



ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DE CHIMBORAZO

**DISEÑO DE ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA
SOBRE AUTOCUIDADO EN LA ACTIVIDAD FÍSICA EN
PERSONAS DE 65 AÑOS Y MÁS. CENTRO DEL ADULTO
MAYOR. COMUNIDAD SICALPA VIEJO, ENERO A JUNIO 2016.**

AUTORA: NANCY DEL PILAR GUACHO GUAMÁN

TUTORA: DRA. ZURISADAY RODRÍGUEZ LEONARD

Trabajo de Titulación modalidad Proyectos de Investigación y Desarrollo, presentado ante el Instituto de Posgrado y Educación Continua de la ESPOCH, como requisito parcial para la obtención del grado de:

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Riobamba - Ecuador

Diciembre, 2016



CERTIFICACIÓN

EL TRIBUNAL DE TRABAJO DE TITULACIÓN CERTIFICA QUE:

El Trabajo de Titulación modalidad Proyectos de Investigación y desarrollo, titulado: DISEÑO DE ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE AUTOCAUIDADO EN LA ACTIVIDAD FÍSICA EN PERSONAS DE 65 AÑOS Y MÁS. CENTRO DEL ADULTO MAYOR. COMUNIDAD SICALPA VIEJO, ENERO A JUNIO 2016.; de responsabilidad de la Doctora Nancy del Pilar Guacho Guamán, ha sido prolijamente revisado y se autoriza su presentación.

Dr. Luis Roberto Mederos Mesa; M.Sc
PRESIDENTE

FIRMA

Dra. Zurisaday Rodríguez Leonard; M.Sc
Directora

FIRMA

Dr. Fausto V. Maldonado Cajiao; MSc
Miembro

FIRMA

Dr. Rubén García Núñez; M.Sc
Miembro

FIRMA

Riobamba, 2016

DERECHOS INTELECTUALES

Yo, Nancy del Pilar Guacho Guamán, declaro que soy responsable de las ideas, doctrinas y resultados expuestos en el **Trabajo de Titulación modalidad Proyectos de Investigación y Desarrollo**, y que el patrimonio intelectual generado por la misma pertenece exclusivamente a la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo.

FIRMA
C.I. 0603241969

DEDICATORIA

A mi esposo, a mis padres: quienes me han apoyado para poder llegar a esta instancia de mis estudios, ellos siempre me han estado presentes, apoyándome moral y psicológicamente.

A mis hijas: Micaela y Danna quienes han sido mi mayor motivación para nunca rendirme en los estudios y poder llegar a ser un ejemplo para ellas.

AGRADECIMIENTOS

El agradecimiento de mi tesis va dirigido primeramente a Dios quien me ha guiado y me ha dado la fortaleza de seguir adelante.

A mis Maestros por quienes he llegado a obtener los conocimientos necesarios para poder desarrollar la tesis, de manera especial a la Dra. Zurisadai Rodríguez mi Directora de tesis que me ha dedicado tiempo, colaboración y orientación para la realización de mi tesis.

RESUMEN

El objetivo fue diseñar una estrategia de intervención educativa sobre autocuidado de la actividad física en personas de 65 años y más del Centro del adulto mayor de la comunidad Sicalpa Viejo, enero a junio 2016, pertenecientes al cantón Colta. Los estudios realizados a nivel mundial en relación a la práctica de ejercicios físicos en adultos mayores han demostrado la necesidad de incrementar el conocimiento relacionado con el autocuidado de la actividad física en el adulto mayor ayudaría a mejorar la calidad de vida en el adulto mayor. Se utilizó como método el estudio descriptivo correlacional transversal. Se aplicó un cuestionario validado por expertos a 32 adultos mayores. Los datos fueron analizados con SPSS y para la correlación se utilizó la prueba chi cuadrado. El nivel de significación utilizado fue de 5% ($p < 0.05$). Los resultados que desplegaron en la investigación, la edad más representada fue de 80 años y más, el sexo femenino, el nivel de instrucción ninguna 19 (59,4%), estado civil casadas 20 (62,5 %), la ocupación ama de casa 16 (50,0%). El conocimiento sobre autocuidado de actividad física fue no satisfactorio en 23 adultos mayores (71,9%). El conocimiento sobre autocuidado de actividad física tuvo una significancia inferior al 0,05, con la variable nivel de instrucción no comportándose así en el resto de las variables estudiadas. Como conclusiones el conocimiento sobre autocuidado de actividad física es no satisfactorio con una correlación significativa entre el conocimiento y el nivel de instrucción. La estrategia que se propone es oportuna y pertinente, recomendando al Distrito Colta-Guamote 06D04, al Subcentro de Salud Sicalpa Viejo se implemente la investigación científica.

PALABRAS CLAVES: <CONOCIMIENTO DE LA ACTIVIDAD FISICA>, <EJERCICIO FÍSICO> <SICALPA VIEJO (COMUNIDAD)> <COLTA (CANTON)> <AUTOCUIDADO DEL ADULTO MAYOR>, <ACTIVIDAD FISICA>

ABSTRACT

The objective was to design an educational intervention strategy on self-care of physical activity in people aged 65 years and older, at the Elderly Center of Sicalpa Viejo community, from January to June 2016, belonging to the Colta canton. The worldwide studies in relation to physical exercise practice in older adults have demonstrated the need to increase the knowledge related to the self-care of physical activity in the older adult would help to improve the quality of life in the elderly. The cross-correlation descriptive study was used as a method. A questionnaire validated by experts was applied to 32 older adults. The data were analyzed with SPSS and for the correlation the chi-square test was used. The level of significance was 5% ($p < 0.05$). The results that deployed in the investigation, the most represented age was 80 years and more, the female sex, the education level none 19 (59.4%), marital status married 20 (62.5%), occupation housewives 16 (50.0%). Knowledge about self-care of physical activity was unsatisfactory in 23 older adults (71.9%). The knowledge about self-care of physical activity had a significance lower than 0.05, with the variable level of instruction not behaving in the rest of the studied variables. As conclusions the knowledge about self-care of physical activity is unsatisfactory with a significant correlation between knowledge and level of education. The proposed strategy is timely and pertinent, I recommend to the Colta-Guamote District 06D04, the Sicalpa Viejo Health Center to implement this scientific research.

KEYWORDS: <PHYSICAL ACTIVITY KNOWLEDGE>, <PHYSICAL EXERCISE>
<SICALPA VIEJO (COMMUNITY)> <COLTA (CANTON)> <SELF-CARE OF THE
OLDER ADULT>, <PHYSICAL ACTIVITY>

ÍNDICE

Páginas

CERTIFICACIÓN	ii
DERECHOS INTELECTUALES.....	iii
DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTOS	v
RESUMEN	vi
ABSTRACT.....	vii
Error! Marcador no definido.	
ÍNDICE.....	viii

CAPÍTULO I

1. INTRODUCCIÓN.....	1
1.1. Planteamiento del problema	2
1.2. Justificación de la investigación.....	3
1.3. Objetivos de la investigación.....	7
1.4. Hipótesis de investigación	7

CAPITULO II

2. MARCO TEÓRICO	8
2.1. Antecedentes del problema	8
2.2. Bases Teóricas.....	13
2.2.1 <i>El envejecimiento y sus cambios</i>	13
2.2.2 <i>El autocuidado de la salud del adulto mayor</i>	18
2.2.3 <i>La actividad física y sus beneficios en el adulto mayor</i>	20
2.2.4 <i>Conocimiento</i>	23

CAPITULO II

2.3 Estrategia de intervención educativa.....	24
---	----

CAPITULO III

3.	METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	29
3.1.	Tipo y diseño de la investigación.....	29
3.2.	Localización y temporalización	29
3.3.	Población de estudio	29
3.4.	Variables de estudio	30
3.4.1	<i>Identificación</i>	30
3.4.2	<i>Operacionalización de variables</i>	31
3.5	Técnica e instrumento de recolección de datos	34
3.5.1.	<i>Características del instrumento</i>	34
3.5.2.	<i>Validación del instrumento</i>	34
3.6.	Procedimientos.....	35
3.7.	Procesamiento y análisis de datos	36
3.8.	Aspectos éticos	37
3.9.	Diseño de la estrategia.....	37

CAPÍTULO V

4.	RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	40
4.1	Resultados y Discusión	40

CAPÍTULO V

5	PROPUESTA.....	51
5.1	Estrategia de intervención educativa sobre el autocuidado de la actividad física en personas de 65 años y más del centro del adulto mayor Sicalpa Viejo.....	51
5.2	Fundamentos:	52
5.2	Diagnóstico educativo:	53
5.3	Como problema de salud a intervenir se plantea.	53
5.4	Recursos disponibles	53
5.5	Objetivos.....	54
5.5.1	<i>General</i>	54

5.5.2	<i>Específicos</i>	54
5.6	Limites	54
5.7	Estrategia	54
5.8	Actividades	55
5.9	Recursos	55
5.10	Temporalización	55
5.11	Evaluación	56
5.12	Presentación del programa	56
5.13	Estructura del programa	58
5.14.	Fundamentación del Programa	58
5.15.	Plan temático	59
5.16.	Talleres	60
	CONCLUSIONES	67
	RECOMENDACIONES	68
	BIBLIOGRAFÍA	
	ANEXOS	

ÍNDICE DE TABLAS

Pág.

Tabla 1-4: Distribución de adultos mayores según grupos de edades. Centro del adulto mayor	41
Tabla 2-4: Distribución de adultos mayores según sexo. Centro del adulto mayor Sicalpa Viejo,.....	42
Tabla 3-4: Distribución de adultos mayores según estado civil. Centro del adulto mayor Sicalpa	42
Tabla 4-4: Distribución de adultos mayores según nivel de instrucción. Centro del adulto mayor	43
Tabla 5-4: Distribución de adultos mayores según ocupación. Centro del adulto mayor Sicalpa	44
Tabla 6-4: Distribución de adultos mayores según conocimiento sobre el autocuidado de la actividad física. Centro del adulto mayor Sicalpa Viejo, enero a junio 2016.....	48
Tabla 7-4: Distribución de adultos mayores según características sociodemográficas y conocimiento sobre el autocuidado de la actividad física. Centro del adulto mayor Sicalpa Viejo, enero a junio 2016.....	50
Tabla 1-5: Organización y calendario de actividades.....	60

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Pág.

Gráfico 1-5: Estrategias de intervención.....	51
--	-----------

CAPÍTULO I

1. INTRODUCCIÓN

El envejecimiento humano es un fenómeno universal e inevitable. La esperanza media de vida ha mejorado en el último siglo. Actualmente, alrededor del 7 % de la población mundial es de 65 años y más. En los países desarrollados, este porcentaje es aún mayor (15 %) y continúa creciendo. (Landinez, 2012)

Ecuador está iniciando un proceso de envejecimiento con un 13 % en el año 2010 y la Provincia de Chimborazo reportó un 8.9 % en igual año. (INEC, 2013)

La población de Sicalpa, es una población envejecida. En el Análisis de la Situación Integral de Salud del año 2014, se evidenció que el porcentaje de personas de 65 años y más fue de 13,1% lo que la clasifica como una población envejecida.

La atención al adulto mayor cobra cada vez más fuerza, si conocemos que en nuestra sociedad existe gran preocupación por este grupo poblacional y por su problemática social, pero cabe destacar que estas personas le dedican escasa importancia al cuidado de su salud y su estado físico.

La Constitución ecuatoriana en su artículo 35 establece a los adultos mayores dentro de los grupos de atención prioritaria. (MAIS. Programas del adulto mayor, 2013)

El envejecimiento es parte del proceso continuo del hombre en el ciclo vital; sus efectos varían de un individuo a otro, puede desarrollarse en forma paulatina y en un momento determinado mostrar solo algunas características. En cuanto a la salud, los adultos mayores tienen una prevalencia más elevada de enfermedades crónicas no transmisibles (hipertensión arterial, diabetes, reumatismo, entre otras); tienen más episodios de enfermedades agudas, y enfrentan un riesgo más alto de accidentes que el resto de la población. (Araya, 2012)

Los adultos mayores no solo deben enfrentarse a los cambios físicos e intelectuales propios de su ciclo evolutivo, sino que también al cambio en su estilo de vida, de roles y de responsabilidades sociales. Sin lugar a dudas que la adaptación a esta serie de cambios puede impactar fuertemente en su calidad de vida.

En esta etapa se pueden observar transformaciones en todas las áreas del desarrollo humano, tanto en el aspecto físico como en las capacidades motoras, de percepción y sensitivas, las que comienzan a disminuir.

1.1. Planteamiento del problema

La Organización Mundial de la Salud (OMS) asumió el compromiso de fomentar el envejecimiento activo como un componente indispensable de todos los programas de desarrollo, este abarca todas las dimensiones de la vida física, mental, social y espiritual. El Ministerio de Salud del Ecuador establece que dentro de la medición del autocuidado se contempla a la actividad física como uno de los aspectos a medir dentro de la evaluación integral del adulto mayor.

Es conocido que la actividad física contribuye a mejorar la calidad de vida de las personas en general pudiendo significar un gran alivio tanto para personas sanas como para las que padecen alguna enfermedad. La actividad física que más se recomiendan a las personas adultas mayores son: caminar, la calistenia general, andar en bicicleta en lugares seguros, o bicicleta fija; ejercicios aeróbicos de bajo impacto, gimnasia, Yoga, Taichí, cachibol, entre otros. (Landinez, 2012)

En el Centro del adulto mayor de Sicalpa se encuentran asociados treinta y dos (32) personas de 65 años y más de la misma población. Tanto en las visitas extramurales realizadas por la posgradista como en el intercambio con este grupo poblacional se ha evidenciado que no existe autocuidado en la realización de la actividad física. No existen un personal capacitado que los guie y los convoque a la realización de ejercicios durante su estancia en la institución.

1.1.1 *Formulación del problema*

¿Qué relación existe entre el conocimiento sobre el autocuidado en la actividad física y las variables sociodemográficas seleccionadas, en personas de 65 años y más del Centro del adulto mayor de la comunidad Sicalpa Viejo durante el período de enero a junio de 2016?

¿Qué elementos pueden ser incorporados en una estrategia de intervención educativa sobre autocuidado en la actividad física en personas de 65 años y más del Centro del adulto mayor de la comunidad Sicalpa Viejo?

1.2. *Justificación de la investigación*

El envejecimiento poblacional es uno de los fenómenos de mayor impacto de nuestra época. Se han invertido recursos para conocer y proponer acciones tendientes a preparar a la población para llegar a esta edad, incorporar a los adultos mayores a la sociedad y finalmente ofrecer posibilidades de una vejez digna, tranquila y saludable.

La Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud, han sostenido reiteradamente que el envejecimiento poblacional requiere que las sociedades se adapten a este nuevo fenómeno (OPS, 2009)

. Se propone una estrategia global que permita integrar todos los esfuerzos programáticos al interior del Ministerio de Salud, que desde la mirada preventiva promocional se enfoquen en lograr una disminución o retraso de la dependencia y una mejor calidad de vida en la etapa de envejecimiento.

El Ministerio de Salud Pública establece que los adultos mayores deberán permanecer integradas a la sociedad, participar activamente en la formulación y la aplicación de las políticas que afecten directamente a su bienestar y poder compartir sus conocimientos y pericias con las generaciones más jóvenes, deberán poder buscar y aprovechar oportunidades de prestar servicio a la comunidad y de trabajar como voluntarios en puestos apropiados a sus intereses y capacidades.

La Política Pública para las Personas Adultas Mayores, con una percepción distinta sobre el envejecimiento considerándolo como un proceso activo, digno y seguro, se orienta a garantizar el ejercicio pleno de los derechos de esta población. La meta es integrarla al desarrollo social, económico, político y cultural del país a través de su participación y empoderamiento para que juntos el Estado, la sociedad civil y la familia, le faciliten alcanzar y acceder un buen vivir. (Soliz, 2012)

El envejecimiento en los seres humanos se asocia con una pérdida de la arquitectura muscular. Esta disminución en la fuerza y la potencia muscular, junto con otros factores como el deterioro del sistema nervioso somato sensorial y motor, tiene implicaciones funcionales, tales como disminución en la velocidad al caminar, aumento del riesgo de caídas, y una reducción de la capacidad para llevar a cabo las actividades de la vida diaria (AVD). Todo esto contribuye a una pérdida de la independencia y a una reducción en la calidad de vida de las personas.

Los cambios fisiológicos y socioculturales que se presentan en esta etapa del ciclo vital, en la que se evidencia una disminución de masa muscular, de la movilidad articular y una pérdida de las habilidades motrices básicas, esto exige una valoración completa, estructurada y específica que permita determinar las condiciones funcionales y orgánicas en que se encuentra el adulto mayor, para así orientar las actividades necesarias y la disminución de los factores de riesgo.

Mediante la creación de una visión integral y positiva del envejecimiento humano, haciendo énfasis principalmente en la modificación del concepto de desuso como principal factor extrínseco de riesgo, del envejecimiento en el ámbito físico, mental, social y espiritual. Con el fin, de intervenir sobre el desuso como una estrategia esencial para alcanzar un envejecimiento saludable o exitoso, y el mejoramiento de algunas enfermedades en el adulto mayor.

En los países desarrollados, el 60 % de las personas consideradas mayores no participan regularmente en actividades físicas, mientras que en otros, entre el 30-80 % de las personas son físicamente inactivas. (Landinez, 2012)

Existe un proceso de cambio en el balance entre generaciones está ocurriendo en América Latina y en Ecuador de una manera mucho más rápida que la ocurrida en países

desarrollados. Latinoamérica debe enfrentar los retos de este proceso con menos recursos y más premura de la que tuvieron los países ricos.

En la segunda mitad del siglo pasado, la población ecuatoriana mejoró su esperanza de vida, pues pasó de 48,3 años en 1950-55 a 75,6 años en 2010-15 (CEPAL, 2012).

Esto permitió que muchos ecuatorianos aumentaran su calidad de vida y alcanzaran edades mayores.

En el Ecuador hay 14'483.499 habitantes. De ellos, 940.905 son mayores de 65 años, es decir el 6,5 % de la población nacional son personas adultas mayores (INEC. Censo de población y vivienda, 2010). La distribución por género de la población nacional adulta mayor es de 53% para las mujeres y de 47% para los hombres. (Soliz, 2012)

En el Ecuador se trabaja en realizar actividades orientadas a mantener la funcionalidad física y autonomía mental del adulto mayor, para mejorar su calidad de vida y obtener una longevidad sana. (Alvarez, 2010)

Cabe recordar que precisamente le concierne a la Atención Primaria de Salud el rol de ser la puerta de entrada a este modelo de atención sanitaria. Es necesario destacar la importancia de una mirada integral que permita detectar algunas condiciones particulares que se producen frecuentemente en este grupo etario.

Las personas adultas mayores presentan una serie de cambios biológicos, psicológicos y sociales. Comprender estos cambios es fundamental para la comprensión de la declinación de su capacidad funcional y la disminución de la resistencia al estrés y a las enfermedades.

El gran desafío de la salud pública referida a este grupo etáreo es promover el mantenimiento de la funcionalidad, la mejor forma de medir la salud en los ancianos es en términos de la función. Es por ello que promover la actividad física, el ejercicio físico y prevenir el sedentarismo son claves para el mantenimiento de la salud en el adulto mayor, como componente fundamental de un estilo de vida saludable.

Es un hecho conocido que tanto la vida sedentaria como la falta de actividad física y la baja practica de ejercicios son factores determinantes en la aparición de ciertas patologías

(hipertensión, diabetes, hipercolesterolemia, osteoporosis, artrosis, debilidad muscular, caídas, depresión, cáncer de colon) o de agravamiento de las mismas una vez presentes.

Cada vez resulta más evidente que una parte importante del deterioro físico se debe a las complejas interacciones entre los determinantes genéticos del envejecimiento, las enfermedades, a menudo subclínicas, las condiciones sociales adversas y a la pérdida prematura de aptitudes funcionales por desuso.

Actualmente existen estudios con datos que demuestran que el entrenamiento físico continuado en ancianos, mantiene niveles adecuados de masa corporal magra, densidad ósea y potencia muscular. (Landinez, 2012).

Además de ayudar a controlar algunos factores de riesgo cardiovascular como la hiperglicemia o el hipercolesterolemia. Se ha demostrado además que los individuos que realizan ejercicios, tienen un 50% menos de probabilidad de fallecer por muerte prematura, que aquellos que son sedentarios, reduciéndose tanto el sufrimiento de la persona, como las largas hospitalizaciones, así como los gastos. Según Shephard, el entrenamiento físico adecuado para la edad, el sexo y la capacidad físico-fisiológica, puede inducir una marcada mejoría de las funciones esenciales retrasando el deterioro físico y la dependencia unos 10 a 15 años.

Además, el ejercicio físico constituye el medio más seguro para mantener la autonomía, asegurar las capacidades motrices y cognitivas, ayudar a una mejor adaptación al entorno familiar y social, además de potenciar la sociabilidad y educar para el buen uso del tiempo libre, evitando el sedentarismo y dependencia en un ambiente potencialmente recreativo.

La justificación del estudio radica en que a partir del conocimiento que manifiesten los adultos mayores sobre el autocuidado en la actividad física, se diseñará una estrategia de intervención educativa con acciones de información, educación y comunicación que contribuyen al propósito de esta investigación que es ayudar al adulto mayor a enfrentar el proceso de envejecimiento, entendiéndolo como proceso natural y adaptativo mejorando su bienestar físico, psicológico y social, con una mejoría de su calidad de vida mediante el autocuidado en la actividad física, evitando el sedentarismo y que se mantengan activos durante sus labores diarias, y se pondrá al servicio de la institución y al MIES el instrumento que se diseñe para su puesta en práctica por el personal designado.

1.3. Objetivos de la investigación

Objetivo general

Diseñar estrategia de intervención educativa sobre el autocuidado de la actividad física en personas de 65 años y más del Centro del adulto mayor de la comunidad Sicalpa Viejo, enero a junio 2016.

Objetivos específicos

- Caracterizar el grupo de estudio según variables sociodemográficas seleccionadas.
- Determinar el conocimiento sobre autocuidado de actividad física en personas que acuden al centro del adulto mayor de la comunidad Sicalpa Viejo.
- Identificar la relación entre el conocimiento sobre el autocuidado de actividad física y las variables sociodemográficas seleccionadas.
- Diseñar la estrategia de intervención educativa sobre el autocuidado de la actividad física en personas de 65 años y más del centro del adulto mayor.

1.4. Hipótesis de investigación

Existe relación entre el conocimiento sobre autocuidado en la actividad física y las variables sociodemográficas seleccionadas, en personas de 65 años y más que asisten al Centro del adulto mayor de la comunidad Sicalpa Viejo, en el periodo de enero - junio 2016.

CAPITULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes del problema

El autocuidado es la práctica de actividades que las personas emprenden en relación con situación de salud, con la finalidad de seguir viviendo, mantener la salud, prolongar el desarrollo personal, conservar el bienestar y con el fin de mantener la vida y la salud, recuperarse de los daños y de la enfermedad y manejarse con sus efectos. Se trata de un concepto de vital importancia, ya que involucra a la persona mayor como actor competente con capacidad para tomar decisiones, controlar su propia vida y asegurarse la posibilidad de gozar de un buen estado de salud.

En este sentido, el autocuidado permitirá alcanzar una mejor calidad de vida, a través del fortalecimiento del potencial de autonomía y de la responsabilidad en sí mismos, indispensables para tener un envejecimiento pleno y saludable.

En el autocuidado del adulto mayor el ejercicio es un componente esencial del estilo de vida saludable, que ha demostrado ser efectivo para el mantenimiento de la capacidad funcional del mismo. Es una de las medidas de autocuidado más importante a esta edad y otorga a las personas mayores una serie de beneficios, tanto físicos como mentales. A su vez, la actividad física realizada de forma periódica ha demostrado que contribuye a mejorar el estado de ánimo, el aislamiento social, el mal dormir y mejora el tratamiento de la osteoporosis.

El ejercicio tiene efectos positivos en la fuerza, resistencia y flexibilidad, siendo un gran aliado para la prevención de caídas.

El crecimiento de la población adulta mayor en nuestro país, y la carga de enfermedades que ello conlleva representa un problema social y una demanda de recursos cada vez mayor para dar respuesta a sus necesidades, ante lo cual, las instituciones públicas y privada deben buscar formas para mejorar o conservar sus habilidades funcionales, y así

preservar su capacidad física a fin de que continúen con su independencia y en última instancia tengan con una calidad de vida aceptable; por lo que se recomienda crear módulos de adecuación física para ellos en donde puedan recuperar su funcionalidad, prevenir y retardar la aparición de las enfermedades crónicas no transmisibles y sus complicaciones, así como disminuir la necesidad de medicamentos para el tratamiento de sus dolencias.

De acuerdo a (Millán, 2010) los resultados de su investigación arrojaron que el 50,5% de hombres y el 43,3% de mujeres no se cuidaban adecuadamente, existía un déficit de autocuidado cognoscitivo – perceptivo en el 46,7%, el 9,8% tienen déficit parcial y el 5,6% déficit total.

De los 121 adultos mayores cuyo nivel de autocuidado fue inadecuado el 75,2% son independientes y el 63,6% perciben un estado de salud aparentemente sano, concluyendo que no obstante que la mayoría de los adultos mayores son independientes para realizar las actividades de la vida diaria, estos no desarrollan adecuadamente su capacidad de autocuidado, por lo que el grado funcional independientes es una condición necesaria pero no suficiente para un buen autocuidado, los adultos mayores que perciben algún riesgo para su salud se cuidan mejor que los que se perciben sanos. (Millán, 2010)

Según (Rodríguez, 2011) el desarrollar habilidades de autocuidado en pacientes ancianos para mejorar su calidad de vida a través de una estrategia de intervención comunitaria en autocuidado en pacientes ancianos. El estudio fue cuantitativo de corte transversal de tipo descriptivo, durante el período comprendido de octubre de 2010 hasta febrero 2011. (Rodríguez, 2011)

De un universo de 350 la muestra quedó constituida por 243 pacientes. Obteniendo como resultados un déficit de conocimientos en relación al autocuidado en salud respecto a esta etapa de la vida. Partiendo de los resultados se diseña y se aplica la estrategia.

Llegando a la conclusión que la calidad de vida de la población envejecida puede modificarse favorablemente aplicando un sistema de prevención sencillo y económico por parte de los médicos y las enfermeras del primer nivel de salud.

De acuerdo a (Garcilazo, 2015) para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria, con la finalidad de implementar actividades dirigidas a que el adulto mayor sea autosuficiente, logrando así un envejecimiento activo y saludable.

La investigación es de tipo cuantitativo, nivel aplicativo, método descriptivo simple y de corte transversal, para recolectar datos se utilizó un cuestionario de Lawton y Brody y la escala de Pfeiffer que se aplicaron a 74 adultos mayores, usuarios del Centro de salud “Ollantay”. Analizándose los datos se concluyó que la capacidad de autocuidado del adulto mayor para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria prevalece la dependencia, que influye desfavorablemente en su calidad de vida.

El que tiene como objetivo determinar la efectividad de la estrategia educativa “Cuidando y controlando mi presión alta”, sobre el incremento de conocimientos acerca del autocuidado en adultos mayores hipertensos del CAM “TAYTA WASI” e identificar el nivel de conocimientos de los adultos mayores hipertensos sobre el autocuidado, antes y después de la aplicación de la estrategia educativa.

El estudio es de enfoque cuantitativo, nivel aplicativo y diseño metodológico o método de estudio cuasiexperimental. La población estuvo conformada por 44 adultos mayores y la muestra fue de 30. Los resultados fueron que de los 30 adultos mayores (100%); antes de la aplicación de la estrategia educativa, 16 (53,3%) adultos mayores presentaron un nivel de conocimientos bajo, 12 (40%) adultos mayores un nivel medio y 2 (6,7%) adultos mayores con un nivel alto.

Después de aplicada la estrategia educativa, 21 (70%) adultos mayores presentaron un nivel de conocimientos alto, 9 (30%) adultos mayores un nivel medio y nadie presentó un nivel bajo. Por lo que se concluye que se acepta la hipótesis de estudio. Es efectiva la estrategia educativa “Cuidando y controlando mi presión alta” en el incremento de conocimiento del autocuidado en adultos mayores hipertensos. (Lagos, 2014)

De acuerdo a (Sanhuenza, 2012) en su investigación en la que tuvo como objetivo: evaluar el efecto de un programa de autocuidado en la funcionalidad de adultos mayores, pertenecientes a un Centro de Salud Familiar del sur de Chile, la metodología que se utilizó fue un estudio de tipo experimental puro que intervino un grupo de adultos mayores entre 65 y 79 años, durante julio y agosto de 2002, en la que se midió la funcionalidad de acuerdo con las necesidades funcionales básicas, funciones mentales y autopercepción de salud, se obtuvo como resultados:

Fuerte asociación entre la participación en el programa de autocuidado y ausencia de dependencia para necesidades funcionales básicas valor $p=0,0001$; funciones mentales intactas valor $p=0,01$ y buena autopercepción de salud valor $p=0,0002$, Concluyendo que el programa de autocuidado constituiría un entorno estimulante declarado por Lehr y Orem, necesario para mantener o corregir el declive funcional natural del adulto mayor en adultos, favoreciendo su independencia en necesidades básicas de la vida diaria, mejorando sus funciones mentales y autopercepción de salud. (Sanhuenza, 2012)

Según (Alvear, 2014) que realizó un estudio titulado en el que se aborda como en Ecuador se dispone de muy pocos datos sobre el comportamiento de la percepción de la capacidad de autocuidado entre los adultos mayores; siendo considerado este grupo poblacional vulnerable además se ha demostrada la relación entre la capacidad de autocuidado y la calidad de vida de los adultos mayores y tuvo como objetivo: establecer la percepción de la capacidad de autocuidado del adulto mayor del Centro de Promoción Activa del IESS-Cuenca-2014, se utilizó como metodología: el estudio de tipo descriptivo en el que se encuestó a 120 pacientes de los que el 65 % fueron mujeres, la técnica empleada fue la encuesta, el instrumento fue el TEST DE CYPAC-AM. 1. (Alvear, 2014)

Como estadísticos para datos cuantitativos se empleó la estadística descriptiva como frecuencias y porcentajes. En el caso de los datos cualitativos se empleó la frecuencia relativa (%) para resumir el comportamiento de los mismos.

Se obtuvo como resultados de la investigación muestran que en el 30% de los adultos mayores estudiados la percepción de la capacidad de autocuidado fue deficiente, las áreas con mejor desempeño (autocuidado adecuado) entre los adultos mayores se encuentran el control de adicciones (80,0 %), la actividad física (65,8 %) y el control de la medicación (64,2 %), mientras que las de bajos resultados fueron las de control del descanso y sueño

y el control de la eliminación, en los que más del 40 % de la muestra presentó una percepción de autocuidado inadecuada, concluyendo que los resultados indican un déficit potencial en el autocuidado de los adultos mayores investigados, lo que sugiere la necesidad de ampliar este estudio a otros centros geriátricos de la ciudad y del país, además muestra una clara correlación entre sexo, nivel de instrucción y percepción del autocuidado.

Según (Tomalá, 2013-2014) en su investigación que se realizó con la finalidad de determinar el deterioro de la movilidad física manifestado por la dificultad de autocuidado. La independencia física, psíquica e intelectual del adulto mayor se va perdiendo debido a las diferentes enfermedades que se van presentando a ésta edad (más de 65 años), al desconocer las causas que lo ocasionaban y que afectaban su estilo de vida.

Mediante un estudio de enfoque cuantitativo, descriptivo y transversal donde la muestra fueron 60 adultos mayores del Centro de Atención Integral del Adulto mayor “Hogar Sagrada Familia”, que presentan cierto grado de deterioro de la movilidad física, para lo cual se aplicó la técnica de la encuesta a través de un cuestionario de preguntas cuyo objetivo es obtener información sobre las causas del deterioro de la movilidad física manifestado por dificultad de autocuidado en los adultos mayores. (Tomalá, 2013-2014)

Entre los resultados obtenidos de esta investigación se aprecia que 40% de la población encuestada no saben que es el autocuidado, 20% no realiza ninguna actividad física, aproximadamente el 40% tiene dificultad para autocuidarse, y que la mayor causa de deterioro de la movilidad es el miedo a caer que sienten los adultos mayores y como conclusiones se determinó con los resultados, que un grupo de los adultos mayores sujetos de investigación existe dificultad a la hora de llevar a cabo aquellas actividades de autocuidado y por ende esto haría que no lleven un buen estilo de vida.

De acuerdo a (Balcázar, 2006) el diseño de su investigación fue descriptivo y transversal, donde la población fue constituida por adultos mayores con una muestra de 60 personas y un muestreo probabilístico aleatorio simple; donde se utilizó un cuestionario, para la recolección de los datos, diseñado para tal fin. (Balcázar, 2006)

Dentro de los resultados se destacó lo siguiente: en cuanto a la dieta más de la mitad de la población no la sigue, debido a las necesidades económicas. Respecto a la actividad física la mayor parte de la muestra realiza ejercicio y actividad física. En relación al

dormir y descansar la mayoría no recurre a dichas actividades para conciliar el sueño. Por lo que el autocuidado representa una alternativa eficaz, para el logro del bienestar en el adulto mayor y mejorar los conocimientos sobre aspectos de salud, lo que se traducirá en una población adulta más saludable.

2.2 Bases Teóricas

2.2.1 *El envejecimiento y sus cambios*

El concepto de adulto mayor se encuentra muy distorsionado en nuestros días, ya que cada quien tiene sus propios puntos de vista sobre los cambios propios del envejecimiento de acuerdo (Gutiérrez, L. Gerontología y nutrición del adulto mayor. pág. 19, 2010), plantea que el envejecimiento es, en ciertos aspectos, un proceso evolutivo gradual. Por otro lado, puede ser considerado como una serie de estadios que se organizan en torno a ciertas características de orden físico, social y material. (Gutiérrez, L. Gerontología y nutrición del adulto mayor. pág. 19, 2010)

A lo que la autora (Pont, 2001) manifiesta que la ancianidad es una etapa más en la vida, para la que debemos prepararnos con el objeto de vivirla de la mejor manera posible. Nacemos, crecemos, maduramos envejecemos. Hay que aceptar todo el proceso y adaptarse física y psicológicamente a cada una de sus etapas. La autora coincide en que se hace necesaria la aceptación de la etapa de vida del adulto mayor por la población que integra este grupo de edad para su disfrute con una calidad de vida satisfactoria. (Pont, 2001)

A medida que la persona se va haciendo mayor, esta evolución es más lenta o al menos más latente. Más adelante llega un momento en que el organismo comienza una fase de involución y se inicia el envejecimiento; exteriormente se manifiestan algunos rasgos de este como: cabellos blancos, arrugas en las manos y en la cara, flacidez y demás signos de esta involución. También los órganos internos empiezan a dar señales de cansancio o de falta de atención, como por ejemplo dolores musculares o articulares, problemas respiratorios, o bien circulatorios.

Según (Gutiérrez, L. Gerontología y nutrición del adulto mayor. pág. 19, 2010) el envejecimiento puede considerarse desde diversos puntos de vista:

- Cronológico: es quizá la manera más simple de considerar la vejez: contar el tiempo transcurrido desde el nacimiento.
- Biológico: la edad biológica corresponde a etapas en el proceso de envejecimiento biológico. El envejecimiento biológico es diferencial, es decir, de órganos y de funciones, es también multiforme, pues se produce a varios niveles: molecular, celular, tisular y orgánico, y es, a la vez, estructural y funcional.
- Psíquico: hay diferencias entre jóvenes y viejos y se manifiestan en dos esferas: la cognoscitiva, afectando la manera de pensar y las capacidades, y la psicoafectiva, incidiendo en la personalidad y el afecto. Al parecer la capacidad de adaptación a las pérdidas y otros cambios que se suscitan a lo largo de la existencia determinan en gran medida la capacidad de ajuste personal a la edad avanzada.
- Social: comprende los papeles que se supone han de desempeñarse en la sociedad.
- Fenomenológico: la percepción subjetiva propia de la edad, que el individuo manifiesta honestamente sentir, se refiere al sentimiento de haber cambiado con la edad a la vez que se permanece en lo esencial.
- Funcional: el estado funcional en las distintas edades es la resultante de la interacción de los elementos biológicos, psicológicos y sociales y constituye probablemente el reflejo más fiel de la integridad del individuo a lo largo del proceso de envejecimiento.

El envejecimiento es un proceso multifactorial, (biológico, psico espiritual, social), pero fundamentalmente biológico.

La importancia genética en la regulación del envejecimiento biológico es demostrada por la longevidad característica para cada especie. Sin embargo, la herencia solamente influencia alrededor del 35 % de la variabilidad del tiempo total de sobrevivencia de una especie, mientras que los factores medioambientales son responsables del 65 % restante. (Landinez, 2012)

El desarrollo del ser humano comienza como el resto de la naturaleza viviente, al nacer y continúa desarrollándose hasta que muere. Durante las diversas etapas por las que va

pasando, el hombre se va formando hasta que llega a la madurez plena, en la que se recogen y agrupan las experiencias vividas en las etapas anteriores. (Areyan, 2014)

El fenómeno del envejecimiento de la población a nivel mundial, constituye uno de los acontecimientos demográficos y sociales más relevantes de las últimas décadas y el aumento en la prevalencia de las enfermedades crónicas no transmisibles en los adultos mayores, con las consecuencias económicas, sociales y de salud que esta situación conlleva. (Lagos, 2014)

Mencionar a las personas adultas mayores es hacer referencia impostergable al envejecimiento del ser humano determinado como el proceso natural, dinámico, progresivo e irreversible, en el que intervienen múltiples factores biológicos, psíquicos y sociales, que consecuentemente incrementan la esperanza de vida, genera nuevas condiciones socio económicas a nivel nacional y mundial que repercuten en la calidad de vida de este grupo etario.

Por ello es que el nuevo enfoque del envejecimiento está centrado en el ciclo vital, con una visión holística que concibe a éste como un proceso activo, saludable, de actitud positiva, de auto aceptación del mismo, que permite a las personas adultas mayores tener mejores y más adecuados niveles de autoestima y desarrollo de relaciones interpersonales positivas. En este enfoque del envejecimiento, de la vejez y de la persona adulta mayor como centro de la preocupación colectiva nacional y mundial, se hace necesaria y urgente la formación continua de recursos humanos tales como gerontólogos, geriatras y promotores en salud comunitaria especializada.

En el adulto mayor existen cambios biológicos y fisiológicos; presentan la involución del desempeño de varios órganos a causa de una disminución paulatina en sus funciones, el corazón bombea menos sangre; los pulmones absorben menos aire; la piel pierde elasticidad, el tono muscular declina, se endurecen las articulaciones y las paredes de los vasos sanguíneos, disminuye la secreción hormonal de las glándulas endocrinas.

Con el pasar de los años los diferentes órganos y sistemas van a sufrir alteraciones, sin embargo todas las personas no envejecen igual: hay personas que a los 80-90 años se encuentran en un estado saludable, sin mayores enfermedades crónicas, y con una capacidad funcional adecuada, esto es lo que se denomina el envejecimiento exitoso; sin embargo, va a haber otro grupo, portadores de múltiples enfermedades crónicas, muchas

veces con gran discapacidad: eso es lo que se denomina envejecimiento patológico, y otro grupo lo constituyen aquellas personas que tienen alguna u otra enfermedad crónica con menor o mayor grado de discapacidad, y esto es lo que se denomina el envejecimiento normal, en el cual están la mayoría de las personas que envejecen. A partir de los 60 años el metabolismo es lento.

En lo Psicológico el individuo vive una etapa normal del desarrollo, los principales problemas que enfrentan los adultos mayores, son los que le creamos a través de la política y la economía, que afectan su status en mayor grado que el mismo envejecimiento.

La principal tarea de las personas mayores es la de comprender y aceptar su propia vida y utilizar su gran experiencia para hacer frente a los cambios personales o pérdidas. Las personas han de adaptarse a la disminución de la fortaleza y salud física, a la jubilación y aceptar lo inminente de su propia muerte

La actividad social se va reduciendo paulatinamente con el paso del tiempo. Al reducirse la frecuencia de las relaciones sociales, se refuerza su valor y se hacen más gratificantes, dedicando más tiempo a su mantenimiento.

Existe un bajo ritmo de crecimiento de la población a nivel mundial, sobre todo en países desarrollados o en vías de desarrollo, esto estaría determinado básicamente por los bajos niveles de la fecundidad y la consiguiente baja en la tasa de natalidad alcanzada durante la segunda mitad del siglo XX, asociado también, a una baja tasa de mortalidad. Estos planteamientos reafirman la decisión de la autora en la selección del tema de investigación.

Para los adultos de este grupo de edades, la actividad física consiste en actividades recreativas o de ocio, desplazamientos (por ejemplo, paseos caminando o en bicicleta), actividades ocupacionales (cuando la persona todavía desempeña actividad laboral), tareas domésticas, juegos, deportes o ejercicios programados en el contexto de las actividades diarias, familiares y comunitarias.

La relación entre actividad física y salud en el ser humano es bien antigua, ya hay datos de ella en la cultura china, en el Ayur-vedic de la India, y por supuesto en Grecia y Roma. Pero solamente en los últimos 50 años estudios clínicos y experimentales dieron soporte científico a la hipótesis que los niveles bajos de actividad física y una deficiente aptitud

física son factores importantes en la mayoría de las enfermedades degenerativas como diabetes mellitus no insulino dependiente, hipertensión, enfermedad coronaria accidente cerebrovascular y osteoporosis.

Altas tasas de mortalidad se observan en grupos de quienes realizan poca actividad física, quienes también muestran elevada prevalencia de cierto tipo de cánceres, como el de colon. La actividad física parece disminuir el riesgo de desarrollar enfermedades crónicas y de esta manera podría ser un factor clave en la mejoría de la longevidad y calidad de vida

Existen cambios propios del proceso del envejecimiento como son físicas, psíquicas y sociales. Las modificaciones internas que ocurren en las estructuras internas de nuestro organismo sufren un progresivo desgaste, tanto en su aspecto morfológico como fisiológico, que afecta directamente a su funcionalidad. Se puede observar que, como consecuencia de este desgaste, los ancianos ven disminuidas sus posibilidades motrices; son menos ágiles y dinámicos, su cuerpo se anquilosa y su marcha es más dificultosa; se cansan con mayor facilidad ante un menor esfuerzo y su respiración es más irregular y costosa.

Las modificaciones en la piel como laxitud que se refleja en la aparición de arrugas, mayor pigmentación, disminución de las glándulas sudoríparas y sebáceas, tendencia a la calvicie; en los ojos y la visión aparición de arco senil, tendencia a opacidad hasta formar cataratas, mayor predisposición al glaucoma, disminución para la agudeza visual de cerca, cambios en la visión para apreciar la profundidad;

En la audición cambio en el conducto auditivo externo favoreciendo acumulación de cerumen, cambios en los huesecillos del oído medio lo cual altera la conducción del sonido, en la boca y el gusto se presentan cambios en las papilas gustativas, dificultad para apreciar los sabores dulce y salado, las modificaciones en la nariz y el olfato presentan cambios en la mucosa nasal: disminución de vascularización, pérdida de células olfatorias (en algunas personas), mayor tendencia a la resequeidad nasal. (García, 2010)

Con relación a lo expuesto anteriormente se presentan cambios a nivel de todos los sistemas en mayor o en menor grado dependiendo de cada individuo; existe disminución en el sistema respiratorio, cardiovascular, digestivo, sistema nervioso y endocrino, además de cambios en el sistema urinario y osteomuscular.

En cuanto a las modificaciones externas debido a las modificaciones funcionales anteriores, la imagen externa del ser humano también sufre una serie de transformaciones: el cuerpo de un anciano no es ya un cuerpo erguido, firme y predispuesto en todo momento a cualquier acción. Por el contrario, su cuerpo es flácido, arrugado (aunque obeso muchas veces), encogido, con curvaturas pronunciadas en la columna vertebral lo cual hace que disminuya su talla y deformaciones, a veces ostensibles en las manos y en los pies e incluso en las rodillas.

La autora considera que no todos los adultos mayores acusan por igual estas modificaciones envejecimiento es un hecho diferencial, unos asumen esos cambios positivamente y buscan distintos medios para sobrellevarlos (utilizan prótesis oculares, auditivas y dentales, se tiñen el pelo, realizan ejercicio físico para mantener un buen estado cenestésico, cuidan su alimentación etc.). Otros lo viven negativamente, no revaloran su cuerpo, lo niegan y lo inutilizan con conductas sedentarias.

En la vejez inciden algunos factores de riesgo que son una característica del individuo innato o adquirido que se asocia con un aumento de la probabilidad de padecer una enfermedad, ellos pueden ser modificables y no modificables.

2.2.2 El autocuidado de la salud del adulto mayor

Etimológicamente el autocuidado está conformado por dos palabras: “auto” del griego *aúto* que significa “por uno mismo”, y “cuidado” del latín *cogitatus* que significa “pensamiento”, lo que sería entonces el cuidado propio. El Ministerio de Salud (MINSA, 2015) define el autocuidado como la capacidad de las personas de asumir en forma voluntaria el cuidado de su salud con la finalidad: de promover la mejora de calidad de vida, adoptar cambios de vida saludable para prevenir la aparición de enfermedades y promover estilos de vida saludables, favorecer la independencia y funcionalidad de la persona.

En la Carta de Ottawa se refiere al autocuidado como las prácticas cotidianas y a las decisiones sobre ellas que realiza una persona, familia o grupo para el cuidado de su salud; estas prácticas son destrezas aprendidas a través de toda la vida, de uso continuo, que se emplean por libre decisión, con el propósito de fortalecer o restablecer la salud y prevenir la enfermedad.

Entre las prácticas para el autocuidado se encuentran: alimentación adecuada a las necesidades, medidas higiénicas, manejo del estrés, habilidades para restablecer relaciones sociales y resolver problemas interpersonales, ejercicio y actividad física requeridas, habilidad para controlar y reducir el consumo de medicamentos, seguimiento para prescripciones de salud, comportamientos seguros, recreación y manejo del tiempo libre, dialogo, adaptaciones favorables a los cambios en el contexto y prácticas de autocuidado en los procesos mórbidos.

2.2.2.1. Factores determinantes del autocuidado:

De acuerdo a (Camino, 2011) la toma de decisiones respecto al estilo de vida está determinada por los conocimientos, la voluntad y las condiciones requeridas para vivir. Los conocimientos y la voluntad son factores internos a la persona y las condiciones para lograr calidad de vida, corresponden al medio externo a ella. Cuando los factores internos y externos interactúan de manera favorable, se logra una buena calidad de vida; ellos son

2.2.2.2. Factores internos o personales:

Los aspectos internos dependen directamente de la persona y determinan, de una manera personal, el autocuidado; corresponden a:

Los conocimientos: Determinan en gran medida la adopción de prácticas saludables, pues permiten a las personas tomar decisiones informadas y optar por prácticas saludables o de riesgo, frente al cuidado de su salud; sin embargo, estas determinaciones no dependen exclusivamente de la educación y la información, en vista de que hay variados factores internos y externos que intervienen.

La voluntad: Es importante entender que cada persona tiene una historia de vida con valores, creencias, aprendizajes y motivaciones diferentes, de aquí que cada una tenga una “clave para la acción” diferente, con respecto a los demás y a cada uno de sus hábitos. En las teorías psicológicas sobre la conducta, se denomina “clave para la acción” a aquel suceso que moviliza en la persona estructuras mentales y emocionales, que lo llevan a replantearse un hábito, una costumbre o una creencia. Estos cambios pueden darse por acontecimientos muy diversos, por ej., una opinión, un comercial, una catástrofe, una enfermedad, o la muerte de alguien, pueden “disparar” un cambio, lo cual indica por qué no todas las personas reaccionan igual a la educación masiva.

En el análisis de los determinantes personales hay que considerar dos aspectos:

Las actitudes: Son el resultado del convencimiento íntimo que lleva a una persona a una actuación a favor o en contra, ante una situación determinada. Tiene que ver con los valores, los principios y la motivación. Aquí juega un importante papel la voluntad de cambio; ejemplos de actitud se observan en las formas como las personas responden ante una agresión verbal con una actitud desafiante, tolerante.

Los hábitos: Son la repetición de una conducta que internaliza la persona como respuesta a una situación determinada; es el establecimiento de patrones comportamentales por su repetición.

2.2.2.3. Factores externos o ambientales:

Son aquellos aspectos externos que hacen posible o no el autocuidado de las personas y sin embargo, no dependen de ellas; corresponden a los determinantes de tipo cultural, político, ambiental, económico, familiar y social. Entre los factores externos tenemos los de tipo:

Cultural: Con respecto a la forma como la cultura determina el autocuidado, es necesario considerar que a las personas se les dificulta la adquisición de nuevos conocimientos y la adopción de nuevas prácticas, debido a que los comportamientos están arraigados en las creencias y las tradiciones.

De género: Las prácticas de autocuidado en nuestra sociedad han tenido un sesgo de género, el cual ha generado formas diversas de autocuidado individual y colectivo en mujeres y hombres; por ej., en relación con el cuidado de la apariencia física, a las mujeres se les estimula para que sean “vanidosas” y a los hombres se les dice lo contrario.

2.2.3 La actividad física y sus beneficios en el adulto mayor

La actividad física, se define como, todo movimiento corporal producido por el sistema músculo esquelético con gasto de energía, abarca a una amplia gama de actividades y movimientos que incluyen las actividades cotidianas, como caminar en forma regular, tareas domésticas, jardinería, etc. (Guía de actividad física y ejercicio físico del adulto mayor, pág. 4, 2010)

El ejercicio físico es la actividad física que se planifica y se sigue regularmente. Se realiza con movimientos repetitivos, con el propósito de mejorar o mantener un componente específico del estado físico.

Muchas personas mayores piensan que a su edad el ejercicio no es necesario, gran error. La necesidad de actividad física no disminuye a medida que se envejece y, por el contrario, no hacer ejercicio ocasiona la pérdida de masa muscular y ósea además de volver menos flexible al cuerpo. Por tanto, muchas veces, la declinación física asociada al envejecimiento es más bien consecuencia de la inactividad que del envejecimiento mismo.

Los adultos mayores necesitan lograr un equilibrio entre la actividad y el descanso, el ejercicio y el sueño. La actividad física debe ser parte de la vida diaria de los adultos mayores, puede contribuir a que los ancianos se sientan mejor y disfruten más de la vida. Aún las personas confinadas a una silla de ruedas o encamadas pueden hacer ejercicios para aumentar su flexibilidad desde su silla o cama, los ejercicios regulares mejoran a las personas con problemas respiratorios, cardiovasculares y diabetes, manteniéndose activo se puede prevenir o retardar la aparición de enfermedades cardíacas.

La actividad física puede mejorar a las personas en la resistencia, participar en una actividad 30 minutos al día incrementa la resistencia promedio del corazón y la respiración. Los que comienzan en un programa de actividades durante 10 minutos serán suficientes. Se debe incrementar el tiempo progresivamente hasta alcanzar 30 minutos. Las personas pierden 20-40 por ciento de la fortaleza muscular con el paso de los años. Mantener la fortaleza muscular también contribuye a mejorar la fortaleza de los huesos.

Todo esto ayuda a prevenir las caídas y los daños derivados de éste suceso, la fortaleza de los músculos y huesos previene la osteoporosis, realizando actividades que ayudan a mantener el equilibrio pueden prevenir las caídas, el estiramiento puede ayudar al cuerpo a mantenerse flexible y a mejorarla movilidad.

La actividad física moderada y sistemática puede retrasar el declive funcional y reducir el riesgo de enfermedades crónicas tanto en mayores sanos como enfermos, incluso el impacto de la actividad física en individuos mayores es mucho más evidente que en

edades más jóvenes, porque los primeros están más expuestos a desarrollar problemas asociados a la inactividad. (Gutiérrez, L. Gerontología y nutrición del adulto mayor. pág. 19, 2010)

El tipo de actividad física no es más que el modo de realizar la actividad física; puede ser de diversos tipos: de resistencia, de fuerza, de flexibilidad o de equilibrio. Resistencia cardiovascular refleja el funcionamiento del sistema cardiorrespiratorio y la capacidad es el modo de realizar la actividad física; puede ser de diversos tipos: de resistencia, de fuerza, de o de equilibrio del músculo de utilizar energía generada por metabolismo aeróbico durante un ejercicio prolongado, se desarrolla ejercitando los grandes grupos musculares. Consiste en caminar rápidamente, correr, andar en bicicleta, nadar. Algunos deportes como el fútbol, el basquetbol y el tenis pueden colaborar.

Existen beneficios de la actividad física regular, la valoración y prescripción de la actividad física expresa que la práctica regular de ejercicio físico previene el desarrollo y la progresión de enfermedades crónicas, así como también es un componente importante de una vida sana.

Mejora de la función cardiorrespiratoria, incrementa el consumo máximo de oxígeno debido a las adaptaciones centrales y periféricas, menor consumo de oxígeno del miocardio a una intensidad submáxima dada, disminución de la frecuencia cardíaca y de la tensión arterial, incremento del umbral de ejercicio con respecto a la acumulación de lactato en sangre, reducción de los factores de riesgo de enfermedad coronaria, menor tensión arterial sistólica y diastólica en reposo en hipertensos.

En los adultos mayores, dentro de las medidas profilácticas para una buena salud se encuentra el ejercicio y el control de peso. Y reitera que la actividad física resulta beneficiosa porque algunas funciones físicas tienden a declinar con la edad y se trata de invertir el proceso. Al mismo tiempo manifiesta que el ejercicio aumenta la firmeza de los huesos, ligamentos y músculos, así como la masa muscular y la flexibilidad: También aumenta el grosor de los cartílagos articulares, mejora la motilidad y el curso intestinal, junto a la capacidad respiratoria y cardíaca. Además, manifiesta que psicológicamente el ejercicio relaja, eleva el ánimo, incrementa la autoestima y revaloriza la imagen corporal; el sueño resulta más profundo y reparador.

Se sabe que la actividad física declina con la edad, parte es por lo biológico pero gran parte es por la reducción de la actividad, bastante común entre gente de edad avanzada y en cierta medida causada por factores sociales que dejan la actividad física y el deporte para gente joven, por lo tanto, no reciben más que desaliento en tal sentido.

La respuesta al ejercicio en los adultos mayores es el mejor indicador para realizar ejercicio físico de un individuo es la capacidad aeróbica que se define como la capacidad del cuerpo de producir energía mediante la utilización de oxígeno.

2.2.4 Conocimiento

El conocimiento implica datos concretos sobre los que se basa una persona para decidir conductas, es decir lo que se debe o puede hacer frente una situación partiendo de principios teóricos y/o científicos. El termino conocimiento se usa en el sentido de conceptos e informaciones; es así como en la comunidad de estudio se investiga los pre-saberes que existen y sus bases teóricas, para poder establecerlos y de allí partir para el mejoramiento de los mismos. La Real Academia de la Lengua Española define el término conocimiento Noción, ciencia, sabiduría Entendimiento, inteligencia, razón natural. (Figuroa, 2010).

El conocimiento es personal, en el sentido ese que se origina y reside en las personas, que lo asimilan como resultado de su propia experiencia y lo incorporan a su acervo personal estando "convencidas" de su significado e implicaciones, articulándolo como un todo organizado que da estructura y significado a sus distintas piezas; Su utilización, que puede repetirse sin que el conocimiento "se consuma", permite "entender" los fenómenos que las personas perciben , de acuerdo precisamente con lo que su conocimiento implica en un momento determinado, y también evaluarlos, en el sentido de juzgar la bondad o conveniencia de los mismos para cada una en cada momento. (Jaen, 2010)

Sirve de guía para la acción de las personas, en el sentido de decidir qué hacer en cada momento porque esa acción tiene en general por objetivo mejorar las consecuencias, para cada individuo, de los fenómenos percibidos.

Estas características convierten al conocimiento, en un cimiento sólido para el desarrollo de sus ventajas competitivas. En efecto, en la medida en que es el resultado de la acumulación de experiencias de personas, su imitación es complicada a menos que existan

representaciones precisas que permitan su transmisión a otras personas efectiva y eficientemente. Por ende, la falta de conocimiento sobre el autocuidado de la actividad física, constituye un factor negativo muy influyente que impide la adopción de estilos de vida saludables en los adultos mayores.

2.3 Estrategia de intervención educativa

De acuerdo a (OMS. Documentos básicos, suplemento de la 45a edición, 2006) en el artículo 11 de su Carta constitutiva (1946) a la salud como “el más completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad” lo que representó un verdadero cambio cualitativo respecto a las concepciones anteriores y amplió ilimitadamente el horizonte de la salud y las inversiones necesarias para lograrlo.

Apreciar la salud de manera diferente a la tradicional tiene importantes implicaciones prácticas: entender la salud de tipo holístico, global, centrada en los determinantes sociales y los factores personales que influyen en ella, permiten apreciarla en toda su complejidad y en consecuencia, posibilita incidir en la capacidad de los diversos actores sociales para afrontar los problemas de salud, tanto las formas de comportamiento individual y colectivas que afectan todo el entramado vital y social, y no solo las cuestiones biológicas y de la organización del sistema de salud.

La inclusión de factores de tipo cognitivo y actitudinales apuntan a la creación de una nueva cultura de salud, que implica la posibilidad de transmisión social de los mismos, y el instrumento socialmente más extendido para ello sigue siendo la educación en su sentido más amplio.

Desde los inicios de estas propuestas de la Organización Mundial de la Salud y las sucesivas reformas sanitarias subsecuentes (que permitieron la organización y generalización de la Atención Primaria de Salud como base del sistema sanitario) se ha destacado la especial importancia otorgada a las actividades de promoción y prevención en el tratamiento de la salud y la enfermedad poblacional.

En estas iniciativas se han incluido, desde lo individual y lo colectivo, procesos y estrategias generales de movilización y gestión comunitaria, dirigidas al fomento de la participación y la cohesión social, la potenciación de los propios recursos personales y comunitarios o la formación de coaliciones como forma de colaboración entre diferentes

agentes comunitarios para hacer frente a los problemas y necesidades de salud de la población.

Por ello la inclusión de las estrategias educativas como resultado científico de la investigación, es cada vez más extensa y se diseñan para resolver problemas de la práctica con optimización de tiempo y recursos, porque: (1) permiten proyectar un cambio cualitativo en el sistema a partir de eliminar las contradicciones entre el estado actual y el deseado; (2) implican un proceso de planificación en el que se produce el establecimiento de secuencias de acciones orientadas hacia el fin a alcanzar; lo cual no significa un único curso de las mismas y (3) interrelacionan dialécticamente en un plan global los objetivos o fines que se persiguen y una metodología para alcanzarlos que propicia la sostenibilidad en el tiempo.

Una estrategia se define generalmente como “conjunto de tareas, procedimientos o acciones previamente planificadas que conducen al cumplimiento de objetivos preestablecidos y que constituyen lineamientos para el proceso de perfeccionamiento de los programas”. Para ello se requiere tener claridad en el estado deseado que se quiere lograr y convertirlo en metas, logros, objetivos a largo, mediano y corto plazo y después planificar y dirigir las actividades para lograrlo, lo que generalmente implica una constante toma de decisiones, de elaboración y reelaboración de las acciones de los sujetos implicados en un contexto determinado.

Al final se obtiene un sistema de conocimientos que opera como un instrumento, que permite a los sujetos interesados una determinada forma de actuar sobre el mundo para transformar los objetos y situaciones que estudia.

Se describen 5 etapas en el diseño y aplicación de estrategias de intervención:

1. Un diagnóstico de la situación actual, que informe acerca del estado real del objeto de estudio y sobre el problema en torno al cual se desenvuelve la estrategia.
2. Una descripción del estado deseado, expresado en la formulación de objetivos y metas previstos para un período de tiempo en un contexto determinado.
3. Una planeación estratégica que identifique las actividades y acciones que respondan a los mencionados objetivos propuestos y a los recursos logístico-materiales que se

emplearán, así como a los recursos humanos e instituciones a cuyo cargo está el cumplimiento de esos objetivos.

4. La instrumentación de la estrategia, que consiste en explicar cómo y en qué condiciones se aplicará, durante qué tiempo, y con la participación de los factores claves.
5. La evaluación de la estrategia, contentiva de indicadores e instrumentos de medición y validación de los resultados esperados y obtenidos, así como para identificar los logros alcanzados y los obstáculos encontrados, teniendo como referente axiológico el de la aproximación lograda al estado deseado.

Las intervenciones en salud se refieren a las acciones o medidas aplicadas a un individuo, a un grupo o una comunidad; con el fin de contribuir a promover, mantener y restaurar la salud. Nuestra salud dependerá finalmente de nuestra implicación individual y colectiva, de nuestra situación familiar, grupal y cultural, así como de nuestra disponibilidad de recursos materiales y competencias para actuar; además del nivel institucional que asegura la salud pública en sus distintos niveles a nivel de la sociedad.

Pero esta toma de conciencia no surge espontáneamente en las personas; debe propiciarse a través de espacios de discusión y reflexión sobre los problemas que más los afectan.

La Promoción de la Salud constituye hoy un instrumento imprescindible y una estrategia básica en la respuesta a los problemas y situaciones de salud más relacionales desde la conceptualización de la Atención Primaria, no sólo para el abordaje de un problema o enfermedad sino por la obtención de un nivel de salud compatible con una buena calidad de vida; pero necesita de un cambio de actitudes en los decisores y planificadores de la salud, seguido de la sensibilización y capacitación técnica correspondiente que se haga posible y efectiva en los individuos, las familias, los colectivos sociales y las comunidades, convirtiéndolos a todos en actores que por ellos mismos se responsabilicen en la solución de los problemas de salud, conjuntamente con las organizaciones e instituciones públicas de los distintos sectores implicados.

La promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla. Abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a aumentar las habilidades y capacidades de las personas, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas que tienen impacto en los

determinantes de salud. La existencia de un proceso de capacitación (*empowerment* o empoderamiento) de personas y comunidades es una de las acciones más referidas y la educación para la salud el instrumento más utilizado.

La Educación para la Salud comprende las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente destinadas a mejorar la alfabetización sanitaria que incluye la mejora del conocimiento de la población y el desarrollo de habilidades personales que conduzcan a la mejora de la salud. Es un proceso educativo que tiene como finalidad responsabilizar a los ciudadanos en la defensa de la salud propia y colectiva.

Además de ser un instrumento de la promoción de salud es asimismo, una parte del proceso asistencial, presente durante todo el proceso desde la prevención, el tratamiento y la rehabilitación, transversalizando la atención integral.

La educación para la salud permite la transmisión de información, y fomenta la motivación de las habilidades personales y la autoestima, necesaria para adoptar medidas destinadas a mejorar la salud individual y colectiva.

Supone la comunicación de información y desarrollo de habilidades personales que demuestren la viabilidad política y las posibilidades organizativas de diversas formas de actuación dirigidos a lograr cambios sociales, económicos y ambientales que favorezcan a la salud. Tiene el objetivo de modificar, en sentido positivo, los conocimientos, actitudes y comportamientos de salud de los individuos, grupos y colectividades.

La Educación para la Salud requiere para su manejo, tanto nivel teórico como operativo, de las aportaciones de varias disciplinas, sobre todo de la pedagogía, la psicología, la antropología, la sociología y, por supuesto, de la salud pública.

Es evidente que la elaboración de programas educativos y de promoción para la salud, tiene un fuerte componente pedagógico y comunicativo.

De modo que entenderemos como intervención educativa al “conjunto de actuaciones, de carácter motivacional, pedagógico, metodológico, de evaluación, que se desarrollan por parte de los agentes de intervención, bien sean institucionales o personales, para llevar a cabo un programa previamente diseñado, y cuyo objetivo es intentar que las personas o grupo con los que se interviene alcance, en cada caso, los objetivos propuestos en dicho

programa”; 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.

Para este trabajo asumiremos el diseño sistematizado por la Jordán Padrón, M en su estudio “*Elementos a tener en cuenta para realizar un diseño de intervención educativa*” basado esencialmente en elementos aportados por la Escuela Nacional de Salud Pública de Cuba y la Organización Panamericana de la Salud.

CAPITULO III

3. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 Tipo y diseño de la investigación.

Clasificación de la investigación: según el alcance de los resultados, se realizó una investigación aplicada (Artiles, 2008)

Nivel de investigación: Descriptivo

Tipo de estudio: Correlacional, no experimental de corte transversal.

3.2 Localización y temporalización

Se realizó la investigación en el Centro del adulto mayor. Comunidad Sicalpa Viejo, perteneciente al Distrito Colta – Guamote, Provincia Chimborazo, en el período de enero a junio 2016.

3.3 Población de estudio

Esta conformada por las personas de 65 años y más que asisten al centro del adulto mayores Sicalpa Viejo, para un total de 32 ancianos.

Criterios de inclusión y de exclusión

Criterios de inclusión:

- Personas de 65 años y más, de ambos sexos, asociados al Centro del Adulto Mayor de la comunidad Sicalpa Viejo.
- Dar el consentimiento informado para participar en el estudio.

Criterios de exclusión:

- ♦ Presentar enfermedad invalidante y/o discapacidad intelectual.

Criterios de salida:

- ♦ Abandono de la investigación por cualquier causa.

3.4 Variables de estudio

Variable dependiente: conocimiento

Variables independientes: edad, sexo, nivel de instrucción, estado civil, ocupación.

3.4.1 Identificación

Variable sociodemográfica

- Edad
- sexo
- Estado civil
- Nivel de instrucción
- ocupación

Para dar salida a la variable conocimiento se establecerán 3 (tres) dimensiones que corresponden al conocimiento sobre el autocuidado de la actividad física.

- Conocimiento sobre concepto de actividad física.
- Conocimiento sobre importancia de la práctica de ejercicio físico para la salud.
- Conocimiento sobre la práctica de ejercicio físico cuando se padece de alguna enfermedad e independiente de la edad.

3.4.2 Operacionalización de variables

Variable	Tipo variable	Escala	Descripción operacional	Indicador
Edad	Cuantitativa Continua	65- 69 70-74 75-79 80 y más	Según años cumplidos	Porcentaje de adultos mayores según grupo de edad.
Sexo	Cualitativa nominal	Masculino Femenino	Según sexo biológico	Porcentaje de adultos mayores según sexo
Nivel de instrucción	Cualitativa ordinal	Ninguna Primaria Secundaria Superior	Según último año de educación terminado	Porcentaje de adultos mayores según nivel de instrucción.
Estado civil	Cualitativa nominal	Soltero Casado Viudo	Según vínculo con la pareja	Porcentaje de adultos mayores según el estado civil

Ocupación	Cualitativa nominal	Independiente	Según labor que realiza	Porcentaje de adultos mayores según ocupación
Conocimientos del adulto mayor del ejercicio físico como forma de actividad física	Cualitativa nominal	<p>Satisfactorio</p> <p>No satisfactorio</p>	<p>Respuesta a un conjunto de preguntas referidas al conocimiento del concepto de actividad física del ejercicio físico como variante</p> <p>Satisfactorio: Cuando responde correctamente el 60% o más de las preguntas realizadas.</p> <p>No satisfactorio: cuando responde correctamente menos del 60% de las preguntas realizadas.</p>	% de adultos mayores según conocimiento del ejercicio físico como forma de actividad física
Conocimientos del adulto mayor sobre la importancia y frecuencia del	Cualitativa nominal	<p>Satisfactorio</p> <p>No satisfactorio</p>	<p>Respuesta a un conjunto de preguntas referidas a la importancia de la actividad física del ejercicio físico como variante</p>	% de adultos mayores según la importancia del ejercicio físico como forma de actividad física

ejercicio como forma de actividad física			Satisfactorio: Cuando responde correctamente el 60% o más de las preguntas realizadas. No satisfactorio: cuando responde correctamente menos del 60% de las preguntas realizadas	
Conocimientos del adulto mayor sobre la práctica de actividad física cuando se padece de alguna enfermedad	Cualitativa nominal	Satisfactorio No satisfactorio	Respuesta a un conjunto de preguntas referidas a las variantes de la actividad física cuando se padece de alguna enfermedad.	% de adultos mayores según las variantes de actividad física cuando se padece de alguna enfermedad.

3.5 Técnica e instrumento de recolección de datos

La técnica de recolección de datos que se utilizó fue la entrevista por parte del investigador. Como instrumento de recolección de datos se utilizó un cuestionario diseñado por el investigador, el que fue sometido a la consideración de expertos y pilotaje de prueba con veinte 20 adultos mayores con características similares a las del grupo de estudio y que no formarán parte de la investigación, con el objetivo de valorar su inteligibilidad y aceptación.

3.5.1 Características del instrumento

El cuestionario se estructuró en dos partes, una parte inicial que recogió datos sobre variables sociodemográficas, dentro de las cuales se destacan edad, sexo, estado civil, nivel de instrucción y otra que contempló un test de conocimientos con trece preguntas que se agruparon en tres dimensiones.

El conocimiento sobre autocuidado en la actividad física del adulto mayor fue evaluado por cada dimensión y de forma general, mediante preguntas cerradas politómicas y dicotómicas para un total de trece preguntas, donde se consideró una sola alternativa correcta. El sistema de puntuación que se empleó es el simple, a través de la sumatoria de respuestas correctas, calificándolo como: conocimiento satisfactorio cuando responde correctamente el 60 % o más de los ítems realizados y no satisfactorios cuando responde correctamente menos del 60 % de los ítems realizados.

3.5.2. Validación del instrumento

Para comprobar la validez de apariencia y contenido se consultaron expertos escogidos, teniendo en consideración la experiencia profesional e investigativa, con conocimiento sobre autocuidado en la actividad física del adulto mayor. Se seleccionaron jueces expertos, todos docentes universitarios.

Por medio de un formulario, se les solicitó la valoración de cada ítem utilizando como guía los criterios de *Moriyama (1968)*, el examen de la estructura básica del instrumento, el número y alcance de las preguntas; y adicionar cualquier otro aspecto que en su experiencia fuera importante. Los criterios para la valoración fueron:

Comprensible: se refiere a que el encuestado entienda qué se le pregunta en el ítem.

Sensible a variaciones: se refiere a que las posibles respuestas del ítem muestren diferencias en la variable que se medirá.

Pertinencia o con suposiciones básicas justificables e intuitivamente razonables: Se refiere a si existe una justificación para la presencia de cada una de las categorías que se incluyen en el instrumento.

Derivable de datos factibles de obtener: se refiere a que sea posible en la práctica obtener la información necesaria para dar respuesta al ítem.

Cada experto evaluó el ítem asignándole un valor para cada uno de los criterios antes expuestos, según la escala ordinal siguiente: Mucho: 3, Suficiente: 2, Poco: 1 y Nada: 0.

Posteriormente, se identificaron aquellos ítems que en alguno de los aspectos evaluados obtuvieran calificación de mucho por menos del 70 % de los expertos. Esos ítems fueron analizados, corregidos y sometidos nuevamente a la opinión de los expertos hasta ser evaluados de mucho por el 70 % o más de ellos.

El estudio piloto se realizó con 20 adultos mayores con características similares a las del grupo de estudio y que no formarán parte de la investigación.

3.6 Procedimientos

En una primera etapa, se estableció comunicación con los participantes, los cuales recibieron una breve explicación sobre la naturaleza del estudio y la confidencialidad con que se manejarán los datos, protegiendo sus identidades, lo que quedó validado a través del consentimiento informado.

Con la aplicación del cuestionario en el primer encuentro se caracterizó al grupo de estudio según las variables sociodemográficas seleccionadas que dará salida al primer objetivo específico y se determinará el conocimiento sobre el autocuidado de la actividad física que dará salida al segundo objetivo específico.

Seguidamente se procedió a identificar la relación existente entre el conocimiento sobre el autocuidado de la actividad física y las variables sociodemográficas seleccionadas y dar salida al tercer objetivo específico.

Para dar salida al cuarto objetivo específico, a partir de los resultados obtenidos se diseñó una estrategia de intervención educativa sobre el autocuidado de la actividad física en las personas de 65 años y más, que incluirá acciones de información, educación y comunicación, así como sus indicadores de ejecución e impacto.

3.7 Procesamiento y análisis de datos

Los datos obtenidos se incluyeron en una base de datos creada al efecto. La descripción de los resultados se realizó utilizando porcentajes y medias. Se empleó el estadístico Chi-Cuadrado (χ^2) para determinar la relación y diferencias significativas entre las variables de estudio, con un nivel de significancia del 0.05. Los resultados se reflejaron en tablas y gráficos para su mejor representación y comprensión.

3.8 Aspectos éticos

Previo a la realización de la intervención se explicó a los participantes los objetivos de la investigación y se solicitó la autorización a través de un formulario de consentimiento informado.

Se solicitó la aprobación de la ESPOCH para ejecutar dicha investigación.

Se aplicó los principios éticos de autonomía, beneficencia y no maleficencia. Se garantiza la confidencialidad de los datos obtenidos en el estudio y la información obtenida será utilizada con fines científicos de acuerdo a los postulados éticos de la convención de Helsinki. El protocolo fue aprobado por el Comité de Ética del Ministerio de Salud Pública.

Yo, Nancy del Pilar Guacho Guamán, posgradista de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria de la ESPOCH, estoy realizando mi trabajo de tesis sobre el tema “Diseño de estrategia de Intervención educativa sobre autocuidado en la actividad física en personas de 65 años y más. Centro del adulto mayor. Comunidad Sicalpa Viejo, enero a junio de 2016”, como requisito para obtener el título de especialista.

Se entrevistaron a los adultos mayores que asisten al Centro del adulto mayor de esta comunidad, para determinar el conocimiento que poseen sobre el autocuidado de la actividad física en adultos mayores y su relación con factores seleccionados. A partir de los resultados obtenidos, se diseñó una estrategia educativa dirigida a los adultos mayores, con el propósito de elevar el conocimiento sobre autocuidado en la actividad física mediante un programa educativo

Se garantizó que toda la información brindada sea estrictamente confidencial y solo será utilizada con fines investigativos. La participación en el estudio no supone gasto alguno.

3.9 Diseño de la estrategia

En términos generales y como primera aproximación el programa educativo en salud es prácticamente un programa docente, que necesita de los elementos que la planificación de un proceso docente demanda (objetivos, contenidos, estrategia educativa, actividades, cronograma, ejecutores, lugar y recursos, así como el diseño de la evaluación y los

indicadores, entre otros elementos pertinentes). El programa educativo se concibe a partir de un paradigma o modelo de enseñanza y debe corresponder con los valores sociales generales y los principios del sector a que responde, en este caso de tipo activo participativo incorporando todos los elementos del proceso de enseñanza aprendizaje centrado en el desarrollo humano: auto-estima, trabajo en grupos, desarrollo de capacidades, planificación conjunta, responsabilidad compartida. En cualquiera de los casos la base de un buen programa educativo es una investigación exhaustiva, la que generalmente algunos la denominan como diagnóstico educativo y comunicacional.

Para la presentación de la estrategia de intervención educativa se partió de plantear los fundamentos teóricos y metodológicos que le servirán de base y de un diagnóstico educativo, el cual justificó el propósito de modificar la situación actual para incrementar el conocimiento y las habilidades fundamentales de los sujetos de investigación para el abordaje del tema, logrando modificaciones en sus actitudes y las prácticas de autocuidado asumidas.

La propuesta de metodología para la estrategia de intervención educativa se estableció a partir de tres momentos:

1. Fase de introducción. Fundamentación y justificación, diagnóstico y análisis de los problemas y de las necesidades.

- Se establece el contexto y ubicación de la problemática a resolver, ideas y puntos de partida que fundamentan la estrategia
- Información sobre la situación cultural e informativa relativa a conocimientos, actitudes y motivaciones de los sujetos y demás necesidades de aprendizaje.
- Definición de los riesgos y situaciones de malestar respecto al tema de acuerdo con las informaciones halladas.

2. Fase de programación. Diseño de la estrategia

- Definición de los objetivos a corto, medio y largo plazo que permiten la transformación del sujeto desde su estado real hasta el estado deseado.
- Elección de la metodología de actuación en relación a los objetivos definidos y a las condiciones presentes, a través de acciones, métodos, medios y recursos a

través de los cuales es posible introducir conocimientos y experiencias dirigidos a modificar actitudes y comportamientos de forma consciente y duradera cumpliendo los objetivos.

- Explicar cómo se aplicará, bajo qué condiciones, durante qué tiempo, responsables, participantes.
- Fomentar procesos de comunicación destinada a reducir factores de riesgo y a potenciar aquellas situaciones que producen bienestar y salud de forma sostenible.
- Evaluación de los procesos y actividades valoración de los resultados

CAPÍTULO IV

4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 Resultados y Discusión

El grupo de edad que predominó fue de 80 y más años con 34,4 %, no correspondiéndose con las investigaciones revisadas, dentro de las que se destaca la de la autora (Cabrera, 2012), donde del total de 60 personas adultas mayores entrevistadas el 58% se encuentran entre las edades comprendidas de 65 a 74 años, mientras que el 34 % corresponde a 75 a 84 años y un menor porcentaje 8 % tienen más de 85 años.

La edad de este grupo está en relación a la esperanza de vida en el Ecuador que es de 70 años, comportándose así en la provincia y en el centro de salud, con una pirámide poblacional que muestra una población envejecida según datos del ASIS 2014.

La Encuesta Nacional de Hogares (ENAH) correspondiente al trimestre octubre-noviembre-diciembre 2013, revela que la población mayor de 60 años representa el 9,3% y se calcula que del total de la población para fines del 2025 la población adulta mayor representará el 13.27%. La disminución de la natalidad y la mortalidad mundial ha conducido progresivamente al envejecimiento poblacional.

En los países latinoamericanos, entre ellos el Perú, el envejecimiento de la población es una característica demográfica que va adquiriendo relevancia debido a las consecuencias económicas y sociales que implica, a los cambios en las áreas del trabajo, vivienda, recreación, educación que acarrea y, sobre todo, a las necesidades de salud a que dará lugar. (Lagos 2014)

En 1980, en América Latina 23.3 millones de personas correspondía a mayores de 60 años, es decir 6.4 por ciento. Se previó que para el año 2000 habría 41 millones de adultos mayores lo que representaría 7.2 por ciento del total de la población y la expectativa de

vida sería de 90 años, que actualmente es de 75 años, comportándose de manera similar al estudio que se propone, (Álvarez, 2002).

Por ello, si bien es cierto, se ha conseguido actualmente vivir más años, lo importante no es la cantidad sino la calidad, esto presenta desafíos para los trabajadores de la salud, quienes deben orientar su quehacer no sólo por alargar la vida sino de dotarla de la más alta calidad posible y, esto dependerá del conocimiento y actitudes que se tenga respecto a las necesidades y problemática que enfrenta el adulto mayor. (Tabla 1)

Tabla 1-4: Distribución de adultos mayores según grupos de edades. Centro del adulto mayor Sicalpa Viejo, enero a junio 2016.

Grupo de edades	N ⁰	%
65-69	8	25,0
70-74	7	21,9
75-79	6	18,7
80 y más	11	34,4
Total	32	100,0

Fuente: Encuesta

Realizado por: Dra. Nancy del Pilar Guacho Guaman

Con relación al sexo predominó el femenino con un 59,4 % , comportándose de igual manera en la investigación realizada por (Garcilazo, 2015) en San Juan de Miraflores donde se aprecia que del 100% (74) de adultos mayores entrevistados la mayoría 82,4% (61) son de sexo femenino, mientras que 17.6% (13) de sexo masculino, estando en relación con los datos a nivel nacional, el MIES en el año 2010 reporta que la mayoría de las personas de la tercera edad son del sexo femenino, además el sexo femenino siempre ha sido considerado como sexo débil y se ha estereotipado a la mujer como cuidadora de la salud de la familia, pudiéndose considerar también que cuida adecuadamente su salud y que el hombre al dedicarse a labores agrícolas y ganadería fundamentalmente no cuida de manera adecuada su salud, al realizar estos trabajos en situaciones difíciles climáticas, exponiéndose a sustancias tóxicas en el tratamiento de las plagas con insecticidas, causas que llevan a disminuir los años de vida en comparación a la mujer. (Tabla 2)

Tabla 2-4: Distribución de adultos mayores según sexo. Centro del adulto mayor Sicalpa Viejo, enero a junio 2016.

Sexo	N ⁰	%
Masculino	13	40,6
Femenino	19	59,4
Total	32	100,0

Fuente: Encuesta

Realizado por: Dra. Nancy del Pilar Guacho Guaman

El estado civil predominante fue el casado con un 62,5 %, no correspondiéndose con las investigaciones revisadas dentro de las que se destaca la de (Cabrera, 2012) realizada en el Subcentro de Salud Cojitambo, Azogues en el 2012, en la que se obtuvo como resultados que según el estado civil el 56% de los entrevistados eran viudos, el 30% eran casados y el 14% eran solteros, estos resultados son similares a los del nivel nacional, considerando las características culturales y la edad, donde se conservan las tradiciones, y se considera el matrimonio como un lazo sagrado, explica el resultado obtenido con un predominio del estado civil casado. Tabla No.3

Tabla 3-4: Distribución de adultos mayores según estado civil. Centro del adulto mayor Sicalpa Viejo, enero a junio 2016.

Estado civil	N ⁰	%
Casado	20	62,5
Soltero	1	3,1
Viudo	11	34,4
Total	32	100,0

Fuente: Encuesta

Realizado por: Dra. Nancy del Pilar Guacho Guaman

Con relación al nivel de instrucción el más significativo fue ninguna representando el 59,4 % no coincidiendo con la investigación llevada a cabo por (Garcilazo, 2015), donde el grado de instrucción del 100% (74) de adultos mayores entrevistados 55,4% (41) tienen educación primaria, 16,2% (12) educación secundaria, 2,7% (2) presentan estudios superiores y 25,7% (19) no tienen grado de instrucción. Estos resultados se corresponden

con la realidad, esta población vive en lugares apartados desde el punto de vista geográfico y abandonan los estudios tempranamente para trabajar y ayudar en la economía familiar, además en el proceso de envejecimiento se da una reducción de la capacidad funcional, se puede encontrar una declinación en las funciones intelectuales tales como análisis, síntesis, razonamiento aritmético, ingenio e imaginación, percepción y memoria visual inmediata.

Es importante hacer notar que mientras el adulto mayor se mantenga activo y productivo el deterioro de sus facultades intelectuales será menor. También se incrementa el temor, porque tener conciencia de las crecientes pérdidas físicas e intelectuales le produce un gran sentimiento de inseguridad, estos son agravados por pautas culturales que los colocan en una posición desventajosa con respecto al adulto joven que son los que dictan la posición que debe desempeñar. (Tabla 4)

Tabla 4-4: Distribución de adultos mayores según nivel de instrucción. Centro del adulto mayor Sicalpa Viejo, enero a junio 2016.

Nivel de instrucción	N ⁰	%
Ninguna	19	59,4
Primaria	13	40,6
Secundaria	0	0,0
Superior	0	0,0
Total	32	100,0

Fuente: Encuesta
Realizado por: Dra. Nancy del Pilar Guacho Guaman

En relación a la ocupación el que predominó fue la ama de casa representando el 50,0 % de la muestra comportándose de igual manera en la investigación realizada por (Cabrera, 2012) en Ecuador donde el 50% de la muestra se dedica a los quehaceres domésticos, trabajo que forma parte de la cultura del país, y además la mayor parte de la muestra de la investigación es del sexo femenino, teniendo en cuenta que es una población envejecida, ya no participan las mujeres en el trabajo agrícola ni la ganadería por pérdida de sus capacidades físicas, ocurrencia de enfermedades crónicas y degenerativas justifican e predominio de amas de las amas de casa. (Tabla 5)

Tabla 5-4: Distribución de adultos mayores según ocupación. Centro del adulto mayor Sicalpa Viejo, enero a junio 2016.

Ocupación	N ^o	%
Independiente	10	31,2
Jubilado	6	18,8
Ama de casa	16	50,0
Total	32	100,0

Fuente: Encuesta

Realizado por: Dra. Nancy del Pilar Guacho Guaman

Con respecto al conocimiento sobre el autocuidado de la actividad física se pudo determinar que fue no satisfactorio en 23 personas de 65 años y más lo que representa el 71,9 %, comportándose de manera similar en la investigación realizada por (Lagos, 2014) en Lima, Perú. El que tiene como objetivo determinar la efectividad de la estrategia educativa “Cuidando y controlando mi presión alta”, sobre el incremento de conocimientos acerca del autocuidado en adultos mayores hipertensos del CAM “TAYTA WASI” e identificar el nivel de conocimientos de los adultos mayores hipertensos sobre el autocuidado, antes y después de la aplicación de la estrategia educativa. El estudio es de enfoque cuantitativo, nivel aplicativo y diseño metodológico o método de estudio cuasiexperimental.

La población estuvo conformada por 44 adultos mayores y la muestra fue de 30. Los resultados fueron que de los 30 adultos mayores (100%); antes de la aplicación de la estrategia educativa, 16 (53,3%) adultos mayores presentaron un nivel de conocimientos bajo, 12 (40%) adultos mayores un nivel medio y 2 (6,7%) adultos mayores con un nivel alto. Después de aplicada la estrategia educativa, 21 (70%) adultos mayores presentaron un nivel de conocimientos alto, 9 (30%) adultos mayores un nivel medio y nadie presentó un nivel bajo. Por lo que se concluye que se acepta la hipótesis de estudio.

Es efectiva la estrategia educativa “Cuidando y controlando mi presión alta” en el incremento de conocimiento del autocuidado en adultos mayores hipertensos. Como resultado de esta situación los adultos mayores deben asumir más responsabilidad de su propio cuidado de la salud, lo que ha merecido la necesidad de diseñar programas específicos que permitan contrarrestar los efectos de los hechos planteados,

intervenciones efectivas que logren el fortalecimiento de la capacidad de autocuidado en este grupo poblacional, enfocadas en los cambios de los estilos de vida y la prevención de las complicaciones; una de las maneras de enseñar al otro a su autocuidado es a través de intervenciones educativas. A manera de resumen se observó unidad de criterios y resultados en estos estudios y coincidencia con los planteados por el investigador, demuestra el desconocimiento que existe sobre el autocuidado de la actividad física y esta situación motiva la realización de estudios similares. (Tabla 6).

Según (Rodríguez, 2011) el desarrollar habilidades de autocuidado en pacientes ancianos para mejorar su calidad de vida a través de una estrategia de intervención comunitaria en autocuidado en pacientes ancianos. El estudio fue cuantitativo de corte transversal de tipo descriptivo, durante el período comprendido de octubre de 2010 hasta febrero 2011. De un universo de 350 la muestra quedó constituida por 243 pacientes.

Obteniendo como resultados un déficit de conocimientos en relación al autocuidado en salud respecto a esta etapa de la vida. Partiendo de los resultados se diseña y se aplica la estrategia. Llegando a la conclusión que el siglo XXI desde sus inicios enfrenta un mundo con una población que presenta un aumento, en el número y proporción de personas mayores.

Teniendo en cuenta que la educación es un proceso que ocurre a lo largo de la vida, como profesionales autónomos debemos exponer nuestros instrumentos desde la intervención comunitaria para reconocer esta problemática educativa y aportar elementos enriquecedores para garantizar una calidad de vida en pacientes ancianos, con el objetivo de desarrollar habilidades de autocuidado.

De acuerdo a (Garcilazo, 2015) para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria, con la finalidad de implementar actividades dirigidas a que el adulto mayor sea autosuficiente, logrando así un envejecimiento activo y saludable La investigación es de tipo cuantitativo, nivel aplicativo, método descriptivo simple y de corte transversal, para recolectar datos se utilizó un cuestionario de Lawton y Brody y la escala de Pfeiffer que se aplicaron a 74 adultos mayores, usuarios del Centro de salud “Ollantay”. Analizándose los datos se concluyó que la capacidad de autocuidado del adulto mayor para realizar las

actividades instrumentales de la vida diaria prevalece la dependencia, que influye desfavorablemente en su calidad de vida.

De acuerdo a (Millán, 2010) los resultados de su investigación arrojaron que el 50,5% de hombres y el 43,3% de mujeres no se cuidaban adecuadamente, existía un déficit de autocuidado cognoscitivo – perceptivo en el 46,7%, el 9,8% tienen déficit parcial y el 5,6% déficit total.

De los 121 adultos mayores cuyo nivel de autocuidado fue inadecuado el 75,2% son independientes y el 63,6% perciben un estado de salud aparentemente sano, concluyendo que no obstante que la mayoría de los adultos mayores son independientes para realizar las actividades de la vida diaria, estos no desarrollan adecuadamente su capacidad de autocuidado, por lo que el grado funcional independiente es una condición necesaria pero no suficiente para un buen autocuidado, los adultos mayores que perciben algún riesgo para su salud se cuidan mejor que los que se perciben sanos.

De acuerdo a (Balcázar, 2006), en la investigación: Acciones de autocuidado en el adulto mayor, aborda que el ejercicio y la actividad son importantes para el adulto mayor, como un medio para promover y preservar la salud.

La actividad física mantenida a lo largo de la vida de forma continua, es un determinante del grado de funcionalidad física que observamos en esta etapa debido a que hay mayor tiempo libre y se puede aprovechar para leer, cultivar, coser, acudir a reuniones con amigos, vecinos o familiares. Los adultos mayores deben concentrarse en una actividad a la vez para disminuir la sobrecarga sensorial.

Las actividades de autocuidado en el ejercicio forman parte importante en la prevención primaria, debido a que el adecuado uso de nuestro sistema musculoesquelético favorece a su vez el funcionamiento cardiovascular; la movilidad es un factor importante en la capacidad de realizar las actividades de la vida diaria que, a su vez, serán reflejo de la calidad de vida que cada persona desea.

El movimiento mejora los órganos corporales al activar la circulación de los mismos, al igual influye psicológicamente en la autoimagen al verse beneficiada la figura corporal. El diseño de la investigación fue descriptivo y transversal, donde la población fue constituida por adultos mayores con una muestra de 60 personas y un muestreo

probabilístico aleatorio simple; donde se utilizó un cuestionario, para la recolección de los datos, diseñado para tal fin. Dentro de los resultados se destacó lo siguiente: en cuanto a la dieta más de la mitad de la población no la sigue, debido a las necesidades económicas. Respecto a la actividad física la mayor parte de la muestra realiza ejercicio y actividad física. En relación al dormir y descansar la mayoría no recurre a dichas actividades para conciliar el sueño. Por lo que el autocuidado representa una alternativa eficaz, para el logro del bienestar en el adulto mayor y mejorar los conocimientos sobre aspectos de salud, lo que se traducirá en una población adulta más saludable.

A manera de resumen se observó unidad de criterios y resultados en estos estudios y coincidencia con los planteados por el investigador en el presente estudio, demostrando el desconocimiento que existe en relación al autocuidado de la actividad física en el adulto mayor y esta situación motiva a realizar estudios similares.

Por ello, si bien es cierto, se ha conseguido actualmente vivir más años lo importante no es la cantidad sino la calidad, esto presenta desafíos para los trabajadores de la salud, quienes deben orientar su quehacer no sólo por alargar la vida sino de dotarla de la más alta calidad posible y esto dependerá del conocimiento y actitudes que se tenga respecto a las necesidades y problemática que enfrenta el adulto mayor.

Preparar una población de adultos mayores con mejor autoestima, informada y motivada para valerse por sí misma el mayor tiempo posible, constituye un valioso capital para cada uno de ellos y para nuestra sociedad. Para ello es importante que quienes trabajamos con adultos mayores los estimulemos y apoyemos con dedicación, pero considerando que necesitan desafíos y que el hecho de asumir responsabilidades es muy saludable para favorecer su autoestima y valoración social.

Tabla 6-4: Distribución de adultos mayores según conocimiento sobre el autocuidado de la actividad física. Centro del adulto mayor Sicalpa Viejo, enero a junio 2016.

Conocimiento	No	%
Sobre el ejercicio físico		
Satisfactorio	9	28,1
No satisfactorio	23	71,9
Total	32	100,0

Fuente: Encuesta

Realizado por: Dra. Nancy del Pilar Guacho Guaman

En el presente estudio se encontró una relación significativa, entre el conocimiento sobre el autocuidado de la actividad física y la variable nivel de instrucción con ($p=0,003$), no comportándose así en el resto de las variables estudiadas, existen pocos estudios que realicen esta correlación, pero si está demostrado que el bajo nivel de instrucción favorece que exista un conocimiento no satisfactorio sobre el autocuidado de la actividad física, esta situación obliga a los médicos familiares y a las instituciones de salud de la atención primaria a trabajar con este grupo de edad y de manera sencilla informarlos sobre los aspectos básicos necesarios sobre el autocuidado de la actividad física.

A pesar de existir pocos estudios en relación a este tema, (Tomalá, 2013-2014), en su investigación la que tuvo como objetivo determinar el deterioro de la movilidad física manifestado por la dificultad de auto cuidado.

La independencia física, psíquica e intelectual del adulto mayor se va perdiendo debido a las diferentes enfermedades que se van presentando a ésta edad (más de 65 años), al desconocer las causas que lo ocasionaban y que afectaban su estilo de vida.

Obtuvo como resultados de la investigación que el 40% de la población encuestada no saben que es el autocuidado, el 20% no realiza ninguna actividad física, aproximadamente el 40% tiene dificultad para auto cuidarse, y que la mayor causa de deterioro de la movilidad es el miedo a caer que sienten los adultos mayores y como conclusiones se determinó con los resultados, que un grupo de los adultos mayores sujetos de investigación existe dificultad a la hora de llevar a cabo aquellas actividades de autocuidado y por ende esto haría que no lleven un buen estilo de vida y si está demostrado que el bajo nivel de instrucción favorece que exista un conocimiento no satisfactorio, esta situación obliga a los médicos familiares y a las instituciones de la

atención primaria de salud a trabajar con las personas de 65 años y más, a través de actividades de promoción y prevención. (Tabla No.7)

Según (Alvear, 2014) que realizó un estudio titulado en el que se aborda como en Ecuador se dispone de muy pocos datos sobre el comportamiento de la percepción de la capacidad de autocuidado entre los adultos mayores; siendo considerado este grupo poblacional vulnerable además se ha demostrada la relación entre la capacidad de autocuidado y la calidad de vida de los adultos mayores y tuvo como objetivo: establecer la percepción de la capacidad de autocuidado del adulto mayor del Centro de Promoción Activa del IESS-Cuenca-2014, se utilizó como metodología: el estudio de tipo descriptivo en el que se encuestó a 120 pacientes de los que el 65 % fueron mujeres, la técnica empleada fue la encuesta, el instrumento fue el TEST DE CYPAC-AM. 1. Como estadísticos para datos cuantitativos se empleó la estadística descriptiva como frecuencias y porcentajes. En el caso de los datos cualitativos se empleó la frecuencia relativa (%) para resumir el comportamiento de los mismos.

Se obtuvo como resultados de la investigación muestran que en el 30% de los adultos mayores estudiados la percepción de la capacidad de autocuidado fue deficiente, las áreas con mejor desempeño (autocuidado adecuado) entre los adultos mayores se encuentran el control de adicciones (80,0 %), la actividad física (65,8 %) y el control de la medicación (64,2 %), mientras que las de bajos resultados fueron las de control del descanso y sueño y el control de la eliminación, en los que más del 40 % de la muestra presentó una percepción de autocuidado inadecuada, concluyendo que los resultados indican un déficit potencial en el autocuidado de los adultos mayores investigados, lo que sugiere la necesidad de ampliar este estudio a otros centros geriátricos de la ciudad y del país, además muestra una clara correlación entre sexo, nivel de instrucción y percepción del autocuidado.

De acuerdo a (Sanhuenza, 2012) en su investigación en la que tuvo como objetivo: evaluar el efecto de un programa de autocuidado en la funcionalidad de adultos mayores, pertenecientes a un Centro de Salud Familiar del sur de Chile, la metodología que se utilizó fue un estudio de tipo experimental puro que intervino un grupo de adultos mayores entre 65 y 79 años, durante julio y agosto de 2002, en la que se midió la funcionalidad de acuerdo con las necesidades funcionales básicas, funciones mentales y autopercepción de salud, se obtuvo como resultados: fuerte asociación entre la

participación en el programa de autocuidado y ausencia de dependencia para necesidades funcionales básicas valor $p=0,0001$; funciones mentales intactas valor $p= 0,01$ y buena autopercepción de salud valor $p=0,0002$,

Concluyendo que el programa de autocuidado constituiría un entorno estimulante declarado por Lehr y Orem, necesario para mantener o corregir el declive funcional natural del adulto mayor, favoreciendo su independencia en necesidades básicas de la vida diaria, mejorando sus funciones mentales y autopercepción de salud.

Tabla 7-4: Distribución de adultos mayores según características sociodemográficas y conocimiento sobre el autocuidado de la actividad física. Centro del adulto mayor Sicalpa Viejo, enero a junio 2016.

Características sociodemográficas	Conocimientos				Total		p
	No Satisfactorio		Satisfactorio		N=32		
	N°	%	N°	%	N°	%	
Grupos de edades							
65-69	3	13,1	5	55,6	8	25,0	0,668
70-74	6	26,1	1	11,1	7	21,9	
75-79	5	21,7	1	11,1	6	18,7	
80 y más	9	39,1	2	22,2	11	34,4	
Sexo							
Femenino	14	60,9	5	55,6	19	59,4	1,000
Masculino	9	39,1	4	44,4	13	40,6	
Nivel de instrucción							
Ninguna	14	60,9	5	55,6	19	59,4	0,0032
Primaria	9	39,1	4	44,4	13	40,6	
Secundaria	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
Superior	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
Estado civil							
Casado	13	56,5	7	77,8	20	62,50	0,084
Soltero	0	0,0	1	11,1	1	3,1	
Viudo	10	43,5	1	11,1	11	34,3	
Ocupación							
Independiente	7	30,4	3	33,4	10	31,3	1,000
Jubilado	4	17,4	2	22,2	6	18,7	
Ama de casa	12	52,2	4	44,4	16	50,0	

Fuente: Encuesta

Realizado por: Dra. Nancy del Pilar Guacho Guaman

CAPÍTULO V

5 PROPUESTA

5.1 Estrategia de intervención educativa sobre el autocuidado de la actividad física en personas de 65 años y más del centro del adulto mayor Sicalpa Viejo.

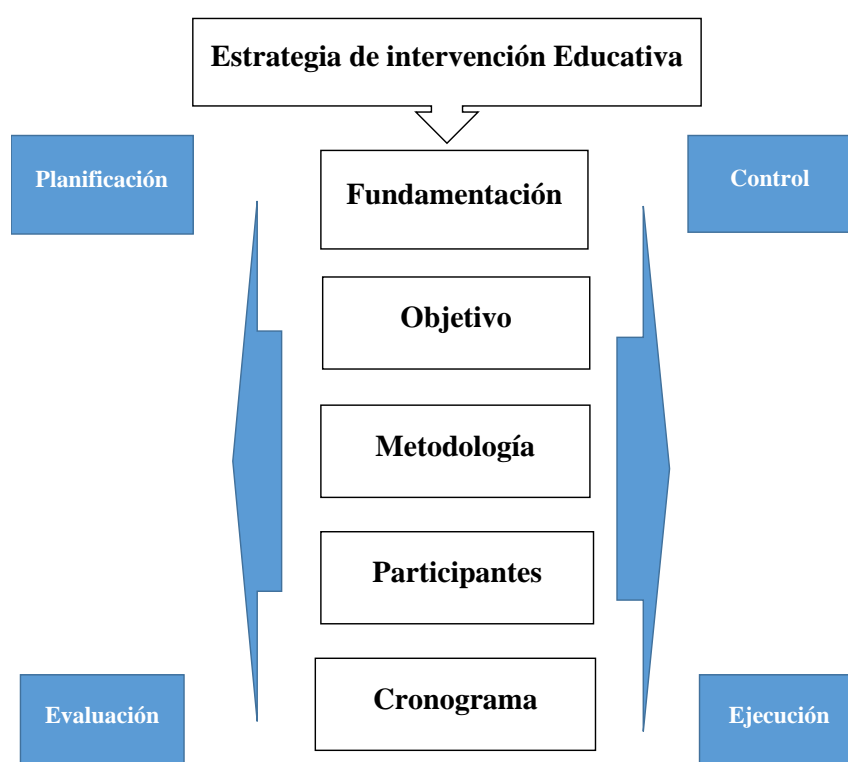


Gráfico 1-5: Estrategias de intervención

Fuente: Dra. Nancy del Pilar Guacho Guaman

5.2 Fundamentos:

La estrategia de intervención educativa se fundamenta desde una perspectiva filosófica, sociológica y psicológica las cuales se articulan para sustentarla. Desde una perspectiva filosófica se considera la práctica social como punto de partida, se concibe al hombre como un ser de naturaleza social, que se desarrolla según las relaciones dialécticas que establece con la realidad que le rodea como parte del sistema naturaleza-hombre-sociedad.

Desde una perspectiva sociológica se concibe al individuo como históricamente condicionado, producto del propio desarrollo de la cultura que él mismo ha creado conduce a abordar la relación que existe entre la educación, cultura y sociedad: la sociedad como depositaria de toda la experiencia histórico-cultural y la educación como medio y producto de la sociedad y su transformación.

Desde una perspectiva psicológica el enfoque histórico cultural del desarrollo humano, asume que el fin de la educación es la transformación del hombre y la cultura en su interrelación dialéctica: el hombre se educa a partir de la cultura creada y a la vez la desarrolla, y que necesariamente responde a las exigencias de la sociedad en cada momento histórico.

La estrategia se incluye desde la epistemología pedagógica de este tipo de intervención en el paradigma sociocrítico donde el diseño respeta y valoriza tanto el papel del salubrista como al sujeto en el medio en que ambos se desarrollan, preconice un protagonismo integral y dialectico donde no se entiende la intervención en salud sin un rol activo de los actores sociales, manteniendo la autoreflexión crítica en los procesos de conocimiento lo que demanda una racionalidad sustantiva que incluya los juicios, los valores y los intereses de la sociedad.

Su objetivo es la transformación de la estructura de las relaciones sociales dando respuesta a los problemas generados por ellas y teniendo en cuenta la capacidades activas y reflexivas de los propios integrantes de la comunidad el conocimiento y la comprensión de la realidad como praxis, la vinculación de la teoría con la práctica, integrando conocimiento, acción y valores; la orientación del conocimiento hacia la emancipación y liberación del ser humano, y su propuesta de integración de todos los participantes,

incluido el investigador, en procesos de autorreflexión y de toma de decisiones consensuadas.

Se asume que el tema el autocuidado en la actividad física en personas de 65 años y más es hoy un importante problema de salud, de causa multifactorial, que afecta todo el mundo, todo lo cual hace que múltiples profesionales de la salud en el ámbito internacional y de nuestro país en particular, centren sus proyectos investigativos en buscarle solución a esta problemática.

Después de realizar un análisis de los resultados obtenidos mediante la aplicación de los instrumentos investigativos propuestos se pudo conformar un diagnóstico de la situación inicial.

5.2 Diagnóstico educativo:

- Escasos conocimientos en relación al autocuidado de la actividad física en las personas de 65 años y más.

5.3 Como problema de salud a intervenir se plantea.

¿Qué relación existe entre el conocimiento sobre el autocuidado de la actividad en personas de 65 años y más del Centro del Adulto Mayor Sicalpa Viejo en el periodo de enero - junio 2016. ?

¿Qué elementos pueden ser incorporados en una estrategia de intervención educativa sobre el autocuidado de la actividad en personas de 65 años y más del Centro del Adulto Mayor Sicalpa Viejo en el periodo de enero - junio 2016 ?

En cuanto a los elementos educativos están los conocimientos en relación al autocuidado de la actividad física en las personas de 65 años y más del Centro del Adulto Mayor Sicalpa Viejo.

5.4 Recursos disponibles

Se utilizarán como recursos disponibles papelógrafo, lápices, computadoras, pizarra, computadora, infocus, folletos y el auditorio del Centro del Adulto mayor Sicalpa Viejo.

5.5 Objetivos

5.5.1 General

Educar a las personas de 65 años y más en relación al autocuidado de la actividad física.

5.5.2 Específicos

- Incrementar el conocimiento en relación al concepto de actividad física y ejercicio físico.
- Elevar el conocimiento relacionado con la importancia de la práctica de ejercicio físico para la salud de las personas de 65 años y más.
- Conocer si se puede realizar ejercicio físico a cualquiera edad y cuando se padece de alguna enfermedad.

5.6 Limites

El límite de tiempo para llevar a cabo el programa será con una periodicidad semanal, pueden desarrollarse en una o más sesiones de varias horas de duración (entre 1 y 2 horas cada sesión), se utilizará como escenario para el desarrollo de los talleres el auditorio del Centro del Adulto Mayor de Sicalpa viejo y con el mismo se beneficiarán 32 adultos mayores que se encuentran en este centro del adulto mayor.

5.7 Estrategia

Está conformada con acciones de tipo instructivo-educativas a cumplir, teniendo en cuenta la forma organizativa de la enseñanza, los responsables, participantes, el periodo de cumplimiento y forma de evaluación, que finalizó con orientaciones generales para el cumplimiento de la misma.

El diseño se realizó siguiendo los elementos señalados en la propuesta de la OPS

Se siguió una metodología activa de enseñanza lo que promovió el desarrollo de capacidades individuales y grupales, el trabajo independiente, la participación activa, consciente y creadora de todos los participantes.

La forma organizativa docente empleadas fue el taller. Además se tuvo en cuenta el lugar de la reunión accesible y adecuada para todos, así como la fecha y hora se estableció de mutuo acuerdo.

Los contenidos se presentan de forma amena, sencilla, sin dejar de incluir todos los elementos necesarios para su comprensión y destacando las invariantes que reforzaban los contenidos principales, estimulando además la realización de preguntas para evacuar las dudas existentes o profundizar en algunos aspectos, se establecieron permanentemente vínculos con la práctica y las nociones cultura de los participantes a través de “aprender haciendo”, incidiendo en la motivación de los individuos para lograr un cambio de actitud.

El material didáctico empleado fueron diapositivas, transparencias, láminas y computadoras y se utilizaron técnicas que permitieron actuar en los niveles cognitivo, afectivo y conductual de los individuos.

5.8 Actividades

Se seleccionan y organizan, en función de los objetivos, coordinando los recursos, los contenidos, con el tipo de mensaje, seleccionando adecuadamente las técnicas, los espacios y los medios en función de los posibles sujetos del proceso educativo; de acuerdo a los avances y propuestas metodológicas de la pedagogía contemporánea.

5.9 Recursos

Se seleccionan en función de las actividades, los medios didácticos o los soportes para el aprendizaje, en este caso se utilizaron: papelógrafo, lápices, computadoras, pizarra, computadora, infocus, folletos y el salón de reunión del Centro del Adulto mayor Sicalpa Viejo.

5.10 Temporalización

Se establece un cronograma de 5 sesiones con una duración de 2 horas de duración y en función de los objetivos, de las actividades programadas sin perder de vista el problema a solucionar.

5.11 Evaluación

La evaluación se basa, en este estudio, en un alto componente de intercambio entre las personas de 65 años y más que forman parte del estudio y el investigador, con el objetivo de mostrar los resultados en el seno del colectivo.

La evaluación de resultados: se realizara tipo test - re test utilizando el mismo instrumento con que se realizó el diagnóstico inicial al menos dos semanas después de terminada la intervención.

La evaluación de actividades: se realizara al final de cada sesión con la aplicación de la técnica PNI desarrollada por Edward de Bono, lo que nos permitirá analizar los aspectos positivos, negativos e interesantes de cada tema a modo de retroalimentación.

La evaluación de proceso: se utilizara una encuesta diseñada al efecto que incluirá los aspectos relacionados con el análisis del cumplimiento de los objetivos propuestos, el cumplimiento de la planificación (cronograma y tareas previstas para cada fase), adecuación de los recursos y técnicas empleadas, y nivel profesional del facilitador, la cual será aplicada de forma individual o grupal durante la última sesión del programa a modo de conclusiones.

Se propone que si en el transcurso de las diferentes actividades alguna de las personas demuestra que no ha alcanzado los conocimientos suficientes de acuerdo a los objetivos propuestos, el profesional a cargo de la actividad podrá diseñar otras acciones con el fin de cumplir la finalidad de la estrategia.

5.12 Presentación del programa

Para el desarrollo del programa se prevé cinco encuentros, con una periodicidad semanal, pueden desarrollarse en una ó más sesiones de 2 horas de duración en dependencia de la complejidad y extensión de los objetivos a lograr. Deben participar varios trabajadores del centro de salud para el logro del aprendizaje multidisciplinario y multiprofesional propio del abordaje de temas multi, inter y transdisciplinarios.

Se utilizarán métodos activos que propicien el protagonismo, la toma de decisiones y el compromiso con la tarea, por lo que deben emplear situaciones dilemáticas y asignarse

roles y tareas individuales y grupales, propiciando la aceptación de la diversidad y del criterio ajeno (alteridad) en un ambiente de fraternidad, se estimula la actividad creadora y la independencia, que promuevan a los participantes a presentar sus ejercicios con iniciativas, sugiriéndose aplicar técnicas de animación para restablecer la capacidad de trabajo y la atención.

Los estilos de comunicación utilizados por el coordinador, deben estar orientados hacia la participación social, la cual se considera fundamental para los procesos de desarrollo comunitario y en la atención primaria de salud, es un requisito previo esencial para que los individuos y las familias asuman la responsabilidad de desarrollar el bienestar y la propia salud de la comunidad.

Por lo que constituye un elemento indispensable a tener en cuenta para el diseño de talleres que contribuyan a incrementar el conocimiento sobre autocuidado en la actividad física en personas de 65 años y más del Centro del adulto mayor de la comunidad Sicalpa Viejo durante el período de enero a junio de 2016.

Para su realización se tendrá en cuenta las condiciones de infraestructura que permitan un desarrollo de los talleres según los fines previsto. El local en el que se trabaje debe reunir los siguientes requisitos: espacioso, ventilado y con iluminación adecuada, factores que permiten la correcta interacción entre los participantes de los talleres. Se debe tener en cuenta la privacidad del local, para que no puedan ser interrumpidos y evitar distracciones por ruidos o sonidos del exterior.

Las sillas serán dispuestas en círculo, lo más cerca posible, se incluye en el grupo al facilitador. Esta estructura permite un ambiente afectivo para los sujetos, y logra un clima de trabajo favorable mediante la cercanía física y la disposición de visibilidad entre los participantes.

En general los talleres se caracterizan por incrementar el conocimiento sobre autocuidado en la actividad física en personas de 65 años y más, mediante la utilización de métodos de elaboración conjunta, demostración y el método expositivo, con la ayuda de las técnicas de apertura y cierre del taller, las cuales motivan la actividad logrando la retroalimentación de las vivencias y opiniones de los participantes, al finalizar se realizará un taller de cierre donde se evaluarán los conocimientos impartidos en los talleres, para

comprobar la adquisición de conocimientos en los pacientes de 65 años y más en relación al autocuidado de la actividad física.

5.13 Estructura del programa

Título: el ejercicio físico, como referente para incrementar el conocimiento sobre autocuidado de la actividad física en personas de 65 años y más centro del adulto mayor, comunidad Sicalpa viejo.

Objetivo General: educar a los pacientes de 65 años y más en relación al autocuidado de la actividad física.

Dirigido a: adultos mayores del centro de salud Sicalpa viejo.

Horas totales: 10 h

Responsables: Dra. Nancy del Pilar Guacho Guamán.

Centro de salud: Sicalpa.

Recursos: computadoras, videos, pizarrón, carteles, textos.

Forma organizativa docente: taller.

Métodos: métodos activos de discusión en grupos, de situaciones, de grupo para la solución creativa de problemas, métodos de reflexión y debate.

5.14. Fundamentación del Programa

El programa se fundamenta sobre la base de la necesidad de satisfacer el conocimiento de los pacientes de 65 años y más en relación al autocuidado de la actividad física, teniendo en cuenta que esto es una problemática que no solo se presenta en este medio sino también en todos los centros del adulto mayor, de ahí la importancia de diseñar un programa que contribuya a elevar el conocimiento sobre autocuidado de la actividad física en personas de 65 años y más para de esta manera favorecer el autocuidado de la salud de este grupo de personas y lograr modificar los estilos de vida en relación a la práctica de ejercicio físico, siendo esto un beneficio para la salud de los mismos.

5.15. Plan temático

Tema 1: introducción al programa educativo.

Objetivos: estimular la participación e integración entre los miembros del grupo, para propiciar la creación de un ambiente fraterno y de confianza.

FOD: taller

Técnicas utilizadas: técnica de presentación “Conociendo a otras personas “

Tema 2: Concepto de actividad física y ejercicio físico.

Objetivos: adquirir conocimientos acerca de los conceptos actividad física y ejercicio físico.

FOD: taller

Técnicas utilizadas: “La lluvia de ideas y PNI (positivo, negativo, interesante”

Tema 3: importancia de la práctica de ejercicio físico para la salud de las personas de 65 años y más.

Objetivos: adquirir conocimientos acerca de la importancia de la práctica de ejercicio físico para la salud de las personas de 65 años y más.

FOD: taller

Técnicas utilizadas: “La lluvia de ideas” y “Reflexiones del día”.

Tema 4: práctica de ejercicio físico y su relación con alguna enfermedad o con la edad.

Objetivos: que los participantes conozcan si pueden realizar ejercicios físicos a cualquiera edad y aun padeciendo de alguna enfermedad.

FOD: taller

Técnicas utilizadas: “El completamiento de frases”

Tema 5: taller final de cierre y evaluación.

Objetivo: consolidar los conocimientos adquiridos en los temas impartidos, a partir de situaciones problemáticas y de esta manera elevar el conocimiento en relación al autocuidado de la actividad física en los pacientes de 65 años y más del centro del adulto mayor Sicalpa viejo.

FOD: taller

Técnicas utilizadas: “El regalo de la alegría”

Tabla 1-5. Organización y calendario de actividades:

Fecha	Temática	F.O.E.	Responsable de la actividad	Total de horas
	Tema 1: introducción al programa educativo.	Taller	Coordinador	2
	Tema 2: Concepto de actividad física y ejercicio físico.	Taller	Coordinador	2
	Tema 3: importancia de la práctica de ejercicio físico para la salud de las personas de 65 años y más.	Taller	Coordinador	2
	Tema 4: práctica de ejercicio físico y su relación con alguna enfermedad o con la edad.	Taller	Coordinador	2
	Tema 5: taller final de cierre y evaluación.	Taller	Coordinador	2

Fuente: Encuesta

Realizado por: Dra. Nancy del Pilar guacho Guaman

5.16. Talleres

Taller No. 1: introducción al programa educativo.

Objetivos: estimular la participación e integración entre los miembros del grupo, para propiciar la creación de un ambiente fraterno y de confianza.

Técnica de presentación: “Conociendo a otras personas”

Objetivo: Conocer a otros participantes compartiendo aspectos de su vida personal y profesional.

Contenido: aspectos generales sobre el programa educativo.

Material: Papelógrafo con datos personales que deben preguntar.

Metodología: Cada participante buscará a un compañero que no conozca, una vez que se encuentran, tendrán 5 minutos para presentarse, con un nombre que le guste que le llamen, actividad que realiza, hobby o algo que quiera compartir.

Luego se unen a otra pareja, donde cada uno presenta a su compañero en función de lo que escuchó decir cuando se le presentó, puede agregar una impresión personal.

Ejemplo: Nombre, ocupación, cargo, procedencia (región o lugar de trabajo), pasatiempo favorito (o algo personal que quiera compartir con el grupo).

Momento inicial o de introducción

Presentación de la estrategia .Los temas que se tratarán en los talleres serán descritos en una pizarra o papelógrafo, dejando espacio entre uno y otro para que puedan incluirse las expectativas surgidas posteriormente.

Momento central o de desarrollo

En este paso se definen colectivamente los objetivos que se persiguen, los temas, las funciones de los participantes (según sus preferencias) y del coordinador, las evaluaciones, la duración de los talleres, la frecuencia de los encuentros, hora, lugar, entre otras condiciones que se consideren necesarias .Esto se realizará en forma de diálogo, escribiendo en la pizarra cada dato en particular.

Momento final o de cierre

Se realiza una reflexión grupal y mediante una lluvia de ideas se va reflejando en la pizarra las opiniones de los participantes a cerca de las fortalezas, debilidades y amenazas que tienen para ellos esta estrategia de intervención.

Taller No. 2: conociendo que es la actividad física y el ejercicio físico.

Objetivos: adquirir conocimientos acerca de los conceptos actividad física y ejercicio físico, así como la frecuencia con que se puede realizar.

Materiales y recursos: Hojas, lápices, computadora.

Contenido: aspectos generales sobre los conceptos actividad física y ejercicio físico, así como la frecuencia con que se puede realizar.

Metodología:

Momento inicial o de introducción

Se da inicio al taller con la presentación de los temas que se tratarán durante el taller, serán descritos en una pizarra, dejando espacio entre uno y otro para que puedan incluirse las expectativas surgidas posteriormente luego se definen colectivamente los objetivos que se persiguen, los temas, las funciones de los participantes (según sus preferencias) y del coordinador.

A continuación el coordinador realizará una pregunta de inicio y de salida del tema a tratar en el taller, con el objetivo de determinar los conocimientos iniciales que poseen los participantes.

Momento central o de desarrollo

Construcción grupal del concepto de actividad física y ejercicio físico y la diferencia entre ambos. Posteriormente se forma tres grupos cada equipo debe discutir y presentar con sus palabras qué entiende por actividad física y ejercicio físico, luego mediante la técnica lluvia de ideas, el coordinador irá escribiendo en la pizarra las que expresen los y las participantes sobre el concepto ambos conceptos y las agrupará en un cuadro. Los participantes construirán colectivamente el concepto actividad física y de ejercicio físico. Seguido de esto se propone la pizarra dividida en dos y se colocan los dos términos actividad física y ejercicio físico.

Se construirán juntos los lineamientos esenciales que la caracterizan, a través de la presentación de imágenes de un power point, se expondrá a los participantes las diferencias entre actividad física y ejercicio físico.

Momento final o de cierre

Una vez concluido el momento anterior el coordinador o coordinadora utilizará como cierre la técnica: El PNI (Positivo, negativo e interesante) donde se les pide a los participantes que piensen en los aspectos positivos del taller y que cada uno expresa su criterio; el coordinador o coordinadora lo refleja todo en la pizarra. A continuación se pide su criterio sobre los aspectos negativos y se procede igual. Se finaliza con lo interesante.

Taller No. 3: el ejercicio físico y su importancia para la salud de las personas de 65 años y más.

Objetivos: adquirir conocimientos acerca de la importancia de la práctica de ejercicio físico para la salud de las personas de 65 años y más.

Materiales y recursos: Hojas, lápices, computadora.

Contenido: aspectos generales relacionados con la importancia de la práctica de ejercicio físico para la salud de las personas de 65 años y más.

Metodología:

Momento inicial o de introducción

Se da inicio al taller a través lluvia de ideas con el objetivo de realizar un pequeño recuento del taller anterior para caer en el contenido a tratar en el presente taller, con esto motivar a los participantes.

Momento central o de desarrollo

La actividad central del taller estará encaminada a realizar un análisis de la importancia de la práctica de ejercicio físico para la salud de las personas de 65 años y más y el desarrollo será mediante “La lluvia de ideas”, se exhorta a los participantes a decir la

importancia de la práctica de ejercicio físico para la salud de las personas de 65 años y más. Posteriormente mediante la presentación de imágenes de un power point, se expondrá a los y las participantes vivencias de la importancia del ejercicio físico para la salud de las personas de 65 años y más.

Momento final o de cierre

Una vez concluido el momento anterior el coordinador o coordinadora utilizará como técnica de evaluación y cierre: “Reflexiones del día”. Con el objetivo de llegar a fomentar la experiencia vivencial de lo que significó el día para los participantes en relación a la importancia del ejercicio físico para la salud.

Taller No. 4: relación del ejercicio físico y las enfermedades.

Objetivos: que los participantes conozcan si pueden practicar ejercicios físicos a cualquiera edad y aun padeciendo de alguna enfermedad.

Materiales y recursos: Hojas, lápices, computadora.

Contenido: aspectos generales relacionados con la práctica de ejercicios físicos a cualquiera edad y aun padeciendo de alguna enfermedad.

Metodología:

Momento inicial o de introducción

Se da inicio al taller con un pequeño recuento del taller anterior para caer en el contenido a tratar en el presente taller, con el objetivo de motivar a los participantes con la actividad y se utiliza una técnica de presentación para conformar los equipos para realizar trabajo en equipo.

Momento central o de desarrollo

La actividad central del taller estará encaminada a realizar un análisis de la práctica de ejercicio físico cuando se padece de alguna enfermedad y su relación con la edad.

Se provocará un análisis para la reflexión del tema y cada equipo deberá dar su opinión al respecto, posteriormente mediante la presentación de imágenes de un power point, se

expondrá a los y las participantes los ejercicios físicos para todas las edades y en las diferentes enfermedades.

Momento final o de cierre

Se realizara mediante la técnica: “El completamiento de frases”

Objetivos: Recoger la opinión de cada integrante con respecto a los resultados del trabajo grupal realizado.

Permite al facilitador retroalimentarse con respecto a los logros y deficiencias del taller realizados.

Taller No. 5: comprobando lo aprendido en relación a la actividad física y el ejercicio físico.

Objetivo: consolidar los conocimientos adquiridos en los temas impartidos, a partir de situaciones problemáticas y de esta manera el conocimiento en relación al autocuidado de la actividad física en los pacientes de 65 años y más.

Técnica “El regalo de la alegría.”

Objetivos: facilitar estrechar vínculos afectivos entre los participantes del taller y brindar la posibilidad a los participantes de expresar sus experiencias individuales y grupales con respecto a los talleres.

Materiales y recursos: Hojas, lápices, computadora.

Contenido: consolidar los conocimientos adquiridos en los temas impartidos, a partir de situaciones problemáticas.

Metodología:

Momento inicial o de introducción

Todos los participantes se dividen en dos. El facilitador introduce la idea de que cada persona debe confeccionar imaginariamente un regalo para su compañero, el cual le debe ocasionar mucha alegría. Las parejas conversan unos minutos sobre sus gustos e intereses.

Luego reunidos en grupo se provoca la verbalización de lo regalado. Posteriormente la persona que lo desee puede realizar un regalo a otro integrante del grupo.

Momento central o de desarrollo

En este momento se reflexiona sobre los talleres y cada participante expresa su criterio de los mismos y el facilitador ofrece un pequeño recordatorio y las conclusiones de los talleres.

Momento final o de cierre

Una vez concluido el momento anterior el coordinador o coordinadora utilizará como cierre la técnica: El PNI (Positivo, negativo e interesante) donde se les pide a los participantes que piensen en los aspectos positivos del taller y que cada uno expresa su criterio; el coordinador o coordinadora lo refleja todo en la pizarra. A continuación se pide su criterio sobre los aspectos negativos y se procede igual. Se finaliza con lo interesante.

CONCLUSIONES

La edad más representada fue de 80 años y más, el sexo femenino, el nivel de instrucción ninguna, estado civil casado y la ocupación ama de casa.

El conocimiento sobre el autocuidado de la actividad física en las personas de 65 años y más es no satisfactorio.

Con una correlación significativa con el nivel de instrucción, no comportándose así con el resto de las variables estudiadas.

La estrategia educativa se diseña a partir de los resultados de la entrevista realizada, con el objetivo de informar a las personas de 65 años y más sobre la importancia del autocuidado de la actividad física.

RECOMENDACIONES

Las recomendaciones derivadas de las conclusiones a las que ha arribado el autor le permite proponer a los responsables del distrito Colta-Guamote y director del Centro De Salud Sicalpa Viejo:

Instrumentar la estrategia diseñada en todos los Centros de salud.

Es necesario brindar una educación continua sobre el conocimiento sobre el autocuidado de la actividad física por cuanto hay un desconocimiento del mismo.

Es recomendable, desarrollar futuros estudios en los cuales se compare el efecto de diferentes estrategias de enseñanza y el aprendizaje sobre el tema para medir los conocimientos hacia el autocuidado de la actividad física.

BIBLIOGRAFÍA

ALVAREZ, P. (2010). *Normas y protocolo de atención de salud del adulto mayor*. Quito-Ecuador.

ALVEAR. (2014). *Percepción de la capacidad de autocuidado del Adulto Mayor del Centro de Promoción Activa del IESS*. Cuenca-Ecuador

ARAYA, A. (2012). *Cartillas Educativas Calidad de vida en la vejez, Autocuidado de la salud*. Santiago de Chile.

AREYAN, Y. (2014). *Psicología, cambios sociales en el adulto mayor. Club ensayo*. p 3.

ARTILES,V. IGLESIAS,O. BARRIOS, O. (2008). *Metodología de la Investigación para la Ciencia de la Salud. Capítulo I, p 72*.

Consultado el 15 de noviembre de 2016:

[http://www.academia.edu/14997203/Metodología_de_la_investigación._Para - las_Ciencias_de_la_Salud](http://www.academia.edu/14997203/Metodología_de_la_investigación._Para_-_las_Ciencias_de_la_Salud)

BALCAZAR. (2006). *“Acciones de autocuidado en el adulto mayor”, tuvo como propósito investigar las acciones de autocuidado en el adulto mayor”*.

CABRERA. (2012). *Ocupación en el Tercera edad*. Azogues-Ecuador.

COMISION ECONOMICA PARA AMERICA LATINA Y EL CARIBE.(CEPAL) (2012).

Consultado el 03 de noviembre de 2016

<http://www.cepal.org/es>

ECUADOR, INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA Y CENSO.INEC.

(2010). *Censo de población y vivienda*. Quito-Ecuador

Consultado el 26 de Agosto de 2016

<http://www.ecuadorencifras.gob.ec/base-de-datos-censo-de-poblacion-y-vivienda-2010/>

ECUADOR, INSTITUTO ECUATORIANO DE ESTADISTICAS Y

CENSO.(INEC) (2013). Datos estadísticos

Consultado el 01 de septiembre de 2016

[http://www.inec.gob.ec/estadisticas/?option=com_content&view=article&id=94
&Itemid=9](http://www.inec.gob.ec/estadisticas/?option=com_content&view=article&id=94&Itemid=9)

FIGUEROA. (2010). *Real Academia de la Lengua Española*. España.

GARCÍA. (2010). Cambios del envejecimiento. España.

GARCILAZO. (2015). *Capacidad de autocuidado del adulto mayor para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria en un centro de San Juan de Miraflores*. Lima-Perú.

GUÍA DE ACTIVIDAD FÍSICA Y EJERCICIO FÍSICO DEL ADULTO MAYOR

(2010). p. 4.

GUTIERREZ, L. (2010). *Gerontología y nutrición del adulto mayor*. México:

McGraw Hill. p 19

JAEN. (2010). *El conocimiento*. Las Lagunillas.

LAGOS, K. (2014). *Efectividad de la estrategia educativa en un incremento de conocimientos del autocuidado en adultos mayores hipertensos. Centro de atención del adulto mayor "Tayta Wasi"*. Lima-Perú.

LANDINEZ, N. (2012). Proceso de envejecimiento, ejercicio y fisioterapia. 38(4): p.p 562-580.

MILLAN. (2010). *Evaluación de la capacidad y percepción de autocuidado del adulto mayor en la comunidad*.

MINISTERIO DE SALUD DEL PERÚ. (2015).

Consultado el 31 de octubre de 2016

<http://www.minsa.gob.pe/>

MODELO DE ATENCION INTEGRAL DE SALUD.(MAIS). (2013). *Programas del adulto mayor*. Quito-Ecuador.

Consultado el 10 de Julio de 2016

[http://www.msp.gov.ec/index.php/programas/42adultomayor/78 datos generales](http://www.msp.gov.ec/index.php/programas/42adultomayor/78%20datos%20generales)
3.

ORGANIZACION MUNDIAL DE SALUD (OMS). (2006). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud.. Documentos básicos, suplemento de la 45a edición.*

Consultado el 30 de octubre de 2016

http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf?ua=1

ORGANIZACION PANAMERICANA DE SALUD (OPS). (2009)

Consultado el 14 de agosto de 2016

<http://www.paho.org/hq/?lang=es>

PONT, G. (2001). *Tercera edad, Actividad Física y Salud. 5 ed. , p. 21.* Barcelona-España: Paidotribo.

RODRIGUEZ. (2011). *Estrategia de intervención de enfermería, en programa de autocuidado en personas mayores.*

SANHUENZA. (2012). *Optimizando la funcionalidad del adulto mayor a través de una estrategia de autocuidado.* Chile.

SOLIZ, D. (2012). *Agenda de igualdad para adultos mayores.*

TOMALA. (2014). *“Deterioro de la movilidad física manifestado por dificultad de auto cuidado en adultos mayores, centro de atención integral del adulto mayor “sagrada familia”.* Santa Elena-Ecuador.

ANEXOS

ANEXO A. ENCUESTA

ESCUELA SUPERIOR POLITECNICA DE CHIMBORAZO

INSTITUTO DE POSGRADO

ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

ENTREVISTA DIRIGIDA A LAS PERSONAS DE 65 AÑOS Y MAS CENTRO DEL ADULTO MAYOR. COMUNIDAD SICALPA VIEJO, ENERO A SEPTIEMBRE 2016”,

Buenos días/tardes

Soy médico posgradista de la ESPOCH y trabajo en el Centro de Salud de Sicalpa. De la forma más cordial y respetuosa solicito de manera comedida que conteste las siguientes preguntas que forman parte de una entrevista que nos permitirá identificar el conocimiento sobre el ejercicio físico. Esta entrevista es totalmente anónima, confidencial y lo más importante es que usted responda con sinceridad cada una de las preguntas.

Le agradecemos su gentil colaboración.

Fecha: _____

¿Cuántos años tiene usted? _____

Sexo: Femenino (1) _____ Masculino (2) _____

Estado civil

(1) Casado _____

(2) Soltero _____

(3) Viudo _____

(4) Divorciado _____

(5) Separado _____

¿En qué grado terminó sus estudios?

(1) Ninguno _____

(2) Primaria _____

(3) Secundaria _____

(4) Superior _____

¿Cuál es su ocupación?

(1) Empleado _____

(2) Desempleado _____

(3) Independiente _____

(4) Jubilados _____

(5) Ama de casa _____

(6) Pensionado _____

¿Con quién vive usted?

(1) Solo _____

(2) Acompañado _____

¿Quién es su cuidador?

(1) Conyugue _____

(2) Hijo _____

(3) Otro familiar _____

(4) Otros _____

1. Usted practica ejercicio físico.

Sí _____

No _____ -

2. Padece usted alguna de las siguientes enfermedades?

Presión arterial elevada: (1) _____ SI (0) _____ NO

Osteoartrosis (dolores en los huesos): (1) _____ SI (0) _____ NO

Cardiopatías (Enfermedades del corazón): (1) _____ SI (0) _____ NO

Obesidad: (1) _____ SI (0) _____ NO

3.- ¿Usted ha recibido información sobre el ejercicio físico como forma de actividad física?

(1) Si _____ (0) No _____

4.- ¿Porque vía ha recibido la información?

- (1) Centro de salud _____
- (2) Comité local de salud _____
- (3) Medios de comunicación _____
- (4) Familiares _____
- (5) Personas de la comunidad _____
- (6) Otras _____

5. Cree usted s que el ejercicio físico es igual que actividad física.

(1) Sí _____ (0) No _____

6.- Conoce usted si el ejercicio físico son.

(1) a) movimientos corporales repetitivos y planificados dirigidos por un instructor

(0) b) Tareas domesticas _____

(0) c) Ir a trabajar _____

(0) d) Trabajo agrícola _____

7- ¿Qué tipo de ejercicios físicos usted conoce?

- Bailar _____
- Caminar _____
- Trotar _____
- Pedalear _____
- Labores domesticas _____
- No conozco ninguno _____

8.- ¿Conoce usted con qué frecuencia se debe realizar ejercicio físico?

(1) Una vez por semana _____

(2) Dos veces por semana _____

(3) Todos los días de la semana _____

(4) No se _____

9.- ¿Cree usted que la práctica de ejercicio físico es importante para la salud?

(1) Si _____ (0) No _____-

10. Conoce usted si los planteamientos siguientes constituyen beneficios del ejercicio físico.

1. Previene enfermedades del corazón.

(1) Si _____ (0) No _____

2. Evita obesidad

(1) Si _____ (0) No _____

3. Mejora el aspecto físico

(1) Si _____ (0) No -----

4. Mejora la salud mental

(1) Si _____ (0) No _____

11.- ¿Usted conoce si padecer de alguna enfermedad le impide practicar ejercicio físico?

(1) Si _____

(0) No _____

12.- ¿Conoce usted si se puede practicar ejercicio físico cuando se padece de alguna de las siguientes enfermedades?

- Presión arterial elevada _____
- Osteoartrosis (dolores en los huesos) _____
- Cardiopatías (Enfermedades del corazón) _____
- Obesidad _____
- Hepatitis. _____
- Linfangitis _____

13.- ¿Sabe usted si el ejercicio físico es igual para todas las personas independientemente de la edad?

(1) Si _____

(0) No _

ANEXO B. CRITERIOS DE MORIYAMA

Dimensiones	Criterios de Moriyama							
	Comprensible		Sensible		Pertinente		Factible	
	1ra.	2da.	1ra.	2da.	1ra.	2da.	1ra.	2da.
	%	%	%	%	%	%	%	%
Concepto de actividad física	48,0	0,0	47,0	7,3	6,3	0,0	33,3	0,0
Importancia de la actividad física	7,3	0,0	42,0	7,3	0,0	0,0	73,0	0,0
Relación de la actividad física con la edad y las enfermedades	34,3	0,0	55,6	26,0	0,0	0,0	48,0	0,0
Total	66,7	0,0	48,2	13,5	2,1	0,0	51,4	0,0

ANEXO C. CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Nancy del pilar Guacho Guamán, posgradista de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria de la ESPOCH, estoy realizando mi trabajo de tesis sobre el tema “Diseño de estrategia de intervención educativa sobre autocuidado de la actividad física en personas de 65 años y más. Centro del adulto mayor. Comunidad Sicalpa Viejo, enero a septiembre 2016”. Como requisito para obtener el título de especialista. Se encuestaron a 32 personas de 65 años y más que asisten al centro del adulto mayor de esta comunidad para determinar el conocimiento que poseen sobre el autocuidado de la actividad física y su relación con las variables sociodemográficas. A partir de los resultados obtenidos, se diseñó una estrategia educativa dirigida a las personas de 65 años y más que asisten al centro del adulto mayor Sicalpa viejo, con el propósito de medir el conocimiento sobre el autocuidado de la actividad física. Se garantiza que toda la información brindada será estrictamente confidencial y solo será utilizada con fines investigativos. La participación en el estudio no supone gasto alguno.

Por esta razón, solicito su autorización para participar en la investigación. La decisión de participar es totalmente voluntaria, pudiendo abandonar la misma cuando considere conveniente, sin que eso traiga consigo medidas represivas contra su persona.

Yo _____ estoy de acuerdo en participar en la investigación, habiendo sido informada sobre la importancia de esta investigación.

Para que conste mi libre voluntad,

Firmo la presente el día ____ del mes _____ del año _____.

Firma _____

ANEXO D. RECURSOS/PRESUPUESTO

Los recursos que se utilizarán en el proyecto serán financiados por el investigador.

Gastos del proyecto

1. Material de oficina

Producto	Unidad de medida	Cantidad	Costo en dólares	
			Unitario	Total
Hojas de papel	Resma	5	4	20.00
Tonner impresora láser	Unidad	2	30	60.00
Calculadora	Unidad	1	1	10.00
Perforadora	Unidad	1	5	5.00
Total				95.00

Total de gastos por material de oficina: \$ 95.00

2. Equipamiento

Equipo	Unidad de medida	Cantidad	Costo en dólares	
			Unitario	Total
PC Portátil	Unidad	1	1000.00	1000.00
Impresora Láser	Unidad	1	370.00	370.00
Total				1370.00

Total de gastos por equipos: \$ 1370.00

3. Servicios

Servicios	Unidad de medida	Cantidad	Costo en dólares	
			Unitario	Total
Anillado	Hoja	5	2	10.00
Fotocopias	Hoja	100	0,05	5.00
Impresión	Hoja	5	10	50.00
Total				65.00

Total de gastos por servicios: \$ 65.00

4. Otros gastos

Otros gastos	Unidad de medida	Cantidad	Costo en dólares	
			Unitario	Total
Combustible para viajes	Galón	20	1.50	30.00
Alimentación	Unidad	256	2.00	512.00
Total				542.00

Resumen del presupuesto en gastos directos

Gastos directos	Costo en dólares
Material de oficina	95,00
Equipos	1370.00
Servicios	65.00
Otros gastos	542.00
Total	2072.00

Total de gastos directos: \$ 2072.00

