



UNIVERSIDAD DE
CIENCIAS MEDICAS

Trabajo para optar por el título de Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral.

Título: Intervención educativa y de actividad física en los adultos mayores del CMF No 34 Área II. Cienfuegos

II. Datos de identificación:

Institución Ejecutora Principal del Proyecto: Policlínico Docente Área II. Cienfuegos.

Autor: Dra. Jeiny Lujan Bereau

Tutora: MSc Dra. Grissel Utrera Díaz.**

* Doctora en Medicina. Residente de Medicina General Integral.

** Master en Atención Integral a la Mujer. Especialista de I grado en Medicina General Integral. Profesor Asistente.

Cienfuegos

2021

“Año 63 de la Revolución”

Resumen

Introducción: El envejecimiento en Cuba constituye el principal problema demográfico, con cifra que alcanza 18,3 % de la población con 60 años, se necesita buscar una solución que satisfaga a las personas adultas mantener la independencia durante el mayor tiempo posible y ayudarle a mantener una buena calidad de vida. **Objetivo:** Realizar una intervención en Educación para la salud en Adultos mayores del CMF No 34 Área II. Cienfuegos. **Diseño Metodológico:** Se realizó una intervención educativa y de actividad física con los adultos mayores jubilados con independencia del CMF No. 34, el universo quedó constituido por 91 adultos mayores, se determinaron características del estilo de vida y se incorporaron a un programa con talleres de actividad física, alimentación saludable y dinámicas de grupo educativas y se aplicó cuestionario final para valorar las modificaciones en el estilo de vida y evaluación del programa. **Resultados:** predominó el grupo de edad de 65-69 años, sexo femenino, casados, nivel preuniversitario, y la mayoría conviven con algún familiar. La Hipertensión Arterial, la osteoporosis y artrosis son los padecimientos más frecuentes, así como el consumo de ansiolíticos, anti hipertensivos y antiinflamatorios no esteroideos (AINEs), el mayor por ciento son fumadores, no practican ejercicio físico, altos consumidores de sal y grasa animal. Se incorporaron al programa de intervención 38 pacientes con un nivel alto en cuanto a la Disposición para la actividad y el estado de ánimo al inicio y se logró elevar los niveles bajo y medio a niveles altos con la intervención en cuanto a la alimentación Saludable y el tiempo dedicado a la práctica de la actividad física y mejoró el nivel de consumo de medicamentos. La mayoría refiere que el programa les ofrece beneficios. **Conclusiones:** La aplicación de un programa estructurado Educativo y de Actividad física mejora el bienestar de los adultos mayores con impacto favorable en su estilo y calidad de vida.

Palabras claves: Adulto mayor, intervención educativa, estilo de vida , actividad física en adultos mayores.

Introducción

El envejecimiento y la urbanización son dos de las principales tendencias que caracterizan el siglo XXI. Crecen las ciudades y también la proporción de personas mayores de 60 años. Si bien ambos fenómenos resultan de un desarrollo exitoso durante el siglo XX, implican transformaciones cuyas consecuencias en el plano económico, social y ecológico, requieren de un renovado esfuerzo analítico para comprender y enfrentar con éxito los problemas que estos nuevos escenarios plantean ⁽¹⁾.

El envejecimiento poblacional no es un fenómeno exclusivo de las sociedades modernas, sino que ha estado presente en todas las etapas del desarrollo social y ha sido siempre de interés para la filosofía, el arte y la medicina. En este siglo existe una situación similar: Más y más personas sobrepasan las barreras cronológicas establecidas como etapas de vejez, que convierten al envejecimiento poblacional en un reto para las sociedades modernas. Esto considerado como uno de los logros más importantes de la humanidad, se transforma en un problema si no se es capaz de brindar soluciones adecuadas a las consecuencias que del mismo se derivan. ⁽²⁾

En el mundo las personas mayores de 60 años aumentaron en el siglo XX, desde 400 millones en la década del 50 hasta 700 millones en la de los años 90 del propio siglo; estimándose que para el 2025 existirán alrededor de 1200 millones de ancianos, concomitantemente se incrementa el grupo de los “muy viejos”, o sea aquellos mayores de 80 años, quienes en los próximos 30 años constituirán el 30 % de los adultos mayores en los países desarrollados y el 12 % para los de menor desarrollo; por ejemplo, en Italia se estima que habrá más de un millón de personas sobre la edad de 90 años para el 2024 y en China en el 2050, 330 millones de personas mayores de 65 años y 100 millones mayores de 80 años. ^(3,4)

El ritmo de envejecimiento de la población en muchos países también es mucho mayor que en el pasado. Por ejemplo, mientras que Francia tuvo casi 150 años para adaptarse al aumento del 10 % al 20 % en la proporción de la población mayor de 60 años, algunos lugares como Brasil, China e India tendrán un poco más de 20 años para hacer la misma adaptación. Esto

significa que la adaptación en estos países deberá ser mucho más rápida que en el pasado. ⁽⁴⁾

Una de las razones por las que el envejecimiento se ha convertido en una cuestión política clave es que tanto la proporción como el número absoluto de personas mayores están aumentando de forma notable en las poblaciones de todo el mundo. En la actualidad, solo un país tiene una proporción superior al 30 %: Japón. Sin embargo, en la segunda mitad del siglo, muchos países tendrán una proporción similar. Se trata de países de Europa y América del Norte, pero también se encuentran Chile, China, la Federación de Rusia, la República de Corea, la República Islámica de Irán, Tailandia y Vietnam. ⁽⁵⁾

El envejecimiento de la población parece menos importante en África Subsahariana. Sin embargo, aunque la estructura de la población en esa región permanecerá joven en términos relativos, ya cuenta con el doble de adultos mayores que el norte de Europa, y se calcula que esta cifra aumentará más rápido que en cualquier otro lugar, ya que pasará de 46 millones en 2015 a 157 millones en 2050. Además, la esperanza de vida a los 60 años en África Subsahariana es 16 años para las mujeres y 14 años para los hombres, lo que indica que, para quienes sobreviven a los primeros peligros de la vida, vivir hasta la edad avanzada ya es una realidad. ⁽⁶⁾

En América Latina existe incremento sostenido en la proporción y número absoluto de personas de 60 años y más. El proceso de envejecimiento continuará incrementándose de manera acelerada en los próximos años, sobre todo en el período 2010-2030, cuando el crecimiento del segmento de 60 años y más será del 2,3 %. Si bien este crecimiento disminuirá al 1,5 % en el 2030-2050, continuará como la más elevada entre el conjunto de grupos de población. ⁽⁷⁾

En América Latina y el Caribe el proceso de envejecimiento ha situado a Cuba en segundo lugar después de Uruguay seguida por Argentina y se prevé que en pocos años serán Cuba y Barbados los más envejecidos en esta región; estimándose sin embargo que para el 2025 será nuestro país el más envejecido de todos, con más de un 26 % de su población con 60 años y más.

^(8,9)

El envejecimiento en Cuba constituye el principal problema demográfico, con cifra que alcanza 18,3 % de la población con 60 años y más, se espera que para el 2025 este grupo alcance más del 25 % de la población total, siendo uno de los países más envejecidos de América Latina. ⁽¹⁰⁾ Según un pronóstico demográfico de la ONU, Cuba estará entre los países más envejecidos del mundo en el 2050, con el 39,2 % de sus habitantes con 60 años o más. Para ese año, la edad media estaría en 52 años, lo cual la ubicaría en el octavo lugar del mundo entre los países con mayor índice de dependencia a predominio de la Tercera y Cuarta Edad. ⁽¹¹⁾

Justificación

Cuba, con 19,4 % de personas de 60 años y más de edad en el año 2015, según investigaciones de la Oficina Nacional de Estadísticas e Información (ONEI) se ubica en el Grupo III de Envejecimiento (mayor del 15 % la población de 60 años y más, respecto al total). ⁽¹¹⁾ De 33,2 años que era la expectativa de vida del cubano en 1900, evolucionó a 70,04 años para el trienio 1969-1971, la actualmente calculada es de 78,45 años, y se estima en 76,50 para hombres y 80,45 para mujeres; puede incrementarse a 78,5 y 82,64 respectivamente en el 2030. ⁽¹²⁻¹³⁾

El municipio de Cienfuegos no está exento de esta situación. A partir del análisis de la situación de salud del territorio se ha identificado que existe una población de adultos mayores de 31 432, con un índice de envejecimiento del 18,2 %. De estos adultos mayores, 2 476 tienen más de 85 años. ⁽¹⁴⁾ Se realizan acciones encaminadas a elevar el estado de salud de los adultos mayores tales como casas de abuelos, talleres de artes manuales, existe un grupo de orientación y recreación, talleres de ejercicios físicos y de valores con el propósito de aumentar el bienestar de este grupo poblacional.

Sin embargo, este aumento de la esperanza de vida tiene importantes consecuencias. La principal de ellas es el importante aumento del gasto farmacéutico, médico y social (pensiones, prestaciones,). Algunas fuentes calculan que el gasto médico para los mayores de 65 años es 5 veces superior al de las personas de menor edad (Camiña, 2002). ⁽¹⁵⁾

Por lo tanto, se necesita buscar una solución que satisfaga a las personas y a los gobiernos. Esa solución es mantener la independencia del anciano durante el mayor tiempo posible o, cuanto menos, permitirle mantener unas cualidades físicas suficientes que le ayuden a no perder la capacidad de realizar por sí mismo las actividades básicas de la vida diaria (ABVD). En otras palabras, ayudarle a mantener una buena calidad de vida. Pero para ello debemos tener una buena forma física. ⁽¹⁵⁾

Es decir, la capacidad de llevar a cabo las tareas diarias con eficacia, guardando suficiente energía para el tiempo de ocio y para enfrentar emergencias imprevistas (Mayan et al. 2002). Para conseguir mantener a los mayores en una óptima forma física debemos llevar a cabo un proceso de reeducación. Debemos enseñarles qué cosas pueden modificar en su modo de vida para lograr una mejor calidad de vida. ⁽¹⁵⁾

La Organización Mundial de la Salud define la educación para la salud como “las actividades educativas diseñadas para ampliar el conocimiento de la población en relación con la salud y desarrollar los valores, actitudes y habilidades personales que promuevan salud. Diferentes formas de educación dirigidas a grupos, organizaciones y comunidades enteras que pueden servir para concienciar a la gente sobre los determinantes sociales, ambientales y económicos de la salud y la enfermedad y posibilitar la acción social y la participación activa de las comunidades en procesos de cambio social respecto a su salud.” ⁽¹⁶⁾

Según el cálculo del índice de envejecimiento o índice de Rocet del CMF 34, igual a 20.5 %, podemos clasificar a la población como muy envejecida, de acuerdo a la clasificación establecida por las Naciones Unidas en el año 1989. Teniendo en cuenta el análisis demográfico de la población en estudio, su distribución según sexo y edad impresiona una pirámide poblacional de tipo constrictiva, donde se evidencia mayor número de personas con edad avanzada y pocos niños y pacientes jóvenes, por lo que hay una base estrecha y una cúspide ancha.

En la comunidad predominan los pacientes que presentan estilos de vida poco saludables. Por ejemplo, un total de 265 habitantes tienen riesgo de sedentarismo e inactividad física, por lo que podemos plantear que por cada 100 habitantes hallamos 44 individuos con este riesgo, mientras que por cada 100 habitantes hay 45 individuos con hábitos dietéticos inadecuados, aproximadamente 9 individuos con obesidad y 3 personas con trastornos de los lípidos y el colesterol, encontraríamos la causa principal de la alta prevalencia en la comunidad de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles, fundamentalmente la Hipertensión Arterial, la Diabetes Mellitus, la Aterosclerosis, las enfermedades respiratorias como la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), las Cardiopatías Isquémicas y las Neoplasias.

Por todo lo antes expuesto planteamos el siguiente Problema científico:

Como contribuir a educar y mejorar los estilos de vida de los adultos mayores del CMF No. 34. Área II. Cienfuegos.

Hipótesis

Un programa de talleres educativos y de práctica de ejercicios y alimentación saludable contribuiría a educar a los adultos mayores para llevar un estilo de vida saludable y fomentar la práctica del ejercicio físico y así mejorar la calidad de vida.

Objetivos

General: Realizar una intervención educativa y de actividad física en los adultos mayores del CMF No 34 Área II. Cienfuegos

Específicos:

1. Caracterizar a la población de estudio según variables sociodemográficas; Grupo de edad, sexo, Estado civil
2. Determinar el estilo de vida de la población de estudio
3. Ejecutar la intervención educativa y de actividad física en los adultos mayores
4. Evaluar los resultados de la intervención

1. Estado Demográfico del envejecimiento

El siglo XXI parece destinado a ser un siglo de poblaciones con tendencia a envejecer y de sociedades en cuya estructura se consolidará la abundante presencia de personas mayores. La mayoría de científicos sociales coinciden en señalar como uno de los fenómenos más interesantes de la actualidad, al progresivo y generalizado envejecimiento de la población en los países desarrollados. Resulta especialmente llamativo el escenario establecido, sin precedentes en la historia, por sociedades en las que sobreabundan los ciudadanos de edad avanzada en relación a los niños y los jóvenes, que tienden a escasear cada vez más. Esta imagen de sociedades envejecidas surge tras la simple mirada a un parque, a las colas de las paradas del autobús o a las listas de espera de los hospitales, donde resulta evidente la abundancia de personas mayores.⁽¹⁷⁾

La Organización de las Naciones Unidas (ONU) recoge en su informe “Envejecimiento de la población” la observación de que se trata de un fenómeno sin precedentes y generalizado que afecta a prácticamente todos los países del mundo y señala que el proceso se intensifica de manera continua desde mediados del siglo pasado. En este estudio también se pone de manifiesto no solo que aumenta la tasa de crecimiento del número de personas mayores, sino que, a su vez, el segmento de personas mayores también envejece, de modo que el grupo de edad que presenta el crecimiento más rápido del mundo es el de 80 años y más ^(18.)

Los profundos cambios iniciados en la Europa industrial de mediados del siglo XVIII, que acabaron por extenderse y afectar a la inmensa mayoría de países del mundo son, sin duda, la génesis de la transformación demográfica actual. La distribución poblacional por edades, característica de los diferentes países ahora ‘envejecidos’, mostraba invariablemente una amplia franja de niños y personas jóvenes, frente a una progresiva e importante reducción del número de individuos conforme iban elevándose los tramos de edad. De esta manera, las gráficas poblacionales tenían la

clásica forma piramidal, con una base muy ancha, frente a una cima de muy escasa relevancia. ^(18.)

La progresiva disminución de las tasas de mortalidad y natalidad (ésta segunda iniciada unos años después de la primera), ha provocado que esos mismos países muestren hoy cierta inversión en sus pirámides de población. Al haberse reducido drástica y significativamente el número de nacimientos, y haber aumentado el número de personas de edad, como consecuencia de la reducción de las defunciones, las antiguas pirámides poblacionales adquieren ahora la forma de una ‘magdalenas’, caracterizadas por una base que no deja de menguar, en consonancia con la reducción en el número de nacimientos, un engrosamiento evidente en la parte central, que se corresponde con las edades medias de la vida, y una cúspide que tiende a agrandarse progresivamente por el aumento del número de personas mayores y muy mayores. ⁽¹⁷⁾

Aunque con matices y diferencias en cuanto al proceso de instauración y a la velocidad de los cambios, este proceso es también palpable en muchos países menos desarrollados, como en el caso de Cuba, que pese a ser un país con una economía pobre y en vías de desarrollo, ha aumentado el número de personas mayores y muestra en la actualidad una de las demografías más envejecidas de toda América Latina (la mayor de Centroamérica). ⁽¹⁷⁾

2. Factores del envejecimiento demográfico

Los cambios en la fecundidad y la mortalidad, principalmente, traen como consecuencia el descenso del ritmo de crecimiento medio anual de la población y una estructura por edades cada vez más envejecida. Asimismo, la migración — interna e internacional— puede influir tanto a nivel nacional como subnacional en el envejecimiento de la población, puesto que este proceso social se da principalmente entre los jóvenes y adultos jóvenes, que tienen una mayor probabilidad de migrar por motivos fundamentalmente económicos, laborales o de estudios. ^(17,18)

2.1. Fecundidad

Una de las transformaciones más significativas dentro del cambio demográfico es el descenso sostenido de la fecundidad. Esta modificación tan profunda de la conducta reproductiva, trasunta un complejo de cambios sociodemográficos y culturales (Villa y Rivadeneira, 2000). A medida que desciende la fecundidad se asiste a un proceso paulatino de envejecimiento de la población, pues ella es la principal fuerza remodeladora de la estructura etaria, y sus alteraciones provocan un impacto sobre el envejecimiento que es mayor y más directo que los cambios de la mortalidad. ^(17,18)

Cuando la tasa general de fecundidad comienza a descender sostenidamente, se observa un estrechamiento de la base de la pirámide por edades, y como se trata de una caída prolongada en el tiempo, se espera su inversión. Chesnais (1990) indica que es más apropiado hablar de “inversión de la pirámide y no de envejecimiento de la población, ya que este término lleva a pensar concretamente en una población vieja. De esta forma, la relación directa que tiene la baja de la fecundidad con el envejecimiento es que, al incorporarse un menor número de individuos en el grupo etario de 0 a 4 años, el peso del resto de los grupos de edad aumenta, y por ende la proporción de personas mayores tiende a incrementarse (lo que se expresa en la contracción del escalón inferior de la pirámide de edades). ^(17,18)

A medida que pasa el tiempo y persiste el descenso por un tiempo prolongado, se genera un “envejecimiento por el centro”. El peso de los grupos de las edades centrales es mayor y la pirámide tiende hacia una forma rectangular. Posteriormente, y en la medida en que su efecto se combine con el de la disminución de la mortalidad en las edades avanzadas, origina estructuras etarias con una cúspide amplia y una base estrecha (Villa y Rivadeneira, 2000). ^(17,18)

2.2. Mortalidad

Ciertamente, la baja de la mortalidad es otro factor que influye en el envejecimiento de la población. Sin embargo, actúa de manera diferente dependiendo de la etapa transicional en que se encuentre el país. El

descenso en la mortalidad, y especialmente en la mortalidad temprana, inicia el proceso de transición demográfica, además aumenta el número de años de vida de la población. ^(17,18)

Durante el proceso de reducción de la mortalidad, Chesnais (1990) distingue nítidamente tres fases. La primera de ellas se produce cuando la fecundidad se mantiene alta y la mortalidad — en especial la infantil— comienza a reducirse notablemente, en consecuencia ocurre un crecimiento de la población en todas las edades, aunque es proporcionalmente mayor en las edades más tempranas y por lo tanto la pirámide de edades rejuvenece. La segunda etapa que el autor identifica se caracteriza por un descenso más equilibrado de la mortalidad, que afecta en forma más o menos parecida a todos los grupos etarios, por lo que la estructura de la población va tomando una nueva configuración. Adquieren un mayor peso relativo las edades jóvenes y adultas, que son fruto de cohortes numerosas que nacieron en el pasado y que en la actualidad tienen una mayor probabilidad de sobrevivencia. La tercera y última etapa comienza cuando se ha eliminado casi del todo la alta mortalidad de los más jóvenes, y se observa una reducción de la mortalidad debido a enfermedades degenerativas que afectan, especialmente, a las personas mayores de 50 años. De este modo, el aumento de la probabilidad de sobrevivir después de los 60 años impulsa, de forma directa, el envejecimiento de la población. En esta etapa, el aumento del promedio de vida genera un incremento sustancial del peso relativo de las personas mayores de 80 u 85 años, que son edades a partir de las cuales se acelera el deterioro y pueden incrementarse las necesidades de apoyo médico, institucional y familiar. ^(17,18)

2.3. Migración

Los procesos migratorios pueden alterar las estructuras etarias en los territorios, especialmente en los que cuentan con pequeñas magnitudes demográficas, o si el proceso persiste por un largo tiempo.

Si bien no es tan claro el efecto de la migración internacional sobre el envejecimiento, este tipo de movimiento poblacional puede ocasionar

potenciales consecuencias sobre el envejecimiento a escala nacional, aunque se expresan de manera más notoria en el ámbito local y en determinadas áreas. La selectividad por edad de la migración tiende a envejecer las áreas de origen, y a que principalmente migren adultos jóvenes, aunque no necesariamente rejuvenece a la población de destino.

Hay que tener en cuenta que las repercusiones de la migración dependen de la magnitud y continuidad de las corrientes, y varían según el momento histórico en que se produzcan. Además, el carácter variable y reversible de muchos flujos, algunos de ellos con escasa intensidad en relación con las poblaciones de origen y destino, parece restringir su papel en la remodelación de las estructuras etarias (Villa y Rivadeneira, 2000).^(17,18)

Con todo, la migración interna sí juega un rol importante. El desplazamiento campo- ciudad ocasiona una disminución de la población en las áreas rurales, pues con el proceso de urbanización éstas van perdiendo población por la emigración hacia la ciudad. Las personas mayores en las áreas rurales se van quedando solas, mientras los más jóvenes emigran ocasionando un vacío en la estructura por edad. De esta forma, la emigración de jóvenes y personas adultas jóvenes tiene un efecto directo en el aumento relativo de la población adulta mayor, pero también indirecto, al alterar los índices de natalidad de las zonas rurales.⁽¹⁷⁾

3. Calidad de vida

El concepto de calidad de vida ha ido adquiriendo una importancia e interés especiales dentro de la investigación y la práctica de los servicios sociales, educativos y sanitarios durante las tres últimas décadas. Todos los esfuerzos y desarrollos llevados a cabo durante este periodo han permitido que el concepto de calidad de vida haya evolucionado desde una noción sensibilizadora a convertirse en un agente de cambio social y organizacional. Así, la búsqueda de la calidad es hoy un objetivo compartido por usuarios de servicios, profesionales, organizaciones, políticos y financiadores que trabajan para conseguir servicios y procesos de calidad valorados por los propios usuarios y que mejoren su calidad de vida.⁽¹⁹⁾

La calidad ha cambiado en la misma medida en que han evolucionado las sociedades, las personas, los métodos de producción y distribución, el transporte, los medios de comunicación, la tecnología de la información y los mercados. Se ha transitado desde la típica inspección de siglo XIX, seguida de una fuerte vocación por el control estadístico, hasta los conceptos más recientes que tienen que ver con la calidad total y el mejoramiento continuo de la calidad. ⁽¹⁹⁾

3.1. Definición de calidad de Vida

El concepto de Calidad de Vida aparece en los años setenta como alternativa a los criterios estrictamente economicistas y cuantitativos empleados en los informes sociales o estudios de nivel de vida. Concebido de manera integral, incluye no solamente los elementos objetivos, sino también aquellas condiciones y factores que emanan de la percepción subjetiva de las personas y/o comunidades. Con base en el enfoque ecológico, la Calidad de Vida es definida como un concepto multidimensional en el que se compenetrán elementos objetivos y subjetivos, individuales y colectivos (Glatzer y Zapf, 1984; Arnold, 1991). La calidad de vida ha sido conceptualizada tanto a un nivel macro (social) como micro (individual) (Veenhoven, 2000). Así, estudiar la calidad de vida de una comunidad significa analizar no sólo las condiciones físicas y objetivas, sino las experiencias subjetivas y las percepciones que los individuos tienen de su existencia en su hábitat o entorno. Implica evaluar cómo viven los individuos, qué expectativas de transformación tienen de aquellas condiciones y cuál es el grado de satisfacción que ellos consiguen (García-Viniegras, 2008). ⁽¹⁾

Valoración subjetiva y percepción de bienestar de las personas: ⁽¹⁹⁾

La valoración de cada individuo de su calidad de vida, se basa en un proceso cognitivo de comparación, que está relacionado con el nivel de aspiraciones, las expectativas, los grupos de referencias los valores personales, las actitudes, las necesidades, entre otros aspectos de orden psicológico y de naturaleza psicosocial.

Factores que influyen en el envejecimiento.

Factores que aceleren el envejecimiento Factores que retrasan el envejecimiento

- ☐ Alimentación excesiva.
- ☐ Stress.
- ☐ Hipertensión.
- ☐ Tabaquismo y alcoholismo.
- ☐ Obesidad.
- ☐ Soledad, poca participación social.
- ☐ Sedentarismo. Poca actividad física.
- ☐ Sueño tranquilo.
- ☐ Ejercicio corporal continuo.
- ☐ Buena nutrición.
- ☐ Participación socio laboral ⁽¹⁹⁾

Estilo de vida

El estilo de vida se refiere a las formas particulares de manifestarse el modo y las condiciones de vida en que las personas integran el mundo que les rodea y que incluye hábitos de alimentación, higiene personal, ocio, modos de relaciones sociales, sexualidad, vida relacional y de familia y mecanismos de afrontamiento social. Es una forma de vivir, se relaciona estrechamente con la esfera conductual y motivacional del ser humano y, por tanto, alude a la forma personal en que el hombre se realiza como ser social en condiciones concretas y particulares. ⁽²⁰⁾

Al identificar el estilo de vida, se deben contemplar tanto los comportamientos de riesgo de las personas (el hábito de fumar y la conducta sexual desprotegida), así como las conductas protectoras de salud, que se refieren a aquellas acciones que las personas llevan a cabo para defenderse de las enfermedades o sus secuelas. Cuestiones como los factores motivacionales, el aprendizaje, las creencias y las influencias sociales, además de la historia biológica, han sido identificadas como componentes de las conductas y hábitos que caracterizan el estilo de vida de una persona. ⁽²¹⁾

Se considera que los factores medioambientales y los de comportamientos tienen el mayor peso en la probabilidad de que las personas enfermen o se mantengan saludables. Por lo tanto, los estilos de vida no pueden ser aislados del contexto social, económico, político y cultural al cual pertenecen, y deben ser acordes con los objetivos del proceso de desarrollo, es dignificar a la persona en la sociedad a través de mejores condiciones de vida y bienestar.¹ Propiciando que la calidad de vida y la satisfacción de las necesidades son el producto del aprendizaje, experiencia y vivencia de los conocimientos culturales, creencias, modos y estilos de vidas así como las normas, leyes y reglas que conocemos en función de nuestros beneficios y la satisfacción de nuestras necesidades. ⁽²¹⁾

La depresión provoca un nivel de angustia entre quienes la padecen que puede afectar su capacidad para realizar las tareas cotidianas, incluso las más simples. Daña en forma significativa las relaciones con la familia, los amigos y la participación en el mundo laboral, con el consiguiente impacto económico y social. ⁽²¹⁾

El estudio del modo y el estilo de vida tiene una gran utilidad para el médico, precisamente lo vincula con las acciones médicas que constituyen su trabajo profesional cotidiano, como el diagnóstico, el tratamiento, la promoción y otros. ⁽²¹⁾

El estilo de vida puede orientar al médico para saber qué tipo de paciente le ha tocado y con esa información, decidir una vigilancia estricta, un ingreso o un egreso, en dependencia de la capacidad del paciente para cuidarse y cumplir las orientaciones. ⁽²²⁾

Se puede decir que la alta escolaridad protege al sujeto de riesgos específicos para su salud. Le permite una vida más higiénica, disciplinada y sistemática,

favorecida por su asistencia a la escuela durante un período de tiempo largo, con su efecto socializador, le facilita un círculo de amistades con quienes retroalimentar la educación adquirida, el uso del tiempo libre y la recreación. Una alta escolaridad amplía los aspectos cognoscitivos de la salud y de la enfermedad, lo cual favorece las actividades de promoción de salud. ⁽²²⁾

Un estilo de vida saludable está integrado por un conjunto de factores que deben funcionar de forma armoniosa y completa. Algunos de los factores más influyentes son: los hábitos alimentarios, la actividad física, el consumo de tabaco, alcohol y los comportamientos sexuales. ⁽²²⁾

El estilo de vida saludable es aquel que permite ir introduciendo en la manera de vivir de las personas pautas de conductas que, tanto individuales como colectivas, mejoran la calidad de vida. La adquisición de estas pautas ayuda al individuo a optar por estilos donde su salud resulte un elemento valorado. ⁽²²⁾

Al mejorar el modo y estilo de vida de las personas, se mejoran algunos aspectos como el nivel educacional, higiene personal y de la comunidad permitiendo una mejor comprensión de las actividades de promoción de salud y prevención de enfermedades, modificándose el proceso salud-enfermedad. ⁽²²⁾

➤ La actividad física en el adulto mayor

La Organización Mundial de la Salud define la actividad física como cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que exija un gasto de energía. ⁽²³⁾

Actividad física es toda aquella actividad que requiere de algún grado de esfuerzo tal como lavarse los dientes, trasladarse de un lugar a otro para satisfacer sus necesidades, limpiar la casa, lavar el carro, hasta realizar un deporte de alto rendimiento y muchas otras más que realiza el ser humano diariamente. ⁽²³⁾

Stensaasen la comprende como una gran variedad de acciones que va desde casi una completa relajación hasta llegar a la ejecución de destrezas de compleja estructuración. ⁽²⁴⁾

Queda claro que la vejez es una parte natural de la vida, es un proceso lento pero dinámico que depende de muchas influencias internas y externas generado en la mayoría de los casos por los estilos de vida. ⁽²⁴⁾

Para aspirar a una buena calidad de vida en la tercera edad, es importante lograr una vida física y psíquica sana y activa, afrontando los acontecimientos vitales de manera positiva y constructiva, desarrollando una capacidad de control sobre los eventos externos para que le reporten beneficios. ⁽²⁵⁾

El anciano debe mantener una actividad física sistemática, al tiempo que interactúa con otras personas de su edad, que le brindan apoyo social; todo lo cual unido a un sentido de su vida mediante una espiritualidad, religiosa o no, que le permitirá una óptima calidad de vida. ⁽²⁵⁾

La representación social del anciano contiene la idea de aislamiento social, deterioro cognitivo, falta de actividad física e incapacidad para aportar económicamente a la sociedad y la familia. Es lo que se conoce como el paradigma de la decadencia. Varios autores destacan la importancia de la implicación social de los ancianos, así como la necesidad de modificar los

estereotipos negativos en torno a la vejez, y facilita la participación de los mismos en programas comunitarios. ⁽²⁵⁾

La Organización Mundial de la Salud destaca el importante papel de la actividad física para alcanzar un envejecimiento saludable y con calidad de vida. En su informe mundial sobre el envejecimiento y la salud de 2015, este organismo internacional afirma que la actividad física a lo largo de la vida tiene como principal beneficio aumentar la longevidad. Son muchos los beneficios de la actividad física sobre la calidad de vida en la vejez. Se preserva la fuerza muscular y la función cognitiva, reduce los niveles de ansiedad y depresión, y mejora notablemente los sentimientos de autoestima. Desde el punto de vista físico, reduce los riesgos de enfermedades crónicas, principalmente las vasculares de cualquier localización (cerebral, central y periférica). En cuanto a lo social, promueve una mayor participación en la comunidad y permite el mantenimiento de redes sociales y vínculos entre las generaciones. Este organismo internacional alerta sobre la necesidad de desarrollar planes y programas de intervención dirigidos a fomentar la práctica de ejercicios físicos en los adultos mayores, ya que la tendencia natural que se observa es que la práctica de ejercicios disminuye progresivamente con la edad. ⁽²⁵⁾

La independencia funcional, un componente fundamental de la calidad de vida en la vejez, está condicionada por el grado de conservación de las funciones cognitivas y la calidad de la función física y social. Mediante un programa de ejercicios físicos consistente en dos sesiones a la semana de 30 minutos de entrenamiento, se logra mejorar esa función física en los participantes. Esta autora destaca la necesidad de mejorar la independencia funcional mediante un reforzamiento de la autoestima y la autoeficacia en los adultos mayores, insistiendo en el ejercicio físico, de tal manera de que se optimicen las habilidades, adaptadas a las capacidades funcionales. ⁽²⁵⁾

Ha demostrado ser efectiva en la mejora del bienestar físico en cuanto a mejor ejecución de los gestos funcionales, y más adecuada realización de actividades de la vida diaria. Así también se demuestra su efecto sobre el bienestar emocional, entendido como menos ansiedad, mayor autoestima y percepción de autoeficacia y mejor percepción de salud. ⁽²⁵⁾

Intervención educativa

La intervención educativa es un tipo de estrategia utilizada para solucionar o disminuir situaciones problemáticas que suceden en nuestro país y a nivel mundial es por ello que se emplea para enseñar, capacitar, instruir de manera que mediante ello capten información que les resulten interesante y lo apliquen en sus vidas ya sea cualquier tema de diferente índole, La intervención educativa se encuentra organizado por secuencias que son denominadas como la agrupación de funciones ,tareas a realizar todo ello en un determinado programa. ⁽²⁶⁾

La intervención es un proceder que se realiza para promover un cambio, generalmente de conducta en términos de conocimientos, actitudes o prácticas, que se constata evaluando los datos antes y después de la intervención, por lo que se hace necesario tener en cuenta la metodología a seguir. ⁽²⁷⁾

El diseño y elaboración del programa deberá comprender:

-Los objetivos ya fijados.

-Los medios y recursos disponibles para lograrlos como instalaciones, inmuebles, personal, presupuesto para su adquisición y mantenimiento, condiciones de uso de esos medios.

-Las estrategias de acción establecidas, en función de los elementos anteriores: actuaciones en clases, en talleres, número de sesiones, método de trabajo.

-Una temporalización de las actuaciones: calendario, horarios, número de actuaciones por grupo o taller.

Distintos escenarios en que puede realizarse una intervención educativa

-Centros de salud

-Centros escolares

-Centros de trabajo

Temas de salud específicos a desarrollar a través de una intervención educativa

-Educación sexual, tabaquismo, alcoholismo, drogas.

-Lactancia materna, alimentación de ancianos, educación para el control de enfermedades transmisibles.

-Protección e higiene del trabajo, alimentación, enfermedades profesionales.

Tipos de intervención en salud

-Promoción

-Prevención

-Curación

-Rehabilitación

La educación para la salud pretende conducir al individuo y la colectividad a un proceso de cambio de actitud y de conducta, para la aplicación de medios que les permitan la conservación y mejoramiento de su salud. Promover la salud significa educar, es decir, instaurar en la población comportamientos que hayan

probado ser realmente efectivos para una salud óptima. Esto requiere promover cambios en los hábitos de vida que puedan favorecer, retrasar o aún eliminar los riesgos de enfermedad. ⁽²⁷⁾

La influencia e impacto de los programas educativos en los estilos de vida y particularmente en la salud está reconocido por la literatura, sin embargo, son pocos los estudios que lo sistematizan. ⁽²⁷⁾

Se constata que este tipo de programa constituye un recurso adecuado para lograr cambios en los estilos de vida, particularmente en las edades tempranas, de igual manera se destaca que aquellas intervenciones que cuentan con el vínculo familiar son altamente efectivas. ⁽²⁷⁾

Las intervenciones educativas dirigidas a fomentar hábitos de vida saludables, prevenir las enfermedades y mejorar la calidad de vida, se consideran un pilar fundamental para la atención de la salud. Este tipo de capacitación contempla varias actividades que incluyen el autoanálisis y las estrategias comunicativas de tipo informativo con el apoyo de medios que permiten el intercambio de ideas. ⁽²⁷⁾

Actualmente se aprecia una concepción de salud que se preocupa desde la infancia por el desarrollo de comportamientos saludables y por el desarrollo de entornos que lo generen. Estos ambientes representan las condiciones físicas, económicas y sociales que pueden incidir directamente en la salud, o apoyar estilos de vida saludables. ⁽²⁷⁾

Las intervenciones tienen el propósito de informar y motivar a la población para adoptar y mantener prácticas saludables, además de propiciar cambios ambientales y dirigir la formación de recursos humanos y la investigación. ⁽²⁷⁾

En los últimos años se han venido realizando múltiples abordajes con diversas metodologías para llevar a cabo las intervenciones educativas, destacando una tendencia hacia la participación más activa del paciente. ⁽²⁷⁾

Las intervenciones educativas mixtas son efectivas. Aquellas que combinan programas de educación, realización de actividad física, consejos nutricionales y que además vinculan a la familia son efectivas en la instauración de hábitos de vida saludables. ⁽²⁷⁾

Metodología

Clasificación de la investigación: Investigación Desarrollo (Intervención-acción-participativa) Intervención Educativa Cuasi-experimental antes - después sin grupo control

Aspectos generales del estudio:

Se realizó un estudio de intervención a desarrollar en el CMF NO. 34 Policlínico Área II Cienfuegos en el período del año 2019-2021

Definición del universo y muestra del estudio:

Universo: Quedó constituido con la totalidad de los adultos mayores jubilados con independencia para las actividades de la vida diaria, luego de aplicar el índice de Kazt y voluntad de los mismos (91)

Criterios de inclusión

- Voluntariedad en participar en el programa de intervención

- Adultos mayores que estén jubilados y sean independientes para las actividades de la vida diaria (Índice de Katz con puntuación de 4 y 5)

Criterios de exclusión

- Aquellos que presenten discapacidad físico mental

Criterio de salida

- Aquellos que por alguna razón abandonen el programa
- Fallezcan en el transcurso de la investigación
- Presenten síntomas que impidan el desarrollo de las actividades de ejercicios

Consideraciones Éticas

Se tuvo en cuenta los aspectos éticos y jurídicos en la obtención de la información. Se solicitó el consentimiento informado de la institución.

(anexo # 1) y a las personas que participaron en este proyecto investigativo fueron informadas de los objetivos, procedimientos y posibles resultados y el beneficio que esto traería para ellos en particular y para el resto de la comunidad en general. Se les dio a conocer el carácter voluntario de su participación en el estudio, así como el hecho de no aceptar, no repercutiría negativamente en su interrelación médico paciente.

Para que su voluntariedad en participar constara se les dio a firmar un documento elaborado con ese propósito (Consentimiento informado), el cual estuvo firmado por el tutor, se les manifestó la privacidad en el manejo de los datos y que solo serían divulgados los resultados imprescindibles. (Ver anexo # 2).

Para dar salida a los objetivos 1 y 2

Se aplicó una encuesta (ANEXO No. 3). Utilizada en otro estudio en Cuba⁽²⁸⁾ para caracterizar según variables sociodemográficas e identificar características del estilo de vida de los adultos mayores.

Para evitar sesgos por la posible incapacidad para leer o escribir de los encuestados, se les hizo las preguntas de manera oral y el encuestador se encargó de rellenarlos. Como las preguntas son muy concretas creemos que se elimina (o se limita) el posible sesgo de contaminación del encuestador, ya que no hay margen para posibles interpretaciones.

Para dar salida al objetivo 3

Se establecieron subgrupos de entre 20-25 personas en cada uno agrupamos a las personas con edad similar y patologías comunes y hábitos saludables por índices similares, mantuvimos juntos a los matrimonios o parejas así como personas que acudieron con amistades para fomentar la comodidad de los individuos a fin de disminuir posibles diferencias que perjudicaran el desarrollo de los talleres.

Fue un grupo relativamente pequeño para que fuera manejable.

Antes de comenzar el programa de actividades educativas lo primero que se realizó fue diseñar unos carteles que posteriormente se distribuyeron por los lugares de afluencia habitual de personas mayores: el CMF, La bodega, Escuela primaria que está en la población y el Policlínico para divulgar el programa y aumentar interés por la participación en el mismo

La finalidad de la intervención fue aportar información a las personas mayores sobre factores importantes que afectan a su salud y para que ellos tomen conciencia sobre lo que hacen bien y lo que deben modificar. Todo ello con la intención final de mejorar y/o prevenir patologías y con ello mejorar su calidad de vida.

➤ **Objetivos generales**

Proporcionar a personas mayores los conocimientos necesarios para que sean capaces de llevar una vida saludable y Mejorar la calidad de vida de las personas mayores.

➤ ☐ **Objetivos específicos**

Educar en estilos de vida saludable.

Fomentar la práctica regular de actividad física.

Potenciar la confianza personal y autoestima de cada uno de los participantes.

Métodos de ejecución del programa

Se desarrollaron clases de una hora y media repartidas durante los 7 días de la semana durante unos tres meses. Todos los días se dedicaron a realizar talleres de gimnasia y nutrición (elaboración de menús saludables) y el último día compaginamos pequeñas charlas muy cortas con dinámicas grupales. Tratamos de hacer las sesiones entretenidas fomentando la participación activa de los participantes.

Por una parte, se desarrollaron los talleres de gimnasia y nutrición y por otra las Dinámicas de grupo

Recursos humanos que se necesitan: un médico, enfermera, Lic. Cultura física (el profesor de Educación Física en los Círculos de Abuelo), Lic. Nutrición y educadora para la salud/ trabajador social, psicóloga del GBT

Recursos materiales necesitamos un aula amplia, un proyector, un ordenador, pelotas y cintas para ejercicios, bolígrafos, alimentos para la elaboración de un menú sencillo, recipientes para la realización de un menú sencillo.

➤ Talleres de gimnasia y alimentación.

Se desarrollaron durante una hora. Dejando los primeros y los últimos 15 minutos para coger y recoger las cosas utilizadas

En el taller de gimnasia o ejercicio físico se realizó ejercicio físico muy básico para favorecer que todo el mundo lo pudiera realizar, se trató de incluir/movilizar todas las articulaciones del cuerpo. Durante el desarrollo del taller se fomentó la práctica diaria de actividad física ya sea caminar. Además, se destacaron los beneficios que esta práctica les daba. Se hizo también una mención especial a la importancia de ser revisado por un médico antes de iniciar la práctica de ejercicio físico ya que existen patologías que lo contraindican. (Anexo 4) Programa utilizado y validado en tesis de maestría⁽²⁹⁾

En lo que respecta al taller de nutrición, lo que se hizo fue elaborar menús fáciles, económicos, equilibrados y adaptados a las necesidades/patologías más comunes. Para ello se necesitaron utensilios de cocina, alimentos y una cocina para elaborar los menús.

Con ello lo que se pretendió fue dotar a los asistentes de los conocimientos necesarios para llevar una dieta sana. Que tomen conciencia de la gran importancia que la nutrición tiene en su salud y en la prevención de enfermedades.

La encargada de impartir este taller fue una Licenciada en nutrición con la ayuda de los terapeutas o educadores. Se Realizaron desayunos, meriendas

- Se Utilizaron diferentes técnicas de dinámicas de grupos (Anexo 5)

Se dedicaron la mitad de las sesiones (6) para hablar de prevención de enfermedades comunes como el accidente cerebrovascular (ACV), osteoporosis, demencias (haremos hincapié en que no todos los problemas de memoria son síntomas de Alzheimer), depresión, diabetes e hipertensión.

En la otra mitad de las sesiones se habló de cómo prevenir caídas en el hogar (alfombras, agua,), ejercicios y pautas para mejorar la incontinencia urinaria y el estreñimiento, además de fomentar hábitos higiénicos saludables (ducha diaria, lavado de dientes,...) y la necesidad de cumplir estrictamente la prescripción farmacológica del médico y la visita a especialistas cuando sea necesario.

El último día del taller se realizó una pequeña fiesta en la que estuvieron presentes todos los participantes. Sirvió como despedida y como evaluación pues se les pidió a los usuarios que nos dieran su valoración del curso y se aplicó encuesta .

Para dar salida al objetivo 4: EVALUACIÓN

- El nivel de participación fue clasificado: Alto más del 60 % de las actividades, Medio 50-60 % y bajo menos del 50 %

Evaluación final. Se realizó al finalizar el proyecto. Se utilizó cuestionario (anexo 6)

- Se empleó cuestionario de respuesta cerrada y abierta para que puedan expresar libremente su opinión. Para ver cambios sustanciales en el modo y estilo de vida del adulto mayor.
- Entre los puntos a evaluar en el cuestionario estuvieron con relación a las actividades educativas: Motivación por las actividades impartidas. Incorporación a las actividades, Consumo habitual de medicamentos, Solicitud para que se mantenga el desarrollo de las actividades educativas instructivas. Consumen frutas cotidianamente, Generalizar el mejoramiento de la calidad de vida en todos los adultos mayores, Incremento en el nivel de conocimientos sobre educación para la salud, Satisfacción por las acciones desarrolladas, Modificación de estilos de vida.
- Beneficios percibidos por los adultos incorporados a las actividades físico –recreativas: Salud. Aptitud. Psicológico y Social

PLAN DE PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN.

Los resultados fueron expuestos en tablas y / o gráficas, en números absolutos se utilizaron técnicas estadísticas y los datos se procesaron mediante el programa de SPSS para Windows versión 19.

Operacionalización de las variables:

Variable	Tipo de variable	Definición operacional	Escala
----------	------------------	------------------------	--------

Considera mediante la práctica sistemática del ejercicio físico puede mejorar su salud	Cuantitativa nominal Politómica	Según refiera el paciente	Sí: _____ No: _____ A veces _____
Incluye en su alimentación los siguientes elementos	Cualitativa nominal Politómica	Según refiera el paciente	Carne: Pollo _____, Cerdo _____, Pescado _____; Vegetales _____ Grasa animal _____, Aceite vegetal _____, Frutas _____, Sal _____
hábito de fumar.	Cualitativa nominal Politómica	Según refiera el paciente	Sí: _____ No: _____ A veces _____
Ingestión de bebidas alcohólicas	Cuantitativa nominal Politómica	Según refiera el paciente	Sí: _____ No: _____ A veces _____
Necesita orientaciones sobre: su alimentación, el hábito de fumar, de ingerir bebidas alcohólicas o realizar actividades físicas	Cuantitativa nominal Politómica	Según refiera el paciente	Sí: _____ No: _____ A veces _____

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En este apartado se analizan y discuten los resultados alcanzados a partir de los objetivos establecidos en la investigación.

Tabla 1. Caracterización de los adultos mayores según grupos de edad y sexo. CMF No. 34. Área II. Cienfuegos

Grupos de Edad	Sexo					
	Femenino		Masculino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
60-64	15	16.5	8	8.8	23	25.3
65-69	20	22	10	11	30	33
70-74	11	12.1	4	4.4	15	16.5
75-79	3	3.2	7	7.7	10	10.9
80 y mas	7	7.7	6	6.6	13	14.3
Total	56	61.5	35	38.5	91	100

Fuente: Formulario de datos aplicado

Como podemos observar en la tabla anterior se reflejaron las características socio- demográficas de los adultos mayores que participaron en el estudio, en cuanto a grupos de edad y sexo, se pudo observar que existe un predominio del grupo de edad de 65-69 años con un 33 %, seguido del grupo de 60-64 para un 25.3 %, en la mayoría de los grupos de edades prevalece el sexo femenino (61.5 %) sobre el masculino.

Similares resultados se obtuvieron en estudios realizados como el de Pérez Barrero ⁽³⁰⁾ donde predominó el grupo de 65-69 años (37,5 %), sexo femenino (62,5 %) y el nivel escolar preuniversitario (37,5 %). Igualmente estudio en el Policlínico Docente "Luis Augusto Turcios Lima" de Pinar del Río, ⁽³¹⁾ , hubo un predominio de las féminas de 60-69 años y González Rodríguez en una

caracterización de adultos mayores hipertensos arrojó predominio del sexo femenino con 58,8 % y el grupo de 65 y más años con el 68,7 %⁽³²⁾

El autor considera importante la caracterización de la población en estudio en cuanto al grupo de edades, ya que permite valorar el grado de envejecimiento presente y actuar al respecto para garantizar que se envejezca con calidad. El predominio del sexo femenino se debe principalmente al aumento de la esperanza de vida en la mujer en relación al hombre, fenómeno que se presenta en Cuba y a nivel mundial.

Tabla 2. Caracterización de los adultos mayores según escolaridad, estado civil y Convivencia. CMF No. 34. Área II. Cienfuegos

Variables Estado civil, Nivel Educacional y Convivencia	No.	%
Estado Civil		
Casada	43	47.2
Unión Libre	16	17.5
Divorciado/a	23	25.2
Viudo/a	9	9.8
Nivel Educacional		
Primaria	11	12.0
Secundaria	15	16.4
Preuniversitario	52	57.1
Universitario	13	14.2
Convivencia		
Solo	16	17.5
Con algún Familiar	75	82.4

Fuente: Formulario de datos aplicado

Al realizar la caracterización del Estado civil, Nivel Educacional y Convivencia de la población estudio (Tabla No. 2), observamos que en el estado civil el mayor porcentaje lo representaron los casados con un 47.2%, en cuanto a la escolaridad, el nivel predominante fue el preuniversitario con un 57.1% y la mayoría de los adultos mayores conviven con algún familiar (82.4 %).

En la investigación realizada por Soria Romero ⁽³³⁾ en el Estado de México sobre Envejecimiento y factores asociados a la calidad de vida de los adultos mayores obtienen también que el mayor por ciento corresponde a personas de sexo femenino, el rango de edad que prevalece es de 60 a los 74 años y el 59 % reportó vivir en pareja (casados o en unión libre).

Por el contrario, Bello Escamilla en su estudio en adultos mayores diabéticos tipo 2 y sus factores asociados respecto a las características socioeconómicas, determinó que la edad media de los sujetos estudiados fue de 71 años y el 62,07% indicó haber cursado solo estudios básicos (primaria) pero coincidió con nuestro resultado que el 73,28% de los adultos mayores diabéticos viven con algún familiar y el 65,52% tiene pareja. ⁽³⁴⁾

Igualmente, Cararo Confortin y colaboradores ⁽³⁵⁾ en su estudio obtuvieron como resultado que el mayor por ciento de los adultos estudiados tiene pareja (53.4%), y además el 76% vive acompañado con algún familiar.

Consideramos importante señalar, que las relaciones familiares intervienen en el bienestar de los adultos mayores, hemos observado que manteniendo una relación familiar satisfactoria se puede obtener un envejecimiento activo y lleno de bienestar. Se ha comprobado que la salud física y psicológica se incrementa en las personas cuyos lazos afectivos familiares son fuertes.

Tabla No.3: Antecedentes Patológicos Personales de los adultos mayores
CMF No. 34. Área II. Cienfuegos

Antecedentes Patológicos Personales	No.	%
Hipertensión Arterial	83	91.2
Diabetes Mellitus	65	71.4
Hiperlipemias	49	53.8
Enfermedades óseas (osteoporosis, artrosis...).	79	86.8
Enfermedades mentales (depresión, ansiedad...)	36	39.5
Enfermedades respiratorias (EPOC, bronquitis crónica, asma)	67	73.6
Enfermedades cardiovasculares	56	61.5

Fuente: Formulario de datos aplicado

Al analizar la prevalencia de las mismas en nuestro estudio vemos que la Hipertensión Arterial predominó afectando el 91.2% de los mismos, seguida de las enfermedades óseas (osteoporosis y artrosis) en un 86.8%, las enfermedades Pulmonares en un 73.6% especialmente la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica y la Diabetes Mellitus afectando el 71.4%.

Si bien es cierto que la morbilidad de las enfermedades no transmisibles no es exclusiva de las edades más avanzadas de la vida, si es cierto que la presencia de las mismas en estas edades se le hace al paciente más difícil convivir con ellas y llevar un estilo de vida saludable, así como para el especialista de la salud es un reto lograr mantener la mejor calidad de vida en el paciente con estas enfermedades.

La presión arterial aumenta con la edad debido al proceso de envejecimiento, por incremento en la rigidez de las arterias, el remodelado vascular y por cambios en los mecanismos renales y hormonales ⁽³⁶⁾ , por tanto, se eleva su

incidencia en los adultos mayores. Resultado que se muestra en nuestro estudio y en otros como en el realizado en Holguín en adultos mayores donde también se mostró un predominio de la Hipertensión Arterial en un 63.9% seguido de la hiperlipemia y la Diabetes Mellitus ⁽³⁷⁾

También obtuvo resultados iguales Rojas Carbajal ⁽³⁸⁾ , con incidencia de hipertensión arterial, diagnosticada en mayor número entre los 60 a 74 años de edad (78.4%), y refiere que del total de los casos estudiados, se infiere que la hipertensión arterial es ligeramente más diagnosticada en adultos mayores del sexo femenino (56%), contrario a nuestro estudio se obtuvo que los adultos mayores con nivel de educación primario representan el 44.4% de la población, y adultos mayores con nivel de educación secundario el 41.3% y se demostró que de la población estudiada, la incidencia es mayor en pacientes convivientes (47%) o casados (32.3%).

También Castro-Benites y colaboradores ⁽³⁹⁾ en estudio realizado con pacientes adultos mayores que presentaban enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) tenían además hipertensión arterial y Diabetes mellitus, pero contrario a nuestros resultados prevalecía el promedio de edad de 72,1 años y el 81,2% eran analfabetos o tenían solo instrucción primaria incompleta.

Debemos destacar que la frecuencia de osteoporosis y osteoartritis se incrementa con la edad y representan causas de morbilidad importante en los adultos mayores como se determina en nuestros resultados, de ahí también la importancia del ejercicio físico para mejorar la calidad de vida de este grupo poblacional.

Investigación realizada en San Diego de los Baños durante el 2018 con un total de 265 ancianos detectó un predominio del sexo masculino (52,0 %), las edades 60 - 69 años (46,7 %) y prevalecieron la osteoartritis y la hipertensión arterial en un 54,0 % y 32,0 % respectivamente como enfermedades no transmisibles. ⁽⁴⁰⁾

El aumento del volumen del número de los adultos mayores es motivo de especial preocupación para muchos países. Factores que se enmarcan en los

modos, estilos y conductas, como el hábito de fumar, consumo de alcohol, nutrición, práctica de ejercicios, educación recibida, etc., tienen gran importancia no sólo desde el punto de vista de las enfermedades, sino también en relación con los procesos naturales del envejecimiento; todo ello conforma e interviene en el estado de salud de los ancianos, por ello es necesario conocer otros aspectos del estilo de vida de los adultos mayores como se reflejan en las siguientes tablas.

Tabla No.4: Caracterización del consumo de medicamentos y hábitos nocivos de los adultos mayores CMF No. 34. Área II. Cienfuegos

Aspectos del Estilo de vida	No.	%
Consumo de medicamentos		
Sí	89	97.8
No	2	2.1
Frecuencia del consumo		
A veces	21	23.0
Sistemáticamente	70	76.9
Medicamentos más usados		
Anti HTA	83	91.2
AINEs	81	89.0
Anti DM	65	71.4
AntiÚlcerosos	39	42.8
Ansiolíticos	87	95.6
Antihistamínicos	56	61.5
Antidepresivos	64	70.3

Relajantes musculares	79	86.1
Cantidad de medicamentos consumidos		
1 medicamento	7	7.6
2 a 3 medicamentos	37	40.6
4 y más medicamentos	47	51.6
Hábito de fumar		
Sí	58	63.7
No	43	47.2
Ingestión de bebidas alcohólicas		
Sí	0	0
No	91	100
	n = 91	

Fuente: Formulario de datos aplicado

Al analizar la tabla anterior vemos que el consumo de medicamentos se presenta en el 97.8% de los pacientes y su frecuencia es sistemática en la mayoría para un 76.9% y los medicamentos más usados son los ansiolíticos, anti hipertensivos y antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) para un 95.6, 91.2 y 89.0 % respectivamente y del total, 84 pacientes consumen mas de dos medicamentos para un 92.3 %. Sobre los hábitos tóxicos el 63.7 % son fumadores y es de destacar que ninguno de nuestros adultos mayores consume bebidas alcohólicas.

González Casanova en su estudio sobre Polifarmacia en los adultos mayores concluye que estos, después de la sexta década de la vida, y principalmente las féminas se encuentran propensas al desarrollo de la polifarmacia y la automedicación. La existencia de varias enfermedades genera el consumo de múltiples fármacos, y por tanto la polifarmacia al igual que resultados de nuestra investigación ya que en sus resultados predominaron los pacientes con

dos o más enfermedades intercurrentes (95,79 %) y con afecciones del sistema osteomioarticular (87,89 %) y el grupo farmacológico más consumido fue el de los AINES (97,37 %) y las vitaminas (75,26 %) . ⁽⁴¹⁾

También resultados similares al nuestro se vieron en otros estudios donde la prescripción mayormente identificadas fueron las generadoras por los anti hipertensivos, antiinflamatorios no esteroideos (AINES) y los ansiolíticos ⁽⁴²⁾ . Parra Acosta en su Tesis de maestría revela El número promedio de medicamentos prescritos fue de 6, siendo la hipertensión arterial sistémica y diabetes mellitus con los medicamentos para estas entidades y las prescripciones de AINES se vieron reflejadas en su mayoría como responsable de las caídas en los adultos mayores en esta población de estudio ⁽⁴³⁾ . En relación a la polifarmacia bajo la clasificación de la OMS, el 68.8% (f= 172) consumen de 2 a 4 medicamentos considerándolos con polifarmacia menor, y el 6.4% (f= 16) con polifarmacia mayor, consumiendo más de 5 medicamentos. ⁽⁴⁴⁾

Estudio realizado en nuestra provincia en el Hogar de ancianos “Hermanas Giral” en el año 2020 coincide con algunos de nuestros resultados ya que Las mujeres mostraron multimorbilidad relevante, la Hipertensión arterial, osteoartropatía degenerativa, trastornos psiquiátricos y la depresión contribuyen al alto índice de comorbilidad. Aunque contrario a la nuestra la diabetes mellitus, los trastornos gastrointestinales y la insuficiencia cardiaca contribuyen a la polimedicación, por lo que Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina y benzodiacepinas fueron los grupos más prescritos. La media de consumo más alta fue registrada en la insuficiencia cardiaca. ⁽⁴⁵⁾

Igualmente, Díaz-Soto ⁽⁴⁶⁾ en su estudio expone que los medicamentos que más se destacaron en la muestra fueron los antihipertensivos e hipoglucemiantes y que el consumo de medicamentos fue superior en los pacientes de 75 años en adelante y fundamentalmente en las mujeres.

En un estudio sobre la Prevalencia de polifarmacia y factores asociados en adultos mayores en España en el año 2019 reveló que la edad media de sus pacientes era de 76,0 años, 59,4% mujeres y consumo medio de 3,3

medicamentos por persona. El análisis de sensibilidad estimó que la prevalencia podría ascender al menos a un 37,5% y la media a 3,9 al considerar la politerapia; además concluyen con su estudio que la prevalencia de polifarmacia en adultos mayores en atención primaria continúa aumentando, y podría estar ampliamente infraestimada. Además de la pluripatología, factores como la capacidad funcional o los síndromes geriátricos, fundamentales en personas mayores, modulan los hábitos de consumo y prescripción de medicamentos en esta población. ⁽⁴⁷⁾

El hábito de fumar es un importante factor de riesgo de ECNT como la CI y el cáncer, por la gran cantidad de sustancias carcinógenas y protrombóticas que contiene el humo del tabaco. En esta investigación el tabaquismo constituyó un factor de riesgo en adultos mayores también coincidiendo con otras ^(48,49,50) en las que hay alta incidencia del consumo de cigarro en este grupo de edad, además González Popa en su estudio donde predominó grupo de edades entre 65-69 (36%) años, sexo femenino y se destacaron las dislipidemias y el hábito de fumar como factores de riesgo. ⁽⁵¹⁾

Por el contrario, en estudio antes mencionado ⁽³⁶⁾ se detecta que la mayoría de los adultos mayores no fumaban (57,5 %) y el 53,3 % no ingería bebidas alcohólicas

Tabla No.5: Practica de ejercicios y alimentación de los adultos mayores
CMF No. 34. Área II. Cienfuegos

Aspectos del Estilo de vida	No.	%
Tiempo en la semana dedicado a la práctica del ejercicio físico		
15 minutos 3 v/sem	9	9.8
30 minutos 3 v/sem	38	41.7
60 minutos 3 v/sem	0	0
Ninguna práctica de ejercicios	44	48.3

Consideración beneficiosa de la práctica del ejercicio físico para la salud		
Sí	71	78.0
No	0	0
A veces	20	21.9
Alimentos que incorporan a la dieta		
Pollo	91	100
Grasa animal	79	86.8
Cerdo	81	89.0
Pescado	25	27.4
Vegetales	41	45.0
Aceite vegetal	27	59.3
Sal	82	90.1
Frutas	43	47.2

Fuente: Formulario de datos aplicado

Observamos que del total de nuestros adultos mayores solo el 41.7% dedica 30 minutos en la semana a la práctica del ejercicio físico a pesar que más del 70 % considera beneficioso la práctica del mismo para la salud y en cuanto a los alimentos que incorporan a la dieta prevalece el pollo y cerdo como proteína básica, alto consumo de sal (90.1%) y de Grasa animal (86.8%) y además se aprecia que existe un consumo bajo de frutas y vegetales. (en menos del 50%).

Algunos autores ^(52,53) refieren que la inactividad física es el cuarto factor de riesgo de mortalidad más importante en todo el mundo, por lo que consideramos que la valoración de la condición física constituye un paso necesario en el proceso de prescripción de ejercicio físico en los adultos mayores, por razones de seguridad y de control individual y el hecho de que los adultos mayores tengan inadecuadas prácticas y actitudes ante la actividad

física, se puede explicar a partir de la adopción de estilos de vida sedentarios en la medida que se envejece, lo cual genera pérdida de capacidades, habilidades y destrezas físicas.

Los resultados obtenidos coinciden con el de Espinosa Espinoza donde encontró que la mayoría de los adultos mayores tenían ingesta alta de sal mayor a 5 gramos al día, ingesta diaria Alta de grasas saturadas y baja en frutas y verduras además del sedentarismo. ⁽⁵⁴⁾

Sin embargo, en estudio realizado sobre hábitos alimentarios, estado nutricional y estilos de vida en adultos mayores activos de la ciudad de Chillán en Chile, el 100% realizaba algún tipo de actividad física y más del 50% consumían frutas, verduras y pescado, aunque coincidimos en un alto consumo de sal. ⁽⁵⁵⁾

Hemos observado que algunos factores como la soledad, falta de recursos económicos, baja disponibilidad de alimentos, anorexia, enfermedades crónicas, entre otras, afectan el consumo de alimentos y el estado nutricional, además este consumo de alimentos inadecuados pudiera estar dado por lo difícil que le resulta a la familia cubana acceder a las frutas y hortalizas, debido a los altos precios en los mercados que hace muy difícil su adquisición en este grupo poblacional.

A continuación, analizamos aspectos relacionados con el proceso de actividades realizadas con los adultos mayores antes y después de las mismas. (Tabla No.4)

Tabla No.4: Registro del control y evaluación en el proceso de las actividades realizadas con los adultos mayores CMF No. 34. Área II. Cienfuegos.

Evaluación	Actividades	
	Inicial	Final

Aspectos evaluados		Alta	Medio	Bajo	Alta	Medio	Bajo
Disposición para la actividad.	No.	23	15	0	38	0	0
	%	60.5	39.4	0	100	0	0
Estado de ánimo o motivación	No.	34	0	4	38	0	0
	%	89.4	0	10.5	100	0	0
Relaciones interpersonales.	No.	21	10	7	38	0	0
	%	68.4	26.3	18.4	100	0	0
Calidad en la ejecución	No.	29	6	3	35	3	0
	%	76.3	15.7	7.8	92.1	7.8	0
		n = 38					

Fuente: Observación diaria

Apreciamos en la tabla anterior que en el desarrollo de las actividades realizadas siempre al inicio de las mismas existía un nivel alto en cuanto a la Disposición para la actividad, el estado de ánimo o motivación para las mismas, las relaciones interpersonales eran de estrecha compenetración y la mayoría exponían que existía una Calidad alta en la ejecución de las mismas, nivel que se mantuvo en un 100 % al final de las actividades. Los niveles medio y bajo se presentaron en un por ciento no muy significativo solo al inicio de las actividades.

Hernández Aguilar y colaboradores ⁽⁵⁶⁾ evaluaron un programa físico-recreativo en adultos mayores y en el diagnóstico de campo evaluaron la falta de sistematicidad en la práctica de actividades físico-recreativas, en donde solamente 7 sujetos (23,33 %) practican las actividades existentes en su institución al menos tres veces por semana. Los autores infieren en ello, que uno de los problemas que puede tributar a este fenómeno es la falta de motivación por la práctica de las actividades que existen en la institución donde conviven; por lo cual, el diseño de la nueva propuesta debe contener, como estrategia acertada, aquellas actividades que en sentido general y particular motiven mayormente a la muestra estudiada.

En cuanto a la calidad de ejecución debemos destacar lo beneficioso que resultó la entrega de material educativo coherente a sus capacidades memorísticas y físicas con la realización de las actividades prácticas.

Carrera Batallas ⁽⁵⁷⁾ en su estudio obtiene como resultado que el 100% de la muestra estudiada (25 adultos mayores), consideró que el nivel de disposición y/o participación en programas de actividad física especializada fue "Muy Poca" Motivación e interés por las actividades físicas y recreativas, 8 adultos mayores demostraron "Mucho" interés por la práctica de actividades físicas y recreativas (32%), mientras 13 adultos mayores (52%) mostraron "Poco" interés; y la evaluación inicial y final realizada de las capacidades de coordinación y flexibilidad del adulto mayor establecieron diferencias significativas a favor del postest, demostrándose mejoras notables en las dos capacidades físicas estudiadas. Por ende, se demostró las potencialidades de la estrategia físico recreativa empleada.

Igualmente, Molina Camacho y colaboradores también apreciaron la baja motivación hacia la práctica de actividades físicas y recreativas del adulto mayor en el Círculo de abuelos de la Comunidad Rosaleda de la Parroquia Alto Barinas del Municipio Barinas en Argentina. ⁽⁵⁸⁾

Tabla No.5: Comparación de los resultados de las encuestas antes y después de la intervención

Indicadores	Antes						Después					
	Alta		Medio		Bajo		Alta		Medio		Bajo	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Consumo de medicamentos	28	73.6	3	7.8	7	18.4	2	5.2	21	68.4	15	39.4
Alimentación Saludable	0	0	17	44.7	21	68.4	27	71.0	11	28.9	0	0
Tiempo a la práctica de la actividad física.	1	2.6	21	68.4	16	42.1	29	76.3	9	23.6	0	0
Conocimiento sobre alimentación	14	36.8	24	63.1	0	0	38	100	0	0	0	0
	n = 38											

Fuente: Formulario de datos aplicado

Como podemos apreciar Antes de la intervención el consumo de medicamentos era alto en un 73.6% , la alimentación Saludable, su conocimiento y el tiempo dedicado a la práctica de la actividad física oscilan entre un nivel bajo y medio , sin embargo después de las actividades de intervención se elevo a un 100 por ciento los conocimiento sobre alimentación y el tiempo dedicado a la práctica de la actividad física y la alimentación saludable alcanzo niveles altos en un 76.3 y 71.0% respectivamente y mejoro el nivel de consumo de medicamentos.

Para que el adulto mayor pueda conservar, mejorar su salud y pueda tener una longevidad saludable, en función de una mejor calidad de vida, debe practicar la actividad física incorporándola en sus hábitos y estilos de vida, porque la inmovilidad e inactividad son el mejor agravante del envejecimiento. Si el adulto

mayor practica de forma regular y gradual la actividad física mejoraría su bienestar en la satisfacción por la vida.

En estudio donde se determinó la relación que existe entre el estado nutricional y los estilos de vida en adultos mayores se obtuvo que al relacionar las dos variables utilizando la prueba estadística Chi cuadrado se evidencia que el estado nutricional que tienen los adultos mayores es el resultado de estilos de vida inadecuados. Se recomienda la implementación de procesos educativos en alimentación y nutrición, que motiven a los adultos mayores, a sus familias a conocer los beneficios de una alimentación, estilos de vida saludable para mejorar dicho resultado ⁽⁵⁹⁾

También los adultos mayores diabéticos que participaron en un estudio presentan dificultades, tanto en el conocimiento, como en el comportamiento en cuanto a su enfermedad. Las principales necesidades de aprendizaje identificadas están referidas a: relación entre alimentación, ejercicio físico y diabetes, comunicación con la familia, uso de medicamentos y diabetes ⁽⁶⁰⁾

Otros autores tales como Vaca, y colaboradores, demuestran que en un rango etario mayor puede haber mejores habilidades y capacidades físicas si existe una práctica de actividades físicas especializadas y que una sistematización mayor con actividad física potencia mejor las capacidades y habilidades físicas. ^(61,62)

En artículo: Efectividad de intervención educativa sobre estilos de vida en adultos mayores, la intervención educativa fue evaluada como efectiva, ya que más del 70 % de los adultos mayores modificaron sus estilos de vida en las dimensiones: hábitos alimentarios (84 %); condiciones físicas (76 %) y hábitos tóxicos (72 %). ⁽⁶³⁾

Tabla No.6: Evaluación de la participación del adulto mayor a las actividades físicas recreativas en las dos dimensiones (antes y después de aplicada las actividades.)

Evaluación de Participación	Diagnóstico			
	Inicial		Final	
	No.	%	No.	%
Alto	9	23.6	31	81.5
Medio	13	34.2	7	23.6
Bajo	16	42.1	0	0

Fuente: Diario aplicado

Como se puede constatar la incorporación del adulto mayor a las actividades físicas recreativas evidencio niveles altos en más del 80% en cuanto a los componentes teóricos y prácticos relacionados con una alimentación balanceada y la práctica sistemática a las actividades físicas y recreativas.

También en estudio antes mencionado de Hernández Aguillar y colaboradores ⁽⁵⁶⁾ determinaron menor participación en actividades de contenido físico, mientras que las actividades de contenido más recreativo de tipo pasivo (sin movimiento motriz notable); como lo son los juegos de cartas y monopolio , juegos de mesa, televisión, escuchar música, charlas y actividades sociales adquieren mayor participación por tanto hay que resaltar que la mayoría de los adultos mayores prefieren no realizar este tipo de actividades y se mantienen sedentarios; luego de implementado el programa a los seis meses de las nuevas actividades físico-recreativas, se evidenció una mejora en la variable "Siempre" (60 %), incrementándose la participación sistemática en 30 puntos porcentuales.

Investigación que tiene como escenario el Círculo de Abuelos "Alegría de Vivir" en el Consejo Popular Vigía-Sandino de la ciudad de Santa Clara, respecto a las actividades físico-recreativas detecta la poca participación del adulto mayor en las mismas y se diseñaron acciones que permiten una mejor planificación y desarrollo de las actividades físico-recreativas educativas así como el nivel de participación , las cuales están adaptadas al adulto mayor, además los especialistas valoran la propuesta como necesaria y factible. Su aplicación permite y favorece el incremento de la participación del adulto mayor, quienes

manifiestan que las actividades les gustan, le sirve para interactuar con el medio natural, sienten confianza y seguridad en sí mismos y satisfacción de participar junto a sus compañeros y la familia. ⁽⁶⁴⁾

Tabla No.7: Resultados de las charlas impartidas al final de la Intervención.

Indicadores	Cantidad de personas	
	No.	%
Motivación por las actividades impartidas	38	100
Incorporación a las actividades	38	100
Consumo habitual de medicamentos	36	94.7
Solicitud para que se mantenga el desarrollo de las actividades educativas instructivas.	38	100
Consumen frutas cotidianamente.	29	76.3
Generalizar el mejoramiento de la calidad de vida en todos los adultos mayores	38	100
Incremento en el nivel de conocimientos sobre educación para la salud.	38	100
Satisfacción por las acciones desarrolladas.	38	100
Modificación de estilos de vida.	38	100

--	--	--

Fuente: Cuestionario aplicado

La mayoría de los adultos mayores que participaron en las actividades expusieron satisfacción con las charlas impartidas en los talleres y sus resultados muestran un 100 % en la mayoría de los indicadores, solo el 76.3% Consumen frutas cotidianamente, es decir han modificados aspectos de su estilo de vida a partir de las charlas educativas y de las dinámicas de grupo realizadas.

Por otra parte, resulta positivo que 21 adultos estudiados de la tercera edad consideraron que la práctica de la actividad física y los talleres educativos les genera bienestar, así como los hacen sentir útiles.

Tabla No.8: Beneficios percibidos por los adultos incorporados a las actividades físico –educativas

Tipo de beneficio	Beneficios percibidos	Cantidad de personas	
		No.	%
Salud.	Disminución de dolores	38	100
	Mejoría en el control de las enfermedades	38	100
	Disminución de calambre y entumecimientos.	38	100
	Mejoría en el sueño.	36	94.7
	Disminución de mareos	26	68.4
	Mejor control de peso.	34	89.4
Aptitud	Proporciona agilidad y flexibilidad	38	100
	Fortalece las piernas y el cuerpo en general	38	100
	Aumenta la seguridad ante las	38	100

	caídas		
Psicológico	Mejora estado de ánimo	38	100
	Ayuda a enfrentar los problemas de la vida	25	65.7
	Ofrece distracción	38	100
Social.	Incrementa relaciones humanas	38	100

Al analizar sus criterios en cuanto a los Beneficios percibidos por los adultos incorporados a las actividades físico –educativas, observamos que el 100 % coincide en el beneficio Social y la Aptitud y en cuanto al beneficio de la salud aún queda un por ciento que no percibe la Disminución de mareos y en el aspecto psicológico la Ayuda a enfrentar los problemas de la vida.

La actividad física puede prevenir la fragilidad y los resultados negativos asociados en adultos mayores. Un plan de actividad aeróbica combinada con ejercicios de resistencia y flexibilidad por un mínimo de dos años redujo la progresión a discapacidad motora significativa, aunque no modificó la progresión a la condición de anciano frágil si se asoció con una mejoría en la incapacidad para levantarse de una silla, según estudio de Trombetti colaboradores. ⁽⁶⁵⁾

Otro estudio sobre Beneficios de la actividad física en adultos mayores en una Parroquia De Ecuador de acuerdo a la valoración de fuerza muscular se evidencio que el movimiento que hubo mayor cambio fue la flexión tanto en la articulación del hombro como de la cadera, en la valoración del rango articular se evidenció que hubo cambios en todos los movimientos flexión, extensión, rotación interna, rotación externa, abducción y aducción tanto en la articulación del hombro como de la cadera y en la valoración de flexibilidad del miembro superior e inferior se evidenció que no hubo cambios significativos en ninguno de los dos⁽⁶⁶⁾

También otro resultado beneficioso se muestra en la efectividad del programa de actividad física en la disminución de la presión arterial del adulto mayor hipertenso, donde se concluye que el ejercicio físico es una herramienta

efectiva en el tratamiento de la hipertensión de la población adulta mayor hipertensa mejorando los niveles de colesterol y triglicéridos, su calidad de vida y disminuyendo la morbilidad. ⁽⁶⁷⁾

Con relación a los beneficios psicológicos encontramos en estudio de Silva Piñeiro donde el objetivo principal fue comparar dos programas de ejercicio físico para personas mayores, y poder determinar el alcance sobre el ánimo, la autoestima, y el disfrute con la actividad física. Participaron 72 mujeres entre 55-70 años ($M=64.10$; $DT=9.40$), de los municipios gallegos de Arousa-Norte. Los resultados principales indicaron que los participantes en los programas de ejercicio físico supervisado recogen beneficios psicológicos, diferentes en función del tipo de programa. ⁽⁶⁸⁾

También estudio acerca de la relación existente entre la Autoestima manifestada por personas mayores de 65 años y la realización de actividad física, muestran diferentes niveles de Autoestima entre los mayores que realizan actividad física y los que no, siendo significativamente más alta en los primeros y concluye la comprobación de la hipótesis de partida que establece la relación positiva entre la Autoestima y la realización de actividad física. ⁽⁶⁹⁾

Resultados similares se obtuvieron en nuestra provincia en el estudio que estuvo encaminado a evaluar el efecto de un Programa Comunitario sustentado en la práctica sistemática de actividades físicas en la mejora de los niveles de depresión, bienestar subjetivo y condición física de los adultos mayores de la Circunscripción #23 del Consejo Popular Rafaelito en el municipio Cumanayagua, donde hubo adecuados niveles de participación y asistencia por parte de los adultos implicados y los resultados arrojaron que en los niveles de depresión y bienestar subjetivo se apreciaron diferencias significativas entre los integrantes del grupo analizado. ⁽⁷⁰⁾

Esta intervención ha demostrado ser efectiva en la mejora del bienestar físico en cuanto a mejor ejecución de los gestos funcionales, y más adecuada realización de actividades de la vida diaria. Así también se demuestra su efecto

sobre el bienestar emocional, entendido como menos ansiedad, mayor autoestima y percepción de autoeficacia y mejor percepción de salud

Consideramos muy beneficiosos los efectos de la actividad física tanto si se demuestra su influencia sobre la disminución de la depresión, como su efecto sobre el aumento del bienestar psicológico.

Los resultados del estudio sostienen el principio de que la estimulación de la actividad física contribuye a un mejor desenvolvimiento de las actividades de la vida diaria y, por ende, de la calidad de vida de los adultos mayores así como de modificación en hábitos del estilo de vida.

Conclusiones

La aplicación de un programa estructurado Educativo y de Actividad física mejora el bienestar de los adultos mayores con impacto favorable en su estilo y calidad de vida.

Recomendaciones

Generalizar los resultados del estudio en todos los CMF a nivel de policlínicos municipales y provinciales de salud así como en las casas de abuelos y hogares de anciano.

Bibliografía

1. Olivia, A, Fadda Cori, G. Pizzi Kirschbau, M. Evaluación de la calidad de vida de los adultos mayores en la ciudad de Valparaíso. Pap. Poblac [Internet].2015 Toluca abr./jun. 2015. [citado 16 Dic 2016]; 21(84) ISSN 1405-7425.
2. Mosquera Castro BC, Pérez Cuello JM, Pí Crespo A, Fuentes González Y, Rojas Pérez Y, Vitón Hernández E. El envejecimiento demográfico: un reto para la proyección de políticas sociales. [Internet]. [citado: 2014 Dec 20]. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos65/envejecimiento-demografico/envejecimiento-demografico2.shtml>
3. Par Asghar Zaidi. Características y retos del envejecimiento de la población: La perspectiva europea. Viena: Centro Europeo de Viena para las Políticas de Bienestar Social e Investigación;2008. Disponible en: http://www.euro.centre.org/data/1242392033_86769.pdf
4. Berrio Valencia MI. Envejecimiento de la población, un reto para la salud pública. Rev Coloma Anesthesiol. 2012 Aug-oct [citado: 2014 dic]; 40(3):192-4. Disponible en <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0120334712000111>
5. OMS. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud [Internet] 2015. [Consultado 14 jun 2015]. Disponible en: http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html
6. Aboderin IA, Beard JR. Older people's health in sub-Saharan Africa. Lancet. 2015 Feb 14; 385(9968):e9–11. [Consultado 14 may 2015] Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61602-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61602-0)
7. García Quiñones Rolando, Alfonso de Arma Marisol, Envejecimiento, políticas sociales y sectoriales en Cuba.[Internet].2013.[citado: 2014 Dic] Disponible en: <http://www.redadultosmayores.com.ar/Material%202013/Nacionales%20Costa>

[%20Rica%20Dominicana/2%20Envejec%20políticas%20sociales%20y%20sectoriales%20Cuba.pdf](#)

8. Steptoe A, Deaton A, Stone AA. Subjective wellbeing, health, and ageing. *Lancet*. 2015 Feb 14; 385(9968):640–8. PMID: 25468152

9. Plan de Acción sobre la Salud de las Personas Mayores incluido el Envejecimiento Activo y Saludable. CE144/9. Washington, DC: OPS-OMS; 2009

10. Díaz Cárdenasa S, Arrieta Vergarab K, Ramos Martíneza K, Echevarria Ávila MM, Ramírez Romaguera M. Impacto de la Salud Oral en la Calidad de Vida de Adultos Mayores. *Rev Clin Med Fam [Interent]*. 2012[citado: 2018 Dic];5(1). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1699-695X2012000100003&script=sci_arttext&tlng=pt

11. Oficina Nacional de Estadísticas. Cuaderno de Estudios Población y Desarrollo 2010. Envejecimiento, Políticas Públicas y Desarrollo en América Latina. Retos presentes, necesidades futuras. [Internet] 2010 [Consultado 11 jun 2019]. Disponible en: <http://www.one.cu/publicaciones/cepde/cuaderno4/cuaderno2010.htm>

12. Oficina Nacional de Estadísticas [Internet]. Proyecciones de la población cubana 2010-2030. La Habana: ONE; 2010 [Consultado 14 may 2015]. Disponible en: <http://www.one.cu/proyecciones%20de%20la%20poblacion%202010%202030.htm>

13. OMS. Datos y cifras: 10 datos y cifras sobre el envejecimiento y ciclo de vida [Internet] 2011. [Consultado 14 abr 2015]. Disponible en: www.who.int/features/factfiles/ageing/es/

14. MINSAP. Anuario estadístico de salud 2015. La Habana: Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud [Internet] 2016. [Consultado 4 jun 2015]. Disponible en: www.sld.cu/sitios/dne/

15. Benítez Pérez ME. Envejecer en Cuba: mucho más que un indicador demográfico. Rev Nov Pob [internet]. 2015 jul.-dic. [citado 21 nov. 2016];11(22):[aprox. 10 p.]. Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-40782015000200002&lng=es&tlng=es
16. González Rodríguez R, Cardentey García J. El envejecimiento social: presente y futuro. Medicent Electrón [internet]. 2016 jul.-sep. [citado 6 dic. 2018];20(3):[aprox. 3 p.]. Disponible en: <http://www.medicentro.sld.cu/index.php/medicentro/article/view/1990/1724>
17. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía. Factores del envejecimiento demográfico. Manual sobre indicadores de calidad de vida en la vejez. [Internet] 2006. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía Santiago de Chile, Dic. 2006 [citado 23 Ene 2019] [aprox. 25 p]
18. United Nations. World Population Ageing 2009 [Internet]. 2009 [citado 24 Marzo 2019]. Disponible en: http://www.un.org/esa/population/publications/WPA2009/WPA2009_WorkingPaper.pdf
19. Carnota, O. Hacia una conceptualización de la gerencia en salud a partir de las particularidades. Rev. Cubana Salud Pública. 2013; 39(3): 501-23.
20. Lorenzo Díaz José Carlo, Díaz Alfonso Humbelina. Estilos y calidad de vida, su vínculo con la depresión en el siglo 21. Rev Ciencias Médicas [Internet]. 2019 Abr [citado 2021 Dic 10] ; 23(2): 170-171. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S156131942019000200170&lng=es.
21. Espinosa González Leticia. Cambios del modo y estilo de vida; su influencia en el proceso salud-enfermedad. Rev Cubana Estomatol [Internet]. 2004 Dic [citado 2021 Dic 10] ; 41(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072004000300009&lng=es.
22. Menor Rodríguez María, Aguilar Cordero María, Mur Villar Norma, Santana Mur Cinthya. Efectividad de las intervenciones educativas para la atención de la

salud. Revisión sistemática. Medisur [Internet]. 2017 Feb [citado 2021 Dic 09] ; 15(1): 71-84. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2017000100011&lng=es.

23. Meneses Montero Mauren, Monge Alvarado Ma. de los A. Actividad física y recreación. Rev. costarric. salud pública [Internet]. 1999 Dec [cited 2021 Dec 03] ; 8(15): 16-24. Available from: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-14291999000200003&lng=en.

24. Reyes-Rincón Hannia, Campos-Uscanga Yolanda. Beneficios de la actividad física en espacios naturales sobre la salud del adulto mayor. Ene. [Internet]. 2020 [citado 2021 Dic 11] ; 14(2): 14207. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2020000200007&lng=es

25. Martín Aranda Roberto. Actividad física y calidad de vida en el adulto mayor. Una revisión narrativa. Rev haban cienc méd [Internet]. 2018 Oct [citado 2021 Dic 10] ; 17(5): 813-825. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2018000500813&lng=es.

26. Aldava Salas J. Efecto de una intervención educativa sobre conocimiento de hipertensión arterial en adulto mayor del ciam santa anita, 2018 [Tesis]. Lima: Universidad César Vallejo. 2018 [citado 25 Ene 2021]. Disponible en: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/26007>

27. Menor Rodríguez María, Aguilar Cordero María, Mur Villar Norma, Santana Mur Cinthya. Efectividad de las intervenciones educativas para la atención de la salud. Revisión sistemática. Medisur [Internet]. 2017 Feb [citado 2021 Dic 09] ; 15(1): 71-84. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2017000100011&lng=es.

28. MORALES CARTAZA, Alfredo. Intervención de Cuba en la II Asamblea Mundial Sobre Envejecimiento. ____ p 143. ____ Madrid - España, 2002

29. Pérez Reina M. "Influencia del ejercicio físico en el adulto mayor con osteoartrosis de rodilla, Abreus ,2009". Tesis para optar por Título de Master en Longevidad Satisfactoria.

30. Pérez Barrero Bernardo Ricardo, González Rodríguez Walkyria del Carmen, Ortiz Moncada Clara, Cuevas Gandaria María de los Ángeles, Gutiérrez Galano Islay Efraín. Characterization of self-esteem and oral hygiene in the elderly, Santiago de Cuba 2017. Rev. inf. cient. [Internet]. 2019 Oct [citado 2021 Oct 12] ; 98(5): 566-576. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102899332019000500566&lng=es
31. Álvarez González Katerinne, Madera Aguiar Yamisel, Díaz Calzada Marvelia, Naranjo Ferregut Jorge A, Delgado Cruz Amarilly. Characterization of elderly with anemia. MEDISAN [Internet]. 2017 Nov [citado 2021 Oct 12] ; 21(11): 3227-3234. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102930192017001100012&lng=es
32. González Rodríguez Raidel, Lozano Cordero José Guillermo, Aguilar Méndez Ariadna, Gómez Domínguez Olga Lidia, Llanes Magalys Díaz. Caracterización de adultos mayores hipertensos en un área de salud. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2017 Jun [citado 2021 Oct 12] ; 33(2): 199-208. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421252017000200005&lng=es.
33. Soria Romero,Z, Montoya Arce, BJ. Envejecimiento y factores asociados a la calidad de vida de los adultos mayores en el Estado de México. Rev Pap. poblac [Internet]. 2017 Sep [citado 2021 Oct 12]; 23(93). Disponible en: <https://doi.org/10.22185/24487147.2017.93.022>
34. Bello Escamilla Natalia Verónica, Montoya Cáceres Pamela Aurora. Adherence to drug treatment in older adults with type 2 diabetes and its associated factors. Gerokomos [Internet]. 2017 [citado 2021 Oct 12] ; 28(2): 73-77. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134928X2017000200073&lng=es
35. Cararo Confortin Susana. Condiciones vida y salud de adultos mayores: resultados del estudio de cohortes EpiFloripa Idoso. Epidemiol. Serv. Saúde 26

(2) • Apr-Jun 2017. Disponible en:
<https://doi.org/10.5123/S167949742017000200008> <https://www.scielo.br/j/ress/a/nZC4t7FM5d6QxPvtMScvdDH/abstract/?lang=pt>

36. Cruz-Aranda José Enrique. Manejo de la hipertensión arterial en el adulto mayor. Med. interna Méx. [revista en la Internet]. 2019 Ago [citado 2021 Oct 13] ; 35(4): 515-524. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0186-48662019000400515&lng=es. Epub 26-Mar-2021. <https://doi.org/10.24245/mim.v35i4.2444>.

37. Miguel Soca Pedro, Sarmiento Teruel Yamilé, Mariño Soler Antonio, Llorente Columbié Yadicelis, Rodríguez Graña Tania, Peña González Marisol. Prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles y factores de riesgo en adultos mayores de Holguín. Rev. Finlay [Internet]. 2017 Sep [citado 2021 Oct 13] ; 7(3): 155-167. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342017000300002&lng=es.

38. Rojas Carbajal, Percy Luis. Características clínico epidemiológicas de adultos mayores hipertensos atendidos en el Hospital Eleazar Guzmán Barrón - Nuevo Chimbote, 2017. Disponible en: <http://repositorio.usanpedro.edu.pe/handle/USANPEDRO/12012>

39. Castro-Benites Valeria A, Runzer-Colmenares Fernando M, Parodi José F. Depresión en pacientes adultos mayores de comunidades de altura, con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). Rev Neuropsiquiatr [Internet]. 2019 Ene [citado 2021 Oct 13] ; 82(1): 4-10. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003485972019000100002&lng=es

40. Gort Hernández Magaly, Guzmán Carballo Niurka María, Mesa Trujillo Daisy, Miranda Jerez Pablo Alberto, Espinosa Ferro Yairelys. Caracterización del consumo de medicamentos en el adulto mayor. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2019 Dic [citado 2021 Oct 13] ; 35(4): e970. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421252019000400010&lng=es

41. González Casanova, J M; Machado Ortiz, F O ; Casanova Moreno, M C; Machado Reyes, F. Polifarmacia en los adultos mayores del policlínico Hermanos Cruz. Rev. Univ. Méd. Pinareña. [Internet]. 2019. [citado 2021 Oct 13]; 15(3): 329-337. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7143470>
42. Cala Calviño Leidys, Casas Gross Sandra, Dunán Cruz Liam Kadel. Efecto cascada en el anciano como consecuencia de la polifarmacia. MEDISAN [Internet]. 2017 Mar [citado 2021 Oct 13] ; 21(3): 279-286. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102930192017000300006&lng=es
43. Parra Acosta, JC. Evaluación de las prescripciones de medicamentos para la identificación de factores de riesgo de caídas en los adultos mayores de 60 años. Tesis de maestría Univ. Autónoma del estado de Morelos.2020. Disponible en: <http://riaa.uaem.mx/handle/20.500.12055/406>
44. Rene Robles, A. Calidad de vida y polifarmacia del adulto mayor integrante del programa “adultos mayores empacadores”. Rev. Cient. Enf. [Internet]. 2017 [citado 2021 Oct 13]; 14(91). Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6279756>
45. BLANCO MOREJÓN, Aitana et al. Consumo de medicamentos en adultos mayores. Hogar de ancianos “Hermanas Giral”, Cienfuegos 2020. Revista Científica Estudiantil de Cienfuegos Inmedsur, [S.l.], v. 3, n. 2, p. 18-26, ago. 2020. ISSN 2708-8456. Disponible en: <http://www.inmedsur.cfg.sld.cu/index.php/inmedsur/article/view/82>
46. Díaz-Soto María Teresa, Licea Suárez María Elena, Medina Carbonell Aychel, Beltrán Alfonso Alexeis, Calderín-Miranda José Miguel. El consumo de medicamentos en pacientes de la tercera edad. Rev cubana med [Internet]. 2021 Jun [citado 2021 Oct 13] ; 60(2): e1507. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003475232021000200008&lng=es
47. Gutiérrez Valencia, V. Aldaz Herce. V. Contreras, E B. Cedenó Veloz, B., Nicolás. Prevalencia de polifarmacia y factores asociados en adultos mayores en España: Encuesta Nacional de Salud Medicina Clínica. [Internet]. 2019 Agost [citado 2021 Oct 13]; 153(4): 141-150. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2018.12.013>.

48. Miguel Soca Pedro, Sarmiento Teruel Yamilé, Mariño Soler Antonio, Llorente Columbié Yadicelis, Rodríguez Graña Tania, Peña González Marisol. Prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles y factores de riesgo en adultos mayores de Holguín. Rev. Finlay [Internet]. 2017 Sep [citado 2021 Oct 15] ; 7(3): 155-167. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S222124342017000300002&lng=es
49. Lechón Sánchez LI. Incidencia y factores de riesgo asociados a enfermedades respiratorias en Adultos mayores que acuden al Dispensario San Agustín del Seguro Campesino, Otavalo 2016 [Tesis de pregrado en Internet]. ; 2017 [cited 15 Oct. 2021]. Disponible en: <http://repositorio.utn.edu.ec/handle/123456789/6361>
50. González Rodríguez Raidel, Lozano Cordero José Guillermo, Chala Castañeda Isabel, Lago Carballea Odalis, Pestana Morales María Caridad. Analysis of the health situation of a family doctor's office. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2017 Mar [citado 2021 Oct 15] ; 33(1): 34-43. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252017000100004&lng=es.
51. González Popa MI, González Rodríguez Md, Toirac Castellano Y, Milanés Pérez JJ. Caracterización de hipertensión arterial en adultos mayores. El Polígono. Policlínico Jimmy Hirzel. 2014. RM [revista en Internet]. 2015 [citado 15 Oct 2021];, 19(4):[aprox. 0 p.]. Disponible en: <http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/366>
52. Herazo Y, Quintero MV, Pinillos Y, García F, Núñez N, Suárez D. Calidad de vida, funcionalidad y condición física en adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados. Rev Latinoam Hipertens [Internet]. 2017;12(5):174-81. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=170254309009>
53. Marventano S, Ayala A, Gonzalez N, Rodríguez C. García M, Forjaz J. Multimorbidity and functional status in institutionalized older adults. European

- Geriatric Medicine [Internet]. 2016;7(1):34-9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.eurger.2015.10.011>
54. Espinosa Espinoza, Andrea Soledad. Causas para el desarrollo de hipertensión arterial en el club de adultos mayores que asisten al centro de Salud Salinas 2018. Disponible en: <http://repositorio.utn.edu.ec/handle/123456789/9488>
55. Barrón, V. Rodríguez, A. Chavarría. P. Hábitos alimentarios, estado nutricional y estilos de vida en adultos mayores activos de la ciudad de Chillán, Chile. Rev Chil Nutr. 2017.Vol. 44(1): 57-62. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S071775182017000100008>.
56. Hernández Aguillar Byron, Chávez Cevallos Enrique, de la Concepción Torres Marín Juan, Torres Ramírez Amarilys, Fleitas Díaz Isabel María. Evaluation of a physical-recreational activity program for physical-mental well-being of the elderly. Rev Cubana Invest Bioméd [Internet]. 2017 Dic [citado 2021 Oct 04]; 36(4): 1-16. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086403002017000400007&lng=es
57. Carrera Batallas, C P. Actividades físico recreativas para potenciar la flexibilidad y la coordinación en adultos mayores del Hogar del Adulto Mayor Santa Catalina Labure. . [Internet]. 2019 Ago [citado 2021 Oct 12]. Disponible en: <http://repositorio.espe.edu.ec/bitstream/21000/22704/1/T-ESPE-043946.pdf>
58. Molina Camacho. JI, Tan Guevara, L, Castellanos Figueredo. C. Actividades recreativas-físicas para elevar la participación de los adultos mayores en el Círculo de abuelos de la Comunidad La Rosaleda . Rev. Dig. Buenos Aires. 2018. 18 Dic. Disponible en : . <http://www.efdeportes.com/>
59. Ayala Martínez, Elsa Victoria. Relación entre el estado nutricional y los estilos de vida en adultos mayores del Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor Quito. Chimborazo. Riobamba. Escuela Sup. Polit. [Internet]. 2017 Sep [citado 2021 Oct 12]. Disponible en: <http://dspace.esPOCH.edu.ec/handle/123456789/7403>
60. Casanova Moreno Maria de la Caridad, Navarro Despaigne Daysi Antonia, Bayarre Vea Héctor Demetrio, Sanabria Ramos Giselda, Trasancos Delgado Maricela, Moreno Iglesias Modesta. Diseño de un programa de

educación para la salud dirigido a adultos mayores con diabetes mellitus. AMC [Internet]. 2016 Ago [citado 2021 Oct 18] ; 20(4): 394-402. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102502552016000400008&lng=es.

61. Vaca MR, Gómez RV, Cosme FD, Mena FM, Yandún SV, Realpe ZE, et al. Estudio comparativo de las capacidades físicas del adulto mayor: rango etario vs actividad física. Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas. 2017;36(1):1-11.

62. Salazar Quinatoa Martha Morayma, Calero Morales Santiago. Influencia de la actividad física en la motricidad fina y gruesa del adulto mayor femenino. Rev Cubana Invest Bioméd [Internet]. 2018 Sep [citado 2021 Oct 18] ; 37(3): 1-13. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086403002018000300005&lng=es.

63. Hernández-Pérez. R, Molina-Borges. M, Hernández-Sánchez. Y, Lemus-Lima. E, Hernández-Núñez. A, González-Silió. D. Efectividad de intervención educativa sobre estilos de vida en adultos mayores. Nueva Paz 2019-2020. Universidad Técnica Manabí. Ene-Abr 2021;5(1):29-37. Disponible en: <https://revistas.utm.edu.ec/index.php/QhaliKay>

64. Hernández Caballero, N., Sánchez Chil, G., & Rodríguez Galindo, E. (2021). Acciones físico-recreativas educativas para la participación del Círculo de Abuelos "Alegria de Vivir". *Ciencia Y Actividad Física*, 8(1), 48-60. Consultado de <http://revistaciaf.uclv.edu.cu/index.php/CIAF/article/view/133/241>

65. Trombetti A, Hars M, Hsu F, Reid KF, Church TS, Gill TM, et al. Beneficios de un programa de ejercicios en adultos mayores. 2018 Ann Intern Med. [Internet]. 2018 Ene [citado 2021 Oct 18]; 16-2011. Disponible en: <http://bit.ly/2CJfFMv>)

66. Carrera Gualoto, D C. Beneficios de la actividad física para mejorar la fuerza muscular, amplitud de movimiento articular y flexibilidad en adulto mayor de 65-85 años del Centro Nuevo Renacer de la parroquia de Zámbez durante el mes de septiembre a noviembre.2019. Disponible en: <http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/16524>

67. Coayla Caller, K Y, Ramírez Dávila. A M. efectividad del programa de actividad física en la disminución de la presión arterial en los adultos mayores con hipertensión. Univ. Wiener. Perú.2018. Disponible en: <http://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/123456789/2599>
68. Silva Piñeiro. R, Mayán Santos. S. Beneficios psicológicos de un programa proactivo de ejercicio físico para personas mayores Escritos de Psicología. España Enero-abril 2016, 9(1): 24-32. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/ep/v9n1/informe3.pdf>
69. García González. F, Alfonso Javier. Beneficios de la actividad física sobre la autoestima y la calidad de vida de personas mayores (2018), Retos. nuevas tendencias en educación física, deporte y recreación. 33: 3-9. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6367715>
70. Herrera Jaureguí LO, Bravo Polanco E, Rodríguez Quintana W, Pérez Castillo Y, Luján Díaz B, López Bravo L. Programa Comunitario de actividad física para adultos mayores del Consejo Popular Rafaelito: Su efecto en la depresión, bienestar subjetivo y condición física. EFDeportes [Internet]. 13 de septiembre de 2021 [citado 18 de octubre de 2021];26(280):63-4. Disponible en: <https://efdeportes.com/efdeportes/index.php/EFDeportes/article/view/276>

Anexos

Anexo: No 1: Aval del Director de la institución o unidad ejecutora principal.

El _____ que _____ suscribe:

Hago constar que estoy plenamente de acuerdo que nuestra institución participe en el proyecto de investigación titulado:

_____ en su condición de institución ejecutora.

Conocemos que se trata de una investigación cuyos objetivos responden al Banco de problemas del centro, ASS y cuadro clínico de la provincia que tiene como principales resultados científicos, económicos y/o sociales a obtener:

Científicos:

Social:

Económico:

Nuestro consentimiento de permitir y apoyar el desarrollo del estudio es absolutamente voluntario y está sustentado en el propósito de contribuir a

Para que así conste firmo el presente consentimiento conjuntamente con el jefe del proyecto a los ____ días del mes de ____ del 20 ____

Director de la Entidad Ejecutora

Jefe del Proyecto

Anexo: NO 2 Consentimiento Informado

Yo _____

(Paciente: nombre y apellidos)

He leído y comprendido la Hoja de Información que me ha sido entregada por el médico que está a cargo de la investigación.

Le he realizado preguntas de los aspectos del estudio que no comprendía y de otros que me preocupaban.

He recibido todas las respuestas y explicaciones que me han aclarado todos los aspectos del estudio y se me ha dado toda la información sobre el estudio con un lenguaje claro y comprensible por el médico responsable. He comprendido que mi participación en el estudio es voluntaria, puedo retirarme del mismo cuando lo desee, sin dar explicaciones y sin que esto pueda traer repercusión en mi relación con el médico..

He recibido toda la información que deseaba saber sobre el ensayo clínico por parte de la Dra. _____, quien (Médico: nombre y apellidos) me ha explicado con lenguaje claro y sencillo.

He leído cuidadosamente en qué consiste el programa de intervención

Aseguro que mi decisión de participar es totalmente consciente sin ningún tipo de presión o cohesión. Estoy en disposición de contribuir hasta donde me sea posible para cumplir con lo establecido en esta investigación.

Firma del médico: _____

Fecha: _____

Firma del paciente: _____

Fecha: _____

Anexo 3

Determinar las características del estilo de vida de la población objeto de la investigación.

En el Policlínico Área II se está desarrollando una investigación sobre el adulto mayor en el consultorio médico No. 34, se solicita su colaboración. Su sincera información será de gran utilidad. Muchas gracias.

(Marque con una x según corresponda.)

1. Datos generales.

Edad: ____ Sexo: ____ Ocupación: _____ Nivel educacional _____

Vive solo ____ con algún familiar _____

2. Padece de alguna enfermedad.

- a) ☐ Hipertensión.
- b) ☐ Diabetes.
- c) ☐ Colesterol.
- d) ☐ Alergias a alimentos.
- e) ☐ Enfermedades óseas (osteoporosis, artrosis,...).
- f) ☐ Enfermedades mentales (depresión, ansiedad,...)
- g) ☐ Enfermedades respiratorias (EPOC, bronquitis crónica, asma,...)
- h) ☐ Enfermedades cardiovasculares

3. Consume medicamentos: Sí ☐ No ☐ A veces ☐ Sistemáticamente ☐ ¿Cuál o Cuáles? _____

5. ¿Cuántas horas en la semana usted dedica a la práctica del ejercicio físico?

6. ¿Considera mediante la práctica sistemática del ejercicio físico puede mejorar su salud?

Sí: _____ No: _____ A veces _____

7. Incluye en su alimentación los siguientes elementos:

Carne: Pollo _____, Cerdo _____, Pescado _____; Vegetales _____
Grasa animal _____, Aceite vegetal _____, Frutas _____, Sal _____

8. Según las orientaciones médicas qué alimentos no puede comer: _____

9. Tiene hábito de fumar.

Sí _____ No: _____ A veces _____

10. Ingiere bebidas alcohólicas

Sí _____ No: _____ A veces _____

11. Necesita orientaciones sobre: su alimentación, el hábito de fumar, de ingerir bebidas alcohólicas o realizar actividades físicas.

Si _____ No: _____ A veces _____

Anexo 4: Programa de Ejercicios Físicos

El primer día se realizó una charla sobre el ejercicio físico.

Objetivos de la charla: Aumentar los conocimientos en relación a los beneficios de los ejercicios físicos.

Contenidos:

Se utilizó un lenguaje claro y sencillo.

Responsables: Dra. Jeiny Lujan Bereau, Lic. Odalis Aróstica

Residente de MGI, Lic. de terapia física y rehabilitación.

El programa incluye:

- Ejercicio de calentamiento general.
- Ejercicios de flexibilidad, equilibrio y movilidad que incluyeron estiramientos.
- Ejercicios respiratorios y de relajación.

2.- PROGRAMA

OBJETIVO: Mejorar la capacidad funcional física del adulto mayor y su estado de salud en pacientes adultos mayores

DURACIÓN: 8 semanas.

FRECUENCIA: 3 sesiones semanales.

DURACIÓN DE LAS SESIONES: 30- 50 min.

(Como mínimo debería hacer entre 8-10 ejercicios con 1 serie de 8-12 repeticiones).

Lugar: Sala de rehabilitación de Policlínico Área II

Hora: 8:30 a.m.

Responsable de llevar a cabo el tratamiento: Lic. de terapia física y rehabilitación.

DESARROLLO/ SECUENCIA DE CONTENIDOS:

El proceder se realizará por orden de ejecución de los ejercicio físico del 1 al 10 Se comenzará con 10 minutos de ejercicio de calentamiento general, posteriormente ejercicios de flexibilidad, equilibrio y movilidad que incluyeron estiramientos y al finalizar 10 minutos de ejercicios respiratorios y relajación.

La forma de realizar los ejercicios físicos va a ser la siguiente: no se hará de forma aislada sino general (para que no se aburran), dejando más tiempo para los ejercicios de equilibrio, movilidad y flexibilidad. Nunca se debe olvidar realizar una serie de estiramientos tanto al principio como al final de la sesión. Los ejercicios se deben hacer con la mayor amplitud de movimiento articular, y para conservar una buena flexibilidad se deben entrenar tanto los músculos agonistas como los antagonistas.

SIGNOS DE ALARMA QUE HARÁN SUSPENDER EL EJERCICIO Y ACUDIR AL MÉDICO

- *Dolor u opresión en el pecho.*

- *Falta de aire.*
- *Visión de “candelillas”.*
- *Mareos.*
- *Náuseas.*
- *Desequilibrio.*

Semana 1-2: en las primeras sesiones se les enseñan los ejercicios físicos y sus ventajas e inconvenientes.

A partir de la semana 3: Se aumentan el número de repeticiones hasta un máximo de 12 repeticiones.

Este programa la primera semana se ejecuta con la Lic. de terapia física y rehabilitación y la doctora.

SEMANA 1:

DIA 1: Se impartirá una charla donde se explica de forma sencilla en que consiste la las ventajas de los ejercicios físicos.

En un segundo momento se hará una demostración por parte del Profesor de los ejercicios que harían en orden de realización.

Objetivos de la charla:

- 1- Dar a conocer a los pacientes en que consiste la osteoartritis y como cuidarse.
- 2- Dar a conocer los beneficios de los ejercicios físicos.

DIA 2: Se comenzará con los ejercicios de calentamiento general. Después los de equilibrio y movilidad y estiramiento, repetir 8 veces y se realizaron los primeros cinco con un descanso entre cada uno de 1 minutos. Se continúa con los ejercicios respiratorios y de relajación.

DIA 3: Se comenzará con los ejercicios de calentamiento general. Después los ejercicios de equilibrio y movilidad y estiramiento, se van a repetir 8 veces y se realizarán los primeros cinco con un descanso entre cada uno de 1 minutos. Se introduce dos nuevos ejercicios (el 6 y 7).

SEMANA 2:

DIA 4: Se continuará con igual secuencia de ejercicio y se introducirán un nuevo ejercicio (el 8).

DIA 5: Se continuará con igual secuencia de ejercicio y se introducen un nuevo ejercicio (el 9).

Los medios van a ser el propio cuerpo de los sujetos. Los ejercicios se van a repetir 8 veces con un descanso entre cada uno de 1 min.

DIA 6: Se continuará con igual secuencia de ejercicio y se introducen un nuevo ejercicio (el 10).

Semana 3:

DIA 7: Se realizará toda la secuencia de ejercicios y se aumentan el número de repeticiones a 9.

DIA 8: Se realizará toda la secuencia de ejercicios y se aumentan el número de repeticiones a 9.

DIA 9: Se realizará toda la secuencia de ejercicios y se aumentan el número de repeticiones a 10.

Semana 4: Se continuará realizando la secuencia de ejercicio y se aumenta el número de repeticiones hasta un máximo de 12 hasta la semana 8 que el día 24 se culmina el tratamiento.

Secuencias de ejercicios de flexibilidad, equilibrio y movilidad

1-De pie, bien erguido con los pies paralelos y separados a la anchura de las caderas .Dar un paso hacia delante con un pie lo más lejos posible sin sentir molestias ni inestabilidad y con la rodilla flexionada .Emplear silla para apoyarse.

2-Flexionar lentamente la rodilla de la pierna retrasada hasta tocar el suelo.

3-Extender la pierna retrasada e inclinarse lentamente hacia delante manteniendo la espalda recta.

4-Mantener postura 15 a 30 segundos antes de volver a la posición inicial.

5-Posición sentado flexión y extensión de la articulación de la rodilla.

6-En sedestación o en bipedestación de pie bien erguido o en sedestación con la espalda en el respaldo de una silla, extender la pierna izquierda hacia delante manteniendo la rodilla ligeramente flexionada poner el talón en el suelo con los dedos apuntando hacia el techo.

- Colocar las manos sobre el muslo de la pierna extendida e inclinarse lentamente hacia delante por las caderas.
- Continuar inclinándose hacia delante hasta sentir una ligera tensión en el dorso de la pierna extendida.
- Mantener la postura por 15 a 30 segundos y repetir el ejercicio con la pierna contralateral adelantada.

7-De pie una distancia de un brazo de la silla o pared .Colocar ambas manos en la pared o en el respaldo de la silla, adelantar una pierna con la rodilla flexionada y extender la otra hacia atrás todo lo posible con el talón en el suelo .Inspirar.

- Inclinar lentamente sobre la silla, aumentando ángulo de flexión de la rodilla de la pierna adelantada.
- Mantener el estiramiento de 15 a 30 segundos respirando con regularidad en todo momento.
- Repetir el ejercicio con la otra pierna.

8-De pie con los pies separados a la anchura de los hombros apoyarse en el respaldo de una silla ,permanecer erguido, inspirar, flexionar lentamente una rodilla elevando la pierna hacia atrás hasta formar un ángulo de 90 grados ,espirar mientras se flexiona la rodilla, repetir con la otra pierna.

9-Posición de pie flexión de la pierna y elevación ligera del muslo alternadamente.

10-Comenzar de pie con la espalda contra la pared y los pies a una distancia de 30 a 60 centímetros de la pared y separados a la anchura de las caderas.

- Deslizar lentamente la espalda por la pared hasta adoptar una postura casi sedente, espirar mientras el cuerpo desciende, mantener la postura por 5 a 10 segundos, luego volver a la posición inicial.

Anexo 5: Dinámicas de grupos para las charlas educativas

□ el **training group** favoreciendo que los participantes intercambien sus experiencias y comportamientos y reflexionen sobre su propio comportamiento

(lo usaremos para que los participantes modifiquen sus hábitos, que dejen de fumar, por ejemplo);

☐ el **fotoproblema** moral lo utilizaremos para que nuestros usuarios se den cuenta del grave problema que es la polimedicación y sean más consecuentes con ello; ☐ trataremos de realizar un día un **simposio** en el que un médico de familia facilite información a nuestros usuarios y ellos puedan también preguntar sus dudas, sería una de las últimas sesiones;

☐ el **debate público** o discusión guiada en la que el guía conductor ayudará a los participantes a discutir sobre el ictus, ¿qué es?, ¿qué síntomas tiene?, ¿cómo se puede prevenir?;

☐ la **clínica del rumor** nos resultará útil para que ellos vean que no siempre lo que nos cuentan los demás es cierto (por lo tanto útil) para nosotros. Con lo que nunca se deben intercambiar medicamentos o consejos médicos;

☐ la **lluvia de ideas (brainstorming)** nos será útil para estimular a los participantes y ellos mismos descubran qué cosas pueden modificar en sus casas para evitar/ prevenir las caídas.

Anexo No. 6: Encuestas a los adultos mayores después de la intervención

Objetivo: Determinar el impacto de las charlas y actividades físico- recreativas.

Compañero (a):

En el Policlínico Área II se está desarrollando una investigación sobre el adulto mayor en el consultorio médico No. 34, se solicita su colaboración. Su sincera Información será de gran utilidad. Muchas gracias
(Marque con una x según corresponda.)

1.- Se siente motivado para participar en otras actividades.

Sí _____ No _____ A veces _____

2.- ¿Ha participado usted en todas las actividades planificadas?

Sí _____ No _____ A veces _____

3.- ¿Consume habitualmente medicamento?

Sí _____ No _____ A veces _____

4.- ¿Te gustaría que se mantuvieran las actividades educativas?

Sí _____ No _____ A veces _____

5.- ¿Consume frutas cotidianamente?

Sí _____ No _____ A veces _____

6.- ¿Desea que se generalice el mejoramiento de la calidad de vida en todos los adultos mayores?

Sí _____ No _____ A veces _____

7.- Con las charlas educativas, ¿se incrementó el nivel de conocimientos sobre la educación para la salud?

Sí _____ No _____ A veces _____

8.- ¿Te sientes satisfecho con las actividades desarrolladas?

Sí _____ No _____ A veces _____

9.- Las actividades realizadas, te ayudaron a modificar tu estilo de vida
Sí _____ No _____ A veces _____

10.- Con la realización de las actividades usted tuvo mejoría.
Sí _____ No _____ A veces _____

11. Continúa realizando ejercicios físicos Sí _____ No _____ A veces _____

12.- ¿Cuáles de estos beneficios le propició la realización del programa?

- _____ Disminución de dolores.
- _____ Mejoría en el control de las enfermedades
- _____ Disminución de calambre y entumecimientos.
- _____ Mejoría en el sueño.
- _____ Mejor control de peso
- _____ Proporciona agilidad y flexibilidad
- _____ Fortalece las piernas y el cuerpo en general
- _____ Se siente seguro ante las caídas.
- _____ Mejora estado de ánimo (bienestar).
- _____ Ayuda a enfrentar los problemas de la vida
- _____ Ofrece distracción
- _____ Las relaciones humanas se incrementan