

Estrategia de orientación educativa sobre el autocuidado en el adulto mayor con infarto agudo del miocardio

Educational guidance strategy on self-care for the elderly with acute myocardial infarction

Lic. Annalié Rodríguez Ricardo^{1*}<https://orcid.org/0000-0002-5723-417X>

Dr.C. Ana Mirtha Torres Tamayo²<https://orcid.org/0000-0001-7907-4640>

Vivian María Fernández Santiesteban²<https://orcid.org/0000-0003-2869-4043>

¹Hospital General Docente Vladimir Ilich Lenin. Holguín, Cuba.

²Universidad de Holguín, Cuba.

*Autor para la correspondencia. Correo electrónico: nany@infomed.sld.cu

RESUMEN

Introducción: el autocuidado es la práctica de actividades que realizan las personas de forma voluntaria y que aseguran la vida, la salud y el bienestar. El fomento del autocuidado en la tercera edad es una estrategia para el manejo de enfermedades crónicas, como el infarto agudo de miocardio.

Objetivos: caracterizar el autocuidado en el adulto mayor con infarto agudo del miocardio y elaborar una estrategia de orientación educativa que coadyuve a fomentarlo.

Método: se realizó un estudio cuanti-cualitativo, con diseño de una estrategia de orientación educativa. La muestra estuvo conformada por 15 adultos mayores que asisten al gimnasio de rehabilitación cardiovascular del Hospital General Universitario Vladimir I. Lenin, Holguín, Cuba. Se utilizaron métodos como: encuestas, entrevistas y observación. A partir de los resultados del diagnóstico, se diseñó una estrategia de orientación, evaluada por criterio de expertos: 7 especialistas.

Resultados: predominaron los pacientes con bajo nivel de capacidad de autocuidado (66,6%). El nivel de conocimientos acerca de los factores de riesgo del infarto también fue bajo: el 46% conocía sobre el control de la presión arterial, hábito de fumar (60%) y el consumo excesivo de alcohol (55,7%). Los otros factores de riesgo no se conocían de manera suficiente. En relación con el estilo de vida después del infarto, 9 pacientes (60%) tenían un conocimiento limitado, pero en el resto era nulo. Presentaron alteraciones emocionales 73% de los adultos mayores. El ciento por ciento consideró que sus relaciones interpersonales eran favorables.

Conclusiones: la mayoría de los pacientes presentaron un bajo nivel de capacidad de autocuidado. Luego de realizar el diagnóstico, se diseñó una estrategia de orientación educativa, valorada satisfactoriamente por criterio de expertos.

Palabras clave: adulto mayor, autocuidado, infarto de miocardio, estrategia, orientación.

ABSTRACT

Introduction: self-care is the practice of activities that people do voluntarily which ensure life, health and well-being. Promoting self-care in the elderly becomes a strategy for the management of chronic diseases such as acute myocardial infarction.

Objectives: to characterize self-care in the elderly with acute myocardial infarction and develop an educational guidance strategy in order to promote it.

Method: a qualitative and quantitative study was carried out, with the design of an educational orientation strategy. The sample consisted of 15 older adults attending the cardiovascular rehabilitation gymnasium of "Vladimir I. Lenin" General University Hospital. Methods such as surveys, interviews and observation were used. Based on the results of the diagnosis, an orientation strategy was designed and it was evaluated by expert criteria: 7 specialists.

Results: patients with a low level of self-care capacity predominated (66.6%). The level of knowledge about the risk factors of acute myocardial infarction was also low; 46% knew about blood pressure control, 60%, about smoking and 55.7%, about excessive alcohol consumption. The other risk factors were not known sufficiently. In relation to lifestyle after the infarction, 9 patients (60%) had limited knowledge of it, but the rest had no knowledge at all. 73% of the older adults had emotional disturbances; 100% felt that their interpersonal relationships were favorable.

Conclusions: the majority of the patients had a low level of self-care ability. After the diagnosis, an educational orientation strategy was designed and satisfactorily assessed by expert criteria.

Keywords: elderly, self-care, myocardial infarction, strategy, orientation.

Recibido: 04/09/2019.

Aprobado: 22/10/2019.

Introducción

Uno de los grandes problemas sociales del siglo XXI a escala mundial es el envejecimiento poblacional. Cuba es uno de los países latinoamericanos más envejecidos. Al cierre del 2018, las personas de 60 años y más representan el 20,4 % de la población. ⁽¹⁾ Este es un fenómeno que es preciso enfrentar, ya que esta edad es la más proclive a enfermedades crónicas y a cuidados especiales.

El crecimiento de la población envejecida supone no solo un cambio en la esperanza de vida. También implica retos sociales en cuanto a alimentación, servicios médicos y preparación para la vejez con calidad de vida. La Organización Mundial de la Salud aboga por un enfoque intersectorial y multidisciplinario en el abordaje de dicha problemática. ⁽²⁾

En Cuba las enfermedades cardiovasculares, clasificadas también como enfermedades crónicas, constituyen la primera causa de muerte desde hace más de 50 años. En la provincia de Holguín, estas dolencias constituyen causa de defunción en el adulto mayor. Según Anuario Estadístico de Salud (2018), la cardiopatía isquémica, y dentro de esta, el infarto agudo de miocardio (IMA), tiene una alta prevalencia en la población e incidencia marcada en la mortalidad. ⁽³⁾

En esta etapa del ciclo vital, además de enfrentar y adaptarse a una nueva posición social y psicológica, se debe asimilar la aparición de enfermedades crónicas que, unido al impacto emocional, generan modificaciones en el estilo de vida de las personas. ⁽⁴⁾

Se hace necesario emplear vías de orientación que le permitan sensibilizar sobre su accionar social y su participación activa en procesos de cambios crecientes, respecto a la salud, la enfermedad y su cuidado.

Se entiende por autocuidado la práctica de actividades que las personas inician y realizan en su propio beneficio para el mantenimiento de la vida, la salud y el bienestar. ⁽⁵⁾

El autocuidado forma parte de los cambios que tiene que asimilar el sujeto respecto a su salud. Aunque se potencia una amplia variedad de acciones como: la realización a los exámenes médicos, la aplicación y supervisión de tratamientos, la terapia física, la individualización del seguimiento entre otras, persisten los comportamientos de riesgo para la vida. Por lo que se requiere fortalecer esta capacidad dirigida a alcanzar una mejor calidad de vida en el adulto mayor.

Este, es una conducta que se aprende y surge de la combinación de experiencias cognitivas y sociales.⁽⁵⁾ En la capacidad de autocuidado se expresan varias condiciones de las personas: motivación, conocimiento, habilidades. Estas condiciones son las que el personal sanitario debe considerar a fin de que los individuos examinen los hábitos de autocuidado y los cambien por hábitos adecuados en beneficio propio.

Los procesos educativos con personas mayores en la actualidad adquieren importancia debido a la necesidad de lograr un envejecimiento activo y saludable.⁽⁶⁾ En este accionar educativo, la orientación como disciplina juega un papel esencial y se convierte en una estrategia para la promoción del autocuidado y el bienestar.

Orientar implica siempre la necesidad de una ayuda para que el sujeto pueda encontrar soluciones a sus problemas. Constituye un proceso potenciador de aprendizajes básicos y crecimiento personal que permite al adulto mayor con IMA intervenir como ente activo en el cuidado de su salud y alcanzar una mejor calidad de vida.

Aunque la temática es abordada a nivel internacional, nacional y local, son escasas las referencias bibliográficas sobre el uso de la orientación educativa en el tratamiento a los adultos mayores. ^(7,8,9,10,11) Es criterio de los autores que la orientación constituye una vía para favorecer el autocuidado en esta etapa de la vida.

Motivados por estas realidades se plantea como problema de investigación ¿Cómo favorecer el autocuidado en el adulto mayor con IMA? Los objetivos de esta investigación fueron caracterizar el autocuidado en el adulto mayor con IMA y elaborar una estrategia de orientación educativa que coadyuve a fomentarlo.

Métodos

Clasificación y contexto de la investigación: se realizó un estudio cuanti-cualitativo, descriptivo, con un diseño de estrategia de orientación en el período comprendido de mayo a junio de 2019. Se realizó un muestreo de tipo intencional por interés de la investigación, a 15 adultos mayores (≥ 60 años) que se encuentran en fase de convalecencia (de 3 a 6 meses) y asisten al gimnasio de rehabilitación cardiovascular del Hospital General Universitario Vladimir Ilich Lenin, de Holguín, Cuba.

Variables empleadas

1. Variable independiente

a) Estrategia de orientación educativa: diseñada para favorecer el autocuidado del adulto mayor. Es un sistema de acciones psicológicas y educativas encaminadas a propiciar en el paciente infartado el control elemental de las emociones negativas y el estrés y la modificación de actitudes que faciliten estilos de vida saludables.

2. Variable dependiente.

Capacidad de autocuidado: se aplicó la Escala de Valoración de Agencia de Autocuidado (*Appraisal of Self-care Agency Scale, ASA*), desarrollada por Evers para valorar la capacidad de autocuidado reportada por el paciente. En Colombia se elaboró una segunda versión en español de la escala ASA, modificando la redacción de los ítems, de tal manera que fueran más claros y comprensibles para la población colombiana, sin cambiar el sentido de cada uno de ellos; también modificó la escala Likert a sólo 4 apreciaciones (nunca: 1, casi nunca: 2, casi siempre: 3 y siempre: 4).

Las puntuaciones de la escala tienen un rango entre 24 y 96 puntos. Esta segunda versión del instrumento es la que acoge la presente investigación.⁽¹²⁾

La escala ASA se ha medido de forma diferente según los autores, sin embargo, en la totalidad de los estudios realizados esta se ha mostrado válida y fiable.⁽¹³⁾ En el estudio se midió la capacidad de autocuidado de la siguiente forma:

-baja 24-48 puntos.

-media 49-73 puntos.

-alta 74-96 puntos

A partir de la bibliografía consultada y el análisis de los ítems del instrumento ASA se establecieron las siguientes dimensiones e indicadores que responden al autocuidado.

- a) Conocimientos de la situación de la enfermedad: particularidades de la enfermedad, factores de riesgo, estilo de vida post infarto.
- b) Hábitos de vida: práctica de ejercicios físicos, hábitos tóxicos, alimentación y sueño.
- c) Afrontamiento psicológico: manejo del estrés y emociones negativas, autoestima, planificación del tiempo.
- d) Relaciones interpersonales: familia, amigos, equipo de salud.

Recolección de la información

La investigación se realizó en tres momentos.

1. Diagnóstico para conocer el estado actual de la capacidad de autocuidado de los pacientes. Se emplearon como métodos: entrevista semiestructurada al equipo multidisciplinario de rehabilitación cardíaca, a la familia, y a los adultos mayores, y el cuestionario aplicado a los propios pacientes (Escala de Agencia de Autocuidado).
2. A partir del diagnóstico se diseñó la estrategia de orientación educativa. Se conformaron siete acciones orientacionales, con una frecuencia de un encuentro semanal y una duración de una hora cada una. Una vez elaborada la estrategia, se sometió al juicio de expertos.
3. Para evaluar la estrategia se utilizó el juicio de expertos. Se seleccionaron a 2 especialistas en Cardiología, 1 especialista en Fisiatría, 1 enfermera, 1 Fisioterapeuta y 2 Psicólogos; todos trabajadores del hospital donde se realizó esta investigación.

Criterios de inclusión para los especialistas consultados

- Tener cinco 5 o más años de experiencia profesional en la atención a pacientes con enfermedades cardiovasculares.
- Tener motivación por el tema que garantice su compromiso con la investigación.

Como variante del juicio de expertos se emplea el método Delphi, el cual consiste en la utilización sistemática del juicio intuitivo de un grupo de especialistas para obtener un consenso de opiniones informadas. ⁽¹⁴⁾Cada juez realiza la evaluación individualmente y luego de analizar las respuestas se les envía la mediana obtenida y se les pide que reconsideren su juicio hasta que se logre un consenso.

Las categorías para realizar la valoración de la estrategia se clasifican de la siguiente manera: nada: 0, poco: 1, moderadamente: 2, mucho: 3.

Se confeccionaron las tablas con los resultados de los juicios emitidos por los expertos. Se obtuvo el coeficiente de validez de Aiken (V) para evaluar el grado de concordancia entre los expertos.

Resultados

El mayor número de pacientes con IMA pertenecen al grupo de edad entre 60 y 74 años (80%), con predominio del sexo masculino (66,6%), 10 hombres y 5 mujeres, y del nivel escolar medio (60%), casados (53,3%), la mayoría de ellos jubilados.

Se constata que en la muestra estudiada, 11 pacientes tienen una baja capacidad de autocuidado (66,6%), 3 adultos mayores presentan una capacidad de autocuidado media (20%), mientras que solo 2 (13,3%) tienen una alta capacidad. (tabla I) Esto corrobora la necesidad de trabajar con este grupo de sujetos en aras de brindar herramientas necesarias para favorecer su autocuidado.

Tabla I. Distribución de adultos mayores según evaluación de la capacidad de autocuidado

Capacidad de agencia de autocuidado	n	%
Alta	2	13,3
Media	3	20
Baja	10	66,6
Total de pacientes	15	100

A partir de los resultados de los ítems del instrumento y de las entrevistas, se realizan las siguientes valoraciones cualitativas:

Entre sus potencialidades se puede citar que estos pacientes asisten de forma sistemática al gimnasio de rehabilitación cardiovascular del hospital. Presentan disposición y compromiso para aprender y modificar comportamientos nocivos y motivación por el autocuidado como una vía para controlar su enfermedad.

Como debilidades se pudo evidenciar que existe una tendencia a un bajo nivel de conocimientos sobre aspectos relacionados con el IMA. Algunos de estos pacientes no saben lo que es un IMA, refieren que "se trata de un problema en el corazón". En la muestra un paciente no conocía de su diagnóstico ya que la familia se lo había ocultado. Tampoco conocen cuáles son los principales síntomas, solo expresan los que vivenciaron, el síntoma más referido fue el dolor precordial.

En cuanto a los conocimientos de los pacientes acerca de los factores de riesgo del IMA, 46% tenía conocimiento del control de la presión arterial, hábito de fumar (60%) y el consumo excesivo de alcohol (55,7%). El resto de los factores de riesgo se conocen de forma limitada. Acerca del estilo de vida a seguir después del IMA, 53% tenían conocimientos inadecuados sobre el mismo. Los aspectos más conocidos fueron los referidos a la dieta, los hábitos tóxicos y la actividad física, pero aún de manera insuficiente. El análisis de los resultados anteriores muestra que estos elementos no favorecen el proceso de modificación de actitudes, ni la adherencia terapéutica.

En relación con los factores de riesgo asociados, de hipertensión arterial padecían 10 pacientes (66,6%). Eran portadores de diabetes mellitus 20% del total. El 73% de los sujetos eran sedentarios y el 60,8% de los pacientes eran fumadores al infartarse.

Algunos ya habían comenzado a realizar acciones para la deshabituación tabáquica como disminuir la dosis y distraerse cognitivamente cuando sintieran la necesidad de fumar. También se evidencia que la mayoría de estos pacientes mantienen conductas de riesgo como inadecuados hábitos nutricionales. El 66% expresan alteraciones en el sueño sobre todo después del evento coronario, se constata que no conocen vías para lograr un buen dormir.

Otros factores de riesgo estudiados lo constituyen las emociones negativas y el estrés, presentes en la mayoría de los pacientes del estudio. Hubo un predominio de ansiedad (80%) manifestada en los siguientes síntomas: nerviosismo, miedo a la ocurrencia de un nuevo infarto, preocupación por la salud, dificultad para relajarse. La depresión estuvo presente en más de la mitad de la muestra (58%). Los síntomas principales fueron: tristeza, desesperanza, sentimientos de invalidez, incertidumbre acerca del futuro, pérdida de intereses.

En la entrevista semiestructurada se obtuvo que la presencia de estos estados emocionales desfavorables se asocian a tensiones de la vida cotidiana y a la ocurrencia de otro infarto, lo que acentúa la preocupación por su estado de salud cardiovascular. También plantean que las limitaciones físicas debidas a la enfermedad y los cambios en su estilo de vida generan estas alteraciones psicológicas.

Los miembros del equipo multidisciplinario alegan la presencia de estados emocionales negativos en los adultos mayores asociados también a la creencia de que el ejercicio físico les puede provocar dolor precordial y que no es adecuado para su edad. Se comprobó además que los pacientes infartados no conocen mecanismos de regulación emocional para el manejo de las emociones negativas.

No existe un uso adecuado del tiempo libre, 60% de los pacientes se dedicaban poco tiempo a sí mismos, no realizan actividades de esparcimiento y recreación. Un resultado positivo en la totalidad de los pacientes fue la calidad de las relaciones interpersonales valoradas como buenas. Estos pacientes cuentan con apoyo familiar y social, lo que se convierte en un recurso protector de su salud física y mental.

Con los resultados del diagnóstico se diseñó la estrategia de orientación, cuyo objetivo general consiste en favorecer el autocuidado del adulto mayor con IMA para un adecuado enfrentamiento a la enfermedad.

Luego se procedió a su valoración por 7 expertos. La (tabla II) refleja los resultados de la primera ronda de evaluación. Todos los especialistas (100%) concordaron en que la estrategia es pertinente y creativa, valorándola en la categoría de bastante. En el aspecto cumplimiento de los objetivos y el ajuste de la estrategia a las normas de rehabilitación cardiaca se alcanzó 28,5% en la categoría moderadamente. Se señaló por parte de dos expertos que se debía modificar algunos objetivos de las acciones de la estrategia y sugirieron incorporar el tema de la sexualidad en el cardiópata como parte de los contenidos orientaciones.

En relación con el coeficiente de concordancia, todos los valores resultaron significativos. Se destacan altas concordancias, de forma positiva, lo que indica que la mayoría de los expertos coincidieron en sus juicios. Otras consideraciones en la orden de lo cualitativo hecha por los expertos consisten en incorporar otras técnicas de regulación emocional como la musicoterapia y la visualización creativa.

Tabla II. Valoración de la propuesta por juicio de expertos

Aspectos valorados	Escala	n	%	Coefficiente V	p
Calidad	Moderadamente	1	14,2	0,95	0,008
	Bastante	6	85,7		
Pertinencia	Bastante	7	100	1	0,008
Creativa	Bastante	7	100	1	0,008
Coherencia entre los temas	Moderadamente	1	14,2	0,95	0,008
	Bastante	6	85,7		
Cumplimiento de los objetivos	Moderadamente	2	28,5	0,90	0,008
	Bastante	5	71,4		
Ajustada a normas de rehabilitación cardiaca	Moderadamente	2	28,5	0,90	0,008
	Bastante	5	71,4		
Valoración integral de la propuesta	Moderadamente	1	14,2	0,95	0,008
	Bastante	6	85,7		

A partir de los resultados de la primera ronda se realizaron modificaciones y se presentó en una segunda ronda de la estrategia de orientación. De forma unánime (100%) se logró consenso entre los expertos. Todos los aspectos valorados fueron ubicados en la categoría de bastante, lo que evidenció una alta concordancia ($V=1$; $p=0,008$).

A continuación se precisan los temas, objetivos y contenidos de orientación de cada una de las acciones orientacionales. En las mismas se utilizan técnicas participativas que propicien la creación de un clima psicológico favorable y el aprendizaje durante la intervención.

Primer intercambio con los adultos mayores

Tema. Un intercambio necesario.

Objetivos. Lograr la motivación de los adultos mayores para su participación en los diferentes encuentros que se convocarán por el equipo multidisciplinario del gimnasio de rehabilitación cardiovascular.

Determinar en conjunto cómo organizar los diferentes encuentros y la manera de abordar los contenidos orientacionales.

Acción orientacional 1

Tema. Soy cardíopata, ¿cómo cuidarme?

Objetivo. Favorecer en los pacientes la apropiación de conocimientos acerca de los factores de riesgo del IMA y estilos de vida cardiosaludables.

Contenido de orientación. Aspectos relacionados con el IMA, factores de riesgo modificables y no modificables y estilos de vida post IMA.

Acción orientacional 2

Tema. A favor de un estilo de vida sano: ejercicios físicos y hábitos de sueño.

Objetivo. Valorar la importancia de la práctica de ejercicios físicos y hábitos de sueño adecuados para el buen funcionamiento del sistema cardiovascular.

Contenido de orientación. Ejercicios físicos y hábitos de sueño.

Acción orientacional 3

Tema. Un estilo de vida sano.

Objetivos: Reflexionar sobre el valor de no tener hábitos tóxicos y adecuados hábitos de nutrición como acciones de autocuidado para el control de la enfermedad.

Contenido de orientación: Hábitos tóxicos, hábitos alimenticios.

Acción orientacional 4

Tema. ¿Puedo enfrentar la vida más calmado?

Objetivo. Estimular el uso de técnicas psicológicas y de desactivación fisiológica para un adecuado afrontamiento del estrés y emociones negativas.

Contenido orientacional. Estrés, ansiedad, depresión, técnicas psicológicas y de desactivación fisiológica.

Acción orientacional 5

Tema. Conociéndome bien.

Objetivo. Explicar las características de personalidad del paciente cardiovascular y la necesidad de una adecuada autoestima para el fomento del autocuidado.

Contenido de orientación. Autoestima, características de personalidad.

Acción orientacional 6

Tema. Contando con el apoyo de los demás.

Objetivo. Valorar el apoyo de la familia y de otras personas en esta etapa y su repercusión en el proceso salud enfermedad.

Contenido de orientación. Valorar el papel de la familia como agente facilitador en el proceso de cambio y la participación de amigos y equipo de salud. Hacer un recordatorio de los aspectos que fueron tratados anteriormente.

Acción orientacional 7

Tema. Sexualidad en el cardiópata.

Objetivo. Romper mitos, miedos y desinformación acerca de la sexualidad después de un IMA.

Contenido de orientación. Abordará qué es la sexualidad, qué diferencia se establece con la relación sexual o coital, y contrarrestar ideas irracionales de dominio popular en relación con la vida sexual después del infarto.

Discusión

Como se pudo evidenciar más de la mitad de la muestra estudiada presentó una capacidad de autocuidado baja. Los resultados son similares a los obtenidos en otras investigaciones que de igual manera estudian esta variable en pacientes con enfermedades cardiovasculares.^(15,16,17,18,19) Se constata un conocimiento limitado sobre la enfermedad, los factores de riesgo de la misma y vías para el logro de comportamientos saludables.

Uno de los aspectos importantes a tomar en cuenta en este tipo de pacientes son los factores de riesgo asociados a su enfermedad. La hipertensión arterial no solo aumenta el riesgo de aparición del IMA, sino que también eleva la morbilidad y mortalidad post-infarto. La presencia de hábitos tóxicos, como el tabaquismo y los inadecuados hábitos nutricionales son también factores importantes. Además, los estados tensionales, que forman parte de la vida cotidiana de las personas, pueden favorecer la descompensación del sistema cardiovascular, cuando los individuos no son capaces de actuar y modificar las causas que los provocan.⁽²⁰⁾

De forma general la presencia de emociones negativas y la ausencia de mecanismos de regulación emocional en los adultos mayores comprometen el autocuidado y con ello la evolución favorable de la patología cardiovascular. Varios autores^(15,20) coinciden en que estos trastornos psicológicos de la esfera afectiva se presentan generalmente en más del 50% de estos pacientes, como ocurrió en la investigación.

En este sentido además del control de los factores de riesgo tradicionales, es de vital importancia el control de la ansiedad, la depresión como factores de riesgo emocionales. Los miembros del equipo multidisciplinario de rehabilitación cardiovascular ratifican lo planteado por los pacientes y manifiestan la necesidad de brindar una adecuada orientación para un adecuado afrontamiento a la enfermedad.

A pesar de los esfuerzos que realiza el país hacia la prevención de enfermedades cardiovasculares se conoce que persisten estilos de vida no saludables en la población. En la provincia de Holguín los factores de riesgos de las enfermedades cardiovasculares están relacionados con el envejecimiento y con conductas perjudiciales, como hábitos tóxicos (tabaquismo y consumo de alcohol), obesidad, sedentarismo y alimentación inadecuada.⁽²¹⁾ Por lo tanto, es fundamental realizar intervenciones que desarrollen la capacidad de autocuidado con el propósito de fomentar un envejecimiento activo y saludable.

En la revisión bibliográfica realizada por los autores sobre intervenciones educativas sobre el autocuidado en pacientes con enfermedades crónicas,^(22,19,23) se encontró que estas resultan beneficiosas para favorecer comportamientos positivos. En Holguín, las principales intervenciones educativas con adultos mayores publicadas se relacionan principalmente con la salud bucal y la sexualidad.^(24, 25)

Las principales limitaciones de esta investigación están relacionado con el tamaño de la muestra, relativamente pequeña que no permite una generalización a la población general, por lo que se requiere futuros estudios con muestras más amplias.

Conclusiones

Predominó en la mayoría de los pacientes una baja capacidad de autocuidado. Se evidenció una tendencia a un bajo nivel de conocimientos sobre factores de riesgo y estilo de vida. Se identificaron alteraciones emocionales como la ansiedad y la depresión. A partir del diagnóstico se diseñó una estrategia de orientación educativa para favorecer el autocuidado en adultos mayores infartados. Esta estrategia de orientación obtuvo una valoración satisfactoria por parte de los profesionales, quienes la catalogaron pertinente y con coherencia en los temas enunciados.

Referencias Bibliográficas

1. Centro de Estudios de Población y Desarrollo. Anuario demográfico de Cuba 2017. La Habana: ONEI. 2018. Disponible en: <http://www.onei.gob.cu/node/13808>

2. OMS. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Ginebra: OMS;2015[citado 26 may 2018]. Disponible en: <https://www.who.int/ageing/publications/world-report-2015/es/>
3. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Anuario estadístico de Cuba. La Habana: MINSAP; 2019 [citado 21 junio 2019]. Disponible en: <http://bvscuba.sld.cu/anuario-estadistico-de-cuba>
4. Braunwald E. Tratado de Cardiología. 10^{ma}ed.España, S.L.U: Elsevier; 2016.
5. Orem DE. Nursing. Concepts of Practice.6^{ta} Ed. St. Louis Missouri: Mosby; 2001.
6. Morales Muñoz E. La orientación en los programas universitarios para mayores. Evaluación de la función del profesorado. Rev Española Orient Psicoped. 2014[citado 28 may 2018];25 (1):25-43. Disponible en: <http://revistas.uned.es/index.php/reop/article/view/12011>
7. Delgado Fonseca AL, Núñez González MR. Programa con orientación instructiva educativa para la atención al adulto mayor en las casas de abuelos. Razón Palabra. 2013[citado 15 abr 2018];17(1_82):19-90.Disponible en: <https://www.revistarazonypalabra.org/index.php/ryp/article/view/619>
8. Ciano N. Estrategias de orientación educativa y ocupacional en Adultos Mayores [Tesis].Argentina: Universidad Nacional de La Plata Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación;2011. 48p. Disponible en: <http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/tesis/te.914/te.914.pdf>
9. De la Torre R, Bouza L, Cabrera Y, Báster N, Zaldívar Y. Programa educativo para elevar la calidad de vida en el adulto mayor. CCM. 2012[citado 6 ene 2018]; 16(2).Disponible en: <http://www.revcocmed.sld.cu/index.php/cocmed/article/view/599>
10. Casanova M de la C, Bayarre HD, Navarro DA, Sanabria G, Trasancos M. Estrategia educativa dirigida a adultos mayores diabéticos tipo 2 y proveedores de salud. Rev Cubana Med Gen Integr.2018[citado 6 dic 2018]; 34(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252018000100004

11. González Y, Sánchez A. Propuesta de un programa de orientación para mejorar la calidad de vida del adulto mayor [Tesis].Venezuela: Universidad de Carabobo. Facultad de Ciencias de la Educación; 2014.

12. Manrique Abril F, Fernández A, Velandia A. Análisis factorial de la Escala Valoración de la Capacidad de Agencia de Autocuidado (ASA) en Colombia. Aquichan.2009 [citado 21 jul 2019];9(3). Disponible en:

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972009000300003&lng=en&nrm=iso&tlng=es

13. Sánchez Ortega MA. Efectividad de un programa de intervención psicosocial enfermera para potenciar la agencia de autocuidado y la salud mental positiva en personas con problemas crónicos de salud [tesis]. España: Universidad de Barcelona; 2015.

14. Casas Jiménez J, García Sánchez J, González Aguilar F. Guía técnica para la construcción de cuestionarios. Odiseo. Rev electr. de pedag. México. 2006[citado 20 oct 2019]; 3 (6). Disponible en: http://www.odiseo.com.mx/2006/01/casas_garcia_gonzalez-guia.htm

15. Vega OM, Suárez J, Acosta S. Agencia de autocuidado en pacientes hipertensos del Hospital Erasmo Meoz. Rev Colomb Enferm. 2015 [citado 20 oct 2019];10(1):45-56. Disponible en: <https://revistacolombianadeenfermeria.unbosque.edu.co/article/view/579>

16. Llanes LE. Autocuidado del paciente con enfermedad isquémica crónica del corazón en el Servicio de Cardiología del Hospital Nacional Dos de Mayo-2015 [tesis]. Lima, Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2016. 78p. Disponible en: http://ateneo.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/123456789/5114/Llanes_Dionicio_Lizzet_Elizabeth_2016.pdf?sequence=1&isAllowed=y

17. Rojas YR. Capacidad de agencia de autocuidado en pacientes con hipertensión arterial que acuden a consultorios externos del Centro de Salud Materno Infantil Perú Corea Pachacutec. Ventanilla-2018 [tesis]. Lima, Perú: Universidad César Vallejo; 2018. 68p. Disponible en: http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/UCV/21243/Rojas_DYDR.pdf?sequence=1&isAllowed=y
18. Attaallah S, Klymko K, Hopp FP. Self-Care Among Older Adults With Heart Failure. Gerontol Geriatr Med. 2016 [citado 20 oct 2019]; 2. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5490841/>
19. Rodríguez I, Navarro Y, Fajardo A. Estrategia de intervención de enfermería, en programa de autocuidado en personas mayores. GerolInfo. 2011[citado 20 oct 2019];6(3):1-16. Disponible en: <http://files.sld.cu/gericuba/files/2012/01/estrategia-adulto-mayor.pdf>
20. García Martín MC, Gómez García YC, Milord Fernández Y, Herrera Izquierdo RA. Estados emocionales más frecuentes en pacientes convalecientes de un infarto de miocardio y su relación con el estado de salud cardiovascular. CorSalud. 2016[citado 20 oct 2019]; 8(1):38-44. Disponible en: <http://www.revcorsalud.sld.cu/index.php/cors/article/view/95/233>
21. Miguel Soca P, Sarmiento Teruel Y, Mariño Soler A, Llorente-Columbié Y, Rodríguez Graña T, Peña González M. Prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles y factores de riesgo en adultos mayores de Holguín. Rev Finlay. 2017 [citado 20 oct 2019]; 7(3). Disponible en: <http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/526>
22. Viñas Vera C, García Parra AM, Morales Gil IM. Género y efectividad de la metodología enfermera en pacientes con insuficiencia cardiaca. Aquichan. 2016[citado 20 oct 2019]; 16(3): 313-327. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972016000300004&lng=en&nrm=iso&tlng=es

23. Méndez Valdéz JE, Miranda de la Cruz A, Martínez Ruíz EC, Jiménez Zuñiga EA, García Hernández JM, Contrera Madriga JD. Intervención Educativa de Enfermería en las Capacidades de Autocuidado de personas con Diabetes Tipo 2 de Tenosique, Tabasco. Europ Scientific J. 2018[citado 20 oct 2019]; 14(24): 379-396. Disponible en: <http://eujournal.org/index.php/esj/article/view/11163>

24. Laffita Labori AK, Córdova García G, Consuegra Córdova Y, Ruiz Benítez L, Llorente Columbié Y. Intervención educativa sobre sexualidad durante la ancianidad en Moa, Holguín, Cuba. CCM. 2018 [citado 26 ago 2019];22(2).Disponible en: <http://www.revcoemed.sld.cu/index.php/cocmed/article/view/2686>

25. Martínez Pérez ML, Santos Legrá M, Ayala Pérez Y, Ramos Rodríguez I. Intervención educativa sobre salud bucal en el Club de Adulto Mayor Unidos por la Salud. CCM. 2016 [citado 26 ago 2019];20(4).Disponible en: <http://www.revcoemed.sld.cu/index.php/cocmed/article/view/2377>

Esta obra está bajo una [licencia de Creative Commons Reconocimiento-No Comercial 4.0 Internacional](#).