

## UNA HERRAMIENTA EFICAZ PARA MEJORAR LA PREVENCIÓN: LA PARTICIPACIÓN COMUNITARIA

Dr. Miguel A. Hadid\*; Lic. Silvia A. Kanje\*\*; Psicól. Soc. Stella M.  
Quinteiro\*\*\*; Dra. Maya Sinjovich\*\*\*\*

(UNIDAD DE GERIATRÍA, HOSPITAL J. M. RAMOS MEJÍA)

### Resumen

**Introducción:** La disminución de la adopción de hábitos saludables a nivel mundial, con su enorme impacto social y económico, revela el fracaso de las campañas preventivas llevadas a cabo hasta ahora. Se hace necesario utilizar recursos más efectivos y de bajo costo. **Objetivo:** Mensurar el impacto del mensaje preventivo sobre la población añosa cuando es dado por agentes comunitarios entrenados en una acción planificada y organizada en concordancia con los postulados de la Atención Primaria de la Salud (APS), y postular una metodología de trabajo eficaz y reproducible. **Material y Método:** Se analiza el efecto de tareas preventivas mensuales en paseos públicos, desarrolladas durante los años 2007, 2008 y 2009 en la ciudad de Buenos Aires, realizadas mayormente por Promotores Voluntarios de Salud para Adultos Mayores (PVSAM) de la Unidad de Geriatria del Hospital J. M. Ramos Mejía. Estas tareas se desarrollan siguiendo una metodología comunicacional basada sobre la interacción entre pares, brindando respaldo profesional a los agentes comunitarios ante los entrevistados, pero dejando la tarea informativa y de transmisión de conductas saludables a su cargo. Los datos de cada entrevistado son registrados en una planilla, que servirá de base para la comunicación telefónica posterior y el registro de los cambios en los hábitos concretados o no. Los cambios en los hábitos se agruparon desde 2007 en tres categorías: Dieta; Consultas / controles; Movimiento. A partir de 2008 se agregó el registro de cambios en Vida social (actividades con otras personas y redes de apoyo). En el análisis de los resultados de 2009 fueron excluidas las personas que repetían la experiencia. **Resultados:** A lo largo de los tres años analizados, se entrevistaron 808 AM, de los cuales modificaron hábitos 714 (88,36%) ( $p < 0,05$ ; RR = 0,12; RRR = 88%; RAR = 0,88; NNT = 1,13). **Conclusiones:** La participación comunitaria acompañada de una reformulación del perfil del equipo de salud es una herramienta mucho más eficiente y efectiva que los recursos habituales en prevención.

**Palabras clave:** Prevención; factores de riesgo; adultos mayores; hábitos saludables.

### Abstract

**Background:** The decrease of healthy lifestyle all over the world, with its huge social and economic impact, reveals the failure of preventive efforts up to now. More effective and cheaper resources are needed. **Objective:** Evaluate the impact of the preventive message over elderly population when it is developed by community agents trained in a planned and

---

\* Médico Geriatra. Jefe de la Unidad de Geriatria del Hospital Ramos Mejía.

\*\* Licenciada en Gerontología. Colaboradora de la Unidad de Geriatria del Hospital Ramos Mejía.

\*\*\* Psicóloga Social. Ex adscripta a la Unidad de Geriatria del Hospital Ramos Mejía.

\*\*\*\* Médica Geriatra. Médica de Planta de la Unidad de Geriatria del Hospital Ramos Mejía.

organised action, according to postulates of Primary Health Care, and present an effective a reproducible working method. **Method:** Monthly preventive actions in public spaces developed during years 2007, 2008 and 2009 in Buenos Aires by community agents trained in the Geriatrics Unit of Ramos Mejia Hospital. These activities are based on interaction among peers, giving professional support, but leaving the task of information and transmission of healthy lifestyle in charge of the community agents. Every senior adult's data is registered on a form that will be used as a basis for the phone call to be made afterwards to ask about changes in lifestyle. Since 2007 changes were grouped in three categories: Diet; Consults / Controls; Movement. Since 2008 changes in Social life (activities with other people and support nets) were asked as well. People who repeated the experience in 2009 were excluded from the analysis. **Results:** Through the three years analysed 808 senior adults were interviewed. 714 of them modified habits (88,36%) ( $p < 0,05$ ; RR = 0,12; RRR = 88%; RAR = 0,33; NNT = 1,13). **Conclusions:** Community participation with a reformulation of health care team is a much more effective and efficient tool than common resources in prevention.

**Key words:** Prevention; risk factors; elderly; healthy lifestyle.

## Introducción

La tendencia mundial en materia de adquisición de hábitos saludables en prevención tanto primaria como secundaria del riesgo cardiovascular es crecientemente negativa<sup>7</sup>. Las campañas de divulgación llegan a la población pero no generan cambios de conducta<sup>2,6,11,12</sup>. La morbimortalidad por patología cardiovascular, relacionada con la no adopción de hábitos saludables, viene aumentando en el mundo, a pesar de los ingentes recursos destinados a concientizar a la población. Es conocido, además, el impacto que se produce sobre la funcionalidad y la calidad de vida de los adultos mayores (AM), y el costo social y sanitario que conlleva<sup>10</sup>.

Entre los AM, por otra parte, es de esperar una resistencia al cambio de hábitos aún mayor que en la población general.

Se ha cuestionado en la bibliografía la estrategia comunicacional empleada mayormente en las campañas educativas<sup>6,12,13</sup>. En efecto, cuando el mensajero es un profesional, sobre todo médico, la población general tiende a valorar a la persona con respeto, pero no se identifica con ella, y se tiende a perder el efecto concreto de modificación de la conducta del receptor<sup>4,9,15</sup>. Se ha demostrado un mayor efecto cuando el emisor es un enfermero, profesional con quien la población tiende a identificarse más que con el médico<sup>13</sup>.

Por otra parte, la índole de las enfermedades crónicas que nos ocupan demanda un abordaje diferente por parte del médico del que está acostumbrado<sup>3</sup>.

Todo esto cuestiona la eficacia de las campañas preventivas y su eficiencia, y plantea un desafío a nuevas propuestas con mayores visos de efectividad<sup>8</sup>.

En la Unidad de Geriátrica del Hospital General de Agudos J. M. Ramos Mejía se viene desarrollando desde 2002 una tarea de acercamiento e integración con la comunidad, que fue gestando tanto Talleres conducidos por profesionales, como un grupo de agentes comunitarios dedicados a la prevención. Son los Promotores Voluntarios de Salud para Adultos Mayores (PVSAM), en su mayoría AM, provenientes de la comunidad, quienes, capacitados y en formación permanente, realizan diversas tareas preventivas intra y extramurales, como Talleres, actividades en vía pública y escuelas, y docencia.

Los PVSAM se han transformado así en ejemplos vívidos del beneficio que genera la actitud participativa y el autocuidado. El común de los AM con quienes interactúan se identifican con ellos, y así son “contagiados”<sup>1</sup> por su actitud positiva transmitida horizontalmente, más que convencidos por un mensaje atemorizador llegado verticalmente desde un profesional.

## **Objetivo**

Mensurar el impacto del mensaje preventivo sobre la población añosa cuando es dado por agentes comunitarios entrenados en una acción planificada y organizada en concordancia con los postulados de la Atención Primaria de la Salud (APS), y postular una metodología de trabajo eficaz y reproducible.

## **Material y Método**

Se analiza el efecto de tareas preventivas mensuales en paseos públicos, desarrolladas durante los años 2007, 2008 y 2009 en la ciudad de Buenos Aires, realizadas mayormente por Promotores Voluntarios de Salud para Adultos Mayores (PVSAM) de la Unidad de Geriátría del Hospital J. M. Ramos Mejía.

Estas tareas se desarrollan siguiendo una metodología comunicacional basada sobre la interacción entre pares, brindando respaldo profesional a los agentes comunitarios ante los entrevistados, pero dejando la tarea informativa y de transmisión de conductas saludables a su cargo.

Se hace difusión de la actividad antes y durante la misma. Se distribuye la tarea en “postas”: recolección de datos y entrega de material informativo, medición de peso, talla y perímetro de cintura, consejo médico, medición de tensión arterial, medición de glucemia, movimiento físico, además de la difusión antes y durante la tarea. Se completa la actividad con una llamada telefónica entre uno y cuatro meses después del encuentro.

El objetivo principal de la actividad es la promoción de hábitos saludables, aunque la tarea incluye la detección de problemas de salud.

Se practica la estrategia de respetar el mayor interés de los adultos mayores (AM) por la detección de enfermedades que por la promoción de la salud, procediendo a aconsejar pautas preventivas de autocuidado, aprovechando el proceso de reconocimiento entre pares que generan los PVSAM.

Así, en lo primero, los controles de tensión arterial y glucemia son un atractivo que permite interrogar y actuar sobre el estilo de vida. En cuanto al segundo punto, casi todas las actividades son realizadas por PVSAM.

Se aclara a los participantes que el encuentro continuará cuando alguno de esos mismos PVSAM que los invitan y reciben los llamará por teléfono para saber cómo siguen y qué cambios produjeron, si era necesario, en su estilo de vida.

Los recursos humanos son mayoritariamente los PVSAM, con participación de médicos de la Unidad de Geriátría y un enfermero del Programa de Salud para Adultos Mayores (PROSAM) del Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires

hasta 2007 (luego fue retirado). Los recursos materiales son una balanza donada por los voluntarios, mobiliario aportado por el Centro de Gestión y Participación Comunal 3, medidor de glucemia, tiras reactivas y lancetas donadas por la industria farmacéutica gracias a gestiones de los PVSAM, y material informativo y accesorios (manteles, carteles, infusiones, refrescos), aportados por el grupo.

Los datos de cada entrevistado son registrados en una planilla, que servirá de base para la comunicación telefónica posterior y el registro de los cambios en los hábitos concretados o no.

Los cambios en los hábitos se agruparon desde 2007 en tres categorías: Dieta; Consultas / controles; Movimiento. A partir de 2008 se agregó el registro de cambios en Vida social (actividades con otras personas y redes de apoyo). En el análisis de los resultados de 2009 fueron excluidas las personas que repetían la experiencia.

## Resultados

Durante 2007, de un total de 326 AM manifestaron cambios saludables 275 (84,36%). Sin embargo, dado que algunas personas presentaron más de un cambio, los cambios totales fueron 392 (120,95%). Los cambios se distribuyeron del siguiente modo: dieta 234 (71,78%); consultas / controles 67 (20,55%); movimiento 91 (27,91%) (**gráfico 1**).

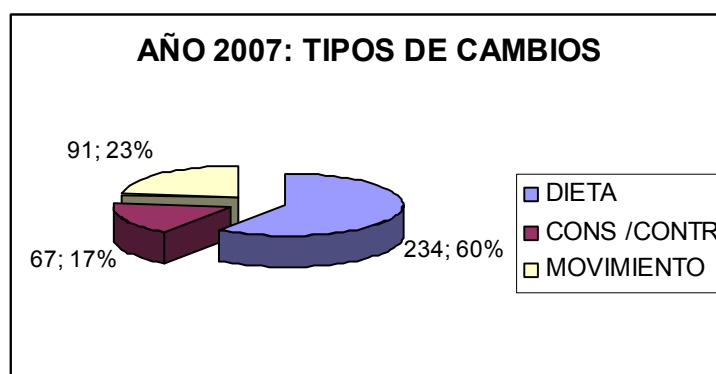
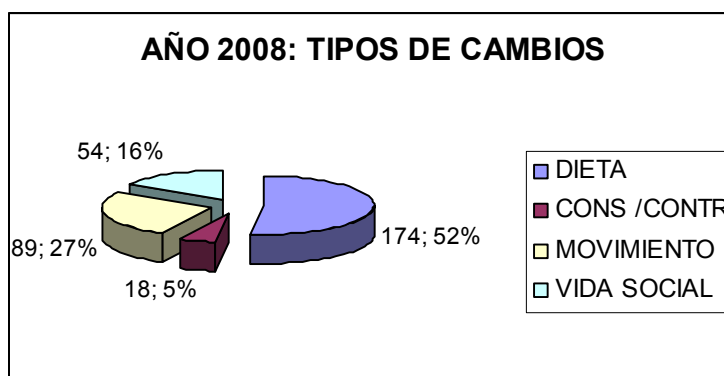


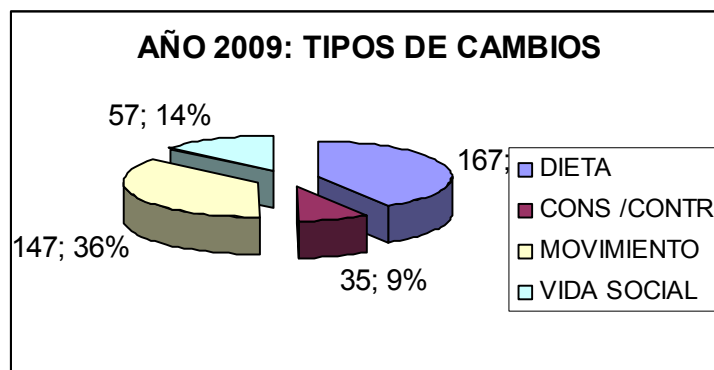
Gráfico 1

En el año 2008, de 212 AM interrogados telefónicamente, manifestaros cambios saludables 194 (91,51%). El total de cambios fue de 335 (158%). Los cambios fueron: dieta 174 (82,07%); actividad física 89 (41,98%); vida social 54 (25,47%); controles médicos 18 (8,49%) (**gráfico 2**).



**Gráfico 2**

En el año 2009, entre 270 AM hubo 245 (80,74%) que hicieron cambios saludables, con un total de cambios de 431 (159,63%). Esta vez los cambios fueron los siguientes: dieta 167 (61,85%); actividad física 147 (54,44%); consultas / controles 35 (12,96%); vida social 57 (21,11%) (**gráfico 3**).



**Gráfico 3**

El número total de AM que experimentaron cambios en sus hábitos está agrupado según año en el **gráfico 4**.

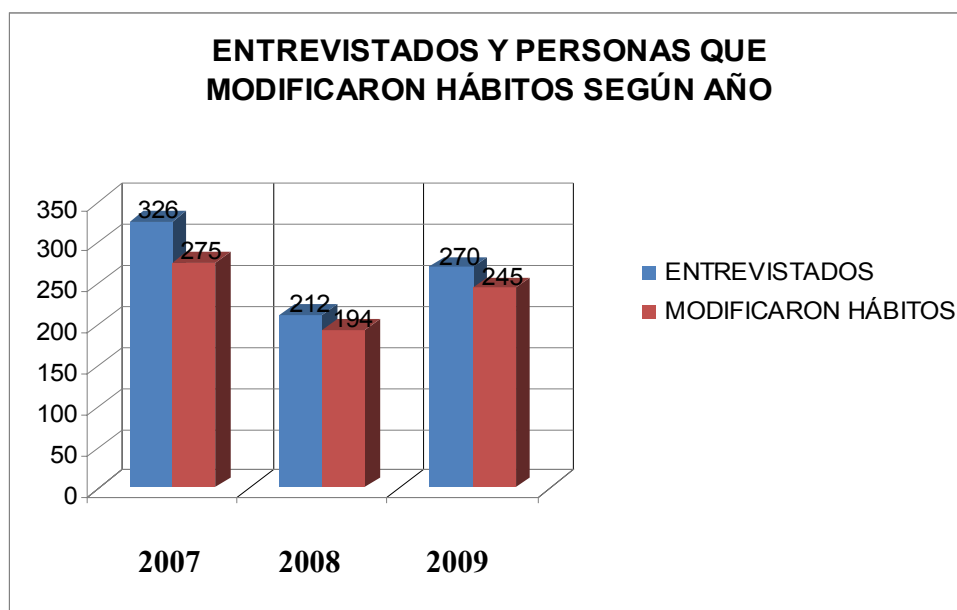
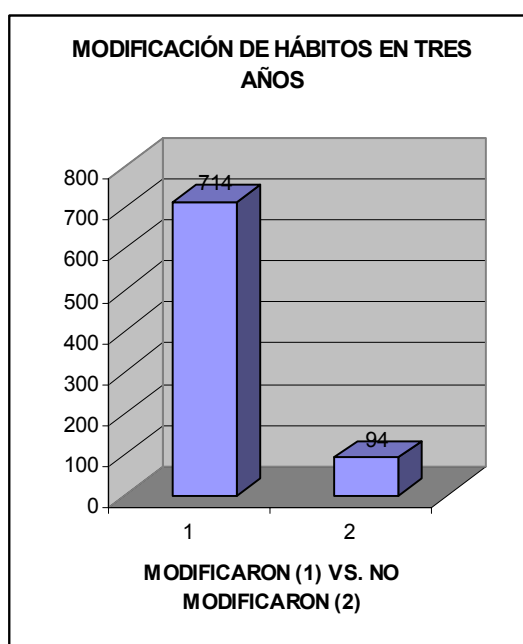


Gráfico 4

A lo largo de los tres años analizados, se entrevistaron 808 AM, de los cuales modificaron hábitos 714 (88,36%) ( $p < 0,05$ ; RR = 0,12; RRR = 88%; RAR = 0,88; NNT = 1,13) (gráfico 5).



## Gráfico 5

### Discusión

Es claro el notable impacto positivo que produjo la actividad preventiva sobre la modificación de hábitos, con su consiguiente repercusión sobre calidad de vida, incidencia de patología cardiovascular, y costos económicos y sociales.

El análisis de todo el proceso nos lleva a la conclusión de que la clave de la obtención de estos resultados no reside en la mera difusión de conocimientos sino en el método de trabajo.

En efecto, ninguno de los datos recibidos de los PVSAM era previamente desconocido por los AM entrevistados, pero modificaron su conducta sólo a partir de estos encuentros. Sabían cuáles hábitos son saludables y conocían la conveniencia de adoptarlos, y aún así no los habían concretado.

¿Qué hizo que casi nueve de cada diez AM cambiaran positivamente su conducta? ¿Qué aprendizaje podemos extraer? ¿Podemos postular un método preventivo que, además de eficaz, sea reproducible?

La periódica reflexión que retroalimenta la teoría y la práctica mutuamente nos condujo a reconocer características clave del proceso de conformación del grupo de trabajo y del desarrollo de la tarea que explican, al menos en parte, que se obtuvieran estos resultados.

#### **Principios y estrategias para la construcción y el accionar del grupo de trabajo**

- *La participación social pasa por la ruptura de la asimetría existente entre los servicios institucionales de salud y las comunidades, lo que significa democratizar el saber y ampliar los espacios de decisión.*
- *Tomar la integridad bio-psico-social como un hecho concreto, y confiar en que lo positivo en un área se reflejará en las otras.*
- *Fomentar el re-apropiamiento de su vida y su salud y el protagonismo por parte de los adultos mayores.*
- *Ceder el poder resolutivo a la población, reordenándola como sujeto de dirección y no simplemente como objeto de intervención.*
- *Estar dispuestos a reconsiderar el rol de las estructuras sanitarias en función de la promoción de la salud.*
- *Permitir que salud sea tan prioritaria como la lucha contra la enfermedad para las instituciones sanitarias y sus integrantes.*
- *Acercarse al anciano para pedirle ayuda, no para ofrecérsela.*
- *Escuchar para conocer deseos, creencias y expectativas, y luego aconsejar.*

- *Hablar sobre el presente y el bienestar, no amenazar con el futuro y la muerte.*
- *Los miembros de la comunidad logran más que los profesionales.*
- *Facilitar ámbitos participativos que estimulen las propuestas por parte de los adultos mayores.*
- *Recordar que los miembros del equipo de salud no somos diferentes. No hablar con pacientes, sino con otras personas.*

### **Mecanismos que intervienen en la efectividad de la tarea**

#### ***Reconocimiento como Pares***

Los agentes de socialización, tienen gran relevancia en el desarrollo de la personalidad. Están presentes a lo largo de toda la vida del sujeto, pero no todos influyen de la misma manera en todos los momentos por los que atraviesa el transitar vital de las personas.

El grupo es el mediador principal en la relación del hombre con la sociedad y dentro de él se dan procesos que lo constituyen como un espacio social único e irreplicable para la modificación o aparición de nuevas concepciones, valoraciones y actitudes.

Cada etapa se caracteriza por regularidades y logros que sientan las bases a nuevos crecimientos. El agruparse potencia el crecimiento de cada sujeto y la eficacia de la tarea propuesta.

Cuando las personas mayores que responden a la convocatoria de la actividad preventiva en un espacio público ven un grupo de personas añosas ofreciendo su experiencia se sienten reconocidas en ellos, son pares ofreciendo a pares su experiencia.

El proceso de normalización de las edades en la sociedad actual no consiste sólo en reglas formales, sino que constituye un programa mental del curso de la vida que permite anticipar ciertos acontecimientos y evaluar la propia adecuación a los mismos en cada momento de la vida. Bernice L. Neugarten (1976). Al desarrollar la idea de un reloj interno en los individuos, ha mostrado que éstos tienen conciencia de un cierto calendario vital y que se posicionan en función del mismo como si fuera un orden natural.

Si se observa en un par de 70 años bienestar y salud y ese par comenta que hace movimiento, que realiza una consulta anual al médico, que come determinada dieta y se relaciona en grupo con otros coetáneos compartiendo su experiencia es expectable que se replique la conducta. Si el grupo de pares que transmite la experiencia es percibido como solidario y cercano el observador intentará ejecutar lo escuchado, se infiere que al transmisor del mensaje sólo lo mueve el deseo de compartir la “buena nueva “. Así, en la investigación longitudinal sobre la obesidad como enfermedad epidémica y “contagiosa” de Cristakis y Fowler<sup>1</sup> se evidencia la trascendencia de los vínculos sobre la conducta ingestiva.

El adulto mayor como convocante permite en el “aquí y ahora” diferenciar el envejecimiento de la enfermedad, otorga protagonismo al envejeciente y es fundamental para desterrar un prejuicio que condiciona la vida cotidiana al relacionar la vejez con una secuencia inevitable: enfermedad, discapacidad y dependencia.

Queda en evidencia que a pesar de que la edad cronológica y el proceso de envejecimiento son fenómenos simultáneos el modo en que cada uno vive, las conductas que cada cual elige y no la edad son los determinantes del proceso de deterioro.

El criterio de edad cronológica sirve como marcador de una edad objetiva y mensurable pero no es causa de ningún efecto catastrófico sobre el sujeto.

### ***Inducción de actos motores***

La neurofisiología ha demostrado que determinadas áreas cerebrales se activan no sólo cuando se realiza un acto motor, sino también cuando se observa su realización por otro. Se denomina a este fenómeno como de “neuronas espejo”<sup>5</sup>. Esto oficia de facilitador de la ejecución de la conducta observada.

Probablemente parte de la efectividad de la estrategia puesta en práctica reside en la observación de conductas saludables de los PVSAM, que induce conductas similares en los AM contactados.

En este sentido, podemos afirmar que *las neuronas espejo son más efectivas que las células piramidales corticales.*

***Comprobamos que la efectividad de la apelación intelectual a la conveniencia de adoptar conductas saludables es superada por el contacto con otros miembros de la comunidad que realizan conductas saludables. Así, tanto el reconocimiento como pares como la activación de neuronas espejo intervendrían en la efectividad de este método de trabajo.***

### **Costos**

A diferencia de la metodología de otros programas preventivos, en ésta no es necesaria la inversión de grandes sumas de dinero.

El contacto interhumano resulta ser más económico para modificar hábitos que la comunicación mediatizada.

La altísima efectividad de esta forma de trabajo preventivo permitiría, de generalizarse, dejar de destinar recursos a campañas costosas y poco efectivas, y así redirigirlos a otros fines.

En una perspectiva a futuro, la reducción de la incidencia de patología disminuiría los costos en ingresos hospitalarios, medicamentos, rehabilitación, gastos familiares por dependencia, etc.

Es de destacar el ahorro del costo social en modificaciones familiares (cambios de roles, inestabilidad afectiva), incapacidad, institucionalización.

## Conclusiones

- La Atención Primaria de la Salud (APS) brinda una herramienta que prueba ser mucho más eficiente y efectiva que los recursos habituales: la participación comunitaria. Haciendo llegar a los AM el mensaje preventivo sobre estilo de vida saludable a través de agentes comunitarios se obtuvo un altísimo impacto con muy escaso costo.

### **Para transmitir un mensaje:**

- *Los miembros de la comunidad logran más que los profesionales (“las neuronas espejo son más efectivas que las células piramidales corticales”).*
- *Facilitar ámbitos participativos que estimulen las propuestas por parte de los adultos mayores.*

### **En nuestra relación con la comunidad:**

- *Recordar que los miembros del equipo de salud no somos diferentes. No hablar con pacientes, sino con otras personas.*
- **Metas y evaluaciones:**
- *Logrando protagonismo y movimiento vital los resultados llegarán por añadidura.*
- *Mensurar los resultados en las diferentes áreas vitales, integradamente, no en forma parcelada.*

## Bibliografía

1. Christakis, N. A.; Fowler, J. H. The Spread of Obesity in a Large Social Network over 32 Years. N Eng J Med, 371. July 26. 2007.
2. Dunn AL, Marcus BH, Kampert JB, Garcia ME, Kohl HW 3rd, Blair SN. Reduction in cardiovascular disease risk factors: 6-month results from Project Active. Prev Med. 1997 Nov-Dec;26(6):883-92.
3. Flichtentrei, D. Diez formas de fracasar en prevención cardiovascular. Intramed.net. Septiembre 2007.

4. Forman JP. Diet and lifestyle risk factors associated with incident hypertension in women. *JAMA* - 22-JUL-2009; 302(4): 401-11.
5. Gleichgerrcht, Ezequiel. El fascinante mundo de las “neuronas espejo”. <http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=62158>, 23-SEP-09.
6. Grandes G, Sánchez A, Torcal J, Sánchez-Pinilla RO, Lizarraga K, Serra J; PEPAF Group. Targeting physical activity promotion in general practice: characteristics of inactive patients and willingness to change. *BMC Public Health*. 2008 May 22;8:172.
7. King D, Mainous G, Carnemolla M, Everett C. Adherence to Healthy Lifestyle Habits in US Adults, 1988-2006. *The American Journal of Medicine*, Volume 122, Issue 6, Pages 528-534 (June 2009)
8. Hadid M, Kanje S. Actividades comunitarias: recurso eficiente y eficaz para la prevención en Geriatria. *Revista del Hospital J. M. Ramos Mejía – Edición Electrónica – Volumen XIV – Nº 1 – 2009* – <http://www.ramosmejia.org.ar>.
9. Kaczorowski J, Chambers LW, Karwalajtys T, Dolovich L, Farrell B, McDonough B, Sebaldt R, Levitt C, Hogg W, Thabane L, Tu K, Goeree R, Paterson JM, Shubair M, Gierman T, Sullivan S, Carter M. Cardiovascular Health Awareness Program (CHAP): A community cluster-randomised trial among elderly Canadians. *Prev Med*. 2008 Jun;46(6):537-544. Epub 2008 Feb 14.
10. Mozaffarian D, MD, DrPH; Kamineni A, MPH; Carnethon M, PhD; Djousse L, MD, ScD; Mukamal K, MD; Siscovick D, MD, MPH. Lifestyle Risk Factors and New-Onset Diabetes Mellitus in Older Adults. *The Cardiovascular Health Study*. *Arch Intern Med*. 2009;169(8):798-807
11. Simpson DR, Dixon BG, Bolli P; Healthy Heart Program. Effectiveness of multidisciplinary patient counselling in reducing cardiovascular disease risk factors through nonpharmacological intervention: results from the Healthy Heart Program. *Can J Cardiol*. 2004 Feb;20(2):177-86.
12. Schulz AJ, House JS, Israel BA, Mentz G, Dvorchak JT, Miranda PY, Kannan S, Koch M. Relational pathways between socioeconomic position and cardiovascular risk in a multiethnic urban sample: complexities and their implications for improving health in economically disadvantaged populations. *J Epidemiol Community Health*. 2008 Jul;62(7):638-46.
13. Wang JS, Carson EC, Lapane KL, Eaton CB, Gans KM, Lasater TM. The effect of physician office visits on CHD risk factor modification as part of a worksite cholesterol screening program. *Prev Med*. 1999 Mar;28(3):221-8.
14. Wood DA, Kotseva K, Connolly S, Jennings C, Mead A, Jones J, Holden A, De Bacquer D, Collier T, De Backer G, Faergeman O; EUROACTION Study Group. Nurse-coordinated multidisciplinary, family-based cardiovascular disease prevention programme (EUROACTION) for patients with coronary heart disease

- and asymptomatic individuals at high risk of cardiovascular disease: a paired, cluster-randomised controlled trial. *Lancet*. 2008 Jun 14;371(9629):1973-4.
15. Zhao G, Ford ES, Li C, Mokdad AH. Are United States adults with coronary heart disease meeting physical activity recommendations? *Am J Cardiol*. 2008 Mar 1;101(5):557-61. Epub 2007 Dec 21.