

Proyecto: Salud Constante

Experto Universitario: Intervención en Calidad de Vida de Personas Mayores

Autora: Ángela Pardo Bolado

DNI: 72127535-H

Domicilio: c/ San Francisco 52, 3º Izda.

38001, Santa Cruz de Tenerife, Tenerife (Canarias)

Teléfono: 646201075

Correo: parduka@hotmail.com

Tutora: Martina Pérez Serranos

Curso: 2013-2014

Elección del Tema

El tema elegido para la elaboración del proyecto es el de personas mayores con enfermedades crónicas. Se persigue la mejora en la calidad de vida de este colectivo a través de acciones que procuren una estabilidad en su estado clínico, una mayor autonomía y la permanencia en su domicilio el mayor tiempo posible.

El proyecto se llevará a cabo por una entidad sin ánimo de lucro, de carácter voluntario.

Esto nos lleva a abordar dos de las dimensiones propuestas:

1.- *Dimensión de salud*: hábitos de vida saludable, educación para la salud, nutrición y dietética, higiene, prevención de enfermedades, fisioterapia...

2.- *Dimensión de estrategias de acción*: acciones de voluntariado, el voluntariado con las personas mayores, servicios de las personas mayores a la comunidad, acciones desde diferentes organizaciones no gubernamentales....

Justificación

El envejecimiento demográfico en España, y en gran parte del resto del mundo, es un hecho, y según todas las estadísticas, es una situación que seguirá empeorando en los próximos años.

Por otro lado, la prevalencia de enfermedades crónicas en las sociedades actuales, ha cobrado tal magnitud que se hace imperioso actuar para prevenir que siga extendiéndose y paliar sus efectos en las personas ya afectadas. La cronicidad no es un estado exclusivo de los mayores de 65 años, pero es verdad que en estas edades se da en mayor proporción.

Los problemas que afectan al colectivo de mayores, afectan a una parte muy extensa de la población y, por ende, a toda la sociedad. Por ello, y porque merecen toda la atención que se les pueda prestar, es necesario poner en marcha programas y acciones que intervengan en sus necesidades y hagan que el proceso de envejecer no sea

únicamente la etapa final de la vida, sino una etapa en la que aún se pueda disfrutar de ella.

Índice

1.- Marco teórico	5
1.- Enfermedades Crónicas	5
1.1.- Atención Primaria	10
1.2.- Polifarmacia	11
1.3.- Gasto Sanitario	12
1.4.- Dieta, nutrición y ejercicio	14
2.- Tercer Sector	17
2.1.- Origen y razón de ser	19
2.2.- Tercer Sector y Voluntariado	20
2.- Análisis de la Realidad	24
1.- Detectar Necesidades	24
2.- Establecer Prioridades	25
3.- Delimitar el Problema	25
4.- Fundamentación	26
4.1.- Vinculación con estrategias públicas	28
5.- Ubicación	30
6.- Población y Muestra	31
5.1.- Población	31
5.2.- Muestra	32
7.- Recursos	32

3.- Planificación	34
1.- Finalidad	34
2.- Objetivos	35
2.1.- Generales	35
2.2.- Específicos	35
3.- Metodología	36
3.1.- Actividades	36
3.2.- Temporización	37
3.3.- Recursos	37
4.- Ejecución	42
5.- Evaluación	47
6.- Conclusiones	48
7.- Bibliografía	50
8.-Glosario	52
9.- Anexos	54
9.1.- Anexo 1	

1.- Marco Teórico

1.- Enfermedades Crónicas

Las enfermedades crónicas son enfermedades de larga duración y, por lo general, de progresión lenta.

Introducción

En España, el aumento de la esperanza de vida, las mejoras en salud pública y atención sanitaria, así como la adopción de determinados estilos de vida han condicionado que, en la actualidad, el patrón epidemiológico dominante esté representado por las enfermedades crónicas. Dichas enfermedades son de larga duración y generalmente de progresión lenta, además conllevan una limitación en la calidad de vida de las personas afectadas y de las personas cuidadoras, son causa de mortalidad prematura y ocasionan efectos económicos importantes en las familias, las comunidades y la sociedad.

Pueden aparecer en cualquier momento de la vida, desde la infancia hasta la tercera edad. Algunas de estas enfermedades generan discapacidades que se manifiestan claramente, pero otras crean discapacidades “invisibles” que quizás no resulten tan fácilmente reconocibles. Los miembros de la familia y las demás personas que cuidan de quienes padecen enfermedades crónicas también afrontan retos difíciles.

Varían en sus síntomas, tratamientos y evolución. Algunas amenazan la vida del enfermo y, conforme avanzan, deterioran su calidad de vida y funcionalidad. En cambio otras, aunque persistan, quizás provoquen menos discapacidades y respondan bien al tratamiento.

El vivir con una enfermedad crónica implica más que las limitaciones físicas que ésta causa. También puede provocar dificultades económicas, emocionales y en las relaciones humanas. Es posible que la persona experimente soledad, aislamiento,

vergüenza, temor y preocupación por depender de terceros. A menudo lleva tiempo adaptarse y aceptar la realidad de una enfermedad a largo plazo que causa discapacidad.

Dado que los problemas de salud de carácter crónico no se traducen en mortalidad de forma inmediata, las medidas tradicionales de mortalidad son actualmente insuficientes para evaluar el estado de salud y se hace necesario, por tanto, medir la enfermedad a través de sus consecuencias, como el impacto en la calidad de vida, la restricción de actividad o la discapacidad.

Las enfermedades crónicas suponen una enorme carga sobre los individuos, las familias, las comunidades y los países en su conjunto, sea cual sea su nivel de desarrollo.

Prevalencia

Según informe de la Organización Mundial de la Salud (2008), la carga mundial de enfermedades no transmisibles (ENT) sigue aumentando, hacerle frente constituye uno de los principales desafíos para el desarrollo en el siglo XXI. Se calcula que las enfermedades no transmisibles, principalmente las enfermedades cardiovasculares, diabetes, cáncer y enfermedades respiratorias crónicas causaron 35 millones de defunciones en 2005. Esta cifra supone el doble del número de defunciones correspondiente al conjunto de todas las enfermedades infecciosas, incluidos el VIH /SIDA, la tuberculosis y la malaria, enfermedades materno perinatales y carencias nutricionales.

Se prevé que la proporción de la carga de ENT aumente a un 57% para 2020. Casi la mitad del total de muertes por enfermedades crónicas son atribuibles a las enfermedades cardiovasculares; la obesidad y la diabetes también están mostrando tendencias preocupantes, no sólo porque afectan ya a una gran parte de la población sino también porque han comenzado a aparecer en etapas más tempranas de la vida.

En Atención Primaria hasta el 40 % de los pacientes pluripatológicos presentan tres o más enfermedades crónicas, el 94% está polimedicado, el 34% presenta un Índice de Barthel menor de 60, y el 37% tiene deterioro cognitivo. La prevalencia de

pluripatología se puede estimar en un 1,38 % de la población general o un 5% en mayores de 65 años de edad.

Las implicaciones de este fenómeno para la salud pública son tremendas y ya están resultando evidentes.

La cronicidad en los ancianos

Hay tres aspectos fundamentales relacionados con las enfermedades crónicas en la última parte del ciclo de vida: *a)* la mayoría de las enfermedades crónicas se manifiestan en esta última etapa de la vida; *b)* la modificación de los factores de riesgo y la adopción de comportamientos favorables a la salud, como el ejercicio y las dietas saludables, reportan beneficios absolutos para los individuos y las poblaciones de edad avanzada; y *c)* es preciso maximizar la salud evitando o retrasando las discapacidades prevenibles.

La mayoría de las enfermedades crónicas aparecen en este periodo de la vida como resultado de la interacción de varios procesos mórbidos, así como de un deterioro más general de las funciones fisiológicas. Las enfermedades cardiovasculares alcanzan su máxima prevalencia en este periodo, al igual que la diabetes de tipo 2 y algunos tipos de cáncer. La carga principal de enfermedades crónicas se observa en esta etapa de la vida y representa un problema que exige ser abordado.

Si bien este grupo de edad ha recibido relativamente poca atención en cuanto a la prevención primaria, se considera por lo general que la aceleración del deterioro causada por factores externos es generalmente reversible a cualquier edad. Las intervenciones encaminadas a apoyar al individuo y promover entornos más sanos posibilitarán a menudo una mayor independencia a edades avanzadas.

Gozar de buena salud es fundamental para que las personas mayores mantengan su independencia y puedan disfrutar de su lugar en la vida familiar y en su comunidad

Medidas

Las enfermedades crónicas son en gran medida enfermedades prevenibles. Si bien pueden ser necesarias más investigaciones básicas sobre algunos aspectos de los mecanismos que relacionan la dieta y la salud, los datos científicos actualmente disponibles proporcionan una base suficientemente sólida y verosímil para justificar la adopción de medidas en este momento. Además del tratamiento médico apropiado para los ya afectados, se considera que el enfoque de salud pública de la prevención primaria es la acción más económica, asequible y sostenible para hacer frente a la epidemia de enfermedades crónicas en todo el mundo. La adopción de un enfoque basado en los factores de riesgo comunes para prevenir las enfermedades crónicas representa un avance importante de las ideas favorables a una política sanitaria integrada. A veces las enfermedades crónicas son consideradas transmisibles a nivel de los factores de riesgo. Los hábitos alimentarios y el nivel de actividad física modernos son comportamientos de riesgo que se difunden por los países y pasan de una población a otra como una enfermedad infecciosa, con incidencia en los perfiles de morbilidad a nivel mundial.

La necesidad de una acción encaminada a fortalecer las medidas preventivas y de control para contener la propagación de esa epidemia es ahora ampliamente reconocida por muchos países, pero los países en desarrollo se están quedando a la zaga en la aplicación de tales medidas. Sin embargo, por fortuna se está asignando una prioridad cada vez mayor a los esfuerzos tendentes a contener el aumento de las enfermedades crónicas. Esta situación se refleja en el interés creciente de los Estados Miembros, los organismos bilaterales e internacionales involucrados y las organizaciones no gubernamentales por abordar políticas alimentarias y nutricionales, la promoción de la salud y la estrategia de control y prevención de las enfermedades crónicas, así como otras medidas relacionadas como la promoción del envejecimiento sano y el control del tabaco. Se hace necesaria una estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud encaminada a la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles y basada en pruebas científicas y en las mejores prácticas, que haga especial hincapié en un criterio integrado.

Para dar respuesta al reto que supone la atención de las enfermedades crónicas, los países desarrollados han introducido en las últimas décadas distintos modelos

organizativos y de gestión. En España tal respuesta ha sido diversa, habiendo adoptado la administración central y los distintos servicios de salud de las comunidades autónomas distintas soluciones adaptadas al marco sociodemográfico, los recursos asistenciales y de la relación de éstos (en términos de integración o coordinación) con los servicios sociales.

Un aspecto de especial relevancia lo constituye el hecho de que las enfermedades crónicas más destacadas están relacionadas con determinantes de la salud comunes, sobre los que se puede actuar mediante medidas de promoción de la salud y actividades preventivas. Algunos de estos determinantes son el consumo de tabaco, el consumo nocivo de alcohol, una dieta inadecuada y la inactividad física. Junto a las conductas relacionadas con la salud o estilos de vida existen determinantes sociales tales como las condiciones de vida y trabajo, la educación o el nivel de ingresos, entre otros, que hacen necesaria una respuesta multisectorial para luchar contra las enfermedades crónicas.

Mientras que la edad, el sexo y la vulnerabilidad genética son elementos no modificables, gran parte de los riesgos asociados a la edad y el sexo pueden ser aminorados. Tales riesgos incluyen factores conductuales (régimen alimentario, inactividad física, consumo de tabaco y consumo de alcohol), factores biológicos (dislipidemia, hipertensión, sobrepeso e hiperinsulinemia) y, por último, factores sociales, que abarcan una compleja combinación de parámetros socioeconómicos, culturales y otros elementos del entorno que interactúan entre sí.

La hipertensión es un ejemplo de una afección crónica que puede controlarse y tratarse. Para manejar la creciente carga de las enfermedades crónicas es preciso tener oportunidades de promover la salud y prevenir las enfermedades dentro de la comunidad, así como de tratar dichas enfermedades en los servicios de salud. Muchas enfermedades crónicas y discapacidades asociadas que se presentan durante los años postreros de la vida pueden prevenirse, junto con sus costos económicos y humanos. Pero la prevención requiere alcanzar al individuo antes de que la enfermedad se establezca, y eso implica intervenir en etapas más tempranas de la vida, es decir, velar por un envejecimiento activo y saludable, definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como el “proceso de optimizar las oportunidades en materia de salud,

participación y seguridad a fin de poder lograr una vida de calidad a medida que las personas envejecen”.

Lamentablemente, el avance en la prevención de las enfermedades crónicas se ha visto limitado por varios factores, entre los que cabe citar la infravaloración de la eficacia de las intervenciones, la creencia de que se tarda mucho en lograr un impacto cuantificable, las presiones comerciales, la inercia institucional y la insuficiencia de los recursos. Estos problemas se deben tener seriamente en cuenta y deben ser combatidos.

Una combinación de actividad física, diversidad de alimentos e interacción social amplia constituye probablemente el perfil del modo de vida más adecuado para optimizar la salud, con el resultado de una mayor longevidad y un envejecimiento sano.

1.1.- Atención Primaria

Para prepararse desde ahora para un envejecimiento poblacional sin precedentes, es de vital importancia que los sistemas de salud de los países en desarrollo estén listos para enfrentar las consecuencias de estas tendencias demográficas.

La atención de salud preventiva y las pruebas de tamizaje para la detección y el tratamiento temprano de las enfermedades se llevan a cabo, en su mayor parte, en los centros de atención primaria de salud (APS). Estos centros, a los que las personas pueden acudir espontáneamente, también son los principales proveedores de manejo y cuidado continuos. Se estima que 80% de los cuidados de salud se prestan en el nivel comunitario, donde los centros de APS constituyen la espina dorsal del sistema de atención sanitaria. Los adultos mayores conforman ya una importante proporción de los pacientes atendidos en centros de APS, y a medida que la población envejezca y las enfermedades crónicas se tornen más frecuentes, dicha proporción aumentará.

Los centros de APS son el frente de la atención de salud y, por tanto, son lugares familiares para los adultos mayores y sus parientes. Dichos centros han de cumplir la función de proveer los contactos regulares y prolongados y el cuidado continuo que los adultos mayores necesitan para prevenir o retrasar la aparición de las discapacidades producidas por las enfermedades crónicas.

A pesar del papel crítico que desempeñan los centros de APS en la salud y el bienestar de los adultos mayores, estos últimos enfrentan muchas barreras cuando necesitan atención. El transporte al centro de salud les puede resultar difícil o demasiado costoso. A veces los pacientes tienen que llegar temprano en la mañana y hacer fila, en condiciones incómodas, solo para recibir un número que les permita ser atendidos por un médico u otro miembro del equipo clínico. Pueden tener dificultades para completar los formularios requeridos, y el personal, sobrecargado de trabajo, puede mostrarse impaciente con ellos. Después de esperar horas, puede que los atienda solo unos minutos un profesional clínico que no tiene tiempo para escuchar todas sus preocupaciones, que pasa por alto signos críticos de alerta y que no posee el entrenamiento geriátrico necesario para llegar al diagnóstico correcto o recetar el tratamiento adecuado. Los pacientes no siempre pueden hacerle frente al costo de los medicamentos prescritos ni entender por qué deben tomarlos o qué efectos secundarios deben notificar. Los que son mayores también pueden perder la motivación necesaria para buscar o continuar su tratamiento, lo cual puede acarrear graves consecuencias para su salud.

La OMS ha reconocido el papel crítico que los centros de APS desempeñan en la salud de los adultos mayores en todas partes del mundo, y la importancia de que dichos servicios sean accesibles y se adapten a las necesidades de ese grupo de edad.

1.2.- Polifarmacia

Una mayoría de las personas mayores de 65 años toma fármacos, en una media de 3 medicamentos/ día como consecuencia de presentar una media de 1,8 enfermedades crónicas. Debido a ello se produce un elevado número de efectos secundarios e interacciones entre estos medicamentos. Un 32,9% presenta problemas derivados de este consumo. Si en todos los tratamientos es necesario establecer un uso racional de los medicamentos, mucho más lo será en estas personas mayores. Es necesario conocer las variables farmacocinéticas y farmacodinámicas que son propias de la población geriátrica; ajustar las dosis e interrumpir los tratamientos cuando sea oportuno puede ayudar a evitar resultados indeseables, incluyendo el daño a órganos

diana. Familiarizarse con las clases de fármacos y los medicamentos que están generalmente contraindicados en las personas mayores también ayudará a reducir los potenciales riesgos y efectos secundarios.

Se estima que entre el 25 y el 50% de todos los pacientes ambulatorios no sigue con fidelidad la pauta indicada por el médico. En los mayores de 65 años, cuando se pautan más de tres fármacos se duplica la proporción de quienes siguen mal el tratamiento (32% y 69%). Los factores más relacionados con el mal cumplimiento terapéutico en los ancianos son las alteraciones de los órganos de los sentidos, la presencia de incapacidad funcional, el deterioro cognitivo, los trastornos afectivos, la dificultad con los envases, el entendimiento de las instrucciones y, sobre todo, el número de medicamentos prescritos.

El número de reacciones adversas está en relación con el número de fármacos consumidos. Igualmente, familiarizarse con las clases de fármacos y los medicamentos que están generalmente contraindicados en las personas mayores ayudará a reducir los potenciales riesgos y efectos secundarios.

1.3.- Gasto Sanitario

El incremento de la esperanza de vida es un triunfo para la salud pública y es el resultado del desarrollo social y económico. Lamentablemente, se calcula que el envejecimiento de la población se producirá a un ritmo más acelerado que el crecimiento económico y social de los países en desarrollo. En otras palabras, las poblaciones de dichos países se volverán más viejas antes de que los países se vuelvan más ricos; en cambio, los países industrializados se volvieron más ricos mientras sus poblaciones se volvían más viejas.

Es un hecho indiscutible que la población mayor de 65 años tiene unas características propias en cuanto al aumento de la incidencia y prevalencia de muchas enfermedades; hay un alto porcentaje de patologías crónicas, que en ocasiones son múltiples en un mismo paciente. Igualmente estas patologías crónicas pueden constituir una fuente importante de incapacidad. Entre las principales destacan los déficits

sensoriales, demencias, incontinencias, inestabilidad y caídas, inmovilidad, malnutrición, yatrogenia, aislamiento y depresión.

El incremento de la población mayor de 65 años (con sus patologías asociadas) producirá en un futuro un incremento importante del gasto sanitario. Es conocido por numerosos estudios que el gasto de estos mayores es muy superior en términos relativos al del resto de la población. La OCDE en sus informes periódicos establece que el gasto generado por el colectivo es 3,3 veces superior al de los menores de 65 años.

No sólo es necesario contabilizar el gasto farmacéutico producido, sino también el enorme gasto de recursos sanitarios que estas enfermedades crónicas conllevan, por ser estos pacientes y enfermedades los que consumen el mayor tiempo de las consultas de Atención Primaria y de estancias hospitalarias, que se incrementan a partir de los 65 años según la encuesta de morbilidad hospitalaria.

Dado el enorme gasto sanitario que estas enfermedades crónicas producen, es sorprendente que no existan estudios que relacionen este coste, teniendo en cuenta el previsible incremento de estas enfermedades y el incremento de la población mayor de 65 años.

La instauración de cualquier programa sanitario, y más si son programas dirigidos a enfermedades crónicas de mayores de 65 años, tendría que llevar un estudio de costes: análisis de minimización de costes; análisis de coste-efectividad; análisis de coste utilidad; análisis de coste-beneficio. La instauración de distintos programas asistenciales en Centro de Salud dentro de la denominada "cartera de servicios" tiene que ir acompañada del correspondiente estudio de costes, tanto materiales como personales, para conocer si dicho programa es posible de asumir.

La evolución futura del gasto sanitario es una incógnita. Así, aunque sabemos cuáles son los dos principales factores que determinan dicha evolución, el demográfico y el asistencial, el comportamiento futuro de uno y otro depende de múltiples variables y la evolución de éstas resulta difícil de predecir.

Todo lo anterior nos lleva a concluir la enorme trascendencia que tiene la evaluación económica en las intervenciones sanitarias. Sin embargo, en los medios asistenciales parece que todavía es frecuente la idea de que la necesidad de la evaluación económica es consecuencia de una grave y coyuntural limitación de los recursos disponibles, lo cual no es en absoluto cierto. Porque, de un modo u otro, los recursos son siempre limitados y menores que las necesidades potenciales o que la demanda de las intervenciones sanitarias, ya que éstas y aquéllas podrán crecer indefinidamente.

Por tanto, sería recomendable incluir, junto a los exámenes de salud de la población anciana, una revisión del consumo de medicación crónica para contribuir a un uso adecuado y racional de los mismos junto con una evaluación económica.

1.4.- Dieta, nutrición y ejercicio

La dieta y la nutrición son muy importantes para promover y mantener la buena salud a lo largo de toda la vida. Está bien establecida su función como factores determinantes de enfermedades no transmisibles crónicas, y eso los convierte en componentes fundamentales de las actividades de prevención.

Durante la pasada década, se han acelerado los rápidos cambios experimentados por los regímenes alimentarios y los modos de vida en respuesta a la industrialización, la urbanización, el desarrollo económico y la globalización de los mercados. Esto está teniendo grandes repercusiones en la salud y el estado nutricional de las poblaciones. Si bien han mejorado los niveles de vida, se ha ampliado la disponibilidad de alimentos, éstos se han diversificado más y ha aumentado el acceso a los servicios, también hay que contabilizar repercusiones negativas significativas en forma de hábitos alimentarios inapropiados, disminución de la actividad física y mayor consumo de tabaco, con el correspondiente incremento de las enfermedades crónicas relacionadas con la dieta, especialmente entre las personas con menos recursos.

En los años setenta se pensaba que los riesgos no aumentaban significativamente después de ciertas edades avanzadas y que, por consiguiente, no se obtendría beneficio alguno cambiando de hábitos –la dieta por ejemplo– después de los 80 años de edad, y

es que no había datos epidemiológicos que indicaran que la modificación de los hábitos influyera en la mortalidad o, incluso, el estado de salud de las personas mayores. Existía también la idea de que las personas “adquirían” algunos hábitos nocivos por el mero hecho de llegar a la vejez. Vino luego una fase de intervención más activa, en la que se alentó a las personas mayores a introducir en su dieta cambios que eran probablemente demasiado estrictos para el beneficio previsto. Últimamente se viene alentando a las personas mayores a seguir un régimen alimentario saludable –lo más amplio y variado posible, pero manteniendo su peso- y, en particular, a seguir haciendo ejercicio.

En el último decenio, la rápida expansión de diversos campos científicos pertinentes y los muchos datos epidemiológicos basados en la población, han ayudado a aclarar la función del régimen alimentario en la prevención y el control de la morbilidad y la mortalidad prematura causadas por las enfermedades no transmisibles. También se han identificado algunos de los componentes alimentarios específicos que aumentan la probabilidad de aparición de esas enfermedades en los individuos y las intervenciones adecuadas para modificar su repercusión.

La nutrición está pasando al primer plano como un determinante importante de enfermedades crónicas que puede ser modificado, y no cesa de crecer la evidencia científica en apoyo del criterio de que el tipo de dieta tiene una gran influencia, tanto positiva como negativa, en la salud a lo largo de la vida. Lo que es más importante, los ajustes alimentarios no sólo influyen en la salud del momento sino que pueden determinar que un individuo padezca o no enfermedades tales como cáncer, enfermedades cardiovasculares y diabetes en etapas posteriores de la vida. Sin embargo, estas ideas no han llevado a modificar las políticas o la práctica. En muchos países en desarrollo, las políticas alimentarias siguen concentrándose sólo en la desnutrición y no consideran la prevención de las enfermedades crónicas.

Respecto al ejercicio físico, hay una serie de factores a tener en cuenta:

- 1.- El gasto energético asociado a la actividad física es una parte importante de la ecuación de equilibrio energético que determina el peso corporal. La disminución del gasto calórico que conlleva la reducción de la actividad física es probablemente uno de los factores que más contribuyen a la epidemia mundial de sobrepeso y obesidad.

2.- La actividad física tiene gran influencia en la composición del cuerpo: en la cantidad de grasa, de músculo y de tejido óseo.

3.- La actividad física y los nutrientes comparten en gran medida las mismas vías metabólicas y pueden interactuar de diversas maneras que influyen en el riesgo y la patogénesis de varias enfermedades crónicas.

4.- Se ha comprobado que el buen estado cardiovascular y la actividad física reducen significativamente los efectos del sobrepeso y la obesidad en la salud.

5.- La actividad física y la ingesta de alimentos son comportamientos tanto específicos como interactivos, en los que influyen y pueden influir en parte las mismas medidas y políticas.

6.- La falta de actividad física es ya un riesgo para la salud mundial y es un problema extendido y en rápido aumento en los países tanto desarrollados como en desarrollo, sobre todo entre las personas pobres de las grandes ciudades.

Por último es importante considerar que las investigaciones acerca de los efectos del ejercicio físico en la mejora del bienestar de las personas mayores se han centrado generalmente en los beneficios fisiológicos. Sin embargo, ha sido recientemente cuando se ha suscitado un mayor interés por la investigación del papel que juega el ejercicio en los aspectos psicológicos, sobre todo los relacionados con los cambios en el estado de ánimo y con el nivel de satisfacción y adherencia a una pauta continuada de actividad física (Dishman, 1994).

Desde el punto de vista de la adecuación del ejercicio a grupos de población específicos, las personas mayores presentan unas características propias que las diferencian del resto de la población general. La dificultad en modificar los posibles hábitos negativos adquiridos a lo largo de la vida así como el propio envejecimiento, son elementos a tener en cuenta en la programación y valoración de la eficacia de los programas de actividad física y su posible relación con el aumento en la calidad de vida (Danner y Edwards, 1992).

En conclusión, podemos decir que para lograr los mejores resultados en la prevención de enfermedades crónicas, las estrategias y políticas que se apliquen, deben reconocer plenamente la importancia fundamental de la dieta, la nutrición y la actividad física.

2.- Tercer Sector

Aún hoy, persiste la crítica sobre la imprecisión para delimitar la dimensión conceptual del Tercer Sector a nivel académico. No obstante los avances dados en el tema, para entender con claridad su naturaleza, aún se debe recurrir a una definición por exclusión y luego continuar describiendo el marco de actuación de lo que se designa como Tercer Sector.

Así, podemos decir que la estructura institucional de las sociedades actuales se caracteriza por la existencia de tres grandes sectores:

- a) Sector Público (o primer sector): formado por las Administraciones Públicas, los organismos autónomos y las empresas públicas. Su característica común es que el control último corresponde a representantes elegidos por la sociedad o, en general, a individuos o grupos legitimados por el poder político. Se puede decir que es el conjunto de disponibilidades públicas, de medios materiales y personales puestos al servicio de fines comunitarios, cuya utilización repercute de una forma u otra en la marcha de la economía, sea su influencia directa, indirecta, principal o subsidiaria, intencional o derivada, intrínseca o extrínseca.
- b) Sector privado (o segundo sector): comprende las entidades que desarrollan actividades con ánimo de lucro y son controladas, en última instancia por propietarios privados, es decir, el “Mercado”.
- c) Junto a estos dos sectores relativamente bien conceptualizados, coexiste un “Tercer Sector” mucho más complejo y heterogéneo, cuyas entidades suelen definirse por exclusión, es decir, por su no pertenencia a ninguno de los otros dos sectores. Así, para indicar su diferencia con el Mercado, se habla de

entidades no lucrativas, y para diferenciarlo del Estado, de entidades no gubernamentales.

Aunque las organizaciones no lucrativas cuentan con una larguísima tradición histórica a sus espaldas, recién a partir de los años setenta del siglo XX es cuando se empieza a hablar de ellas como un sector institucional diferenciado del Mercado y el Estado.

La configuración del Tercer Sector responde a cinco elementos característicos fundamentales, que constituyen elementos estructurales de carácter operativo de las organizaciones que lo conforman:

1.- Formal: es necesario que se esté ante una organización donde haya unos objetivos generales y en donde los recursos estén destinados a conseguir dichos objetivos. La mayor parte de ellas adoptan una fórmula jurídica específica para regular dichas organizaciones como, por ejemplo, fundaciones y asociaciones.

2.- Privada: esto implica que no estén jurídicamente integradas en la Administración Pública.

3.- Sin ánimo de lucro: o lo que es lo mismo, no pueden distribuir beneficios entre sus miembros.

4.- Dotada de autogobierno: las entidades no lucrativas han de disponer de sus propios gobiernos.

5.- Altruista: implica algún grado de participación voluntaria, bien sea porque la entidad canaliza el trabajo voluntario, bien sea porque la gestión de la misma se hace de forma voluntaria con el objetivo de que su existencia sea de interés general.

Finalmente, otro elemento definitorio a tener en cuenta es el derivado del régimen fiscal, por cuantas entidades que componen el Tercer Sector disfrutan usualmente de unos beneficios fiscales derivados del cumplimiento de su función de coadyuvar al interés general.

En base a todas las precisiones anteriores, podríamos definir el Tercer Sector como “... *el constituido por aquellas organizaciones privadas, de carácter voluntario y sin ánimo de lucro, que surgidas de la libre iniciativa ciudadana y surgidas de forma autónoma, buscan responsablemente, mediante el desarrollo de actividades de interés general (misión), conseguir un incremento de los niveles de calidad de vida a través de un proceso social solidario, en cooperación con otras instancias públicas o privadas, beneficiándose, en su caso, de un tratamiento fiscal específico, derivado del reconocimiento de su labor altruista*” (Cabra de Luna, 1998:43).

2.1- Origen y razón de ser

En la sociedad actual cada vez se ha ido tomando mayor conciencia de que las políticas públicas de carácter social, tal como se ha plasmado en el Estado de Bienestar, no son capaces de modificar sustancialmente la estratificación producida por el mercado, ni de eliminar la pobreza o reducir la separación entre unas capas sociales y otras. En suma, de que el Estado sea capaz de resolver todos los problemas que le salen al paso. Se ha llegado a afirmar que el Estado no resuelve, ni podrá resolver nunca, todas las carencias y necesidades de la vida humana.

Es un hecho que en los países de nuestro entorno, así como en España, se ha producido una reestructuración del rol del Estado en relación con las que venían siendo sus funciones tradicionales, al hilo de la crisis del Estado de Bienestar.

Lo que es bien cierto es que ya nadie sostiene en la actualidad que la actividad estatal puede llegar a todas las áreas comunitarias, se considera más bien, que este hecho ni es positivo ni conveniente. A este respecto pueden ponerse de manifiesto diversas causas, tales como la excesiva burocratización e ineficacia de los aparatos de la Administración, la inexistencia de recursos suficientes para atender la demanda creciente, así como la inconveniencia de abandonar a la responsabilidad pública acciones que caen dentro de la responsabilidad individual.

Aunque ya con anterioridad, la iniciativa privada ha venido encargándose de dar respuesta a las necesidades sociales, es en estas coordenadas donde surge con fuerza e identidad propia lo que ha venido a denominarse Tercer Sector, compuesto por entidades no lucrativas o de carácter solidario, que vienen a complementar, cuando no a

sustituir, las actividades de interés general llevadas a cabo, con distinta suerte, por el Estado, según el grado de desarrollo económico y modernización de cada país.

No faltan planteamientos que hacen referencia a la “corresponsabilidad social” o responsabilidad compartida Estado-Sociedad. Este enfoque podría ser el camino más flexible y sensible de compromiso con los problemas sociales evitando las excesivas burocracias públicas y la limitación de recursos de las ONG, siempre que la garantía global de los derechos sociales fundamentales continúe asegurada por las instituciones democráticas públicas legítimas.

El Tercer Sector se presenta como un instrumento de cohesión social ante la creciente pérdida de participación en organizaciones sociales tradicionales como la Iglesia, los sindicatos o los partidos políticos. El tejido social se reactiva a partir de nuevas propuestas que ofrecen las organizaciones no lucrativas, en las que bajo un interés común, se expresan nuevas formas de asociación y movimiento de personas, con especial protagonismo del voluntariado.

2.2.- Tercer Sector y Voluntariado

El voluntariado y las organizaciones de acción voluntaria son parte de la iniciativa social, de los Movimientos Sociales, del Tercer Sector, diferenciándose claramente de la acción de los gobiernos o de las empresas privadas. No obstante, existen administraciones públicas que impulsan proyectos de voluntariado vinculados a sus respectivas políticas sociales, culturales, etc.

La noción de Organizaciones Voluntarias enfatiza, sobre todo, la aportación del voluntariado al bienestar social, y resalta el trabajo gratuito y libre de los miembros que participan en dichas entidades. Lo más significativo de esta denominación es el énfasis que en ella se pone en el sesgo participativo de las personas que se incorporan a las organizaciones del Tercer Sector. Los voluntarios aparecen, cada vez más, como el arquetipo participativo por excelencia.

Son organizaciones sin ánimo de lucro, más o menos formalizadas y estables, cuyo trabajo se desarrolla, total o parcialmente, mediante la acción voluntaria de sus miembros.

Las explicaciones sobre las motivaciones de la participación social pueden extrapolarse al caso de los voluntarios que colaboran en las organizaciones del Tercer Sector. Los voluntarios que se incorporan a las organizaciones orientadas de bienestar y de sociabilidad para los afiliados (autocentradas), lo hacen, en principio, por el deseo de satisfacer alguna necesidad o de alcanzar alguna meta en particular. Los que colaboran en organizaciones altruistas (heterocentradas), atribuyen, en algunos casos, su decisión al seguimiento de valores abstractos relacionados con la solidaridad y la responsabilidad cívica. Dichos valores derivan de creencias religiosas y de opciones políticas. Crece, no obstante, el número de voluntarios que atribuyen su implicación en las organizaciones autocentradas, a intereses personales: huir de la soledad, obtener alguna recompensa emocional, sentirse bien, aspiraciones profesionales,...

Algunas ideas clave sobre el voluntariado

1.- Voluntariedad: el voluntariado, la acción voluntaria, es el resultado de una libre elección, es una opción ética, personal, gratuita, que no espera retribución o recompensa.

2.- Solidaridad: altruismo quiere decir amor al otro, es lo contrario de egoísmo. El voluntariado, la acción voluntaria sólo existe cuando repercute en los otros, cuando su interés es colectivo, general, público. El voluntariado es un medio para dar respuesta a necesidades, problemas e intereses sociales, y no un fin en sí mismo para satisfacer a las personas voluntarias. La acción voluntaria supone un compromiso solidario para mejorar la vida colectiva.

3.- Acción: el voluntariado no es sólo un valor ético, una actitud, sino una práctica concreta. El voluntariado se hace, es acción.

4.- Organización: el voluntariado, por ser algo muy importante, no se puede tratar como una práctica personal, individual, testimonial, íntima. Porque el objetivo del voluntariado es mejorar la realidad, transformar el mundo, y hacerlo eficazmente. Frente a la improvisación y la espontaneidad, el voluntariado requiere actuar organizadamente, uniendo fuerzas. Por tanto, la acción voluntaria debe de ser una acción organizada, sistemática, sinérgica, que requiere de organización, de asociaciones o fundaciones en las que actuar.

Las personas voluntarias realizan, en las asociaciones y fundaciones, todo tipo de tareas, como por ejemplo:

- Investigación, recogiendo datos y testimonios sobre una determinada situación, un territorio, una comunidad o un sector social, en torno a problemas o necesidades concretas...
- Información y sensibilización, difundiendo, dando a conocer situaciones, necesidades, problemas, despertando y movilizando la conciencia de otras personas...
- Orientación y asesoramiento, escuchando, atendiendo consultas, prestando apoyo y facilitando información a personas o colectivos en situación de necesidad...
- Formación, educando en valores, capacitando en habilidades sociales, hábitos de salud, habilidades profesionales, etc., a personas y colectivos sociales.
- Reivindicación y denuncia, reclamando derechos, señalando irregularidades o injusticias...
- Captación de fondos y recursos, recogiendo y canalizando dinero, medios materiales, recursos técnicos, necesarios para el desarrollo de proyectos solidarios o la atención a situaciones de emergencia..
- Apoyo y asistencia directa a personas en situación de necesidad, atendiendo a enfermos de sida, toxicómanos, ancianos solos, mujeres maltratadas, transeúntes, sin techo...

- Planificación y gestión de proyectos de acción, analizando necesidades, formulando objetivos y estrategias de acción, buscando y organizando todo tipo de recursos, evaluando resultados...
- Dirección, gestión y mantenimiento de organizaciones de acción voluntaria, ocupándose de fortalecer la participación, mejorar la eficacia en el funcionamiento organizativo y en la acción para alcanzar los objetivos, desarrollando las relaciones con otras organizaciones o instituciones...

2.- Análisis de la Realidad

1.- Detectar Necesidades

La situación de partida es el hecho de que vivimos en una sociedad donde el porcentaje de personas mayores, de 65 y más años, es muy elevado, y es un porcentaje que se estima aumentará en los próximos años.

De todas estas personas mayores, una gran mayoría padecen una o más enfermedades crónicas.

Esto nos deja con una alta prevalencia de cronicidad en un colectivo muy amplio de la sociedad. Esta situación genera unas necesidades que habrían de ser atendidas, tanto desde el sector público como desde el sector social o tercer sector:

- 1.- Prevención de las enfermedades crónicas
- 2.- Descompensación del estado clínico en detrimento de la salud
- 3.- Disminución de la toma de medicamentos
- 4.- Situaciones de dependencia
- 5.- Carga económica y personal para la familia
- 6.- Sobrecarga en los servicios de atención primaria
- 7.- Gastos en Sanidad
- 8.- Malestar y padecimiento físico de las personas afectadas
- 9.- Estados de depresión o desajuste emocional
- 10.- Formar al colectivo sobre las enfermedades y cómo prevenirlas
- 11.- Formar al colectivo sobre qué pueden hacer para mejorar su estado: dotarlos de capacidad para autocuidarse

2.- Establecer prioridades

Vemos que la situación genera gran número de necesidades q requieren ser atendidas, pero es imposible hacer frente a todas ellas al mismo tiempo, ya que no hay recursos ni tiempo suficientes. Habremos de centrarnos en aquellas que consideramos más urgentes, o en las que creemos que son más realistas y abarcables en función de los medios con los que contamos.

Así, podemos destacar las siguientes:

1.- En función de su importancia y urgencia, nos centraremos en las personas, en la situación tal y como ellos la padecen

2.- Y de entre todos los problemas que les tocan directamente – económicos, familiares, sociales- nos centraremos en los factores físicos, de salud.

Las razones para centrarnos en esta necesidad en concreto serían:

- Consideramos que el tiempo requerido para empezar a ver algún resultado no será excesivo (el planificación está pensada a corto plazo)
- Las actividades planeadas para actuar sobre esta necesidad en concreto están dentro de las posibilidades de recursos del proyecto
- Su rentabilidad. El hecho de que la persona se encuentre mejor físicamente, tendrá efectos positivos en otros de los problemas a atender: mayor autonomía, mejor estado anímico, menos visitas al médico o menor carga familiar.

3.- Delimitar el problema

Por todo lo dicho con anterioridad, podemos delimitar el problema objeto de esta intervención como:

Pérdida en la calidad de vida de las personas mayores que padecen enfermedades crónicas, concretamente en lo referente a su estado de salud.

Por norma general, el colectivo de personas mayores se ve afectado por algún tipo de problema de salud, debido al proceso natural del envejecimiento. Pero aquellos que además padecen alguna enfermedad crónica, se van a ver condicionados por ella para el resto de su vida. Algunas de las consecuencias de la cronicidad pueden ser: la toma de medicación de manera continuada, tener cuidado con lo que comen y con los esfuerzos físicos, realizar controles de manera diaria o periódica, visitas al médico para revisión, reducción o abandono de actividades que antes realizaban, dependencia de otras personas y/o de ayudas técnicas, cuadros de ansiedad o depresión, etc. No todos se verán afectados de la misma manera, eso dependerá del tipo de enfermedad que les afecte y del estilo de vida que llevasen antes y lleven después del diagnóstico.

Asimismo, hay que tener en cuenta que pueden verse afectados por más de una enfermedad crónica, lo que multiplicaría los cuidados, limitaciones, medicación, complicaciones... Ya que las enfermedades pueden influir unas en otras, y la interacción de los medicamentos puede producir efectos adversos.

Todo esto dependerá del tipo de enfermedad de que se trate, no es igual de condicionante una hipertensión que una artrosis o alguna otra enfermedad crónica que sea degenerativa.

En cualquier caso, sea cual sea la enfermedad, y el número de ellas que pueda padecer una persona, el hecho de intervenir en algunos factores, como son el tipo de dieta, la cantidad de actividad física que realiza, la reducción de medicación que tome o el conocimiento que tenga sobre el problema que le aqueja, hará que su estado físico mejore, o esa es, al menos, la línea de pensamiento que existe hoy en día, y que lleva a organizar planes y acciones en base a esta idea.

4.- Fundamentación

Según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE), el 1 de enero de 2011 había 8.092.853 personas mayores en España, el 17,2% sobre el total de la población, representando las personas de 80 y más años el 5,1 de toda la población.

Según datos de Proyección de la población de España a Largo Plazo, elaborada por el INE, las tendencias demográficas actuales llevarían a una reducción progresiva del

crecimiento poblacional en las próximas décadas: el crecimiento natural de la población se haría negativo desde 2020 y la población mayor de 64 años se duplicaría en 40 años, pasando a constituir el 31,9% de la población total de España en el año 2049. Es previsible que el nivel de envejecimiento sea máximo en 2050, pudiendo duplicar los niveles de 2001, para descender ligeramente en la siguiente década.

Además, en las encuestas del INE, en que se reflejan datos en relación a las personas con edades superiores a los 75 años, podemos destacar que:

- Casi un 11% son fumadores activos, y un 25 son exfumadores
- El 47% refieren que están sentados la mayor parte de la jornada
- El 70% de los que realizan menos actividad física de la deseable, lo hacen por presentar problemas médicos
- En torno a un 70% tienen sobrepeso u obesidad
- El 99% se toma la tensión de forma habitual
- El 60% acude a consulta médica al menos una vez al mes
- EL 17% ha estado ingresado en hospital en el último año, y un 32% ha usado el servicio de urgencias
- El 94% consume fármacos. El 53% toman medicación para la tensión arterial, el 24% para el colesterol y el 16% para la diabetes

La Encuesta Nacional de Salud constató que las personas entre 65 y 74 años tenían una media de 2,8 problemas o enfermedades crónicas, alcanzando un promedio de 3,23 en personas mayores de 75 años. En Atención Primaria, hasta el 40% de los pacientes pluripatológicos presentan tres o más enfermedades crónicas, el 93% está polimedicado, el 34% presenta un índice de Barthel menor de 60, y el 37% tiene deterioro cognitivo. La prevalencia de pluripatología se puede estimar en un 1.38% de la población general, o un 5% en mayores de 65 años de edad.

Un aspecto de especial relevancia lo constituye el hecho de que las enfermedades crónicas más destacadas están relacionadas con determinantes de la salud comunes, sobre los que se puede actuar mediante medidas de promoción de la salud y actividades preventivas.

De hecho, si analizamos el tipo de enfermedades crónicas que con más frecuencia aparecen en esta población, nos encontramos con que, entre las más prevalentes, se encuentran patologías que podemos ayudar a controlar (hipertensión arterial, diabetes, obesidad).

4.1.- Vinculación con estrategias públicas

Las estrategias de atención a pacientes crónicos es una línea de acción refrendada a todos los niveles:

1.- Internacional

La OMS publicó en 2005 un documento de referencia: “*Preventing Chronic Diseases, a vital investment*” (http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/part1/es/index.html) que instaba a que los sistemas de salud de todo el mundo diseñaran y establecieran estrategias adecuadas con medidas eficaces para hacer frente al desafío de la cronicidad, reorientando sus sistemas de atención. El objetivo que propone este documento, es que se necesita ofrecer una atención sanitaria y social integral e integrada, con una respuesta multidisciplinar a las necesidades de los pacientes en relación con la promoción y prevención de la salud, así como la atención en la fase de descompensación y la rehabilitación funcional, contribuyendo así a su recuperación. Al mismo tiempo, es preciso implicar y corresponsabilizar al paciente en la gestión de su propio proceso asistencial, fomentando la participación, la educación sanitaria y la autoayuda.

2.- Europa

En diciembre de 2010, el Consejo de la Unión Europea (EPSCO Council), adoptó una serie de conclusiones con relación al desarrollo de planes de actuación que disminuyan el impacto de las enfermedades crónicas en Europa. En dichas conclusiones, incluidas en el documento “*Innovate approaches for Chronic Diseases in Public Health and Healthcare Systems*” (http://ec.europa.eu/health/major_chronic_diseases/docs/reflection_process_cd_final_report_en.pdf), se invita a los Estados miembros a “desarrollar políticas centradas en el

paciente para la promoción de la salud, la prevención primaria y secundaria, el tratamiento y la atención de las enfermedades crónicas, en cooperación con los responsables políticos y, especialmente, con las asociaciones de pacientes”.

3.- Nacional

Las líneas estratégicas anteriores están alineadas con la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud, elaborada por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, que fue aprobada por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud el 27 de junio de 2012 (http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ESTRATEGIA_ABO_RDAJE_CRONICIDAD.pdf). En ella se establecen objetivos y recomendaciones que permitirán orientar la organización de los servicios hacia la mejora de la salud de la población y sus determinantes, la prevención de las condiciones de salud y limitaciones en la actividad de carácter crónico, y su atención integral. Esta estrategia recoge que todo el sistema debe cambiar, pasando de estar centrado en la enfermedad a orientarse hacia las personas, hacia la atención de las necesidades de la población en su conjunto y de cada individuo en particular, de manera que la asistencia sanitaria resulte adecuada y eficiente, se garantice la continuidad en los cuidados, se adapte a la evolución de la enfermedad en el paciente y favorezca su autonomía personal.

Esta estrategia recoge entre sus objetivos, temas tan importantes como impulsar los programas de voluntariado en el abordaje de la cronicidad, promover la participación de la persona enferma en su proceso, siendo formado en autocuidado y estilos de vida saludables, disminuir la prevalencia de factores de riesgo modificables, prevenir la aparición de patologías crónicas y detectarlas precozmente, incorporar iniciativas para mantener al paciente en su domicilio, o aumentar la utilización de las tecnologías de la información y comunicación (TICs).

5.- Ubicación

Tenerife es una de las siete islas que conforman la Comunidad Autónoma de Canarias. Con una superficie de 2.034,38 km² y una población de 898.680 habitantes (2012), es la isla más extensa del archipiélago y la más poblada de España.

La ciudad de Santa Cruz de Tenerife es la capital de la isla y de la provincia homónima, así como su municipio más poblado con 206.965 habitantes (INE 2012)

El área donde se llevará a cabo el proyecto es Ofra-Costa Sur, comúnmente conocido como barrio de Ofra. Es uno de los cinco distritos en que se divide administrativamente el municipio de Santa Cruz, en Tenerife.

Su fundación data de 2005. Está subdividido en 24 barrios, con una superficie total de 7'53 km². Su población es de 45. 273 hab, lo que hace una densidad de 6012,35 hab/km². Es el tercer distrito con mayor densidad demográfica del municipio.

En esta zona se han ido construyendo barrios que han desplazado la actividad industrial hacia el extrarradio de la ciudad, aunque todavía se pueden encontrar algunas parcelas industriales. Se han ido ocupando espacios sin edificar en el sector de Ofra mediante promociones públicas, y se han rehabilitado y repuesto las viviendas de las barriadas construidas en los años sesenta que presentaban un avanzado estado de deterioro.

De entre los recursos existentes en área destacaremos dos:

1.- Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria: centro hospitalario público de alcance general. Con un total de 3.391 profesionales, está orientado a la asistencia médica de la zona sur de Tenerife, y es hospital de referencia para las de La Gomera y El Hierro. Junto con el Hospital Universitario de Canarias (HUC), constituyen los dos hospitales principales (tercer nivel) de la isla de Tenerife.

2.- Complejo Deportivo Insular Santa Cruz-Ofra (Casa Cuna): es un centro público que cuenta con las siguientes instalaciones:

- Centro Insular de Tenis
- Polideportivo cubierto

- Piscina (cubierta, de 25 metros)

La vía principal de la zona es la Avenida Príncipes de España, formada por un paseo central con árboles y carretera a ambos lados. Aquí podemos encontrar, entre otros comercios, un instituto, un centro comercial, oficina de Correos y una biblioteca. Así mismo, en uno de los extremos se encuentra el Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria.

Es en esta avenida donde se encuentra el Centro de Salud Ofra Miramar/Las Delicias, y el centro de atención de la entidad sin ánimo de lucro, desde el que se va a poner en marcha el proyecto de intervención.

Los accesos pueden ser bien desde la Autopista Sur, por la carretera general de La Cuesta o con la línea 1 del tranvía, que atraviesa toda la Avenida Príncipes de España, y realiza dos paradas, una muy próxima al centro de salud y a la oficina de la entidad, y otra junto al Hospital.

6.- Población y muestra

6.1.- Población

El colectivo sujeto del problema y, por tanto, la población objeto del proyecto de intervención, son aquellas personas de 65 o más años aquejadas de una enfermedad crónica.

Como esto incluye un espectro demasiado amplio de enfermedades, algunas de las cuales requieren de medidas y tratamientos muy complejos, y los recursos con los que se cuenta limitan las posibilidades de acción, reduciremos la población a aquellas personas que padecen hipertensión y diabetes, ya que los aparatos que se requieren para su medida y control son más accesibles a nivel económico y de uso.

Por el mismo motivo de limitación de recursos y complicación en la realización del proyecto, tampoco actuaremos sobre otros problemas de salud u otras enfermedades crónicas en caso de que las hubiera.

6.2.- Muestra

Una vez delimitada la población, y ante la imposibilidad de incluir a todos los afectados por la situación descrita, habremos de concretar cuál será el perfil de las personas que constituirán la muestra.

Ésta estará formada por 45 individuos, que habrán de cumplir los siguientes requisitos:

- 1.- Hombre o mujer
- 2.- Con 65 o más años
- 3.- Que estén diagnosticados de diabetes o hipertensión
- 4.- Que sean usuarios del Centro de Salud de Ofra
- 5.- Que sean autónomos para poder acudir al centro y asistir a los talleres
- 6.- Que su estado físico les permita la realización de los ejercicios físicos, en la medida de sus posibilidades

La muestra no será sociológicamente representativa, ya que no se pretende extrapolar los resultados. Se trata de un grupo de personas que comparten una misma situación de desventaja, y cuyo número de miembros es adecuado en función de los recursos con los que se cuenta.

7.- Recursos

Los recursos para la implementación del proyecto serán, en su mayoría, aunque no todos, provenientes de la organización.

- a) Humanos: de la entidad serán la coordinadora y los voluntarios. Los monitores serán externos, pero participarán de manera altruista para el proyecto.
- b) Materiales: tanto las instalaciones, como los materiales fungibles y el equipamiento, los proveerá la organización.

- c) Financieros: la financiación provendrá de la partida de la entidad destinada a proyectos de intervención.

*La información sobre este apartado se extenderá en la fase de Planificación.

3.- Planificación

1.- Finalidad

Las enfermedades crónicas son incurables, contra ellas únicamente se puede actuar para evitar su empeoramiento y paliar sus efectos. Pero esto no únicamente puede conseguirse a través de medicación. De hecho, lo ideal sería poder reducir la cantidad de medicinas que las personas toman para combatirlas. Así, a lo largo de esta intervención, intentaremos proveer de otro tipo de herramientas al grupo de personas seleccionado, para hacer frente a su situación de desventaja.

La finalidad de este proyecto, es intentar mejorar la calidad de vida de personas mayores crónicas, actuando sobre su estado de salud, a través de acciones encaminadas a darles una pequeña formación sobre:

1.- Las enfermedades que les afectan: cómo funcionan, en qué consiste la medicación que toman para tratarlas, y cómo tomar las medias y entender que significan, para poder llevar un seguimiento de su estado –mejoría, empeoramiento, estabilidad.

2.- Alimentación: el tipo de dieta que siguen, con sus carencias y excesos, influye en el estado de la enfermedad de la enfermedad, y en su estado físico en general. Además, puede prevenir la aparición de otros trastornos o enfermedades.

3.- Ejercicio: la actividad física y la realización de algunos ejercicios, dentro de la capacidad de cada uno, también influirá en su estado físico y anímico, el ejercicio hace que se generen endorfinas que favorecerán un mejor estado de ánimo. Por el contrario, la inactividad y el sedentarismo no harán más que empeorar su estado.

4.- Psicología: siempre es bueno saber en qué forma nos puede afectar una determinada situación, en este caso, los estados de cronicidad, y tener unas pequeñas pautas o formas de gestionar y tratar con estos sentimientos.

Abordar temas como el de la nutrición y el ejercicio físico, es particularmente útil en las enfermedades con las que vamos a tratar, diabetes e hipertensión.

Todo esto tiene como objetivo último, que las personas que participen en la intervención sean capaces de valerse por sí mismas para participar en sus propios cuidados y mejorar su estado de salud a través de las acciones que ellos mismos llevarán a cabo. Y si se consiguen resultados y ven la mejoría, les motivará para seguir cuidándose en la medida de la posible.

Las enfermedades crónicas no tienen cura, pero se puede actuar y mejorar en la calidad de vida de las personas que las padecen.

2.- Objetivos

2.1.- General

Mejorar la calidad de vida de las personas mayores con enfermedad crónica, favoreciendo una vida independiente y promoviendo un envejecimiento saludable.

2.2.- Específicos

a) Disminuir el riesgo de descompensación clínica

- Ayudándoles a realizar un adecuado seguimiento de las indicaciones terapéuticas que le recomienda su equipo médico

- Capacitándoles para reconocer los síntomas y signos de alerta que pueden indicar descompensación clínica (a través de la toma de biomedidas y su comprensión)

- Proveyéndoles de herramientas para mejorar, en la medida de lo posible, su estado físico (a través de formación en nutrición y forma física).

3.- Metodología

3.1.- Actividades

Las actividades que se van a llevar a cabo serán, sobre todo, de formación:

4.1.- *Visitas domiciliarias*

- Se llevarán a cabo la toma de medidas de los usuarios y se realizará el registro de los datos
- Se informará a la persona de los resultados y, en caso de que fuera necesario, se le aconsejará que se ponga en contacto con su médico
- Se le preguntará por cómo se encuentra, dándole apoyo y animándole
- Se resolverán las dudas que puedan tener

4.2.- *Actividades de prevención y sensibilización*

Se llevarán a cabo mediante una serie de talleres:

- Sobre las enfermedades que padecen: qué son, cómo se combaten, cómo tomar las medidas y entender lo que significan los resultados, así como el uso de medicamentos, su abuso, combinación y contraindicaciones.
- Sobre nutrición y dietética: qué es aconsejable que coman y qué no, cantidades, efectos beneficiosos y perjudiciales
- Sobre ejercicio físico: porqué es bueno que realicen actividad física y lo perjudicial que es el sedentarismo. Se les explicaran una serie de ejercicios y actividades para realizar, siempre en la medida en su estado físico lo permita
- Sobre afrontamiento emocional y psicológico: para combatir estados de ansiedad o depresión, para que su situación no deteriore su estado anímico ni su relación con las personas que les rodean

4.3.- Llamadas de seguimiento

- Control de las medidas y estado de salud en general
- Mensajes de prevención-sensibilización o de refuerzo positivo

3.2.- Temporización

La duración del proyecto es de 6 meses, en ese tiempo la distribución de actividades sería como sigue:

*Información en Anexo 1

3.3.- Recursos

a) Humanos

Los recursos humanos de los que dispondremos para llevar a cabo el proyecto serán:

1.- Coordinadora:

- Empleada de la entidad y, por tanto, asalariada
- Con una antigüedad de 6 años en la entidad, siempre en el área de mayores, tiene experiencia en el desarrollo de proyectos y actividades
- Será la encargada de coordinar y supervisar el trabajo del resto de participantes en el proyecto
- Para participar en el proyecto, necesitará formación al igual que el resto de los voluntarios

2.- Voluntaria:

- Licenciada en farmacia

- Es voluntaria nueva en la organización, es la primera vez que participa en una acción social

- Colaborará en las tareas de búsqueda de voluntarios y monitores, realizará visitas domiciliarias y llamadas de seguimiento.

- Puede que imparta los talleres sobre las enfermedades, aparatos, medidas y medicación.

- Ya tiene formación sobre las enfermedades y uso de los aparatos, pero tendrá que formarse en el resto de contenidos de las actividades: dietética y nutrición, ejercicio y tratamiento psicológico

3.- Voluntaria: Yo

- Diplomada en Trabajo Social: formación que me ayudará a desempeñar mi labor, pero que no es requisito imprescindible para llevarla a cabo

- Es la segunda vez que trabajo como voluntaria con la organización. Anteriormente trabajé en un proyecto de Productos de Apoyo con un grupo de personas dependientes.

- Colaboraré en la búsqueda de voluntarios y monitores, y coordinaré con ellos las acciones que vamos a llevar a cabo. Además realizaré visitas domiciliarias para la toma de biomedidas, y llamadas de seguimiento.

- Necesitaré formación en todas las áreas que vamos a tocar

4.- 3 voluntarios:

- Serán personas que ya colaboran de manera activa con la entidad, ya tienen experiencia en participar en acciones sociales y en el trato con el colectivo de mayores

- No requieren de ninguna formación particular, se formarán en los talleres

- Llevarán a cabo las visitas domiciliarias para la firma del Consentimiento y la toma de biomedidas, y realizarán llamadas de seguimiento.

5.- 4 monitores

- Tendrán formación en el área que tengan que impartir
- Serán los encargados de impartir los talleres y preparar los dosieres de información que se entregarán al equipo y a los usuarios.

En total seremos 10 personas las que participaremos en el proyecto. Una única asalariada y el resto como voluntarios.

b) Materiales

1.- Instalaciones: se utilizarán las de la sede de la organización que se encuentra en el área donde se va a implementar el proyecto. Serán:

- Sala donde se llevarán a cabo las reuniones con el equipo: equipada con mesa y sillas.
- Aula donde se impartirán los talleres: equipada con mesa, sillas y una pizarra portátil.
- Oficina, donde trabaja la Coordinadora y se realizarán los trabajos de gestión y documentación: equipada con mesas, sillas, teléfonos y ordenador.
- En la misma sede contamos con fotocopiadora, escáner y fax.

2.- Material fungible

- Material de oficina: se encuentra en las instalaciones de la entidad.

3.- Equipamiento

- 3 *maletines* para la toma de las biomedidas en los domicilios de los usuarios. Cada uno contiene el siguiente material:

- *Esfigmomanómetro*: aparato para medir la tensión arterial. Se compone de una bola de goma hinchable conectada a un manguito y con un sistema para medir la presión, que puede ser una columna de mercurio o un diafragma metálico. Va acompañado de un fonendoscopio para escuchar el pulso. Con capacidad de enviar el registro de la toma de biomedida mediante Bluetooth de forma automática al dispositivo de envío de datos y comunicación con la Plataforma. Incorpora posibilidad de visualización de la medida por medio de pantalla en el mismo dispositivo.

- *Báscula*: aparato para medir pesos. Con capacidad de enviar el registro de la toma de biomedida mediante Bluetooth de forma automática al dispositivo de envío de datos y comunicación con la plataforma.

- *Dispositivo de Recogida de Datos (DRD)* en movilidad para el envío de éstos y comunicación con la Plataforma: incorpora una Tablet o elemento similar para la comunicación y recepción de datos con los dispositivos de toma de biomedidas y el envío de datos en modo “on line” o con funcionalidad de almacenamiento y envío diferido de los mismos, una vez se disponga de conexión Internet. Estos datos son enviados de forma segura por medio de encriptación y cumpliendo con la LOPD (Ley Orgánica de Protección de Datos)

- 45 *podómetros*: dispositivo electrónico o electromagnético, generalmente portátil que cuenta cada paso que una persona realiza al detectar el movimiento de las caderas. Debido a que la longitud del paso de cada persona varía, es necesaria una calibración informal, realizada por el usuario, si se desea la presentación de la distancia recorrida en una unidad de longitud.

c) Financieros

1.- Presupuesto: los gastos que se recogen en la realización del proyecto serán:

- 1.- Sueldo de la Coordinadora, que es empleada de la organización
- 2.- Uso de material fungible (material de oficina)
- 3.- Equipamiento: maletines, aparatos
- 4.- Gastos de luz y agua: en las instalaciones, por parte de los voluntarios, monitores y usuarios en las actividades de organización y gestión del proyecto y en la impartición de talleres
- 5.- Gasolina: del uso de los coches de la entidad

2.- Financiación

Será enteramente interna, del presupuesto destinado por la entidad al proyecto.

*Ahora, la financiación de la entidad es mixta, ya que proviene de entes privados, públicos, cuotas y otros ingresos.

4.- Ejecución

La implementación del Proyecto de Intervención se lleva a cabo en varias fases:

1ª Fase:

a) *Búsqueda y selección de:*

1.- *Muestra:*

La búsqueda de los individuos que compondrán la muestra se llevará a cabo entre:

- a) Personas que ya son usuarias de la entidad y que cumplen con el perfil: las actividades que se llevarán a cabo serán:

- 1.- Llamadas informativas sobre el proyecto, las actividades y lo que se pretende

- b) Asistentes a una charla que organiza el Centro de Salud para usuarios que padecen diabetes y en la que participan trabajadores de la asociación como ponentes:
acciones:

- 1.- Se dará información sobre el proyecto

- 2.- Se contactará nuevamente con las personas que estén interesadas, para la firma del *Consentimiento*

2.- *Voluntarios*

Se informará sobre el proyecto y las acciones que se van a llevar a cabo a los voluntarios que ya participan de forma activa con la entidad. La información se les hará llegar a través de:

- 1.- Mail

- 2.- Llamada de teléfono

3.- Monitores

La búsqueda de monitores se realizará:

- 1.- Contactando con profesionales que han colaborado o están colaborando con la entidad en otras actividades.
- 2.- Buscando nuevos profesionales que nunca han trabajado con la entidad

b) Reunión con los responsables del Centro de Salud

En este caso contactaremos con la directora del Centro para exponerles en proyecto que queremos poner en marcha y solicitar su colaboración:

- 1.- Aceptan colaborar: su participación consistiría en lo siguiente:
 - Como todos los participantes del proyecto son usuarios del centro, sus médicos nos indicarían la periodicidad de la toma de las biomedidas y las cifras adecuadas a cada caso. Serían medidas individualizadas.
 - Realizarían un seguimiento de los usuarios a través del acceso a la plataforma donde se enviarán los resultados de las biomedidas.
 - Se pondrán en contacto con nosotros o con los usuarios en caso de que consideren necesario que acudan al centro para revisión
- 2.- No colaboran: en este caso:
 - Se aplicarán intervalos y cifras estándar para todos los usuarios
 - Los datos se enviarán a la plataforma
 - Los voluntarios no son personal cualificado para realizar diagnósticos, en caso de las medidas no sean las adecuadas se aconsejará al usuario que acuda

a su médico de cabecera. En cualquier caso, los usuarios continuarán con sus revisiones periódicas.

c) Reunión con la Coordinadora y los voluntarios

Una vez completado el equipo, se realizará una primera reunión para conocernos y explicar cuáles van a ser las actividades a realizar y la metodología a seguir.

Al finalizar esta etapa:

a) Contaremos con el equipo humano al completo, a saber:

1.- Coordinadora: presente en el proyecto desde el principio

2.- 2 voluntarias: presentes también desde el principio. Hemos llevado a cabo la búsqueda del resto de voluntarios, de los monitores y la selección de la muestra.

3.- 3 voluntarios

4.- 4 monitores

b) Seguiremos con la búsqueda de personas interesadas en participar en el proyecto

c) Sabremos si las acciones se llevarán a cabo con la participación de los médicos de atención primaria

2ª Fase:

a) Firma del Consentimiento Informado

Los voluntarios irán a los domicilios de las personas interesadas en participar para que firmen el *Consentimiento Informado*

b) Realización del Cuestionario

Al mismo tiempo que los usuarios firman el Consentimiento, realizarán por primera vez el cuestionarios.

c) Formación del equipo

Se impartirán los cuatro talleres para formar al equipo de voluntarios y coordinadora: para ello, los monitores tendrán que:

- 1.- Preparar el contenido de los talleres
- 2.- Elaborar un dossier con la información por escrito para entregar al equipo

Al finalizar esta etapa:

- a) Ya estará la muestra al completo: 45 personas
- b) Los voluntarios ya estaremos preparados para empezar con las actividades

3ª Fase:

a) Dar de alta a los usuarios en la plataforma

Bien con valores e intervalos individualizados, bien con valores e intervalos estándar.

b) Visitas domiciliarias

Acciones:

- Preparación de la visita: consultar valores para cada usuario a visitar, en caso de que sean individualizados
- Visita: toma de las biomedidas y envío automático a la plataforma
- Seguimiento del usuario

c) Talleres de Sensibilización

Acciones:

- Realización de los distintos talleres para los usuarios del proyecto: se les entregarán los dossieres con la información en cada taller.

d) Llamadas de seguimiento

- Para comprobar que los usuarios están bien
- Para resolver aquellas dudas que pudieran tener

Al finalizar esta etapa, se habrán realizados las acciones previstas. Estaremos listos para acabar el proyecto.

4ª Fase: Finalización del Proyecto

a) Detención de las actividades

Acciones:

- Se comunicará a los usuarios la finalización de las actividades
- Se les realizará nuevamente el cuestionario

b) Evaluación final

Se compararán los resultados obtenidos entre los cuestionarios realizados antes de las actividades y al final, y se extraerán las conclusiones.

*Además se realizarán reuniones periódicas con el equipo.

5.- Evaluación

La evaluación se llevará a cabo de manera interna, por las personas implicadas en el proyecto, y tendrá una función de control, para comprobar en qué medida se están alcanzando los objetivos propuestos.

Se utilizarán dos técnicas distintas, en momentos distintos:

1.- Una será descriptiva, a través de la observación de los usuarios por parte de los voluntarios, en las visitas domiciliarias y en sus contactos con ellos: harán un seguimiento de su estado de ánimo, de su forma física.

2.- Otra será manipulativa, y consistirá en un cuestionario que se realizará a los personas de la muestra en dos momentos puntuales, antes de la ejecución de las actividades y en el momento final. Como la duración del proyecto es poca, no se considera oportuno realizar otra recogida de datos en un punto intermedio.

El cuestionario será de elaboración propia y recogerá los siguientes ítems:

- Enfermedad
- Alimentación
- Actividad física
- Estado anímico

Para su redacción se utilizarán como referencia escalas y test ya existentes.

En función de los resultados obtenidos la entidad decidirá qué hacer:

- 1.- Poner de nuevo en marcha el proyecto con otra muestra
- 2.- Realizar modificaciones antes de volver a llevarlo a cabo
- 3.- Dar por finalizado el proyecto de forma definitiva

6.- Conclusiones

Tras la realización del Proyecto de Intervención, lo primero que hay que destacar, es la importancia de la realización en sí misma, el hecho de su existencia. Hoy por hoy, en las sociedades actuales, nos encontramos con numerosas necesidades a las que es preciso hacer frente desde todos los ámbitos, y con todos los recursos a nuestro alcance.

La mejor manera de llevar esto a cabo, es a través de intervenciones sociales como la que acabamos de recoger en este trabajo, ya sean a nivel nacional, de comunidad o locales; a través de entes públicos, privados, sociales o en combinación de todos ellos. Y para llevarlas a buen puerto, es necesario una organización, una observación y análisis de la realidad, una planificación de las acciones a desarrollar, y una evaluación de los resultados, pues es imprescindible saber si hemos conseguido algo o, si por el contrario, hay que realizar cambios en la intervención realizada, a algún nivel.

Después de haber trabajado en este proyecto, aunque sólo haya sido sobre el papel, puedo decir que el tema de desarrollo fue una buena elección, es un tema muy vigente en la actualidad, al que sin embargo no se le dedica toda la atención que merece. Sería importante que los diferentes Estados, entre ellos España, realizara, sobre todo, campañas de concienciación y prevención, ya que, como en cualquier área, la prevención es mucho más efectiva y sale más a cuenta económicamente; tratar las consecuencias de los problemas sociales es un trabajo mucho más costoso a todos los niveles, y simplemente paliativo, pues ataja el problema.

Respecto al análisis, planificación y ejecución, hay que decir que son tareas que requieren mucho trabajo, abarcan gran cantidad de tareas y es importante concretar lo más posible, no dejar cosas a la improvisación, porque cuanto más atado esté todo y previsto de antemano, menos problemas surgirán. Aunque está claro que por mucha atención que pongas a los detalles y hayas realizado un estudio a fondo de la situación y los recursos, siempre surgirán imprevistos que te harán ir corrigiendo los planes previstos sobre la marcha. Entiendo que en la realización de intervenciones sociales, es

un factor muy importante la experiencia, cada vez que implementes un nuevo proyecto, se aprenderán cosas y así se irán cometiendo cada vez menos errores, o al menos, así debería ser.

En cuanto a los resultados obtenidos, aunque no se haya realizado el proyecto de verdad, cabe pensar que se conseguirían parte de los objetivos planteados, quizá no todos, o a lo mejor no de la forma esperada, pero está claro que partiendo de una necesidad como la que aquí se trataba, la cronicidad en personas mayores, y llevando a cabo unas actividades con un grupo afectado por el problema, se tiene que conseguir algún cambio para mejor. Quiero pensar que al final de estas intervenciones, las personas implicadas terminan en una situación de mejoría respecto al punto de partida.

En relación a futuras intervenciones en este campo, dependerá de los resultados y la experiencia que se extraigan de este proyecto. Si funciona bien, se puede seguir adelante de la misma manera, o bien, probar a abordar el problema desde otro ángulo, quizá más centrado en la familia, si son personas más dependientes; o dirigir las acciones a personas en situación de riesgo, para prevenir que adquieran una enfermedad crónica.

En cualquier caso, se trata de seguir trabajando con colectivos desfavorecidos, mayores, en nuestro caso, e intentar mejorar su calidad de vida, en la medida de lo posible.

7.- Bibliografía

CABRA DE LUNA, MIGUEL ANGEL. 1998. El Tercer Sector y las Fundaciones en España hacia el nuevo milenio. Madrid: Escuela Libre.

IZQUIETA, JOSE LUIS. 2001. Voluntariado y Tercer Sector. Cultura, participación cívica y organizaciones solidarias. Madrid: Tecnos.

ARJONA MATEOS, CR; CRIADO VELASCO, J. y SÁNCHEZ SOLÍS, L. 2002. “Enfermedades crónicas y consumo de fármacos en mayores de 65 años”. Revista Medicina General y de Familia 47: 684-695

http://www.mgyf.org/medicinageneral/revista_47/pdf/684-695.pdf

<http://www.pdfio.net/preview/2358913.html>

DE GRACIA, MANUEL y MARCÓ, MARÍA. 2002. “Efectos psicológicos de la actividad física en personas mayores”. Psicothema. Revista Anual de Psicología 12: 285-292

<http://www.unioviado.es/reunido/index.php/PST/article/view/7592>

HOSKINS, IRENE; KALACHE, ALEXANDRE y MENDE, SUSAN. 2005. “Hacia una atención primaria de salud adaptada a las personas de edad”. Revista Panamericana de salud Pública 17, n 5-6

<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v17n5-6/26282>

MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD. 2012. “Estrategia para el abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud”

http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ESTRATEGIA_ABORDAJE_CRONICIDAD.pdf

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. 2003. “Dieta, nutrición y prevención de enfermedades crónicas”. Serie de Informes Técnicos 916

http://www.who.int/nutrition/publications/obesity/WHO_TRS_916_spa.pdf

VEGA ANGARITA, OM y GONZALEZ ESCOBAR, DS. 2009. “Apoyo social: elemento clave en el afrontamiento de la enfermedad crónica”. Revista Enfermería Global 8, n 2

<http://revistas.um.es/eglobal/article/view/66351>

Páginas web

<http://www.who.int/es/> (Organización Mundial de la Salud)

8.- Glosario

- 1.- *Gerontología*: estudio del anciano.
- 2.- *Gerontología social*: estudio del anciano en sus relaciones sociales.
- 3.- *Geriatría*: tratamiento del anciano.
- 4.- *Envejecimiento activo*: proceso por el cual se optimizan las oportunidades de bienestar físico, social y mental durante toda la vida con el objetivo de ampliar la esperanza de vida en la vejez (OMS).
- 5.- *Mortalidad*:
- 6.- *Morbilidad*: proporción de personas que enferman en un sitio y tiempo determinado
- 7.- *Comorbilidad*: presencia concurrente de 2 o más enfermedades diagnosticadas médicamente en el mismo individuo, con el diagnóstico de cada una de estas enfermedades basado en criterios establecidos y no relacionadas causalmente con el diagnóstico primario.
- 8.- *Yatrogenia/Iatrogenia*: reacciones adversas producidas como consecuencia del uso de medicamentos o de un determinado tratamiento médico.
- 9.- *Anciano frágil o de riesgo*: aquella persona mayor que, por determinadas características o condiciones fisioclínicas, mentales, o sociales, presenta una disminución en su funcionalidad y reserva fisiológica que le lleva a una mayor probabilidad de presentar un deterioro progresivo, con mayor pérdida de función, y de padecer eventos adversos de salud.
- 10.- *Polifarmacia*: síndrome geriátrico que, de acuerdo con la OMS, es el uso concomitante de tres o más medicamentos.
- 11.- *Epidemiología (patrón epidemiológico)*: disciplina científica que estudia la distribución, la frecuencia, los factores determinantes, las predicciones y el control de los factores relacionados con la salud y con las distintas enfermedades existentes en poblaciones humanas definidas. La epidemiología ocupa un lugar especial en la

intersección entre las ciencias biomédicas y las ciencias sociales, e integra los métodos y principios de estas ciencias para estudiar la salud y controlar las enfermedades en grupos humanos bien definidos.

En epidemiología se estudian y describen la salud y las enfermedades que se presentan en una determinada población, para lo cual se tienen en cuenta una serie de patrones de enfermedad, que se reducen a tres aspectos: tiempo, lugar y persona: el tiempo que tarda en surgir, la temporada del año en la que surge y los tiempos en los que es más frecuente; el lugar (la ciudad, la población, el país, el tipo de zona) en donde se han presentado los casos, y las personas más propensas a padecerla (niños, ancianos, etc., según el caso).

12.- *Diabetes*: es una afección crónica que se desencadena cuando el organismo pierde su capacidad de producir suficiente insulina o de utilizarla con eficacia. La insulina es una hormona que se fabrica en el páncreas y que permite que la glucosa de los alimentos pase a las células del organismo, en donde se convierte en energía para que funcionen los músculos y los tejidos. Como resultado, una persona con diabetes no absorbe la glucosa adecuadamente, de modo que ésta queda circulando en la sangre (hiperglucemia) y dañando los tejidos con el paso del tiempo. Este deterioro causa complicaciones para la salud potencialmente letales.

13.- *Hipertensión*: es la elevación de los niveles de presión arterial de forma continua o sostenida. Para entenderlo mejor es importante definir la presión arterial: el corazón ejerce presión sobre las arterias para que éstas conduzcan la sangre hacia los diferentes órganos del cuerpo humano. La presión máxima se obtiene en cada contracción del corazón y la mínima, con cada relajación.

La hipertensión supone una mayor resistencia para el corazón, que responde aumentando su masa muscular (hipertrofia ventricular izquierda) para hacer frente a ese sobreesfuerzo. Este incremento de la masa muscular acaba siendo perjudicial porque no viene acompañado de un aumento equivalente del riego sanguíneo y puede producir insuficiencia coronaria y angina de pecho. Además, el músculo cardíaco se vuelve más irritable y se producen más arritmias.