



RESUMEN

Se realizó un estudio cualitativo de investigación acción participativa, para mejorar la calidad de vida del adulto mayor, mediante la actividad físico-recreativa, en el período comprendido entre mayo – noviembre 2010, con los adultos mayores que conforman los grupos de Diabetes e Hipertensión del Área de Salud # 2, período en el cual se midió los grados de calidad de vida, mediante el cuestionario de “Valoración de Calidad de Vida del Adulto Mayor”, realizado antes y después de la intervención en el Centro de Salud # 2, seguido de la clasificación de los grados obtenidos, de acuerdo a las variables: edad, sexo, estado civil, instrucción, y patología presente, se revisaron las historias clínicas de cada uno de los adultos mayores, para obtener datos de: talla, peso, presión arterial, glucemia, colesterol, triglicéridos, al iniciar y finalizar la intervención, además se aplicó un protocolo de actividad físico-recreativa, diseñada especialmente para el adulto mayor.

La información obtenida fue recolectada y documentada por los autores del estudio, posteriormente ésta se procesó y analizó mediante software SPSS, y EXEL 2007, cuyos resultados coinciden con la teoría de Neef y Sen, que exponen la importancia de crear espacios para la recreación, y de poder satisfacer las necesidades humanas básicas, materiales y no materiales, además concuerdan totalmente con estudios en otros países, que muestran los beneficios de la actividad física y recreación, aún que por separado. Obtuvimos así, una respuesta positiva en el mejoramiento de la calidad de vida de los adultos mayores.

Palabras clave: Adulto mayor, Ancianos de 80 años o mas, Actividad Física, Actividades Recreativas, Calidad de Vida Diabetes, Hipertensión arterial.



SUMMARY

We realize a qualitative investigation participative action studio, to improve the elderly people quality of life through physical & recreate activities, in the period comprise into May to November 2010, with the old people who conform the Diabetes & Hypertension Health's area # 2 groups, in this period we measure the quality of life grade through a questionnaire of "valuation quality of life", that be done before and after intervention, in the health's center # 2, successive we classification the grades obtain agreement variables: age, gender, civil state, instruction and present pathology, review the Clinical Histories of each elderly people, to obtain data: height, weight, arterial pressure, glucemia, cholesterol, triglycerides, beginning and end of intervention, and apply an physical and recreate scheme activities, specially sketched for old people,

The information obtain, were recollected and documented for the investigation's authors, after that this information were processed and analyzed by means of software, SPSS, Y EXEL 2007.coincide with Neef's, and Sen's theory, who expose the importance to create spaces to recreate and can to satisfy the human basics, material and no material necessities, moreover whole agree with studies in other countries, that show the physical, and recreate activities benefits, although separated. We obtain a positive answer in improvement of quality life of elderly people.

Key Words: Elderly people, Old people of 80 years or more, Physical activity, Recreated activities, Quality of life, Diabetes, Arterial Hypertension.



ÍNDICE

CONTENIDO	Pág.
Resumen.....	1
Summary.....	2
Índice	3
Agradecimiento.....	5
Dedicatoria	7
1. INTRODUCCIÓN.....	9
1.1. Planteamiento del problema.....	11
1.2. Justificación y uso de los resultados.....	12
2. FUNDAMENTO TEÓRICO.....	14
2.1. Salud.....	14
2.2. Diabetes.....	15
2.3. Hipertensión arterial	16
2.4. Calidad de Vida.....	17
2.5. Actividad Físico Recreativa.....	26
3. OBJETIVOS.....	34
3.1. Objetivo General.....	34
3.2. Objetivos específicos.....	34
4. METODOLOGIA.....	34
4.1. Tipo de estudio y diseño general	34
4.2. Operacionalización de las Variables.....	35
4.3. Universo de estudio.....	35
4.4. Área de análisis y observación.....	35
4.5. Criterios de Inclusión.....	36
4.6. Criterios de Exclusión.....	36
4.7. Procedimientos para la recolección de información	36
4.8. Procedimientos para garantizar aspectos éticos.....	36
4.9. Plan de análisis	37



5. INTERVENCIÓN PROPUESTA.....	37
6. RESULTADOS	54
7. DISCUSIÓN	83
8. CONCLUSIONES	89
9. RECOMENDACIONES	91
10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	93
11. ANEXOS	95



AGRADECIMIENTO

Gracias a mi Dios que me ha permitido culminar ésta etapa de mi vida, solo por su amor y su gracia sigo de pie, a cada uno de los docentes que aportaron tanto, en mi formación académica, a mis compañeras por estar hombro a hombro, luchando por llegar a la cima, al personal del Centro de Salud # 2, que trabajó complementariamente, y; a cada uno de los adultos mayores que me abrieron su corazón, son parte fundamental de éste estudio, y han sido de inspiración para mi... ..gracias.

Cristina



AGRADECIMIENTO

Agradezco a todos los catedráticos de la Escuela de Tecnología Médica, de la noble y digna Universidad de Cuenca, que supieron entregar a quienes tuvimos la suerte de ser sus estudiantes, toda la sapiencia y conocimientos que constituirán la base fundamental que ha de permitirnos enfrentar nuestra futura vida profesional.

De manera particular a la Dra. Martha Zhindón, directora de tesis y maestra universitaria que ennoblece y dignifica la cátedra universitaria que dignamente ostenta.

Julio



DEDICATORIA

A pesar de la distancia, cerca o lejos, cada uno de ustedes me han apoyado y ayudado a alcanzar ésta meta, con todo mi amor, Adán, Magaly, Diana, Leo, Roger, éste logro no solo es mío, sino de todos ustedes.

Cristina



DEDICATORIA

A mis padres dignos ejemplos de abnegación, sacrificio, y sencillez, al mismo tiempo nunca descansaron, ni escatimaron esfuerzo alguno, hasta verme culminar mis estudios superiores; a mi madre que aunque no este físicamente a mi lado, siempre ha sido y será una razón fundamental de fuerza, amor y dedicación en mi vida.

Por ello los logros que alguna vez llegaré a alcanzar, mas que míos serán suyos propios completamente.

A mis hermanos que has sabido soportar estoicamente todas las limitaciones y sacrificios, que significaron al mantener mis estudios.

Para todos ellos no bastará la dedicatoria de éste trabajo, pero...

...Mi gratitud será eterna

Julio



ACTIVIDAD FISICO-RECREATIVA PARA MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR DEL GRUPO DE DIABETES E HIPERTENSION DEL AREA DE SALUD # 2 CUENCA, 2010

1. INTRODUCCIÓN

El envejecimiento de la población, es uno de los mayores desafíos que tiene la humanidad. Al entrar en el siglo XXI el envejecimiento a escala mundial ha impuesto mayores exigencias tanto económicas como sociales en todos los países, ⁽¹⁾

Gracias al avance de la medicina y la tecnología, se han logrado disminuir los efectos que producen los procesos crónico degenerativos, consiguiendo de ésta manera condiciones más favorables para vivir, incrementando cada vez más la esperanza de vida, no siempre éste incremento va acompañado de un aumento en el nivel de calidad

La vejez conduce a una tranquilidad indiferente, que asegura la paz interior y exterior

de vida, tema que es frecuentemente escuchado, sobre todo en el discurso de los actores políticos, la necesidad de aumentar la calidad de vida de la población e, incluso, que éste debe ser un objetivo principal de la política pública, con respecto a la tercera edad. No obstante, al hablar de calidad de vida se pone de manifiesto un concepto teórico que se basa en el planteamiento de la pregunta de lo que significa una buena vida y de los medios para lograrla, en particular, la literatura nos ha demostrado que los indicadores más utilizados, son los indicadores económicos, cuyo objetivo es medir el nivel de ingreso, aunque están relacionados con la calidad de vida, no lo están de forma perfecta o completa⁽²⁾, por lo que existe un amplio espacio para la discusión a cerca de los elementos que la conforman.

¹ El Envejecimiento de la Población Disponible en: <http://www.klip7.cl/blogsalud/tercera/2006/02/un-68-ancianos-sufre-problema-crnico.html>.

² Estudio Multicéntrico sobre Calidad de Vida relacionada con la Salud en Adultos Mayores de 60 años en Cuatro Ciudades de Colombia Disponible en <http://www.invima.com>



Calidad de vida es un término que no solo incluye, la condición socioeconómica de una persona, o los impedimentos físicos que ésta pueda tener, sino va más allá, de manera que es tan importante para un adulto mayor poder alimentarse, vestirse solo, o el simple hecho de ser escuchados, como ocurre en los países orientales, donde las personas de la tercera edad son consideradas sabias, reciben cuidados especiales y son respetadas por la sociedad, pero al contrario en la nuestra, éste grupo se ha convertido en una carga para la misma, o son considerados como un elemento de trabajo como cuidar a los nietos, ir al banco o simplemente cuidar la casa.

Cada vez que un anciano se muere es una biblioteca que se quema.

Amadua Hampate. B.A. Erudito Africano

La propuesta se dirigió hacia la incorporación de una visión comprensiva de la vida que incluya otros aspectos importantes además del económico, así como la inclusión de dimensiones subjetivas que presten información sobre el nivel de satisfacción con la vida como un todo, o en los diferentes aspectos que la componen y al mismo tiempo realizar una medición de la calidad de vida para la tercera edad, con el objetivo de tener un panorama global del bienestar de estas personas, lo cual se aborda principalmente obteniendo las percepciones o perspectivas de cada uno de ellos acerca de su vida, a través de las preguntas que contienen elementos cognitivos y afectivos, como la satisfacción con la vida, por lo que no debe entenderse únicamente como un estado de ánimo sino como una evaluación global.

Desde esta perspectiva, el presente estudio busca medir la calidad de vida y, por lo tanto, juzgar qué tan bien viven los adultos mayores, además de dar a conocer la importancia de la organización del adulto mayor en grupos, en los que personas de la tercera edad, pueden identificarse unos con otros, compartir sus necesidades, ideas, experiencias, además de trabajar por su salud y mejorar así su calidad de vida, a través de actividades múltiples que normalmente no realizan con su familia, que incluyan entre otras recreación, actividad física, apoyo psicoemocional, etc.



1.1. Planteamiento del problema

En Ecuador al igual que en muchos países, está ocurriendo un proceso denominado transición demográfica, que implica las disminuciones porcentuales de la población joven de 0 a 14 años, junto con incrementos en cantidad y en porcentaje de las poblaciones adultas de 15 a 64 años, y envejecida 65 años y más, en Cuenca según el Censo realizado en el año 2001, se registraron un total de 38.902 adultos mayores, lo que representa el 9.31% de la población total ⁽³⁾, siendo un grupo poblacional cada vez más significativo, que en términos generales está expuesto a situaciones de inequidad, asimetría y exclusión social, carencias de tipo afectivo por falta de interacción social, falta de contacto social y problemas de inactividad bastante acentuados, lo cual se traduce en que su mayor esperanza de vida como lo mencionamos anteriormente, no se acompaña de una mejor calidad de vida, sino muchas veces, de lo contrario.

Con base en lo anteriormente expresado, se hace necesario estudiar y describir las características de la calidad de vida relacionada con la salud y de los recursos o soportes sociales de ésta población, lo que permitirá determinar los factores involucrados en el bienestar de éste grupo poblacional y orientar las acciones de las autoridades sanitarias hacia la definición de estrategias, como las que el gobierno actual ha implementado, por ejemplo en el 2008, la Dirección Provincial del Ministerio de Inclusión Económica y Social, MIES, inició un proceso de fortalecimiento de las personas de la tercera edad, catalogadas como clase vulnerable en los sectores de riesgo. “En el mes de abril de 2009 en las instalaciones de la Gobernación, se firmaron convenios gerontológicos entre el MIES” ⁽⁴⁾ y varias organizaciones que se dedican a la atención de adultos mayores.

El objetivo de los programas de promoción de la salud de las personas de edad avanzada no consiste en prolongar la vida indefinidamente, sino, ante todo, en dar la mejor vida posible a cada persona.

³ Censo INEC 2001. Disponible en <http://www.inec.gov.ec/>

⁴ Actividades del MIES: <http://www.globalaging.org/elderrights/world/2009/desarrollo.htm>



1.2. Justificación y uso de los resultados

Según revisiones bibliográficas inherentes al tema de investigación encontramos que en Costa Rica, un estudio, reveló que los adultos mayores experimentan sentimientos de soledad por encontrarse separados de su familia, mostrándose apáticos, y presentando mayores factores de riesgo como sedentarismo y aislamiento. Además evidencian discapacidades más visibles y requieren mayor ayuda para realizar actividades de la vida diaria; en contraste, las personas mayores que vivían con su familia y eran atendidos en centros diurnos se mostraron más activas, participativas y se mantuvieron ocupados en diferentes tareas ⁽⁵⁾.

Sin embargo no se han encontrado datos congruentes, a nivel local, a cerca de la valoración de la calidad de vida de la manera en la que deseamos enfocar el presente estudio, en la población de la ciudad de Cuenca Ecuador, ni de la tercera edad, considerado grupo vulnerable dentro de la sociedad; y, mucho menos a nivel regional, pero se han realizado, tesis de investigación, por parte de los estudiantes de la Universidad de Cuenca, "Aplicación de un programa de actividad física para disminuir el impacto de los factores de riesgo en pacientes que acuden al Departamento de Rehabilitación del Servicio de tercera edad del IESS." cuyos resultados solo dan a conocer el beneficio de la actividad física en la salud de los adultos mayores, más no directamente en su calidad de vida. Y otro realizado en el mismo lugar: "Evaluación e intervención en las alteraciones de la marcha y equilibrio del adulto mayor. Centro Geriátrico del IESS", el cual hace referencia a que la preservación tanto de la marcha como del equilibrio son requisitos importantes para mantener una calidad de vida satisfactoria del adulto mayor, pero solo enfocado en lo físico, además se trabaja en el área de Rehabilitación con Bases Comunitarias como un medio de Promoción de la Salud, con los estudiantes de los cuartos años de Terapia Física, con diferentes grupos de tercera edad.

⁵ Estudios de Calidad de Vida, Disponible en: www.Invima.gov.com



Las acciones tomadas por el gobierno actual, a cerca de la implementación de estrategias, de alguna manera han mejorado la manera de vivir del grupo poblacional de la tercera edad, pero aún existen en nuestra sociedad adultos mayores que viven en pobreza, mendicidad, remitidos a un asilo, sin importar las consecuencias para ellos, sino viendo solamente el bienestar de la familia a cargo, cuando lo que ellos necesitan es del afecto y el cariño de la familia, sin dejar de lado el derecho de desenvolverse en un ambiente acogedor y con un grupo de personas con las cuales estén a gusto.

Como sociedad sin darnos cuenta hemos contribuido a disminuir la calidad de vida de éste grupo poblacional, tal vez involuntariamente han sido discriminados socialmente, sin darle la debida importancia a sus conocimientos, a su experiencia sobre la vida, minimizando su capacidad de tomar sus propias decisiones, haciéndoles sentir que son un “estorbo o molestia”, quitándoles la posibilidad de por lo menos pasar sus últimos años de vida con buena salud, bienestar psicológico, social y emocional, por lo mismo pretendemos con el presente trabajo, conocer su nivel de calidad de vida, brindar una adecuada intervención, además de proveer una mejor atención para el adulto mayor a partir de la creación de organizaciones o grupos de apoyo.

Dirigimos el siguiente estudio a incentivar que los conocimientos e información adquirida, impulsen la actuación de las autoridades no solo a nivel local sino regional, Incluso pueda convertirse en una política de estado que pueda ser aplicada a nivel de todo el país, dirigidas al mejoramiento de la calidad de vida del adulto mayor, además que el presente estudio pueda ser tomado como un punto de partida para futuras investigaciones.



2. FUNDAMENTO TEÓRICO

Durante siglos el hombre se ha mantenido en una búsqueda incesante tratando de encontrar la fuente de la “eterna juventud”. Hoy en día podemos ver que más y más personas cruzan esa barrera cronológica marcada por el

La edad madura es aquella en la que todavía se es joven, pero con mucho más esfuerzo
Jean Louis Barraul

hombre llamada esperanza de vida ⁽⁶⁾, creando en la sociedad un reto, el envejecimiento poblacional, considerado un logro importantísimo para la humanidad, pero que se torna conflictivo, si es que no se presentan soluciones adecuadas a las consecuencias que de éste logro resultan. Se considera tercera edad a las personas con 65 años o más, una edad a la que al parecer no muchos quieren llegar, ya que el proceso de envejecimiento al que el ser humano está enfrentado, genera un desgaste, deterioro del cuerpo, por lo que su funcionamiento también se ve disminuido, lo que impulsa al adulto mayor a dejar de realizar ciertas actividades, dejar de trabajar, de hacer actividad física, salir de casa, que a su vez contribuye directamente al desarrollo de desacondicionamiento tanto físico, como social y psicológico, todo éste proceso no permite que el adulto mayor goce de buena salud, ni de buena calidad de vida.

2.1. La Salud

Toda persona sabe que es una enfermedad, bien sea por su propia experiencia o por experiencia ajena, en nuestra sociedad se habla más de enfermedad que de salud, porque la enfermedad es más fácilmente advertida y reconocible, si se pregunta a cualquier persona ¿qué es la Salud?, la mayoría contestará algo parecido a "encontrarse bien", "no estar malo" o "estar sano", el concepto de salud, no es fácil de definir, durante mucho tiempo se decía que salud es ausencia de enfermedad o invalidez, lo cual no resulta del todo válido ya que exige trazar una línea de división entre lo que se considera saludable y lo que se etiqueta como enfermo, lo cual no es factible, por su subjetividad.

⁶ Revista MHSalud® (ISSN: 1659-097X) Vol. 1. No. 1. Setiembre, 2004. Perspectiva subjetiva de la calidad de Vida del adulto mayor, diferencias Ligadas al género y a la práctica de la Actividad físico recreativa



La OMS define la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. ⁽⁷⁾ Esta definición incluye un componente subjetivo importante que se debe tener en cuenta en las evaluaciones de los riesgos para la salud.

Todas las personas tienen derecho a la salud, lo cual está unánimemente admitido en nuestros días por todas las sociedades, es lógico, por tanto, que se exija a los organismos rectores de la sociedad la instrumentación de unas normas eficaces para la protección y el mantenimiento de la salud de las personas. ⁽⁸⁾ En el transcurso del envejecimiento, el cuerpo cursa un proceso de deterioro, es cuando aparecen un sin número de malestares físicos, y enfermedades que aquejan al adulto mayor, dentro de las más frecuentes que citaremos en el presente estudio son la Hipertensión arterial, y la Diabetes que en ambos casos, cursa con síntomas silenciosos y a la larga pueden afectar significativamente el organismo.

2.2. Diabetes

Es una de las enfermedades crónicas más importantes y que más impacto tienen sobre la vida de los pacientes, considerada como la primera causa de muerte en el Ecuador según datos del INEC en el 2009 ⁽⁹⁾, es una enfermedad crónica caracterizada por un desorden en los niveles de glucosa en la sangre. Durante la digestión el organismo metaboliza los azúcares, almidones e hidratos de carbono, los transforma en azúcares simples, que se dirigen al torrente sanguíneo y con la ayuda de la insulina, hormona secretada por el páncreas, la glucosa se transforma en energía que es aprovechada por las células del cuerpo, cuando no existe insulina o cuando ésta no es producida en forma efectiva, la glucosa se acumula en la sangre aumentando los niveles de azúcar, esto es la diabetes. ⁽¹⁰⁾

⁷ Definición de salud según la OMS, Disponible en: <http://www.who.int/peh-emi/research/agenda/es/index.html>

⁸ Derecho a la Salud. Disponible en: <http://www.portalfitness.com/>

⁹ INEC. Anuario de estadísticas vitales: nacimientos y defunciones. año 2009, Disponible en <http://www.inec.gov.ec/>

¹⁰ Definición de Diabetes, Disponible en: <http://www.nuestramedicina.com>



Los Niveles normales de glucosa en la sangre varían entre 70 y 105 mg/dl, los valores más altos o bajos se clasifican en: Hipoglucemia: valores inferiores a 65mg/dl, Normoglucemia: entre 65-70 a 110mg/dl, Limítrofe alto: 110 a 140mg/dl, e Hiperglucemia: valores superiores a 140mg/dl.

Además para el diagnóstico y control de la diabetes se solicita entre otros, exámenes de colesterol, y triglicéridos, los cuales deben tener los siguientes valores, colesterol: Deseable o normal: por debajo de 200 mg/dl, límite alto: 200 a 239 mg/dl, Alto: 240 mg/d y superior, y de triglicéridos es normal: menos de 150 mg/dl, aunque puede ser tolerable hasta 199 mg/dl o Limítrofe alto (150 a 199mg/dl), Alto: 200 a 499mg/dl, Muy alto: 500mg/dl o superior ⁽¹¹⁾

2.3. Hipertensión Arterial

“Cuando el corazón bombea sangre hacia las arterias, ésta es expulsada en contra de la pared de los vasos, produciendo una presión, esta es la presión arterial, la presión de la sangre en las personas que sufren de hipertensión es anormalmente alta⁽¹²⁾. La hipertensión es un problema de salud que según el INEC, las enfermedades hipertensivas en general están consideradas en el año 2009 como cuarta causa de muerte en el Ecuador, conocida como “Muerte silenciosa”, debido a que no da síntomas hasta que se complica, está asociada con ataque cardiaco y derrame o accidente cerebro vascular.

La presión arterial nos mide la presión sistólica, que es la presión ejercida cuando el corazón palpita, y que expulsa la sangre dentro de los vasos, ésta es la presión más alta, la otra sería la presión diastólica que es la que se obtiene cuando el corazón descansa entre cada palpitación, esta es la presión más baja, las presiones se miden en milímetros de mercurio (mmHg); lo normal se encuentra entre 120/80. La lectura de la presión arterial en un adulto varía de 100/60 hasta 140/90, considerándose normal, mientras una lectura de 140/90 a 160/95 indica presión arterial en el límite, cualquier la presión es mayor de

¹¹ Valores normales de los parámetros bioquímicos mas frecuentes, Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/003493.htm>

¹² Clasificación de la Presión arterial: American Heart Association Disponible en: <http://www.wikipedia.org>



180/115, es severa, ⁽¹³⁾ esto para personas sanas, pero los valores que se manejan para las personas con Hipertensión arterial son: Normal con valores de 90–119/60–79 mmHg, Prehipertensión: 120–139/80–89 mmHg, Hipertensión Fase 1: 140–159/90–99 mmHg, e Hipertensión Fase 2: $\geq 160/\geq 100$ mmHg.

2.4. Calidad de Vida

La calidad de vida es un concepto eminentemente multidimensional, multidisciplinario y evaluador, resulta de la combinación tanto de factores objetivos como subjetivos, es multidimensional porque no solo abarca el aspecto físico, o el de salud, sino se enfoca en todos los aspectos que tengan que ver con el individuo, por ejemplo las relaciones interpersonales, la recreación y autonomía, es multidisciplinario porque no esta a cargo solamente de un profesional, involucra al personal médico en todas sus ramas, la familia, la comunidad, y la sociedad en general, y evaluador porque a través de este concepto

Concepto de calidad de los años vividos es no considerar solamente el total de años que vivimos, sino los años durante los cuales una persona es autónoma, esta libre de enfermedades crónicas y puede disfrutar de la vida

podemos saber que tan bien vive una persona, debe ser valorado desde la presencia de condiciones materiales y espirituales de vida, imprescindibles para facilitar el desarrollo biopsicosocial hacia el grado de satisfacción personal de cada individuo, con las condiciones de vida que ha alcanzado y que por supuesto repercuten de manera positiva o negativa, sobre la salud. Los medios para la medición de la calidad de vida son muy diversos y cada uno se enfoca en diferentes aspectos de la vida del ser humano. ⁽¹⁴⁾

¹³ Definición de Hipertensión arterial, Disponible en: <http://www.nuestramedicina.com>

¹⁴ *Revista MHSalud®* (ISSN: 1659-097X) Vol. 1. No. 1. Setiembre, 2004. Perspectiva subjetiva de la calidad de Vida del adulto mayor, diferencias Ligadas al género y a la práctica de la Actividad físico recreativa



Según la OMS, la calidad de vida es: "la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno".⁽¹⁵⁾

La calidad de vida se define como un estado de bienestar físico, social, emocional, espiritual, intelectual y ocupacional que le permite al individuo satisfacer apropiadamente sus necesidades individuales y colectivas. Además de éstas consideraciones se toma como una variable importante dentro del concepto, el nivel de actividad física de los sujetos ⁽¹⁶⁾ A nivel internacional, se han realizado varias investigaciones que califican la prosperidad o calidad de vida en los países, por ejemplo Finlandia, elegido como el país más próspero y con mejor calidad de vida del mundo, en tanto que Zimbabue el más pobre y donde peor se vive, según el Índice de Prosperidad Legatum 2009 ⁽¹⁷⁾, que analiza el crecimiento económico, educación, salud, felicidad y calidad de vida de los habitantes, según un listado compilado, en Finlandia, Suiza, Suecia, Dinamarca y Noruega, se vive mejor y la riqueza es bien distribuida entre todos.

Una investigación realizada por René Ramírez, secretario Nacional de Planificación y Desarrollo, "La Felicidad como Medida del Buen Vivir en Ecuador", propone evaluar a la sociedad no únicamente con las variables económicas tradicionales, como Producto Interno Bruto (PIB) o ingreso medio, sino sobre todo con el nivel de felicidad que sienten las personas con su vida, lo que implica desarrollar, desde la economía, herramientas teóricas que permitan monitorear el buen vivir.

¹⁵ Organización Mundial de la Salud. Repercusión mundial del envejecimiento en la Salud Disponible en: <http://www.who.int/features/qa/42/es/index.html>

¹⁶ Moreno, B. y Jiménez, C. (1996): "Evaluación de la calidad de vida", en G. BUELA-Casal, V.E. Caballo y C.J. Sierra (eds.): Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud, Madrid, Siglo XXI; 1045-1070. Y Owen W. Calidad de vida en la tercera edad. [artículo en línea] Departamento Salud Pública. Facultad de Ciencias Médicas 'Mariana Grajales' 2002. Disponible en: [url:http://www.jbp.com/jbjoorls/tpcq.hrdq-3art.html](http://www.jbp.com/jbjoorls/tpcq.hrdq-3art.html)

¹⁷ Medida de la felicidad, según índice de prosperidad LEGATUM 2009, Disponible en: <http://www.comunidadecuatoriana.com>



Así, en el Ecuador, se utilizó la Encuesta Nacional de Empleo, Desempleo y Subempleo ENEMDU, encuesta de carácter nacional y tiene representatividad urbana, rural y provincial, de acuerdo a esta herramienta, las facetas de la vida que producen mayor felicidad a los ecuatorianos y ecuatorianas están relacionadas (en orden de importancia) con su estado civil, las relaciones sociales que llevan, su estado de salud y la participación en actividades públicas, barriales o comunitarias, realizada por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) a 18933 jefes de hogar. En el 2007, la encuesta reveló que el 30,86% de la población ecuatoriana se siente “muy feliz” con su vida y el 14,65% como infeliz, mientras que en el 2008 el número de ecuatorianos “muy felices” ascendió a 47,9%, aunque la felicidad sí se relaciona con el nivel de ingreso, esta relación no es determinante, pues mientras siete de cada diez ecuatorianos se sienten pobres o muy pobres, apenas casi dos de cada diez ecuatorianos se sienten infelices o muy infelices. Aquello evidencia que existen otras variables, mejores que las del ingreso y del consumo, que deben ser tomadas en cuenta al momento de evaluar el buen vivir.⁽¹⁸⁾

En el mundo entero se han creado diferentes escalas que buscan tener una visión a nuestro criterio fragmentada sobre la calidad de vida de las personas, y están dirigidas hacia aspectos específicos de la

Saber envejecer es la obra maestra de la cordura y una de las partes más difíciles del gran arte de vivir

Henry Frederik

vida, por ejemplo tenemos dentro de las más completas y conocidas la versión de WHODAS II, Cuestionario de Calidad de Vida Relacionada con la Salud SF-36.⁽¹⁹⁾ Además de varias escalas dirigidas hacia la realización o cumplimiento de las actividades básicas e instrumentales, de la vida diaria, como: Índice de Katz, escala de Barthel, Lawton.

¹⁸ Medida del buen vivir en Ecuador, Disponible en: <http://cronica.com.ec/>

¹⁹ Medidores de calidad de vida, Disponible en: http://es.wikipedia.org/wiki/Calidad_de_vida



Queremos orientarnos hacia una visión más holística, que engloba aspectos, a nuestro parecer factores determinantes de la calidad de vida, que deben ser tomados muy en cuenta al momento de medir o evaluar que tan bien vive el adulto mayor, compartiendo y adoptando así, criterios de dos economistas Max Neef y Amartya Sen, quienes nos muestran un enfoque bastante realista acerca de las necesidades humanas y de las capacidades que debe poder cumplir un individuo, para poder vivir una buena vida.

Max Neef Nació en Chile en el año de 1932 economista, ambientalista, político, fue miembro del Consejo Asesor de los Gobiernos de Canadá y Suecia para el Desarrollo Sustentable, y candidato independiente a la Presidencia de Chile en 1993, entre los años 1994 – 2002; fue rector de la Universidad Austral de Chile, actualmente trabaja como profesor Titular de la Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas y ocupa el cargo de director del Instituto de Economía de dicha universidad.

Dentro de sus obras más destacadas tenemos “Desarrollo a Escala Humana” en donde se detalla una matriz que muestra nueve necesidades humanas básicas: Subsistencia, Protección, Afecto, Comprensión, Participación, Creación, Recreo, Identidad y Libertad, detallado en la siguiente matriz:

Matriz de Necesidades Humanas Fundamentales, según Max Neef

	Ser	Tener	Hacer	Estar
Subsistencia	Salud física y mental, equilibrio, solidaridad, humor adaptabilidad	Alimentación, abrigo, trabajo	Alimentar, procrear descansar, trabajar	Entorno social entorno vital
Protección	Cuidado, adaptabilidad, autonomía equilibrio solidaridad	Sistemas de salud, seguro social sistemas de seguros de salud, ahorro seguridad social legislaciones derecho familia trabajo	Cooperar, prevenir Planificar, cuidar, curar defender	Contorno vital, morada Entorno vital, entorno social y vivienda



Afecto	Autoestima, solidaridad, respeto tolerancia generosidad receptividad pasión voluntad sensualidad humor	Amistades, Pareja, familia animales domésticos, plantas jardines	Acariciar, hacer el amor, cuidar, expresar emociones, compartir, cultivar, apreciar	Privacidad, Intimidad hogar, espacios de encuentro
Entendimiento	Conciencia, crítica, receptividad curiosidad, asombro, disciplina, intuición racionalidad	Literatura, Método maestros, políticas educacionales, políticas comunicacionales	Investigar, Estudiar experimentar, educar analizar, meditar, interpretar	Escuelas, Universidades ámbitos de interacción formativa, academias agrupacionales, comunidades y familia
Participación	Adaptabilidad, Receptividad, solidaridad, disposición, convicción, entrega respeto, pasión humor	Derechos, Responsabilidades obligaciones, atribuciones, trabajo	Afiliarse, cooperar proponer, compartir, discrepar, acatar dialogar, acordar, opinar	Asociaciones ámbitos de interacción participativa, partidos asociaciones, iglesias, comunidades, vecindarios, familias
Ocio	Curiosidad, Receptividad imaginación, despreocupación, humor, tranquilidad, sensualidad	Juegos, Espectáculos, fiestas, calma	Fantasear, Relajarse divagar, abstraerse, soñar añorar evocar, divertirse, jugar	Privacidad, tiempo libre intimidad, espacios de encuentro, ambientes, paisajes
Creación	Pasión, voluntad, intuición imaginación audacia, racionalidad autonomía inventiva curiosidad	Habilidades, Destrezas método, trabajo	Trabajar, inventar, construir idear, componer, diseñar, interpretar	Ámbitos de producción, y retroalimentación talleres ateneos, agrupaciones, espacios de expresión, libertad temporal
Identidad	Pertenencia, coherencia, diferenciación, autoestima, asertividad	Símbolos, lenguaje, hábitos, sexualidad costumbres, grupos de referencia, valores, normas, roles, memoria histórica	Comprometerse, Integrarse confrontarse, definirse, conocerse, reconocerse, actualizarse, crecer	Entornos de la cotidianidad, ámbitos de pertenencia socio- ritmos, etapas madurativas
Libertad	Autonomía, apertura, audacia, rebeldía autoestima, pasión, voluntad, apertura, determinación, tolerancia	Igualdad de Derechos	Discrepar, optar, diferenciarse, meditar, asumir desobedecer, conocerse, arriesgar	Plasticidad, espacio –temporal ⁽²⁰⁾

²⁰ Biografía de MANFRED A. MAX NEEF Disponible en: <http://es.wikipedia.org>



Neef indica que el mejor proceso de desarrollo de las personas será aquel que permita elevar más su calidad de vida y ésta dependerá de las posibilidades que tengan las personas de satisfacer adecuadamente sus necesidades humanas fundamentales.⁽²¹⁾

Amartya Sen Nació un 3 de noviembre de 1933 en Shantiniketan, India, economista bengalí, conocido por sus trabajos sobre las hambrunas, la teoría del desarrollo humano, la economía del bienestar y los mecanismos subyacentes de la pobreza, recibió el premio Nobel de Economía en 1998 y el Bharat Ratna en 1999 por su trabajo en el campo de la matemática económica. Estudió en Japón antes de trasladarse al Trinity College de Cambridge, donde se licenció en 1956 y se doctoró en 1959, fue profesor de economía en las universidades de Calcuta, Delhi, Oxford, London School of Economics y Harvard. Entre 1997-2004 fue doctor del Trinity College de Cambridge. En enero de 2004 volvió a Harvard, donde imparte clases actualmente.

La obra más reconocida de Sen es su ensayo *Pobreza y hambruna: un ensayo sobre el derecho y la privación (Poverty and Famines: An Essay on Entitlements and Deprivation)* de 1981, en el cual demostró que el

La madurez es la etapa de la vida, en la cual ya ha pasado la tempestad... pero aún continúa relampagueando
FRANCISCO ARAMBURO

hambre no es consecuencia de la falta de alimentos, sino de desigualdades en los mecanismos de distribución de alimentos. Aparte de su investigación sobre las causas de las hambrunas, su trabajo en el campo del desarrollo económico ha tenido mucha influencia en la formulación del índice de desarrollo humano (IDH) de las Naciones Unidas.

Sen es una excepción entre los economistas del siglo XX por su insistencia en preguntarse cuestiones de valores, abandonadas en la discusión económica "seria", planteó uno de los mayores desafíos al modelo económico, debido a que era estéril y que sitúa el interés propio como un factor fundamental de la

²¹ Manfred A. MAX-NEEF. Revista Economía transdisciplinaria para la sustentabilidad.



motivación humana, si bien su escuela continúa siendo minoritaria, ha ayudado a redirigir planes de desarrollo y hasta políticas de las Naciones Unidas.

El más revolucionario de los aportes de Sen en el desarrollo de los indicadores económicos y sociales es el concepto de *capacidad*, planteando las siguientes diez capacidades funcionales humanas básicas que las sociedades deberían alcanzar para sus ciudadanos:

- ✓ Ser capaz de vivir hasta el fin de una vida humana completa, tanto como sea posible, no morir prematuramente, o antes de que esté tan reducida que no valga la pena vivirla.
- ✓ Ser capaz de tener buena salud, estar adecuadamente nutrido, tener la protección necesaria, tener oportunidades para la satisfacción sexual.
- ✓ Ser capaz de evitar el dolor innecesario y no beneficioso y tener experiencias placenteras.
- ✓ Ser capaz de usar los cinco sentidos, de imaginar, pensar, y razonar
- ✓ Ser capaz de ligarse a cosas y otras personas, amar a aquellos que nos aman y cuidan, sufrir frente a su ausencia, sentir gratitud, amor,
- ✓ Ser capaz de formar una concepción del bien y tener una reflexión crítica sobre la planificación de la propia vida.
- ✓ Ser capaz de vivir para y con otros, reconocer y mostrar preocupación por otros seres humanos, involucrarse en interacciones familiares y sociales
- ✓ Ser capaz de vivir en relación con el resto del mundo natural.
- ✓ Ser capaz de reír, jugar y disfrutar de actividades recreativas.
- ✓ Ser capaz de vivir la propia vida en el propio contexto.

Además plantea que hay necesidades humanas básicas materiales y no materiales que deben ser satisfechas para que las personas puedan sobrevivir, evitar la miseria, relacionarse con otras personas y evitar el aislamiento. Estas se tipifican en:



Tener condiciones materiales necesarias para sobrevivir y evitar la miseria. Cubre necesidades de nutrición, aire, agua, protección contra el clima, el ambiente, las enfermedades, etc. Describen la calidad del ambiente material, a lo que se debiera agregar la del ambiente biológico y físico (contaminación). Indicadores de ello pueden ser:

- > recursos económicos: ingreso y riqueza
- > condiciones de la vivienda: espacio disponible, comodidades
- > empleo: disponibilidad, cesantía
- > condiciones de trabajo: ruido, rutina, presión psicológica
- > salud: morbilidad, atención de salud
- > educación: años de educación formal, otros

Amar: necesidad de relacionarse con otras personas y de formar identidades sociales. Indicadores posibles son:

- > arraigo y contactos con la comunidad local
- > apego a la familia y parientes
- > patrones activos de amistad
- > relaciones y contactos con compañeros miembros en asociaciones y organizaciones
- > relaciones con compañeros de trabajo

Se ha visto que en población promedio la correlación entre la cantidad y fuerza de las relaciones sociales de compañerismo y solidaridad y el nivel material de vida es cero, aun cuando en condiciones extremas las primeras podrían deteriorarse.

Ser: necesidad de integrarse a la sociedad y vivir en armonía con la naturaleza (desarrollo personal versus aislamiento). Los indicadores pueden medir:



- > grado de participación en las decisiones y actividades que influyen en su vida
- > actividades políticas
- > oportunidades para realizar actividades recreativas
- > oportunidades de una vida significativa en el trabajo
- > oportunidades de disfrutar de la naturaleza

La correlación entre la infelicidad en las relaciones sociales con la insatisfacción y el aislamiento es cero (amar y ser). Además de discutirse si se deben medir los recursos o el nivel de satisfacción de necesidades básicas, se discute si se deben usar indicadores objetivos de las condiciones externas o indicadores subjetivos de los propios ciudadanos. Esto último es especialmente importante dado que la correlación entre ambos es débil y reafirma la idea de usar ambos tipos. ⁽²²⁾

Ambos autores coinciden en varios aspectos como son la capacidad, posibilidad, de tener tanto un espacio para la recreación, para jugar, para divertirse, y el hecho de poder realizarlo, de igual manera la posibilidad y accesibilidad de estar integrado a una organización, en la cual tengan una participación activa.

Amamos las catedrales antiguas, los muebles antiguos, las monedas antiguas, las pinturas antiguas y los viejos libros, pero nos hemos olvidado por completo el enorme valor moral y espiritual de los ancianos...

LIN YUTANG

Está claro que los componentes de la calidad de vida, no son solo los factores socioeconómicos, por lo tanto es necesario darle la debida importancia a la salud física y emocional del adulto mayor.

²² La Calidad de Vida, Martha C. Nusbaum y Amartya Sen (compiladores) Fondo de Cultura Económica, primera reimpresión en español, México D.F., 1998. Título original: The Quality of Life, Oxford University Press, The United Nations University, 1993. Disponible en: <http://www.revistapolis.cl> <http://www.rebellion.org>



2.5. Actividad Físico - Recreativa

Es preciso enfatizar primeramente el objetivo que deseamos obtener con la actividad física a implementar, ya que no deseamos entrenar al adulto mayor competitivamente, la actividad física está orientada hacia la activación de determinados sistemas orgánicos, con objeto de mejorar o al menos mantener los niveles adecuados en su funcionamiento, y de esta manera evitar el deterioro de las estructuras corporales y en los mejores casos influirá en una elevación de la condición física, permitiendo

Todos los estudios realizados, tanto sobre el rápido deterioro de la salud como del envejecimiento activo y saludable, pueden resumirse con una sola frase: "Úsalo o lo perderás".

tolerar mejor el esfuerzo y evitando que el corazón suba las pulsaciones muy rápidamente ante la mínima exigencia de trabajo físico y, gracias a ello, nos capacita progresivamente para realizar esfuerzos, subir escaleras etc.,⁽²³⁾ así mismo debemos tener en cuenta que no solo es el trabajo físico del individuo, en el sentido fisiológico o biológico, sino que están involucrados también la parte psicológica, y la sociológica del ser humano ya que actúa disminuyendo estados de ansiedad y depresión, mientras que presenta una relación positiva con la autoestima, bienestar mental y percepción de la propia capacidad.

Durante la práctica del ejercicio se produce un aumento del consumo del combustible por parte del músculo, en los primeros treinta minutos el músculo consume la glucosa de sus depósitos de glucógeno (glucosa almacenada), una vez agotados dichos depósitos, pasa a consumir glucosa de la sangre. A continuación se establece un suministro continuo desde el hígado, que también produce glucosa, hasta la sangre y de la sangre al músculo.

Frente a un ejercicio prolongado el organismo disminuye la secreción de insulina, dicho fenómeno facilita la producción hepática de glucosa; es decir, el aporte de glucosa del hígado a la sangre y la utilización de este azúcar por el músculo. Las personas con diabetes también tienen que adaptarse reduciendo la dosis de insulina para conseguir el mismo efecto.

²³ Condición física, Disponible en: <http://www.enplenitud.com/>



Por lo tanto el ejercicio puede ayudar a mejorar el control de la diabetes (si está correctamente pautado), porque produce un descenso del nivel de glucosa en la sangre (debido al aumento de la utilización del músculo en movimiento) ⁽²⁴⁾

Además, dentro de los muchos beneficios que brinda la práctica continua de ejercicio físico tenemos:

- Mejora la sensación de bienestar y la calidad de vida ⁽²⁵⁾
- Mejora la salud física y psicológica global.
- Ayuda a mantener un estilo de vida independiente.
- Reduce el riesgo de desarrollar ciertas enfermedades (alteraciones cardiacas, hipertensión etc.).
- Ayuda a controlar enfermedades como obesidad, diabetes, hipercolesterolemia. mejorando el perfil lipídico, disminuyendo los triglicéridos, el colesterol LDL e incrementando el colesterol HDL
- Disminuye los niveles de glucemia durante y después del ejercicio
- Disminuye los requerimientos posteriores de insulina
- Mejora la estabilidad cardiovascular
- Mejora la hipertensión media y moderada
- Incrementa el gasto de energía
- Incrementa la resistencia y la flexibilidad
- Ayuda a disminuir las consecuencias de ciertas discapacidades y puede favorecer el tratamiento de algunas patologías que cursan con dolor. ⁽²⁶⁾

Además de éstos, el hecho de realizarlo dentro de un grupo, aportará aún más beneficios. Así lo indican varios estudios realizados con programas de ejercicios grupales, casi el 90% de los participantes prefieren hacerlos con un compañero

²⁴ Fisiología del ejercicio en el paciente diabético. Disponible en: <http://www.fundacióndiabetes.com>

²⁵ Beneficios del ejercicio: Disponible en: <http://www.salud.com/diabetes/beneficios-del-ejercicio-en-diabetes.asp>

²⁶ Beneficios del ejercicio: Disponible en: <http://www.saludalia.com/>



o un grupo, más que en solitario, porque los ejercicios en grupo le brindan un sentido de compromiso personal con la actividad y con la obtención recíproca de respaldo social". Sabemos que para poder crecer y desarrollarnos armónicamente, las personas no solo necesitamos de agua y alimentos sino que también requerimos de la satisfacción de otras necesidades como sentirnos seguros, amados, competentes y valorados. ⁽²⁷⁾

Así mismo participar en actividades recreativas no solo contribuye a mejorar la salud mental y física de los seres humanos, las bondades que la recreación pone al servicio de todos fortaleciendo habilidades, destrezas, el liderazgo, la socialización al compartir con otros, además con los programas de recreación disfrutamos tanto de las actividades en libertad más un factor inevitable es la risa cuya característica regeneradora es ilimitada, con cada risa se activan gran cantidad de músculos, se aumenta la capacidad pulmonar, se oxigenan los tejidos, baja la presión sanguínea, se alivia el estreñimiento, se libera adrenalina, se levanta la autoestima y se reducen el estrés y el miedo. ⁽²⁸⁾

Con estas referencias, hemos observado que las escalas utilizadas para medir la calidad de vida de las personas, no incluían lo que hemos visto que es necesario valorar en el adulto mayor, es por ello que basados en los argumentos planteados por Sen y Neef, hemos conformado un cuestionario de valoración de la calidad de vida, el mismo que incluye los siguientes aspectos:

- **Recreación:**

Enmarca la capacidad del adulto mayor para realizar las diferentes actividades tanto dentro como fuera del hogar, por ejemplo ver televisión, jugar barajas, bingo u otros juegos de mesa, así como salir a ferias, conciertos, fiestas, o simplemente ir al parque, a la orilla del río, al cine, etc.

²⁷ Necesidades Psicológicas, Disponible en: <http://www.uca.edu.ar/>

²⁸ Efectos de la actividad Recreativa Disponible en: <http://globedia.com/participan-actividad-recreativa-continua-viven-mejor>



Engloba las siguientes preguntas:

Tiene la capacidad y/o facilidad de realizar actividades recreativas, se refiere a que el adulto mayor goce de una adecuada condición física y psicológica, para desarrollar actividades recreativas como juegos, dinámicas grupales, baile, etc. así también exista accesibilidad y espacios adecuados para realizarlo.

Tiene la accesibilidad y/o facilidad de realizar actividades de entretenimiento no doméstico, como la posibilidad de acudir a lugares ajenos a su vivienda a realizar actividades de distracción.

Tiene la capacidad y/o accesibilidad para asistir a ferias, fiestas y/o espectáculos, el poder concurrir a lugares de entretenimiento popular, y tener la accesibilidad de hacerlo.

Tiene la capacidad y/o facilidad de salir a lugares de sano esparcimiento, acudir a lugares como parques, cines, la capacidad de salir a caminar la orilla del río, etc.

Tiene la posibilidad de estar integrado a alguna asociación u organización, igualmente la posibilidad de ser integrante de grupos específicos de la tercera edad como clubes, partidos políticos, grupos religiosos, etc.

- **Autonomía**

Se describe como la posibilidad del adulto mayor de poder o no realizar actividades básicas de la vida diaria, como: alimentarse, vestirse, asearse, desenvolverse en su entorno, tener posibilidades para la satisfacción sexual, poder cumplir con sus responsabilidades y obligaciones dentro del hogar, además el poder decidir acerca de su propia vida, por ejemplo:

Tiene la capacidad de realizar un buen cuidado personal, hace referencia al hecho de poder cumplir con aquellas acciones que le permitan realizar una adecuada higiene.

Tiene la capacidad y facilidad para moverse en su entorno, se refiere a la condición física favorable para poder trasladarse en su alrededor.



Tiene la capacidad de realizar bien sus responsabilidades y/u obligaciones, hace referencia a la condición en la cual el adulto mayor pueda desempeñar actividades habituales, como arreglar la casa, cuidar de los nietos, ir al banco, etc.

Tiene la capacidad y/u oportunidad para la satisfacción sexual, se refiere a que el adulto mayor esté en condición de tener relaciones sexuales o diferentes opciones para su satisfacción sexual, o simplemente ejerza su derecho de abstenerse.

Tiene la capacidad de alimentarse sin necesidad de ayuda, hacemos referencia a la posibilidad que tiene el adulto mayor para ingerir sus alimentos sin la ayuda de otras personas.

Tiene la capacidad y facilidad para vestirse sin ninguna ayuda, se refiere a la destreza que tiene el adulto mayor para ponerse su ropa sin necesidad de la ayuda de otras personas.

Tiene la oportunidad de tomar decisiones que tengan que ver con su vida, hace referencia a que el adulto mayor tiene la capacidad de decidir sobre situaciones como por ejemplo, su salud, seguridad, economía, etc.

- **Relaciones interpersonales:**

Todas las personas son por constitución seres sociales. Nacen de la unión de un hombre y de una mujer y se relacionan con otras personas., la forma de ser del hombre se manifiesta como la relación con otros hombres y mujeres, necesitada de los demás para crecer y desarrollarse en armonía y plenitud. Una persona sola y sin amigos es una persona con problemas y extraña para los demás. La vida social es un distintivo especial de los hombres respecto de los demás seres creados. El hombre vive en sociedad y necesita de la sociedad para desarrollarse. A diferencia de los animales, el hombre es un ser social por naturaleza. La relación social del hombre no es un beneficio o conveniencia del hombre en algunos aspectos, sino que es una característica propia y distintiva del hombre, necesaria para su pleno desarrollo y madurez.⁽²⁹⁾

²⁹ Necesidades Sociales, Disponible en: <http://www.familianavarra.org>



Por lo tanto entiéndase como la capacidad, posibilidad del adulto mayor de poder llevarse bien con su familia, poder socializar con sus amigos, poder hacer nuevas amistades, así mismo, poder formar parte de grupos de la tercera edad, en donde pueda expresarse y compartir con los demás, así:

Cree tener una buena autoestima, se refiere a la valoración generalmente positiva que tiene el adulto mayor de si mismo.

Se relaciona favorablemente con su familia, hace referencia al hecho de poder relacionarse bien afectiva y socialmente con sus familiares.

Muestra preocupación por los integrantes de su familia, se refiere al interés que muestra el adulto mayor hacia sus familiares.

Muestra preocupación por los integrantes del grupo, se refiere al interés que muestra el adulto mayor hacia los compañeros que integran el grupo.

Tiene facilidad para hacer amistades, se refiere a la destreza para entablar desde una conversación, hasta conseguir demostrar confianza, como para lograr formar una amistad con otras personas.

Tiene la capacidad de amar a quienes le aman y cuidan, hace referencia al sentimiento de afecto, empatía, que tiene el adulto mayor hacia otras personas que le demuestran reciprocidad a sus sentimientos.

Tiene la posibilidad y/o facilidad de reunirse y/o socializar con sus amistades, se refiere a la disponibilidad y capacidad física que tiene el adulto mayor para salir y compartir con sus amistades.

- **Salud:**

Se enfoca en la accesibilidad del adulto mayor tanto a una atención de calidad, como de medicación, alimentación y nutrición adecuadas, en la posibilidad y capacidad de realizar actividad física, y no menos importante vivir una vida tranquila, sin preocupaciones, sin estrés, con las siguientes preguntas:



Tiene accesibilidad a una atención de salud de calidad, se refiere a que dispone de un excelente servicio de salud con atención médica en todas las ramas a su alcance.

Tiene accesibilidad a medicación de acuerdo a sus necesidades, hace referencia a que puede disponer de medicamentos y medios curativos de los cuales no puede prescindir su salud.

Cuenta con un sistema de aseguramiento de salud, se refiere a contar con una Asociación Médica privada, que se ocupe de la prevención y curación de las enfermedades que presente el adulto mayor.

Dispone de una adecuada alimentación y nutrición, hace referencia a la posibilidad de disponer de nutrientes que se encuentren dentro de la pirámide alimenticia básica.

Tiene la capacidad y/o posibilidad y/o posibilidad de realizar actividad física, nos referimos tanto a la accesibilidad a lugares adecuados para la realización de actividad física, como a la destreza que tiene el adulto mayor para realizar tareas físicas acordes a su condición.

Tiene la posibilidad de vivir una vida tranquila y sin estrés, se refiere a que el adulto mayor logra tener una vida placentera sin agentes que generen malestar en su organismo tanto físico como social y psicológico.

- **Recursos económicos:**

Describe las posibilidades económicas del adulto mayor, la posibilidad de que su ingreso económico cubra sus necesidades básicas, gastos inesperados, actividades recreativas, etc. Además si tiene un espacio cómodo para vivir, si posee comodidades, y bienes inmuebles, de la siguiente manera:

Le abastece el ingreso que tiene para cubrir sus necesidades básicas, hace referencia a la cantidad de dinero que percibe con regularidad para solventar sus requerimientos básicos de alimentación, vestuario, transporte, medicina.



Le abastece el ingreso que tiene para realizar gastos inesperados, hace referencia a la cantidad de dinero que dispone para cubrir sus necesidades, como emergencias de salud, etc.

Le abastece el ingreso que tiene para cubrir gastos de actividades recreativas, se refiere a la cantidad de dinero que dispone para cubrir sus necesidades no cotidianas que impliquen actividades de distracción.

Cuenta con los servicios básicos, hace referencia a poseer los servicios de higiene e infraestructura básicos en el lugar en que habita.

Dispone de un espacio cómodo para vivir, se refiere al hecho de contar con la infraestructura básica adecuada que sea acorde a sus necesidades.

Dispone de comodidades, si dispone de lujos.

Cuenta con propiedades y/o bienes inmuebles, hace referencia a poseer y disponer del dominio de un bien como por ejemplo casa, terreno o vehículo.



3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Objetivo general

Mejorar la calidad de vida del adulto mayor de los grupos de Diabetes e Hipertensión del Área de Salud # 2, mediante la actividad físico-recreativa.

3.2. Objetivos específicos

3.2.1. Medir el grado de Calidad de Vida del adulto mayor con Hipertensión y/o Diabetes, antes y después de la Intervención.

3.2.2. Clasificar los grados de Calidad de Vida obtenidos, según las variables: edad, sexo, estado civil. Instrucción, y patología presente, antes y después de la Intervención.

3.2.3. Intervenir en los grupos con actividades de: recreación y acondicionamiento físico.

4. METODOLOGÍA

4.1. Tipo de estudio y diseño general

El presente estudio es de tipo Investigación Acción Participativa, ya que no solo describe las características de la calidad de vida en la población de adultos mayores, en lo que se refiere a la percepción sobre su salud, relaciones interpersonales, recursos económicos, recreación, autonomía, etc. Sino presenta una propuesta alternativa que incluye la actividad físico-recreativa, a través de lo cual hemos mejorado su calidad de vida.



4.2. Operacionalización de las Variables

VARIABLE	CONCEPTO	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA
EDAD	Tiempo transcurrido desde la fecha de nacimiento hasta la fecha del día que se considere calcular	Personal	Años cumplidos	65 – 74 75 – 84 Más de 85
SEXO	Construcción biológica natural	Biológico	Características biológicas sexuales	Femenino Masculino
ESTADO CIVIL	Situación en la cual el adulto mayor está inmerso	Social	Información obtenida del adulto mayor	Casado Soltero Viudo Divorciado
INSTRUCCIÓN	Nivel de educación que obtuvo el adulto mayor	Cultural	Información obtenida del adulto mayor	Primaria Secundaria Superior
PATOLOGIA PRESENTE	Proceso Mórbido que cursa el adulto mayor	Patológico	Presenta No presenta	Hipertensión arterial Diabetes
CALIDAD DE VIDA	Estado de bienestar físico, social, emocional, espiritual, intelectual, y ocupacional que permite al individuo satisfacer sus necesidades individuales y colectivas.	Psicológico	Cuestionario de calidad de vida	Excelente: 25 a 32 Buena: 17 a 24 Regular: 9 a 16 Mala: 1 a 8
ACTIVIDAD FISICO-RECREATIVA	Conjunto de actividades ludomotrices, no competitivas, no sometidas a normas estrictas, que se realizan como pasatiempo, distracción y entretenimiento, personal y colectivo.	Físico	Medios de Observación Directa	Alto impacto Medio impacto Bajo impacto

4.3. Universo de estudio

El universo objeto de estudio fue constituido por los grupos de tercera edad de Diabetes e Hipertensión del área de salud # 2, conformados de la siguiente manera:

Grupo de Diabetes: 43 adultos mayores, Grupo de Hipertensión: 57 adultos mayores, Total: 100 adultos mayores.

4.4. Área de análisis y observación

Grupos de Tercera edad de Diabetes e Hipertensión del área de salud # 2,



4.5. Criterios de inclusión

Fueron incluidos en la investigación, todos los adultos mayores de ambos sexos, que integran los grupos tercera edad de Diabetes y/o Hipertensión del Área de Salud # 2.

4.6. Criterios de exclusión

Fueron excluidos del presente estudio quienes por motivos personales no desearon participar en el proceso.

4.7. Procedimientos para recolección de información, instrumentos a utilizar y métodos para control y calidad de datos

La recolección de la información se realizó mediante la aplicación de las técnicas de: Observación y Entrevista, la cual se realizó utilizando el cuestionario de “Valoración de la Calidad de Vida del adulto mayor” (ver anexo # 2), realizado por los autores, conformado por 32 preguntas, las cuales fueron explicadas una a una a cada uno de los adultos mayores, participantes del estudio de investigación, procedimiento que tuvo una duración de 20 minutos aproximadamente, el mismo que fue aplicado antes y después de la intervención.

Además se revisaron las historias clínicas para obtener datos de: talla, peso, presión arterial, glucemia, colesterol, triglicéridos, al inicio y al final de la intervención.

4.8. Procedimientos para garantizar aspectos éticos

Se contó con el consentimiento informado (ver anexo # 1) de los participantes, con el fin de cumplir con los requerimientos éticos, el mismo que fue entregado a cada uno de los adultos mayores los primeros días del mes de Junio del presente



año, a la vez que recibieron explicación detallada acerca del estudio del cual serían partícipes.

Los datos recolectados de los integrantes que participaron en la investigación fueron controlados y documentados por los autores encargados de la investigación, de forma ética y personal.

4.9. Plan de análisis de la información y presentación de los resultados

La información recopilada se ingresó en una base de datos, se recurrió a un ordenador personal y un programa estadístico, el SPSS versión 11.5 en español para Windows, la tabulación de la información fue mediante el análisis de los investigadores, la realización de los cuadros y gráficos, en el programa Excel.

5. INTERVENCIÓN PROPUESTA

La propuesta integra por una parte la actividad física, realizada tres veces por semana y por otra la actividad recreativa, realizada una vez por semana

El protocolo de actividad física, cuyo objetivo es dar mantenimiento a las estructuras corporales, mejora tanto la coordinación, como el ritmo, que de alguna manera han sido reducidos por la falta de práctica de la actividad física, que experimenta el adulto mayor.

Éste fue diseñado para ser desarrollado por etapas, es decir al inicio con ejercicios completamente sencillos, los cuales fueron incrementando su complejidad en forma progresiva, cabe recalcar que nos hemos enfocado en la movilidad completa e integral de las articulaciones, que por lo general a esta edad se tornan cada vez más rígidas.



Protocolo de Actividad Física:

Mes	Día	Etapa	Duración	Calentamiento	Actividad Principal		Finalización	
					Inf. (m, n, o, p, q)	Sup. (d, e, f, g, h)	Elongación	Relajación
JUNIO	M 2	Etapa 1	32 minutos	7 min	18 min		7 min	
	V 4				MARCHA			
	L 7				EJER. RESPIRATORIOS		ENFRIAMIENTO	
	M 9				EJER. MIEMBROS INF.		EJER. RESPIRATORIOS	
	V 11				m, n, o, p, q		d, e, f, g, h	
	L 14	Etapa 2	38 minutos	9 min	20 min		9 min	
	M 16				Caminata, Marcha			
	V 18				EJER. RESPIRATORIOS		ENFRIAMIENTO	
	L 21				EJER. MIEMBROS INF.		EJER. RESPIRATORIOS	
	M 13				m, n, o, p, q		d, e, f, g, h	
V 15	A, B		ELONGACION		RELAJACION			
L 28	Etapa 3	40 minutos	9 min	22 min		9 min		
M 30				MARCHA				
V 2				EJER. RESPIRATORIOS		ENFRIAMIENTO		
L 5				EJER. MIEMBROS INF.		EJER. RESPIRATORIOS		
M 7				C, D, E, F.		ELONGACION		RELAJACION
V 9	Etapa 4	45 minutos	10 min	25 min		10 min		
L 12				MARCHA				
M 14				EJER. RESPIRATORIOS		ENFRIAMIENTO		
V 16				EJER. MIEMBROS INF.		EJER. RESPIRATORIOS		
L 19				steps laterales # 2 G, H,		ELONGACION		RELAJACION
M 21	Etapa 5	50 minutos	10 min	30 min		10 min		
V 23				MARCHA				
L 26				EJER. RESPIRATORIOS		ENFRIAMIENTO		
M 28				EJER. MIEMBROS INF.		EJER. RESPIRATORIOS		
V 30				I, J, K.		ELONGACION		RELAJACION
L 2	Etapa 6	55 minutos	10 min	35 min		10 min		
M 4				STEPS				
V 6				EJER. RESPIRATORIOS		ENFRIAMIENTO		
L 9				EJER. MIEMBROS INF.		EJER. RESPIRATORIOS		
M 11				J, L, M		ELONGACION		RELAJACION
V 13	Etapa 7	60 minutos	10 min	40 min		10 min		
L 16				MARCHA				
M 18				EJER. RESPIRATORIOS		ENFRIAMIENTO		
V 20				EJER. MIEMBROS INF.		EJER. RESPIRATORIOS		
L 23				J, M, N, steps laterales # 1,		ELONGACION		RELAJACION
M 25	SEPT							
V 27								
L 30								
M 1								
V 3								

Calentamiento:

Es la primera fase de la rutina de ejercicios, su duración variará dependiendo de los segmentos corporales a calentar, en nuestro caso consideramos necesario calentar todos los segmentos corporales, su enfoque esta dirigido hacia el movimiento de grupos musculares, más que en la potencia y el esfuerzo de los mismos.



Su objetivo es elevar la temperatura de los músculos de esta manera evitamos lesiones que puede ocasionar el ejercicio físico, además de aumentar la flexibilidad muscular y articular.

El calentamiento en si consiste en realizar movimientos repetidos de flexión, extensión, rotación, dependiendo del tipo de movimiento que realiza determinado segmento corporal en cada una de las articulaciones, iniciamos en la cabeza, descendientemente hacia los pies, o viceversa. Esta fase prepara las articulaciones, ligamentos y tendones para un trabajo superior de mayor exigencia, los ejercicios realizados de manera descendente son los siguientes:

- a. Movimientos de flexión de la cabeza, es decir con el mentón en dirección hacia el esternón, seguido de extensión, llevando la mirada hacia el techo, luego regresando la cabeza a posición neutra.

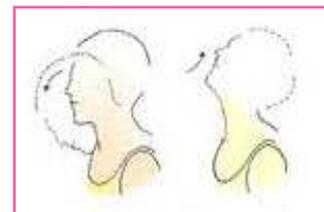


Figura # 1
Flexión y extensión de cabeza

- b. Movimientos de flexión lateral de cabeza hacia la derecha como si llevara la oreja en dirección hacia el hombro derecho, luego regresando la cabeza a posición neutra y después flexionando hacia el hombro izquierdo y terminando en posición neutra.



Figura # 2
Flexión lateral de cabeza

- c. Movimientos de rotación de la cabeza hacia la izquierda y después a la derecha, como si llevara el mentón en dirección hacia el hombro y luego regresando la cabeza a posición neutra.

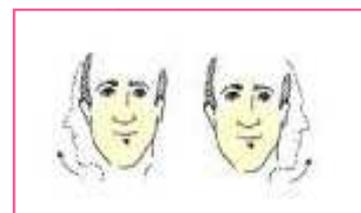


Figura # 3
Rotación de cabeza



Los movimientos realizados con la cabeza son ejecutados pausadamente, con los ojos abiertos, para evitar posibles mareos

d. Movimiento de circunducción de hombros con extensión de codo en dirección hacia adelante y hacia atrás

e. Ejercicios bicariantes en dirección hacia adelante y hacia atrás (éstos se realizan juntos)

f. Movimientos de acenso y descenso de hombros con los brazos en posición neutra (pegados al cuerpo), llevar los hombros en dirección hacia las orejas y luego descenderlos.

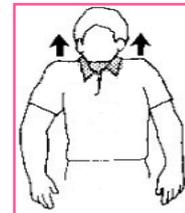


Figura # 4
Elevación de hombros

g. Movimientos de flexión de hombros con brazos extendidos, tratando en lo posible de llegar a los 180°

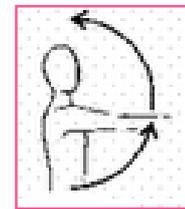


Figura # 5
Flexión de hombros

h. Movimientos de extensión de hombros con brazos extendidos, llevando las manos en dirección hacia atrás y hacia arriba,

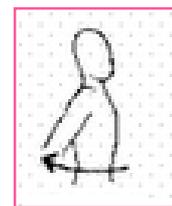


Figura # 6
Extensión de hombros

i. Movimientos de abducción de hombros con brazos extendidos, llevando las manos en dirección hacia afuera y hacia arriba, tratando de llegar en lo posible a los 180°.



Figura # 7
Abducción de hombros



Los ejercicios d, g, h, i, pueden realizarse primero solo MS derecho, y luego solo el Izquierdo, 10 repeticiones, los dos MS a la vez, o alternadamente MS derecho y MS izquierdo, y regresando a la posición inicial.

j. Movimientos de la cintura pélvica hacia adelante y hacia atrás

k. Movimientos de cintura pélvica hacia derecha e izquierda

l. Movimientos circulares de la cintura pélvica hacia la derecha y después hacia la izquierda

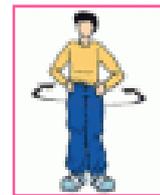


Figura # 8
Circulares de pelvis

m. Movimientos de flexión de cadera, llevando la rodilla extendida o flexionada en dirección hacia el pecho, regresando a la posición inicial, seguido de



Figura # 9
Flexión de Cadera

n. Movimientos de extensión de cadera, con rodilla flexionada, llevando el MI en dirección hacia atrás, regresando a la posición inicial, alternadamente MI izquierdo y derecho

o. Movimientos de extensión de cadera, llevando el MI en dirección hacia atrás, regresando a la posición inicial, alternadamente MI derecho, e izquierdo.

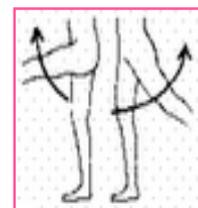


Figura # 10
Flexión y extensión de Cadera

p. Movimientos de abducción de cadera, llevando el MI en dirección hacia afuera, regresando a la posición inicial, alternadamente MI derecho, MI izquierdo.

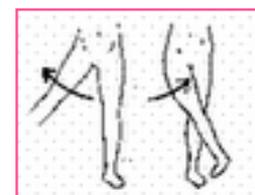


Figura # 11
Abducción de Cadera



q. Movimientos circulares de cada MI, llevando el pie hacia adelante, hacia el lado, hacia atrás y regresando a posición neutra, sin asentarlo.

r. Movimientos de flexión y extensión de rodilla, llevando el pie en dirección hacia atrás y hacia arriba, luego regresando a posición neutra.

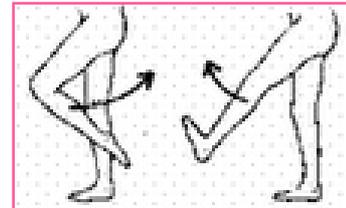


Figura # 12
Flexión y extensión de rodilla

s. Movimientos de dorsiflexión de tobillo, apoyando el talón en el suelo, llevando el pie en dirección hacia arriba y luego regresando el pie a la posición normal.

t. Movimientos de abducción y aducción de tobillo, apoyando el talón en el suelo, llevando el pie hacia la derecha y hacia la izquierda.



Figura # 13
Abducción y aducción de tobillo

u. Movimientos circulares de tobillo, si asentar el talón en el suelo, llevando la punta del pie hacia la derecha, arriba, izquierda, abajo, formando círculos, en dirección hacia la izquierda, y hacia la derecha.

Los ejercicios de M.I. se realizan con las manos en la cintura, para mejorar su estabilidad y equilibrio.

La rutina del calentamiento empezamos realizando 8, después 10, y 12 repeticiones de cada ejercicio.



Rutina de ejercicios:

Tanto en la sesión de ejercicios como en el enfriamiento siempre estamos alternando con ejercicios respiratorios de acuerdo a las necesidades del grupo, en nuestro caso lo realizamos al cambiar de ejercicio:

Ejercicios de abducción de hombros, llevando las manos hacia afuera y hacia arriba, coordinando con la respiración, inspirando al levantar los brazos y espirando al descender los brazos.

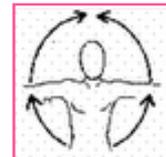


Figura # 14
Abducción de hombros con inspiración

Ejercicios de flexión de hombros llevando las manos hacia adelante y hacia arriba, inspirando al levantar los brazos y espirando al descender los brazos.



Figura # 15
Flexión de hombros con inspiración

Los ejercicios realizados en esta etapa, después del calentamiento lo ejecutamos sobre marcha continua mantenida en el propio terreno, o sobre ejercicios de steps, ambos realizados sobre terreno regular.

Ejercicios de steps lateral # 1: (realizado en 2 tiempos)



Posición inicial: pies a 70 a 80 cms.

1º Pie izquierdo un paso hacia la derecha, (Pies juntos),

2º Pie izquierdo un paso hacia la izquierda (Pies separados),

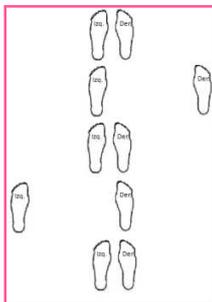
3º Pie derecho un paso hacia la izquierda, (Pies juntos),

4º Pie derecho un paso hacia la derecha. (Pies separados),

Figura # 16
Ejercicios de Steps, sin gradilla



Steps lateral # 2:



Posición inicial: Pies juntos,

Pie derecho un paso hacia la derecha,

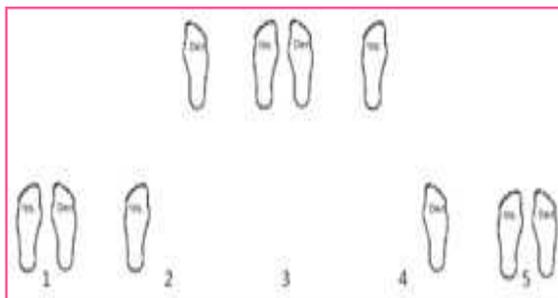
Pie derecho regresa un paso hacia la izquierda (pies juntos),

Pie izquierdo un paso hacia la izquierda,

Pie izquierdo regresa un paso hacia la derecha (pies juntos).

Figura # 17
Ejercicios de Steps, sin gradilla

Steps antero posterior



1º Pies juntos, 2º pie derecho un paso adelante a 40 o 50cms, 3º pie izquierdo un paso adelante (pies juntos), 4º pie derecho un paso hacia atrás, 5º pie izquierdo un paso hacia atrás (pies juntos),

Figura # 18
Ejercicios de Steps, sin gradilla

En la 1ª etapa

Realizamos los mismos ejercicios que en el calentamiento 10 repeticiones de: d, e, f, g, h, (Miembros Superiores) acompañados de marcha, y sin marcha ejercicios m, n, o, p, q, 12 repeticiones de cada uno, con cada miembro inferior.

En la 2ª etapa

Ejercicios de coordinación de brazos,



- A.** Posición inicial: marcha sostenida y manos en la cintura
En 3 tiempos: 10 repeticiones
1º palmadas hacia, arriba, regresando a la posición inicial,
2º palmadas hacia adelante regresando a la posición inicial,
3º palmadas hacia abajo, regresando a la posición inicial,
- B.** En 3 tiempos: 10 repeticiones
1º palmadas hacia, la izquierda, regresando a la posición inicial,
2º palmadas hacia adelante regresando a la posición inicial,
3º palmadas hacia derecha, regresando a la posición inicial,

En la 3ª etapa

Ejercicios de piernas

- C.** En 4 tiempos, marcando un tiempo en cada paso de la marcha, y en el tiempo # 4 flexionamos cadera y rodilla, en dirección hacia el pecho, (al bajar el pie al suelo, marcamos el tiempo # 1 y continua el ciclo).
- D.** En 4 tiempos, marcando un tiempo en cada paso de la marcha, y en el tiempo # 4 realizamos flexión de cadera, con rodilla extendida, (al bajar el pie al suelo, marcamos el tiempo # 1 y continua el ciclo).
- E.** En 4 tiempos, marcando un tiempo en cada paso de la marcha, y en el tiempo # 4 flexionamos y abducimos cadera y flexionamos rodilla, en dirección hacia el pecho, (al bajar el pie al suelo, marcamos el tiempo # 1 y continua el ciclo).
- F.** En 4 tiempos, marcando un tiempo en cada paso de la marcha, y en el tiempo # 4 flexionamos la rodilla, llevando el talón en dirección hacia la nalga, (al bajar el pie al suelo, marcamos el tiempo # 1 y continua el ciclo).



En la 4ª etapa:

G. Posición inicial: de pie con los brazos junto al cuerpo (codos extendidos)

1º pie derecho un paso hacia adelante.

2º flexiona la rodilla derecha, mientras la pierna izquierda se mantiene en extensión, descendiendo y desplazando el tronco hacia adelante y hacia abajo, manteniendo la espalda recta, y con los brazos pegados al cuerpo (codos extendidos),

3º regresa a la posición de partida y luego alternamos la otra pierna.

Ejecutamos 10 repeticiones con cada pierna

Además realizamos: Steps laterales # 2,

H. Posición inicial: pies juntos, manos en la cintura

Pie derecho un paso hacia la derecha, al mismo tiempo que el tronco se inclina hacia la izquierda mientras abducimos el hombro a 180º siguiendo la inclinación del tronco y la cabeza, y regresando a la posición inicial, realizamos el mismo procedimiento al lado contrario. 15 repeticiones de cada ejercicio

En la 5ª etapa

I. Steps antero posteriores con flexión de cadera y rodilla de la siguiente manera:

Posición inicial: Pies juntos, manos en la cintura:

1º pie derecho un paso adelante a 40 o 50cms,

2º miembro inferior izquierdo flexión de cadera y rodilla (envés de pies juntos),

3º M.I. izquierdo paso hacia atrás,

4º pie derecho un paso hacia atrás (pies juntos), repitiendo el ciclo,



Hacemos el mismo proceso con flexión de cadera y rodilla con el miembro inferior izquierdo. 15 repeticiones con cada miembro.

J. Steps laterales con flexion de rodilla

Posición inicial: pies a 70 a 80 cms.

1º Pie izquierdo un paso hacia la derecha, (Pies juntos),

2º Pie izquierdo regresa con un paso hacia la izquierda (Pies separados),

3º Flexionamos la rodilla, llevando el talón en dirección hacia la nalga, (al bajar el pie al suelo, marcamos el tiempo 4º,

4º Pie derecho un paso hacia la derecha. (Pies separados), repitiendo el ciclo. Realizamos el mismo procedimiento con la otra pierna

K. Ejercicios con leve rotación de tronco

Posición inicial: pies juntos, manos en la cintura

Pie derecho un paso hacia la derecha, al mismo tiempo que el tronco rota sobre el eje vertical, dirigiéndose hacia la izquierda, mientras el hombro se flexiona a 135º también hacia la izquierda, realizamos el mismo procedimiento al lado contrario. 15 repeticiones de cada ejercicio

En la 6ª etapa

Steps antero posteriores acompañados de ejercicios coordinados de brazos en 6 tiempos.

L. Posición inicial, puños a la altura del pecho, con los codos pegados al cuerpo.

Tiempos 1 y 2: lanzamiento alternados del puño hacia adelante (flexión de hombro a 90º con extensión de codo y puño).



Tiempos 3 y 4: lanzamiento alternado de puños hacia arriba (flexión de hombro a 180° con extensión de codos y puño).

Tiempos 5 y 6: lanzamiento alternado de puños hacia alado, (abducción de hombros a 90° con codos extendidos y puño). 15 repeticiones.

Además realizamos ejercicio J

M. Steps laterales con flexion de cadera y rodilla

Posición inicial: pies a 70 a 80 cms.

1º Pie izquierdo un paso hacia la derecha, (Pies juntos),

2º Pie izquierdo un paso hacia la izquierda (Pies separados),

3º Flexionamos la cadera y la rodilla, en dirección hacia el pecho, (al bajar el pie al suelo, marcamos el tiempo 4º)

4º Pie derecho un paso hacia la derecha. (Pies separados), repitiendo el ciclo.

Realizamos el mismo procedimiento con la otra pierna

En la 7^{ma} etapa

Realizamos steps laterales # 1 (en dos tiempos) más ejercicios coordinados de brazos en 6 tiempos 15 repeticiones además de: ejercicios J, M.

Ejercicios de coordinación de miembros inferiores:

N. Posición inicial: manos en la cintura, pies separados a 30 o 40 cms.

Tiempos 1 y 2: abducción alternada de cadera a 30° con rodilla extendida.

Tiempos 3 y 4: flexión alternada de cadera y rodilla en dirección al pecho

Tiempos 5 y 6: flexión alternada de cadera a 45° con rodilla extendida

En los tiempos 3 al 6 añadimos coordinación de brazos, tocando con las manos la rodilla correspondientes, al flexionar, después con coordinación de manos tocando cada mano la rodilla contralateral al flexionar.



Enfriamiento:

En esta etapa, después de haber realizado el ejercicio aeróbico, es necesario detener la actividad que se está realizando sin cambios bruscos y de forma progresiva, buscando con ello la estabilización del organismo, para esto disminuimos la intensidad del ejercicio, en este caso la marcha, hasta terminar en una caminata suave y pausada, realizamos también varios estiramientos, dependiendo de los segmentos corporales que se trabajaron, teniendo siempre en cuenta las consideraciones necesarias para no lesionar la musculatura:

Nunca se debe tratar de elongar un músculo frío, por ello siempre lo realizamos después de la práctica física, el tiempo de estiramiento es de 20 seg. Teniendo el mismo tiempo para relajarlo, realizamos de 3 a 5 repeticiones de cada segmento.

PARTE LATERAL DEL CUELLO



Siéntese en una silla y agarre con una mano el borde de la misma para bloquear el hombro de ese mismo lado. Con la mano contraria agárrese la cabeza, pasándola por encima de ella. Espire el aire lentamente y tire de la cabeza hacia el hombro, repita el ejercicio con el otro lado.

Figura # 19
Estiramiento de cuello

PARTE POSTERIOR DEL CUELLO



Colóquese de pie o sentado, con las manos entrelazadas por detrás de la cabeza por encima de la nuca. Durante el ejercicio procure mantener los hombros lo más bajos posible, Espire el aire lentamente, mientras tira de la cabeza para llevarla hacia abajo, sin mover el tronco, hasta conseguir que la barbilla toque el pecho.

Figura # 20
Estiramiento de cuello



PARTE ANTERIOR DEL CUELLO



Colóquese de pie o sentado, incline la cabeza hacia atrás, dirigiendo su mirada hacia el techo.

Deje que la cabeza cuelgue sin hacer fuerza alguna y mantenga el estiramiento, mientras se relaja.

Figura # 21
Estiramiento de cuello

PARTE LATERAL DEL HOMBRO



Figura # 21
Estiramiento de hombro

Este ejercicio lo puede hacer sentado o de pie.

Eleve un brazo a la altura del hombro, flexione el antebrazo y llévese la mano hacia el hombro contrario. Sujete el codo del brazo flexionado con la mano opuesta.

Espire el aire y, lentamente, tire del codo con la mano. Deje que el codo vuelva a su posición normal. Estire el antebrazo, continuando con la mano opuesta la sujeción

del codo. Espire el aire y, lentamente, tire de nuevo del codo con la mano, Realice el ejercicio con el hombro opuesto.

TRÍCEPS BRAQUIAL



Figura # 22
Estiramiento de hombro

Este ejercicio puede realizarlo sentado o de pie.

Flexione el hombro hasta 180° con el codo flexionado en dirección hacia atrás por el lateral de la cabeza, hasta que toque con la mano la escápula (omoplato) contraria.

Coja el codo flexionado con la otra mano y espire el aire mientras, lentamente, tira de él hacia abajo, repita el ejercicio con el brazo contrario.



PECTORALES



Siéntese en una silla, con ambas manos entrelazadas por detrás de la cabeza y los codos a la altura de los hombros. Haga que un compañero, situado detrás de usted, le sujete los codos. Espire el aire lentamente, mientras el compañero tira de sus codos hacia atrás.

Deberá avisar a su compañero en caso de sentir un estiramiento excesivo.

Figura # 23
Estiramiento de pectorales

EXTENSORES DE LOS HOMBROS

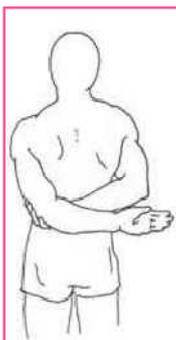


En posición de sentado o de pie, cruce una muñeca sobre la otra entrelazando las manos.

Inspire aire lentamente mientras estira y extiende los brazos hasta que las manos queden por encima de la cabeza y hacia atrás, Espire el aire lentamente,

Figura # 24
Estiramiento de hombros

ROTADORES EXTERNOS DE LOS HOMBROS (PARTE POSTERIOR)



Colóquese de pie con los brazos por detrás de la espalda, de forma que uno de ellos esté flexionado con el reverso de la mano hacia el tronco y la otra mano sujete el codo. Espire el aire lentamente, mientras tira suavemente del codo para llevarlo hasta la mitad de la espalda. Repita el ejercicio con el otro lado.

Si no llega a coger el codo con la mano contraria, agarre el antebrazo, mientras vuelve a la posición de partida.

Figura # 25
Estiramiento de hombros



FLEXORES DE LA MUÑECA

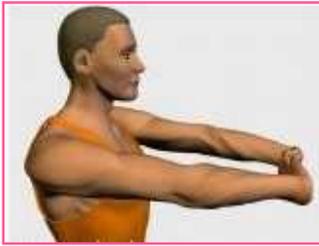


Figura # 26
Estiramiento de muñeca

Coloque las manos al frente, a la altura y cerca del tronco, con los dedos hacia arriba, de forma que con la base de una muñeca pueda presionar sobre los dedos de la mano contraria. Espire el aire lentamente, mientras presiona los dedos hacia atrás, Repita el ejercicio con la otra mano.

REGIÓN LUMBAR



Figura # 27
Estiramiento de lumbares

De pie, inclínese hacia adelante, apoyándose en una pared, con las rodillas ligeramente flexionadas. Durante el ejercicio procure contraer los abdominales para ayudar a relajar la región lumbar. Espire el aire lentamente, mientras extiende el tronco superior y lo flexiona a la altura de las caderas, hasta la posición que muestra la figura.

CUÁDRICEPS



Figura # 28
Estiramiento de cuádriceps

Colóquese de pie frente a una pared, a una distancia suficiente como para apoyarse en ella con el brazo estirado. Durante el ejercicio mantenga en todo momento la región lumbar sin arquear y no torsione la pelvis, simplemente rótelea hacia arriba.

Espire el aire mientras flexiona la rodilla contraria al brazo de apoyo, elevando el talón hacia las nalgas y coja el pie con la mano correspondiente. Inspire lentamente mientras empuja el tobillo hacia las nalgas, sin sobrecomprimir la rodilla, manteniendo juntos los muslos, como si intentara meter el talón entre ellos. Repita el ejercicio con la otra pierna



FLEXORES DE LAS PIERNAS



Figura # 29
Estiramiento de isquiotibiales

Siéntese en el suelo, con una pierna estirada. Flexione la otra pierna, con su talón tocando el muslo opuesto y la parte externa del muslo y pantorrilla en contacto con el suelo. Mantenga la pierna estirada recta y extendida y trate de contraer el cuádriceps para disminuir la tensión en los flexores de dicha pierna.

Espire el aire lentamente, mientras baja la parte superior del cuerpo hacia el muslo. Mantenga las manos alrededor del tobillo, con los brazos estirados.

Repita el ejercicio con la otra pierna.

Protocolo de Actividad recreativa realizado todos los días viernes:

MES	DIA	ACTIVIDAD	RESPONSABLE
JUNIO	V 4	Socialización Entrevistas	Autores
	V 11	Salida al Parque El Paraíso	Autores
	V 18	Socialización	Autores
	V 15	Dinámicas Grupales	Autores
JULIO	V 2	Socialización	Autores
	V 9	Visita a Piscina de Baños	Autores
	V 16	Socialización	Autores
	V 23	Caminata parque lineal primero de mayo	Autores
	V 30	Socialización	Autores
AGOSTO	V 6	Baile	Autores
	V 13	Socialización	Autores
	V 20	Salida Al Parque Miraflores	Autores
	V 27	Socialización Entrevistas	Autores
SEP	V 3	Socialización Despedida	Autores



6. RESULTADOS

6.1. Descripción del grupo de Estudio

Tabla N° 1
100 adultos mayores del grupo de Diabetes e Hipertensión del Área de Salud # 2.
Cuenca 2010

DIAGNÓSTICO	Frecuencia	Porcentaje
Hipertensión	57	57
Diabetes	43	43
TOTAL	100	100

*Fuente: Formulario de Investigación
Elaborado por: Los autores*

Tabla N° 2
100 adultos mayores del grupo de Diabetes e Hipertensión del Área de Salud # 2,
Según Edad. Cuenca 2010

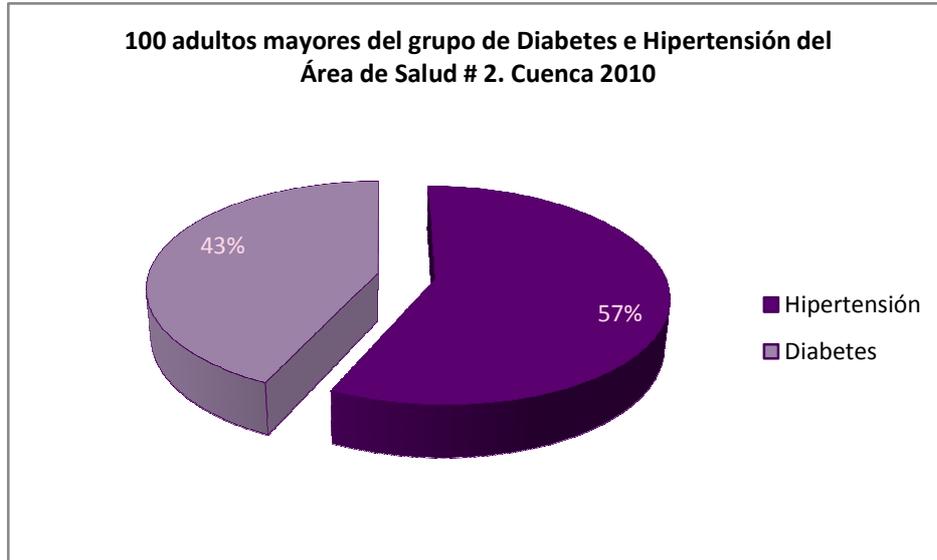
EDAD	Frecuencia	Porcentaje
65 - 74 años	75	75
75 - 84 años	22	22
85 - más años	3	3
TOTAL	100	100

*Fuente: Formulario de Investigación
Elaborado por: Los autores*

El grupo con el cual realizamos el estudio investigativo y posteriormente la intervención estuvo distribuido de la siguiente manera: 43 adultos mayores con Diabetes, 57 con Hipertensión arterial, además, de todos los adultos mayores, el grupo mayoritario tiene entre 65 y 74 años, en menor porcentaje los adultos mayores con edades de 75 años y más.

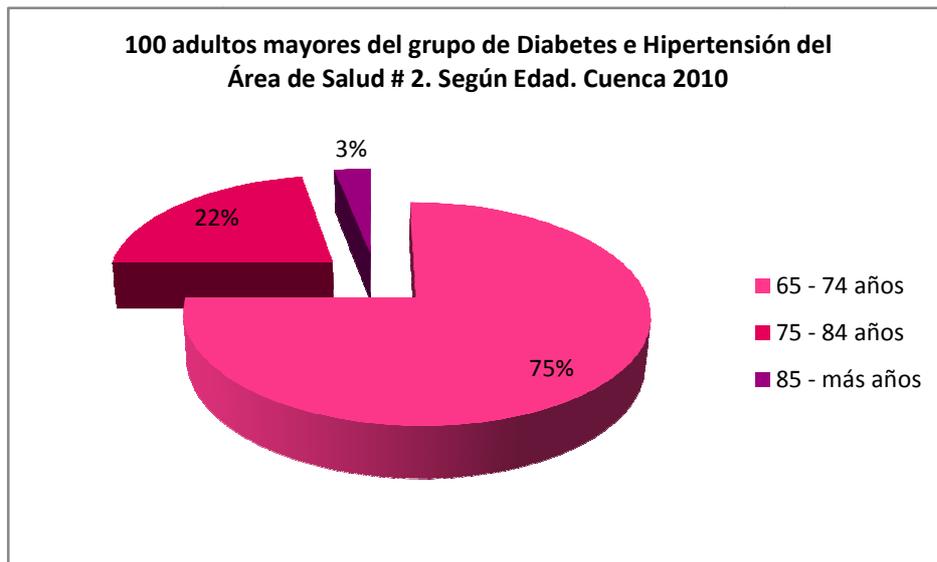


Gráfico N°1



Fuente: Tabla N° 1
Elaborado por: Los autores

Gráfico N°2



Fuente: Tabla N° 2
Elaborado por: Los autores



6.2. Calidad de Vida

Tabla N° 3
100 adultos mayores del grupo de Diabetes e Hipertensión del Área de Salud # 2,
según Calidad de Vida, antes y después de la Intervención. Cuenca 2010

Calidad de Vida	ANTES		DESPUÉS	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Mala	12	12	-	-
Regular	74	74	-	-
Buena	14	14	71	71
Excelente	-	-	29	29
Total	100	100	100	100

Fuente: Formulario de Investigación
Elaborado por: Los autores

Antes de la intervención observamos un importante porcentaje de adultos mayores, con un grado “regular” de calidad de vida, muy pocos tienen un grado “bueno”. Después de la Intervención, que consistió en un programa de actividad física de bajo impacto, realizada tres veces por semana, y actividad recreativa, realizada una vez a la semana, podemos observar un cambio significativo en su Calidad de Vida, a pesar de que existen áreas sobre las cuales la intervención no tiene efecto alguno como los Recursos Económicos, también es cierto que hemos influido directamente sobre campos un tanto olvidados por las personas, como ya lo dijimos anteriormente somos seres totalmente sociales y no podemos dejar de lado, ni tratar de ser seres solitarios, ni siquiera es necesario invertir dinero, sino más bien tiempo, para cultivar esas relaciones interpersonales, que nos causan muchos beneficios, es importante recalcar los beneficios que proporcionan tanto la actividad física, como la actividad recreativa no solo en lo biológico, son perceptibles los efectos que tiene; Mejora la salud física y psicológica, la sensación de bienestar, Incrementa el gasto de energía, la resistencia y la flexibilidad, Ayuda a mantener un estilo de vida independiente, mejora su autoestima, disminuye su depresión, etc., mejora la

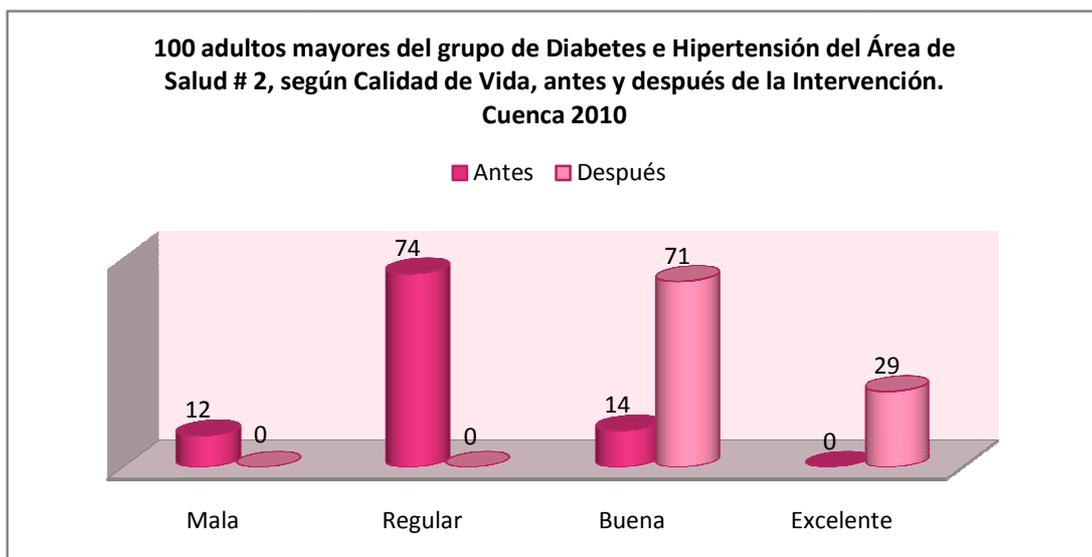


salud de las personas en general, así mismo, su capacidad de decidir, de salir, y de socializar.

De ésta manera, observemos un cambio importantísimo en cada uno de nuestros adultos mayores, ahora esa gran mayoría tiene un grado de calidad de vida considerado “bueno”, y los demás tienen un “excelente” grado de calidad de vida, es muy notorio el avance alcanzado en estos meses de trabajo, no solo nuestro, sino de las personas que trabajaron complementariamente con nosotros.

Estos resultados obtuvimos de acuerdo a las respuestas afirmativas, proporcionadas por el adulto mayor, al aplicar el cuestionario de valoración, en éste último, dimos una valoración a los grados de Calidad de Vida de la siguiente manera: Mala: 1 al 8, Regular: 9 al 16, Buena: 17 al 25, Excelente: 26 al 32.

Gráfico N°3



Fuente: Tabla N° 3
Elaborado por: Los autores



6.3. Calidad de Vida y Patología presente

Tabla N° 4
100 adultos mayores del grupo de Diabetes e Hipertensión del Área de Salud # 2,
según Calidad de Vida y Patología Presente. Cuenca 2010

Calidad de Vida	HIPERTENSIÓN				DIABETES			
	Antes		Después		Antes		Después	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Mala	6	11	-	-	6	14	-	-
Regular	43	75	-	-	31	72	-	-
Buena	8	14	41	72	6	14	30	70
Excelente	-	-	16	28	-	-	13	30
Total	57	100	57	100	43	100	43	100

Fuente: Formulario de Investigación
Elaborado por: Los autores

Los participantes del estudio, aparte de incluirse en el proyecto que contempla un programa de actividad física de bajo impacto, realizada tres veces por semana, y actividad recreativa, realizada una vez a la semana, han sido diagnosticados tanto de Diabetes como de Hipertensión, todos con tratamiento médico, nutricional, y psicológico, ya que a partir de que son parte del grupo deben cumplir con un plan de atención médica controlado periódicamente, totalmente gratuito.



6.4. Calidad de Vida y Edad

Tabla N° 5
100 adultos mayores del grupo de Diabetes e Hipertensión del Área de Salud # 2,
según Calidad de Vida y Edad. Cuenca 2010

Calidad de Vida	65 - 74 AÑOS				75 - 84 AÑOS				85 - MÁS AÑOS			
	Antes		Después		Antes		Después		Antes		Después	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Mala	10	13	-	-	2	9	-	-	-	-	-	-
Regular	54	72	-	-	17	77	-	-	3	100	-	-
Buena	11	15	53	71	3	14	16	73	-	-	2	67
Excelente	-	-	22	29	-	-	6	27	-	-	1	33
Total	75	100	75	100	22	100	22	100	3	100	3	100

Fuente: Formulario de Investigación
Elaborado por: Los autores

El grupo mayoritario, corresponde a las edades de 65 y 74 años, le sigue en frecuencia el grupo comprendido entre 75 y 84 años, y solo el 3% son mayores de 85 años, se debe a que, la etapa más activa del envejecimiento corresponde a los 65 a 75 años, en la que el adulto mayor todavía puede salir de casa y realizar las distintas actividades, existiendo siempre las debidas excepciones, así mismo, como ya lo mencionamos en cuanto a la calidad de vida, y de acuerdo a los datos indicados en la tabla # 5 más de el 70% del grupo de 65 a 74 años se encontraban con un grado regular de calidad de vida, mientras que, después de la intervención, casi el mismo porcentaje ha ascendido a Buena, de igual manera se mantiene con los mismos porcentajes aproximados los demás grupos de edades, por otra parte es necesario resaltar que después de la intervención, no existió ningún adulto mayor que tuviera un grado de calidad de vida malo o regular, por lo que las casillas se encuentran vacías coincidiendo así con el mejoramiento de la calidad de vida de todos los adultos mayores



6.5. Calidad de Vida y Sexo

Tabla N° 6
100 adultos mayores del grupo de Diabetes e Hipertensión del Área de Salud # 2,
según Calidad de Vida y Sexo. Cuenca 2010

Calidad de Vida	FEMENINO				MASCULINO			
	Antes		Después		Antes		Después	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Mala	11	13	-	-	1	6	-	-
Regular	59	72	-	-	15	83	-	-
Buena	12	15	59	72	2	11	12	67
Excelente	-	-	23	28	-	-	6	33
Total	82	100	82	100	18	100	18	100

Fuente: Formulario de Investigación
Elaborado por: Los autores

Como podemos observar, existe un componente mayoritariamente femenino, con una relación de 5 a 1, lo que indica que las que buscan más el poder cubrir o satisfacer sus necesidades de integración social son las mujeres, mientras que para los varones, aparentemente por su naturaleza, no es tan importante formar parte de organizaciones, en este caso, del adulto mayor, además de que por la actividad laboral, y física que ellos realizan a lo largo de su vida, presentan diferentes cambios en el proceso de envejecimiento que de las mujeres, el corazón de los hombres sufre mas el paso del tiempo, además las mujeres tienen comportamientos mas saludables que los hombres ya que ellas tienden a fumar menos, beber menos, tomar menos drogas, conducen de forma menos agresiva y emplean menos la violencia que los hombres, en cuanto a los grados de calidad de vida, los porcentajes se mantienen, aunque en el sexo masculino, antes de la intervención, el 82% tiene un grado regular, después de la intervención los valores se mantienen, como en las otras tablas.



6.6. Calidad de Vida Y Estado Civil

Tabla N°7
100 adultos mayores del grupo de Diabetes e Hipertensión del Área de Salud # 2,
según Calidad de Vida y Estado Civil. Cuenca 2010

Calidad de Vida	SOLTERO				CASADO				DIVORCIADO				VUIDO			
	Antes		Después		Antes		Después		Antes		Después		Antes		Después	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Mala	2	25	-	-	8	12	-	-	-	-	-	-	2	10	-	-
Regular	5	63	-	-	52	78	-	-	6	100	-	-	11	58	-	-
Buena	1	12	7	82	7	10	50	75	-	-	3	50	6	32	11	58
Excelente	-	-	1	12	-	-	17	25	-	-	3	50	-	-	8	42
Total	8	100	8	100	67	100	67	100	6	100	6	100	19	100	19	100

Fuente: Formulario de Investigación
Elaborado por: Los autores

De los datos citados en la tabla N° 7 se desprende que casi el 70% de los adultos mayores están casados, y tan solo el 19% están viudos, lo que nos indica que la esperanza de vida se ha incrementado notablemente, y va aumentando progresivamente, actualmente se sabe que la esperanza de vida para los hombres está en 72 años aproximadamente, para las mujeres esta en 76 años, además, nuevamente los valores de calidad de vida se mantienen como en tablas anteriores, y después de la intervención solo tenemos adultos mayores con grados de calidad de vida buena o excelente.



6.7. Calidad de Vida e Instrucción

Tabla N° 8
100 adultos mayores del grupo de Diabetes e Hipertensión del Área de Salud # 2,
según Calidad de Vida e Instrucción. Cuenca 2010

Calidad de Vida	PRIMARIA				SECUNDARIA				SUPERIOR			
	Antes		Después		Antes		Después		Antes		Después	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Mala	4	18	-	-	7	10	-	-	1	9	-	-
Regular	16	73	-	-	50	75	-	-	8	73	-	-
Buena	2	9	15	68	10	15	56	84	2	18	-	-
Excelente	-	-	7	32	-	-	11	16	-	-	11	100
Total	22	100	22	100	67	100	67	100	11	100	11	100

Fuente: Formulario de Investigación
Elaborado por: Los autores

El 53% de adultos mayores participantes de nuestro estudio, aprobó el nivel secundario, solo un 11% pudo realizar estudios universitarios, podemos observar que del grupo investigativo, los hombres, o tienen un nivel de instrucción secundario o superior, pero ninguno se ha quedado con instrucción primaria, ya que antes era más frecuente que un hombre acuda al colegio y a la universidad a que una mujer lo haga, no tanto por los recursos económicos sino porque era más importante que ellos estudien, por el aspecto laboral, ya que las mujeres tenían que cuidar de la casa o de los hermanos menores e incluso del padre de familia y correspondía a los hombres mantener y proporcionar el sustento a la familia, mientras las mujeres eran las amas de casa. Pero esto no es un indicador para que la calidad de vida sea diferente en los distintos niveles de Instrucción, sino al contrario, éstos se mantienen, en las mismas proporciones.



6.8. Recreación

Tabla N° 9
100 adultos mayores del grupo de Diabetes e Hipertensión del Área de Salud # 2,
según capacidad de Recreación, antes y después de la Intervención. Cuenca
2010

	PREGUNTA	ANTES		DESPUES		
		Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
RECREACION	Tiene la capacidad y/o facilidad de realizar actividades recreativas	Si	-	-	100	100
		No	100	100	-	-
	Tiene la accesibilidad y/o facilidad de realizar actividades de entretenimiento no doméstico	Si	5	5	99	99
		No	95	95	1	1
	Tiene la capacidad y/o accesibilidad para asistir a ferias, fiestas, y/o espectáculos	Si	69	69	100	100
		No	31	31	-	-
	Tiene la capacidad y/o posibilidad de salir a lugares de sano esparcimiento	Si	17	17	98	98
		No	83	83	2	2
	Tiene la posibilidad de estar integrado a alguna asociación u organización	Si	16	16	100	100
		No	84	84	-	-

Fuente: Formulario de Investigación
Elaborado por: Los autores

En lo que se refiere a la recreación podemos demostrar que existe un cambio notable en los adultos mayores, de poder involucrarse con otras personas y salir, jugar, hacer dinámicas grupales, además de salir al parque, bailar, ir a la orilla del río, etc., lo que, como está demostrado según la literatura, mejora su estado anímico, mostrando interés predisposición de realizarlo, además ellos se muestran mas participativos, sociables, incluso interactúan y comparten más con otras personas.



6.9. Autonomía

Tabla N° 10
100 adultos mayores del grupo de Diabetes e Hipertensión del Área de Salud # 2,
según Autonomía, antes y después de la Intervención. Cuenca 2010

	PREGUNTA	ANTES		DESPUES		
		Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
AUTONOMÍA	Tiene la capacidad de realizar un buen cuidado personal	Si	99	99	100	100
		No	1	1	-	-
	Tiene la capacidad y/o facilidad para movilizarse en su entorno	Si	62	62	85	85
		No	38	38	15	15
	Tiene la capacidad de realizar bien sus responsabilidades y/u obligaciones	Si	49	49	74	74
		No	51	51	26	26
	Tiene la capacidad y/u oportunidad para la satisfacción sexual	Si	29	29	29	29
		No	71	71	71	71
	Tiene la capacidad de alimentarse sin necesidad de ayuda	Si	98	98	100	100
		No	2	2	-	-
	Tiene la capacidad y facilidad para vestirse sin ninguna ayuda	Si	100	100	100	100
		No	-	-	-	-
	Tiene la oportunidad de toma decisiones que tengan que ver con su vida	Si	58	58	97	97
		No	42	42	3	3

Fuente: Formulario de Investigación
Elaborado por: Los autores

En cuanto a la autonomía o desempeño de las actividades básicas o instrumentales de la vida Diaria, la mayoría de los adultos mayores puede vestirse, alimentarse, tener un buen cuidado personal, ya que el hecho de ser parte del grupo, poder acudir al Centro de Salud, y salir de casa, nos indica que tienen cierto grado de independencia, por lo que en los mencionados ítems no existe un cambio significativo, aún así existen otras personas que por ejemplo no puede movilizarse en su entorno o cumplir con sus responsabilidades y obligaciones, que básicamente se debe a la dificultad física, por dolor o rigidez articular, que gracias a la practica de actividad física, como ellos mismos lo indican, tienen una mayor agilidad.



6.10. Relaciones Interpersonales

Tabla N° 11
100 adultos mayores del grupo de Diabetes e Hipertensión del Área de Salud # 2,
según Relaciones Interpersonales, antes y después de la Intervención. Cuenca
2010

RELACIONES INTERPERSONALES	PREGUNTA	ANTES		DESPUES	
		Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Cree tener una buena autoestima	Si	13	13	84	84
	No	87	87	16	16
Se relaciona favorablemente con su familia	Si	77	77	92	92
	No	23	23	8	8
Muestra preocupación por los integrantes de su familia	Si	94	94	99	99
	No	6	6	1	1
Muestra preocupación por los integrantes del grupo	Si	4	4	91	91
	No	96	96	9	9
Tiene facilidad para hacer amistades	Si	27	27	78	78
	No	73	73	22	22
Tiene la capacidad de amar a quienes le aman y cuidan	Si	99	99	100	100
	No	1	1	-	-
Tiene la capacidad y/o facilidad de reunirse y/o socializar con sus amistades	Si	28	28	100	100
	No	72	72	-	-

Fuente: Formulario de Investigación
Elaborado por: Los autores

En cuanto a las relaciones interpersonales podemos indicar que la mayoría de los adultos mayores ha mejorado notablemente su autoestima, lo que les permite socializar de mejor manera con familiares y amigos, además de mostrar la preocupación innata por otras personas, así mismo puede ahora formar parte de un grupo de apoyo que les permite compartir, socializar, con sus contemporáneos, preocuparse por ellos, de manera que en la tabla # 11 podemos observar una inversión de valores en varios de los ítems planteados, lo cual nos indica un cambio significativo que produce el poder ser parte de un grupo de autoayuda, ya que si bien es cierto la práctica continua de actividad física por si sola, proporciona beneficios que ya mencionamos, mayores beneficios se perciben al momento de ser parte de un grupo que busca mejorar su salud y calidad de vida.



6.11. Salud

Tabla N° 12
100 adultos mayores del grupo de Diabetes e Hipertensión del Área de Salud # 2,
según Salud, antes y después de la Intervención. Cuenca 2010

	PREGUNTA	ANTES		DESPUES		
		Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
SALUD	Tiene accesibilidad a una atención de salud de calidad	Si	7	7	58	58
		No	93	93	42	42
	Tiene accesibilidad a medicación de acuerdo a sus necesidades	Si	23	23	78	78
		No	77	77	22	22
	Cuenta con un sistema de aseguramiento en salud	Si	22	22	22	22
		No	78	78	78	78
	Dispone de una adecuada alimentación y nutrición	Si	6	6	72	72
		No	96	96	28	28
	Tiene la capacidad y/o posibilidad de realizar actividad Física	Si	3	3	100	100
		No	97	97	-	-
	Tiene la posibilidad de vivir una vida tranquila y sin stress	Si	4	4	66	66
		No	96	96	44	44

Fuente: Formulario de Investigación
Elaborado por: Los autores

A cerca de la salud podemos indicar que si bien es cierto los adultos mayores han podido disminuir muchos de los malestares que presentaban, como dolores musculares, rigidez en ciertas articulaciones, como ellos mismo lo indican, lamentablemente ninguno se encuentra completamente sano, además son personas que se encuentran en tratamiento constante por diabetes e hipertensión arterial.

Gracias a la acción del Centro de Salud # 2, que ha puesto a la disposición de las personas de la tercera edad, una atención de salud de calidad, gratuita, que vale la pena destacar, Así mismo, el protocolo de atención integral desarrollada en el Centro de Salud brinda a las personas la medicación gratuita, para los tratamientos que ellas tienen por las distintas enfermedades, además de la



capacitación recibida por parte del personal de nutrición del Centro de Salud, quienes enseñan a los integrantes de los diferentes grupos la manera de mantener su salud a través de la correcta alimentación.

Pero el mayor logro obtenido a lo largo del estudio de investigación, es que todas los adultos mayores puedan realizar actividad física de acuerdo a sus capacidades y destrezas, y no solo lo realizan en el área de intervención, sino tiene la posibilidad de ponerlo en práctica en sus casas, y esto ha mejorado notablemente su salud física, disminuyendo el dolor articular, muscular, rigidez, cansancio, depresión, etc.,



6.12. Recursos Económicos

Tabla N° 13
100 adultos mayores del grupo de Diabetes e Hipertensión del Área de Salud # 2,
según Recursos Económicos, antes y después de la Intervención. Cuenca 2010

	PREGUNTA	ANTES		DESPUES		
		Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
RECURSOS ECONÓMICOS	Le abastece el ingreso que tiene para cubrir sus necesidades básicas	Si	30	30	30	30
		No	70	70	70	70
	Le abastece el ingreso que tiene para realizar gastos inesperados	Si	8	8	8	8
		No	92	92	92	92
	Le abastece el ingreso que tiene para cubrir gastos de actividades recreativas	Si	4	4	4	4
		No	96	96	96	96
	Cuenta con los servicios básicos	Si	96	96	97	97
		No	4	4	3	3
	Dispone de un espacio cómodo para vivir	Si	90	90	92	92
		No	10	10	8	8
Dispone de comodidades	Si	2	2	2	2	
	No	98	98	98	98	
Cuenta con propiedades y/o bienes inmuebles	Si	60	60	60	60	
	No	40	40	40	40	

Fuente: Formulario de Investigación
Elaborado por: Los autores

En cuanto a los recursos económicos, a pesar de que no es un aspecto sobre el cual ejerzamos influencia alguna, es necesario mostrar las necesidades de nuestros adultos mayores, así mismo de acuerdo a otras valoraciones, éste es uno de los parámetros más tomados en cuenta al momento de medir la calidad de vida de las personas, además podemos observar que no se ha producido cambios significativos. Si bien es cierto una de las medidas tomadas por el gobierno es la de promover la jubilación de las personas a la edad de 65 años, para dar oportunidades laborales a las personas jóvenes, es bueno que, los adultos mayores pueden percibir una remuneración jubilar, pero que de los aquellos que no tienen este tipo de ingreso, que en algunos de los casos dependen de la “generosidad” de sus hijos para poder cubrir sus gastos, y que de los que no. Por esta razón es necesarios tomar cartas en el asunto para que



nuestros adultos mayores puedan gozar de una etapa de envejecimiento con calidad no solo de poder percibir un ingreso, sino crear espacios en los que existan oportunidades para poder llevar a cabo actividades que ellos disfruten y al mismo tiempo puedan aportar a la sociedad.



6.13. Índice de masa corporal

Tabla N° 14
57 adultos mayores del grupo de Hipertensión del Área de Salud # 2, según IMC, antes y después de la Intervención. Cuenca 2010

IMC	Antes		Después	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Delgadez	-	-	-	-
Normopeso	29	51	32	56
Sobrepeso	28	49	25	44
Obesidad	-	-	-	-
Obesidad Mórbida	-	-	-	-
Total	57	100	57	100

*Fuente: Historias Clínicas del Centro de Salud # 2
Elaborado por: Los autores*

Tabla N° 15
43 adultos mayores del grupo de Diabetes del Área de Salud # 2, según IMC, antes y después de la Intervención. Cuenca 2010

IMC	Antes		Después	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Delgadez	-	-	-	-
Normopeso	23	53	24	56
Sobrepeso	20	47	19	44
Obesidad	-	-	-	-
Obesidad Mórbida	-	-	-	-
Total	43	100	43	100

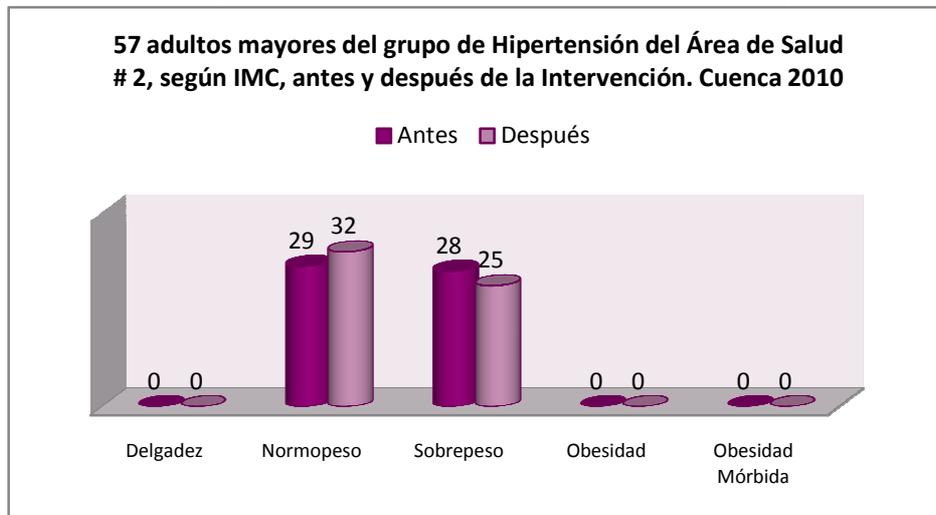
*Fuente: Historias Clínicas del Centro de Salud # 2
Elaborado por: Los autores*

En ambos grupos, después de la intervención los adultos mayores participantes, realizaron actividad física de bajo impacto 3 veces por semana, por el lapso de 3 meses, evidencia un cambio no muy amplio, por 2 razones: no necesariamente el hecho de quemar la grasa excedente quiere decir que una persona bajará de peso, porque en cambio puede aumentar su peso por la tonificación y aumento de la masa muscular y la otra razón es que una persona puede bajar varias libras de peso e igualmente seguir en su mismo IMC.



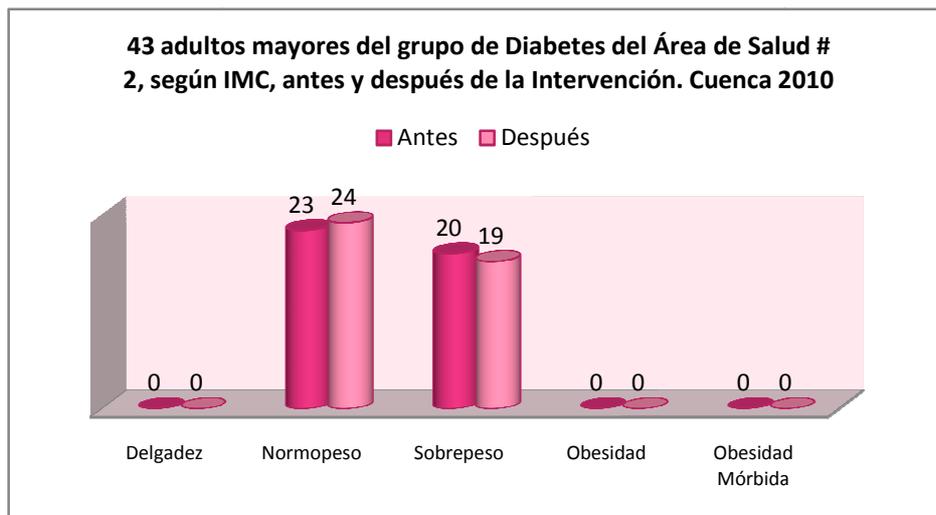
Como podemos observar en las tablas 14 y 15 el índice de masa corporal es clasificado de acuerdo a la literatura de la siguiente manera: Menos de 18.5, es considerado como delgadez, 18.5 a 24.9 normal, 25 a 29.9 es sobrepeso, 30 a 39.9 obesidad, y mas de 40 es obesidad mórbida,

Gráfico # 4



Fuente: Tabla N° 14
Elaborado por: Los autores

Gráfico # 5



Fuente: Tabla N° 15
Elaborado por: Los autores



6.14. Presión arterial

Tabla N° 16
57 adultos mayores del grupo de Hipertensión del Área de Salud # 2, según valores de Presión Arterial, antes y después de la Intervención. Cuenca 2010

Presión arterial	Antes		Después	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Prehipertensión	10	18	39	68
Hipertensión Fase 1	38	67	16	28
Hipertensión Fase 2	9	15	-	-
Normal	-	-	2	4
Total	57	100	57	100

*Fuente: Historias Clínicas del Centro de Salud # 2
Elaborado por: Los autores*

Tabla N° 17
43 adultos mayores del grupo de Diabetes del Área de Salud # 2, según valores de Presión Arterial, antes y después de la Intervención. Cuenca 2010

Presión arterial	Antes		Después	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	-	-	2	5
Alto	12	28	2	5
Normal	31	72	39	90
Total	43	100	43	100

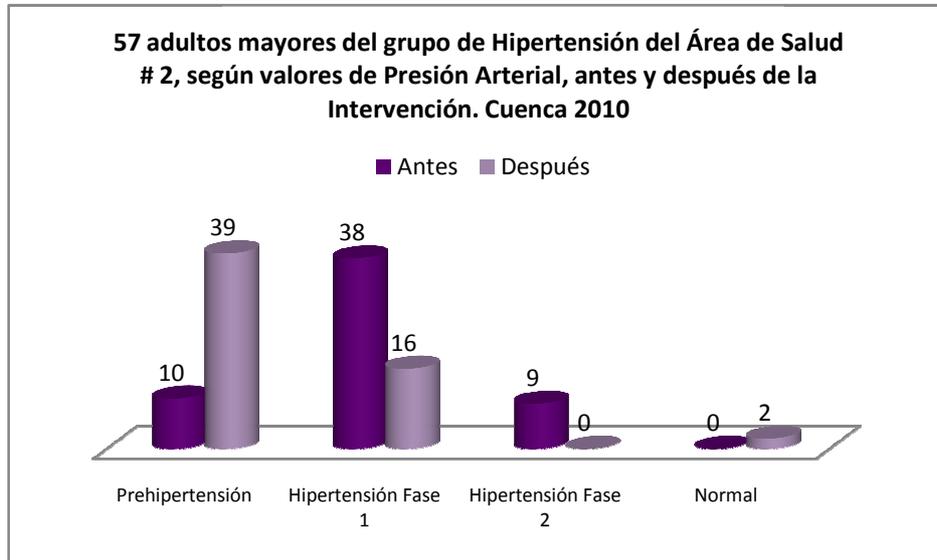
*Fuente: Historias Clínicas del Centro de Salud # 2
Elaborado por: Los autores*

Los valores de presión arterial, como está demostrado en la literatura pueden disminuir con la pérdida de peso, la práctica regular de ejercicio, además de otras medidas igualmente importantes como el tratamiento medicamentoso, así mismo lo podemos observar en las tablas N° 16 y 17, en las que la mayoría de adultos mayores Hipertensos tenían valores altos de presión arterial, considerado Hipertensión fase 2 pero podemos apreciar que después de la intervención estos valores han disminuido notablemente gracias a las medidas tomadas, que mencionamos anteriormente, estos cambios son más evidentes



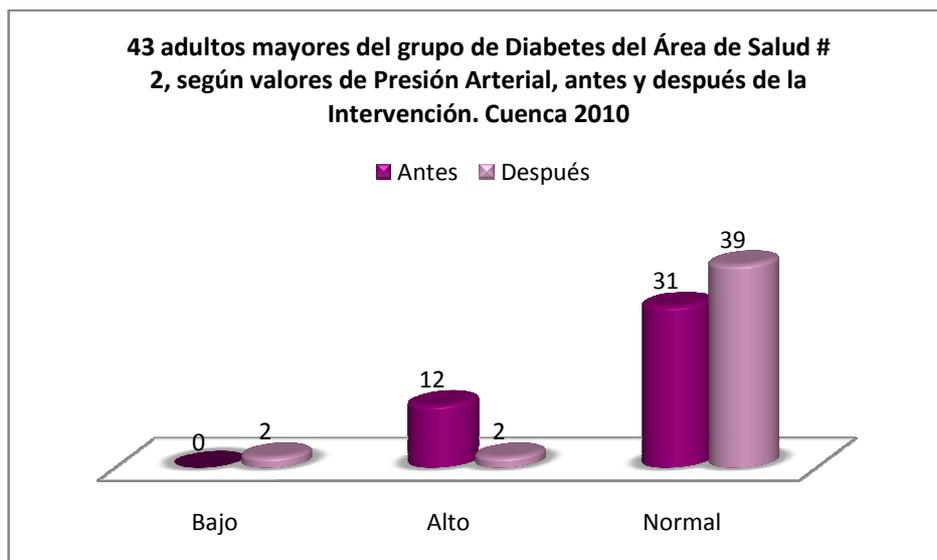
en el grupo de Hipertensión, que en el grupo de Diabetes.

Gráfico # 6



Fuente: Tabla N° 16
Elaborado por: Los autores

Gráfico # 6



Fuente: Tabla N° 17
Elaborado por: Los autores



6.15. Glucosa

Tabla N° 18
43 adultos mayores del grupo de Diabetes del Área de Salud # 2, según valores de Glucosa, antes y después de la Intervención. Cuenca 2010

Glucemia	Antes		Después	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Hipoglucemia	-	-	-	-
Normoglucemia	3	7	6	14
Limítrofe alto	8	19	9	21
Hiperoglucemia	32	74	28	65
Total	43	100	43	100

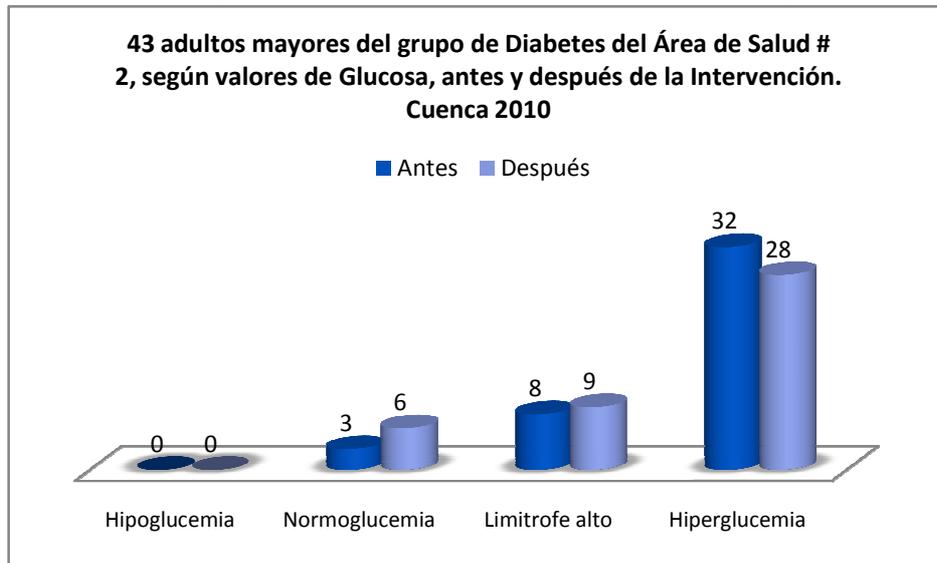
*Fuente: Historias Clínicas del Centro de Salud # 2
Elaborado por: Los autores*

Así mismo sabemos que la practica continua de actividad física “mejora la tolerancia a la glucosa favoreciendo el tratamiento de la diabetes”, por lo tanto como lo evidencia la tabla No 18, aunque no exista un cambio en grandes proporciones, creemos a pesar del corto tiempo de intervención, se pueden observar cambios pequeños pero importantes, que si se pudiera continuar y transformarle en un estilo de vida, los cambios serán mucho mas evidentes.

Los niveles de azúcar en la sangre, de acuerdo a la bibliografía consultada nos indica que se considera: Hipoglucemia: inferior a 65mg/dl, Normoglucemia: 65-70 a 110mg/dl, Limítrofe alto: 110 a 140mg/dl, y Hiperoglucemia: valores superiores a 140mg/dl.



Gráfico # 7



Fuente: Tabla N° 18
Elaborado por: Los autores



6.16. Colesterol

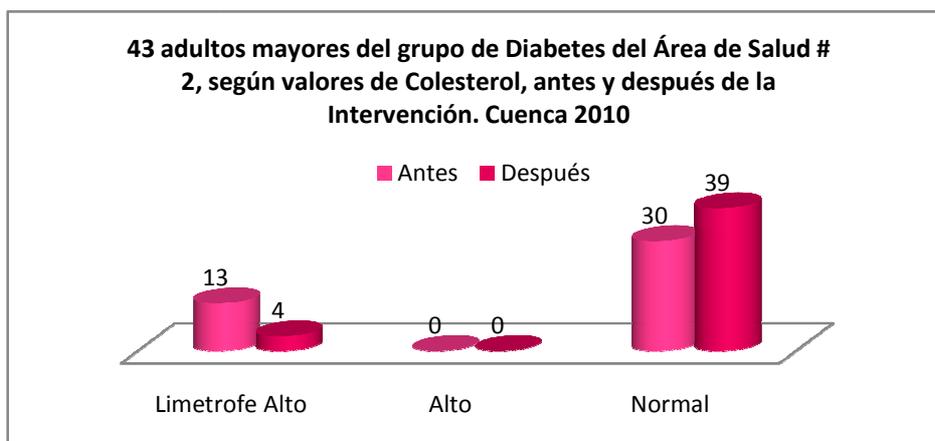
Tabla N° 19
43 adultos mayores del grupo de Diabetes del Área de Salud # 2, según valores de Colesterol, antes y después de la Intervención. Cuenca 2010

Colesterol	Antes		Después	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Alto	-	-	-	-
Limítrofe Alto	13	31	4	10
Normal	30	69	39	90
Total	43	100	43	100

Fuente: Historias Clínicas del Centro de Salud # 2
Elaborado por: Los autores

Los valores normales de colesterol oscilan entre 100 a 200 mg/100ml, de manera que: Deseable o normal: por debajo de 200 mg/dl, limítrofe alto: 200 a 239 mg/dl, Alto: 240 mg/d y superior, así, dentro del grupo no tenemos a ningún adulto mayor que tenga su colesterol alto, pero si aunque en muy poco porcentaje se encuentran en un nivel limítrofe alto, y después de la intervención observamos que 9 personas bajaron su nivel de colesterol, alcanzando un nivel normal de los mismos.

Gráfico # 8



Fuente: Tabla N° 19
Elaborado por: Los autores



6.17. Triglicéridos

Tabla N° 20
43 adultos mayores del grupo de Diabetes del Área de Salud # 2, según valores de Triglicéridos, antes y después de la Intervención. Cuenca 2010

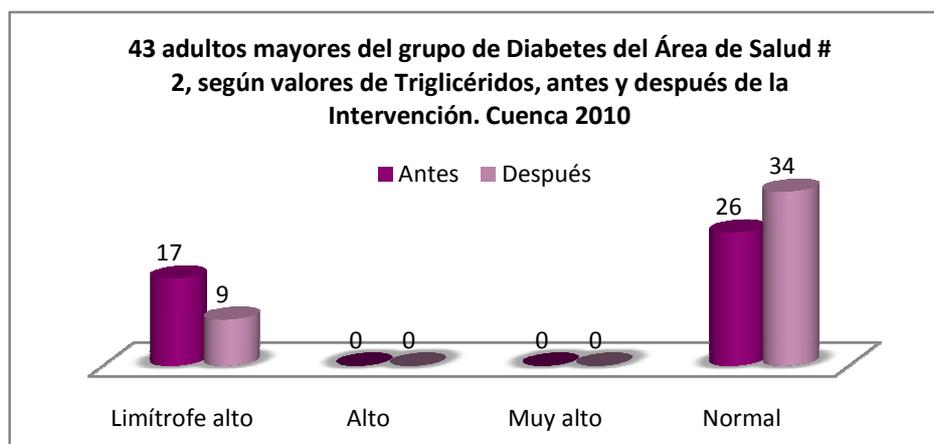
Triglicéridos	Antes		Después	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Limítrofe alto	17	39	9	21
Alto	-	-	-	-
Muy Alto	-	-	-	-
Normal	26	61	34	79
Total	43	100	43	100

Fuente: Historias Clínicas del Centro de Salud # 2

Elaborado por: Autores

En los integrantes del grupo de Diabetes los niveles de triglicéridos, en su mayoría, se encuentran en valores considerados normales, es decir menos de, pero así mismo existe un porcentaje que se encuentra con un nivel limítrofe alto, que según la bibliografía son valores considerados tolerables, y como lo indica la tabla N° 20, después de la intervención realizada, podemos observar un cambio en los valores, de manera que casi el 80% de adultos mayores ahora tiene valores normales de triglicéridos.

Gráfico # 9



Fuente: Tabla N° 20
Elaborado por: Los autores



6.18. Actividad Física y Sedentarismo

Tabla N° 21
100 adultos mayores del grupo de Diabetes e Hipertensión del Área de Salud # 2,
según Actividad Física, antes y después de la Intervención. Cuenca 2010

Actividad Física	DIABETES				HIPERTENSION				TOTAL			
	Antes		Después		Antes		Después		Antes		Después	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Inactivo	41	95	-	-	56	98	-	-	97	97	-	-
Parcialmente Activo	2	5	1	2	1	2	1	2	3	3	2	2
Activo	-	-	42	98	-	-	56	98	-	-	98	98
TOTAL	43	100	43	100	57	100	57	100	100	100	100	100

Fuente: Formulario de Investigación
Elaborado por: Los autores

Teniendo en cuenta que al inicio de la intervención solo 3 adultos mayores realizaban algún tipo de actividad física, por una, o hasta dos veces por semana, el grupo mayoritario se mantiene inactivo por al menos los últimos tres meses,

Mientras que al final de la Intervención el 98% practica un programa de actividad física de bajo impacto, diseñado de acuerdo a las condiciones y necesidades del adulto mayor.

De acuerdo a la bibliografía consultada, podemos considerar Inactivo cuando una persona no realiza ningún tipo de ejercicio o deporte durante la semana, Parcialmente Activo cuando realiza algún tipo de ejercicio o deporte 1 o 2 veces a la semana, y Activo cuando realiza algún tipo de ejercicio 3 veces a la semana.



6.19. Testimonios de los adultos mayores

Entre los comentarios emitidos por los adultos mayores integrantes de los diferentes grupos, que formaron parte de la Intervención que se llevó a cabo en el Centro de Salud # 2, destacamos lo siguiente:

Como es vista la tercera edad por si mismos:

Todos sabemos que los seres humanos, como lo manifiesta Max Neef, tenemos varias necesidades, que es preciso que se cubran, para poder vivir bien, de igual manera o mayor aún, del proceso de envejecimiento se deriva más necesidades en los diferentes aspectos como lo son el afecto, la protección, la salud, y la integración social, pero como comenta Susana, esas necesidades no son cubiertas, como ellos desearían, y peor aún, al parecer no son conocidas *“...Las necesidades que tiene la persona de la tercera edad, son muchas, pero no somos escuchados...”*(Susana 66 años), además de ello, los adultos mayores se sienten olvidados, inservibles: *“...somos gente olvidada, somos gente que para la sociedad no servimos, ni para la sociedad ni para nadie...”* (Jorge 68 años), *“somos una carga en definitiva...”* (Ana 65 años), si bien es cierto no son un grupo poblacional que aporte activamente a la sociedad, (por el mismo proceso de envejecimiento, y aunque muchos si lo hacen), como lo hacen los jóvenes y adultos, tampoco significa que, en el otro extremo, se conviertan en un estorbo para la misma, pero eso es exactamente lo que piensan, por ello los adultos mayores no quieren ser una carga para su familia, por lo que piensan y desean acertadamente tener una vejez que les permita valerse por si mismos, poder realizar sus obligaciones, responsabilidades y actividades habituales, sin necesidad de la ayuda de otras personas, como nos indica Rosita *“...yo quiero vivir hasta cuando pueda valerme por mi misma...”* (Rosita 68 años) *“...sentirme parte de la sociedad, no ser una carga, un peso para los demás”* (María 73) y a pesar de que ellos saben que no es la mejor opción, prefieren pasar su vejez en un asilo, *“...yo digo que me fuera al asilo,*



porque yo no quiero ser carga para mis hijos...”(Raquel 66 años) y es una realidad tangible, y en nuestra sociedad es bastante frecuente ya que es una de las primeras opciones tomadas en cuenta al decidir “que vamos a hacer con el abuelito”, “...en último de los casos nos van a dejar en el ancianato (María 65 años) “; y es muy triste encontrar asilos llenos de personas olvidadas por sus familiares, en donde supuestamente, les van a cuidar, a atender mejor, van a estar con personas contemporáneas, lo cual, sucede muy poco...

Condición física:

Así, con muchas ganas y bastante predisposición, Esther nos indica “...Primera vez que he hecho estos ejercicios...”(Esther 72 años), sin coordinación, ritmo y equilibrio para realizar los ejercicios, continúan aprendiendo y ejercitándose, y practicando en casa, porque los instructores mandan “el deber” de realizar en casa todo lo que hicimos en el centro, y de esta manera trabajar incluso, con la memoria de los adultos mayores, y aunque no lo realicen bien, es una oportunidad para poner en práctica lo aprendido y como lo dice Marianita “...mis nietas se ríen de los ejercicios que hago en la casa...” (Mariana 69 años), en éste proceso es tan evidente que, la práctica repetitiva de los diferentes ejercicios (gracias a la formación de engramas motores) para el adulto mayor se torna cada vez más fácil desarrollar ejercicios cada vez más complejos y que requieran más coordinación, mejorando, coordinación, ritmo y equilibrio, así lo describe Dorita: “...tenia dificultad para bajar las escaleras, siempre tenia que agarrarme del pasamano, ahora siento pues que, muchas veces ya me olvido del pasamano y puedo bajar sin dificultad...”(Dora 68 años),

Es bastante satisfactorio escuchar los comentarios emitidos por cada uno de los adultos mayores, respecto a la mejoría que sienten en su organismo y aunque quisiéramos resaltar que no estamos “curando” a las personas, pero si



mejorando el funcionamiento por lo menos de sus articulaciones y músculos y aunque menos evidente otros sistemas y tejidos, como lo relatan ellos mismos: “...Sentía mucho dolor de la cadera, mucho dolor del cuello,...y bastante me he endurecido...” (Elba 70 años), “...cuando yo llegue a hacer los ejercicios, yo sentía mucho dolor en si de las articulaciones, y si me ha beneficiado, (Ana 65 años), como conocemos fisiológicamente el ejercicio aumenta la irrigación sanguínea, libera sustancias inhibitoras del dolor, mejorando incluso la capacidad cardiorrespiratoria “...ahora ya no tengo ninguna agitación, antes cuando caminaba un poquito ya me agitaba...” (Daniel 76 años), así mismo ésta practica aumenta la capacidad muscular y la resistencia a la fatiga, “...tenía mucho dolor de los hombros, de las rodillas...”(Cesar 68 años), “...yo sentía mucho dolor de la cintura, con los ejercicios me siento bastante aliviada, ...” (Nancy 65 años), y es bueno que ellos puedan percibir en si mismos, el beneficio que les brinda la practica física continua, como nos lo dice Carmita: “...Es bueno para la salud, a más de relajante nos sirve para nuestros músculos que realmente ya por los años mismo se van endureciendo y se va haciendo difícil y ahora tenemos una mejor agilidad...”(Carmen 65 años), y como lo indica Zoilita: “...ahora sentimos realmente que los huesos han estado oxidados y ahora vamos a aflojarles...”(Zoila 65 años).

Interacción social y aspecto emocional:

Sin embargo, a pesar de todo el trabajo realizado, los sentimientos de soledad, abandono, tristeza los siguen acompañando, como lo menciona Teresa “...mucho tristeza, sola en la casa, entonces para mi venir acá ha sido una alegría, una distracción, ustedes nos han tratado con todo cariño, porque en la casa de repente no hay cariño con la familia...” (Teresa 75 años), se evidencia una vez más la necesidad de afecto de los adultos mayores, que como ellos mismos lo señalan, a veces lo reciben más de personas ajenas que de la misma familia, y bueno, es mas fácil ser sociable con otras personas que no nos conocen, porque con nuestra familia somos nosotros mismos, con nuestros



defectos y errores, mientras que con personas ajenas, generalmente solo mostramos nuestro lado “bueno”, aunque siempre hemos dado espacios para socializar las necesidades, experiencias, anécdotas, y mas, que les permiten de cierta manera desahogarse, *“...Nos hemos desahogado un poco del sufrimiento, de tristeza porque hemos conversado con los compañeros...”*(Julio 67 años), *“...Aquí se puede desahogar un poco realmente las preocupaciones...”*(Aida 69 años), ellos se han podido sentir en familia, así lo señalan Rodrigo y Juanita: *“...para mi no han sido solo compañeras, sino como una familia”* (Rodrigo 74 años), *“...hemos constituido como una familia...”* (Juanita 65 años).

Rosario nos termina recomendando que: *“...estar activa vale la pena y ayuda...”*(Rosario 74 años),

A pesar de que la intervención solo duró unos pocos meses, hemos podido ser testigos de los beneficios obtenidos a lo largo de este proceso, y con tristeza los adultos mayores que conforman los diferentes grupos, unos se despiden, otros no quieren ni despedirse, y como ya lo mencionamos anteriormente se lleva a cabo en los parque de la ciudad de Cuenca (parque de María Auxiliadora) un programa de bailoterapia, que se enfoca en realizar actividad física, aunque no minimizamos los beneficios que puedan obtenerse de éste proceder, no es igual a la realización de grupos de autoayuda, en donde no solo prime la actividad física, sino que se tome en cuenta como pilar fundamental la terapia grupal, emotiva, recreacional, brindando espacios para el dialogo, para la ejecución de dinámicas grupales, juegos, etc., que al menos en nuestra ciudad no existe.



7. DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos a lo largo de esta investigación, han sido de beneficio significativo para la sociedad de nuestro medio, ya que nos muestran la gran importancia que éste aporta específicamente para los adultos mayores, al ver que calidad de vida engloba un concepto muy amplio, demostrado al conjugar aspectos tan importantes como son el físico, social, emocional y económico, recopilados desde el punto de vista Max Neef sobre “las necesidades humanas fundamentales” y de “las capacidades humanas básicas” de Amartya Sen, que demuestran que no podemos reducir al estudio de los beneficios que estos aspectos nos pueden brindar por separado, ya que nosotros al adaptarlos y acoplarlos para el desarrollo de esta investigación, valiéndonos de las posibilidades que nos proporcionan la “actividad Física y Recreativa” como eje fundamental para reunir estos elementos, ha conseguido de manera acertada revelar que, los adultos mayores que intervinieron en el estudio mostraron una notable mejoría en su calidad de vida, al notar su ejemplar desempeño y bienestar conseguido en sus actividades diarias y emocionales, las cuales fueron fácilmente visibles en el transcurso de la investigación y relatadas constantemente por los adultos mayores con efusivo orgullo de lo logrado.

Este estudio tiene la virtud de conjugar elementos cuantitativos y cualitativos, esto, para lograr establecer un estudio integral, de estos elementos logramos establecer una posible comparación con resultados que la literatura nos muestra, como son los estudios: “Acondicionamiento Físico en la Tercera Edad” realizado en México por La Asociación Americana de Cardiología (American Association of Cardiology, Veterans Hospital) que revela ventajas del ejercicio en los adultos mayores como: mejora de la convivencia sociofamiliar (mayor optimismo y auto confianza); el apetito, concentración, y sueño; el equilibrio y la coordinación; el aspecto físico (menor riesgo de obesidad y sobrepeso); la capacidad cardiorrespiratoria, y la respuesta sensorial.



Además disminuye el riesgo de sufrir depresiones y ansiedad al llenar el tiempo libre. ⁽³⁰⁾

Creemos que la calidad de vida es lograr un real equilibrio de los factores protectores de la salud, que posibiliten un buen vivir y esto está dado, no solo por cumplir las necesidades básicas sino por tener satisfacciones en los ámbitos: emocional, social, ambiental, etc., por lo tanto en éste, se enmarca la actividad físico-recreativa.

Este último fue el que nos llevó a plantearnos como un elemento de vital importancia para la tercera edad, como una acción que conlleva a mejorar su calidad de vida.

Esto quedó totalmente demostrado ya que previo a la intervención no había ninguna persona con predisposición ni capacidad de realizar actividades recreativas, revirtiendo este caso negativo de que todos tuvieron la capacidad de realizar esta actividad y así, podemos ir desglosando que en éste parámetro todos tuvieron una mejoría luego de la intervención, por lo queda demostrado que el estudio realizado sirve de una manera categórica.

Quizá esto se pueda ver con mayor claridad en la tabla N° 9, en la que se analiza los ítems en el campo de la Recreación, donde hay un cambio evidente, todos mejoran de un 31% al 100%.

Lo anotado demuestra que en la tercera edad no se trata de que, por su condición física no pueda realizar estas actividades, sino que es un hecho social el que ha impedido que ellos puedan tener la posibilidad de integrarse a estas actividades, por lo cual aquí comprendemos y reflexionamos aquellas sentencias que ellos, los adultos mayores, se autocalificaban, como lo anotado anteriormente “...somos gente olvidada, somos gente que para la sociedad no

³⁰ Acondicionamiento Físico en la Tercera Edad, Disponible en: <http://www.quiminet.com.mx/>



servimos, ni para la sociedad ni para nadie...” (Jorge 68 años), “somos una carga en definitiva...” (Ana 65 años), “...sentirme parte de la sociedad, no ser una carga, un peso para los demás” (María 73), (ver Pág. 71), estos criterios negativos los podemos transformar en elementos positivos con acciones como las que se ha diseñado en esta investigación.

Además, estudios indican que el incremento en la calidad de vida es uno de los argumentos más poderosos para ejercitarse, según Perfil de Salud de Nottingham⁽³¹⁾

En contraste con muchos tipos de terapias médicas, el ejercicio generalmente, fortalece la calidad de vida del participante. Mucha gente declara que ellos se ejercitan, principalmente, porque se sienten mejor.

Dentro del rango de edad de 35-70 años, la persona obtiene beneficios en el estado de ánimo, por la estimulación cerebral y (posiblemente) por la secreción de aminas y beta endorfinas.⁽³²⁾

En relación al campo de la Autonomía, (tabla # 10) existe una mejoría relativa que llega hasta un 25%, esto es entendible por cuanto en este campo, existen otros parámetros que son mas complejos, como la actividad sexual y como la oportunidad de cuidado personal, que son aspectos que no solo se pueda mejorar con actividad física y recreativa sino que tienen componentes biológicos, y sociales que deberían ser tratados dentro de un equipo multidisciplinario, por lo tanto vemos que aquí nos quedan retos para el equipo de salud, de implementar futuras acciones que mejoren este campo.

Hemos tomado en cuenta las Relaciones Interpersonales, que es un campo que colinda entre lo social y lo psicológico, tendente a formar un criterio de mayores relaciones sociales y desarrollar de mejor manera una buena autoestima en

³¹ Perfil de Salud de Nottingham, Disponible en: www.deportesalud.com/

³² Beneficios de la actividad física en la tercera edad, Disponible en: <http://www.saludalia.com/>



ésto se mejora hasta en un 80%, (tabla 11), por cuanto el grupo de adultos mayores se puede dar cuenta que el compartir con otras personas, es un elemento que va a fortalecer el desarrollo individual y grupal.

En el campo de la Salud es difícil señalar esta área sin interrelacionarla con las anteriores, por lo creemos que si bien, los autores Max Neef y Amartya Sen orientan los ítems de salud, para nosotros éste es un derecho de las personas y un deber inexcusable del estado, nosotros no señalamos a la salud como un aspecto netamente biológico ni como ausencia de enfermedad, sino como un estilo de vida, que debe estar dado como lo reza la constitución del país como

el Buen Vivir, por lo tanto lo que podemos hacer es mejorar algunos parámetros pero como lo señalamos en la (tabla # 12), con el de la capacidad de realizar actividad física, el de la alimentación, que en nuestro estudio mostramos que este a mejorado. Además de disminuir totalmente el sedentarismo al cual está propenso el adulto mayor, como lo indica la tabla # 21, en donde el 98% ahora se mantiene activo.

Como lo indica la literatura, la práctica de actividad física frecuente proporciona una sensación de bienestar general, mejora la salud física y psicológica global, ayuda a mantener un estilo de vida independiente, Reduce el riesgo de desarrollar ciertas enfermedades (alteraciones cardíacas, hipertensión etc.).

Además ayuda a controlar enfermedades como obesidad, diabetes, hiperlipidemia. Ayuda a disminuir las consecuencias de ciertas discapacidades y puede favorecer el tratamiento de algunas patologías que cursan con dolor.

Es necesario indicar también que estos beneficios requieren una participación regular y continua y pueden volverse rápidamente reversibles si se retorna a la inactividad.



Es decir que en relación con los resultados que hemos podido evidenciar, se guarda una íntima relación con los estudios que hemos mencionado, ya que los beneficios obtenidos, según los testimonios que observamos son naturalmente los mismos.

Además es evidente de acuerdo a los resultados que manifiestan las tablas # 18 y 19, gracias a los datos obtenidos de las historias clínicas de los adultos mayores, que se atienden en el Centro de Salud # 2, y como la literatura lo indica hemos contribuido a disminuir los niveles de glucemia, además de mejorar el perfil lipídico, disminuyendo valores de Colesterol y triglicéridos, concordamos totalmente con los estudios realizados en otros países, que indican que la práctica continua de actividad física, además de una buena nutrición, y un estilo de vida saludable ayudan a disminuir los valores antes mencionados, de la misma manera, se ha logrado disminuir los valores de Presión arterial de los pacientes Hipertensos, como es visible en la tabla # 16.

En la actualidad, aunque, la salud o los servicios de salud son totalmente gratuitos para las personas de la tercera edad, y como nos muestran los resultados obtenidos, en cuanto a los recursos económicos, pocas personas son las que cuentan con un ingreso que pueda cubrir los gastos de salud o cuentan con un sistema de aseguramiento de la misma, existe todavía un gran número de personas que se mantienen sin atenderse, a pesar de los múltiples síntomas de enfermedad, esto se debe mucho al descuido si bien por parte de la familia, más lo es por parte del individuo, ya que por nuestra cultura, estamos mal enseñados a que una persona tiene que estar muy, pero muy enferma para hacerse atender, o en caso contrario ésta se automedica, por lo tanto necesitamos enseñarnos a nosotros mismos y a los demás, a ser responsables por nuestro cuerpo, por nuestra salud, por nuestra vida, además de que el gobierno debe insistir en medidas que permitan la accesibilidad a la salud para todas las personas.



A pesar de que la intervención solo duró pocos meses hemos podido trabajar en el aspecto físico, mejorando así la coordinación, el equilibrio y el ritmo al realizar los ejercicios, de la mayoría de los adultos mayores, aunque no de forma absoluta, así mismo como lo mencionamos en los testimonios presentados, en ésta práctica hemos podido disminuir el dolor de los segmentos corporales de varios de los adultos mayores, lo que también está comprobado científicamente, creemos necesario dar un mantenimiento continuo, que proporcionara aún mejores resultados que los obtenidos.

Sin embargo, no creemos que la conformación de grupos similares sea la solución a todos los males o la salvación del adulto mayor, ni creemos que esto detendrá el proceso natural del envejecimiento y todas las consecuencias que de él se derivan, pero si enfatizamos que existe una necesidad real y tangible que lamentablemente vivimos en la actualidad, estamos evadiendo la responsabilidad que tenemos como sociedad de brindar apoyo a nuestros adultos mayores, aunque las medidas tomadas por el gobierno han ayudado de gran manera al grupo de la tercera edad, es necesario todavía seguir trabajando por éste grupo poblacional cada vez más numeroso.



8. CONCLUSIONES

- A pesar de las acciones tomadas por el gobierno, el grupo poblacional de la tercera edad es vulnerable y todavía está desatendido, existen adultos mayores que viven en la mendicidad, pobreza, cuyas necesidades de salud, no han sido cubiertas, pero aún sus necesidades emocionales y afectivas.
- El ejercicio físico, dirigido hacia las personas en general, es beneficioso, más aún en los adultos mayores, puesto que el deterioro y desgaste natural del organismo, sumado al desacondicionamiento físico al que gran cantidad de adultos mayores está expuesto por la falta de actividad física, los hace más vulnerables, de manera que éste, practicado de forma continua, ayuda en el proceso natural del envejecimiento favoreciendo a que el organismo no se deteriore tan rápidamente, mejora el ritmo, coordinación, y equilibrio, permite que el cuerpo sea más ágil, tenga mayor destreza y pueda desempeñar las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.
- La práctica continua de actividad física, como está comprobado, es un importante factor que ayuda a disminuir los niveles de glucosa, colesterol, y triglicéridos en los adultos mayores con Diabetes, también, los niveles de presión alta en los pacientes hipertensos,
- Además que el ejercicio físico continuo, la práctica de actividades recreativas como hemos podido ser testigos, aportan a mejorar la autoestima, el desempeño personal de los adultos mayores, así mismo aportó a fortalecer las relaciones interpersonales, proporciona esa sensación de bienestar general.



- La posibilidad, facilidad y accesibilidad de conformar un grupo de apoyo, con personas afines, en circunstancias similares y en general ser parte de un grupo de autoayuda, en donde el pilar fundamental sea la práctica continua de ejercicio físico y la recreación, mejora significativamente la Calidad de Vida de los adultos mayores.



9. RECOMENDACIONES

Es interesante ver que en otros países se auspicia e incentiva a las universidades para realizar investigaciones sobre los diferentes campos, más aún en el de la salud, pero en nuestro medio es diferente, por parte del gobierno se deben tomar medidas para promover estudios de investigación, no solo para conocer datos estadísticos, sino para conocer la realidad de nuestro país y así poder tomar medidas seguras en las respectivas áreas.

Creemos indispensable primeramente concientizar a la comunidad en general sobre el valor de nuestros adultos mayores, como sociedad somos responsables de velar por su integridad física, social y emocional, y no tratar de deshacernos de ellos, si bien es cierto existen centros geriátricos en donde residen muchos adultos mayores, que a nuestro criterio, no tienen un funcionamiento adecuado, en cuanto a mantener y mejorar su calidad de vida, ya que las personas que los cuidan (con sus respectivas excepciones) solamente buscan vestirlos y alimentarlos, pero para ellos lo más importante es el poder ser escuchados, ser queridos, ser amados, además que a la inmovilidad a la que están sometidos los perjudica significativamente, por ello deberían ser reorientados.

Es necesario entonces, promover proyectos para la conformación de grupos de autoayuda, dentro de barrios o parroquias, en donde estén involucradas las familias, la comunidad en general, en los que participen profesionales, trabajando por la salud integral y no aislada en los diferentes aspectos, que ayuden a mejorar la calidad de vida de los adultos mayores, además de fortalecer los centros ya creados, en los cuales prime la práctica de actividades de recreación y acondicionamiento físico grupal, aún que éste proceso lleve tiempo en desarrollar.



Dentro de nuestro país es muy frecuente y bastante acostumbrado, el hecho de “manejar y tratar”, muy bien las enfermedades, pero se desconoce sobre su prevención, por lo que incentivamos reiteradamente como lo ha hecho el Ministerio del Deporte “fomentar la práctica de actividad física”, que debe ser realizada a todas las edades, regularmente, como un estilo de vida, que evita muchas de las enfermedades, en el caso de los adultos mayores, proporcionará los beneficios que mencionamos anteriormente.

Como lo indicamos, debemos dar oportunidad a nuestros adultos mayores, aún que, a ésta edad no deben realizar trabajos esforzados, de acuerdo a sus capacidades y/o posibilidades realizar actividades que disfruten y así mismo contribuyan con la sociedad, por ejemplo una de las costumbres que cada vez está desapareciendo, es la comida tradicional, el tejido, las manualidades, y uno de los puntos importantes para nosotros, es cultivar, aprender de sus conocimientos, vivencias y experiencias, que el tiempo les ha dado.



10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- El Envejecimiento de la Población disponible en:
<http://www.klip7.cl/blogsalud/tercera/2006/02/un-68-ancianos-sufre-problema-crnico.html>.
- Estudio Multicéntrico sobre Calidad de Vida relacionada con la Salud en Adultos Mayores de 60 años en Cuatro Ciudades de Colombia Disponible en
<http://www.invima.com>
- Censo INEC 2001. Disponible en [http:// www.inec.gov.ec/](http://www.inec.gov.ec/)
- Actividades del MIES Disponible en
<http://www.globalaging.org/elderrights/world/2009/desarrollo.htm>
- Estudios de Calidad de Vida, Disponible en: www.Invima.gov.com
- *Revista MHSalud®* (ISSN: 1659-097X) Vol. 1. No. 1. Setiembre, 2004. Perspectiva subjetiva de la calidad de Vida del adulto mayor, diferencias Ligadas al género y a la práctica de la Actividad físico recreativa
- Definición de salud según la OMS, Disponible en: <http://www.who.int/peh-emf/research/agenda/es/index.html>
- Derecho a la Salud. Disponible en: <http://www.portalfitness.com/>
- INEC. Anuario de estadísticas vitales: nacimientos y defunciones. año 2009
- Definición de Diabetes, Disponible en: <http://www.nuestramedicina.com>
- Valores normales de los parámetros bioquímicos mas frecuentes, Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/003493.htm>
- Definición de Hipertensión arterial, Disponible en: <http://www.nuestramedicina.com>
- Clasificación de la Presión arterial: American Heart Association Disponible en: <http://www.wikipedia.org>
- *Revista MHSalud®* (ISSN: 1659-097X) Vol. 1. No. 1. Septiembre 2004. Perspectiva subjetiva de la calidad de Vida del adulto mayor, diferencias Ligadas al género y a la práctica de la Actividad físico recreativa
- Organización Mundial de la Salud. Repercusión mundial del envejecimiento en la Salud Disponible en: <http://www.who.int/features/qa/42/es/index.html>
- Moreno, B. y Jiménez, C. (1996): "Evaluación de la calidad de vida", en G. BUELA-Casal, V.E. Caballo y C.J. Sierra (eds.): Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud, Madrid, Siglo XXI; 1045-1070. Owen W. Calidad de vida en la tercera edad. [artículo en línea] Departamento Salud Pública. Facultad de Ciencias



Médicas 'Mariana Grajales' 2002. Disponible en:

url:<http://www.jbp.com/jbjoorls/tpcq.hrdq-3art.html>

- Medida de la felicidad, según índice de prosperidad LEGATUM 2009, Disponible en: <http://www.comunidadecuatoriana.com>
- Medida del buen vivir en Ecuador, Disponible en: <http://cronica.com.ec/>
- medidores de calidad de vida, Disponible en: http://es.wikipedia.org/wiki/Calidad_de_vida
- Biografía de MANFRED A. MAX NEEF Disponible en: <http://es.wikipedia.org>
- Manfred A. MAX-NEEF. Revista Economía transdisciplinaria para la sustentabilidad
- La Calidad de Vida, Martha C. Nusbaum y Amartya Sen (compiladores) Fondo de Cultura Económica, primera reimpresión en español, México D.F., 1998. Título original: The Quality of Life, Oxford University Press, The United Nations University, 1993. Disponible en: <http://www.revistapolis.cl> <http://www.rebellion.org>
- Condición física, Disponible en: <http://www.enplenitud.com/>
- Fisiología del ejercicio en el paciente diabético. Disponible en: <http://www.fundacióndiabetes.com>
- Beneficios del ejercicio: Disponible en: <http://www.salud.com/diabetes/beneficios-del-ejercicio-en-diabetes.asp>
- Beneficios del ejercicio: Disponible en: <http://www.saludalia.com/>
- Necesidades Psicológicas, Disponible en: <http://www.uca.edu.ar/>
- Efectos de la actividad Recreativa Disponible en: <http://globedia.com/participan-actividad-recreativa-continua-viven-mejor>
- Necesidades Sociales, Disponible en: <http://www.familianavarra.org>
- Acondicionamiento Físico en la Tercera Edad, Disponible en: <http://www.quiminet.com.mx/>
- Acondicionamiento Físico en la Tercera Edad, Disponible en: <http://www.quiminet.com.mx/>
- Perfil de Salud de Nottingham, Disponible en: www.deportesalud.com/
- Beneficios de la actividad física en la tercera edad, Disponible en: <http://www.saludalia.com/>



11. ANEXOS

Anexo # 1

Consentimiento Informado:



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nosotros: Cristina Elizabeth Montesdeoca Pinos y Julio César Dután Paguay, estudiantes egresados de Terapia Física de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca, autores del estudio de investigación para la elaboración de la Tesis titulada: “ACTIVIDAD FÍSICO-RECREATIVA PARA MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR, DEL GRUPO DE DIABETES E HIPERTENSION DEL AREA DE SALUD # 2, CUENCA, 2010”, indispensable para la obtención del título de Licenciados en Terapia Física, solicitamos que forme parte del mismo, en el cual usted:

1. Nos ayudará proporcionando la información respectiva, para llenar el cuestionario de valoración de la calidad de vida, que se realizará al inicio del programa, y tendrá una duración de 20 minutos aproximadamente.
2. Formará parte de un programa de Actividad físico-recreativa que tendrá una duración de 3 meses y que se desarrollará en las instalaciones del Centro de Salud # 2, 3 días por semana, con horarios a convenir, este programa consistirá en:
 - Acondicionamiento físico: ejercicios de calentamiento, estiramientos, ejercicios de relajación, ejercicios de baja intensidad, rutinas que tendrán una duración de 30 a 40 minutos aproximadamente, para lo cual utilizaremos mancuernas, ulas, pelotas, barras, y usted deberá acudir con ropa y zapatos deportivos,



- Recreación: actividades varias a realizarlas 1 vez por semana, como juegos de mesa, manualidades, dinámicas grupales, socialización.

Todas estas actividades estarán bajo el control y cuidado de los autores del estudio, además, contaremos con el apoyo de los médicos del Centro de Salud a cargo de los respectivos grupos.

3. Al terminar el programa, nuevamente usted facilitará la información necesaria para llenar el cuestionario de valoración de la calidad de vida, procedimiento que durará 20 minutos aproximadamente.

Su participación será voluntaria, podrá retirarse del estudio en cualquier momento, la información obtenida tendrá carácter anónimo, no tendrá ningún costo para usted, no representará riesgo para su salud, integridad física, mental y social, siendo de beneficio para usted y para la institución.

Por la favorable aceptación y colaboración le damos las gracias.

He comprendido satisfactoriamente la naturaleza y el propósito de este estudio, me comprometo y doy mi consentimiento para ser partícipe de la mencionada investigación.

C.I.: _____



Anexo # 2

Formulario de valoración de la calidad de vida del adulto mayor:



VALORACION DE LA CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR

NOMBRE:	FECHA:		
ESTADO CIVIL:	EDAD:	SEXO:	
INSTRUCCIÓN:	PATOLOGÍA:	Diabetes:	HTA:

RECREACIÓN

Tiene la capacidad y/o facilidad de realizar actividades recreativas	Si		No	
Tiene la accesibilidad y/o facilidad de realizar actividades de entretenimiento no doméstico	Si		No	
Tiene la capacidad y/o accesibilidad para asistir a ferias, fiestas y/o espectáculos	Si		No	
Tiene la capacidad y/o posibilidad de salir a lugares de sano esparcimiento	Si		No	
Tiene la posibilidad de estar integrado a alguna asociación u organización	Si		No	

AUTONOMÍA

Tiene la capacidad de realizar un buen cuidado personal	Si		No	
Tiene la capacidad y facilidad para movilizarse en su entorno	Si		No	
Tiene la capacidad de realizar bien sus responsabilidades y/u obligaciones	Si		No	
Tiene la capacidad y/u oportunidad para la satisfacción sexual	Si		No	
Tiene la capacidad de alimentarse sin necesidad de ayuda	Si		No	
Tiene la capacidad y facilidad para vestirse sin ninguna ayuda	Si		No	
Tiene la oportunidad de tomar decisiones que tengan que ver con su vida	Si		No	

RELACIONES INTERPERSONALES

Cree tener una buena autoestima	Si		No	
Se relaciona favorablemente con su familia	Si		No	
Muestra preocupación por los integrantes de su familia	Si		No	
Muestra preocupación por los integrantes del grupo	Si		No	
Tiene facilidad para hacer amistades	Si		No	
Tiene la capacidad de amar a quienes le aman y cuidan,	Si		No	
Tiene la posibilidad y/o facilidad de reunirse y/o socializar con sus amistades	Si		No	

SALUD

Tiene accesibilidad a una atención de salud de calidad	Si		No	
Tiene accesibilidad a medicación de acuerdo a sus necesidades	Si		No	
Cuenta con un sistema de aseguramiento de salud	Si		No	
Dispone de una adecuada alimentación y nutrición	Si		No	
Tiene la capacidad y/o posibilidad de realizar actividad física	Si		No	
Tiene la posibilidad de vivir una vida tranquila y sin stress	Si		No	

RECURSOS ECONÓMICOS

Le abastece el ingreso que tiene para cubrir sus necesidades básicas	Si		No	
Le abastece el ingreso que tiene para realizar gastos inesperados	Si		No	
Le abastece el ingreso que tiene para cubrir gastos de actividades recreativas	Si		No	
Cuenta con los servicios básicos	Si		No	
Dispone de un espacio cómodo para vivir	Si		No	
Dispone de comodidades	Si		No	
Cuenta con propiedades y/o bienes inmuebles	Si		No	

OBS:

RESULTADO TOTAL:

MALA	1 AL 8
REGULAR	9 AL 16
BUENA	17 AL 24
EXCELENTE	25 AL 32

Fuente: Revisión Bibliográfica de Amartya Sen y Max Neef.
Modificado para formular preguntas por Cristina Montesdeoca y Julio Dután



Anexo # 3
Fotografías:



Fotografía # 1
Visita al parque de la madre



fotografía # 2
Ejercicios parque el paraíso



Fotografía # 3
Ejercicios



Fotografía # 4
Caminata parque lineal



Fotografía # 5
Caminata parque el paraíso



Fotografía # 6
Piscina de Baños



Fotografía # 7
Caminata parque Miraflores



Fotografía # 8
Socialización



Fotografía # 9
Socialización



Fotografía # 10
Caminata parque el paraíso



Fotografía # 11
Socialización



Fotografía # 12
Piscina de Baños



Fotografía # 13
Ejercicios estiramiento



Fotografía # 14
Baile



Fotografía # 15
Caminata parque el paraíso



Fotografía # 16
Ejercicios



Fotografía # 17
Caminata parque Miraflores