ministerio de la Salud. Informe impacto de la pandemia COVID-19 en las enfermedades no transmisibles en Chile 2022. [Internet]. Santiago (Chile): Departamento de Comunicaciones y Relaciones Públicas del Ministerio de Salud; 2022. [consultado: 19 de mayo de 2023]. Disponible en: https://redcronicas.minsal.cl/wp-content/uploads/2022/02/2022.03.07_INFORME-IMPACTO-COVID-EN-LAS-ENT-FINAL-1.pdf
4. Morgan A, Ziglio E. Revitalising the evidence base for public health: an assets model. *Promoción y Educación*. 2007;14(2_suppl):17-22. doi: 10.1177/10253823070140020701x
5. Ministerio de Salud. Orientación Técnica Programa de Salud Cardiovascular 2017. [Internet]. [consultado: 20 de mayo de 2023]. Santiago (Chile): Departamento de Comunicaciones y Relaciones Públicas del Ministerio de Salud. Disponible en: https://redcronicas.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/08/OT-PROGRAMA-DE-SALUD-CARDIOVASCULAR_05.pdf
6. Li Y, Ding X, Aierken A, Pan Y, Chen Y, Hu D. The Role of Community Cohesion in Older Adults During the COVID-19 Epidemic: Cross-sectional Study. *JMIR Public Health Surveill*. 2023 Apr 14;9:e45110. doi: 10.2196/45110
7. García-Álvarez L, Fuente-Tomás L, Sáiz PA, García-Portilla MP, Bobes J. Will changes in alcohol and tobacco use be seen during the COVID-19 lockdown? *Adicciones*. 2020;32(2):85-9. doi: 10.20882/adicciones.1546
8. Stanton R, To QG, Khalesi S, Williams SL, Alley SJ, Thwaite TL, et al. Depression, Anxiety and Stress during COVID-19: Associations with Changes in Physical Activity, Sleep, Tobacco, and Alcohol Use in Australian Adults. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(11):4065. doi: 10.3390/ijerph17114065
9. De Luis Román DA, Izaola O, Primo Martín D, Gómez Hoyos E, Torres Torres B, López Gómez JJ. Effect of lockdown for COVID-19 on self-reported body weight gain in a sample of obese patients. *Nutr Hosp*. 2020;37(6):1232-7. doi: 10.20960/nh.03307
10. Hernández-Sarmiento JM, Jaramillo-Jaramillo LI, Villegas-Alzate JD, Álvarez-Hernández LF, Roldan-Tabares MD, Ruiz-Mejía C, et al. La educación en salud como una importante estrategia de promoción y prevención. *Arch Med (Manizales)*. 2020;20(2):490-504. doi: 10.30554/archmed.20.2.3487.2020
11. World Health Organization. Health Promotion: A discussion document on the concepts and principles. [Internet]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 1984. [consulta: 4 de diciembre de 2023]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/107835>