



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
SISTEMA DE POSGRADO  
ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD  
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

TEMA:

DISEÑO DE UNA ESTRATEGIA EDUCATIVA PARA PROMOVER  
ESTILOS DE VIDA SALUDABLES EN ADULTOS MAYORES.  
CONSULTORIO 6. CENTRO DE SALUD SAUCES 3. AÑO 2021

AUTOR:

MONTAÑO ALTAFUYA, MARIUXI FABIOLA

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN  
DEL TÍTULO DE:  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

DIRECTOR:

ORTÍZ HIDALGO, DARÍO MESÍAS

GUAYAQUIL – ECUADOR

2021



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
SISTEMA DE POSGRADO  
ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD  
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Certificamos que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por *la Dra. Mariuxi Fabiola Montaña Altafuya* como requerimiento parcial para la obtención del Título de Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.

Guayaquil, a los 20 días del mes de noviembre del año 2021.

DIRECTORA DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN:

---

Dr. Darío Mesías Ortiz Hidalgo

DIRECTOR DEL PROGRAMA:

---

Dr. Xavier Francisco Landívar Varas



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
SISTEMA DE POSGRADO  
ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD  
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD:

Yo, Mariuxi Montaña Altafuya

DECLARO QUE:

El Trabajo de investigación “Diseño de una estrategia educativa para promover estilos de vida saludables en adultos mayores. Consultorio 6. Centro de Salud Sauces 3. Año 2021” previo a la obtención del Título de Especialista, ha sido desarrollado en base a una investigación exhaustiva, respetando derechos intelectuales de terceros, conforme a las citas que constan en el texto del trabajo, y cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance científico del Trabajo de Tesis mencionado.

Guayaquil, a los 20 días del mes de noviembre del año 2021

EL AUTOR:

Dra. Mariuxi Fabiola Montaña Altafuya



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
SISTEMA DE POSGRADO  
ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD  
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

AUTORIZACIÓN:

Yo, Mariuxi Fabiola Montaña Altafuya

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la publicación en la biblioteca de la institución del trabajo de investigación de Especialización titulado: “Diseño de una estrategia educativa para promover estilos de vida saludables en adultos mayores. Consultorio 6. Centro de salud Saucos 3. Año 2021”, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 20 días del mes de noviembre del año 2021

EL AUTOR:

---

Dra. Mariuxi Montaña Altafuya

# URKUND



## Document Information

---

**Analyzed document** Montaña Altafuya Mariuxi Fabiola.docx (D126453631)

**Submitted** 2022-01-28T19:51:00.0000000

**Submitted by**

**Submitter email** mariuxi.montano@cu.ucsg.edu.ec

**Similarity** 4%

**Analysis address** xavier.landivar.ucsg@analysis.orkund.com

## **Agradecimiento.**

A Dios por darme la sabiduría y fortaleza necesaria para alcanzar mis metas propuestas, a mis maestros por compartir sus conocimientos y ayuda incondicional en el proceso del aprendizaje, a la universidad por darme la oportunidad de formarme académicamente en la misma, a mis padres por inculcarme la importancia de una buena educación y a mi esposo por ser mi motivador importante para terminar con éxito esta meta.

## **Dedicatoria**

A mi esposo por el apoyo incondicional a lo largo de estos años de Carrera, por ser la parte motivadora, inspiadora, por creer en mi capacidad por su amor y comprensión.



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
SISTEMA DE POSGRADO  
ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD

ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

**TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN**

---

LANDÍVAR VARAS, XAVIER FRANCISCO  
DIRECTOR DEL POSGRADO

---

ARANDA CANOSA, SANNY  
COORDINADORA DOCENTE

---

BATISTA PEREDA, YUBEL  
OPONENTE





UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

III COHORTE

**ACTA DE CALIFICACIÓN**

TEMA: POSGRADISTA: FECHA:
---------------------------------

No.	MIEMBROS DEL TRIBUNAL	FUNCIÓN	CALIFICACIÓN TRABAJO ESCRITO /60	CALIFICACIÓN SUSTENTACIÓN /40	CALIFICACIÓN TOTAL /100	FIRMA
1	DR. XAVIER LANDÍVAR VARAS	DIRECTOR DEL POSGRADO MFC				
2	DRA. SANNY ARANDA CANOSA	COORDINADORA DOCENTE				
3	DR. YUBEL BATISTA PEREDA	OPONENTE				
NOTA FINAL PROMEDIADA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN						

Observaciones: \_\_\_\_\_

Lo certifico

DR. XAVIER LANDÍVAR VARAS  
DIRECTOR DEL POSGRADO  
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

DR. YUBEL BATISTA PEREDA  
OPONENTE  
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

DRA. SANNY ARANDA CANOSA  
COORDINADORA DOCENTE  
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

## ÍNDICE GENERAL

AGRADECIMIENTO	VI
DEDICATORIA	VII
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN	VIII
ACTA DE CALIFICACIÓN	IX
ÍNDICE DE TABLA	XII
ÍNDICE DE ANEXOS	XIV
RESUMEN	XV
ABSTRACT	XVI
1. INTRODUCCIÓN	2
2. EL PROBLEMA	4
2.1 IDENTIFICACIÓN, VALORACIÓN Y PLANTEAMIENTO	4
2.2 FORMULACIÓN	5
3. OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS	6
3.1 GENERAL	6
3.2 ESPECÍFICOS	6
4. MARCO TEÓRICO	7
4.1 MARCO CONCEPTUAL	7
4.2 ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS	26
5. MÉTODOS	31
5.1 NIVEL DE LA INVESTIGACIÓN	31
5.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN	31
5.3 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	31
5.4 JUSTIFICACIÓN DE LA ELECCIÓN DEL MÉTODO	31
5.5 POBLACIÓN DE ESTUDIO	32
5.5.1 CRITERIOS Y PROCEDIMIENTOS DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA O PARTICIPANTES DEL ESTUDIO	32
1.1.1 5.5.1.1 Criterios de inclusión	32
5.5.1.2 Criterios de exclusión	32
5.6 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	32
5.7 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	37
5.8 TÉCNICAS DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO	38

5.9	VARIABLES	39
5.9.1	Operacionalización de variables	39
6	PRESENTACIÓN DE RESULTADOS Y DISCUSIÓN	44
7	CONCLUSIONES	72
8	VALORACIÓN CRÍTICA DE LA INVESTIGACIÓN	73
	REFERENCIAS	74
	ANEXOS	84

## ÍNDICE DE TABLA

TABLA 1. DISTRIBUCIÓN DE ADULTOS MAYORES SEGÚN RANGO DE EDAD Y SEXO. CONSULTORIO 6. CENTRO DE SALUD SAUCES 3. AÑO 2021	44
TABLA 2. DISTRIBUCIÓN DE ADULTOS MAYORES SEGÚN OCUPACIÓN Y SEXO. CONSULTORIO 6. CENTRO DE SALUD SAUCES 3. AÑO 2021	45
TABLA 3. DISTRIBUCIÓN DE ADULTOS MAYORES SEGÚN ESTADO CIVIL. CONSULTORIO 6. CENTRO DE SALUD SAUCES 3. AÑO 2021	47
TABLA 4. DISTRIBUCIÓN DE ADULTOS MAYORES SEGÚN ESCOLARIDAD Y SEXO. CONSULTORIO 6. CENTRO DE SALUD SAUCES 3. AÑO 2021	48
TABLA 5. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DE ADULTOS MAYORES SEGÚN AUTOIDENTIFICACIÓN ÉTNICA Y SEXO. CONSULTORIO 6. CENTRO DE SALUD SAUCES 3. AÑO 2021.	50
TABLA 6. DISTRIBUCIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES SEGÚN ESTADO NUTRICIONAL Y SEXO. CONSULTORIO 6. CENTRO DE SALUD SAUCES 3. AÑO 2021	52
TABLA 7. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DE ADULTOS MAYORES SEGÚN ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES Y SEXO. CONSULTORIO 6. CENTRO DE SALUD SAUCES 3. AÑO 2021	53
TABLA 8. DISTRIBUCIÓN DE ADULTOS MAYORES SEGÚN HÁBITOS ALIMENTARIOS Y SEXO. CONSULTORIO 6. CENTRO DE SALUD SAUCES 3. AÑO 2021.	55
TABLA 9. DISTRIBUCIÓN DE ADULTOS MAYORES SEGÚN SEXO Y NIVEL DE ACTIVIDAD FÍSICA. CONSULTORIO 6. CENTRO DE SALUD SAUCES 3. AÑO 2021	57
TABLA 10. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DE ADULTOS MAYORES SEGÚN SEXO Y CONSUMO DE TABACO. CONSULTORIO 6. CENTRO DE SALUD SAUCES 3.	59
TABLA 11. DISTRIBUCIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES SEGÚN HORAS DE SUEÑO Y SEXO. CONSULTORIO 6. CENTRO DE SALUD SAUCES 3. AÑO 2021.	60
TABLA 12. DISTRIBUCIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES SEGÚN EL CONOCIMIENTO DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLES Y SEXO. CONSULTORIO 6, CENTRO DE SALUD SAUCES 3. AÑO 2021.	61
TABLA 13. DISTRIBUCIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES SEGÚN PREFERENCIA DE TÉCNICA EDUCATIVA SOBRE ESTILOS DE VIDA SALUDABLES. CONSULTORIO 6 CENTRO DE SALUD SAUCES 3. AÑO 2021.	63

TABLA 14. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DE ADULTOS MAYORES SEGÚN LA FRECUENCIA CON QUE DESEAN RECIBIR LAS ACTIVIDADES EDUCATIVAS. CONSULTORIO 6. CENTRO DE SALUD SAUCES 3. AÑO 2021.	65
TABLA 15. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DE ADULTOS MAYORES SEGÚN HORARIO EN LOS QUE DESEAN RECIBIR LAS ACTIVIDADES EDUCATIVAS. CONSULTORIO 6. CENTRO DE SALUD SAUCES 3. AÑO 2021.	66
TABLA 16. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DE ADULTOS MAYORES SEGÚN LA DISPONIBILIDAD DE TIEMPO PARA RECIBIR LAS ACTIVIDADES EDUCATIVAS. CONSULTORIO 6. CENTRO DE SALUD SAUCES 3. AÑO 2021.	67
TABLA 17. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DE ADULTOS MAYORES SEGÚN LUGAR EN LOS QUE DESEAN QUE SE DESARROLLEN LAS ACTIVIDADES EDUCATIVAS: CONSULTORIO 6. CENTRO DE SALUD SAUCES 3. AÑO 2021.	68
TABLA 18. DISTRIBUCIÓN DE LA ACTIVIDAD DE ADULTOS MAYORES SEGÚN EL NÚMERO DE PERSONAS CON LAS CUALES DESEAN RECIBIR LAS ACTIVIDADES EDUCATIVAS. CONSULTORIO 6. CENTRO DE SALUD SAUCES 3. AÑO 2021.	70

## ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO 1 CONSENTIMIENTO INFORMADO	84
ANEXO 2 ENCUESTA	85
ANEXO 3 ESTRATEGIA EDUCATIVA	90

## RESUMEN

**Antecedentes:** El envejecimiento de la población mundial avanza. Después de los 60 años, sobrevienen grandes cargas de discapacidad y muerte, en parte provocadas por los cambios propios de la vejez. **Métodos.** Se realizó un estudio descriptivo, observacional y transversal con el propósito de diseñar una estrategia educativa para promover estilos de vida saludables en la población adulta mayor del consultorio 6 del Centro de Salud Sauces 3, se identificaron variables biosociodemográficas, de estilos de vida y de conocimiento de los mismos. **Resultados:** La mayor parte de la población de adultos mayores es de sexo femenino predominando el 61,5%, entre las edades que predominaron están entre 65-69 años y 75-79 años con el 27,5% cada una, siendo de ocupación jubilados en su mayor parte 96,7%, los hábitos no saludables sobresalieron en esta población con el 63,3%, sin embargo el no consumo de tabaco y horas adecuadas de sueño prevalecieron con el 67,9% y 57,8% respectivamente lo que podría ser un beneficio a la hora de promover estilos de vida saludables que están dispuestos a participar de ellas a través de demostraciones con el 28,4%. **Conclusiones.** La mayor parte de la población es jubilada, con estado civil casados sin embargo el estado nutricional que predominó fue el sobrepeso y obesidad que por desconocimiento de estilos de vida saludables ha estado en aumento, los participantes están dispuestos a desarrollar actividades educativas para ayudar a mantener una calidad de vida adecuada.

**Palabras Clave:** ADULTO MAYOR, ESTRATEGIA, ESTILOS DE VIDA SALUDABLES, ACTIVIDAD FÍSICA, HÁBITOS ALIMENTARIOS.

## ABSTRACT

**Background:** The aging of the world population advances. After the age of 60, great burdens of disability and death ensue, partly caused by the changes typical of old age. **Methods:** A descriptive, observational and cross-sectional study was carried out with the purpose of designing an educational strategy to promote healthy lifestyles in the elderly population of office 6 of the Saucos 3 health center, biosociodemographic, lifestyle and knowledge variables were identified thereof. **Results:** The largest part of the elderly population is female, with a predominance of 61.5%, among the predominant ages are between 65-69 years and 75-79 years with 27.5% each, being retired occupations in its highest for 96.7%, unhealthy habits stood out in this population with 63.3%, however the non-consumption of tobacco and adequate hours of sleep prevailed with 67.9% and 57.8% respectively, which it could be a benefit to promote healthy lifestyles that are willing to participate in them through demonstrations with 28.4%. **Conclusions:** Most of the population is retired, with married marital status; however, the nutritional status that led to overweight and obesity, which due to ignorance of healthy lifestyles has been increasing, participants are willing to develop educational activities to help maintain an adequate quality of life.

**Keywords:** OLDER ADULT, STRATEGY, HEALTHY LIFESTYLES, PHYSICAL ACTIVITY, EATING HABITS.



## 1. INTRODUCCIÓN

El envejecimiento de la población mundial avanza en una proporción de 2% cada año. Se calcula que en el planeta viven cientos de millones de adultos mayores y se prevé que en el año 2025 se duplicará este número debido a las bajas tasas de natalidad y la crecida de la esperanza de vida.

(1) Después de la tercera edad, acontecen cantidades inestimables de problemas de discapacidad y muerte, que surgen por los cambios inherentes a la ancianidad, sobre todo por el aumento de la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), fundamentalmente: cardiopatía isquémica, hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2. (2)

Teniendo en cuenta los riesgos que provocan las ECNT en lo que contribuyen altamente los estilos de vida no saludables, es necesario que estos sean modificados por conductas sanas tales como hábitos alimentarios y actividad física suficiente para no potenciar los daños que producen estas enfermedades en los diferentes órganos.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a los estilos de vida como patrones individuales de conducta determinados por factores socioculturales y características personales (actividad física, alimentación, actividades recreacionales, etc.) además se espera que para el 2050 se duplique el número de personas mayores de 65 años con estilos de vida saludables (1), pero para ello se necesita asegurar que estos años sean saludables y dignos ya que existen muy pocas evidencias que señalen que en los años adicionales de vida exista mejor salud comparada con generaciones anteriores en la misma edad.

La Constitución del Ecuador Art.36, considera a las personas adultas mayores aquellas personas que hayan cumplido los 65 años de edad (3), por lo tanto de acuerdo al Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC) refiere que para el 2030 se espera que en nuestro país la población de 65 años y más se incremente del 6% al 9% por ello es importante conocer cuáles son los estilos de vida que se podrían implementar para tener un envejecimiento digno y apropiado, ya que según la OMS aquellos años se traducen en una

disminución física y mental si no hay una promoción de una mejor calidad de vida.

Una causa para una baja adherencia a los hábitos saludables, es la ausencia de programas educativos que integren el contexto cultural, las tradiciones y las motivaciones de la comunidad, de lograr este vínculo con las conductas de vida saludables se manejaría con más éxito las enfermedades crónicas en estos pacientes y sus complicaciones. Al unir la cultura con los recursos disponibles y los humanos del sector poblacional se consigue un impacto en la salud del adulto mayor enfocándolo desde la atención primaria de salud.

En la actualidad existen diversos centros gerontológicos tanto a nivel particular como a nivel público nacional y local (4), que tratan de aplicar diversas estrategias para una mejor calidad de vida, sin embargo no es suficiente ya que se necesita mayor intervención en el entorno de ellos, tanto a nivel familiar como comunitario sobre todo en aquellos adultos mayores que luego de tener una vida activa desarrollan una vida sedentaria posterior a jubilarse, por lo que nuevas estrategias beneficiarán tanto de forma individual como familiar.

## **2. EL PROBLEMA**

### **2.1 Identificación, Valoración y Planteamiento**

Por lo general al llegar a la edad de adulto mayor muchos de ellos presentan enfermedades de base, que a nivel mundial representan una carga económica, social y sanitaria, la OMS afirma que todos los países se enfrentarán a retos importantes para garantizar que sus sistemas sanitarios y sociales estén preparados para afrontar cambios en el incremento de adultos mayores (5), en América Latina existe una gran mayoría de ellos siendo necesario la promoción de estilos de vida adecuados para que tengan un envejecimiento digno.

La educación para la salud (ES) en la vejez cobra relevancia como una estrategia fundamental de la medicina preventiva. Sin embargo, es poco conocida su eficacia para disminuir los factores de riesgo y complicaciones asociadas a las ECNT mediante los procesos de enseñanza-aprendizaje, promoción de autonomía y fomento de las relaciones sociales, elementos imprescindibles en un envejecimiento exitoso (EE).

El Ecuador hasta el 2017 reportaba 1'662.500 adultos mayores con derechos a la salud integral mediante servicios de promoción, prevención, recuperación con atención eficiente y permanente, por lo tanto, es preciso establecer los elementos para elaborar una estrategia de intervención educativa para promover estilos de vida saludables en adultos mayores.

En la actualidad no existen estudios a nivel local que fundamenten estrategias diseñadas con su respectivo seguimiento para mejorar los estilos de vida en los adultos mayores, además en la práctica de los profesionales de la salud, en muchas ocasiones motivan a los pacientes adultos mayores a que practiquen ejercicios, se nutran bien y tomen su medicación, pero por lo general se rehúsan hacer actividad física, a mantener una alimentación saludable, etc., es por ello que mediante el respectivo acercamiento con el paciente adulto mayor y sus familiares tanto en sus domicilios y con la participación de la comunidad, así como en la consulta médica, se generará un ambiente de confianza que los motivará a aplicar nuevas actitudes para la

práctica de estilos de vida saludables (6), y que además mejorará el estado anímico que es indispensable para que interactúe y participe en actividades propias de la familia, la sociedad y el medio donde se desarrolla, haciendo aún más relevante lo que refiere la ES (7) llevando a cabo con facilidad la medicina de promoción y prevención.

A través de este trabajo investigativo no solo se beneficiarán el grupo seleccionado para el estudio, sino también de manera directa las personas encargadas del cuidado y sus familiares que también se motivarán a aplicar mejores estilos de vida para el beneficio de su salud en general y se podrán utilizar como una técnica útil para la comunidad y diferentes áreas de salud, potenciando de ésta manera la promoción de salud a nivel familiar, comunitario y en el centro de salud con los demás pacientes adultos mayores que asisten a la atención en otros consultorios.

## **2.2 Formulación**

¿Qué elementos se considerarían dentro de una estrategia de intervención educativa para promover estilos de vida saludables en adultos mayores del consultorio No 6 del centro de salud Sauces 3?

### **3. OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS**

#### **3.1 General**

Diseñar una estrategia educativa para promover estilos de vida saludable en la población de adultos mayores asignada al consultorio 6 del centro de salud Sauces 3 en el año 2021.

#### **3.2 Específicos**

- Caracterizar la población de estudio según variables biosociodemográficas.
- Identificar los estilos de vida en la población de estudio.
- Determinar el conocimiento sobre los estilos de vida saludable en la población de estudio.
- Identificar los componentes del diseño de una estrategia educativa para promover estilos de vida saludable en la población de estudio
- Elaborar una estrategia educativa para promover estilos de vida saludable en los adultos mayores.

## 4. MARCO TEÓRICO

### 4.1 Marco conceptual.

Conceptos teóricos de envejecimiento

Estrategia educativa:

Es un conjunto de procedimientos con diferentes tipos de acciones dirigidos al cumplimiento de objetivos o resolución de problemas con la finalidad de adquirir todo tipo de conocimientos en beneficio de quien recibe la enseñanza, en salud es muy importante al momento de promocionar y crear conciencia d la misma.

Envejecimiento:

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), considera que el envejecimiento biológicamente es una expresión de la evolución natural del ser humano producto de los años de vida (8), que profesan muchas alteraciones moleculares y celulares propias de los cambios degenerativos por el pasar del tiempo, lo que trae por consecuencia una disminución progresiva de las capacidades físicas y mentales, así como la presentación de enfermedades, hasta la muerte.

Esta disminución progresiva corresponde a un proceso normal y evidentemente natural, este proceso se va modificando con la eliminación del 20 al 30% de las células que componen los tejidos del cuerpo humano (órganos y sistemas en general) (9), lo que se corresponden con una disminución de todas las funciones y respuestas con las que se nace y que se van presentando en el transcurso de la vida.

El envejecimiento es un proceso universal, progresivo, heterogéneo, irreversible, intrínseco e individual (10), universal porque afecta a todos los seres vivos. Progresivo porque se produce a lo largo de todo del tiempo, lo que lleva a un descenso progresivo de las capacidades físicas y mentales, un aumento de riesgo de enfermedad, y finalmente a la muerte, heterogéneo ya que cada persona envejece de forma distinta, irreversible ya que no es posible revertirlo u obviar o parar este proceso, intrínseco ya que es propio de la persona e individual ya que cada persona lo va a experimentar.

Aunque se han propuesto innumerables definiciones sobre el envejecimiento podemos decir que “es un proceso progresivo, intrínseco, universal asociado a un sin número de modificaciones morfológicas, psicológicas, bioquímicas, funcionales que aparecen como consecuencia de la acción del tiempo y que ocurre en todo ser vivo debido a la interacción de la genética del individuo y su medio ambiente. En sí el envejecimiento es un fenómeno global con algunas repercusiones económicas, sociales y políticas.

Tercera edad:

Es una etapa evolutiva del ser humano que tiene varias dimensiones y presenta un fenómeno biológico ya que incluye a la salud física y mental, y tiene una parte sociológica y económica porque se han prolongado las posibilidades de vida y las consecuencias a este nivel están relacionadas al momento de pensar en la manutención en estas personas. Es también un fenómeno psicológico, ya que se producen cambios en el funcionamiento cognitivo y emocional. Según la OMS las personas de 60 a 74 años de edad son consideradas de edad avanzada, de 75 a 90 viejas o ancianas y las que sobrepasan los 90 años se los denomina grandes viejos o grandes longevos, proponiendo que a toda persona mayor de 60 años se le llamará de la tercera edad

Adulto mayor:

La organización panamericana de la salud (OPS), los adultos mayores, son aquellas personas que tienen 60 años de edad a más, teniendo en cuenta la esperanza de vida de la población en la región y las condiciones en las que se presenta el envejecimiento, mientras que según la Constitución de la República del Ecuador Art 36 refiere a las personas adultas mayores a partir de los 65 años de edad.

Según el acuerdo de Kiev, de 1979 la OMS (11), considera adultos mayores a las personas de 60 años y más para quienes viven en países desarrollados y de 65 años y más a los que viven en países en vías de desarrollados.

Factores biológicos

En el envejecimiento en cuanto al determinante biológico, se producen cambios a escala celular, molecular en órganos y tejidos. Así mismo ocurren cambios bioquímicos que afectan las capacidades de adaptación,

recuperación y defensa del organismo. Observamos cambios biológicos progresivos a nivel estético, en todos los órganos y sistemas, en los órganos de los sentidos, en los sistemas neuromuscular, neuroendocrino y conjuntivo. Entre las afecciones más comunes de la vejez aparecen problemas de salud física tales como: mayor frecuencia de las enfermedades crónicas no transmisibles (diabetes, hipertensión arterial, etc.), con tendencia a la disfunción y a la discapacidad (12), además cabe citar la pérdida de audición, cataratas y errores de refracción, dolores de espalda y cuello, osteoartritis, neuropatías obstructivas crónicas, depresión, demencia, afecciones por infecciones, procesos neoplásicos y degenerativos.

#### Factores que influyen en el envejecimiento saludable

Aunque algunas de las variaciones en la salud de las personas mayores son genéticas, los entornos físicos, sociales y los estilos de vida revisten gran importancia (13), todos estos factores son de gran importancia ya que influyen mucho en las etapas tempranas del envejecimiento, siendo necesario que se tome consciencia tanto a nivel del profesional de la salud como pacientes y familiares, de mantener estilos de vida saludables a partir de esas edades y sobre todo cuando se empieza la edad del adulto mayor para que así no existan repercusiones negativas en la salud a medida que avanzan los años hasta alcanzar la edad de adulto mayor, ya que es en esta edad que por lo general se llega al sedentarismo que complicará situaciones de salud de base que desde antes se hayan presentado y que no se podrá controlar adecuadamente si no existen estilos de vida adecuados.

#### Estado nutricional según medidas antropométricas

El estado nutricional está determinado por el resultado final del proceso metabólico del organismo de acuerdo a las necesidades del individuo y el gasto de energía proveniente de los alimentos y otros nutrientes esenciales (14), siendo necesario conocer en esta investigación el mismo, ya que también es el resultado de numerosos factores determinantes como físicos, genéticos, culturales, biológicos, psicosocial, económico y ambientales (15), que al intervenir directamente en el estado nutricional determinan factores que pudieran ayudar o perjudicar en la salud y estilos de vida del adulto mayor.



El punto de corte del Índice de Masa Corporal, por ejemplo, en Estados Unidos e Inglaterra mayor de 30 es un índice considerado obesidad (16), mientras que en otros países de Latinoamérica los índices se tienen que ajustar a la talla promedio de la población. El estado nutricional es el resultado del balance entre las necesidades y el gasto de energía alimentaria y otros nutrientes esenciales, dando lugar a una ingestión insuficiente o excesiva de nutrientes o impedir la utilización óptima de alimentos ingeridos.

El bienestar nutricional depende de la cantidad de alimentos que se consumen en relación con las necesidades que se determinan en función de factores como edad, sexo, masa corporal, actividad física y eficacia en la debida utilización de estos. Mediante conocimientos apropiados de la familia y comunidad de la adecuada utilización de los alimentos, se pueden cubrir las necesidades nutricionales de los adultos mayores.

A nivel de la comunidad es indispensable la suficiente organización para los cuidados de grupos vulnerables, sobre todo adultos mayores que presentan enfermedades de base y que a pesar de eso no llevan un estilo de vida saludable y además de la participación comunitaria, indirectamente a través de la capacidad de la misma para sobrevivir a ambientes económico y del entorno, pocos adecuados. Es fundamental tener presente principios que son importantes para el éxito de las políticas encaminadas al mejoramiento del bienestar nutricional, así como la ayuda que pueden dar al respecto el gobierno, organizaciones no gubernamentales, sector privado y comunidad en general.

#### Valoración nutricional en el adulto mayor

La manera en que un individuo se alimenta es de vital importancia en todas las etapas de la vida de una persona y más aún si se trata de adultos mayores, lo que produce cambios en el funcionamiento de cada órgano y sistema según el orden y frecuencia de consumo de cada alimento o bebida. Con la valoración del estado nutricional desde el punto de vista clínico se logra la información de la composición corporal de un individuo, conociendo la dieta diaria, los cambios en la ingestión de alimentos y el peso (12) que intervienen para mejorar estilos de vida en aquellos que no están llevando una vida saludable, además de estos datos es preciso hacer el debido seguimiento incorporando en sus vidas otros factores favorables que ayudan a mantener

una calidad de vida y que están relacionadas con su entorno social y comunitario en compañía de entorno familiar también.

Es preciso valorar también, parámetros hematológicos y bioquímicos, además de la antropometría que por sí sola no sirve para una estimación óptima corporal si se tiene en cuenta que en el adulto mayor la grasa se distribuye hacia las zonas viscerales, disminuyendo en el tejido celular subcutáneo, lo mismo ocurre con la talla, por los cambios en la columna vertebral (12), que a medida de la avanzada edad sus cambios de columna vertebral tienden a desviaciones diversas que afectan su motilidad normal además de disminución en la talla.

#### Clasificación de obesidad según la OMS

La clasificación de obesidad que establece la OMS está basada en el Índice de Masa Corporal (IMC), que responde al concepto de cómo es la proporción entre el peso en kilos y el cuadrado de la altura expresada en metros (peso kg/talla m<sup>2</sup>). Por lo que las personas con el valor de 30 kg/m<sup>2</sup> o más de IMC, se clasifican y tratan como obesas.

Puntos de corte para evaluar el estado nutricional en el adulto mayor (12):

- Muy bajo peso: 16,00-16,99
- Bajo peso: 17,00-18,99
- Normal: 19,00-24,99
- Sobrepeso: 25,00-29,99
- Obesidad I: 30,00-34,99
- Obesidad II: 35,00-39,00
- Obesidad III: 40,00-44,99

En investigaciones epidemiológicas realizadas se ha podido identificar una elevación en la morbilidad y mortalidad al sobrepasar este indicador, los valores de 25 kg/m<sup>2</sup>, indican una relación directa con el riesgo de las enfermedades crónicas como HTA, enfermedad coronaria, diabetes mellitus tipo 2, además de alteraciones lo cual guarda una correlación directa con el aumento de riesgos de hipertensión arterial, diabetes tipo 2, enfermedad coronaria y con cambios nocivos observados en los lípidos séricos que son la base para el desarrollo de enfermedades coronarias.

Existen situaciones especiales en que no se considera este indicador como definitorio de obesidad, como en el caso de los fisicoculturistas en que el peso del músculo es mayor que el del tejido adiposo por lo que un IMC alto no es equivalente a obesidad ni necesidad de pérdida de peso.

Para las personas de la tercera edad, el índice entre 25 y 27 (17), en lugar de uno inferior a 25, es conveniente ya que un IMC en este grupo de edad puede ser un riesgo para la osteoporosis. El esqueleto óseo, necesita tener protección (18), el cuál será determinado por éste indicador, por lo tanto es fundamental mantener en un adulto mayor dentro de su IMC adecuado para la edad y que a través de la motivación que se les brinde para cambiar hábitos que sean favorables para su salud.

El estilo de vida:

Se refiere a las formas particulares de manifestarse el modo y condiciones de vida (19), enfatizándose a nivel de la salud, la promoción que debe ser necesaria para hacer conciencia en la importancia de estilos de vida saludables. Además se define en la manera en que las personas se integran en la sociedad que les rodea con patrones de comportamiento identificables que incluyen hábitos de alimentación, higiene personal, ocio, sexualidad, relaciones con otras personas, está también relacionada con la conducta y motivación del ser humano. Es una forma de vivir.

Todos los factores sean estos modificables o no modificables que influyen en los estilos de vida de las personas y sobre todo de los adultos mayores, pueden transformarse a corto, mediano o largo plazo en beneficio de la salud integral del individuo, aún más si las personas los perciben y los moldea a lo largo de su vida mediante su conducta, comportamiento, prácticas y la interacción con el medio ambiente, por lo que cualquier esfuerzo debe concretarse en fomentar estilos de vida y patrones de comportamiento compatibles con el bienestar integral del ser humano (19), ya que cada día va en aumento el número de adultos mayores y como consecuencia también aumentan los desafíos sociales, sanitarios, psicológicos, económicos y educativos, siendo imprescindible alcanzar una mejor comunicación e interacción con este grupo de edad y su entorno para trabajar en pro de una mejor calidad de vida.

Los hábitos alimentarios son la expresión de las creencias y tradiciones alimentarias de una población y están ligados al medio geográfico y a la disponibilidad de alimentos. Los factores con los que normalmente están relacionados son de tipo económico, religioso, psicológico y pragmático. Las tradiciones y los mitos son determinantes de estos hábitos, e intervienen en las preferencias y aversiones que manifiestan los individuos.

Estos también están relacionados por diversos factores que determinan la cantidad y calidad de los alimentos que se compran, se preparan y se consumen. Estudios realizados en América Latina reportaron que un ingreso económico bajo de manera permanente, tiene un efecto adverso sobre la salud, ya que se ve relacionado con el nivel de educación y con la toma de decisiones acertadas.

También la forma en que son preparados y consumidos diversos alimentos definen los “hábitos alimentarios”, a veces influenciados por otros factores sobre todo de infraestructura y transporte. Estos hábitos alimentarios influyen de gran manera en el estado nutricional y en la salud de los adultos mayores; según señaló la OMS, entre los diez factores de riesgo claves para el desarrollo de las enfermedades crónicas como la obesidad, hipertensión arterial e hipercolesterolemia, están relacionados con la alimentación y el ejercicio físico.

En los adultos mayores, los hábitos alimentarios son más heterogéneos que los del resto de la población y factores como el estado físico, medios materiales de que disponen, elementos psicológicos y sociales, pueden influir en ellos (20), y de manera importante la educación brindada para mejorar hábitos alimentarios influirá de manera positiva para el bienestar integral del adulto mayor.

Con el paso de la edad, vienen asociados varios cambios, como son los fisiológicos y sociales que afectan considerablemente el estado nutricional de las personas mayores, y por ende sus pautas alimenticias, la pérdida de piezas dentales, se reduce la salivación y se hace más difícil masticar bien los alimentos; también, los sentidos ya no son iguales, se van debilitando y por tanto existe la posibilidad de que se pierda el interés por las comidas

A lo anterior se le suma la pérdida progresiva de masa muscular que va ligada a menor demanda energética, siendo usual la toma de medicamentos

que podrían dificultar la absorción de nutrientes, lo que triplica el riesgo de que un adulto mayor no esté bien alimentado si no se toman en cuenta todas estas condiciones y alteraciones que se viven durante la vejez.

Los hábitos alimentarios inadecuados se convierten en un factor de riesgo importante de morbilidad y mortalidad contribuyendo a una mayor predisposición a infecciones y enfermedades crónicas y nutricionales asociadas con el envejecimiento (20) Y son capaces de disminuir la calidad de vida de este grupo atareo, comprobando que son componentes fundamentales para la conservación de la autonomía funcional en el desarrollo de un envejecimiento exitoso.

En este sentido, al evaluar la contribución de la buena nutrición a la prolongación de la vida, el Centro de Control y Prevención de Enfermedades (CDC), señala que la longevidad depende en 19% de la genética, en un 10% del acceso a atención médica, 20% de factores ambientales como la contaminación y 51% de los factores de estilos de vida. (20)

En el adulto mayor se debe considerar de 3 a 5 comidas al día, que incluyan todos los grupos de alimentos, aunque lo más adecuado es que consuman las comidas principales, desayuno, almuerzo y comida; evitando las grasas saturadas y el colesterol, a su vez mantener una textura adecuada que facilite la masticación y deglución (21) ya que muchos a esta edad también presentan problemas orales de dentición lo cual causa inconvenientes al momento de una adecuada masticación e ingestión de medicación.

Es importante el lugar donde consume sus alimentos, lo más adecuado es comer en la mesa, sentados y de ser posible, junto al resto de la familia o integrantes del hogar, sin distracciones como la televisión, la radio o el ordenador portátil. En este lugar y la comida delante, todo será mejor para la salud y donde se establecerá la comunicación familiar que es importante en esta etapa de la vida en que ellos necesitan ser tomados en cuenta y sobre todo sentirse útil ya que muchas veces entran en depresión por la soledad que los envuelve cuando no son tomados en cuenta por los diferentes roles y ocupaciones de la familia.

La compañía a la hora de comer se consideró como un evento social, el consumo de alimentos sin compañía puede tener como principal

consecuencia la depresión. Así mismo, el menú solitario se caracteriza por ser una ingesta muy inferior en cantidad, en calidad y en variedad, al de una persona que come en compañía, el consumir los alimentos con otras personas, brinda un buen soporte que permite mantener la nutrición de los mayores. Las personas que consumen sus alimentos solos tienden a descuidarse, lo que genera serios problemas de salud y se considera un factor de riesgo. (21)

En los adultos mayores los problemas nutricionales son frecuentes con repercusiones graves, para lo cual consumir una dieta diversificada en alimentos, evitar la monotonía, dietas muy restrictivas, disminuir el consumo de sodio, aumentar paulatinamente el consumo de fibra, e incluir algún suplemento polimérico, los alimentos adecuados deberían ser guisos, salchichados, a la plancha o al horno, del mismo modo serían inadecuadas las frituras; ya que el consumo de alimentos en alto valor calórico puede agravar las enfermedades crónicas no transmisibles (21), por lo tanto es indispensable que en esta etapa de la vida los alimentos sean consumidos adecuadamente con todos los nutrientes indispensables para la salud tanto física como mental. La dieta debe contener vitaminas, un aporte bajo en calorías y grasas como son las frutas y verduras, el consumo de agua pura, siendo la bebida más saludable que satisface necesidades de hidratación; el consumo de leche semidescremada y descremada, fuente de calcio y vitamina D, sin azúcar adicionada. El consumo de suplementos vitamínicos ayuda a compensar las pérdidas que se producen en los nutrientes debido a la variabilidad individual en los procesos de digestión, absorción y metabolismo.

En la dieta a partir de los 70 años se hace necesario revisar y modificar los hábitos alimenticios que se han venido teniendo para adaptarlos a las nuevas necesidades biológicas y cambio de vida. Para una vida sana después de los 50 años, se recomienda el mayor consumo de pescados, aves, huevos, lácteos desnatados, legumbres, cereales integrales y frutos secos, haciendo énfasis en que al menos la mitad de las proteínas que se consuman sean animales y vegetales (22), sin embargo resulta un gran desafío para el personal médico cambiar los hábitos alimentarios que se venían viviendo si éstos no eran tan adecuados, por lo tanto el seguimiento adecuado

comprometiendo además al grupo familiar es de vital importancia para el

manejo en estos cambios y haciendo entender lo indispensable que es para una calidad de vida oportuna y un envejecimiento exitoso.

Las grasas no deben superar el 25% de la dieta, prestando especial atención al cocinado y evitando el consumo de productos grasos. En cuanto a las proteínas, se han de incluir en un 20%, prefiriendo los lácteos desnatados y aumentando el consumo de pescados con la consecuente reducción de carnes. Las frutas, cereales y pasta en un 55%, siendo muy conveniente ingerir alimentos ricos en vitaminas A, B, C y D. (22)

Se debe evitar que el problema de la malnutrición se haga presente durante la tercera edad, por lo que es fundamental que todas sus necesidades nutricionales estén cubiertas. Por ejemplo:

La vitamina D: Es vital en la nutrición para personas mayores, debido a que un déficit en el consumo de la misma, puede provocar incluso anemia. Una leve exposición al sol, el consumo de cereales fortificados, así como de pescados grasos, como el salmón, el atún y la caballa son maneras de absorber esta vitamina.

Vitamina B12: Ideal para seguir aportando al desarrollo cognitivo de las personas mayores. Se pueden consumir en carnes magras, pescados y mariscos.

El calcio y el fósforo: Son minerales esenciales para los huesos, por lo que su consumo habitual ayuda a evitar problemas de osteoporosis. Se consumen en los lácteos, derivados de la soja, pescados y frutos secos.

El Zinc: Es un antioxidante natural que ayuda a regular el sistema inmune, por lo que es importante tomarlo en cuenta. Lo consumimos en la carne, el pescado, los huevos, los cereales y legumbres.

El potasio: Ayuda a reducir el riesgo de hipertensión. Es importante disminuir el consumo de sodio, y aumentar el de potasio, que se encuentra presente en vegetales, yogures y frutas.

Grasas: Las grasas que se consumen en una dieta para la tercera edad deben constituir el 30% de las calorías totales que ingiere un adulto mayor, tomando en cuenta que deben predominar los ácidos grasos mono insaturados.



Carbohidratos: En las dietas para personas mayores deben aportar 60% de las calorías consumidas al día. Deben estar compuestos por hidratos de carbono complejos como el arroz, pasta, patata, cereales y pan en sus versiones integrales y fortificadas. En cuanto a los hidratos de carbono simples como el azúcar, deben tratar de reducirse al máximo, evitando entonces el consumo de dulces. (22)

Las Guías Alimentarias para los Norteamericanos de 2015-2020 del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA, por sus siglas en inglés) y del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS, por sus siglas en inglés) detallan patrones de alimentaciones saludables, realizando una selección de buenas opciones de alimentos (23), siendo necesario educar a esta población en conjunto con sus familiares para que se puedan adaptar a las diferentes opciones para mejorar la calidad de vida.

La Guía Pirámide de Alimentos del USDA (también conocida como El Plan Mi Pirámide), sugiere escoger alimentos saludables diariamente de la siguiente lista:

Frutas—1-½ a 2-½ tazas ¿Qué equivale a ½ taza de frutas cortadas en trozos? Una fruta mediana entera o ¼ de taza de frutas secas.

Verduras—2 a 3-½ tazas ¿Qué equivale a una taza de verduras cortadas en trozos? Dos tazas de verduras crudas sin hojas.

Granos—5 a 10 onzas ¿Qué equivale a una onza de granos? Un panecillo, un “muffin” pequeño, una rebanada de pan, 1 taza de hojuelas de cereal listas para comer o ½ taza de arroz, pasta o cereal.

Carnes/frijoles (guisantes)—5 a 7 onzas ¿Qué equivale a una onza de carne, pescado o aves? Un huevo, ¼ de taza de frijoles cocinados o tofu, ½ onza de nueces o semillas, o 1 cucharada de mantequilla de maní.

Leche—3 tazas de leche descremada o de leche baja en grasa ¿Qué equivale a 1 taza de leche? Una taza de yogur o 1-½ a 2 onzas de queso. Una taza de queso tipo requesón equivale a ½ taza de leche.

Es necesario evitar los alimentos y bebidas que contienen muchas calorías pero no muchos nutrientes, como por ejemplo, papas fritas y productos similares, galletas, refrescos gaseosos y alcohol (23), alimentos que por lo general en esta edad son los más consumidos sobre todo altos en azúcares por lo tanto la importancia de evitarlos ya que normalmente los

adultos mayores por su vida sedentaria que llevan tienden a aumentar de peso por lo que necesario evitar dichos alimentos.

Si consume más calorías de las que el cuerpo utiliza, se producirá un aumento de peso, debido a que las calorías que se ingiere son mayores que la energía consumida por la actividad diaria de la persona, por lo general los adultos mayores tienen poca o muy poca actividad diaria y un menor consumo de energía lo que produce que se acumule en el organismo en forma de grasa con el consiguiente aumento de peso.

Las calorías son la forma de contar la cantidad de energía que un producto alimenticio contiene. Por ejemplo, un banano mediano, 1 taza de hojuelas de cereal, 2-½ tazas de espinacas cocinadas, 1 cucharada de mantequilla de maní o 1 taza de leche con 1% de grasa tienen todos más o menos el mismo número de calorías.

Sin embargo, esos alimentos son diferentes de muchas maneras. Algunos de los alimentos tienen más de los nutrientes de los que una persona puede necesitar: la leche proporciona más calcio que un banano, y la mantequilla de maní proporciona más proteína que el cereal (23), dato necesario a tomar en cuenta con el fin de educar al adulto mayor y sugerir varias opciones de alimentos que favorecerán su salud.

Con la edad, la habilidad de sentir sed puede disminuir un poco, por lo que es necesario tomar muchos líquidos como agua, jugo, leche y sopa. No se debe esperar a sentir sed y si tomar varios vasos grandes de agua cada día, para que la orina sea de color amarillo pálido.

La fibra que se necesita consumir en esta etapa de la vida, se halla en alimentos provenientes de las plantas como frutas, verduras, frijoles, nueces, semillas y granos integrales. Comer más fibra puede prevenir problemas estomacales o intestinales, como el estreñimiento. Es posible que también ayude a reducir el colesterol, así como el azúcar en la sangre. Es mejor obtener la fibra de los alimentos que de suplementos dietéticos (23), además contienen muchos nutrientes vegetales y aceites necesarios y no perjudiciales que ayudan a mantener el colesterol bueno favorable para el organismo.

Para consumir fibra es necesario comer a menudo frijoles, chícharos (arvejas) y lentejas cocinados, siempre que sea posible no quitar la cáscara a las frutas o a las verduras, comer frutas en lugar de jugos de frutas, panes y

cereales de granos integrales y tomar muchos líquidos para ayudar a la fibra a pasar por los intestinos.

La grasa de la dieta proviene de dos lugares: la grasa ya contenida en el alimento y la grasa que una persona añade cuando cocina; esta da energía y ayuda al cuerpo a utilizar ciertas vitaminas, pero es alta en calorías, por eso es necesario elegir cortes de carne, pescado o aves (sin pellejo) que contengan menos grasa, o sea, quitar toda la grasa antes de cocinarlos. (23)

Se debe elegir para cocinar ollas y sartenes con acabados que evitan que la comida se pegue y cocinar sin añadir grasa, seleccionando un aceite vegetal no saturado o mono saturado, comer los alimentos asados, rostizados, horneados, cocinados al vapor o en el microondas o hervirlos.

La manera usual en que las personas obtienen sodio es consumiendo sal. El cuerpo necesita sodio, pero demasiada cantidad puede elevar la presión arterial en algunas personas. La mayoría de los alimentos frescos contienen algo de sodio. A muchos de los alimentos enlatados y preparados se les añade sal. Las personas tienden a consumir más sal de la que necesitan, por lo que una persona de más de 50 años necesita diario solamente  $\frac{2}{3}$  de una cucharadita de sal de mesa, o sea, 1,500 miligramos (mg) de sodio.

### El sueño

El sueño es una función biológica de central importancia para la mayoría de los seres vivos. Los estudios sobre la fisiología del sueño han demostrado que durante este se produce una diversidad de procesos de gran relevancia, como la conservación de la energía, la regulación metabólica, la consolidación de la memoria, la eliminación de sustancias de desecho, activación del sistema inmunológico, entre otros. En este sentido, la mayoría de los estudios poblacionales sugieren que existe un aumento global en la frecuencia de los diferentes trastornos del sueño (24), que se ven involucrados en estas etapas de la vida ya que por lo general debido a que en la mayoría de los casos ellos están tomando medicación por enfermedades de base que presentan, muchos de los medicamentos que consumen les altera su estado mental y sueño.

Los adultos mayores requieren por lo general la misma cantidad de sueño que los adultos, sin embargo, por motivos varios como por ejemplo propios de la edad, tienden a dormir por periodos más cortos de tiempo, siendo recomendable entre 7 a 8 horas de sueño y aceptable entre 5 a 7 horas diarias de sueño.

El insomnio, es una alteración en el patrón del sueño que puede involucrar problemas para conciliar el sueño y comportamientos anormales relacionados con el mismo. Los adultos mayores son un grupo poblacional con gran vulnerabilidad en este aspecto siendo uno de los motivos más frecuentes de consulta, sin embargo, también se pueden presentar otros trastornos del sueño siendo éstos la narcolepsia o hipersomnia o apnea del sueño.

En el adulto mayor suceden cambios en el patrón del sueño y vigilia que son normales al envejecer, por lo general está asociado a problemas médicos o psiquiátricos (depresión, ansiedad), al uso de sustancias estimulantes o a la presencia de estrés psicológico; por lo tanto es generalmente de causa multifactorial (24) que debe ser tratada y no pasar desapercibida por el profesional de la salud a cargo del adulto mayor para guiar de forma más oportuna y adecuada con respecto a este factor.

Los malos hábitos del sueño y los estilos de vida sedentarios juegan un papel muy importante, sin embargo, es importante descartar la existencia de una enfermedad médica de fondo como la artrosis, insuficiencia cardíaca, bronquitis crónica, enfisema pulmonar. La diabetes descompensada por la nicturia que produce. Tener presente la apnea obstructiva del sueño y el síndrome de las piernas inquietas, muy frecuentes en los adultos mayores (25), teniendo en cuenta todos estos factores se podrá manejar de mejor manera la condición de salud de ellos y brindarles una calidad de vida.

#### La actividad física

Se define como el movimiento del cuerpo derivado de la actividad muscular y que produce consumo de energía. El ejercicio físico se define como los movimientos del cuerpo realizados para mantener y o mejorar uno o más aspectos de la condición o forma física de forma planificada, estructurada y repetitiva. (12)

El ejercicio físico regular se caracteriza:

1. Aumenta la fuerza muscular, la flexibilidad y la capacidad para el ejercicio.
2. Disminuye la mortalidad de origen cardiovascular.
3. Disminuye la pérdida de masa ósea.
4. Mejora el perfil lipídico y metabolismo de carbohidratos.
5. Disminuye el porcentaje de grasa corporal y favorece el control del peso.
6. Disminuye la ansiedad, insomnio, depresión.
7. Mejora la sensación de bienestar y la percepción de la propia imagen.

Los objetivos del ejercicio físico regular son acrecentar la capacidad aeróbica máxima para mejorar así la resistencia a la fatiga y mejorar la potencia de la musculatura de las extremidades y en consecuencia favorecer y mantener la independencia en la deambulación y en las actividades de la vida diaria.

Para la correcta realización del programa de ejercicio se necesita previamente evaluar al paciente para saber si tiene alguna enfermedad, si tiene alguna dieta indicada y tratamiento medicamentoso (12), y en base a éstos datos se puede lograr un conocimiento más amplio por parte del profesional médico para llevar los respectivos seguimientos y valoraciones y así cambiar hábitos perjudiciales para la salud en esta edad.

La evaluación física debe contener el estado neurológico en busca de neuropatías periféricas y alteraciones del equilibrio. Debe evaluarse el estado de las articulaciones de carga, la estabilidad y potencia muscular y además el estado oftalmológico y cardiovascular tomando en consideración que los adultos mayores sin historia de patología cardiovascular pueden iniciar un programa de ejercicios de intensidad moderada solamente con el control de la frecuencia cardíaca. Las pruebas ergo métricas se realizarán en pacientes de alto riesgo con patología crónica con el propósito de fijar de manera óptima el nivel del programa de ejercicio.

El aumento en la incidencia de padecimientos crónicos en la vejez así como el riesgo latente de discapacidad, hace indispensable la participación activa de las personas adultas mayores en programas de tipo preventivo con el propósito de mejorar sus estilos de vida. Las estrategias a desarrollar deben ser básicamente un compromiso individual y social de cuidado y autocuidado

centrado en aspectos saludables, para el desarrollo de los adultos mayores en términos de bienestar, los ítems básicos a tener en cuenta son la nutrición, la actividad física, los hábitos tóxicos y el sueño, fundamentalmente.

En la resistencia cardiovascular se debe tener en cuenta el tipo de actividad la intensidad del esfuerzo, la duración, frecuencia y ritmo de progresión. (12)

a) Tipo de actividad

Es adecuada toda actividad que utilice grandes grupos musculares (más del 60% de la masa muscular) que pueda ser mantenida por largos períodos de tiempo y que sea de naturaleza rítmica y aeróbica. Estas actividades pueden dividirse en dos grupos: con actividades continuas durante las cuales la actividad del esfuerzo es mantenida fácilmente con discretas variaciones de la frecuencia cardíaca, tales como el trote, la caminata o el ciclismo (al iniciar programas) y con actividades discontinuas en las cuales la intensidad del esfuerzo durante su ejecución no se mantiene continuamente tales como la danza artística, y la mayoría de juegos y deportes (por el placer que dan).

b) Intensidad del esfuerzo

Se recomienda que se alcance 40 – 60% de la frecuencia cardíaca máxima. No son aconsejables ejercicios que superen 60 % de la frecuencia cardíaca máxima.

c) Duración

Se considera que la duración de la sesión no debe pasar de 20 min. Y aumentar hasta alcanzar un tiempo en forma progresiva de hasta una hora. En los individuos muy desacondicionados se puede empezar trabajando 5 a 10 min por sesión.

d) Frecuencia

Se recomienda una frecuencia de tres sesiones por semana y en los muy desacondicionados 5 min 3 o 4 veces por día según su tolerancia.

e) Ritmo De progresión.

Dependerá del estado de salud, de la capacidad funcional y de las necesidades y metas que se deseen alcanzar. Como es lógico cada

sesión irá precedida de una fase de calentamiento, estiramiento y flexibilización articular y concluirá con una fase de enfriamiento y relajación. El ejercicio debe interrumpirse si aparecen: disnea, dolor torácico, dolor músculo esquelético mareo o fatiga excesiva.

La práctica de un deporte constituye una prevención frente al envejecimiento acelerado. Antes se debe realizar un chequeo médico y una prueba de esfuerzo con la finalidad de buscar una contraindicación. (12)

Los efectos del deporte en la tercera edad son:

1. Beneficios sobre el envejecimiento fisiológico.
2. Aumenta la capacidad pulmonar.
3. Adaptación del corazón al esfuerzo físico.
4. Incremento de la fuerza muscular y la flexibilidad de las articulaciones

Entre los deportes más conocidos en nuestro medio tenemos la marcha, natación, (recordar que se debe evitar situaciones de competencia.)

Los accidentes que pueden sobrevenir en estas prácticas especialmente son: contracturas, calambres, traumatismos articulares y óseos, tendinitis en las articulaciones artríticas.

El tratamiento de las complicaciones del deporte de la tercera edad es igual al clásico, pero: período más prolongado de reposo de la articulación o del miembro, reiniciación mucho más lenta y muy prudente precedida de técnicas de calentamiento.

Cuando se indiquen rutinas de ejercicios para el adulto mayor, hay que tener en cuenta los siguientes principios generales:

- Los programas de ejercicios deben concentrarse en grupos funcionales claves, como los músculos de los hombros en las extremidades superiores y los cuádriceps, los extensores de la cadera, los extensores y plantares del tobillo en extremidades inferiores.
- Los ejercicios isométricos sostenidos, deben ser indicados y vigilados con sumo cuidado, por la capacidad de aumentar la tensión arterial.

#### Tabaquismo

El tabaquismo, o hábito de fumar, es definido como un trastorno causado por una sustancia capaz de producir dependencia, la nicotina. Se considera una verdadera drogadicción difundida en todo el mundo. Alcanza una prevalencia mundial del 47 % en la población masculina de adultos, frente al

12 % en la mujer y en los últimos años se observa un comienzo más precoz del hábito, particularmente en el inicio de la adolescencia. El hábito de fumar podría estar inmerso en el estilo integral de vida de las personas, entendido este como el conjunto de decisiones individuales que afectan la salud y sobre las cuales se podría ejercer cierto grado de control, que tiene también un efecto sobre la salud y la conducta de quienes conviven. (26)

El tabaquismo puede acelerar el deterioro natural de las funciones respiratorias y cardíacas, dejando al individuo con un nivel de capacidad funcional inferior del que normalmente se espera para su edad. El gradiente de la disminución puede llegar a ser tan pronunciado que resulte en una incapacidad prematura, no obstante, dicha aceleración de la disminución de la capacidad funcional puede revertirse cualquier edad. El dejar de fumar, así como pequeños incrementos en el nivel de forma física, pueden, por ejemplo, reducir el riesgo de desarrollar enfermedades coronarias. (27)

#### Estrategia de intervención educativa

La intervención educativa es la acción intencional para realizar acciones que llevan al desarrollo integral del que la recibe. Tiene carácter teleológico, ya que existe un sujeto agente (educando-educador), un lenguaje propositivo (se realiza una acción para lograr algo) (28), se actúa en orden a lograr una meta y los acontecimientos se relacionan intencionalmente.

Para planificar y realizar una intervención se debe tener conocimientos necesarios acerca de la dimensión del problema, los factores asociados a su propagación, las medidas eficaces y las características de la población afectada.

Existen tres grandes modelos que se usan a menudo en la planificación de intervenciones en epidemiología: la historia natural, los factores de riesgo y los determinantes sociales de la salud.

Estudios como las revisiones sistemáticas (RS) afrontan argumentos que se fundamentan en promover los estilos de vida saludables (EVS), modelos ajustados a los objetivos planteados (29), estrategias de intervención, estrategias donde se fomenta y se presentan los beneficios de la actividad física, de la nutrición adecuada en los diferentes grupos etéreos, programas de cómo prevenir y tratar la obesidad, estrategias para modificar determinadas formas ante situaciones diarias. Además, existen estrategias que destacan el



valor de promocionar estilos de vida saludables desde una visión holística de la salud (30), lo que demuestra que dichas intervenciones estratégicas constituyen un importante factor para cambios en los estilos de vida.

El enfoque de las estrategias relacionadas con la promoción de salud además de reforzar las destrezas de cada individuo, también modifica los contextos sociales, cambian políticas y transforman el medio ambiente (31), dichos contextos tienen gran importancia al momento de implementar estrategias de estilos de vida.

Contribuir y trabajar para que las personas, familias y comunidades elijan estilos de vida saludables es más económico que incrementar los servicios de salud para dar el tratamiento y rehabilitación a las personas una vez que hayan enfermado (31), por lo que se requiere de un gran compromiso por parte del personal médico para hacer que los adultos mayores y sus familiares tomen consciencia de lo favorecedor que será para sus vidas el tener presente hábitos adecuados de conducta para mejorar la salud, además existen sistemas que toman en cuenta varias estrategias que mencionan paradigmas en cuanto a las conductas del ser humano que intervienen para mejorar los estilos de vida en esta población de adultos mayores.

Las estrategias pueden catalogarse en 4 paradigmas:

a) La Estrategia de influencia (EI) fundamentada en un patrón de cambio de actitudes y una disposición de positividad frente a la tarea, a través de la búsqueda del conocimiento, la disposición y la modificación de las condiciones que se asumen.

b) La Estrategia de Desarrollo de Competencias (EDC) es un tipo de estrategia que brinda recursos y provee habilidades útiles para transformar los comportamientos, proporcionando una actuación que eleve la autoestima, la independencia y determina seguridad cuando se decide por algo.

c) La Estrategia de Modificación del Medio (EMM) cambia las áreas donde se despliegan los individuos, reduciendo los efectos negativos de los riesgos en estos lugares

d) La Estrategia de Control (EC) establece medidas que en poco tiempo entran con pagos asociados con actuaciones que sería necesario evitar y para ello utilizan medidas legislativas y judiciales.

Ambas (la c y la d) son un complemento de las anteriores porque influyen sobre factores externos a las personas.

Las estrategias de promoción de salud se realizan básicamente para el fomento de estilos de vida saludables, enfocadas a diferentes partes desde cinco espacios de actuación que son: familia, sector salud, centros educacionales, sociedades o grupos y centros de trabajo (32), estos son tenidos en cuenta como los contextos esenciales en que se desenvuelve el individuo por lo que se necesita en ellos establecer la promoción de salud, es importante además recalcar que a través de dichas estrategias se evalúan programas para mejorar problemas de salud de gran importancia sobre todo en adultos mayores, que con la participación de los profesionales de la salud motivarán a dichos pacientes para la aplicación de la misma.

La Organización Mundial de la Salud proyecta la educación para la salud (33), asociando la evolución de cada persona y la visión comunitaria; relacionando concepción socio-ecológica de la salud e indica varias condiciones necesarias a tener en cuenta como son, paz, justicia, conservar y garantizar los derechos humanos, la igualdad social, entre otros, ya que existen en la actualidad muchos escenarios desfavorables para la salud del adulto mayor, es necesario realizar modificaciones útiles para lograr estilos de vida saludables, siendo además necesario analizar procesos de aprendizaje y modelos de enseñanza conceptualizados en la educación para la salud para que a través de su aplicación se promuevan interacción social y autonomía, siendo ambos componentes muy importantes para lograr un excelente envejecimiento.

## **4.2 Antecedentes investigativos.**

Lucrines Azcuy y otros autores realizaron una publicación en el 2021 en donde presentaron una intervención educativa a nivel comunitario para fomentar el envejecimiento activo con calidad de vida en Villa Clara, Cuba (34), el mismo que describe la importancia de la educación para promover hábitos de vida saludable, incluyendo la participación activa en entornos adecuados para el aprendizaje y la implementación de redes de interacción social que favorecen el cambio y la autonomía en el adulto mayor,

concluyendo que este tipo de intervenciones educativas fortalece el nivel cognitivo y brinda una red de apoyo familiar y comunitario, indispensables para el envejecimiento saludable.

Con la finalidad de identificar recomendaciones orientadas a promover un envejecimiento activo en varios países de Iberoamérica, en el año 2020 se realizó una búsqueda sistemática de varios artículos científicos disponibles entre los años 2010-2019 (35) en donde se evidenciaron varias actividades innovadoras que acercan al adulto mayor a metas que favorecen tanto el bienestar físico como el emocional con participación activa de acciones que fomentan el desarrollo de actividades sociales, de esparcimiento o culturales, enfocadas en mejorar el estado de salud del adulto mayor, propuestas que se han implementado con éxito en varios países de Iberoamérica, sin embargo este estudio recalca la importancia de que se difundan más experiencias con resultados positivos y sin mayores gastos que permitan reforzar la calidad en el proceso del envejecimiento.

En el año 2019 en la ciudad de México mediante un estudio publicado se analizaron las diferentes estrategias para promover ambientes saludables desde el enfoque de la gerontología ambiental, teniendo en cuenta varias desadaptaciones determinadas por las capacidades funcionales como dependencia, discapacidad, que engloban problemas físicos, sociales y urbanos (36), llevando a proponer estrategias de adaptación ambiental estimulantes para un envejecimiento activo a través de varias herramientas que generen un entorno agradable para el adulto mayor como paisajes, áreas verdes, flora, fauna y que les permita realizar actividades físicas y recreativas en las que puedan disfrutar un tiempo agradable y que a la vez mejoran las capacidades personales en el adulto mayor.

Dentro de las propuestas del estudio anterior para el diseño de estrategias, se señalaron algunas entre ellas la importancia de aprovechar de los espacios públicos atractivos como parques y áreas verdes que contribuyen a reducir las condiciones de estrés y deterioro cognitivo que por lo general están asociados con el proceso del envejecimiento, a promover actividades participativas al aire libre para reducir la prevalencia de enfermedades y fortalecer la calidad de vida. Dicho estudio concluyó que es necesario

fomentar más investigaciones sobre espacios atractivos que estimulen y motiven al adulto mayor para su participación activa en los mismos.

En el año 2019 se realizó un estudio en el Ecuador en zonas urbanas y rurales sobre predictores de la calidad de vida subjetiva en adultos mayores, cuyo objetivo principal se centró en evidenciar nuevos factores de bienestar en adultos mayores ecuatorianos y verificar variaciones entre ambos lugares, realizándose encuestas en ambas áreas de los diferentes cantones de la provincia del Guayas con un número de 364 participantes mayores de 65 años, donde se demostró que los alimentos son un predictor importante en los indicadores del bienestar, así como la satisfacción económica, la familia, la salud y recursos relacionados con la alimentación que influyen en la satisfacción de la calidad de vida de los adultos mayores (37), por lo que hace de mayor importancia considerar estos factores al momento de elaboración de estrategias educativas promocionando aún más estilos de vida basados en todo lo relacionado a mejorar la calidad de vida en el adulto mayor.

En México la Universidad Autónoma de Yucatán en el año 2018 implementó un programa para los adultos mayores con la finalidad de fortalecer el bienestar de ellos con varias actividades académicas, culturales, sociales, deportivas y desarrollo humano, implementando talleres con un modelo de aprendizaje vivencial sobre autodescubrimiento y sentido de vida con diversas estrategias de enseñanza aprendizaje tales como trabajo en equipo, ejercicios de relajación, reflexiones grupales y personales, utilizando varias herramientas como videos, audios, multimedia , que estimularon la participación activa y el interés del mismo, llegando a la conclusión que estas actividades educativas intervienen directamente en el mejoramiento de su calidad de vida y desarrollo humano.

Un estudio realizado en la provincia de Imbabura en Ecuador en el año 2018 implementó una propuesta para mejorar la salud en el adulto mayor en un centro gerontológico que incluía a 60 de ellos y un equipo multidisciplinario constituido por 1 nutricionista, 1 fisioterapeuta, 2 terapistas ocupacionales y 1 trabajadora social, además de cuidadores y familiares, fomentando guías para fortalecer la atención y mejorar los estilos de vida en este grupo de edad a través de constantes capacitaciones para brindar conocimientos y motivación para la participación activa de los diferentes programas de educación (36),

incluyendo a familiares y cuidadores con la finalidad de generar una red de apoyo familiar importante para los adultos mayores, concluyendo que la capacitación a este grupo de edad fue útil para reforzar el bienestar físico y autonomía.

Calpa Pasta y otros autores realizaron un análisis sistemático en el 2016, de las estrategias de promoción de salud para el fomento de estilos de vida saludables en diferentes escenarios (38) en este se describe como los problemas alrededor del mundo se globalizan debido a las diversas dinámicas sociales, culturales, políticas, económicas e ideológicas que denotan la multiplicidad de factores a los cuales se ven expuestas las personas.

Este hecho concatena las miradas y acciones tanto de la Promoción de Salud (PS) como de la Prevención de la Enfermedad (PE) (39), ya que estas aportan al proceso salud– enfermedad-atención y demandan cambios desde el sector sanitario, la familia y otros; sobretodo, de la participación de las personas como comunidad; la contribución de los estilos de vida poco saludables a los grandes problemas de salud pública del siglo XXI, más la insuficiente reorientación del sector sanitario llevan a un modelo de atención con mayor énfasis en la atención primaria.

Se realizó una investigación en el año 2016, donde se presentan pautas que pudieran ser usadas para fomentar el envejecimiento activo, así como actividades de prevención para emplear en los diferentes contextos donde se desenvuelva el anciano, brindando a la población adulta mayor los recursos para llevar a cabo un mayor control sobre sus enfermedades y poder optimizar su salud; con el fin de un envejecimiento exitoso y evitar o disminuir las discapacidades, conservando la independencia y una mayor calidad de vida siempre que se tenga en cuenta sus valores y gustos (39), dichas pautas promueven de manera favorable los cambios en el estilo de vida y ayudan a hacer un enfoque integral ya que interviene salud, familia, comunidad que trabajarán en conjunto para fomentar actitudes positivas ante el cambio.

Las actividades preventivas en los adultos mayores deben tener en cuenta no solo el riesgo de enfermedad, sino también la alteración de la función que produce la enfermedad, así como las condiciones frecuentes en el adulto mayor que afecten su estado de salud como la fragilidad, las caídas, y las complicaciones iatrogénicas, que deben de enfatizarse en la promoción

brindada tanto a nivel individual como familiar y en la comunidad (39), que es lo indispensable en la calidad de vida en el adulto mayor.

En el Ecuador, Vasco realizó un estudio en el año 2015, para evaluar el proceso de envejecimiento y la adaptación al mismo (40), la anticipación y prevención para envejecer mejor a través de una estrategia de envejecimiento activo, puso de relieve las consecuencias que se derivan del envejecimiento de la población para el equipamiento de los entornos, los servicios y los programas públicos, entre otros aspectos que constituyen los elementos a tener en cuenta en la elaboración de la estrategia.

En el año 2015 se realizó un estudio descriptivo con 40 adultos mayores en la comunidad de Mulay- El Valle, con el objetivo de valorar la salud integral del adulto mayor, cuyos resultados encontrados fueron que los estilos de vida en ellos, especialmente en aquellos de sectores rurales no es apropiado pese al respaldo de las políticas públicas (41), por lo que es importante como prioridad en la salud pública la elaboración de estrategias de promoción de salud ya que hay riesgos emergentes asociados con el envejecimiento poblacional que deben ser considerados en los estilos de vida del adulto mayor.

## **5. MÉTODOS**

### **5.1 Nivel de la investigación.**

El nivel de la investigación es descriptivo, se caracteriza a la población según estilos de vida y conocimiento sobre ellos, para determinar los componentes que forman parte de una estrategia educativa y la elaboración de la misma con el propósito de promover estilos de vida saludable en la población de adultos mayores.

### **5.2 Tipo de investigación.**

Según la intervención del investigador, la investigación es de tipo observacional porque éste no interviene, los datos reflejan la evolución original de los eventos; según la planificación de la toma de datos, el estudio es prospectivo, los datos para el estudio, son recogidos para cumplir el objetivo de la investigación, por lo que son primarios. Por el número de ocasiones que se mide la variable de estudio, es transversal, las variables se miden en una sola ocasión y teniendo en cuenta el número de variables de interés, el estudio es descriptivo, el análisis estadístico es univariado.

### **5.3 Diseño de investigación.**

El diseño de investigación se ajusta a un estudio de prevalencia o de corte transversal, ya que se mide en el periodo en que corresponde la investigación, en una sola ocasión, la presencia de los estilos de vida y el conocimiento sobre ellos, sobre la base de la frecuencia de estas variables, se conforman los elementos para diseñar una estrategia educativa, que finalmente es elaborada.

### **5.4 Justificación de la elección del método**

El método se seleccionó de manera que se adecuará para el cumplimiento del proyecto de la investigación, teniendo en cuenta que el mismo es el diseño de una estrategia educativa para promover estilos de vida

saludables en la población de adultos mayores en el consultorio No 6 del centro de salud de Sauces 3.

Con el nivel, tipo y diseño de la investigación planteados en el método, le podemos dar respuesta a la pregunta de investigación y a los objetivos del estudio.

## **5.5 Población de estudio.**

La población está conformada por todos los adultos mayores de ambos sexos asignados al consultorio 6 de Medicina Familiar y Comunitaria del centro de salud Sauces 3 en el año 2021 que aceptaron participar en el estudio y cumplan los criterios de inclusión y exclusión para la investigación. La cifra de pacientes fue de 117 adultos mayores y con residencia en Sauces 2 de los cuales se excluyeron a 8 ya que no cumplieron con los criterios requeridos.

### **5.5.1 Criterios y procedimientos de selección de la muestra o participantes del estudio.**

Para la selección de la población, se conformó un listado teniendo como fuente las Historias de Salud Familiar del consultorio No 6, recogiendo todos los pacientes adultos mayores.

#### **1.1.1 5.5.1.1 Criterios de inclusión.**

1. Adultos mayores que acepten participar en la investigación y firmen el consentimiento informado
2. Adultos mayores con residencia permanente en el área.

#### **5.5.1.2 Criterios de exclusión**

1. Adultos mayores que después de dos citas al centro de salud y dos visitas a su domicilio, no sean posible contactar para aplicar los instrumentos de investigación.

## **5.6 Procedimiento de recolección de la información**

La investigación fue aprobada por el comité de ética de la investigación de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, para su realización se



cumplieron las normas éticas vigentes en el Reglamento de Ética del Ecuador y en la declaración de Helsinki en su última revisión en el año 2013.

Además, se llevó a cabo con previa autorización del centro de Salud de Sauces 3 y una vez que el participante fue contactado se conformaron los criterios de inclusión y exclusión.

Previo al inicio de la recolección de la información se procedió a la solicitud y firma del consentimiento informado por parte de los adultos mayores de la población de estudio.

Se utilizó una encuesta elaborada por la autora basada en la bibliografía documental revisada y validada por 3 expertos, 1 especialista de Medicina Familiar y Comunitaria, 1 Bioestadística y un Nutricionista. A través de la utilización de los criterios de Moriyama los expertos realizaron la respectiva calificación en cada una de las 21 preguntas de la encuesta valorando los siguientes aspectos: comprensibilidad, sensible a variación, suposiciones básicas, componentes claros, datos factibles de obtener debiéndose obtener el 60% en cada ítems para la validación de la misma el cual fue cumplido en todas las preguntas, se aplicó la encuesta en el centro de salud, previa cita a los participantes y consta de las siguientes secciones:

La primera sección de la encuesta se dedicó a las variables biosociodemográficas como:

Edad: años cumplidos.

Sexo: por los caracteres sexuales externos.

Ocupación: labor que realiza remunerada o no.

Nivel de escolaridad: Instrucción recibida por el adulto mayor.

Estado civil: condición social relacionada con la pareja.

Etnia: por auto identificación.

Antecedentes de enfermedades crónicas: diabetes mellitus, HTA, cáncer, asma, cardiopatía isquémica, otras

Estado nutricional: IMC: < 18,5 delgadez, 18,5-25 normopeso, 25-30 sobrepeso, 30-40 obesidad, >40 obesidad mórbida.

La segunda sección de la encuesta se dedicó a identificar los estilos de vida, se elaboraron preguntas de acuerdo a la bibliografía consultada:

Actividad física: Se considera realizar actividad física adecuada cuando se practica entre 30-35 minutos al día durante al menos 3 días de la semana,

algún tipo de ejercicio como caminar, correr u otros, en los adultos mayores no es la excepción a menos que presenten enfermedades crónicas que le imposibiliten cumplir con este tiempo, en estos casos deben mantenerse lo más físicamente activos según sus habilidades y condiciones lo permitan.

Hábitos alimentarios: se tiene en cuenta los tipos de alimentos y la frecuencia con la que se consumen, considerando adecuado cuando se clasifica adecuadamente el 70% del total de las preguntas e inadecuado cuando es menor a ese valor.

Consumo de frutas adecuado: 3-4 veces a la semana o más de 5 veces.

Consumo de frutas inadecuado: el resto de las frecuencias indicadas.

Consumo de verduras adecuado: 3-4 veces a la semana o más de 5 veces.

Consumo de verduras inadecuado: el resto de las frecuencias indicadas.

Consumo de legumbres adecuado: 2-3 veces a la semana hasta más de 5 veces

Consumo de legumbres inadecuado: el resto de las frecuencias indicadas

Consumo de verduras y hortalizas adecuado: 3-4 veces a la semana o más de 5 veces.

Consumo de verduras y hortalizas inadecuado: el resto de las frecuencias indicadas.

Consumo de cereales adecuado: 3-4 veces a la semana

Consumo de cereales inadecuado: el resto de las frecuencias indicadas.

Consumo de pescado adecuado: 3-4 veces a la semana o más de 5 veces.

Consumo de pescado inadecuado: el resto de las frecuencias indicadas.

Consumo de carnes rojas adecuado: menos de una vez al mes

Consumo de carnes rojas inadecuado: el resto de las frecuencias indicadas

Consumo de carnes blancas adecuado: 1-2 veces/semana

Consumo de carnes blancas inadecuado: el resto de las frecuencias indicadas.

Consumo de embutido adecuado: menos de 1 vez al mes

Consumo de embutido inadecuado: el resto de las frecuencias indicadas.

Consumo de lácteos adecuado: 3-4 veces a la semana.

Consumo de lácteos inadecuado: el peso de las frecuencias indicadas.

Consumo de arroz y pastas adecuado: 1-2 veces a la semana.

Consumo de arroz y pastas inadecuado: el resto de las frecuencias indicadas.

Consumo de frutos secos adecuado: 3-4 veces a la semana.

Consumo de frutos secos inadecuado: el resto de las frecuencias indicadas.

Consumo de azúcar adecuado: menos de 12 cucharadas diarias.

Consumo de azúcar inadecuado: el resto de las frecuencias indicadas.

Consumo de sal adecuado: menos de 5 g diarios.

Consumo de sal inadecuado: el peso de las frecuencias indicadas.

Tabaquismo: Tabaquismo, si consume o no consume

Horas de sueño: se considera adecuado de 7-8 horas en el adulto mayor. La tercera sección de la encuesta se dedicó a determinar el conocimiento sobre estilos de vida saludable. Se considera que conoce cuando contesta

correctamente el 70% de las preguntas.

Conocimiento sobre alimentos saludables y la frecuencia en la que se debería ingerir.

- Pescado, pollo y/o pavo: con frecuencia---poca frecuencia---nunca---no sabe---
- Carne de res y/o cerdo: con frecuencia---poca frecuencia---nunca---no sabe---
- Cereales, legumbres, frutos secos: con frecuencia---poca frecuencia---nunca---no sabe---
- Embutidos, chuzos, frituras: con frecuencia---poca frecuencia---nunca---no sabe---
- Leche, queso, yogurt: con frecuencia---poca frecuencia---nunca---no sabe---
- Frutas y jugos naturales: con frecuencia---poca frecuencia---nunca---no sabe---
- Dulces, panes, colas: con frecuencia---poca frecuencia---nunca---no sabe---
- Huevos: con frecuencia---poca frecuencia---nunca---no sabe---

- Verduras y hortalizas: con frecuencia---poca frecuencia---nunca--  
- no sabe---

Conocimiento sobre actividad física y sus beneficios.

- Previene enfermedades cardiacas.
- Previene lesiones musculares y óseas.
- Mantener peso corporal y evitar obesidad.
- Produce inmovilidad y caídas.
- Produce estrés.
- No sabe.

Conocimiento sobre los efectos perjudiciales por el consumo de tabaco en la salud.

- Manchas dentales.
- Evita la depresión.
- Evita el cáncer.
- Favorece la aparición de enfermedades del corazón y respiratorias.
- No sabe

Conocimiento sobre horas de sueño adecuadas

- Menos de 4 horas.
- 4-6 horas.
- 6-7 horas.
- 7-8 horas
- No sabe

La cuarta sección de la encuesta se dedicó a identificar los componentes de la estrategia educativa para estilos de vida saludables.

- Técnica educativa (demostración, charlas, talleres, videoconferencias)
- Frecuencia de las actividades educativas (1 vez a la semana, 2 veces a la semana, 1 vez al mes).
- Horario de las actividades educativas (mañana, tarde).
- Disponibilidad de tiempo para recibir las actividades educativas (15 min, 30 min, 60 min).
- Lugar para realizar las actividades.
- Número de personas que participan en las actividades.

## 5.7 Técnicas de recolección de información

Las Técnicas empleadas para recolectar la información fueron

Objetivo 1	
Variable	Tipo de técnica
Edad	Encuesta
Sexo	Encuesta
Ocupación	Encuesta
Estado Civil	Encuesta
Etnia	Encuesta
Estado nutricional/IMC	Observación
Antecedentes de enfermedades crónicas	Encuesta
Objetivo 2	
Hábitos alimentarios	Encuesta
Actividad física	Encuesta
Tabaquismo	Encuesta
Horas de sueño	Encuesta
Objetivo 3	
Conocimiento sobre estilos de vida saludables	Encuesta
Objetivo 4	
Tipo de técnica educativa	Encuesta
Frecuencia de las actividades educativas	Encuesta
Horario de las actividades educativas	Encuesta
Duración de las actividades educativas	Encuesta
Lugar para el desarrollo de las actividades educativas	Encuesta
Tamaño de los grupos para el desarrollo de las actividades educativas	Encuesta

## **5.8 Técnicas de análisis estadístico**

Los resultados obtenidos a través de la aplicación de las encuestas para la recogida de la información, se introducirán a través del programa estadístico IBM SPSS Statistics 22.0, utilizando las columnas para las variables y las filas para cada uno de las unidades de estudio. El análisis estadístico se realizará con el cálculo de números y porcentajes para el resumen de las variables cualitativas y cuantitativas, la información se presentará en forma de tablas para su mejor comprensión.

## 5.9 Variables

### 5.9.1 Operacionalización de variables

Objetivo 1			
Variable	Indicador	Unidades, categorías o valor final	Tipo/Escala
Edad	Edad en años	65-69 70-74 75-79 80-84 85 y más	Cuantitativa discreta
Sexo	Sexo	Masculino Femenino	Cualitativa nominal
Ocupación	Ocupación	Jubilado Empleado Público Empleado Privado Ama de casa Cuenta propia Desempleado Trabajador no remunerado	Cualitativa nominal
Escolaridad	Nivel de escolaridad	Ninguna Primaria sin terminar Primaria terminada Secundaria terminada Bachillerato terminado Universitario terminado Postgrado terminado	Cualitativa Ordinal
Estado civil	Estado civil	Casado (a) Soltero (a) Viudo (a)	Cualitativa nominal

		Divorciado (a) separado (a) Unión libre (a)	
Etnia	Auto identificación	Indígena. Afro ecuatoriano(a) Negro(a) Mulato(a) Montubio(a) Mestizo(a) Blanco(a): Otra.	Cualitativa nominal
Estado nutricional / IMC	Peso/Talla	Delgadez Normo peso Sobrepeso Obesidad	Cualitativa ordinal
Antecedentes de enfermedades no transmisibles	Enfermedades no transmisibles	Diabetes Hipertensión Hipertensión y Diabetes Dislipidemia Cardiopatía isquémica Otras	Cualitativa nominal
Objetivo 2			
Hábitos alimentarios	Consumo de: Frutas, vegetales y hortalizas, legumbres, cereales, pescado, carnes rojas, carnes blancas, embutido, queso, leche,	Adecuado. Inadecuado.	Cualitativa nominal



	huevo, arroz y pasta, frutos secos, azúcar, sal.		
Actividad física	Duración y frecuencia	Adecuada Inadecuada	Cualitativa nominal
Tabaquismo	Tabaquismo	Si No	Cualitativa nominal
Horas de sueño	Horas que duerme en la noche	Adecuado Inadecuado	Cualitativa nominal
Objetivo 3			
Conocimiento sobre hábitos alimentarios	Conocimiento sobre consumo de: Pescado, pollo, carnes rojas, cereales, huevos, legumbres, frutos secos, embutidos frutas, dulces y panes	Conoce No conoce	Cualitativa nominal
Conocimiento sobre actividad física.	Conocimiento sobre beneficios de la actividad física	Conoce No conoce	Cualitativa nominal.

Conocimiento sobre tabaquismo	Conocimiento sobre los efectos perjudiciales del consumo de tabaco	Conoce No conoce	Cualitativa nominal.
Horas de sueño	Conocimiento sobre horas adecuadas de sueño nocturno	Conoce No conoce	Cualitativa nominal
Objetivo 4			
Tipo de técnica educativa	Tipo de técnica educativa	Charlas Videos Talleres Demostraciones Otras	Cualitativa Nominal
Frecuencia de las actividades educativas	Número de actividades. Unidad temporal	1 vez a la semana 2 veces a la semana. 1 vez al mes.	Cuantitativa discreta
Horario de las actividades educativas	Horario de las actividades educativas	Mañana Tarde Noche	Cualitativa ordinal
Duración de las actividades educativas	Duración de las actividades educativas	15 min 30 min 60 minutos	Cuantitativa discreta
Lugar para el desarrollo de las actividades educativas	Lugar para el desarrollo de las actividades educativas	Centro Salud Centro comunal Comunidad (parque del sector)	Cualitativa Nominal
Tamaño de los grupos de personas para	Número de personas a	2-5 personas 6-10 personas 11-15 personas	Cuantitativa discreta

el desarrollo de las actividades educativas	participar por actividad		
---	--------------------------	--	--

## 6 PRESENTACIÓN DE RESULTADOS Y DISCUSIÓN

A continuación, se obtuvieron resultados y para su mejor interpretación se elaboraron las respectivas tablas donde se recolectó la información a través del instrumento seleccionado (encuesta), excepto la tabla 6 cuya información fue tomada de la historia clínica, una vez interpretada la información se estableció la discusión

Tabla 1. Distribución de adultos mayores según rango de edad y sexo.  
Consultorio 6. Centro de salud Sauces 3. Año 2021.

Grupo Etareo	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	N	%	N	%	N	%
65-69	12	28,6%	18	26,9%	30	27,5%
70-74	8	19,0%	14	20,9%	22	20,2%
75-79	12	28,6%	18	26,9%	30	27,5%
80-84	5	11,9%	9	13,4%	14	12,8%
85 y más	5	11,9%	8	11,9%	13	11,9%
Total	42	100,0%	67	100,0%	109	100,0%

Fuente: encuesta

En el 27,5% de los adultos mayores predominan las edades comprendidas entre 65-69 y 75 a 79 años predominando el sexo masculino con 28,6%, contrario al sexo femenino que se encuentra en el 26,9% lo que evidencia que a diferencia de otros estudios donde refieren que el sexo femenino presenta más esperanza de vida, en esta población no lo es, sin embargo en estas edades la realización de actividades diarias aún podrían ser independientes lo que podría ser favorable para la adopción y aplicación de nuevas estrategias que prolonguen más su esperanza de vida.

Un estudio descriptivo transversal en el año 2017 (42), realizado en dos centros de bienestar con 60 adultos mayores institucionalizados para determinar la funcionalidad y dependencia se encontró que entre las variables demográficas encontradas predominó el rango de edad entre 70-84 años de

los cuales el 22,66% fueron de género masculino y el 53,33% corresponden al sexo femenino lo que se diferencia del presente estudio.

La cantidad de personas de 65 años y más se ha incrementado en las últimas décadas, una de cada 3 personas adultas mayores tienen entre 65 a 69 años mientras que uno de cada cinco tiene 80 años y más según un informe del estado de situación de la persona adulta mayor en Costa Rica (42), lo que lleva a analizar que es necesario una mayor atención y varios servicios de apoyo para aumentar la calidad de vida.

En el año 2017 se realizó un estudio observacional descriptivo en un Policlínico Universitario en Cuba con una muestra de 121 pacientes adultos mayores para determinar la repercusión del envejecimiento en la calidad de vida en donde predominó el grupo de 65-69 años de sexo masculino casados y aún con vínculo laboral independientemente de ser jubilados que presentaron mejor calidad de vida (43), llevando a analizar que el mantenimiento activo de esta población y la participación en la sociedad podrían intervenir en la calidad de vida en estas edades para que puedan tener una esperanza de vida más larga.

El implemento de un programa de entrenamiento de fuerza en adultos mayores desde las edades tempranas de la misma (65-69 años de edad), demostró en un estudio descriptivo, transversal, observacional publicado en el 2019, varios beneficios en la salud física y mental (44), aumentado la actividad física general y previniendo enfermedades y complicaciones cardiometabólicas y coincide con este estudio en el grupo de edad que prevaleció y por lo tanto las ventajas de aprovechar las edades tempranas del envejecimiento que podría favorecer a mejores cambios en los estilos de vida.

Tabla 2. Distribución de adultos mayores según ocupación y sexo. Consultorio 6. Centro de salud Sauces 3. Año 2021

Ocupación	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	N	%	N	%	N	%
Jubilado/a	39	92,9%	37	55,2%	76	69,7%
Ama de casa	0	0,0%	25	37,3%	25	22,9%

Cuenta propia	2	4,8%	4	6,0%	6	5,5%
Empleado privado	0	0,0%	1	1,5%	1	0,9%
Desempleado	1	2,4%	0	0,0%	1	0,9%
Total	42	100,0%	67	100,0%	109	100,0%

El 69,7% de los adultos mayores son jubilados, con un mayor porcentaje en el sexo masculino con el 92,9% a diferencia de las mujeres con el 55,2% lo que podría considerarse una ventaja ya que económicamente el recibir ingresos mensuales los convierte en personas independientes y con menor preocupación al momento de llevar su vida.

En el año 2018 se realizó un estudio descriptivo transversal con 53 adultos mayores en la ciudad de Coruña España, con respecto a ocupación y calidad de vida (45), cuyos resultados fueron que el 62,3% de las mujeres adultas mayores presentaban actividades de ocio (juegos de mesa) y el 49,1% jubiladas se dedicaban a viajar ya que disfrutaban de una buena jubilación, al comparar dichos estudios se puede llegar analizar de que una de las principales motivaciones de la participación laboral en los adultos mayores es disfrutar del beneficio pensional, sin embargo en países en vías de desarrollo como Ecuador donde las pensiones no son tal altas en algunos casos los adultos mayores siguen participando en el mercado laboral y sobre todo las mujeres como demuestra este resultado.

En el año 2019, se publicó un artículo sobre los adultos mayores y su retiro del mercado laboral en México, cuyo objetivo fue analizar el proceso de transición de la ocupación a la inactividad o viceversa y las variables que intervienen en ellas (46), dicho estudio descriptivo, transversal, revela que gran parte de la población adulta mayor trata de desarrollar una actividad remunerada a pesar de estar en el grupo de jubilados debido a la insuficiencia de las pensiones jubilares o tratan de retrasar la jubilación o conseguir ingresos complementarios, ésta permanencia en el ambiente laboral es secundario a la prolongación de la esperanza de vida, falta de recursos económicos, cambios en los arreglos familiares, situación conyugal o trayectoria laboral, haciendo que ésta actividad laboral los mantenga útil y mejorando su calidad de vida.

En el año 2014 se hizo un estudio descriptivo mediante una revisión artículos que reportan investigaciones descriptivas publicados entre los años 2006-2012, de aproximaciones psicosociales en cuanto a la jubilación cuyos resultados reflejaron el interés por promover la permanencia en el trabajo o el retorno al mismo debido a las presiones socioeconómicas derivadas del envejecimiento (47), estudio también señala que cuando existe satisfacción laboral previa a la jubilación es difícil la adaptación a la misma lo que motiva a seguir en actividad laboral sobre todo adultos mayores de género masculino, sin embargo quienes han experimentado estrés por la interferencia entre sus vidas familiares y el trabajo experimentan la jubilación favorablemente en su calidad de vida, situación que ocurre más en mujeres.

Tabla 3. Distribución de adultos mayores según estado civil. Consultorio 6. Centro de salud Sauces 3. Año 2021

Estado Civil	N°	Porcentaje
Casado/a	58	53,2 %
Viudo/a	36	33,0%
Soltero/a	10	9,2%
Divorciado/a	2	1,8%
Unión libre	2	1,8%
Separado/a	1	0,9%
Total	109	100,0%

Predominó la población de adultos mayores con estado civil casado con un 53,2% lo que podría considerarse como un factor protector ya que la compañía en el adulto mayor juega un papel muy importante en la calidad de vida según varios estudios.

Un estudio descriptivo transversal y observacional realizado en el año 2018 para aplicar una estrategia de intervención para mejorar la calidad de vida en los adultos mayores, aplicada en un consultorio médico en la Provincia de Pinar (Cuba) donde se utilizó una población de 223 adultos mayores, se reflejó en los resultados que la calidad de vida fue más alta es en las personas con pareja (48), considerando que el hecho de sentirse acompañado por su

cónyuge a una edad en la que los hijos ya no están en casa mejora incluso la salud mental que es muy importante es este grupo de edad.

En el año 2014 se realizó un estudio descriptivo, observacional, transversal con 48 ancianos solos residentes en el área de salud del Policlínico de Calabazar (La Habana), (50) con el objetivo de caracterizar biopsicosocialmente a los adultos mayores y a los ancianos solos y la técnica empleada fue una entrevista semiestructurada y escalas de depresión, en cuyos resultados predominó el sexo femenino 58,3% dentro del grupo de edad de 75-84 años (52,1%) y viudos el 48% en donde la gran mayoría reflejó depresión severa aumentada por vivir solos sobre todo aquellos que habían pedido a sus cónyuges, además la no existencia de redes de apoyo perjudicaban su calidad de vida, a diferencia del presente estudio en el que la población de adultos mayores están acompañados por sus respectivos cónyuges.

Una investigación publicada en el año 2016 mediante un estudio descriptivo, transversal no experimental con 25 adultos mayores mediante entrevista semiestructurada para caracterizar la calidad de vida y el apoyo social percibido en adultos mayores, el 50% de la población estudiada estaban dentro del grupo de adultos mayores casados (49), en donde los resultados reflejaron que la calidad de vida fue alta en aquellos adultos mayores casados, con núcleos de familias pequeñas y bigeneracionales y el apoyo social también fue alto predominando la familia como el principal generador de apoyo en este grupo de edad con el 70%.

Tabla 4. Distribución de adultos mayores según escolaridad y sexo. Consultorio 6. Centro de salud Sauces 3. Año 2021

Escolaridad	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	N	%	N	%	N	%
Primaria sin terminar	0	0,0%	4	6,0%	4	3,7%
Primaria terminada	0	0,0%	7	10,4%	7	6,4%
Secundaria terminada	10	23,8%	18	26,9%	28	25,7%
Bachillerato terminado	10	23,8%	24	35,8%	34	31,2%



Universitaria terminada	20	47,6%	13	19,4%	33	30,3%
Postgrado terminado	2	4,8%	1	1,5%	3	2,8%
Total	42	100,0%	67	100,0%	109	100,0%

El 30,3% de la población de adultos mayores han terminado la universidad predominando el sexo masculino con el 47,6% en comparación con el sexo femenino que presenta el 19,4%, sin embargo predomina un porcentaje más elevado de adultos mayores que han terminado el bachillerato con el 31,2% siendo las mujeres que sobresalen con el 35,8% vs hombres con el 23,8%, reflejándose que de estas cifras fueron los hombres quienes continuaron con sus estudios universitarios, lo que podría atribuirse que debido a que las mujeres cumplen el rol de madre y cuidados en el hogar y familia le impidieron seguir estudiando la carrera universitaria.

Un estudio publicado en el año 2020 sobre estrategia educativa para mejorar la calidad de vida del adulto mayor en la Provincia Pinar del Río con 294 adultos mayores, estudio de tipo descriptivo, transversal, longitudinal predominó el nivel de escolaridad primaria con un 50,4% (52), sin tener mayor relevancia al momento de la realización de la estrategia ya que para la implementación de la misma otras variables sobresalieron como por ejemplo el nivel de autoestima que a pesar de un nivel educativo bajo es importante a la hora de conseguir una mejor calidad de vida.

Albert Sánchez Niubo, doctor en Bioestadística y actualmente Investigador Post doctoral en la Fundación Sant Joan de Déu, pone en evidencia que un nivel educativo alto proporciona calidad de vida sobre todo en hábitos saludables que se acentúan a lo largo de la vida y que generan beneficios a la salud física y mental del adulto mayor (50), siendo importante y de mejor comprensión en este grupo de edad los beneficios de actividad física, actividades lúdicas, no consumo de tabaco y alcohol, sin embargo sugiere más estudios al respecto.

El año 2019 en la Universidad Católica de la Santísima concepción en Chile se diseñó un seminario taller como experiencia de aprendizaje en un ambiente Universitario para adultos mayores vulnerables de distintas comunidades, previo a un estudio descriptivo, transversal, tomando en cuenta a 20 adultos mayores cuya intervención se basó a temas del autocuidado y

uso de la tecnología para mantenerse informados con la finalidad de seguir obteniendo conocimientos y estudios que en estas edades ayuda a una mejor calidad de vida (51), los resultados obtenidos fueron que efectivamente los adultos mayores se mantuvieron más activos permitiendo disfrutar de actividades que favorecen su salud física y mental y de esta forma su calidad de vida a través de la entrega de conocimientos y sobre todo a la oportunidad de estar en una universidad, situación que repercute de manera positiva en la calidad de vida.

En el año 2019 se realizó una investigación en México de tipo descriptivo para analizar las oportunidades educativas a las que personas adultas mayores tienen acceso a través de un análisis en el contexto nacional e internacional con 11 documentos que respaldan a los adultos mayores en el ámbito de educación, el conjunto de documentos revisados abarcaron desde el año 1948 hasta el 2019, entre estos se encuentra La Primera Asamblea Mundial del Envejecimiento (1982) y su preocupación sobre el envejecimiento trazando aspectos de importancia de la educación en el autocuidado para el adulto mayor, la educación a lo largo de la vida sin discriminación considerando no solamente la alfabetización sino el nivel universitario, la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores (Diputados del Congreso de la Unión 2018) que otorga la autonomía y el derecho a la educación en todos los niveles (52), concluyendo que la educación es la oportunidad que tienen los adultos mayores para mantenerse activos física y mentalmente y seguirse sintiendo útiles en la sociedad.

Tabla 5. Distribución de la población de adultos mayores según auto identificación étnica y sexo. Consultorio 6. Centro de salud Sauces 3. Año 2021.

Etnia	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	N	%	N	%	N	%
Mestizo/a	34	81,0%	47	70,1%	81	74,3%
Blanco/a	6	14,3%	12	17,9%	18	16,5%

Afro ecuatoriano/a	1	2,4%	5	7,5%	6	5,5%
Mulato/a	1	2,4%	3	4,5%	4	3,7%
Total	42	100,0%	67	100,0%	109	100,0%

Predomina la etnia mestiza en el 74,3% de los adultos mayores de la población de estudio.

Con el objetivo de determinar la calidad de vida en adultos mayores mestizos e indígenas en el cantón Nabón (Cuenca), se realizó un estudio descriptivo transversal publicado en el año 2017 con 374 adultos mayores en edades comprendidas desde los 65 y 97 años de los cuales 150 fueron indígenas y 224 mestizos, aplicándose cuestionarios para calidad de vida e índice de Katz para valoración de funcionalidad cuyos resultados obtenidos fueron del 58,3% de adultos mayores con calidad de vida normal y solo el 11,5% es dependiente según el índice de Katz y de ellos la población más vulnerable según el estudio fue la indígena (53), considerando importante el grado de funcionalidad del adulto mayor para la calidad de vida del mismo incluyendo la esperanza de vida.

Mediante una investigación de campo de tipo descriptiva, transversal, se realizó un estudio en los pueblos indígenas Ecuatorianos en el año 2018, utilizando instrumentos como la observación y entrevistas a los grupos focales, para determinar la calidad de vida del adulto mayor en el sector indígena mediante el estudio de caso y además identificar factores que quebrantan la calidad de vida del adulto mayor cuyos resultados obtenidos en este grupo de adultos mayores son que el envejecer es igual a no poder trabajar con la misma capacidad que antes, se sienten aislados de las actividades comunitarias, ya no son escuchados y en el ámbito familiar no son considerados como consejeros y sabios y ya no es el que toma las decisiones y son relegados de actividades importantes afectando todo esto su calidad y esperanza de vida (54), en este sentido dichos aspectos afectan no solo la salud física sino también la salud mental que conlleva la no inclusión en el entorno social que normalmente estaban acostumbrados en sus años juveniles lo que afecta directamente la calidad de vida de los mismos.

Mediante un estudio descriptivo, transversal, cuantitativo utilizando 59 adultos mayores negros en el año 2019 en Brasil para determinar la capacidad funcional y esperanza de vida en negros Cimarrones ancianos y utilizando formularios sociodemográficos se obtuvieron como resultados que el a mayor independencia funcional es mejor la calidad de vida del adulto mayor de etnia negra, prevaleció el sexo masculino en edades entre 65-69 años con 52,5% (55), teniendo en cuenta además sus costumbres lo que hace más activos e independientes, situación que favorece el bienestar y calidad de vida en este grupo de edad y étnica aumentando su esperanza de vida también.

Tabla 6. Distribución de los adultos mayores según estado nutricional y sexo. Consultorio 6. Centro de salud Sauces 3. Año 2021.

Estado Nutricional	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	N	%	N	%	N	%
Sobrepeso	20	47,6%	30	44,8%	50	45,9%
Obesidad	17	40,5%	33	49,3%	50	45,9%
Normal	5	11,9%	4	6,0%	9	8,3%
Total	42	100,0%	67	100,0%	109	100,0%

El sobrepeso y la obesidad predominan en este grupo de edad con el 45,9% para cada uno de estos lo que podría atribuirse que por tiempos de pandemia y confinamiento se redujeron las actividades físicas que normalmente venían desarrollándose lo que los mantenía más activos y con un peso adecuado en algunos, sin embargo, la pandemia y el confinamiento pudo generar sedentarismo y malos hábitos alimentarios que pudieran ser motivo de estos resultados.

En una investigación realizada en la provincia de Valencia (España) se realizó una investigación para valorar el riesgo nutricional en adultos mayores no institucionalizados mediante un estudio descriptivo, transversal, con una muestra de 660 individuos llegando a la conclusión según datos sociodemográficos que quienes presentaban más riesgos nutricionales eran adultos mayores viudos de preferencia mujeres y no estudiados sin embargo

adultos mayores autónomos, que tienen movilidad para hacer varias actividades de ocio, socialización y cultural en centros sociales y que viven acompañados presentan menos riesgos nutricionales (56), lo que lleva a analizar la importancia de hacer seguimientos frecuentes a los adultos mayores solos ya que son más susceptibles a tener varios riesgos entre estos el nutricional sobre todo por falta de atención oportuna.

En el año 2015 otro estudio descriptivo, transversal realizado en Almería con 57 adultos mayores de 75 años para investigar el estado nutricional obtuvo como resultado que el 73,7% de los mismos presentaron un aceptable estado nutricional, mientras que el 22,8% presentaron malnutrición por déficit sobre todo los mayores de 90 años y mujeres (57), lo que se diferencia de esta investigación ya que la mayoría presentan malnutrición por exceso siendo necesario el diagnóstico precoz de malnutrición sea por exceso o déficit para prevenir complicaciones, reforzando en la atención primaria las metas para lograrlo.

Una investigación realizada en Perú en el año 2016 para determinar la malnutrición en adultos mayores institucionalizados en un asilo de Lima a través de un estudio descriptivo, transversal, con 60 adultos mayores, obtuvo resultados diferentes a esta investigación ya que existió malnutrición tanto por exceso como por déficit evidenciándose que el 22% presentaban bajo peso mientras que el 39% de las mujeres presentaron exceso de peso, mientras que el 23% de los hombres tenían tendencia al peso bajo (58), siendo indispensable desarrollar estrategias nutricionales y de calidad de vida para este grupo de adultos mayores que podría ser que por estar solos o sin sus familiares y poco activos en estos lugares tiendan a presentar estos resultados.

Tabla 7. Distribución de la población de adultos mayores según antecedentes de enfermedades crónicas no transmisibles y sexo. Consultorio 6. Centro de salud Sauces 3. Año 2021.

Enfermedades crónicas no transmisibles	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	N	%	N	%	N	%

Hipertensión arterial	19	45,2%	30	44,8%	49	45%
Diabetes	9	10,0%	11	16,4%	20	18,3%
Dislipidemia	4	9,5%	9	13,4%	13	11,9%
Hipertensión y Diabetes	6	14,3%	8	11,9%	14	12,8%
Aparentemente sano	2	4,8%	1	1,5%	3	2,8%
Otro	6	14,3%	10	14,9%	109	14,7%

El 45% de los adultos mayores presentan hipertensión arterial predominando el sexo masculino con el 45,2%, seguido de 18,3% de adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2 predominando el sexo femenino con el 16,4%, el 14,7% refiere presentar otro tipo de enfermedad crónica no transmisible en la que predominan las enfermedades osteoarticulares lo cual les impide mantener una vida activa lo que afecta a la calidad de vida de estos pacientes sobre todo en sexo femenino en donde predomina con el 14,9% y que podría atribuirse al descenso de estrógenos en la mujer en estas edades. En el año 2018 se publicó un estudio con resultados similares a esta investigación en cuanto a la prevalencia de la hipertensión arterial, se trata de un estudio descriptivo, transversal, retrospectivo con 348 adultos mayores con enfermedades crónicas no transmisibles en donde predominó la hipertensión arterial como enfermedad crónica más relevante en los adultos mayores de ambos sexos de esta población (59), siendo necesario analizar la importancia de cambiar los estilos de vida a saludables evitando la inactividad física y el sedentarismo que muchos adultos mayores en la actualidad se ven expuestos.

Durante el año 2016 se realizó un estudio descriptivo, transversal y retrospectivo con una muestra conformada de 2592 adultos mayores hipertensos para caracterizar clínica y epidemiológicamente la hipertensión arterial en adultos mayores, cuyas variables analizadas fueron edad, sexo, factores de riesgo, enfermedades crónicas no transmisibles agregadas y tipo de tratamiento obteniendo como resultado que el sexo femenino fue el que mayormente predominó con el 59,6%, el grupo de edad que predominó fue del 65 años y más con el 71,5%, tabaquismo como factor de riesgo en 48,8%

y enfermedad asociada en el 20,9% (60), lo que constituye un problema de salud para estas edades en las que coincide con otras investigaciones y por

lo que la intervención inmediata debe aplicarse para mejorar estilos de vida y mejorar la esperanza de vida.

Mediante una búsqueda bibliográfica de 726 documentos de los cuales se integró a 50 documentos de varias publicaciones Pubmed, Medline, se publicó en el año 2018 un estudio descriptivo de corte transversal para conocer la evidencia científica actual que existe sobre las enfermedades crónicas no transmisibles y calidad de vida en adultos mayores, los resultados evidenciaron que la hipertensión arterial tiene un predominio alto en el 55% para ambos sexos, seguido de diabetes con el 7,5% principalmente en hombres y además agregaron la osteoporosis con alta prevalencia en este grupo de edad siendo afectada su calidad de vida (61), por lo que es de vital importancia ir más allá de la enfermedad para hacer un manejo integral del adulto mayor y su familia y comunidad o entorno en el que se encuentra previniendo complicaciones de enfermedades de base y presencia de las mismas para aquellos que no la presenten.

Tabla 8. Distribución de adultos mayores según hábitos alimentarios y sexo. Consultorio 6. Centro de salud Sauces 3. Año 2021.

Hábitos alimentarios	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	N	%	N	%	N	%
No saludable	27	64,3%	42	62,7%	69	63,3%
Saludable	15	35,7%	25	37,3%	40	36,7%
Total	42	100,0%	67	100,0%	109	100,0%

Predominó el 63,3% con hábitos alimentarios no saludables siendo el sexo masculino con 64,3% el que mayormente prevalece y las mujeres con el 62,7% con hábitos no saludables, cifras que no se alejan mucho entre ambas sin embargo estos hábitos podrían atribuirse a la situación de la pandemia y confinamiento que provocaron hábitos alimentarios poco saludables y en los cuales los adultos mayores reflejan en su cuerpo ganancia de peso y en varios casos complicaciones de sus enfermedades de base.



Mediante un estudio cuantitativo descriptivo observacional y transversal en 183 adultos mayores activos de la ciudad de Chilán-Chile para determinar los estilos de vida en este grupo de edad, mediante la aplicación de un cuestionario para medir los estilos de vida llamado FANTASTICO (instrumento elaborado por el departamento de Medicina Familiar de la Universidad Máster de Canadá), además de cuestionarios basados en guías alimentarias (65), cuyos resultados obtenidos fueron que el 66% de los adultos mayores comían las 3 veces al día y el 34% consumía alimentos 4 veces al día por lo que predominó un estado nutricional y hábitos alimentarios normales tanto en hombres como en mujeres a diferencia a otras investigaciones incluida está en la que existe mayor predominio de adultos mayores con sobrepeso y obesidad.

Mediante un estudio de corte transversal, descriptivo, observacional realizado en Santiago de Chile con 458 adultos mayores en edades comprendidas entre 60 a 100 años, aplicando una encuesta estructurada de 23 preguntas sobre hábitos alimentarios (66), cuyos resultados obtenidos revelaron que menos de la mitad presentan hábitos de alimentación adecuada lo que coincide con los datos obtenidos en este estudio, además las mujeres se alimentan mejor que los hombres y que a mayor edad se observa una mejor alimentación en hombres.

La Universidad Nacional de Colombia publicó un artículo en el año 2014 según el Plan Nacional de seguridad Alimentaria y Nutricional enfatizando en la importancia de la promoción y protección de la nutrición y salud y fomento de estilos de vida (62), junto a las acciones de salud pública para mejorar la salud nutricional de este grupo vulnerable de pacientes a través de estrategias creadas en función de las mismas logrando cumplir con los objetivos y metas planteadas referentes a los hábitos alimentarios de los adultos mayores.

En provincia del Oro- Ecuador en el año 2020 se realizó una investigación descriptiva, observacional, transversal con 139 adultos mayores entre 65 y 75 años aplicando una encuesta, que tuvo en consideración la elaboración y mantenimiento de huertos familiares por adultos mayores que pusieron en práctica conocimientos adquiridos sobre cultura alimentaria, cuyos resultados obtenidos evidencian que las mujeres amas de casa con el 83,4% participaron más activamente que los hombres con el 16,5% y que fueron las que

obtuvieron mejor conocimiento en la importancia del consumo de alimentación saludable ya que son las que ejercen el rol del mantenimientos de alimentación en el hogar (63), lo que se podría tomar como referencia al momento de crear una estrategia para estilos de vida saludables en adultos mayores y la importancia del rol de la mujer en la misma.

A través de una revisión de varias literaturas a través de Pubmed, Science direct, Proquest mediante un estudio descriptivo, transversal, para identificar aspectos relevantes en la nutrición del adulto mayor, se encontraron 20 artículos destacando la importancia de la promoción de salud y la asesoría nutricional en los adultos mayores sin embargo ésta evidencia es aún débil, (64), por lo que destacan continua con más investigaciones que incluyan las necesidades las necesidades dietéticas específicas para crear hábitos saludables en el envejecimiento junto a conductas sociales, económicas y culturales con un abordaje más integral en el adulto mayor.

Tabla 9. Distribución de adultos mayores según sexo y nivel de actividad física. Consultorio 6. Centro de salud Sauces 3. Año 2021

Actividad física	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	N	%	N	%	N°	%
Inadecuada	32	76,2%	54	80,6%	86	78,9%
Adecuada	10	23,8%	13	19,4%	23	21,1%
Total	42	100,0%	67	100,0%	109	100,0%

El 78,9% de la población de adultos mayores no realizan actividad física y en un mayor porcentaje el sexo femenino con el 80,6% lo que podría atribuirse en cuanto al sexo femenino que por lo general las responsabilidades domésticas impiden realizar actividad física sin embargo la pandemia pudo haber sido un inconveniente aún mayor para dicha inactividad.

A través de un estudio descriptivo, observacional, transversal publicado en el año 2020 sobre los beneficios de la actividad física en espacios naturales para la salud de los adultos mayores, a través de una búsqueda en dos bases de datos Pubmed y Scielo de diciembre 2018 a febrero 2019 con 189 artículos,

se obtuvieron resultados muy interesantes en los que se evidenció que el adulto mayor prefiere el ejercicio en áreas verdes ya que lo identifica como conexión con la naturaleza, intervención con el entorno social y bienestar tanto mental como físico (65), este hallazgo demuestra una opción para elaboración de estrategias de intervención en estilos de vida saludables siendo una alternativa las áreas verdes para la práctica de actividad física.

A través de un artículo publicado en el año 2013 sobre la actividad física del adulto mayor en el medio natural se recalca que la naturaleza juega un papel muy importante en el adulto mayor en donde el cuerpo alma y mente se ven estimulados favorablemente para la salud de estas personas (66), sin embargo actualmente el impedimento de salir con libertad a recrearse en estos lugares se ha visto afectado por la pandemia, es preciso y muy importante retomar estas actividades tomando las debidas precauciones y medidas lo cual beneficiara y animara a este grupo de edad a seguir más resilientes ante la situación actual y que mejor manera de la cohesión con espacios naturales.

En el año 2020 se realiza una publicación posterior a la revisión de varias fuentes bibliográficas, a través de un estudio transversal, para valorar los beneficios de la actividad física en los adultos mayores, identificaron 110 fuentes bibliográficas a partir de base de datos de Scielo, Elsevier, Dialnet, encontrando entre ellos varios beneficios como el retraso del deterioro cognitivo a lo largo de la vida, disminuye la incidencia de depresión y ansiedad, disminuye la incidencia de enfermedades cardiovasculares, previene riesgos de sufrir caídas y fracturas, aumenta el sistema inmunológico entre otros (67), sin embargo a pesar de la información encontrada además coinciden en que es necesario un refuerzo en la promoción de salud inculcando la importancia de la actividad física en esta edad por todos los beneficios que presenta y el mejoramiento de la calidad de vida.

Mediante un estudio descriptivo, transversal y observacional realizado a 33 adultos mayores de centros de ancianos del área periurbana de Asunción para determinar la calidad de vida en este grupo de edad y utilizando la aplicación IPAQ para la evaluación de la actividad física (73), reportó que el 51,5% de ellos caminaba por al menos 15 minutos durante los 5 días a la semana y el 30,3% refirieron permanecer sentados al menos 7 horas al día,

evidenciando que el 93,9% no realiza actividad física adecuada lo que coincide con esta investigación al mantener actividad física inadecuada que con la pandemia se pudo haber intensificado aún más.

Tabla 10. Distribución de la población de adultos mayores según sexo y consumo de tabaco. Consultorio 6. Centro de salud Sauces 3. Año 2021.

Consumo de tabaco	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	N	%	N	%	N	%
No	21	50,0%	53	79,1%	74	67,9%
Si	21	50,0%	14	20,9%	35	32,1%
Total	42	100,0%	67	100,0%	109	100,0%

Se evidencia que esta población de adultos mayores no consume tabaco el 67,9%, reflejándose en las mujeres el no consumo del mismo con el 79,1%, lo que podría favorecer ya que la mayoría de esta población presentan enfermedades crónicas no transmisibles y si tuvieran el hábito del consumo de tabaco complicaría quizás más su salud por la enfermedad de base

En el año 2020 se publicó un estudio transversal, prospectivo, descriptivo con 1043 adultos mayores chilenos, con el fin de determinar el tabaquismo aún los adultos mayores y la limitación para un envejecimiento saludable, encontrándose que hubo una prevalencia de consumo con el 83,1% que fuman diariamente y dentro de estos el mayor subgrupo de edad que consume es entre los 65-69 años y de los cuales el 72,6% reveló la intención de querer dejarlo (68), siendo necesario un abordaje más amplio por parte de los profesionales de salud en promoción de salud para fortalecer los conocimientos de las consecuencias atribuidas por el consumo del mismo.

Según el Centro de Control y Prevención de Enfermedades (CDC), en una publicación registrada en el año 2020 reporta que cada año existen aproximadamente 300000 muertes vinculadas por el cigarrillo entre las personas mayores de 65 años y que después de esta edad aquellos que dejan de fumar podrían agregarle 2 o 3 años más a su esperanza de vida, además registra que en el 2027 8 de cada 100 adultos mayores tenían el

hábito de fumar cigarrillos aumentando también riesgos cardiovasculares y cáncer (68), lo que lleva a analizar que independiente de estas cifras es necesario hacer crear consciencia a esa mínima parte de adultos mayores que siguen dependientes del consumo de cigarrillo sin la intención de dejarlo a pesar de la edad.

A través de una investigación publicada en el año 2017, para determinar el riesgo de enfermedades cardiovasculares en ancianos mediante los registros de hábitos de vida, factores sociodemográficos y clínicos se realizó un estudio descriptivo, transversal, prospectivo, observacional a 100 ancianos en el noroeste de Brasil, en cuyos resultados se evidenciaron que el 50% eran fumadores y de éstos predominaron el sexo femenino con el 80% con una edad media de 70 años y sin compañeros en el 54% , además prevalecían entre el total de adultos mayores enfermedades crónicas de base y falta de actividad física (70), siendo necesario la educación en salud y factores de riesgo cardiovasculares que mayormente predomina en aquellos adultos mayores que presentan el hábito de fumar cigarrillos entre otros factores.

Tabla 11. Distribución de los adultos mayores según horas de sueño y sexo. Consultorio 6. Centro de salud Sauces 3. Año 2021.

Horas de sueño	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	N	%	N	%	N	%
Adecuada	19	45,2%	44	65,7%	63	57,8%
Inadecuado	23	54,8%	23	34,3%	46	42,2%
Total	42	100,0%	67	100,0%	109	100,0%

Se evidencia el 57,8% que presentan horas de sueño adecuada, siendo el sexo femenino que predomina con el 65,7% lo que podría atribuirse a las actividades propias del hogar que por lo general pueden dejarlas agotadas permitiéndoles conciliar el sueño con más facilidad y cubrir las horas adecuadas para la edad.

Un artículo publicado en el año 2017 de un estudio realizado en la ciudad de Esmeraldas –Ecuador para determinar la calidad de sueño y descanso en

adultos mayores a través de un estudio descriptivo, transversal, prospectivo con 50 adultos mayores, los resultados reflejaron que el 56% de adultos mayores duerme entre 1-4 horas, 35% de 5 a 7 horas y apenas el 9% entre 7-8 horas considerando como causa principal de la falta de sueño adecuado al estrés en el 78% y ruido al 71% (71), siendo el sexo femenino que el presentó mayor porcentaje de horas inadecuadas de sueño lo que diferencia de éste estudio siendo las mujeres las que mayormente presentan horas adecuadas de sueño.

Otro artículo publicado en el año 2016 mediante un estudio descriptivo, observacional y transversal hace referencia a sueño saludable con evidencias y guías de actuación refiere que en España solo el 24,3% de los adultos mayores presentan problemas de sueño y que dentro de este grupo atribuyen al sexo femenino, ausencia de cónyuge y enfermedad de base para presentar horas de sueño inadecuadas atribuyendo también a los programas televisivos de mayor audiencia que se transmiten en altas horas de la noche lo que podría estar provocando la falta de sueño (69), considerando la importancia de más estudios al respecto, como podemos observar este estudio también difiere del presente en cuanto al sexo femenino con mayor prevalencia de problemas de sueño.

Mediante un estudio descriptivo, transversal, cuantitativo, realizado del año 2016 al 2018 con 156 adultos mayores utilizando instrumentos como cuestionarios para determinar la duración del sueño nocturno y desempeño cognitivo de adultos mayores en una comunidad de Sao Paulo-Brasil, los resultados evidenciados refirieron que el 58% registró una buena calidad de sueño mientras que el 20% la registro como mala, dentro de los que tenían una buena calidad de sueño en horas adecuadas se agrupaban en las edades de 60-69 años y mientras más edad las horas adecuadas de sueño se iban modificando, todos los adultos mayores presentaron un buen rendimiento cognitivo (73),

Tabla 12. Distribución de los adultos mayores según el conocimiento de estilos de vida saludables y sexo. Consultorio 6, Centro de Salud Sauces 3. Año 2021.

Conocimiento de estilos de vida saludable	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	N°	%	N°	%	N°	%
No conoce	38	90,5%	54	80,6%	92	84,4%
Conoce	4	9,5%	13	19,4%	17	15,6%
Total	42	100,0%	67	100,0%	109	100,0%

Un alto porcentaje de la población de adultos mayores refiere no conocer los estilos de vida saludable con el 84,4% de los cuales el sexo masculino es el que mayormente predomina en la falta de conocimiento del mismo con el 90,5% lo que podría atribuirse al desinterés en el tema debido a falta de motivación e información con temas al respecto.

La OMS manifestó en el año 2018 que el mantenimiento de buenos hábitos saludables en la vejez es de vital importancia para retrasar la dependencia, revertir la fragilidad y evitar el deterioro cognitivo, por ello motiva a los profesionales de la salud para que intervengan en acciones de enseñanzas sobre estilos de vida saludables en este grupo de personas y que se lleven a cabo los mayores esfuerzos para poner en práctica los conocimientos adquiridos (33), de esta manera se ayudará a impulsar el envejecimiento saludable coordinado con políticas de estado y reforzamiento en la atención primaria para que este grupo de edad, aparte de poner en práctica los conocimientos que vayan adquiriendo de estilos de vida saludables a través de implementación de estrategias, sean capaces de mantener su autonomía. En el año 2016 mediante un estudio transversal, prospectivo, descriptivo utilizando a 36 adultos mayores mediante instrumentos como cuestionarios y encuestas tanto ya establecidas como elaboradas por el investigador para valorar el grado de conocimiento de estilos de vida saludables en adultos mayores, obteniendo resultados de falta de conocimiento sin embargo con una importante tendencia a mejorar varios hábitos de vida y tener expectativas de esperanza de vida más alta (38), siendo imprescindible la motivación constante con el respectivo seguimiento para que se lleven a cabo actividades de las estrategias diseñadas con este fin.

En el año 2017 se publicó un estudio descriptivo, transversal, prospectivo utilizando a 183 adultos mayores con el fin de determinar hábitos alimentarios, estado nutricional y estilos de vida en adultos mayores activos de la ciudad de Chillán-Chile, se utilizaron varios instrumentos entre esos el cuestionario basado en guías alimentarias del MSP, los resultados obtenidos fueron favorables, la mayor parte de los adultos mayores en estudio refirió tener hábitos de alimentación adecuados, por ejemplo el 97% prepara los alimentos cocidos o al horno mientras que el 3% lo consume frito, el 93% refirió realizar alguna actividad como yoga, bailar, caminar al menos 30 minutos diarios y en general el 96% presentó estilos de vida bueno y muy bueno (74), siendo este grupo de estudio activo y con gran participación social con la comunidad se pensaría que es un factor protector el hecho de que se mantengan socialmente activos para que se motiven a tener estilos de vida saludables.

Tabla 13. Distribución de los adultos mayores según preferencia de técnica educativa sobre estilos de vida saludables. Consultorio 6 Centro de salud Sauces 3. Año 2021.

Preferencia del tipo de actividad educativa	N	%
Demostraciones	31	28,4%
Charlas	30	27,5%
Talleres	25	22,9%
Videoconferencias	22	20,2%
Otra	1	0,9%
Total	109	100,0%

La mayor parte de adultos mayores prefieren las demostraciones como técnica de actividades educativas con el 28,4% seguida de charlas con el 27,5%, mediante estos resultados se considera que podría ser favorable este tipo de técnica en la mejor retentiva al momento que animar para mantener estilos de vida saludables.

En el año 2017 se hizo la publicación de un estudio cualitativo, descriptivo, observacional, con la participación de 121 adultos mayores en edades comprendidas entre 65-90 años, con el fin de diseñar una estrategia



educativa para promover hábitos saludables en adultos mayores con hipertensión arterial en el municipio de Sopó Colombia, alrededor del 60% asistían a un centro de día dos veces a la semana y se realizaban actividades demostrativas de platos saludables, actividades físicas más favorables para ellos, bailes, etc., (35) , llegando a la conclusión que existió mayor adherencia y motivación para adoptar estilos de vida saludables con dichas técnicas y algo muy importante es que comparten en sus hogares lo aprendido motivando también a sus familiares a adoptar los mismos hábitos al velos con una mejor actitud.

Existen varias formas innovadoras para transmitir mensajes con el fin de motivar a estilos de vida saludables, el uso de Tecnologías de Información y Comunicación (Tics), constituye una herramienta adecuada para este fin, según un estudio publicado en el año 2020 en los que se realizó una búsqueda de evidencias en publicaciones de artículos en los que se utilizaron base de datos Medline, Scielo, Dialnet, Science Direct durante los años 2010- 2019 en donde se evidenció que videos obtenidos de Youtube para implementar debate entre los adultos mayores sobre estilos de vida saludables en Brasil, generó cambios conductuales en hábitos de alimentación y relaciones sociales (75) , siendo una técnica importante a tener en cuenta sobre todo en estos tiempos donde estas herramientas están al alcance de todos y los adultos mayores no dejan de ser la excepción.

Otra técnica educativa excelente para la promoción de estilos de vida saludables en adultos mayores en un estudio publicado en el año 2018 fue la implementación de talleres de risoterapias para el bienestar psicológico, en donde un grupo de 57 adultos mayores se reunían semanalmente por 3 horas en 4 semanas, estimulando la risa de manera espontánea mediante expresión corporal y técnicas de comunicación, mejorando favorablemente la calidad de vida en este grupo de adultos mayores (82), lo que demuestra que es importante la participación activa y presencial para llevarse a cabo estas estrategias motivando el cambio en cada momento, siendo la demostración una de las mejores técnicas para el aprendizaje y motivación en la aplicación de las mismas.

Tabla 14. Distribución de la población de adultos mayores según la frecuencia con que desean recibir las actividades educativas. Consultorio 6. Centro de Salud Sauces 3. Año 2021.

Frecuencia de actividades	N°	%
Una vez a la semana	59	54,1%
Una vez al mes	34	31,2%
Dos veces a la semana	16	14,7%
Total	109	100,0%

La mayor parte de la población de adultos mayores prefieren que se realice las actividades educativas cada semana con el 54,1%, lo que podría ser beneficiosos ya que mientras más contacto con ellos a través de las actividades mejor se podrá motivar para que se mantengan activos y obtengan un mejor conocimiento para aplicación de lo aprendido.

En el año 2018 el Ministerio de Inclusión Social del Ecuador elaboró un proyecto socioeducativo para personas adultas mayores con la finalidad de mejoras el bienestar físico, mental y emocional y por ende la calidad de vida en estos pacientes, con metas ente ellas realización de actividades frecuentes semanales y mensuales cuyo seguimiento demostró muchos avances individuales y grupales (76), lo que lleva a analizar la importancia de verificar los logros obtenidos a través de la evaluación frecuente de las actividades que se realizan para cumplir con los objetivos de cambios en el estilo de vida del adulto mayor y mientras más seguido sea, es decir semanal o mensual mejores resultados se obtendrán.

En un estudio descriptivo, transversal, publicado en el año 2018 referente a estrategia educativa en adultos mayores con diabetes tipo 2 en donde intervinieron 123 personas adultas mayores (77) se evidenció que mediante la participación activa de actividades educativas con una frecuencia semanal y quincenal motivaron a este grupo de personas a realizar cambios en sus estilos de vida fijando muchos compromisos, lo que favorece futuras estrategias para la implementación en la atención primaria de salud.

Mediante un estudio descriptivo, cuantitativo, transversal en el que participaron 178 adultos mayores y con la aplicación de cuestionarios para

determinar el nivel de actividad física en el adulto mayor y la frecuencia en la que prefieren realizarla, obtuvo entre sus resultados que presentaron un alto nivel de actividad física diaria en donde intervienen también actividades doméstica y de desplazamiento, el 60,7% realizaba caminatas diarias de 30 minutos lo que favorecía el bienestar físico, emocional y social, además el 50,6% realizaban actividades recreativas semanales (78), se puede apreciar en este estudio que mientras más frecuente se realicen las actividades educativas para la motivación en la aplicación mejor será la adherencia para cambios en los estilos de vida.

Tabla 15. Distribución de la población de adultos mayores según horario en los que desean recibir las actividades educativas. Consultorio 6. Centro de Salud Sauces 3. Año 2021.

Horario de actividades educativas	N°	%
Mañana	82	75,2%
Tarde	27	24,8%
Total	109	100,0%

El 75,2% prefirió que sean las mañanas las que se utilicen para realizar las actividades educativas ya que es donde se mantienen con mejor predisposición para aprender y relacionarse con el entorno social.

Un artículo publicado en el año 2013 (54) que hace referencia a la actividad física del adulto mayor en medios naturales destaca la importancia de ésta para el mejor contacto con el entorno además menciona que las primeras horas de la mañana son indispensables para la realización de la misma ya que les permitirá a los adultos mayores mayor predisposición para estar más activos.

Los adultos mayores necesitan de una vida activa para mejorar sus calidad de vida y con ello la esperanza de vida, según un artículo publicado en el año 2015 por profesionales en la educación física en adultos mayores en donde desarrollaron un tipo de investigación descriptiva, transversal, observacional, cuantitativa con 50 adultos mayores utilizando instrumentos como cuestionarios y test de WHOQOL-100 (calidad de vida del adulto

mayor), cuestionarios para valorar condición física (según test fitness batería Senior) (79), para valorar la actividad física recreativa en el adulto mayor tomando en cuenta además los horarios en los que mayormente le favorece realizar las mismas se obtuvo como resultado que la mayor parte de ellos utilizan las tempranas horas del día antes de comenzar sus actividades cotidianas refiriendo que mejora además el ánimo, siendo importante seguir motivando con la adecuada educación en salud y bienestar que a la vez llevara a un mejor envejecimiento con esperanza de vida más amplia y saludable.

Mediante un estudio descriptivo, cualitativo, transversal, observacional en el que participaron 30 adultos mayores de un centro geriátrico utilizando como instrumento 5 preguntas semiestructuradas para determinar la satisfacción de ellos en estos centros diurnos (80), llegaron a la conclusión que son enormes los beneficios encontrados que mejoran la funcionalidad física, adherencia al entorno social, llevando a analizar la importancia que representa poder tener centros diurnos con el personal capacitado para trabajar en promoción de estilos de vida saludables en este grupo de edad

Tabla 16. Distribución de la población de adultos mayores según la disponibilidad de tiempo para recibir las actividades educativas. Consultorio 6. Centro de Salud Sauces 3. Año 2021.

Duración de actividades educativas	N	%
30 minutos	54	49,5%
60 minutos	45	41,3%
15 minutos	10	9,2%
Total	109	100,0%

El 49,5% de la población de adultos mayores refieren que presentan una disponibilidad para participar en las actividades de 30 minutos mientras que el 41,3% prefieren en 60 minutos, siendo una diferencia no tan amplia se podría ajustar los tiempos de acuerdo a los tipos de actividades que se

organicen en donde se requieran de más de media hora se las podría extender a una hora con previa autorización de los participantes.

Una investigación publicada en el año 2018 realizada a 30 adultos mayores de un centro diurno a través de un estudio descriptivo, transversal, utilizando como instrumento encuestas para determinar la satisfacción del centro geriátrico diurno (81), reflejando dentro de estas preguntas el tiempo de preferencia para actividades dentro del mismo coincidieron en que 1 hora es adecuada para interactuar en dichas actividades refiriendo además que mientras más tiempo social tengan mejor será su condición o motivación para la asistencia frecuente.

Un artículo publicado en el año 2013 donde hace referencia a la importancia de actividades recreativas para los adultos mayores en ambientes naturales para el beneficio de su salud mental indica que entre 30 a 60 minutos es un tiempo óptimo para conseguir el adecuado bienestar en este grupo de edad (66) , lo que es importante para que se generen estrategias considerando estos tiempos en las actividades a realizar.

Mediante un estudio descriptivo, transversal, observacional, aplicado a 123 personas adultas mayores para promover estrategias educativas en diabéticos tipo 2 (77), refirió la importancia de permanecer en contacto con adultos mayores en el mayor tiempo posible tanto en horas como en las frecuencias semanales y que las actividades educativas resultan más efectivas al realizarlas semanalmente y en un tiempo de 45 minutos a 1 hora.

Tabla 17. Distribución de la población de adultos mayores según lugar en los que desean que se desarrollen las actividades educativas: Consultorio 6. Centro de Salud Sauces 3. Año 2021.

Lugar de actividades educativas	N°	%
Comunidad	77	70,6%
Centro de salud	18	16,5%
Casa comunal	13	11,9%
Otro	1	9,0%
Total	109	100,0%

Predominó un gran porcentaje (70,6%), de adultos mayores que prefieren que todas las actividades educativas se realicen en lugares abiertos y de recreación como parques que se encuentran en la comunidad, lo que hace favorable para una mejor interacción con el entorno ambiental y que es de gran beneficio para el mejor desenvolvimiento de este grupo de edad y que probablemente se dificultaría si hubiera que coordinar reuniones lejos de sus domicilios.

Según un artículo publicado en el año 2020 en una revista de la ciudad de Monterrey México (82), refiere que las personas adultas mayores que interactúan en su comunidad, están más predispuestos a relacionarse mejor entre ellos, a conocerse más, creando vínculos más fuertes y de ayuda lo que les permite también ser más independientes mejorando su salud y bienestar manteniendo activos el cuerpo y la mente y un buen estado emocional.

Mediante una investigación publicada en el año 2016 en Chile se obtuvieron resultados similares al presente estudio, intervinieron 181 adultos mayores a través de un estudio descriptivo, transversal observacional para determinar las necesidades en comunicación en salud preventiva utilizando encuestas con preguntas semiestructuradas para determinar un lugar para llevar a cabo actividades de promoción de salud se evidenciaron resultados donde el 87,3% de los adultos mayores refiere tener socialización con vecinos de su comunidad en diferentes actividades que realizan por el sector cercanos a sus domicilios (83), lo que les permite escoger la comunidad para la realización de los mismos ya que se apreció una mayor interacción entre ellos sin tener que movilizarse a lugares más lejanos para mantener actividades que les permitan mejorar su calidad de vida.

A través de un estudio descriptivo, transversal, observacional, con 194 adultos mayores para determinar el diagnóstico de necesidades educativas para el envejecimiento activo en una comunidad de Cuba, utilizando encuestas y observación se evidenció la poca participación en la comunidad cuando se realizaban actividades de promoción de salud por las creencias que existen de que en estas edades los tiempos de descanso y ocio deben sobresalir ya que culminan las posibilidades de participación y toma de decisiones (84), lo que llevó a la conclusión de fortalecer la participación comunitaria activa de los adultos mayores para cambiar sus hábitos e incluir

a sus familiares para una mejor comprensión de la calidad de vida que se le debe brindar a este grupo de edades.

Tabla 18. Distribución de la actividad de adultos mayores según el número de personas con las cuales desean recibir las actividades educativas.

Consultorio 6. Centro de Salud Sauces 3. Año 2021.

Grupo de personas para actividades educativas	N	%
6-10 personas	49	45,0%
1-5 personas	45	41,3%
11-15 personas	15	13,8%
Total	109	100,0%

Como nos muestra la tabla el 45% de los adultos mayores prefieren que sean hasta de 10 personas los grupos para conformar las actividades educativas y que probablemente es una ventaja que se realicen en grupos reducidos siendo un número aceptable, ya que las situaciones actuales por la pandemia no serán convenientes más personas y a la vez se tomarán en cuenta mejores los cuidados de protección en bioseguridad para evitar contagios por pandemia.

En el Ecuador a raíz de la pandemia por la Covid 19 en el año 2020 el Ministerio de Salud Pública (MSP), se enfocó en fortalecer y garantizar el acceso equitativo para la prevención y apoyo en todos los ámbitos para beneficio de los adultos mayores (85), la gran mayoría se vieron afectados ya que sus actividades de contacto con el entorno social y accesibilidad a programas de promoción en la salud pública se vio paralizada lo que terminó afectando no solo la salud física de ellos sino también su salud mental, lo que hizo además que se desarrollaran normas nacionales para el manejo de personas adultas mayores en centros de cuidados prolongados y así trabajar de manera más individualizada impidiendo actividades para la adecuada interrelación, sin embargo a medida que se fueron flexibilizando las medidas adoptadas por la pandemia y con el avance de la vacunación en adultos mayores poco a poco se es posible crear espacios para el desarrollo de actividades de promoción de salud y estilos de vida con grupos pequeños de

ellos e incorporarlos nuevamente al entorno social y mejorar su calidad de vida en medio de la todavía preocupante situación mundial.

En el año 2016 un estudio descriptivo, transversal, observacional, realizado en Cuba para determinar la calidad de vida y el apoyo social percibido en los adultos mayores (81), refleja el impacto positivo en la salud del anciano a través de la integración y participación comunitaria en este grupo de edad con el manejo de grupos de personas organizadas para actividades de promoción de salud para mejorar la calidad de vida, además involucrar a sus familiares ha sido una gran ventaja para dicho propósito en todas las actividades comunitarias.

Un artículo publicado en el año 2020 hace referencia a los adultos mayores que interactúan en la comunidad mediante actividades recreativas y sociales a través de la intervención de actividades educativas dirigidas a ellos son más motivados a mantener hábitos saludables (86) y los grupos de personas que se forman son necesarias para cumplir con dichos objetivos.



## 7 CONCLUSIONES

De acuerdo a las variables biosociodemográficas predominaron el sexo femenino, jubilados, escolaridad bachillerato terminado, estado civil casados, auto identificación étnica mestiza, estado nutricional sobrepeso y obesidad predominan y la hipertensión arterial dentro de las ECNT.

Los hábitos de alimentación no saludables predominaron siendo más altos en el sexo masculino, el nivel de actividad física es inadecuado sobre todo en el sexo femenino, un dato importante es que en esta población no predominó el consumo de tabaco, las horas de sueño son adecuadas para la edad.

Predominó la falta de conocimiento de los estilos de vida saludables en lo que se refiere a alimentos saludables, beneficios de la actividad física, horas adecuadas de sueño, consecuencias del consumo de tabaco.

Entre los componentes para el diseño de la estrategia educativa para promover estilos de vida saludables que predominaron fueron las demostraciones, una vez a la semana, en horario de la mañana con una duración de 30 minutos, en la comunidad y con un grupo entre 6-10 personas.

## 8 VALORACIÓN CRÍTICA DE LA INVESTIGACIÓN

Es evidente el desconocimiento que existe sobre los estilos de vida saludables en la población de adultos mayores en esta investigación, cuyas prácticas sobre todo la actividad física se ha convertido en una limitación por los tiempos en los que estamos en la actualidad y que enfrentamos muchos desafíos debido a la pandemia en donde la población de adultos mayores ha sido una de las más vulnerables prefiriendo permanecer dentro de sus hogares, tomando en cuenta que en épocas anteriores utilizaban los parques del sector para utilizar un tiempo favorable a realizar algún tipo de actividad física, la misma situación que ha afectado a los hábitos de alimentación de muchos adultos mayores que por motivos de confinamiento por la pandemia su alimentación se afectó con malos hábitos lo que se refleja en un gran porcentaje de sobrepeso y obesidad que presentan, sin embargo, existe una ventaja en cuanto al consumo de tabaco ya que la mayoría no lo consume y que como sabemos este es un factor de riesgo para enfermedades cardiovasculares pero la falta de consumo es muy favorable para evitar complicaciones de su patología de base como la hipertensión arterial que la mayoría lo presentan, otro dato importante en cuanto a las horas adecuadas de sueño que refieren tener, llevando a analizar que contribuyen factores protectores que podrán intervenir favorablemente para cambiar los otros estilos de vida no saludables y por lo que habrá motivación al momento de informar que existen otras opciones que se pueden poner en práctica para mejorar la salud a pesar de los desafíos por la situación de la pandemia que actualmente se convierte en una situación preocupante por la vulnerabilidad del grupo de edad con los que se trabaja en esta investigación, sin embargo gracias al advenimiento de las vacunas y que la mayor parte de adultos mayores se encuentran vacunados es un beneficio al momento de elaborar estrategias educativas planteada, para la aplicación de las mismas.

## Referencias

1. Organización Mundial de la Salud O. Envejecimiento y ciclo de vida. OMS [internet]. Febrero 2018 [citado 20,enero,2020].
2. Guerrero N, Yépez C. Factores asociados a la vulnerabilidad del adulto mayor con alteraciones de salud. Rev Univ.salud. 2015; 17(1).
3. Ministerio de inclusión social y económica M. Adulto mayor. Gobierno del Ecuador; 2017.
4. Organización Mundial de la Salud O. Envejecimiento y salud[internet]. Nota descriptiva No 404. ; 2015[citado 2020].
5. Cuzco Telo L. Propuesta de estrategia de intervención educativa ara modificar factores de riesgo de hipertensión arterial en adultos jóvenes. Consultorio médico 11. Centro de salud Pascules 2015. Tesis de postgrado [internet]. 2017 [citado 2020].
6. Ministerio de Inclusión Política y Social. Población adulto mayor. Gobierno del Ecuador [internet]; 2015 [citado 2020].
7. Villafuerte Reinante J, Alonso V. El bienestar y la calidad del adulto mayor, un reto para la población intersectorial. Medisur [internet]. 2017 [citado 2020]; 15(1): p. 85-96.
8. Organización Mundial de la salud O. La salud es un derecho humano fundamental [internet]. ; 2017. [citado enero 2020].
9. Biblioteca nacional de medicina EEUU. Cambios en órganos , tejidos y células por el envejecimiento. Medline [internet]. 2019 [citado 2020].
10. Organizacion Mundial de la Salud O. Informe mundial sobre envejecimiento y salud [internet]. ; 2015 [citado en 2020].
11. Organización Mundial de la Salud O. Informe Mundial sobre envejecimiento y ciclo de vida [internet]. ; 2020 [citado julio, 2020].
12. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Guías clínicas gerontogeríatras de atención primaria de salud ara el adulto mayor.[internet]. MSP; 2010 [citado julio 2020].

13. Organización Mundial de la Salud O. La salud mental y los adultos mayores [internet]. ; 2017 [citado 2020,Agosto].
14. Res Rastrello M, Bosquet M, Burgos Lumas C, Cartello Pastor A. Nutrición en salud pública. Manuel docente de la escuela nacional de sanidad [internet]. 2017 [citado 2020 agosto].
15. Álvarez Sintés R. Estilo de vida. In Álvarez Sintés R. Medicina general integral. Salud y medicina [internet]. La Habana: Ciencias médicas; 2014 [citado 2020, agosto]. p. 118-120.
16. Cedeño Morales R, Castellanos Gonzáles M, Benet Rodríguez M, Mora Hernández C. Indicadores antropométricos para determinar la obesidad y sus relaciones con el riesgo cardiometabólico: cifras alarmantes. Rev. Finlay [internet]. 2015 [Citado 2020 agosto]; 5(1): p. 12-23.
17. Biblioteca nacional de los EEUU. Índice de masa corporal. Medlineplus. [internet]. 2020 [citado 2020 agosto].
18. Oleas Galeas M, Barahona A. Índice de masa corporal y porcentaje de grasa en adultos indígenas ecuatorianos Awá. Alan [internet]. 2017 [citado 2020, agosto]; 67(1): p. 42-48.
19. Castillo P. Condiciones y estilos de vida.. 2015..
20. Barrón V, Rodríguez A, Chavarría P. Hábitos alimentarios, estado nutricional y estilos de vida en adultos mayores activos de la ciudad de Chillán, Chile. Rev Chil Nutr. 2017; 44(1).
21. Ramírez Mercado SP, Borja Angla GM. Hábitos alimentarios y calidad de vida en adultos mayores de dos casas de. Tesis Profesional de Enfermería. Lima: Universidad Peruana Unión, Facultad de Ciencias de la Salud; 2017.
22. Vargas V. cuidum. [Online].; 2019 [cited 2020 agosto 20. Available from: <https://www.cuidum.com/blog/alimentacion-envejecimiento/>.
23. Instituto Nacional sobre el Envejecimiento. Vivir Mejor la Tercera Edad. Guías alimentarias. , Departamento de Agricultura de

los Estados (USDA) y Departamento de Salud y Servicios Humanos; 2017.

24. Cepero Pérez I, González García M, González García O, Conde Cueto T. Trastornos del sueño en adulto mayor. Actualización diagnóstica y terapéutica. *Medisur*. 2020; 18(1).
25. Organización Panamericana de la Salud. Insomnio. Parte II. In *Guía de Diagnóstico y Manejo* [internet]. p. 23.
26. Cuellar Álvarez J, Fuentes Martínez Z, Rodríguez Méndez L, Iglesias López P. Riesgo tabáquico en adultos mayores desde la consulta de cesación. *GerolInfo*. 2017; 12(2).
27. Kalache A, Keller I. El envejecimiento de la población. Un reto global y una realización integral. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2001; 36(53): p. 13-15.
28. Touriñán L. Intervención educativa, pedagógica y educación: La mirada pedagógica. *Rev. Port.* [internet]. 2011. [citado 2020, agosto].
29. Quillas Benítez R, Vásquez Valencia C, Cuba Fuentes M. Promoción de cambios de comportamiento hacia estilos de vida saludables en la consulta ambulatoria. *Acta med.* [internet]. 2017 [Citado 2020]; 34(2): p. 126-131.
30. Menor R, Aguilar C, Santana M. Efectividad de las intervenciones educativas para la atención de salud. Revisión sistemática. *Medisur*. [internet]. 2017. [citado en agosto 2020]; 15(1): p. 71-84.
31. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Adulto mayor. Modelo de atención integral de salud-MAIS [internet]. ; 2012 [citado 2020, agosto].
32. Calpa Pasta A, Álvarez Bravo M, Santacruz Bolaños E. Promoción de estilos de vida saludable: Estrategias y escenario. *Rev. promoción salud* [internet]. 2020 [citado agosto 2020]; 24(2): p. 139-155.
33. Salimina Neira , Elumalaia G, Shahrila M. The effectiveness of 8 weeks physical activity program among obese students. *Procedia*

- soc behav sci. [internet]. 2015 [citado 2020, agosto]; 195(24): p. 1246-1254.
34. Azcuy Aguilera L, Valdez Hernandez V, Camellón Pérez A. Intervención educativa comunitaria para un envejecimiento activo y con calidad de vida. Edumecentro [internet]. 2021 [citado 2021]; 13(3).
  35. Troncoso Pantoja C DMXMPM. Revisión de estrategias para promover el envejecimiento activo en Iberoamérica. Medisur[internet]. 2020[citado 2021, Julio]; 18(5): p. 899-906.
  36. Maria Trinidad Garcia Valdez. Diego Sanches RP. Enero 2019; 34(1).
  37. Arévalo Avecillas , D, Padilla Lozano. Predictores de la calidad de vida subjetiva en adultos mayores de zonas urbanas y rurales de la provincia del Guayas, Ecuador. Rev. La ser. [internet]. 2019 [citado 2020, agosto]; 30(5).
  38. Murillo C, Ureña B. Personas adultas mayores como líderes transformadores de la subcultura del centro diurno por medio de la actividad física. Rev. electrónica educare [internet]. 2016 [citado 2020, agosto]; 20(1).
  39. Zullich K, Figar S, Visus V, Pace N. Ambiente laboral saludable hospitalario: intervenciones con participación social para la adopción de hábitos saludables. Rev. Argent. Salud Pública [internet]. 2015 [citado 2020, agosto]; 6(25): p. 25-31.
  40. Dirección de servicios sociales. Estrategia Vasca de envejecimiento activo 2015-2020. Servicio central de publicaciones del gobierno Vasco [internet]; 2015 [citado 2020, agosto].
  41. Solis Rivero G. Salud integral y derechos del adulto mayor. Estudio en la comunidad de Maluay- El Valle. Anales. Rev. Univer. Cuenca [internet]. 2015 [Citado 2020, agosto];: p. 179-188.
  42. Robles A, Rodriguez M. ¿ Quiénes son y donde están los adultos mayores? Informe del estado de situación de la persona adulta mayor en Costa Rica. ; 2008.

43. Bravo Hernandez N, Noa Garbey M, Gomez Lloga T, Soto Martinez J. Repercusión del envejecimiento en la calidad de vida de los adultos mayores. Rev. Inf. Cient. [internet]. 2018 [citado 2021, jun 24]; 97(3).
44. Fragala M, Cadore E, Izquierdo M. Entrenamiento de fuerza ara adultos mayores. Revista de Educ. Físic. [internet]. 2019[citado 2021, Jun 24]; 1(4).
45. Gonzalez Cerezales L, DE Rosendo Celeino I. Ocupaciones de ocio, calidad de vida y envejecimiento activo; un análisis desde las perpsepcciones de cuidadores mayores autónomos. TGOA Coruña [internet]. 2017 [citado 2021, Jun 24]; 15(27): p. 10.
46. Román Sanchez Y, Montoya Arce B, Robles Linares S. LOs adultos mayores y su retiro del mercado laboral en México. Facultad de Ciencias sociales y económicas de la Universidad del Valle [internet]. 2019 [citado 2021, Jun 24].
47. Sahagún Padilla MA, Hermosillo de la Torre AE. La jubilación, hitode la vejez: Revisión de aproximaciones psicosociales recientes. Quaderns de psicología [internet]. 2014[citado 2021, Jun 24]; 16(2): p. 27-41.
48. Mesa Trujillo D, Valdez Abrea BM, ESpinoza Ferro Y, Verona Izquierdo Ai, García Mesa I. Estrategia de intervención para mejorar calidad de vida del adulto mayor. Rev.cub. med.gen.integr. [internet]. 2020 [citado 2021, Jun 25]; 36(4).
49. Figueroa Lianet A, Soto Carballo D, Santos Fernandez NA. Calidad de vida y apoyo social percibidos en adultos mayores. Rev. Cuencias Medicas [internet]. 2016 Febrero [citado 2021, jun 25]; 20(1).
50. Oliver D. A mayor nivel educativo, un envejecimiento más saludable. Otras voces en educación OVE[internet]. 2020 diciembre [citado 2021, jun 25].

51. Troncoso Pantoja C, Muñoz Roa M, Amaya Placencia JP, Diaz Aedo F, Sotomayor Castro M. Mejorando la calidad de vida en adultos mayores. GEROKOMOS. 2019 [citado 2021]; 30(3).
52. Guerrero Sec JG. La tercera edad: el derecho al aprendizaje a lo largo de la vida. RIDE.Rev.Iberoam.Invest.Desarro.Educa [internet]. 2020 [citado 2021,jun 25]; 10(20).
53. Verdugo Carrion Z, Rodríguez Astudillo MA. Calidad de vida en adultos mayores de Nabón. Rev. facult.cienc.med.univ.Cuenca [internet]. 2017 [Citado 2021]; 38(3).
54. Laso C, Males R. Calidad de vida del adulto mayor en el sector indígena. Estudio de caso. Ecos de la academia [internet]. 2018 [internet]; 4(7).
55. Oliveira da Silva V, Santos da Cunha R, Cunha Pena J, Ferreira de Almeida A. Capacidad funcional y esperanza de vida en negros Cimarrones ancianos. Rev. Bras. [internet]. 2020 [citado 2021].
56. Montejano Lojoya R, Ferrer D, Clemente Marín G, Martínez Alzamora N. Estudio de riesgo nutricional en adultos mayores autónomos no institucionalizados. Nutr.Hosp. [internet]. 2013 Octubre [citado 2021, Jun 28]; 28(5): p. 1438-1446.
57. Hernandez Galiot A, Pontes Torrado Y, Goñi Cambodón I. Riesgo de malnutrición en una población de 75 años no institucionalizada con autonomía funcional. Nutr. Hosp. [internet]. 2015 [citado 2021]; 32(3): p. 1184-1192.
58. Carbone C, Giachetti M. Malnutricion en adultos mayores institucionalizados en un asilo en Lima, Perú. Rev. Perú Med. Exp. Salud Pública [internet]. 2016 [CITADO 2021]; 33(1).
59. Gonzáles Rodríguez R, Giacchetti M. Comportamiento de enfermedades crónicas no transmisibles en adultos mayores. Rev. Enf. Cron. No. Transm. [internet]. 2018 [citado 2021]; 8(2).
60. Gonzales Rodriguez R, Martinez Cruz M, Rodríguez Marquez O, Hernández Valdez J. Caracterización clínico epidemiológica de la



hiertensión arterial en adultos mayores. Rev. Finlay [internet]. 2017[citado 2021]; 7(2): p. 74-80.

61. Vásquez Morales A, Horta Roa LF. Enfermedad Crónica no transmisible y calidad de vida en el adulto mayor. Revisión narrativa. Rev, Facult. Univ. Cauca [internet]. 2018 [citado 2021]; 20(1).
62. Bejarano Roncansio J, Ardila Guzman L, Montaña Rodríguez A. Alimentación, nutrición y envejecimiento: un análisis desde el enfoque social de derecho. Rev.Fac.Med [intenet]. 2014 [citado 2021]; 62(1).
63. Estrada Martínez ME, Escobar Salazar D. Desarrollo de huertos familiares por los adultos mayores guabebños en la provincia El Oro, Ecuador. COODES [internet]. 2020[citado 2021]; 8(2): p. 349-361.
64. Alvarado García A, Lamprea Reyes L, Murcia Tabaes K. La nutrición en el adulto mayor: una oportunidad para el cuidado de enfermeía. Rev. Enf. Univ. Mex. [internet]. 2017[citado 2021]; 14(3): p. 199-206.
65. Reyes Rincón H, Camos Urcagua Y. Beneficios de la Actividad física en espacios naturales sobre la salud del adulto mayor. Ene[internet]. 2020[citado 2021]; 14(2): p. 14207.
66. Jimenez Oviedo J, Núñez M. La actividad física para el adulto mayor en el medio natural. Rev. InterSedes [internet]. 2013 [citado 2021]; 14(17).
67. Rodríguez Torres A, Garcia Gaibor J, Laje Pozo D. Beneficios de la actividad física en la calidad de vida en los adultos mayores. Rev. dig. de educ. físic. [internet]. 2020 Marzo [citado 2021]; 11(63): p. 22-35.
68. Vidal C, Padilla O, Bambs C. Tabaquismo en el adulto mayor: un freno al envejecimiento saludable en la población Chilena. Rev. Chile Ñinternet]. 2020 [citado 2021, julio]; 148(7): p. 939-946.
69. Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas. El consumo de drogas entre los adultos mayores. 2020[citado 2021]..

70. Brandao de Carvalho AL, Dantar de Sá Tinoco J, Andriola I, Santos Casi M. Riesgo de enfermedades cardiovasculares en ancianos: hábitos de vida, factores sociodemográficos y clínicos. GEROKOMOS[internet]. 2017[citado2021]; 28(3).
71. Pineda Caicedo A, Torres Rodríguez M, Saraguro Betancour R. Calidad de sueño y descanso en los adultos mayores de la ciudad de Esmeraldas. Rev. Hispana21[internet]. 2017 [citado2021,junio]; 2(3).
72. Merino A. Los hábitos de sueño en los adultos mayores Españoles. Rev.de Neurología[internet]. 2016, oct[citado2021,jul]; 63(1).
73. Dos Santos Alves Elen E, Lost Pavarinni S, Moretti Luchetti B. Duración de sueño nocturno y desempeño cognitivo de adultos mayores de la comunidad. revista Latino AmEnformagen [internet]. 2021[citado 2021,jul]; 3439(29).
74. Barrón V, Rodríguez A, Chavarría P. Hábitos alimentarios, estado nutricional y estilos de vida en adultos mayores activos de la ciudad de Chillán-Chile. RRev.Chil.Nutr. [internet]. 2017 [citado 2021]; 41(1): p. 57-62.
75. Lopez Mateus MC HRECMC. Estrategia educativa que promueve los hábitos saludables en adultos mayores en un municipio de Colombia.. Medwave[internet]. 2017[citado2021; 17(8).
76. social MdIEy. Atención domiciliaria para personas adultas mayores. [Online].; 2018 [cited 2020. Available from: <https://www.inclusion.gob.ec/wp-content/uploads/2019/01/MAQUETACI%C3%93N-DOMICILIARIA.pdf>.
77. Casanova Moreno M, Bayarse Veja H, Navarro Despaigne D. Estrategia educativa dirigida a adultos mayores diabéticos tipo 2. ev. Cubana Med. General Integral [internet]. 2018 [citado 2021]; 34(1): p. 14-25.

78. Peralta Guerrero L, Zevallos Cotrina AdR. Nivel de actividad en el adulto mayor en Microred José Leandro Ortíz, 2019. Acci Citna [internet]. 2020[citado 2021, julio].
79. Ruiz Ortega L, Goyes Erazo L. Actividad física recreativa en el adulto mayor. Rev. Educación física y deporte [internet]. 2015[internet]; 34(1): p. 239-267.
80. Araya A, Iriarte E, Rioja R, Gonzales G. Programa centros diurnos del adulto mayor. recomendaciones para mejorar su funcionamiento. Gerokomos [internet]. 2018 [citado 2021]; 29(1): p. 9-12.
81. Figueroa LA, Soto Carballo D, Santos Fernández NA. Calidad de vida y apoyo social percibido en adultos mayores. Rev. Ciencias Médicas de Pinal del Río [internet]. 2016[citado 2021]; 20(1): p. 47-53.
82. Aguilar RI, Druet N. Observatorio, introducc. para el futuro de la educación [internet]. [Online].; 2020[citado 2021]. Available from: Disponibler en: <https://observatorio.tec.mx/edu-bits-blog/aprendizaje-vivencial-tercera-edad>.
83. Rayén Bastías A, Valdivia Gonzalo G, Barrios C, Rojas Rodríguez X, Galvez M. Adultos mayores en Chile: descripción de sus necesidades en comunicación en salud preventiva. Cuadenos. Info[internet]. 2016 [citado 2021];(38): p. 85-104.
84. Abreu Cervantes A, Noriega Fundora N, Pérez Inerazity M. Diagnóstico de necesidades educativas para el envejecimiento activo en una comunidad. Rev. Cubana Salud Pública [internet]. 2020[citado 2021]; 46(2).
85. Tito Lucero S, Buendía P, Sánchez P. Envejecer y ser persona adulta mayor en época de la Covid 19. PUCE[intenet]. 2020 [citado 2021].
86. Aliaga Díaz E, Cuba Fuentes , Mesa M. Promoción de salud y prevención de enfermedades patra un envejecimiento activo y con

calidad de vida. REv. Per. de medicina experimental y salud P b.  
[internet]. 2016 [citado 2020, agosto]; 33(2).

## ANEXOS

### Anexo 1 Consentimiento informado

Yo; -----; he recibido la suficiente información de los objetivos de la investigación que consistirá en el diseño de una estrategia educativa para modificar factores relacionados con aspectos inadecuados para la salud.

He recibido la información por parte del médico-----  
-----Posgradista de Medicina Familiar y comunitaria de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, con cédula de identidad---  
\_\_\_\_\_ y número de teléfono\_\_\_\_\_

1.- Declaro que he recibido la información sobre la investigación y acepto participar en ella.

2.- Conozco que el comité de Bioética de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil ha aprobado ésta investigación

3.- La investigación consistirá en encuestas y mediciones de peso y talla

4.- El tiempo aproximado que dedicaré a la investigación es-----

---

5.- Se que se mantendrá la confidencialidad de mis datos

6.- El consentimiento lo otorgo de manera voluntaria y sé que soy libre de negarme o retirarme de participar en la investigación sin que ésta decisión afecte mi atención médica futura.

7.- Se me ha dado tiempo para realizar preguntas las cuales fueron respondidas satisfactoriamente.

Para constancia de lo mencionado, firmo este CONSENTIMIENTO INFORMADO de forma voluntaria, luego de haber comprendiendo todas las respuestas recibidas por mis preguntas.

Paciente: Firma: \_\_\_\_\_

Cédula de identidad No: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

## Anexo 2 Encuesta

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS/DRA MONTAÑO ALTAFUYA,  
MARIUXI FABIOLA

TÍTULO: DISEÑO DE UNA ESTRATEGIA EDUCATIVA PARA  
PROMOVER ESTILOS DE VIDA SALUDABLES EN ADULTOS MAYORES.  
CONSULTORIO 6. CENTRO DE SALUD SAUCES 3. AÑO 2021

Caso No. \_\_\_\_ No. cedula \_\_\_\_\_ Fecha (dd/mm/año)

Marque con una (X) la respuesta de los siguientes datos o preguntas:

1- ¿Qué edad tiene usted? \_\_\_\_\_

2-Sexo: H \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_

3- ¿Cuál es su ocupación? : Jubilado \_\_\_\_\_ Empleado Público

Empleo privado \_\_\_\_\_ Desempleado \_\_\_\_\_ Ama de casa \_\_\_\_\_ Cuenta propia  
\_\_\_\_\_ Trabajador no remunerado \_\_\_\_\_

4- ¿Qué nivel de escolaridad presenta?: Ninguna----- Primaria sin  
terminar----Primaria terminada----- Secundaria terminada Bachillerato  
terminado---- Universitario terminado----- Postgrado terminado-----

5.- ¿Cuál es su estado civil? Soltero \_\_\_\_\_ Viudo \_\_\_\_\_  
estado civil?:

Casado

Divorciado o separado

\_\_\_\_\_ U  
nión libre \_\_\_\_\_

6-¿Cómo se identifica con respecto a su etnia?: Indígena ; Afro  
ecuatoriano \_\_ ; Mulato \_\_ Blanco \_\_ ; Mestizo \_\_ ; Montubio \_\_ ; Otro

7.- ¿Presenta usted alguna de estas enfermedades crónicas y en la que  
tenga que tomar medicación con frecuencia?

-Hipertensión arterial

-Diabetes \_\_\_\_\_

-Hipertensión y Diabetes-----

-Dislipidemia\_\_\_\_\_

-Otra (especifique) \_\_\_\_\_

8- ¿Con qué frecuencia consume los siguientes alimentos?

Frutas: < de 1 vez al mes---, 2-3 veces/mes---, 1-2 veces/semana---, 3-4 veces/semana---, > 5 veces/semana---

Verduras y hortalizas: < 1 vez al mes---, 2-3 veces/mes---, 1-2 veces/sem---, 3-4 veces/sem---, > 5 veces/sem---

Legumbres: < 1 vez /mes---, 2-3 veces/mes---, 1-2 veces/sem---, 3-4 veces/sem---, > 5 veces/sem---

Cereales (pan, cereales desayuno): < 1 vez al mes---, 2-3 veces/mes---, 1-2 veces/sem---, 3-4 veces/sem---, > 5 veces/sem---

Pescado: < 1 vez al mes---, 2-3 veces/mes---, 1-2 veces/sem---, 3-4 veces/sem---, > 5 veces/sem---

Carnes rojas (ternero, cerdo): < 1 vez al mes---, 2-3 veces/mes---, 1-2 veces/sem---, 3-4 veces/sem---, > 5 veces/sem---

Carne blanca (pollo, pavo): < 1 vez al mes---, 2-3 veces/mes---, 1-2 veces/sem---, 3-4 veces/sem---, > 5 veces/sem---

Embutidos (chorizo, salchicha, jamón): < 1 vez al mes---, 2-3 veces/mes---, 1-2 veces/sem---, 3-4 veces/sem---, > 5 veces/sem---

Queso, leche, huevos: < 1 vez al mes---, 2-3 veces/mes---, 1-2 veces/sem---, 3-4 veces/sem---, > 5 veces/sem---

Arroz y pastas: < 1 vez al mes---, 2-3 veces/mes---, 1-2 veces/sem---, 3-4 veces/sem---, > 5 veces/sem---

Frutos secos: < 1 vez al mes---, 2-3 veces/mes---, 1-2 veces/sem---, 3-4 veces/sem---, > 5 veces/sem---

¿Cuánto consume de azúcar?

-Menos de 12 cucharadas diarias----

-Igual o más de 12 cucharadas diarias---

¿Cuánto consume de sal?

- Menos de 1 cucharada diaria---

- Más de 1 cucharada diaria---

9- ¿Con qué frecuencia y que tiempo usted dedica a realizar actividad física?

\_\_\_\_\_ 30 -35 minutos al día durante al menos 3 días a la semana

\_\_\_\_\_ Menos de 30 minutos al día durante al menos 3 días a la semana

\_\_\_\_\_ No realiza

10-¿Usted consume tabaco actualmente?

Si ----- NO-----

11- ¿Cuántas horas duerme en la noche?

Menos de horas---, 4-5 horas----, 6-7 horas----, 7-8 horas---

12- ¿Conoce cuáles son los alimentos que debe consumir con mayor frecuencia?

- Pescado, pollo y/o pavo: con frecuencia--- poca frecuencia-----  
nunca---- no sabe-----
- Carne de res y/o cerdo: con frecuencia---- poca frecuencia----  
nunca---- no sabe----
- Cereales, legumbres, frutos secos: con frecuencia poca  
frecuencia---- nunca---- no sabe----
- Embutidos, chuzos y frituras: con frecuencia---- poca frecuencia--  
--- nunca----- no sabe-----
- Leche, queso, yogurt: con frecuencia-- poca frecuencia--- nunca--  
- no sabe---
- Frutas y jugos naturales: con frecuencia----poca frecuencia---  
nunca----no sabe----
- Dulces, panes, colas: con frecuencia--- poca frecuencia--nunca--  
no sabe-----
- Huevos: con frecuencia—poca frecuencia--- nunca---- no sabe---
- Verduras y hortalizas: con frecuencia--- poca frecuencia nunca-  
no sabe---

13- ¿Mencione que beneficios conoce de la actividad física?

- Previene enfermedades cardiacas-----
- Previene lesiones musculares y ósea-----
- Mantiene peso corporal y evita la obesidad.-----
- Produce inmovilidad y caídas-----
- Produce estrés-----
- No sabe-----

14- ¿Conoce cuáles son las consecuencias del consumo de tabaco para la salud?

- Manchas dentales.-----



- Evita la depresión.-----
- Evita el cáncer.-----
- Favorece la aparición de enfermedades del corazón y respiratorias.----
- 
- No sabe-----

15- ¿Sabe cuántas horas son las adecuadas para dormir durante la noche?

- Menos de 4 horas----
- 4-6 horas-----
- 6-7 horas----
- No sabe-----

16-¿A través de que medio le gustaría que le lleguen las actividades educativas de estilos de vida saludable?

- Charlas\_\_\_\_
- Talleres \_\_\_\_\_
- Videoconferencias \_\_\_\_\_
- Demostraciones \_\_\_\_\_
- Otro\_\_\_\_\_

17.- ¿Con que frecuencia usted desearía recibir información sobre estilos de vida saludable mediante actividades educativas?

- Dos veces por semana \_\_\_\_
- Una vez por semana \_\_\_\_\_
- Una vez por mes \_\_\_\_\_

18.- ¿En qué horario desearía recibir actividades educativas sobre estilos de vida saludable?

- Mañana \_\_\_\_\_
- Tarde \_\_\_\_\_

19.- ¿Cuál es su disponibilidad de tiempo para recibir las actividades educativas?

- 15 minutos\_\_\_\_\_.
- 30 minutos \_\_\_\_\_
- 60 minutos \_\_\_\_\_

20.- ¿En qué lugar preferiría que se realizaran las actividades educativas?

- Centro Salud \_\_\_\_\_
- Casa comunal \_\_\_\_\_
- Otro \_\_\_\_\_

21.- ¿De qué tamaño usted prefiere los grupos de personas para el desarrollo de las actividades educativas?

- De 2 a 5 \_\_\_\_\_
- De 6 a 10 \_\_\_\_\_
- De 11 a 15 \_\_\_\_\_

### **Anexo 3 Estrategia Educativa**

Estrategia educativa para promover estilos de vida saludables  
en adultos mayores.

Centro de Salud Sauces 3

Autora: Mariuxi Montaña Altafuya.

## **1. Fundamentación**

### **1.1. Descripción de la problemática**

Según la OMS (Organización Mundial de la Salud), para el año 2050 el porcentaje de adultos mayores se duplicará del 12% al 22% y se presentarán retos muy importantes en todos los países (1), siendo importante tomar medidas al respecto para asegurar que los sistemas sanitarios y sociales se encuentren preparados para afrontar el incremento de los adultos mayores, producto del aumento de la esperanza de vida ya que la presencia de las diferentes enfermedades generará repercusiones en éstos sistemas con mayor gasto en los mismos, cargas familiares, menor autonomía y por ende menor riqueza en los países.

Por otro lado la OPS (Organización Panamericana de la Salud) en su informe para América en el año 2017, estima que aquellas personas que nacen en la actualidad vivirán hasta los 60 años y el 42% de ellas sobrepasarán los 80 años (2), pero este aumento de esperanza de vida no asegura llegar sin discapacidad ya que la presencia de muchas enfermedades crónicas no transmisibles como las cardiovasculares, cáncer, respiratorias, diabetes, forman parte de las principales causas de mortalidad en la región y cuatro de cada 5 muertes anuales se deben a una de ellas.

La publicación presentada en la Conferencia Sanitaria Panamericana de la OPS, estima que tanto las enfermedades crónicas como las emergentes infecciosas son un obstáculo ya que ameritan cuidados durante muchos años, por lo que sugiere sistemas de salud bien estructurados, fuertes, flexibles e integrados para responder oportunamente a las necesidades y amenazas de la población envejecida.

### **1.2. Diagnóstico.**

La Asamblea Mundial de la Salud No 69, destaca que la población en todo el mundo está envejeciendo con rapidez y prevé que el número absoluto de adultos mayores para el año 2050 llegará a 2100 millones y para el año 2100 alcanzaría los 3200 millones, representando el 34% de la población

Europea y 25% en América Latina lo que genera un gran problema de salud pública por el aumento también de enfermedades crónicas en estas edades.

El Análisis Situacional Integral de Salud (ASIS) 2020 del sector de sauces en la ciudad de Guayaquil, refleja que en una población con 612 personas el mayor porcentaje se encuentra en edades comprendidas entre 60-64 años y 6,2% en edades entre 70-74 años mientras que edades hasta los 29 años se encuentran por debajo de las cifras mencionadas.

### **1.3. Planteamiento del objetivo general**

Se lleva a plantear la necesidad de resaltar los aspectos de la salud y promoción de los estilos de vida saludables para los adultos mayores y brindar un estado de bienestar individual, familiar y social, priorizando acciones de salud para los grupos más vulnerables, acceso a los servicios de salud y seguridad social generando un ambiente de confianza para la aplicación de la estrategia educativa.

### **1.4. Justificación.**

La siguiente estrategia se justifica por las siguientes razones: 1.- se han encontrado adultos mayores con sobrepeso y obesidad, lo que hace necesario la promoción de estilos de vida saludables que pueden ayúdales a revertir estos factores de riesgo para evitar complicaciones. 2.- Falta de conocimiento sobre estilos de vida saludables. 3.- Presencia de enfermedades crónicas no transmisibles.

### **Duración total**

Se realizará en 18 semanas, lo cual está repartido de la siguiente manera:

Se habilitarán 4 horarios durante la mañana cada semana con un tiempo entre 30 minutos a 1 hora dependiendo de la actividad a realizar con la finalidad de abarcar la población total de adultos mayores para la práctica de las diferentes actividades educativas.

## **Fecha de pre test y post test**

Cada pre test se realizará minutos antes de empezar las actividades y los post test al finalizar los mismos con la finalidad de verificar si fueron suficientes los conocimientos adquiridos y reforzar aquellos que no hayan quedado tan claros.

## **Planeación estratégica.**

### **Tema 1. Alimentación saludable**

#### 1.1. ¿Qué comemos? Clasificación de los alimentos.

- Actividad 1: Demostrar cuáles son los platos saludables para preparar las comidas del día con diferentes opciones de alimentos y la clasificación de los mismos. Se presentarán ejemplos de platos con alimentos adecuados para cada comida y con las porciones correctas y ejemplos de alimentos entre comidas con la finalidad de inculcar la importancia de mantener las 5 comidas diarias en las cantidades óptimas con los alimentos y horarios correctos, previo a la demostración se explicará brevemente como se clasifican los alimentos tomando como ejemplos los que están presente en ese momento para una mejor comprensión. Al final se realizará un sorteo de cada uno de los platos elaborados.
- Duración: 1 hora
- Lugar: Parque de la comunidad
- Horarios: 8:00, 9:00, 10:00, 11:00 am
- # de participantes:10 en cada actividad
- Responsable: Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, Técnico de Atención Primaria de Salud (TAPS).
- Recursos y materiales: Mesas, sillas, utensilios plásticos para la demostración (vasos, cucharas, platos), Alimentos, hojas, lápices.

## ALIMENTACIÓN SALUDABLE

La alimentación saludable consiste en ingerir una variedad de alimentos que te brinden los nutrientes que necesitas para mantener una vida sana, sentirse bien y tener energía.

Los carbohidratos, proteínas, grasas, agua, vitaminas y minerales en las porciones brindan al organismo lo que necesitas para mantener una vida sana.



## ¿QUÉ COMEMOS?

Es muy importante brindarle al organismo las cantidades adecuadas en cada comida y para ello es indispensable saber que beneficios brindan cada unos ellos.

**Carbohidratos**

**Energía**

**Proteínas**

Reparan los tejidos del cuerpo, recuperación muscular.

**Grasas**

Regulan la temperatura corporal

## PLATOS SALUDABLES

### DESAYUNOS

¿Qué incluye un desayuno

saludable y nutritivo?

Fruta entera

Cereal integral

Proteína



### ALMUERZOS.



### MERIENDAS.



### RECUERDE

ES NECESARIO INGERIR PORCIONES DE FRUTAS O FRUTOS SECOS ENTRE UNA COMIDA Y OTRAS.

## **Tema 2. Actividad física y sueño adecuado en el adulto mayor.**

2.1. Opciones de las diferentes actividades físicas para el adulto mayor.

- Actividad: Demostrar los diferentes tipos de actividades que pueden realizar los adultos mayores para mantener una vida saludable a través de la participación aquellos en este grupo de edad que practican las diferentes actividades y que forman parte de la comunidad y del equipo de atención primaria, cuyas opciones son: thai chi, yoga, bailoterapia, aeróbicos. Posterior a presentar las opciones se formarán grupos para la aplicación de las mismas según lo que más les llame la atención en ese momento sin descartar la posibilidad de motivar para que puedan aplicar las diferentes opciones cada cierto tiempo.
- Duración: 1 hora.
- Lugar: Parque de la comunidad
- Horarios: 8:00, 9:00, 10:00, 11:00 am
- # de participantes: 10 en cada actividad.
- Responsables: Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, TAPS, líderes comunitarios.
- Recursos y materiales: Parlante, bandas elásticas, toallas, pesas pequeñas.



ACTIVIDAD FÍSICA EN EL ADULTO MAYOR



Porque debería ejercitarme?



El ejercicio físico es fundamental para mantener la movilidad y ayuda a reducir el riesgo de caídas

IMPORTANTE

Mantenerse activo es fundamental para poder disfrutar de una buena salud.

En personas de la tercera edad la actividad física es mucho más importante ya que de eso depende en gran parte su independen-

OPCIONES DE EJERCICIOS EN EL ADULTO MAYOR

TAI CHI

Activa circulación sanguínea.

Ejercita la mente

Alivia el dolor articular

Previene el insomnio



YOGA

Mantiene masa muscular. Enseña a como respirar correctamente



BAILOTERAPIA.

Mejora coordinación y equilibrio ayudando a prevenir las caídas.

EJERCICIO CON PESAS



AEROBICOS

Mejoran la capacidad funcional.



## 2.2. ¿Cómo conseguir un sueño reparador en el adulto mayor?

- Actividad: Se procederá a presentar videos que demuestren con ejemplos las diferentes opciones que existen para conciliar el sueño y conseguir un sueño reparador y posterior al mismo se hará escuchar los diferentes sonidos relajantes que se pueden escuchar al momento de ir a dormir, de tal manera que puedan tomar consciencia de que la preparación del mismo es un proceso que necesita como mínimo 2 horas de preparación.
- Duración : 30 minutos
- Lugar: Parque de la comunidad
- Horarios: 8:30, 9:00, 9:30, 10:00 am
- # de participantes: 10 en cada actividad.
- Responsables: Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, TAPS.
- Recursos y materiales: carteles, fotografías, parlante, sillas, computadora, infocus.



The infographic is centered around a photograph of an elderly woman sleeping peacefully in a bed. To the left, a yellow box contains the text 'SUEÑO ADECUADO.' Below this, a rounded rectangle explains that sleep is a key factor for emotional and physical well-being and that it leads to important hormonal, mental, and temperature changes. To the right, a yellow box asks '¿Cuántas horas es aconsejable dormir?' with a staircase icon. Below this, a graphic shows four lightbulbs, one of which is lit. A rounded rectangle at the bottom right states that 7 to 8 hours of sleep is recommended for a healthy life, but older adults face challenges in falling asleep. A central yellow box labeled 'IMPORTANTE' states that sleep influences memory and is vital for adequate sleep.

**SUEÑO ADECUADO.**

El sueño es uno de los factores que más contribuyen al logro de un estado de bienestar emocional y físico.

Con el sueño se producen importantes cambios hormonales, mentales y de temperatura.

**¿Cuántas horas es aconsejable dormir?**

**IMPORTANTE**

El sueño influye en la memoria por lo que dormir adecuadamente es vital.

Entre 7 a 8 horas se aconseja dormir para lograr mantener una vida saludable, sin embargo el adulto mayor experimenta varios desafíos al momento de conciliar el sueño y por va-

### CAUSAS DE FALTA DE SUEÑO EN EL ADULTO MAYOR

Presencia de enfermedades crónicas.

Uso de algunos medicamentos.

Consumo de café.



### OPCIONES PARA CONCILIAR EL SUEÑO

- El sueño es un proceso que necesita como mínimo 2 horas de preparación.
- Dormir en una habitación bien ventilada.
- Eliminar exceso de luz
- Realizar sesión de relajación antes de ir a la cama.
- Evitar alimentos o bebidas que contengan cafeína .
- Realizar ejercicio físico durante el día.



El sonido de una música relajante antes de dormir predispone a conseguir un sueño reparador

## Tema 3. Sustancias nocivas para el adulto mayor.

### 3.1 Consecuencias del consumo de tabaco en la salud del adulto mayor.

- Actividad: Informar mediante charlas sobre los efectos dañinos del consumo de tabaco en la salud del adulto mayor, previo a una introducción del tema se procederá a proyectar un video para la mejor comprensión.
- Duración: 30 minutos.
- Lugar: Parque de la comunidad
- Horarios: 8:30, 9:00, 9:30, 10:00am
- # de participantes: 10 en cada actividad.
- Responsable: Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.
- Recursos y materiales: Carteles, sillas, computadora, infocus.

## ¿CÓMO AFECTA EL TABACO AL ADULTO MAYOR?



Fumar daña los pulmones y las vías respiratorias.

También puede causar enfisema una enfermedad que destruye los pulmones y dificulta la respiración.

Aumenta el riesgo de infarto.

Aumenta el riesgo de sufrir demencia y Alzheimer.



### IMPORTANTE

El humo de tabaco contiene más de 4000 productos químicos de los cuales se sabe que al menos más de 250 son nocivos y más de 50 causan cáncer.

## Otros efectos

Mayor riesgo de osteoporosis.

Mayor probabilidad de fractura de cadera.

La nicotina envía señales de comer menos y puede impedir que el cuerpo obtenga la nutrición adecuada.



## BENEFICIOS DE DEJAR DE FUMAR.

Respirar mejor.

Menor cansancio y dejar de toser.

Vivir más años y con mejor salud.

Reduce las posibilidades de sufrir infarto al corazón, neumonía, enfermedades cerebrales y algún tipo de cáncer.



## Dejar el cigarrillo para:

Tener una vida más saludable.

Reducir la presión arterial en hipertensos.

Ayudar a reducir el colesterol y por ende el riesgo de sufrir infarto.

Aumenta la sensación de felicidad y bienestar.

Reduce el estrés.

## **Tema 4: Ejercitando la mente mediante actividades de terapia cognitiva y su importancia.**

### 4.1. Opciones para ejercitar la memoria en el adulto mayor.

- Actividad: Promover mediante demostraciones los diferentes tipos de juegos que existen en el adulto mayor para mantener la mente activa: sopa de letras, formación de palabras, adivinanza de canciones conocidas, preguntas y respuestas sobre algún recuerdo. Se procederá a crear grupos para disfrutar de las diferentes opciones presentadas en ese momento de tal manera que todos puedan disfrutar de las opciones presentadas. Previa a esta actividad se dará una breve introducción sobre conceptos y los diferentes beneficios para la salud del adulto mayor.
- Duración: 1 hora
- Lugar: Parque de la comunidad
- Horarios: 8:00, 9:00, 10:00, 11:00 am
- # de participantes: 10 en cada actividad.
- Responsables: Especialista de Medicina Familiar y TAPS, líder comunitario.
- Recursos y materiales: Parlante pequeño, hojas, lápices, marcadores, sillas, mesas.

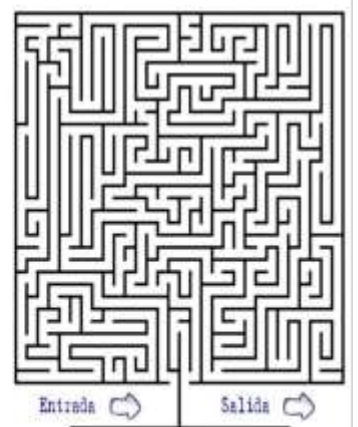
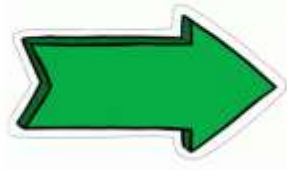


**¿CÓMO PUEDO AYUDAR A MI MEMORIA?**



La pérdida de memoria es una de las mayores amenazas para el cerebro que envejece, siendo una preocupación frecuente en los adultos mayores

- Existen muchos ejercicios para estimular nuestra memoria entre estos se encuentran:
- Sopa de letras.
  - Formación de palabras.
  - Recordar la fecha actual.
  - Resolver laberintos.



**IMPORTANCIA EN EJERCITAR LA MEMORIA EN EL ADULTO MAYOR.**

Es indispensable que nuestro cerebro se esfuerce por resolver pequeños retos mentales a la vez que nos divertimos.

El entrenamiento mental contribuyen a prevenir enfermedades mentales y la pérdida de memoria en los adultos mayores.

¿Qué es la estimulación cognitiva?

Consiste en trabajar en capacidades cognitivas como la memoria, el cálculo, la atención, el razonamiento mediante varios ejercicios escritos y orales.



#### 4.2. Manualidades para mejorar la psicomotricidad.

- Actividad: Informar mediante videoconferencias las diferentes opciones de manualidades que existen para mantener y mejorar la motricidad en el adulto mayor, posteriormente se procederá a realizar la actividad haciendo manualidades como elaboración de botellas decorativas, manualidades con objetos reciclados, pintura de paisajes en cuadros, etc.
- Duración: 1 hora.
- Lugar: Parque de la comunidad
- Horarios: 8:00, 9:00, 10:00, 11:00 am
- # de participantes: 10 en cada actividad.
- Responsable: Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, TAPS, líder comunitario.
- Recursos y materiales: Sillas, computadora, mesa, proyector, botellas vacías, témperas, acuarelas, encajes, etc.

**VENTAJAS DE LAS MANUALIDADES EN EL ENVEJECIMIENTO.**

- Las manualidades forman parte del envejecimiento activo.
- Mejoran la memoria, la motricidad, fomentan la socialización.



**Beneficios de la pintura en el adulto mayor**

- Estimulan ambos hemisferios del cerebro.
- Se estimula el lado lógico y racional junto con el lado creativo y de las emociones.
- Mejora la motricidad.

**IMPORTANTE**

Con las manualidades los adultos mayores recuperan aspectos de la personalidad como perseverancia y



## OPCIONES DE MANUALIDADES EN EL ADULTO MAYOR.

### Botellas decorativas.

#### Materiales:

Botellas de vidrio.

Tijeras.

Pincel.

Pegamento.



### Pintura

#### Materiales:

Cartulina

Pinceles

Lápices

Acuarela.

### Velas decorativas.

Moldes transparentes para velas.

Colorante líquido para velas.

Mecha encerada.

Espátulas.

## Implementación de la estrategia.

Las actividades serán previamente coordinadas con los líderes comunitarios para que informe a los participantes las fechas en las que se aplicarán todas las actividades y se cumplan en el tiempo establecido, así como los recursos necesarios como sillas, mesas, etc., que serán utilizados los días de las actividades, además de otras opciones en cuanto al lugar de reunión si las condiciones climáticas no son favorables el día en que se va a participar de las actividades. Mediante medios didácticos como folletos de información, videos, demostraciones, se espera la mejor comprensión y que puedan compartir lo aprendido con sus familiares y cuidadores. Los participantes estarán conformados por la población de adultos mayores y el personal de salud responsable especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, TAPS).



### **Evaluación de la estrategia.**

Los resultados de la estrategia serán evaluados antes y después de cada actividad mediante cuestionarios rápidos que determinarán el nivel de aprendizaje obtenido y de esta manera permitirá reforzar en algún tema que no haya quedado comprendido en su totalidad. Luego de cada actividad se realizará la entrega de trípticos o folletos con información de los temas desarrollados con la finalidad de ampliar los conocimientos aprendidos. Con la obtención de los nuevos conocimientos se espera mejorar la calidad de vida en el adulto mayor.

#### Referencias bibliográficas.

1. Organización Panamericana de la Salud. La esperanza en las Américas aumenta a los 75 años [internet]. Septiembre 2017 [citado Agosto 2021]. Disponible en: [https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=13722:life-expectancy-in-the-americas-increases-to-75-years&Itemid=1926&lang=es](https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13722:life-expectancy-in-the-americas-increases-to-75-years&Itemid=1926&lang=es).
2. Organización Mundial de la Salud. Estrategia y plan de acción mundiales sobre el envejecimiento y la salud 2016-2020. Asamblea mundial de la salud No 69 [interne]. Mayo 2016 [citado Agosto 2021]. Disponible en: [https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjst\\_rEo73yAhWEZzABHQURC2UQFnoECAIQAQ&url=https%3A%2F%2Fapps.who.int%2Fgb%2Febwha%2Fpdf\\_files%2FWHA69-REC1%2FA69\\_2016\\_REC1-sp.pdf&usg=AOvVaw2vFSxR9RLeOySf60w62\\_VY](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjst_rEo73yAhWEZzABHQURC2UQFnoECAIQAQ&url=https%3A%2F%2Fapps.who.int%2Fgb%2Febwha%2Fpdf_files%2FWHA69-REC1%2FA69_2016_REC1-sp.pdf&usg=AOvVaw2vFSxR9RLeOySf60w62_VY).

## DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Mariuxi Fabiola Montaña Altafuya**, con C.C: # **0802488205** autor/a del trabajo de titulación: **Diseño de una estrategia educativa para promover estilos de vida saludables en adultos mayores. Consultorio 6. Centro de salud Sauces 3. Año 2021** previo a la obtención del título de **Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 20 de noviembre de 2021

f.

Nombre: Montaña Altafuya Mariuxi Fabiola

C.C: 0802488205

**REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA**

**FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN**

<b>TEMA Y SUBTEMA:</b>	Diseño de una estrategia educativa para promover estilos de vida saludables en adultos mayores. Consultorio 6. Centro de salud de Saucos 3. Año 2021.		
<b>AUTOR(ES)</b>	Mariuxi Fabiola Montaña Altafuya		
<b>REVISOR(ES)/TUTOR(ES)</b>	Darío Mesías Ortiz Hidalgo		
<b>INSTITUCIÓN:</b>	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
<b>FACULTAD:</b>	Escuela de Graduados en Ciencias de la Salud		
<b>CARRERA:</b>	Especialización en Medicina Familiar y Comunitaria		
<b>TÍTULO OBTENIDO:</b>	Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria		
<b>FECHA DE PUBLICACIÓN:</b>	20 de noviembre de 2021	<b>No. DE PÁGINAS:</b>	107
<b>ÁREAS TEMÁTICAS:</b>	Medicina Familiar y Comunitaria, Geriátrica, Medicina Interna.		
<b>PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:</b>	Adulto mayor, estrategias, estilos de vida saludables, actividad física, hábitos alimentarios/ older adult, strategy, healthy lifestyles, physical activity, eating habits.		

**RESUMEN/ABSTRACT:**

**Antecedentes:** El envejecimiento de la población mundial avanza. Después de los 60 años, sobrevienen grandes cargas de discapacidad y muerte, en parte provocadas por los cambios propios de la vejez. **Métodos.** Se realizó un estudio descriptivo, observacional y transversal, se identificaron variables biosociodemográficas, de estilos de vida y de conocimiento de los mismos. **Resultados:** La mayor parte de la población de adultos mayores es de sexo femenino predominando el 61,5%, siendo de ocupación jubilados en su mayor parte 96,7%, los hábitos no saludables sobresalieron en esta población con el 63,3%, sin embargo el no consumo de tabaco y horas adecuadas de sueño prevalecieron con el 67,9% y 57,8% respectivamente lo que podía ser un beneficio a la hora de promover estilos de vida saludables que están dispuestos a participar de ellas a través de demostraciones con el 28,4%. **Conclusiones.** La mayor parte de la población es jubilada, con estado civil casados sin embargo el estado nutricional que predominó fue el sobrepeso y obesidad que por desconocimiento de estilos de vida saludables ha estado en aumento, los participantes están dispuestos a desarrollar actividades educativas para ayudar a mantener una calidad de vida adecuada.

<b>ADJUNTO PDF:</b>	SI	NO
<b>CONTACTO CON AUTOR/ES:</b>	<b>Teléfono:</b> +593-4-0968520471	<b>E-mail:</b> mariuxifabiola82@gmail.com
<b>CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::</b>	<b>Nombre:</b> Dr. Xavier Landívar Varas	
	<b>Teléfono:</b> +593-4-3804600. Ext: 1830-1811	
	<b>E-mail:</b> posgrados.medicina@cu.ucsg.edu.ec	

**SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA**

<b>Nº. DE REGISTRO (en base a datos):</b>	
<b>Nº. DE CLASIFICACIÓN:</b>	
<b>DIRECCIÓN URL (tesis en la web):</b>	