

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
ESCUELA NACIONAL DE SALUD PÚBLICA



**ESTRATEGIA DE PROMOCIÓN DE COMPORTAMIENTOS
SALUDABLES EN PERSONAS MAYORES DE LA COMUNIDAD
DE BARBOSA. 2011-2019**

**Tesis presentada en opción al Título Académico de Doctor en Ciencias de
la Salud**

Lic. Iyemai Rodríguez Hernández

La Habana

2020

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
ESCUELA NACIONAL DE SALUD PÚBLICA



**ESTRATEGIA DE PROMOCIÓN DE COMPORTAMIENTOS SALUDABLES
EN PERSONAS MAYORES DE LA COMUNIDAD DE BARBOSA. 2011-2019**

”
.

TESIS PARA OPTAR POR EL GRADO CIENTÍFICO DE
DOCTORA EN CIENCIAS DE LA SALUD

Autor: Lic. Iyemai Rodríguez Hernández.

Tutor: DrC. José Ramón Acosta Sariego

La Habana

2020

AGRADECIMIENTOS

Deseo expresar mi gratitud a todas las personas que de una forma u otra han colaborado en mi formación curricular y en la culminación exitosa de esta tesis de doctorado. Sin ellos el camino hubiera sido más difícil.

En especial deseo reconocer la meritoria contribución de:

DrC. José Acosta Sariago, por su paciencia, confianza y dedicación, por ser amigo, crítico y un gran educador.

A los compañeros del Centro Martin Luther King por su contribución y atención brindada.

A Vladimir Galloso Moreno, adulto mayor de la comunidad, por su ayuda incondicional y el interés por llevar a delante este proyecto.

A mis compañeros de departamento, en especial a Grisel Ramírez por estar ahí cada vez que la necesite y Jacqueline Valdivieso por animarme y no dejar que desistiera de mi empeño.

A María Antonia Porcel, Lesyani Pol, Vicente Leyva, a Rosita la bioestadística de FCM Victoria de Girón, a la Dra Gina del INSAT, Arnolis mi compañero, por su ayuda incondicional en cada uno de los momentos en los que necesite.

A los adultos mayores de la comunidad sin ellos no hubiese podido llevar a cabo esta obra.

Finalmente, y no menos importante a mis hijos Luis Enrique y Bryan por ser mi motor impulsor, y mi mejor obra, y a mi madre por confiar en mí.

A todos gracias.

DEDICATORIA

A mi familia.

A los adultos mayores.

SÍNTESIS

La promoción de salud es uno de los pilares sobre los que se sustenta una sociedad exitosa desde el punto de vista del desarrollo humano, sobre todo en sectores vulnerables como los niños y los ancianos. El creciente envejecimiento poblacional de la población constituye un reto para los servicios de salud en Cuba, sobre todo, si se tiene en cuenta las complejidades y mediciones económicas, políticas, culturales y éticas que intervienen en este proceso.

El análisis de la situación problemática y el estudio del estado del arte en relación a la necesidad y demandas de las personas mayores que continúan en aumento y de la actuación de forma efectiva para modificar comportamientos en salud, permitieron identificar el siguiente **Problema Científico**: ¿Cómo promover comportamientos saludables en las personas mayores de la comunidad de Barbosa, como vía para elevar la calidad de vida de los mismos?

Se cumplió el objetivo propuesto de diseñar una estrategia para promocionar comportamientos saludables en adultos mayores, estructurados en cuatro etapas: diagnóstico, planificación de las acciones, implementación y evaluación. La misma tuvo su origen a partir de las acciones encaminadas a caracterizar a un grupo de adultos mayores e identificar sus comportamientos con relación a su propia salud.

Los resultados logrados resultan pertinentes, pues permiten modificar comportamientos en salud del adulto mayor mediante acciones de carácter intersectorial e interdisciplinario. La guía de discusión y la viabilidad de la estrategia propuesta fueron validadas mediante la consulta a expertos.

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	4
CAPÍTULO 1. CONSIDERACIONES TEÓRICAS	15
1.1.- Salud, promoción de salud y comportamientos en salud	15
1.2.-Envejecimiento y comportamientos saludables	19
1.3.- La educación para la salud como herramienta del médico y la enfermera de la familia para promover comportamientos saludables en personas mayores.....	23
1.4.- Consideraciones sobre estrategias de promoción comunitaria	28
Conclusiones del Capítulo I	32
CAPÍTULO 2. DISEÑO METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN.....	34
2.1. Aspectos generales.	34
2.2. Primera etapa.....	36
2.3-Segunda Etapa. Elaboración de la estrategia de promoción de salud.....	44
2.4.- Etapa 3: Implementación de la Estrategia.....	49
2.5- Cuarta Etapa. Evaluación de la estrategia de promoción comunitaria	55
2.6- Procesamiento estadístico.....	57
2.7- Aspectos éticos particulares de este estudio.	57
Conclusiones del Capítulo 2	58
CAPÍTULO 3: ESTRATEGIA DE PROMOCIÓN COMUNITARIA PARA DESARROLLAR COMPORTAMIENTOS SALUDABLES EN ADULTOS MAYORES	60
3.1.-Fundamentación	60
3.2.- Etapas de la estrategia de promoción.....	64

Conclusiones parciales del Capítulo3	66
CAPÍTULO 4. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS DE LA ESTRATEGIA DE PROMOCIÓN COMUNITARIA PARA DESARROLLAR COMPORTAMIENTOS SALUDABLES EN LAS PERSONAS MAYORES DE LA COMUNIDAD DE BARBOSA	67
4.1.-Descripción de las características del contexto de la investigación.	67
4.2.- Primera etapa	68
4.3.-Fase de diseño de la estrategia de promoción.....	87
4.4- Valoración del cambio de los aspectos: Bienestar, Solidaridad, Satisfacción, Dignidad, Responsabilidad con su salud, Calidad.....	98
4.5-Evaluación de la estrategia de promoción para modificar comportamientos en salud.....	102
Conclusiones parciales del Capítulo 4.....	105
CONCLUSIONES GENERALES	106
RECOMENDACIONES	107
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	108

INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN

La salud de la población es un derecho humano fundamental, de ahí que la búsqueda de evidencia sobre la efectividad de la promoción de la salud se haya convertido en una preocupación mundial en los últimos años.¹

La Carta de Ottawa define la promoción de la salud como el sistema de acciones dirigidas a proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un adecuado estado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. La salud se percibe pues, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana. Se trata por tanto de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales, así como las aptitudes físicas.²

El propio documento también señala que la salud *“se crea y se vive en el marco de la vida cotidiana; en los centros de enseñanza, de trabajo y de recreo. La salud es el resultado de los cuidados que uno se dispensa a sí mismo y a los demás, de la capacidad de tomar decisiones y controlar la vida propia y de asegurar que la sociedad en que uno vive ofrezca a todos sus miembros la posibilidad de gozar de un buen estado de salud”*.²

Uno de sus objetivos primarios es que las personas tomen el control de sus estilos de vida para convertirse en individuos saludables. Además, este proceso persigue: transformar condiciones de vida que puedan estar influyendo negativamente sobre la salud, estimular hábitos saludables de vida, posibilitar el acceso a oportunidades de información, económicas, científicas y tecnológicas que favorezcan el control sobre su propia salud.³

La promoción de salud es uno de los pilares sobre los que se sustenta una sociedad exitosa desde el punto de vista del desarrollo humano. Es, en ese sentido, la clave para tener ciudadanos más saludables y también la vía para

disminuir los gastos derivados de la enfermedad, sobre todo en el escenario de cambio demográfico devenido del envejecimiento de la población.³

Huelga aclarar que los objetivos de las acciones de promoción de salud no están encaminados sólo a prevenir enfermedades crónicas o asegurar la detección temprana, sino a estimular conductas que mejoren la capacidad funcional, retardar la disminución de la capacidad, manejar enfermedades crónicas avanzadas, asegurar la dignidad, eliminar las barreras a la participación y compensar la pérdida de la capacidad.³

En la medida en que las ciencias y la cultura de la población se desarrollan, la promoción de salud va dotándose de herramientas más eficaces para transformar la realidad y hacer que sus principios y postulados fundamentales se integren en el imaginario social en forma de conductas, hábitos, concepciones y sentidos de vida, llegando a ser en la actualidad no solo un proceso de naturaleza intersectorial, sino también inter y transdisciplinario.

Todo período histórico ha tenido para cada etapa del ciclo vital una significación y unas exigencias determinadas. La vejez ha sido objeto de una gran elasticidad de sinónimos, rodeándose de atribuciones y segmentos conforme a las circunstancias e intereses de cada tipo de organización social y en cada momento dado.^{4, 5}

Las nuevas condiciones de vida creadas por la tecno-ciencia no sólo han envejecido a los pueblos, sino que ahora el grupo etario de mayor velocidad de crecimiento entre las sociedades económicamente desarrolladas lo constituye la población sobre los 85 años. La prolongación del lapso post-jubilación, conlleva un empobrecimiento progresivo, agravado por la mayor necesidad de asistencia médica. Al mismo tiempo, el porcentaje de menores de 15 años disminuye. Las tasas de fecundidad y natalidad continúan en descenso. Otro impacto sobre la estructura de la población se refiere a la llamada liberación femenina y al cambio de la consideración del cuerpo y de la sexualidad.⁴

El envejecimiento poblacional es un problema a nivel mundial. El número de personas que arriba o sobrepasa los 60 años se ha incrementado de 400 millones en 1950 a 600 millones en la actualidad, con un pronóstico de 1200 millones para 2025.⁶

En América Latina y el Caribe el envejecimiento poblacional ha sido muy rápido y lo será aún más. Se afirma que es la región en desarrollo más vieja del mundo. Esto implica que para adaptarse a ese proceso tendrá entonces menos tiempo que lo que tuvo el mundo desarrollado. Existen países en cada una de las etapas de la transición demográfica, algunos como Bolivia, Guatemala o Haití que poseen un envejecimiento poblacional incipiente. Otros como Uruguay, Argentina, Barbados y Cuba presentan un envejecimiento avanzado.⁶

Cuba presenta un ritmo sostenido de envejecimiento poblacional. Según estudios realizados al respecto, las personas mayores de 60 años constituyen 21.3%⁷ de la población, con un pronóstico de alcanzar el 25% en la próxima década. Para 2025 la Organización Naciones Unidas (ONU)⁸ estima que uno de cada cuatro cubanos tendrá 60 años y habrá 156 adultos mayores por cada 108 niños. Se puede afirmar que 75 de cada 100 cubanos que nacen hoy, van a vivir más allá de los 60 años. La esperanza de vida de las personas que vivan en Cuba y cumplan los 75, es de 10-20 años; y los que arriben a 80, de 7.6 para ambos sexos.⁸ Este es un comportamiento característico de los países desarrollados, que se ha distinguido por su rápida progresión en Cuba dado por el aumento de la esperanza de vida y, por otra, la reducción de la natalidad como consecuencia directa de un aumento del nivel escolar y de la incorporación de la mujer al trabajo, así como el deterioro de las condiciones económicas y el recrudecimiento del bloqueo norteamericano que ha estimulado la emigración de capas jóvenes de la población.^{9,10}

A partir de la década de 1980, gracias al impulso de las Naciones Unidas, el análisis de los problemas de las personas mayores y sus soluciones se

empezaron a contextualizar necesariamente dentro del debate sobre el sector público y la naturaleza del Estado social. En 1982, se celebra la Primera Asamblea Mundial sobre Envejecimiento donde se adopta el Plan de Acción Internacional de Viena sobre el Envejecimiento. Este instrumento, significa un gran avance dado que coloca a la vejez en la agenda internacional. Sin embargo, el abordaje de esta etapa de la vida es realizado bajo un enfoque biológico y reduccionista. La Proclamación sobre el Envejecimiento en 1992 promueve la aplicación del Plan de Acción Internacional de Viena y plantea la necesidad de difundir los Principios de las Naciones Unidas en favor de las Personas de Edad (1991). Dicho documento señala que en las agendas públicas dirigidas a las personas mayores los principios de independencia, participación, cuidados, autorrealización y dignidad deben ser incorporados. En el año 2002 se celebra la Segunda Asamblea Mundial sobre Envejecimiento donde se presenta la Declaración Política y el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento. A partir de este instrumento, pierde fuerza el enfoque deficitario del envejecimiento y surge como eje la dignidad al envejecer.¹¹

Entender la vejez como un asunto de derechos implica reconocer, en primer lugar, las valiosas contribuciones actuales y potenciales de la persona mayor al bienestar común, a la identidad cultural, a la diversidad de sus comunidades y al desarrollo humano, social y económico de la sociedad, pero también tomar conciencia de los múltiples riesgos y vulnerabilidades que posee dicho grupo etario.

Los factores de riesgo, principalmente los patrones de dieta, actividad física y tabaquismo, se establecen de forma temprana en la vida y muchas veces son difícilmente modificables en la adultez.¹²La edad y sexo y la vulnerabilidad genética son elementos no modificables directamente; sin embargo, gran parte de los riesgos asociados a estos pueden ser aminorados. Tales riesgos incluyen factores conductuales (régimen alimentario, inactividad física, consumo de tabaco y de alcohol) factores biológicos (hipertensión,

sobrepeso), y factores sociales que abarcan una compleja combinación de parámetros socioeconómicos, culturales.

La idea estereotipada de la persona mayor como una persona empeñada en sus costumbres e incapaz de modificar su estilo de vida debe ir desapareciendo, sobre todo si su orientación se realiza de forma conceptual e individualizada. La gran variedad de medidas terapéuticas (pérdida de peso, ejercicio moderado, entre otros) hace posible centrar el tratamiento en uno o más de ellos. Muchos han sido los estudios sobre la repercusión de estilos de vida no saludables en esta etapa de la vida. En la provincia La Habana se han realizado estudios sobre repercusión de la hipertensión arterial (HTA), y como modificar conductas por medio de estrategias educativas en personas mayores hipertensos o con diabetes mellitus, entre otras, a fin de modificar sus conductas.¹³

La salud no es simplemente ausencia de enfermedad, sino estado de equilibrio de la persona o del conjunto de la sociedad, donde los aspectos psicológicos son tenidos cada vez más en cuenta.¹² Dependen no solo del cuidado que se dé el individuo a sí mismo y de la prevención y tratamiento de los problemas que pueden afectarle, sino también de sistemas sociales de apoyo positivo y cambio o adaptación del medio que lo rodea. Existe una responsabilidad social, pero también una responsabilidad individual con la propia salud.¹³

Esta responsabilidad individual está determinada por la actitud general de la persona hacia sí misma. La adquisición o modificación de actitudes es tan importante como la ejercitación de las habilidades, ya que existen actitudes mentales que son perjudiciales para el desarrollo creativo: la rigidez, la crítica precoz, el conformismo, el aferrarse a normas, dogmas, procedimientos fijos, la desvalorización de lo desconocido o mal conocido, el sometimiento a la autoridad, el temor al cambio, la mayoría de las cuales se encuentran presentes en la psicología de la Tercera Edad.¹³

El mundo de la persona mayor debe ser considerado como un período normal del ciclo vital, con fortalezas y debilidades, con tareas propias y oportunidades en las que se puede disfrutar de bienestar y satisfacción, aunque conlleve cambios biopsicosociales y espirituales; por ello, esta fase suele asociarse a una crisis de desarrollo y a un proceso de pérdidas, lo que torna a algunos adultos mayores más vulnerables y dificulta su adaptación; otros logran un desarrollo psicológico permanente, asociado con la adopción de nuevos roles y varios contextos sociales interrelacionados; debido a estas variantes, la vejez puede ser un período de bienestar subjetivo.¹⁸ Idealmente, los adultos mayores deberían continuar su desarrollo como un continuo devenir, como «seres haciéndose» en forma permanente, capaces de adaptarse como sistemas autopoieticos y reforzar su crecimiento psicosocial y espiritual.¹⁴

Un concepto clave para entender este proceso lo constituye el de «envejecimiento saludable», el cual según el enfoque del ciclo vital presenta tres escenarios de intervención: personas mayores con capacidad funcional alta y estable, con deterioro, y con pérdida importante o total de la misma.¹⁵

En las investigaciones en ciencias de la salud las estrategias se han generalizado como instrumentos ideales para proyectar cambios cualitativos en el sistema objeto de estudio. Se diseñan para resolver problemas de la práctica y vencer dificultades con optimización de tiempo y recursos.¹⁴

Se trata, en efecto, de un plan global donde se interrelacionan los objetivos o fines que se persiguen, las acciones a desarrollar y la metodología para alcanzar dichas metas, en este caso, desde una perspectiva epistemológica que percibe y fundamenta la complejidad e historicidad de nuestro objeto de estudio desde el pensamiento dialéctico.

- Justificación

Cuba fue uno de los primeros países de América Latina y el Caribe que más tempranamente inicio su transición demográfica debido a un descenso de la

fecundidad, el aumento gradual de la esperanza de vida y el persistente saldo migratorio negativo, convirtiéndose en la primera población envejecida de la región desde 2010.⁹ Las proyecciones advierten que entre el 2022 y 2025 la dependencia comenzará a aumentar nuevamente, y la población de 60 años y más es quien tendrá mayor peso.¹⁰

La Habana (segunda provincia más envejecida del país con un 22.5%) y el municipio Playa constituyen territorios con gran número de población envejecida.⁷ Playa tiene una esperanza de vida al nacer de 76 años, ocupando el 2do lugar como municipio más envejecido de la provincia, con un 24.9%, antecedido del municipio de Plaza de la Revolución con 28,9%.⁷ Los resultados de los indicadores del adulto mayor reflejan que en el municipio de Playa existen 2710 persona mayores que viven solos, 6 831 ancianas frágiles, 1759 persona mayores en estado de necesidad.¹⁵

Ello resulta aún más complejo si se tiene en cuenta que el proceso de envejecimiento poblacional en Cuba no se desarrolla en un laboratorio aséptico, sino en una realidad compleja, heterogénea, dispar. La creciente diferenciación de los ingresos, la segmentación del acceso al consumo de bienes y servicios, la remergencia de situaciones de pobreza, enajenación y marginalidad, fundamentalmente en segmentos vulnerables de la población, fundamentalmente adultos mayores, discapacitados, mujeres y niños, entre otros aspectos, son complejidades que no se deben soslayar, pues las implicaciones éticas, jurídicas y políticas de este fenómeno, en mi opinión, son integrales y saltan a la vista.

Para enfrentar el desafío que representa el envejecimiento poblacional, la sociedad cubana cuenta no solo con la obra de la Revolución, sino también con factores no menos importantes, dentro de los que sobresalen el carácter dispar de la subjetividad humana y la pesada carga del subdesarrollo, con sus corolarios culturales, sociales y políticos. Las personas no envejecen por igual en Cuba. Los escenarios pueden ser-y de hecho son- muy variados e insospechados, pues los seres humanos vivimos en contextos temporales y

espaciales muy diferentes, y cada uno de ellos exige una clave distinta para su análisis y solución.

Además de los factores de índole económico, en las familias cubanas aún subsisten prejuicios y estereotipos que limitan las actividades de las personas mayores, reflejándose, fundamentalmente en el aislamiento social, la subvaloración y otras formas de violencia psicológica que aceleran el deterioro de la salud.

Para dar solución a esta problemática en el país existe no solo la voluntad política, sino también los mecanismos e instrumentos normativos e institucionales necesarios para ir dando solución a esta problemática en la medida de lo posible. En los Lineamientos de la Política Económica y Social del Partido y la Revolución para el 2021-2026 se destaca como una de sus prioridades fundamentales la de “Continuar la implementación gradual, en todos los sectores de la sociedad, las medidas necesarias para atender el envejecimiento poblacional”.¹⁶

En la Constitución de la República de Cuba y en el Código de las Familias, podemos apreciar, de manera particular, un importante cambio en la concepción sobre la comprensión de la vejez. De una visión fragmentada, estereotipada, de la misma se ha pasado a una visión integral, basada en derechos. Este cambio de paradigma se aprecia también en la comprensión y abordaje del fenómeno desde la perspectiva de género, el empoderamiento y la participación social de la persona mayor en la toma de decisiones.

A pesar de ello, consideramos que aún existen brechas teóricas y prácticas que no posibilitan articular las capacidades y los esfuerzos existentes en aras de alcanzar los objetivos propuestos, pudiéndose advertir, entre otros aspectos: 1) poca presencia de estudios teóricos sistematizados, no descriptivos, donde se analice esta situación a nivel comunitario y se propongan estrategias de actuación para la promoción de salud en este grupo etario; 2) insuficiente correspondencia de lo que acontece, de modo

general, en la atención primaria de salud con los compromisos nacionales e internacionales del país al respecto, principalmente con el Plan Nacional de Desarrollo Social (PNDES) y con los Objetivos de Desarrollo Social (ODS) y, 3) inexistencia de indicadores efectivos para monitorear avances en este importante frente de trabajo.

Ante esta situación, el presente estudio se plantea el siguiente

Problema científico

¿Cómo promover comportamientos saludables en las personas mayores de la comunidad de Barbosa, como vía para elevar la calidad de vida de los mismos?

Sistema de Objetivos

Objetivo General: Diseñar una estrategia de promoción de comportamientos saludables en las personas mayores de la comunidad de Barbosa como vía para elevar su calidad de vida.

Objetivos Específicos

1-Establecer los fundamentos teóricos y conceptuales de la estrategia de promoción de comportamientos saludables en las personas mayores de la comunidad de Barbosa, como vía para elevar la calidad de vida de los mismos.

2-Determinar el contenido de la estrategia de promoción de comportamientos saludables en las personas mayores de la comunidad de Barbosa, como vía para elevar la calidad de vida de los mismos.

3-Aplicar la estrategia de promoción de comportamientos saludables, en correspondencia con el diagnóstico realizado a estos adultos mayores.

4-Validar los resultados de la aplicación de la estrategia.

Objeto de estudio: comportamientos en salud en las personas mayores de la comunidad de Barbosa.

Actualidad: El presente estudio responde a una demanda teórico-práctica ineludible de la sociedad cubana: la necesidad de contar con estudios particulares que permitan dar respuesta a los disimiles problemas de salud que emanan del envejecimiento poblacional en Cuba. Responde, además, a los objetivos y propósitos del Programa de Atención Integral al Adulto Mayor del MINSAP¹⁷, a los Lineamientos de la Política Económica y Social del Partido y la Revolución y a los objetivos de trabajo de la Organización de las Naciones Unidas en su agenda 2030 para el desarrollo sostenible de América Latina y el Caribe.¹⁸

El estudio contribuirá a estimular la participación y a socializar conocimientos respecto a temáticas importantes para los adultos mayores, como son las relacionadas con la actividad física para la salud, la prevención de enfermedades crónicas, así como a potenciar actividades educativas y de comunicación para aprender a convivir en un ambiente intergeneracional.

Novedad científica

La tesis ofrece un enfoque teórico que permite analizar los comportamientos en salud en las personas mayores desde una perspectiva que pondera el liderazgo de la comunidad como sujeto principal de dicho proceso y promueve la salud como fenómeno social complejo. El trabajo que se presenta no tiene precedentes en cuanto al estudio de la promoción de comportamientos saludables en personas mayores en la comunidad de Barbosa.

Aportes Teóricos y prácticos

Teóricos: Se ofrece una fundamentación teórica del objeto de estudio, con definiciones propias, y una lógica relacional, basada en el pensamiento sistémico, que permite su valoración y proyección integral.

Mediante el uso de métodos científicos se fundamenta el papel de los líderes comunitarios en la promoción de salud. Se sistematizan los estudios de

promoción de salud, de acuerdo a las concepciones y particularidades de las ciencias de la salud en Cuba.

Prácticos: Aporta una herramienta de trabajo que propicia un mejoramiento en la calidad de vida, cuyo contenido admite la posibilidad de utilizarse en otros contextos comunitarios y de económica aplicación. Tiene aportes trascendentes social y humano ya que da respuesta demanda teórico-práctica de una sociedad cubana envejecida, al permitir modificar comportamientos en salud y elevar la calidad de vida de los adultos mayores desde la realidad social cubana.

En el orden **económico**, intervenciones de este tipo pueden contribuir a disminuir la presión sobre los servicios de salud al espaciar los períodos de hospitalización y de atención ambulatoria, con la consiguiente disminución de costos para la familia y el sistema de salud.

Estructura de la tesis

La tesis está estructurada en: introducción que incluye los antecedentes, la justificación de la investigación, el problema y las preguntas científicas, los objetivos, la novedad y los aportes. El estudio se organiza por capítulos, el primer capítulo, dedicado al Marco Teórico en que se presentan los fundamentos teóricos metodológicos del estudio. El Capítulo II correspondiente al Diseño Metodológico, donde se exponen los distintos métodos, técnicas y procedimientos utilizados para cumplir los objetivos, así como los aspectos éticos considerados. El tercer capítulo donde se muestra la estrategia para la promoción de comportamientos saludables. El cuarto capítulo dedicado al análisis y discusión de los resultados. Seguidamente, se encuentran las conclusiones que generalizan el conocimiento obtenido, las recomendaciones y las referencias bibliográficas. Finalmente se presentan los anexos que contribuyen a la comprensión del informe final.

CAPÍTULO 1: CONSIDERACIONES TEÓRICAS

CAPÍTULO 1. Consideraciones Teóricas

Este capítulo contiene los referentes básicos que sustentan los niveles teórico-conceptuales del trabajo investigativo; son ellos, el envejecimiento saludable, los comportamientos en salud, la promoción de salud, su naturaleza compleja, vías y principios fundamentales de realización.

1.1.- Salud, promoción de salud y comportamientos en salud

La salud, en tanto concepto, ha tenido múltiples y diversas definiciones^{10, 11} estando quizás entre las más conocidas por su trascendencia histórica e importancia social las utilizadas por los antiguos pensadores latinos, concepciones que poca variación tuvo durante siglos, asociadas siempre como contrario de la enfermedad o como sinónimo de cuidados. Fue Henry E. Sigerist², el primero determinar que "La salud no es simplemente la ausencia de enfermedad, sino algo positivo, una actitud gozosa y una aceptación alegre de responsabilidades que la vida impone al individuo".

En 1945, Stampar presentó su definición de salud, admitida universalmente y aceptada en 1946 por la OMS "*La salud es el completo bienestar físico, psíquico y social y no sólo la ausencia de enfermedad o achaque*"¹⁹ dando a entender entonces que las personas para alcanzar este estado tenían que estar en una situación de perfecta autonomía y bienestar. En 1956, René Dubois²⁰ define la salud como un estado físico y mental razonablemente libre de incomodidad y dolor, que permite a la *persona* en cuestión funcionar efectivamente por el más largo tiempo posible en el ambiente donde por elección está ubicado". Por su parte, Milton Terris considera que la salud es "*Un estado de bienestar físico, mental y social, con capacidad de funcionamiento y no únicamente la ausencia de afecciones o enfermedades*"²¹, este aserto comprende dos elementos fundamentales: por una parte es subjetivo (la sensación de bienestar) y por otra es objetivo y medible (la capacidad de funcionamiento).

Con respecto al criterio utilizado por la OMS para definir la salud, debe advertirse que el mismo no se ajusta a las personas mayores exactamente, pues los cambios que acompañan el proceso de envejecimiento conllevan, en una buena parte de ellos, determinadas deficiencias en órganos y sistemas del cuerpo que conducen a la disminución funcional del organismo como un todo.²⁶

En ese sentido, compartimos el criterio de quienes conciben la salud de la persona mayor como *"la capacidad funcional de atenderse a sí mismo y desarrollarse en el seno de la familia y la sociedad, la cual le permite, de una forma dinámica, el desempeño de sus actividades del diario vivir"*.^{22,23,24,25}

La adquisición o modificación de actitudes es tan importante como la ejercitación de las habilidades, ya que existen actitudes que son perjudiciales para el desarrollo creativo. Los factores de riesgo, principalmente los patrones de dieta, actividad física y tabaquismo, se establecen de forma temprana en la vida y muchas veces son difícilmente modificables en la adultez.¹⁷

Las enfermedades crónicas no transmisibles son causas de muerte e incapacidad, que no son causadas principalmente por una infección aguda, dan como resultado consecuencias para la salud a largo plazo y con frecuencia crean necesidad de tratamientos y cuidados prolongados que reflejan la necesidad imperiosa de llevar a cabo acciones educativas que motiven a la población en riesgo a participar en forma activa y directa en la detección de los factores que las favorecen y precipitan, así como para reforzar las acciones que, a través de un proceso educativo, les permita llevar a cabo conductas sustentadas en valores tales como la autoestima, el autorespeto, el autocuidado, la confianza en sí mismos y el reconocimiento pleno de que son capaces de aportar saberes ricos en experiencias para mejorar su calidad de vida.¹⁶

Según Restrepo, el enfoque que distingue a una experiencia o programa de promoción de la salud definitivamente es el enfoque socio-político porque la

promoción de la salud se basa en un concepto socio-político de la salud. Su quehacer siempre tendrá una dimensión social, es decir colectiva, incluyendo lo cultural, y una dimensión política. El potencial mayor de la promoción de la salud está, de un lado en el éxito de políticas públicas y, de otro, en la fuerza y el poder que alcance la gente para transformar condiciones y estilos de vida.¹⁴

La actividad sistemática del hombre se modela a partir de la interacción de tres componentes: el modo de vida familiar, el social y la personalidad de cada individuo, a esta interrelación que se produce en el plano individual se le denomina estilo de vida.^{16, 17}

El comportamiento es la manera de conducirse; el conjunto de las acciones con que un ser vivo responde a una situación específica como resultado de la experiencia.²⁶ En consecuencia, el comportamiento saludable es la acción llevada a cabo por una persona para mantener, lograr o recuperar la salud, y para prevenir la enfermedad.²⁷

La conducta está condicionada por multitud de variables como la edad, la formación, la posición social, el nivel de ingresos o las condiciones de trabajo, el nivel de ingresos o las condiciones generales de existencia. Se trata de elementos que escapan al control inmediato de la persona y configuran un escenario más o menos favorable en el desarrollo de la salud.^{28, 29}

El ejercicio de comportamientos saludable es, sobre todo, un fenómeno cultural, producto del aprendizaje, tiene que repetirse de manera constante con tal frecuencia que en cierto momento debido a la evidencia concreta de sus virtudes podamos decir que es un hábito saludable y posteriormente con el transcurso del tiempo, como un estilo de vida que marca la continuidad del proceso.³⁰

Para Kasl y Cobb³¹ los comportamientos saludables son conductas en las que toma parte un individuo cuando goza de buena salud, con el propósito de prevenir la enfermedad. McAlister³² los define como aquellas acciones

realizadas por un sujeto que influyen en el bienestar físico, psicológico o social.

El comportamiento saludable como cualquier otro comportamiento se adquiere, se aprende, la salud como proceso implica identificación, atención, adquisición, práctica, mantenimiento, y desarrollo³³ Conocer comportamientos de prevención y promoción, así como estilos de vidas saludables en la población disminuiría el riesgo a enfermar y un mayor conocimiento de la enfermedad que va siendo muy frecuente en las poblaciones debido a las dificultades y desconocimientos de comportamientos y hábitos saludables todo en función de mejorar la calidad de vida de los seres humanos.³⁴

En este escenario, la educación popular comunitaria deviene pilar fundamental para el logro de comportamientos más saludables en la población. Este nuevo enfoque permite tener una visión más amplia de los factores de riesgo, no limitándolos a los tradicionales de carácter biológico, físico, químicos e higiénicos, sino contemplando, además, los sociales que conforman el modo de vida y estilo de vida.¹⁴

A partir del análisis crítico de las definiciones anteriores, la presente investigación asume como comportamientos saludables el conjunto de actitudes, conductas, sentidos de vida y emociones que los individuos asumen con respecto a su bienestar físico y emocional. Digamos que constituye un complejo sistema de puntos de vista, comportamientos, aptitudes e ideas donde se concientizan y valoran las relaciones de las personas hacia la salud como fenómeno social complejo. Por ello porta modelos relativos a la constitución de la realidad social, del individuo y de la actitud hacia el mundo, así como programas de actividad encaminados a consolidar o modificar la realidad existente.

1.2.-Envejecimiento y comportamientos saludables

Muchas teorías y clasificaciones han sido propuestas para explicar el envejecimiento humano, pudiendo señalar como las principales las siguientes:

1. Teorías estocásticas: engloban aquellos fenómenos que comportan una serie de variables aleatorias que hacen que este fenómeno sea producto del azar y deba ser estudiado recurriendo a cálculos probabilísticos. Estas teorías cuentan con la acumulación fortuita de acontecimientos perjudiciales debido a la exposición de factores exógenos adversos.
2. Teorías deterministas: engloban aquellos fenómenos que se describen mediante un número limitado de variables conocidas, que evolucionan exactamente de la misma manera en cada reproducción del fenómeno estudiado, sin recurrir a ningún cálculo probabilístico.

Unido a estas teorías existe una tercera opción, que intenta integrar las teorías estocásticas y deterministas, del envejecimiento (hipótesis del daño mitocondrial). Tal es el caso de Miquel³⁵ y otros, quienes en 1980, mantuvieron que el envejecimiento celular puede derivar del daño causado al genoma mitocondrial (ADNmt) por radicales libres de la membrana mitocondrial interna. Las células que se replican rápido no sufren el ataque de los radicales libres, por causa de sus niveles más bajos de utilización de oxígeno. Esto no ocurre con las células diferenciadas irreversiblemente, por sus niveles altos de utilización de oxígeno. Como el genoma mitocondrial es necesario para la división mitocondrial, el daño al ADNmt bloquea la replicación y recambio de esos orgánulos, con el consiguiente daño progresivo a la membrana debido a la peroxidación lipídica y los entrecruzamientos. Esto causa una disminución relacionada con la edad en la cantidad de mitocondrias competentes funcionalmente, con la consiguiente disminución en la producción de ATP y síntesis de proteínas dependientes de energía.

Más tarde, en 1982, *Fleming* y otros, con su hipótesis de la mutagénesis mitocondrial intrínseca afirmaron que el sitio del daño irreversible es el ADNmt. En 1984 afirmaron que este daño conduce a una síntesis inadecuada de proteínas de la membrana interna y a una disminución resultante en la síntesis de ATP que crea un círculo vicioso de pérdida mitocondrial, con la consiguiente disminución en la producción de energía, síntesis de proteínas, función fisiológica y muerte final.³⁵

En nuestro caso, nos afiliamos a la concepción que concibe al envejecimiento como el resultado de una compleja asociación de interacciones y cambios estructurales, biológicos y funcionales que ocurren entre lo biológico, lo psicológico y lo socio ambiental.

Las condiciones que presenta cada persona durante el proceso del envejecimiento son muy variadas. Aunque su ritmo se relaciona con la información genética de cada uno, este puede verse influenciado de forma positiva por la alimentación correcta, el buen estado de salud, por el ejercicio físico, etc., y negativamente por la obesidad, las enfermedades, el sedentarismo y otras causas, sin olvidar el importante papel que ejercen los factores ambientales.^{36,39}

La vejez es la suma de la senectud biológica y de las consecuencias psíquicas del percatarse de que la muerte se va acercando. Se da de maneras diferentes en los distintos sujetos y está ligada a la forma en que se había encarado previamente la vida, el trabajo, las relaciones emocionales y los intereses. El adulto que envejece se ve forzado a encarar la incertidumbre profesional y social, la variabilidad o desaparición de los afectos y la fragilidad de las relaciones con sus semejantes.³⁷

La vejez satisfactoria depende de mantener un modo de amar y crear, de guardar cierta imagen de sí mismo, de ser capaz de gozar de la existencia a pesar de los sufrimientos que ocasionan las separaciones y los golpes al

narcicismo: el sujeto se enfrenta con la ambivalencia entre el deseo de vivir y la tendencia a abandonarse y dejarse morir.⁴⁶

Uno de los problemas más relevantes del envejecimiento es la ruptura del equilibrio entre las personas mayores y su entorno familiar y social, ruptura que da origen a procesos de marginación y exclusión, siendo este uno de los factores más importantes en el deterioro de la salud física y mental del adulto mayor.³⁸

Existen aspectos negativos y aspectos positivos del envejecer. Los aspectos negativos son muy conocidos: las enfermedades, la autoimagen negativa, la pérdida de relaciones sociales, la disminución de los ingresos, la cercanía de la muerte. En cambio, tener un envejecimiento activo y saludable, significa participar en la sociedad de acuerdo con las necesidades, deseos, y capacidades, significa aprovechar al máximo las oportunidades de tener buena salud física sentirse bien emocionalmente y disponer de un entorno social favorable.⁴⁶

El período de la vejez está marcado principalmente por los cambios que se producen con la persona, no sólo por un determinado número de años impuestos por la sociedad, sino también, por los cambios biológicos, psicológicos y sociológicos.⁴⁶

- Biológicos: Cambios en el organismo, adaptación y disminución de la agudeza sensorial.
- Psicológicos: Cambios en las facultades intelectuales y mentales, en el modo de encarar el proceso de envejecer.
- Sociológicos: Cambios que configuran determinadas oportunidades y condiciones de vida para la categoría de los viejos.⁴⁶

Durante los últimos años se ha logrado un consenso internacional sobre algunos de los factores determinantes sociales de la salud (DSS) en las personas mayores. Estos incluyen factores demográficos, situación socioeconómica, factores psicosociales como adaptabilidad y estrés, además

del capital social del individuo. La evidencia de la relación entre estos factores y el estado de salud de las personas adultas mayores es amplia, aunque todavía estos temas siguen siendo importantes para investigadores internacionales.⁴⁶

La evaluación de la calidad de vida en la vejez incluye tres dimensiones básicas: funcionamiento psicológico, social y físico, por lo que no solo es imprescindible el conocimiento de cómo lograr una longevidad satisfactoria, es necesario encontrar una metodología que permita empoderar a las personas para que alcancen un envejecimiento saludable, donde la solución a los problemas no sea la farmacoterapia, sino un tratamiento integral, jugando un papel fundamental el estilo de vida.^{39, 40}

Los escenarios para desarrollar la educación popular para la salud comunitaria pueden ser-y de hecho son- muy variados, pues los seres humanos vivimos en contextos temporales y espaciales diferentes, y cada uno de ellos exige una clave distinta para comprender los códigos de su comportamiento. Épocas, generaciones, culturas y comunidades diferentes, no pueden tener explicaciones ni expectativas de salud idénticas. Es por esto que las soluciones no pueden ser unívocas, válidas para todos los contextos.

En Cuba, las enfermedades crónicas no transmisibles como la cardiopatía isquémica, hipertensión arterial, la diabetes mellitus, enfermedad cerebrovascular, entre otras, han venido cobrando fuerza de manera notable en grandes grupos de la población, entre los que sobresalen los adultos mayores, básicamente por comportamientos no saludables y principalmente entre ellos la alimentación, sedentarismo, tabaquismo, ingestión exagerada de bebidas alcohólicas, entre otras causas. La aterosclerosis contribuye a las primeras causas de muerte y morbilidad en los ámbitos donde las infecciones no ocupan el lugar preponderante. Durante la ancianidad las afecciones consideradas como crónicas no transmisibles y dentro de ellas, la aterosclerosis y el cáncer, son responsables de más del 85% de muertes naturales de personas mayores de 65 años o más.⁴¹

Desde el punto de vista psicológico, el 70% de la población de la tercera edad en Cuba enfrenta el envejecimiento de manera conformista; el 10% lo hace de forma fatalista y el 20% lo asume positivamente, pues se considera apto para realizar cualquier actividad.⁴²

En el aspecto social, los abuelos son atendidos por las familias en el 77% de los casos, el 13% no es cuidado por esta y el 9% vive solo, lo cual no quiere decir abandonado, pues existe un sistema de seguridad social diseñado para impedir que las personas queden en estado de indefensión.³⁹

De modo general, en Cuba existen las condiciones necesarias para enfrentar los problemas actuales de salud.⁴³El sistema de salud está altamente estructurado, basado en la prevención. Las tasas de vacunación están entre las más altas del mundo, la esperanza de vida de 78 años es casi similar a la de Estados Unidos, la tasa de mortalidad infantil pasó de más de 80 por mil en los años 1950 a menos de 5 por mil, una tasa inferior a la de Estados Unidos.

En una sociedad que envejece como la cubana, la educación de la persona mayor es una necesidad y, por tanto, exige la participación de todos los individuos con capacidades de aportar. Resulta un modo de lucha contra prejuicios que priman sobre la vejez y que conspiran contra una sociedad participativa e incluyente y, quizás lo más importante, le permite un envejecimiento con calidad de vida.²¹

1.3.- La educación para la salud como herramienta del médico y la enfermera de la familia para promover comportamientos saludables en personas mayores.

La promoción de salud de las personas mayores puede ser abordada desde diferentes escenarios y perspectivas. El escenario macrosocial, con enfoque en los determinantes sociales, debe ser abordado desde políticas públicas que disminuyan la inequidad en esta etapa de vida, donde suele haber mayor vulnerabilidad. El escenario micro ambiental, concerniente a los escenarios

donde los adultos mayores se desenvuelven: casas, barrios, municipios; se puede influir a través de la concertación con gobiernos locales y otros actores de las localidades donde viven las personas mayores. El escenario interpersonal, donde la familia es la principal fuente de apoyo social y de promoción de estilos de vida saludable, se puede influir en este escenario conociendo este contexto y usándolo como recurso para promover salud. El escenario individual se puede influir a través de la motivación hacia estilos de vida saludables desde los encuentros con los prestadores de salud.³⁰

El modelo cubano de atención primaria de salud, da soporte a la misión de prevenir, de conjunto con el resto de la sociedad. El equipo básico de salud conoce a su población en un proceso organizado, continuo y dinámico, con un enfoque clínico, epidemiológico y social, dispensarizando a toda la población de acuerdo al grupo riesgo al que pertenece.³⁷

El Ministerio de Salud Pública (MINSAP) tiene entre sus funciones la misión de establecer los principios metodológicos y normativos para elevar los conocimientos de la población, mediante acciones tendientes a promover salud, prevenir enfermedades y mejorar la calidad de vida de la población. Para ello, brinda asesoría y apoyo a las unidades del Sistema Nacional de Salud, fundamentalmente, en el seguimiento de estrategias educativas de intervención, acción participativa y de concertación intersectorial y multidisciplinaria, pero con un acento especial en el nivel primario.⁴³

En la actualidad existe una diversidad de Programas Preventivos, tanto de Salud, como de Educación, entre los que se puede destacar el Programa Nacional de Atención al Adulto Mayor,²¹ el cual tiene el propósito de elevar el nivel de salud y el grado de satisfacción de la población mediante acciones de prevención, promoción, protección y recuperación, ejecutadas por el Sistema Nacional de Salud, en coordinación con las demás instituciones del Estado, la colaboración de los organismos de masas y la participación activa de la comunidad.

La promoción de la salud, desde la intervención educativa, se relaciona con el fortalecimiento de aquellos factores que mejoren la calidad de vida: los valores sociales (responsabilidad, solidaridad, cooperación, compromiso, entre otros), la participación de los individuos en actividades comunitarias y su integración en actividades grupales positivas (deportes, lecturas, arte, entre otras); la integración de la familia a la actividad escolar y el desarrollo personal de los individuos (autoestima, relaciones interpersonales, proyectos de vida, superación de obstáculos, derechos y deberes, entre otros).^{3,4}

El estado cubano está empeñado en brindar una cultura general integral a todo el pueblo. Para ello, ha creado espacios en la radio, la televisión y la prensa plana que fortalecen el conocimiento sobre la educación en salud y permiten una elevación de la calidad de vida, sin embargo aún no se manifiesta en la actuación de los seres humanos todas las conductas necesarias.¹⁴

Los nuevos conceptos gerontológicos exhiben gran participación de la familia y la comunidad y dejan fuera los antiguos patrones de institucionalización para ser usada cuando sea necesaria. El primer programa de atención al adulto mayor aplicado en Cuba se inició en 1974, y en 1985 se incorporó la variante de atención del médico y la enfermera de la familia y el grupo básico de trabajo. Actualmente las necesidades y demandas de los adultos mayores asumen categorías superiores y las respuestas tradicionales resultan insuficientes.⁴⁴

Las redes de apoyo social son: *“el conjunto de relaciones que integran a una persona con su entorno social, o con personas con la que se establecen vínculos solidarios y de comunicación para resolver necesidades específicas”*.⁴⁵

Es importante hablar de redes de apoyo para personas mayores porque existe un aumento de la esperanza de vida y con ello la población envejecida, conforme avanza la edad, es posible la disminución de la funcionabilidad y el incremento de dependencia, existen personas mayores

que viven solas, situación que lo coloca en riesgo de depresión y aislamiento, las medidas para satisfacer las necesidades de la población mayor son un reto colectivo, hay que promover una imagen social positiva del envejecimiento y la vejez, así como mitigar los estereotipos negativos que los afectan, hay personas mayores que reciben maltratos y hay que generar lazos de solidaridad intergeneracional.⁵⁰

La promoción y educación para la salud en el adulto mayor como herramienta para disminuir comportamientos no saludables es el resultado de todas las acciones comprendidas en los diferentes sectores sociales para el desarrollo de mejores condiciones de salud personal y colectiva en el contexto de la vida cotidiana.

Los trastornos de salud de que se manifiestan en edades avanzadas demandan un aumento excesivo de los costos de la asistencia sanitaria. La promoción de salud constituye una estrategia de mayor impacto en la población. El desarrollo de un enfoque de salud comunitaria que promueva el envejecimiento activo es uno de los principales retos que enfrentan los gobiernos dado el aumento de la esperanza de vida, la puesta en práctica de variantes pedagógicas contribuye a aumentar aún más los niveles de autoestima, disminuir la depresión y aislamiento, por lo que el logro de comportamientos saludables, mantenimiento de las reservas funcionales, prevención de enfermedades y discapacidades permitirían un envejecimiento saludable.⁴⁶

La Educación popular (EP) es un enfoque educativo o, en otras palabras, una orientación teórica y metodológica para el aprendizaje dentro de las ciencias sociales, siendo su aplicación más fuerte en la pedagogía y en el trabajo social y comunitario.^{47, 48} Dentro de sus características fundamentales sobresalen:

- Se considera como una educación protagonizada por los propios sujetos que buscan el cambio.
- El liderazgo se construye desde la participación social (autogestión social)

- La formación es más democrática y cooperativa que los métodos tradicionales de educación de los salones de clase, basados en lecturas y escrituras por expertos, que Paulo Freire denomina como educación bancaria; es decir, un símil entre quien brinda un conocimiento socialmente reconocido a un consumidor pasivo que lo recibe de manera más o menos acrítica.⁵³
- El análisis de éxitos y fracasos se aplican a sus propias situaciones, aprenden a reflexionar e interpretar críticamente sus propias formas de vida.
- Parten de la realidad para reflexionarla, entenderla y volver a ella.
- Los participantes identifican la forma de resolver los problemas confrontándolos.
- No se considera el conocimiento como un don que se entrega a quienes no saben sino como un diálogo de saberes entre iguales.
- Un modelo educativo basado en la participación horizontal del maestro y el alumno, es decir, un modelo que se retroalimenta en la acción equitativa de estos dos actores.
- Busca la producción de instrumentos metodológicos o parámetros que se ajusten a los contextos sociales donde se desarrolla la actividad educativa, a fin de hacer eficiente la inversión de los recursos públicos.
- La principal intención de la educación popular es desarrollar estrategias para reforzar y conservar a la comunidad.

A estas características, debemos añadir que dicha concepción se basa en postulados de distintas ciencias como son: la Pedagogía, la Psicología, la Sociología y el Derecho, sin que sea necesario delimitar fronteras entre unas y otras.

De gran importancia para el logro de estos objetivos resultan los llamados pilares de la pedagogía, los cuales han sido enunciados en el Informe de la UNESCO de la Comisión Internacional sobre Educación para el Siglo XXI, como: aprender a conocer, aprender a hacer, aprender a ser, aprender a vivir

juntos.⁴⁹ En la educación comunitaria estos pilares se expresan de la siguiente manera:

- Aprender a conocer: la educación comunitaria debe dar a los individuos los métodos para que puedan analizar la evolución de la problemática en que están inmersos y descubrir sus causas y consecuencias.
- Aprender a hacer: significa dotar al educando de los conocimientos necesarios para intentar solucionar los problemas sociales de su comunidad,
- Aprender a ser: conduce al cambio en el modo de pensar y actuar, destaca el desarrollo de las actitudes de responsabilidad personal, de la autonomía, de los valores éticos y de la búsqueda de la integralidad de la personalidad.
- Aprender a vivir juntos: entraña la necesidad de la tolerancia, del respeto a todas las formas de vida en su diversidad y singularidad. Este aspecto tiene un significado especial para el medio social, ya que se trata del respeto mutuo entre las personas que conviven en la comunidad en toda la diversidad de sus niveles culturales, etarios, etnias, razas, credos, etcétera.

A estos pilares se agrega otro muy importante: aprender a emprender⁵⁰; o sea, (...) desarrollar el espíritu por la búsqueda creativa, por mitigar las afectaciones, por la solución de los problemas sin afectar el desarrollo futuro de las nuevas generaciones.

1.4.- Consideraciones sobre estrategias de promoción comunitaria

En la década de 1990 la OPS/OMS conceptuó que “la promoción de la salud es concebida, cada vez en mayor grado, como la suma de las acciones de la población, los servicios de salud, las autoridades sanitarias y otros sectores sociales y productivos, encaminadas al desarrollo de mejores condiciones de salud individual y colectiva”.

Respetando esta declaración de la OPS/OMS, la autora considera que no basta con sumar acciones, sino que es preciso intercambiar, colaborar e

integrar acciones^{2, 3}. No se trata de colocar elementos yuxtapuestos, sino de alcanzar niveles de concreción mucho más precisos e integradores, como los sugeridos por Castell Floritt ⁴⁴en sus estudios sobre interdisciplinariedad e Intersectorialidad en salud.

El concepto de estrategia ha sido objeto de múltiples interpretaciones, de modo que no existe una única definición. Hay autores que la definen como; un “Sistema de actividades teórico-prácticas para instrumentar el proceso de enseñanza-aprendizaje escolar. Está representada por las acciones didácticas para la aplicación de los principios, contenidos, métodos, medios y formas de evaluación a un proceso educativo determinado como parte del currículo”.⁵¹

Numerosas disciplinas de las Ciencias Sociales, se caracterizan por aplicar distintos procedimientos mediante los cuales se introducen prácticas dentro de la realidad con el propósito de modificarla. Se podría englobar todos esos procedimientos dentro de las llamadas estrategias de intervención, entendiéndose que una estrategia de intervención opera como un conjunto de medios y técnicas procedimentales que pretenden producir cambios en la realidad observada y/o estudiada.⁴⁴

Se interviene porque se pretende modificar y/o cambiar la realidad, porque se intenta inducir cambios en las actitudes y las conductas, se asume que la intervención va a introducir enfoques, estilos, prácticas y modos de abordar el problema y la realidad, de manera que sean las propias prácticas conscientes del grupo objetivo las que vayan a modificar la realidad en cuestión. Toda intervención supone un cuestionamiento de la realidad y un imperativo de actuar para cambiarla.

El estudio de las estrategias es uno de los más privilegiados de la práctica y la reflexión psicológica contemporánea, la investigación sobre éstas ha estado muy vinculada a las técnicas, métodos y programas para aprender a pensar y crear.⁴²

Una estrategia de intervención es la que cuestiona y, posteriormente, resuelve una situación. En la intervención se construyen acciones que permiten obtener una serie de cambios cercanos a los esperados, implicando un proceso de planificación, evaluación continua y seguimiento, tomando en cuenta las fortalezas, debilidades, así como los niveles motivacionales de sus destinatarios.⁵⁶

Los principales aportes de la segunda mitad del siglo XX constituyen el componente definitivo para el desarrollo teórico y práctico de la promoción de la salud. A continuación se relacionan sólo algunos de los más reconocidos: La incorporación de la promoción a las fases de la salud pública de Sigerist; los estudios de Mc Keown sobre la influencia del desarrollo económico y mejoramiento de las condiciones de vida en la reducción de la mortalidad en Inglaterra, las teorías de Antonovsky sobre el sentido de coherencia y la relación con el comportamiento salutogénico de individuos y grupos sociales.⁵²

El Informe Lalonde sobre la salud de los canadienses planteó en la política nacional de salud un cambio de lo asistencial a determinantes mayores como los llamados “estilos de vida”.⁵³ En la experiencia cubana Méndez⁵⁴ afirma que la preservación de las conquistas del socialismo es base del mantenimiento de lo alcanzado en materia de salud; por su parte Rojas Ochoa advierte que aun en las condiciones adversas que imponen los modelos económico y médico, pueden obtenerse avances en beneficio de la salud de la población aun antes de cambios radicales en lo económico, político y social.⁵⁵

Finalmente, la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS), definida en Alma Ata por la OMS, como alternativa única para lograr un cambio definitivo en la salud de los pueblos del mundo”.⁵⁶ Sin embargo, pese a que la APS buscaba la equidad en salud y el compromiso de los gobiernos para destinar recursos y acciones desde diversos sectores productivos y sociales para el logro de los ideales de Salud para Todos (SPT), las distorsiones a la filosofía y enfoques de la APS, frustraron en muchas partes los ansiados logros.

El cambio desde el modelo biomédico que se centra más en la enfermedad y en la curación y tratamiento de la misma, hacia el modelo biopsicosocial, en el que están presentes los factores ambientales y sociales como parte fundamental, el modelo biopsicosocial de la salud introduce el concepto de autorregulación, entendiendo que cada sistema está orientado a alcanzar un equilibrio en su funcionamiento. Ello coloca al individuo en un papel de agente activo de su propia salud con capacidad para responsabilizarse de ella. Cualquier estrategia de promoción de la salud debe aumentar dicho rol en su disponibilidad para la autorreflexión y autorregulación que cada persona debe ejercer en su propia salud, cuestión ésta y desde la percepción de la investigadora continúa siendo insuficiente tanto en los aspectos teóricos como prácticos dentro de los llamados sistemas de salud.^{52,53}

La Sanología propone una nueva concepción de la salud del hombre sobre la base del enfoque del proceso salud-enfermedad, hacia su aspecto olvidado: la salud. Según Aldereguía⁵⁷ iniciador de este nuevo enfoque, y Amable,⁵⁸ una de las principales impulsoras de la teoría y la práctica sanológica la Sanología se interpreta como un marco conceptual de síntesis social, psicológica, biológica, medio ambiental y médico-sanitaria para la protección y fomento de la salud de las personas presuntamente sanas, fundamento de una nueva cultura humanista y de racionalidades sociales sanas.⁵⁹

La intersectorialidad se refiere a todo conjunto de acciones que tengan que ver con el tratamiento de los problemas vinculados con la salud, el bienestar y la calidad de vida de la población, así como los procesos de organización y planificación para dar respuesta.⁴⁴

La sistematización de los referentes teóricos^{42,52,53,59} sobre los distintos enfoques de estrategias diseñadas, permitió a la autora de la investigación concebir la estrategia *de promoción comunitaria* como: “sistema de acciones personalizadas, dinámicas y flexibles, que se desarrollan de manera gradual y escalonada, que permiten implementar en la práctica pedagógica, los

métodos y procedimientos que posibilitan la transformación de la conducta en los sujetos”, con la participación activa del sujetos , la familia y la comunidad, partiendo de tres elementos fundamentales para la intervención: las potencialidades del individuo, sus necesidades y el contexto socio-cultural donde se encuentra insertado. Está integrada además por otros elementos entre los que se encuentran valores compartidos, objetivos, análisis estratégico, misión, grupos implicados, escenarios y direcciones estratégicas.⁴¹⁻⁴³

En las investigaciones revisadas sobre estrategia comunitaria,^{52, 53} pudimos constatar las siguientes regularidades:

- Muestran una etapa de diagnóstico, identificando la situación inicial de los aspectos que se quieran intervenir.
- Fundamentación donde se describen los aspectos generales del tipo de estrategia que se va a diseñar, su finalidad y características del contexto donde se aplicará
- Usan una estructura que, según el objeto a intervenir en la estrategia, pueden variar sus indicadores y variables.
- Detallan con objetivos generales y específicos
- Figuran planes de acción o actividades, estructuradas, con fechas de ejecución.
- Empleo de método evaluativo mediante el monitoreo en el proceso de implementación y evaluación de resultado final y retroalimentación.

Este marco teórico sirvió de eje conductor para el diseño metodológico de la investigación (Capítulo 2) y para el diseño y contextualización de la estrategia la cual se presenta en el Capítulo 3.

Conclusiones del Capítulo I

Los métodos teóricos utilizados permitieron identificar los referentes que sustentan la promoción en salud, su influencia en el desarrollo de comportamientos saludables por su impacto en la salud de la población en

específico de los adultos mayores y de la educación popular como herramienta para fortalecer la educación que se brinda al adulto mayor.

El estudio de los referentes teóricos posibilitó una mejor comprensión del proceso de envejecimiento poblacional, particularmente la situación de este fenómeno en Cuba, por el reto que representa en materia de políticas sociales, infraestructura y servicios de atención de salud a este grupo poblacional, por lo que se asume la promoción, e intersectorialidad como solución a los problemas de salud y de esta manera elevar la calidad de vida de la población adulta mayor afectados por los comportamientos no saludables. Además el estudio de los referentes teórico - metodológicos sobre estrategias posibilitó realizar una valoración que reveló los fundamentos y regularidades que se asumen en esta investigación.

CAPÍTULO 2: DISEÑO METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN

CAPÍTULO 2. Diseño Metodológico de la Investigación

Este capítulo acota los aspectos relacionados con la metodología empleada en la investigación. Incluye las consideraciones y procedimientos éticos particulares de este estudio y su fundamentación normativa.

2.1. Aspectos generales.

Clasificación de la investigación

Se realizó una investigación de desarrollo tecnológico, con el objetivo de diseñar una Estrategia de promoción de comportamientos saludables en las personas mayores de la comunidad de Barbosa, como vía para elevar la calidad de vida de los mismos.

Límites

Espaciales: Comunidad de Barbosa Playa

Temporales: marzo de 2011- diciembre 2019

Conceptuales: estrategia, promoción de salud, comportamientos saludables, personas mayores.

Sistema de métodos y técnicas de investigación

Como método general del conocimiento se utilizó el enfoque dialéctico-materialista de la historia.

Métodos Teóricos del Conocimiento

Análisis y síntesis: se realizó un análisis y resumen de toda la información obtenida según las fuentes consultadas. También este método permitió analizar los resultados del procesamiento y presentación de los datos obtenidos a través de toda la investigación para alcanzar los objetivos propuestos.

Sistematización: permitió el estudio teórico de las definiciones relacionadas con los comportamientos en salud del adulto mayor y el diseño de estrategias de promoción que permitió intervenir el problema y brindar una solución lo

que facilitó la identificación de regularidades relacionadas con el tema de investigación.

Sistémico estructural funcional: posibilitó establecer y analizar los nexos entre los elementos que intervienen en los distintos comportamientos de salud y su relación con la salud de los adultos mayores, así como la relación de los aspectos objetivos y subjetivos que posibilitaron establecer el carácter sistémico y de continuidad del estudio en las diferentes etapas.

Histórico-lógico: nos permite determinar los momentos de continuidad, superación y ruptura de nuestro objeto de estudio.

Métodos empíricos

Revisión bibliográfica: se desarrolló, desde el pensamiento electivo, una cadena de búsqueda de la información, a partir de identificar distintas fuentes electrónicas, fundamentalmente de Internet, archivos de la institución y bibliotecas en red, se manejaron palabras claves como comportamientos en salud, envejecimiento poblacional, adulto mayor, persona mayor, estrategias de cambio, estrategias de intervención, relacionándolas entre sí. Se utilizó como motor de búsqueda Google Scholar, se consultaron las bases de datos Medline, LILACS y Scielo, y la colección de artículos académicos de la Biblioteca Virtual de Salud, además de sitios de organismos y organizaciones como Comisión Económica para América Latina (CEPAL), Organización de las Naciones Unidas para la Educación la Ciencia y la Cultura (UNESCO), Banco Mundial, Banco Interamericano de Desarrollo (BID), Organización Panamericana de la Salud (OPS), entre otros. Los límites de la búsqueda para los artículos científicos y académicos fueron: publicaciones a texto completo, en idioma inglés y español, de los últimos 20 años relacionados con investigaciones en el área de la atención de salud del adulto mayor, los comportamientos en salud y la Salud Pública. También se consultaron documentos rectores del Ministerio de Salud Pública y otros documentos publicados en diferentes fuentes.

De los métodos empíricos se utilizó **la observación** de los comportamientos en salud en el entorno y las familias, los instrumentos en forma de

cuestionario para indagar sobre los comportamientos en salud de los adultos mayores, la entrevista a informantes claves mediante la técnica de grupo nominal y el criterio de expertos para la evaluación de la estrategia.

2.2. Primera etapa.

Con el empleo de métodos científicos se identificaron los comportamientos en salud de los adultos mayores.

Universo y grupo de estudio

EL Municipio Playa cuenta con 9 consejos populares. El reparto Barbosa está ubicado al oeste de su territorio, formando parte del consejo Popular Siboney. Se escogió la población de Barbosa, por ser una comunidad que va envejeciendo, presenta un porcentaje elevado de personas mayores, y encontrarse alejada de los centros de salud (policlínico, hospitales), recreativos, económicos. Además, la autora es conviviente en la comunidad, lo que facilitó la interacción con los sujetos del estudio de manera no formal y el seguimiento de cada una de las etapas de la investigación.

El universo estuvo constituido por la totalidad de los adultos mayores de 60 años del consejo popular 2 Siboney, Reparto Barbosa, Municipio Playa, la Habana, la franja poblacional estuvo integrada por 1271 personas, lo que representa el 21,2% del total de la misma, que en total fue de 5980 habitantes. De estos 1271 adultos mayores, 684 de género femenino (F) y 587 del masculino (M).^{59,60} Para la selección de la población de estudio se consideraron los siguientes criterios:

Criterios de selección: Sujetos de 60 y más años, de ambos sexos que no presentaron desórdenes psíquicos y mentales que imposibilitaran su comunicación, además que realizarán o hubiesen realizado algún tipo de ejercicios o actividad física. Adulto mayor que accedió de forma voluntaria a colaborar en la investigación.

Los miembros de este grupo presentaban un validismo e independencia que les permitía mantener una actividad física y social sistemática. Esta situación

de salud y funcionamiento social resultaban óptimos para los efectos esperados de la estrategia cuya intención está dirigida a la promoción de salud y la prevención de enfermedades en un momento en que el deterioro físico y cognitivo aún no es significativo, para así influir de manera positiva en los comportamientos del adulto mayor para alcanzar un envejecimiento saludable.

Otra razón por la cual se escogió este grupo de estudio se fundamenta en la necesidad de proyectar la ejecución de la estrategia en un período de tiempo determinado para poder hacer el seguimiento durante su ejecución y conocer las variaciones que se podrían presentar en las distintas etapas. Este grupo cumplía con los criterios de selección.

Criterios de salida: Adulto mayor que por voluntad propia abandonara la investigación, fallecimiento o cambio de domicilio.

El grupo de estudio quedó conformado por 66 adultos mayores de ambos sexos, que dieron su consentimiento informado por escrito para participar en la investigación. (Anexo 1).

Obtención de la información

Acciones fundamentales

-Con apoyo de los médicos y enfermeras de la familia y el intercambio personal se realizó la convocatoria de las personas mayores a participar en el desarrollo de la estrategia.

Procedimientos:

Para su vinculación se realizaron dos charlas en el lugar donde mayormente se reunía este grupo etario y se dio a conocer el proyecto, su importancia y trascendencia, tanto a nivel personal como comunitario y se motivó e invitó a participar activamente y en forma voluntaria en la ejecución de la estrategia. Al finalizar cada actividad se solicitó a participantes interesados a registrarse en una planilla donde quedarían registrados sus datos personales, el número de documento de identidad, los números telefónicos, para la posterior

invitación a participar en cada una de las actividades del proyecto. Con esta información se elaboró una base de datos de las personas mayores que participaron en la investigación.

Para conocer la situación sociodemográfica y de salud de los adultos mayores que participaron en el estudio se utilizó los siguientes instrumentos:

- **The Mini Nutritional Assessment**,⁶¹ instrumento utilizados en estudios de valoración nutricional en personas mayores en Cuba. Se empleó para obtener datos antropométricos (específicamente los acápites relacionados con Índice de masa corporal y pérdida de peso), indicadores relacionados con el estado de salud y condiciones socioeconómicas, así como el grado de suficiencia de cada uno de estos adultos mayores. Se caracterizó el estado nutricional de los mismos y el grado de actividad física que realizaban, se relacionó esta con la morbilidad y otros factores de riesgo que favorecían la aparición o complicación de enfermedades. (Anexo 2).

- **Cuestionario de autocuidado en adultos mayores** ⁶² Utilizado en investigaciones de la Atención Primaria de Salud en Cuba. Se utilizó con vistas a definir estilos y conductas no saludables de las personas mayores del grupo de estudio que influyen en su capacidad y percepción de autocuidado. (Anexo 3)

-**Escala de satisfacción de Filadelfia (Lawton, 1972)**⁶³se utilizó con el objetivo de evaluar la actitud frente al envejecimiento ya que mide el grado subjetivo de satisfacción de la persona mayor. (Anexo 4).

Por un problema de factibilidad no se modificaron los instrumentos, estos están validados e incluso hasta para la cuestión práctica de aprovechar que en algunos ejemplares las hojas de respuestas que existían. Para contrastar los resultados, los instrumentos se midieron al inicio en la etapa diagnóstica y al final de la ejecución de la estrategia (aplicación por período de un año).

A fin de complementar la visión de los resultados de la implementación de la estrategia se aplicó una guía de discusión a las personas mayores y a los

prestadores, que explorara similares categorías de análisis (bienestar, solidaridad, satisfacción, dignidad, responsabilidad con su salud, calidad tanto de la atención como en general de su vida), con el objetivo de observar si se logró abordar el tema de los comportamientos en salud y la necesidad de cambio, con un enfoque diferenciado desde la atención de salud y comunitaria.

Operacionalización de Variables

Variable	Descripción	Indicadores	Clasificación	Escala
Medidas antropométricas	Caracterizar al grupo de estudio conformado por las personas mayores desde el punto de vista nutricional.	Peso	Cuantitativa continua	Kilogramos
		Talla	Cuantitativa continua	Centímetros
		IMC y su clasificación	Cualitativa ordinal	Kg/m ² Deficiencia energética Grado III <16 Grado II 16-16.9 Grado I 17-18.4 Aceptable 18.5-24.9 Sobrepeso u obesidad ligera (grado I); entre 25-30 Obesidad definida (grado II) >30 Obesidad mórbida (grado III). >40
Socio económicas	Personas mayores: Reúne los indicadores que permiten caracterizar al grupo de estudio conformado por las personas mayores desde el punto de vista demográfico y socio-económico	Edad	Cualitativa ordinal	-tercera edad, en este grupo pertenecen los adultos mayores comprendidos entre los 60 a 74 años -la cuarta edad que comprende a los que tienen entre 75 a 89 años -los longevos que incluyen a los adultos mayores entre 90 a 99 años -centenarios que son los de 100 años y más
		Sexo	Cualitativa nominal Dicotómica	Femenino Masculino
		Estado civil	Cualitativa nominal Politómica	Soltero Casado Divorciado Viudo
		Nivel de escolaridad	Cualitativa ordinal	Primario Secundario Medio-superior Universitario

		Estado de la vivienda en cuanto a estado constructivo y facilidades	Cualitativa ordinal	Bueno Regular Malo
		Pensión o jubilación	Cualitativa nominal	Sin pensión Hasta \$ 400CUP Más de \$ 400 CUP*
		Percápita familiar	Cualitativa ordinal	Alto: \$575-900CUP Medio: \$380-550CUP Bajo: 280-350 CUP* ⁵⁰
		Situación higiénica - sanitaria del entorno:	Cualitativa ordinal	Buenas: cuando se apreció un entorno con buena higiene, sin presencia de microvertederos ni vectores, el sistema de eliminación de los residuales líquidos estuvo en buenas condiciones sin presencia de vertimientos, la recogida de los desechos sólidos es diariamente y los recolectores estaban en buen estado y protegidos. -Regulares: cuando se apreció entorno con dificultades en la higiene, pequeños microvertederos, no se observó presencia de vectores, pero sí animales callejeros como gatos y perros, la recogida de residuales sólidos es en días alternos. - Malas: cuando se apreció poca o ninguna higiene, presencia de desechos sólidos, recolectores en mal estado y en ocasiones no existen, ineficiente recogida de los mismos, abundan vectores, presencia de salideros de agua y residuales líquidos.
Evaluación funcional	Capacidad funcional para realizar actividades cotidianas y estado cognitivo	Continencia Movilidad Visión Audición Equilibrio	Cualitativa nominal	Escala Geriátrica de Evaluación Funcional Sí: cuando expresa que puede realizar actividades básicas de vida, alimentación,

		Uso de medicamentos Sueño Estado emocional Orientación Memoria Dinámica familiar Relaciones sociales Situación económica		vestimenta, aseo y recreación con los aportes económicos recibidos por su trabajo, pensionados o jubilación u otras. No: cuando es imposible poder realizar actividades básicas de vidas antes descritas.
		Estado cognitivo	Cualitativa nominal	De acuerdo a la escala del Mini-Examen Mental (0-35) -64 años o menos: Puntuación \leq 27: Deterioro cognitivo probable. -Con 65 o más: Puntuación \leq 23: Deterioro cognitivo probable.
Bienestar subjetivo	Se consideró cuando es posible identificar si cuentan (o no) con los recursos para adquirir bienes y servicios que satisfagan sus necesidades alimentarias y no alimentarias.	Satisfacción de las necesidades básicas	Cualitativa nominal Dicotómica	Sí: cuando expresa que satisface las necesidades básicas de vida, alimentación, vestimenta, aseo y recreación con los aportes económicos recibidos por su trabajo, pensionados o jubilación u otras. No: cuando es imposible poder cubrir las necesidades básicas antes descritas.
Autocuidado de la salud	Acciones que toman las personas en beneficio de su propia salud, sin supervisión médica formal a través de los cuales se previenen enfermedades y se tratan los síntomas.	Conocimiento en la etapa de la vida de autocuidado Conocimiento de su enfermedad, Complicaciones	Cualitativa nominal Dicotómica	Teniendo en cuenta indicadores: <u>Se autocuida:</u> <u>Nivel muy alto:</u> cuando posee conocimiento sobre autocuidado, tiene conocimiento de su enfermedad, lleva a cabo acciones para prevenirlas, cumple con el tratamiento. <u>Nivel alto:</u> cuando posee conocimiento sobre autocuidado, tiene

		Tratamiento		conocimiento de su enfermedad, pero descuida ocasionalmente el tratamiento y las acciones para prevenirlas.
		Educación para la salud		<u>Nivel medio:</u> cuando posee conocimiento sobre autocuidado, tiene conocimiento de su enfermedad, pero descuida ocasionalmente el tratamiento y no cumple las acciones para prevenirlas. <u>No se autocuida o nivel bajo:</u> cuando fallan las acciones para prevenir las enfermedades.

*El per cápita familiar se sacó teniendo en cuenta la sumatoria de los salarios (pensiones y salarios en caso de los que se mantienen trabajando) y dividiéndolos entre el número de convivientes. Los salarios tenidos en cuentas fueron los establecidos por el Ministerio del Trabajo y Seguridad Social ⁵⁰

Variable	Descripción	Indicadores	Clasificación	Escala
Necesidades de aprendizaje	Necesidades de aprendizaje manifiestas: son evidentes y pueden identificarse fácilmente y surgen por algún cambio en la estructura organizacional social, se eliminan con una superación preventiva.	Valoración planificación, y ejecución de las actividades específicas en el paciente anciano	Cualitativa ordinal	Totalmente identificadas Parcialmente identificadas No identificadas
Estilo de vida Categoría	Resultado de la relación entre las condiciones de vida y patrones individuales de conducta.	Hábitos higiénicos:	Cualitativa ordinal	-Buenos (Baño diario, cepillado de dientes, lavado de manos, cambio diario de ropa. -Regular (aseo 2 veces a la semana -Malo (no se asea regularmente o lo hace 1 vez por semana
		Visita al estomatólogo	Cualitativa ordinal	lo visita regularmente lo visita irregularmente No lo visita
		Consumo de alimentos Frutas y vegetales	Cualitativa nominal	No los consume Si los consume

		Práctica de ejercicios físicos o actividad física:	Cualitativa nominal	Si: cuando realiza ejercicios físicos al menos con una frecuencia de tres veces a la semana. No: cuando no realiza o lo practica menos de tres veces a la semana.
Factores de riesgo	Característica, condición, circunstancia detectable en individuos, grupo y/o ambiente asociada a la probabilidad aumentada de experimentar daño a la salud	Hábito de fumar.	Cualitativa nominal Dicotómica	Si fuma No fuma
		Hipertensión arterial	Cualitativa nominal Dicotómica	Controlados No controlados
		Diabetes mellitus tipo II	Cualitativa nominal	Paciente refiere ser: Diabético No diabético
		Enfermedad del corazón y otras	Cualitativa nominal	Referidas por el paciente de padecerlas Referir no padecerlas.
		Alcoholismo	Cualitativa nominal	Si: Ingiere bebidas alcohólicas No: no ingiere bebidas alcohólicas.

Diagnóstico (línea de base):

Se combinaron componentes cualitativos y cuantitativos que facilitaron la construcción conjunta del diagnóstico de salud de los participantes. La medición se realizó con el apoyo de los instrumentos:

- Cuestionario de autocuidado para adultos mayores.
- El instrumento "The Mini Nutritional Assentement".
- Se determinó la influencia del ejercicio físico en la salud de la persona mayor y la efectividad del mismo. Se tuvo en cuenta las enfermedades presentes en la persona mayor (con el auxilio de la Historia Clínica individual y la observación clínica) y el tratamiento que cumplían, tiempo de práctica del ejercicio físico, utilidad y satisfacción que este le reportaba a su salud. Se consideró controlada la hipertensión arterial al observar periódicamente (3 veces en la semana) en las tomas de la T/A cifras por debajo de 140/90 mmHg, en cuanto a artrosis/artritis al disminuir o desaparecer los dolores y la impotencia funcional en las articulaciones, al desaparecer los síntomas de ansiedad. Se revisó la HCL individual para considerar el estado de control de la persona adulta mayor, la presencia o no de los síntomas explorados.

-Las variables comportamiento del tratamiento, de la intensidad del dolor y calidad del sueño (calidad del sueño auto informado) se midieron al inicio y al final lo que permitió establecer la evolución de la enfermedad.

-Se analizó la relación de la actividad física con la calidad de vida de los adultos mayores y se evaluó esta última en 2 dimensiones principales: la capacidad funcional y el bienestar subjetivo respecto a las diferentes variables socio demográficas.

2.3-Segunda Etapa. Elaboración de la estrategia de promoción de salud

Para darle salida al objetivo 2 se diseñó una estrategia de promoción de comportamientos saludables en las personas mayores de la comunidad de Barbosa con el empleo de métodos empíricos como: análisis documental, se utilizó como se refiere anteriormente y para constatar los resultados obtenidos en la estrategia el enfoque de sistemas para determinar componentes, interrelaciones en sus entradas y salidas. La estrategia se organizó en 4 etapas (período o parte diferenciada en que se divide el desarrollo de una acción o un proceso) con sus fases (estado, diferenciado de otro, por el que pasa una cosa que cambia o se desarrolla).

- Fase preparatoria

1-Selección del equipo técnico que llevó a cabo la elaboración de la estrategia de promoción

Para la selección del equipo técnico que llevó a cabo la elaboración de la estrategia de promoción se escogió un Grupo Nominal (GN), con médicos y enfermeras de la familia de la Comunidad. De ellos, dos médicos poseían categoría docente de asistente e impartían docencia a residentes de APS y la investigadora principal posee categoría docente de profesor auxiliar y de investigadora agregada. De los seis líderes comunitarios, 5 poseen nivel universitario.

Se selecciona el grupo nominal, pues permite establecer soluciones, establecer prioridades, diseñar servicios comunitarios de calidad y estimular

el liderazgo y la participación comunitaria en la gestión y solución de los problemas de salud. Tiene la ventaja de que se pueden reclutar personas de diferente condición social, la actividad no se presta a que los miembros más extrovertidos o de mayor status dominen la discusión. También es más fácil de planificar y diseñar, ya que una o dos preguntas serán suficientes. Se recomienda que el número de participantes en el GN sea de unas 10 a 12 personas conocedoras del tema a tratarse.⁶⁴

Posteriormente, se les solicitó a los participantes explorar otra técnica que permitiera, entre todos, identificar las debilidades y fortalezas presentes en la comunidad, así como las oportunidades y amenazas con las que se cuenta para llevar a cabo el desarrollo exitoso de la estrategia una vez implementada (Matriz DAFO), también conocida como DOFA o FODA o FADO. Esta técnica investigativa se basa en el trabajo grupal y está dirigida al análisis de campos de fuerza, sistematizando la búsqueda de alternativas de solución a los problemas identificados, lo cual permite considerar todas las variantes de combinación de las fuerzas, tanto externas como internas, a la hora de diseñar el proyecto de intervención.⁶⁵

El empleo de esta técnica garantizó una participación balanceada de todas las personas del grupo y aprovechar al máximo sus conocimientos, experiencias, expectativas y criterios, mediante la determinación de las fortalezas, las debilidades, las oportunidades y las amenazas existentes.

Debilidades	Amenazas	Fortaleza	Oportunidades
<p>Insuficiente preparación en relación a la educación en salud del adulto mayor con factores de riesgo que afectan a su vez su calidad de vida.</p> <p>No existe una infraestructura y recursos físicos para el desarrollo de programas o actividades de bienestar social</p> <p>No existen cafeterías o restaurantes que suministren alimentos o productos saludables a las personas mayores en general ni diferenciadas para aquellas que viven solas o de bajos recursos.</p>	<p>Falta por completar los Equipos Multidisciplinarios de atención Geriátrica (EMAG) del municipio.</p> <p>Carencias en la infraestructura y los servicios de la comunidad.</p> <p>Situación económica general del país.</p>	<p>Elevada cobertura a nivel comunitario de la APS.</p> <p>Trabajo por parte de los profesionales de la cultura física.</p> <p>Apoyo de las organizaciones de masas.</p>	<p>Voluntad política del Gobierno y el Estado cubano por el desarrollo, el auto-abastecimiento y la autonomía municipal y local.</p> <p>El municipio Playa cuenta con un hogar de persona mayores</p> <p>Existencia de la Facultad de Ciencias Médicas Victoria de Girón para la formación de los recursos humanos necesarios.</p> <p>Existencia de nueve policlínicos docentes y asistenciales en el municipio.</p>

2-Diseño de la estrategia de promoción

De forma general, el diseño de la estrategia orienta sus esfuerzos a **restringir** aquellos factores que entorpecen la prevención de los factores de riesgo para la salud al favorecer la cooperación entre las instituciones sanitarias y entre estos y otras instituciones del territorio, la calificación permanente del profesional de la salud, el desarrollo de las investigaciones científicas y como colofón, el impacto de la prevención en el seno de la comunidad a través de la educación popular entre los adultos mayores, en este proceso se producen cambios profundos en la prevención de complicaciones, con beneficios e implicaciones en el modo y estilos de vida en los adultos de la tercera edad, afectados o en riesgo.

Para ello, tuvo en cuenta, entre otros elementos, los estudios de intersectorialidad realizados por diferentes autores, principalmente por el DrCsPastor Castell-Florit,⁶⁶ quien identifica tres elementos fundamentales para el tipo de análisis que se pretende realizar; a saber: los Determinantes

(Problemas de salud, bienestar y calidad de vida, cuya solución no es exclusiva del sector de la salud.), los Condicionantes (voluntad política, papel del estado y gobierno, sociedad organizada, reformas del sector sanitario, inversión tecnológica, recursos humanos organizados, formación de recursos humanos para atender al adulto mayor) y los Desencadenantes.

No menos importante resultaron las investigaciones realizadas por los doctores Héctor Bayarre⁶⁷, Luis Sánchez Pérez, Roberto Somonte, Cabrera Marsden, Hernández Pino PC, y otros que abordan el envejecimiento poblacional desde los programas y políticas públicas⁶⁸ Particularmente significativo resultó la información sobre envejecimiento de la población cubana aportado por el Centro de Estudios de Población y Desarrollo (2016).

Para la construcción de la estrategia se tomó en cuenta las opiniones del grupo nominal en cuanto al análisis situacional que sirvió como insumo para la formulación de la matriz DOFA, asimismo se utilizó la Escala de satisfacción de Filadelfia: (Lawton1972). La información recogida permitió el diseño de la Estrategia de promoción y la definición de cada uno de sus componentes.

Se determina como variable las acciones (hecho, acto u operación que implica actividad, movimiento o cambio y normalmente un agente que actúa voluntariamente, en oposición a quietud o acción física) que se operacionalizan en:

Acciones Intersectoriales	Descripción de criterios de medida e indicadores	
	Criterios	Indicadores
<p>Medio ambiente:</p> <p>a. Creación de entornos urbanos que favorezcan la realización de actividades de esparcimiento, que permitan la práctica deportiva, en contacto con la naturaleza: "estar al aire libre; o facilitando espacios de reunión y entornos relajados: que permitan poder expresarse y otros te oigan," "interacción y sensibilización con el reino animal". Realizar actividades culturales y recreativas.</p> <p>b. Mejoramiento del entorno o barrio residencial mediante el fortalecimiento de la política del gobierno del municipio, (mantenimiento constructivo de viviendas,</p>	<p>- Más del 80% de las áreas verdes urbanas subutilizada (placeres, parques) deben convertirse en entornos urbanos saludables para la realización de actividades culturales, recreativas de los adultos mayores.</p> <p>-Mejorar en un 50% el estado constructivo, calles y aceras que constituyen riesgo de caídas.</p>	<p>- Porcentaje de entornos urbanos saludables creados por consejo popular.</p>

<p>incremento de las áreas verdes, disminución del tráfico, mejorar las vías de tránsito, el estado constructivo de sus calles y aceras que constituyen riesgos potenciales para las caídas, entre otros).</p> <p>c. Fortalecimiento de los centros de rehabilitación física, psicológica y social para reactivar, y reintegrar socialmente a la persona mayor.</p>		
<p>-Modo y estilo de vida:</p> <p>a. Ampliar actividades integrales que garanticen la participación de todos los sectores de la comunidad. (Educación, salud, cultura, comercio y gastronomía)</p> <p>b. Organización del movimiento de comunidades saludables: Establecer fines de semanas o Semana Saludable con el objetivo de brindar información y capacitación sobre la importancia y los beneficios de una vida saludable.</p> <p>c. Ampliación de las acciones educativas sobre la modificación de comportamientos en salud mediante charlas y diferentes actividades comunitarias, dirigidas por instructores de arte, de cultura, promotores de salud, profesores de educación física, de Tai Chi, personal de salud, comunicadores sociales y psicólogos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los efectos positivos que tienen en la salud la realización de ejercicios físicos, eliminar el sedentarismo mediante la realización de caminatas, ejercicios, Tai Chi, bailes, entre otras y proveer los medios necesarios para la realización de estas actividades. • Talleres de risoterapia en grupos, con el fin de fortalecer el bienestar subjetivo y psicológico. Estimular la risa de manera desinhibida, mediante dinámicas de comunicación, expresión corporal y de autoafirmación. • Talleres y charlas sobre: alimentación saludable y profundizar en la importancia de las vitaminas y minerales en la vejez. Efecto perjudicial para la salud de las adicciones; alcoholismo, tabaquismo y la drogadicción. Higiene bucal y general. • Promover actividades de educación para la salud con abuelos, familiares y trabajadores; estrechar vinculación para fortalecer la integración familiar y social de la persona mayor, garantizar una alimentación acorde al estado nutricional y de sus enfermedades. <p>d. Sugerir al gobierno municipal realizar un estudio para mejorar algunos aspectos que afectan la satisfacción de las necesidades</p>	<p>- Cumplimentar en un 90% la realización de actividades en la comunidad que integre varios sectores Educación, Salud, Cultura, Alimentos.</p> <p>- Cumplimentar en más del 90% las actividades de educación para la salud para la adquisición de comportamientos saludables.</p> <p>-Mejoramiento de la satisfacción de las necesidades básicas en más del 80% que necesiten un apoyo económico diferenciado.</p>	<p>-Porcentaje de actividades realizadas mensual y anual, según plan de acción</p> <p>-Porcentaje de adultos mayores beneficiados con las actividades educativas.</p> <p>-Porcentaje de adultos mayores con las necesidades básicas resueltas.</p>

<p>básicas de los adultos mayores de la comunidad para reducir las inequidades, estos son: Crear los mecanismos para un apoyo económico adicional a los persona mayores cuya jubilación o pensión no sean suficientes para satisfacer sus necesidades básicas y la adquisición de los medicamentos.</p>		
<p>- Organización de los servicios de salud a. Fortalecimiento del funcionamiento del grupo de taichí, cuyo objetivo es promover la participación de los persona mayores, de modo activo y espontáneo, en actividades de promoción y prevención de salud. b. Fortalecimiento en el sector salud de la realización de estrategias y programas educativos puntualizando temas principales como: la dieta adecuada del persona mayor, efecto perjudicial de las adicciones, práctica de ejercicios físicos, visita frecuente al estomatólogo, la autorresponsabilidad con la salud. c. Reorganizar las áreas de salud hacia los servicios más cercanos facilitando la transportación de los adultos mayores.</p>	<p>-Realización trimestralmente de actividades de promoción de salud y prevención de enfermedades en hogares para la persona mayor, casas de abuelos y en los consultorios médicos. - Eliminación del 100% de las barreras arquitectónicas en los servicios.</p>	<p>-Porcentaje de adultos mayores incorporados al grupo de taichí. -Porcentaje de actividades de promoción de salud y prevención de enfermedades realizadas.</p>

3-Construcción de la estrategia de promoción

La construcción de la estrategia siguió el orden siguiente:

- Definición de su base teórica
- Determinación de sus requerimientos
- Características y rasgos de la estrategia
- Definición de misión y visión
- Definición de sus objetivos estratégicos por dimensión
- Determinación de las etapas
- Acciones de promoción de salud, terapéuticas y de aprovechamiento de espacios comunitarios.
- Implementación
- Evaluación.

2.4.- Etapa 3: Implementación de la Estrategia

Metodología.

Fase 1: Concientización, sensibilización y diagnóstico exploratorio de la comunidad.

Se Identificaron los factores de riesgo y las posibilidades del contexto comunitario para aplicar la estrategia.

Paso 1: exploración diagnóstica sobre los aspectos esenciales que determinan un envejecimiento sano.⁵¹

-Biomédicos: perspectiva multidimensional de la funcionalidad y la autonomía como medidor del estado de salud del adulto mayor.

-Conductuales: la promoción estilos de vida sanos a través del autocuidado.

-Psicosociales. Con la autoayuda, apoyo familiar y comunitario.

-Ambientales: contar con una vivienda adecuada, con ambiente sin contaminación y seguridad en al tránsito vial.

Acciones fundamentales

- Convocatoria a las personas mayores a participar en el desarrollo de la estrategia.

Procedimiento: Para la vinculación de las personas mayores al grupo de estudio se visitó a los adultos mayores en el área donde se reunía la mayoría (cerca de la bodega, kiosco de venta de periódicos, parque) en dos ocasiones, y se les dio a conocer el proyecto, su importancia y trascendencia tanto a nivel individual como comunitario, y se les motivó a participar activamente y de forma voluntaria en la ejecución de la estrategia.

Al finalizar cada actividad se les solicitó a los interesados registrar sus datos personales para la posterior invitación a participar en cada una de las actividades del proyecto. Con esta información se elaboró la base de datos de las personas mayores que participaron en la investigación.

Paso 2: Identificación de las acciones educativas que pudieran promover la salud ambiental, apoyadas la tradición, costumbres e inserción social. La comunidad se convierte en prioridad formativa, la educación ambiental debe favorecer la producción de cambios en la mentalidad de las personas y la creación de patrones de conducta sostenible tomándose conciencia del efecto del medio en la calidad de vida y del impacto que sobre este ejercen los diferentes estilos de vivir generados por la diversidad cultural.

Procedimiento: Se realizó una entrevista que contenía los datos personales, criterios y opiniones sobre la percepción del estado ambiental que influían en la salud, así como la situación habitacional, estado higiénico- sanitario, drenaje fluvial.

Paso 3: Identificación los principales problemas en relación a mantener un envejecimiento saludable, teniendo en cuenta que los participantes en la construcción del mismo son el estado, la comunidad, la familia y el propio individuo.

Procedimiento: Se realizó una consulta preliminar de salud, se escogió para ello el local de uno de los consultorios, donde se exploró y registró constancia escrita de los siguientes elementos:

Datos personales, antecedentes de salud, percepción y concepto de salud para sí mismo, autoevaluación del estilo de vida, examen físico y medición de signos vitales. Peso y talla. Determinación de las áreas del autocuidado. Cuestiones que le preocupaban en relación a poder llevar una vida sana. Relación familiar.

Paso 4

Diseño del **plan de acción** de la estrategia sobre la base de los siguientes componentes:

-Un programa de educación en salud coordinado por el área de salud, donde se abordaron aquellos temas relacionados con la promoción de estilos de

vida saludables: autocuidado, alimentación y nutrición, actividad física, alcoholismo, tabaquismo, y aprovechar los intercambios para promover análisis profundos y fructíferos.

-Creación de espacios para el deporte, la recreación y el descanso de las personas mayores, con la ayuda intersectorial y comunitaria.

-Divulgación sobre el uso de los servicios de salud completando los grupos EMAG y ampliación del trabajo comunitario en conjunto con las organizaciones de masa de la comunidad.

A partir de la identificación de los problemas y potencialidades se determinan un conjunto de acciones y actividades, de esta manera el Plan de Acción quedó conformado de la manera que se detalla en el (Anexo 5).

Fase2 Implementación y evaluación de la estrategia

Se ejecutaron en la práctica las actividades planificadas y Controlaron y evaluaron las tareas y actividades que se desarrollaron como parte de la estrategia que permitió valorar los cambios ocurridos en el contexto comunitario a partir del diagnóstico inicial.

Esta etapa se sustenta en la metodología del diálogo, la discusión y la reflexión compartida en busca de la exigencia, apertura, flexibilidad y libertad orientada a la innovación, representa la visión crítica de los que participan en el proceso.

Se evalúa y controla por medio de intercambios, observaciones, diálogos, talleres. El control y la evaluación transcurren desde el inicio del proceso. Permite valorar como transcurren cada una de la etapas y efectos que se producen en las personas, en familiares y en la comunidad como tal. Se descubren irregularidades que afecten la efectividad de las acciones, lógicamente, esto da la oportunidad de corregir y reformular aquellas que lo requieran e igualmente ofrecerle tratamiento a las situaciones que lo meriten.

En el trabajo educativo se comparten, ya la vez se desarrollan los siguientes valores propios de la educación popular: afectividad, compromiso, responsabilidad, colaboración, disposición para el desarrollo y la perseverancia.

Procedimiento: se realizó un test diagnóstico para conocer el estado físico de cada uno de las personas mayores, sus antecedentes de entrenamiento y qué actividades eran preferidas (se realizaron preguntas sobre la realización de actividad física o algún ejercicio físico, de haberlo practicado en algún momento, especificar tiempo de práctica, qué actividades de esparcimiento eran las que más le gustaban y cuáles hacían, cómo se sentían en los períodos de práctica de ejercicios).

Se efectuaba además una valoración de su satisfacción con la salud, calidad de vida y satisfacción con la misma que incluía la aplicación de los instrumentos seleccionados, después, se realizaba el examen físico, que incluía entre otros procedimientos la medición de Tensión Arterial, Frecuencia Cardíaca, Frecuencia Respiratoria, Peso y Talla; se procedía a calcular el Índice de Masa Corporal (IMC), teniendo en cuenta que este es un indicador que permite identificar posibles riesgos como la obesidad. Se procedía a resaltar la importancia de adopción de comportamientos saludables, se estimulaba la autoestima, la auto-aceptación y el autocontrol, y por tanto el autocuidado de la salud. De igual forma se procedió en la segunda sesión de control, al comenzar la misma se indagaba sobre el concepto y percepción de salud, tal como se realizó en la consulta preliminar, con el fin de establecer posibles cambios.

Sobre la base de los resultados obtenidos se diseñó y aplicó un programa de ejercicios. Se acordó impartir tres clases semanales de 1h de duración. Se le dió prioridad al entrenamiento de la resistencia aeróbica, ya que permite la prevención y recuperación de posibles problemas cardiocirculatorios. Se planificaron ejercicios de bajo impacto buscando preservar la flexibilidad y la amplitud articular que disminuye considerablemente en la tercera edad. Se

trató de ofrecer actividades físicas utilitarias y recreativas, que se ajustaron a los gustos y posibilidades de movimiento de los adultos mayores, que tuvo carácter social y de recreación. Se evitó programar actividades de carácter competitivo para evitar lesiones y esfuerzos superiores a sus posibilidades.

Las sesiones se realizaron en las primeras horas de la mañana para que las altas temperaturas no causaran fatiga extrema a los practicantes. Se especificó que se interrumpiría la sesión ante la aparición de dolor en el pecho, falta de aire, mareo, fatiga, dolor de cabeza intenso, sensación de desmayo, náuseas o vómitos. Las clases se comenzaron con ligeros ejercicios de estiramientos, luego un calentamiento gradual y progresivo con una duración larga, siempre se orientó realizar los movimientos suaves, evitando repeticiones bruscas o violentas, controlando la intensidad del ejercicio y su progresión de manera individualizada y en función de la capacidad física de cada persona.

Como el objetivo principal era lograr el acondicionamiento físico general, se trabajaron movimientos globales, para accionar los diferentes grupos musculares. Se empleó la marcha, los desplazamientos, gimnasia de mantenimiento, gimnasia suave, buscando mantener la amplitud de las articulaciones.

Otra de las actividades realizadas fue bailar ya que tenía una gran aceptación, era placentera y sirvió para desarrollar la capacidad cardiovascular, respiratoria, articular y muscular, la coordinación, el control postural, del equilibrio y la relajación. Siempre se hizo hincapié en la importancia de mantener la postura correcta, se les enseñó a respirar durante la realización de los ejercicios, buscando aumentar la capacidad respiratoria, mejorar la oxigenación sanguínea.

En la parte final de la clase se desarrollaron ligeros ejercicios de estiramientos y de respiración para lograr la recuperación del organismo. Aparejado a ello se llevó a cabo Charlas educativas: con la finalidad de

incrementar conocimientos sobre comportamientos saludables, características de la autovaloración adecuada, importancia del adulto mayor en la familia y la sociedad, y otros que favorecieran la modificación de la autoestima, del estilo de vida y la calidad de vida. El proceso de intervención contó de 12 sesiones de 1 hora de duración, con una frecuencia semanal.

Para la **evaluación** se analizó, primeramente, el resultado de la aplicación de los instrumentos, lo cual constituye la base esencial para obtener las áreas donde trabajar, además permitió identificar cambios en los comportamientos hacia la salud y la evaluación de la efectividad de la estrategia.

Valoración del cambio

Procedimiento: Para la valoración del cambio antes y después de la aplicación de la estrategia, se tomó en cuenta variables cuantitativas y cualitativas. Entre las cuantitativas los puntajes parciales y totales de los cuestionarios de autocuidado, forma de alimentarse, variables incluidas en el área del estado funcional, área de positividad de estilos de vida, factores de riesgo: tóxicos, y las relacionadas con el bienestar y calidad de vida.

En cuanto a las variables cualitativas se realizó mediante la autoevaluación personal y el cotejo de los *aspectos: Bienestar, Solidaridad, Satisfacción, Dignidad, Responsabilidad con su salud, Calidad de vida*. Además, se utiliza la información verbal producto del diálogo y de las guías de preguntas realizadas para la investigación a la persona mayor, grupo nominal y de la investigadora. (Anexos 6 y 7).

2.5- Cuarta Etapa. Evaluación de la estrategia de promoción comunitaria

Para la evaluación de la estrategia de promoción se utilizó el criterio de expertos, se escogió 7 expertos y se consideró como tales a:

- Profesionales con categoría docente o de investigación superior.
- Grado científico de Doctor en Ciencias o Máster.

- Con 10 años o más de experiencia en los temas de atención a la persona mayor o la investigación comunitaria en salud. (Anexo 8).

Se realizó tres rondas de evaluación de los ítems; las dos primeras se dirigieron a obtener las consideraciones acerca de la propuesta inicial del instrumento y la tercera para constatar la versión final de la propuesta elaborada por la autora, a partir de la versión inicial y de las consideraciones aportadas por los expertos en cuanto a las modificaciones que sugirieron. La estrategia fue elaborada respetando las reglas de la comunicación (simplicidad, brevedad, creíbles y coherentes).

Evaluación teórica de la estrategia

Adecuado a la investigación se utilizó los criterios de Moriyama, para la evaluar la estructura básica del instrumento, así como cualquier otro aspecto que en su experiencia fuera aconsejable adicionar. Los elementos considerados para la evaluación de cada ítem por los expertos fueron los siguientes:

- Comprensibilidad de la estrategia
- Pertinencia se refiere a que explore un aspecto relacionado con la aplicación de la estrategia.
- Respuesta derivable de datos factibles de obtener: se refiere a que sea posible en la práctica poseer información necesaria para fundamentar la factibilidad de la estrategia.

Se envía el mismo, junto con siete preguntas referentes a la adecuación de los ítems, su facilidad para ser cumplimentado, si es de fácil comprensión, y si puede ser una herramienta para ayudar al personal de salud de la atención primaria en modificación de comportamientos en salud del adulto mayor, a los siete profesionales. Los expertos debían puntuar cada pregunta de 1 a 5, siendo 1 total desacuerdo y 5 totalmente de acuerdo. Cada pregunta podía tener un máximo de 35 puntos, lo que indicaría que los expertos están en total acuerdo con los diseñadores del cuestionario. Para considerar como

válidos los resultados de la evaluación de los expertos, se tomó como criterio un nivel de acuerdo igual o mayor al 80 %.

2.6- Procesamiento estadístico

Se realizó el procesamiento estadístico de las bases de datos elaborados mediante microcomputadora personal con sistema operativo Windows XP con ayuda de paquete SPSS para Windows. Versión 21.0, del paquete Office 2010 se empleó, para el procesamiento de los datos, el programa Microsoft Excel. Se utilizó como medidas resumen el valor absoluto y el porcentaje. Se aplicó el estadígrafo McNemar (pruebas no paramétricas de comparación para Muestras pareadas, casi siempre antes y después en un mismo sujeto). Esta prueba sirve para medir las diferencias que pudieran existir antes y después de la intervención en un mismo grupo. Se trabajó con números absolutos y porcentajes para la presentación de los resultados, los cuales se presentan en tablas o gráficos según corresponde. Para la redacción de los textos se empleó el procesador Microsoft Word de igual versión.

2.7- Aspectos éticos particulares de este estudio.

La presente investigación se sustenta en los Principios de la Bioética, la Ética Médica,⁶⁹ los normativos previsto en la Ley de Salud Pública,⁷⁰ así como instrumentos internacionalmente reconocidos como: la declaración de Helsinki 2013,⁷¹ las normas CIOMS_OMS para la investigación epidemiológica (2016)⁷² y la Declaración Universal de Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO 2005.^{73,74}

Proceso de consentimiento informado. Previo la recogida de datos y la realización de cualquier actividad relacionada a la investigación se le informó al sujeto de investigación que la misma estaba relacionada con la búsqueda de alternativas de acciones de salud colectiva que permitieran lograr una actividad más plena, a través de conocer aquellos aspectos de su estilo de vida que están afectando, o pudieran afectar, su estado de salud y la manera de corregirlos. Se explicó a los participantes que el estudio le permitiría

obtener conocimientos acerca de los factores que afectan su vida diaria, susceptibles de ser mejorados en el futuro y que en la misma estarían involucrados los Equipos Básicos de Salud, los representantes de los Consejos Populares y los adultos mayores. Los datos obtenidos en la misma relacionados con su persona conservarían el anonimato de la fuente, y serían utilizados solo con los fines científicos declarados para la presente investigación.

Se le dio total garantía acerca del estricto cumplimiento de las normas éticas internacionalmente reconocidas en cuanto a la divulgación de resultados científicos, por lo que se solicitaba a acceder a colaborar ya que su participación contribuiría al mejoramiento de su salud y a la de la población de su comunidad. Se le informó, además, que tenía el derecho de retirarse de esta investigación en el momento que lo estimase conveniente sin menoscabo de las relaciones con la autora del trabajo.

Todo lo anterior se recogió por escrito, en un modelo especialmente confeccionado. (Anexo 1). La información a procesar en este estudio sería utilizada sólo por el equipo de salud que atendiera a los sujetos y guardando la más estricta privacidad. Los resultados de la investigación tendrían, asimismo, un tratamiento confidencial; en ningún caso se abordaría el nombre del sujeto o los familiares en los registros. La incorporación del sujeto al estudio seguiría un criterio de estricta voluntariedad. Esta investigación no implicará afectaciones físicas ni psicológicas previsibles. No se realizará experimentación de nuevos productos o de intervenciones especiales con seres humanos.⁷

Conclusiones del Capítulo 2

Para la elaboración de la estrategia de promoción comunitaria se desplegó una investigación de desarrollo e innovación tecnológica en la cual se aplicaron los métodos, técnicas y procedimientos correspondientes a cada etapa del estudio para el logro de los objetivos planteados. La metodología

aplicada permite afirmar que el trabajo cumple con los requerimientos exigidos para su utilización en contextos similares luego de su necesaria adecuación, las técnicas de análisis y procesamiento de la información utilizada contribuyeron al sustento científico metodológico de la tesis que se presenta, la cual cumple con los principios éticos exigidos para las investigaciones en seres humanos.

**CAPÍTULO 3: ESTRATEGIA DE PROMOCIÓN
COMUNITARIA PARA DESARROLLAR ESTILOS DE
VIDA SALUDABLES EN ADULTOS MAYORES**

CAPÍTULO 3: Estrategia de promoción comunitaria para desarrollar comportamientos saludables en adultos mayores

En el presente capítulo se formula la Estrategia de Promoción Comunitaria para desarrollar comportamientos saludables del estilo de vida en adultos mayores. Esta constituye el conjunto de acciones concebidas como forma de actuación en aras de lograr la modificación consciente y autónoma de los adultos mayores hacia comportamientos saludables. En ella se contempla el diagnóstico realizado, el análisis situacional, condensado en la matriz de campos de fuerza, se formulan la misión y la visión de la estrategia, se detallan los distintos procedimientos y actividades que se deben desarrollar para la implementación y evaluación de los resultados de la misma.

3.1.-Fundamentación

La estrategia de promoción comunitaria para desarrollar comportamientos saludables en adultos mayores que se propone responde a una demanda teórico-práctica ineludible de la sociedad cubana: la necesidad de contar con estudios particulares que permitan dar respuesta a los disímiles problemas de salud que emanan del envejecimiento poblacional en Cuba. Responde, además, a los objetivos y propósitos del Programa de Atención Integral al Adulto Mayor del MINSAP⁷⁵, a los Lineamientos de la Política Económica y Social del Partido y la Revolución y a los objetivos de trabajo de la Organización de las Naciones Unidas en su agenda 2030 para el desarrollo sostenible de América Latina y el Caribe.⁷⁶

La propuesta entronca, por su contenido, con la responsabilidad del Sistema de Salud Cubano en lo referente a la promoción de estilos de vida, hábitos y costumbres que favorezcan la salud, principalmente en aquellos sectores más vulnerables, como los niños y las personas mayores.

Para el Estado y el Gobierno cubano ha sido una prioridad brindar una atención médica de alta calidad, a fin de lograr una vejez digna y satisfactoria, eliminando las inequidades en salud, lo que necesariamente

implica la focalización en comportamientos no saludables que constituyen riesgos para la salud del adulto mayor. En la constitución de la República de Cuba de 2019 en su Capítulo II “de los Derechos de los ciudadanos”¹⁵⁶ artículo 72 del derecho a la Salud Pública y 73 del derecho a la educación, dejan claro las características del Sistema de Salud que lo diferencia de otros y le imprime un sello de excelencia en la obtención de indicadores comparables con países desarrollados.

La propuesta está basada en una concepción teórica y metodológica que propicia su desarrollo con enfoques intersectoriales e interdisciplinarios. En la estrategia han sido útiles los criterios emanados de la sociología de la educación que defienden la necesidad del conocimiento de la sociedad y en particular de la microsociedad (la comunidad); en la determinación de diagnósticos de los que provienen los problemas que se deben solucionar.⁸²

El estudio puede contribuir a socializar conocimientos respecto a temáticas importantes para los adultos mayores, como son las relacionadas con la actividad física para la salud, la prevención de enfermedades crónicas, así como a potenciar actividades educativas y de comunicación para aprender a convivir en un ambiente intergeneracional.

Principios:

- Carácter sistémico.
- Carácter participativo.
- Carácter consciente
- Intersectorialidad
- Relación dialéctica entre la teoría y la práctica
- Economía

Características:

- Novedad y originalidad: fomenta cambios en el entorno para generar salud y bienestar en los lugares y contextos en los que las personas participan en actividades diarias, donde los factores sociales, económicos, ambientales, organizacionales y personales interactúan.
- Flexibilidad: La estrategia es susceptible a ser modificada y/o adaptada en función de cualquier contingencia que aparezcan en la práctica, sin afectar el objetivo propuesto.
- Capacidad para ser generalizable en otros contextos: su condición de aplicabilidad y factibilidad, permiten en condiciones normales la extensión de la metodología empleada a otros contextos semejantes.
- Aplicabilidad: el contenido de la estrategia es perfectamente aplicable pues responde a necesidades objetivas realmente existentes y ofrece las herramientas teóricas y metodológicas para su realización.

Objetivo General de la estrategia:

Promover comportamientos saludables en las personas mayores de la comunidad de Barbosa, como vía para elevar la calidad de vida de los mismos.

Objetivos específicos

- Identificar las principales características de los comportamientos en salud de la persona mayor de la Comunidad de Barbosa para la promoción de la salud.
- Desarrollar acciones de promoción de salud, sobre la base de métodos y técnicas de la educación popular, en las personas mayores de la Comunidad de Barbosa.
- Valorar los momentos de continuidad, superación y ruptura del objeto de estudio.

Misión: modificar comportamientos de salud en adultos mayores mediante métodos y técnicas de la Educación Popular, con la incorporación en el grupo bajo estudio del autocuidado y el ejercicio físico como herramienta

fundamental para la inserción social, la percepción de bienestar e independencia en esta etapa de la vida.

Visión: desarrollar una concepción del mundo basada en la práctica de estilos de vida saludables, la participación y gobernanza social de la salud.

Propósitos:

- Modificar los comportamientos no saludables de las personas mayores desde una perspectiva compleja, sistémica y dinámica, basada en la educación popular.
- Promover el envejecimiento activo y saludable mediante las acciones integrales sobre comportamientos saludables y movimientos de comunidades saludables.
- Fortalecer la vinculación con los centros de atención a la familia de los órganos locales del gobierno que prestan servicios a las personas mayores que lo necesitan.
- Reorganizar las acciones educativas para la adquisición de comportamientos saludables.
- Elevar los conocimientos sobre promoción de salud y prevención de enfermedades del adulto mayor mediante la realización de intervenciones educativas.
- Instaurar espacios urbanos saludables para la realización de actividades, recreativas, culturales, deportivas, educacionales.

Componentes claves de la Estrategia de promoción comunitaria

- Grupo de Estudio como sujeto y objeto de la investigación.
- El programa de educación en salud
- Las consejerías personalizadas enfocadas a modificar comportamientos no saludables.
- La vigilancia constante para mejorar los procesos del accionar de la estrategia de promoción contextualizada.

Resultados esperados

- Implementar una estrategia innovadora de promoción de salud en personas mayores de la comunidad de Barbosa
- Introducir entre los miembros de la comunidad involucrados en el proyecto una nueva forma de pensamiento y percepción sobre comportamientos saludables en salud.
- Fortalecer los conocimientos sobre promoción de la salud y autocuidado en las personas mayores que participan en el estudio.
- Incrementar la frecuencia de comportamientos saludables en las personas mayores del grupo de estudio.

3.2.- Etapas de la estrategia de promoción

Primera etapa: diagnóstico

Objetivo: Identificar los comportamientos en salud y su relación con las condiciones de salud de los adultos mayores, del estudio, de la comunidad de Barbosa.

Acciones:

- Revisión de la documentación.
- Observación y análisis de las características del entorno.
- Consentimiento informado
- Aplicación de encuestas a la población seleccionada.
- Realización del examen físico general.

Segunda Etapa: elaboración de la estrategia de promoción comunitaria.

Objetivo: diseñar la metodología para la elaboración de la estrategia.

Acciones generales:

- Creación del equipo técnico.
- Selección de los actores sociales implicados en la elaboración de la estrategia.

- Analizar las causas y efectos de la problemática identificada en la primera etapa de la investigación.
- Diseñar la metodología de la estrategia y confección de las acciones por parte del grupo técnico y de los actores sociales.

Tercera Etapa: Implementación de la estrategia

Objetivo: establecer las bases para la ejecución del plan de acción (Anexo5).

Acciones

- Capacitar al equipo técnico y actores sociales que implementarán la estrategia de promoción comunitaria
- Elaborar el plan de actividades que dan cumplimiento a las acciones previstas en la estrategia de promoción comunitaria

Cuarta Etapa: Evaluación

La evaluación de la estrategia de promoción de comportamientos saludables es un proceso continuo, que incluye el control de todas las actividades que garanticen que las acciones reales coincidan con las planificadas y permitan tomar las medidas necesarias para minimizar las irregularidades y la evaluación del impacto.

Objetivo: evaluar los resultados de la aplicación de la estrategia en la comunidad.

Evaluación operativa

Acciones

- Elaborar el plan de acción.
- Identificar los factores externos que puedan afectar la ejecución.
- Coordinar de manera permanente con todos los implicados la ejecución del plan de acción.

Evaluación de resultados o impacto

Acciones

- Seleccionar las dimensiones a evaluar: salud, condiciones de vida, accesibilidad, comportamientos en salud y satisfacción.
- Seleccionar los instrumentos de evaluación.
- Realizar los ajustes requeridos.
- Elaborar informe.

En la fig. 1 se muestra el esquema general de la estructura de la Estrategia de Promoción Comunitaria para desarrollar comportamientos saludables en las personas mayores de la comunidad de Barbosa, como vía para elevar la calidad de vida de los mismos.



Figura 1. Elaboración de la autora de la investigación

Conclusiones parciales del Capítulo3

La estrategia de promoción comunitaria propuesta es el resultado de un proceso de investigación, tiene una estructura lógica a través de etapas sucesivas que se describen para que su implantación sea efectiva en la práctica según el Plan de Acción previsto.

**CAPÍTULO 4: ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS
RESULTADOS DE LA ESTRATEGIA DE PROMOCIÓN
COMUNITARIA PARA DESARROLLAR COMPORTAMIENTOS
SALUDABLES EN LAS PERSONAS MAYORES DE LA
COMUNIDAD DE BARBOSA**

CAPÍTULO 4. Análisis y discusión de los resultados de la estrategia de promoción comunitaria para desarrollar comportamientos saludables en las personas mayores de la comunidad de Barbosa

En este capítulo se describen y analizan los resultados de la investigación de acuerdo a las etapas de la misma que dan salida a los objetivos del estudio.

4.1.-Descripción de las características del contexto de la investigación.

La comunidad de Barbosa forma parte del consejo popular Siboney del municipio Playa. Limita al norte con el consejo popular Santa Fe, por el sur con el reparto Siboney, al este con el municipio la Lisa y por el oeste limita con el municipio Bauta (Provincia Artemisa con la nueva división política administrativa). La extensión territorial es de 8.3 km². Cuenta con una población de 7000 hab.

Surge como reparto militar en 1980, sus construcciones son edificios en su inmensa mayoría de 5 plantas de estructura arquitectónica diferentes, conforman el reparto además 12 fincas, 5 de ellas consideradas patio de referencia municipal donde los pequeños propietarios poseen ganado y producen leche que se entrega parte a la dirección del gobierno y otra parte para su consumo. En el reparto hay un total de 62 edificios y un pequeño grupo de viviendas en un camino vecinal con alrededor de 80 familias que pertenecen al reparto. Está conformada por tres circunscripciones con un delegado cada una y además convive en la comunidad una diputada a la asamblea nacional y el jefe del Consejo Popular Siboney.

Según los resultados del análisis de la situación de salud,⁶⁴predomina el sexo femenino con 53%y una alta representación de adultos mayores de 60 años: 1271 (18.15%)de ambos sexos femeninos: 684 (53.81%), masculinos: 587(46.18%), de ellos el 4.87% son hipertensos, el 4.32% diabéticos y 1.96% de ambos sexos son portadores de enfermedades cardiovasculares, clasificados como persona mayores frágiles se encuentra el 2.51%.Existen grupos sociales formales y no formales, entre los formales se encuentran las

familias y las organizaciones de masa comunitarias, y los informales los grupos de amigos que se reúnen a jugar domino en las tardes y noches. Esta comunidad se caracteriza por presentar un alto nivel de familias funcionales.

Una de las principales costumbres que presenta esta comunidad es la celebración a nivel de Comité de Defensa de la Revolución (CDR) de las fechas señaladas. La comunidad cuenta con un círculo infantil, una escuela primaria y una escuela secundaria básica. Posee un mercado agropecuario estatal, un supermercado con dos bodegas, incluida carnicería, punto de leche y yogurt. Una bodega independiente, una peluquería unisex, farmacia, heladería de reciente construcción, una cafetería pequeña, una panadería, un kiosco de tiendas TRD y una cafetería Rumbos. Además, una unidad básica de construcciones militares, un correo, un estanquillo para venta de periódicos y revistas, cuatro consultorios del médico y enfermera de la familia y un mercadito artesanal industrial (MAI).^{64, 65}

4.2.- Primera etapa

De la aplicación de los instrumentos se obtuvo los siguientes resultados.

Se estudiaron 66 adultos mayores. Se evidenció un predominio del grupo de 65-70 años (57.6%). Al sexo femenino pertenecían 39 para un 59.1% y 27 al sexo masculino para un 49.1%. (Tabla 1).

El envejecimiento demográfico o poblacional constituye uno de los temas que acapara la atención no solo de los países desarrollados sino también en la sociedad cubana en la actualidad. El proceso de envejecimiento de la población se produce de manera paulatina y en él intervienen: la fecundidad, la mortalidad, y las migraciones.⁷⁷ Al revisar el anuario estadístico del 2021^{6y} y referencias de estudios realizados en el centro demográfico de Cuba⁸⁰ estos muestran datos alarmantes con un total de más de 2 386 280 adultos mayores, de ellos predominando el grupo de 60 a 64 años, estos datos coinciden con el estudio de Rodríguez Hernández,⁵⁷ de Mesa,⁵⁸ no siendo así con el presente estudio donde el grupo predominante fue el de 60-74 años.

La estratificación por sexo indica mayoría femenina. Un rasgo distintivo del envejecimiento demográfico es el predominio femenino, debido a que las mujeres viven más tiempo, este es un proceso que ha venido ocurriendo paulatinamente en la población cubana.

En la creciente población de personas mayores, las mujeres son más numerosas que los hombres y tiene características sociodemográficas y de salud definidas y diferentes,⁷⁹ en Cuba la población femenina es de 22,8 por cada mil habitantes y los hombres de 19,9 por cada mil habitantes,⁸⁰ la ancianidad es mayoritariamente femenina, aspecto coincidente con el presente estudio donde el 58,8 % de las personas mayores estudiadas son del sexo femenino.

El análisis del estado civil mostró que la mayoría de los participantes estaban casados (56.0%), viudos el 37,8 % y no había divorciados/as en la muestra **tabla 2**, y tenían como principal ingreso económico su retiro o pensión. Alrededor del 70% consideraba que su situación económica se mantenía igual o había empeorado con el paso de los años.

La familia cubana ha pasado a ser menos numerosa. Según el censo de población de viviendas del 2012 y la encuesta de envejecimiento,^{7,16,17} el estado conyugal presenta una distribución similar, con una alta proporción de estos que se encuentran casados, y la otra categoría que predomina es la viudez, lo que coincide con García Velázquez¹¹ y Vila Pérez¹⁸ y los resultados al respecto del presente estudio.

Respecto a la situación laboral, se encontraba jubilado el 87.8%, un pequeño porcentaje trabajaba o estudiaba en aulas de adultos mayores (**Tabla 3**). La protección social a los 60 años y más es elevada, los hombres como tendencia con mayor frecuencia se reincorporan al trabajo una vez jubilados y laboran hasta edades avanzadas, las razones que prevalecen en la participación económica fuera de edad laboral tanto para hombres como para mujeres son, además de sentirse útiles, por necesidades económicas. Desde la percepción de la mayoría, los montos recibidos resultan insuficientes y eso

impone determinados límites en sus vidas cotidianas, por lo que se manifiesto con el intercambio diario que se reincorporaban por esta razón nuevamente al trabajo.

Con la jubilación, los adultos mayores disponen de más horas de tiempo libre por lo que aumenta el reposo y el descanso, después de un determinado período de disfrute del tiempo liberado del trabajo, todas estas horas pueden convertirse en interminables, sobre todo, cuando predomina el aburrimiento por encima del sentimiento gratificante del no tener que hacer nada. Por ello surge la necesidad de estar ocupados, es decir, las personas mayores precisan llevar a cabo algunas actividades útiles bien sea para ello, la familia o para la sociedad. En este sentido, se está asistiendo a la aparición de una nueva edad, la que le sigue al final de las constricciones productivas y que anteceden a la decadencia física, psíquica y social. Coincidiendo los resultados de los estudios de Rivas⁷⁸ y Puello⁵⁹, destacando que cuatro de cada diez personas de la tercera edad hacen uso de las nuevas tecnologías de la información, propiciando que tengan nuevas opciones en el uso del tiempo libre y contacto sistemático de los familiares y amigos residentes en el exterior.

En cuanto al nivel de escolaridad, el 51,5% poseía nivel educacional elemental o primario, siendo el mayormente alcanzado por este grupo poblacional (**Tabla 4**)

Los niveles educativos formales, medidos en promedio de años de estudios de los adultos mayores, son de 8,0 años para ambos sexos, a medida que avanza la edad de la población adulta mayor, es menor el nivel educativo que tiene, debido al limitado acceso a la educación en los años que esas personas estaban en posibilidad de aprender,⁶ coincidiendo estos datos con el estudio realizado, no así con la encuesta de envejecimiento demográfico, citado por Alfonso¹⁶ donde el 49% terminó estudios de enseñanza media superior y nivel universitario siendo esa cifra más elevada en el sexo masculino.

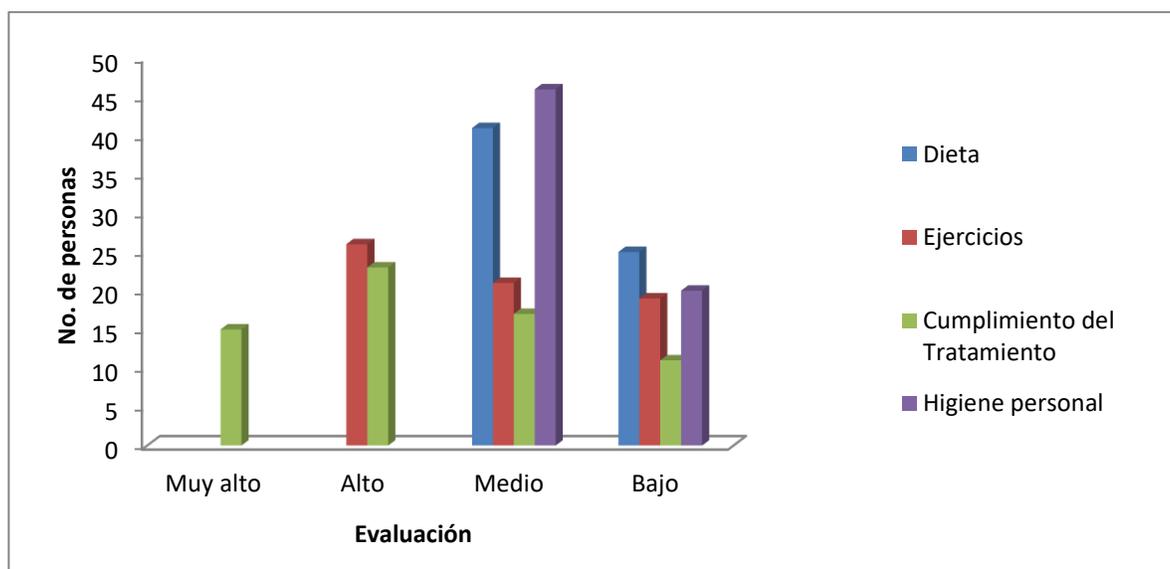
En cuanto al nivel de conocimiento acerca de los cambios en esta etapa de la vida (en relación a su enfermedad de base y su modificación con la edad, el tratamiento medicamentoso y su relación con la edad, importancia de eliminar adiciones, todo esto se pudo constatar a través de la aplicación de los instrumentos, e interacción con el adulto mayor en la etapa de diagnóstico) los 66 (100%) los poseían, pero solo 20 (30.3 %) son responsables de su autocuidado (**Tabla 5**), el resto de los casos no practicaba el autocuidado correctamente.

Tabla5
Nivel de conocimiento y autocuidado. Comunidad Barbosa. 2020

Autocuidado	Nivel de conocimiento	%
Si	20	30,3
No	46	69,6
Total	66	100

El cuidado es una actividad permanente y cotidiana de la vida de las personas, todos o casi todos cuidan y/o se cuidan a sí mismos. Se evaluó la gestión de autocuidado personalizado en las personas mayores del estudio obteniéndose como resultado que existe un déficit de autocuidado con respecto a su enfermedad.

**Gráfico 1. Evaluación de autocuidado personalizado.
Personas mayores. Barbosa**



Fuente: Tabla 6

El autocuidado es considerado uno de los principales componentes del complejo tratamiento de las enfermedades crónicas prevalentes en esta etapa de la vida y en este grupo de estudio, exigiendo que las personas mayores tengan conocimientos y habilidades para desarrollar los comportamientos de autocuidado que son esenciales para el tratamiento, reduciendo las morbilidades asociadas a las complicaciones de las mismas. Millán Méndez,⁶⁷Rodríguez Hernández,⁵⁷Martínez García,⁷⁹en sus estudios coinciden en que la educación en el adulto mayor debe ser para aprender a vivir, es una necesidad social y debe ir dirigido al desempeño de nuevos papeles y a la búsqueda de un nuevo espacio en la sociedad, con la promoción y fomento de la salud a través de la práctica de comportamientos saludables, el mantenimiento, recuperación y rehabilitación de la misma, con conductas de carácter social, afectivo, psicológico y otras, que promuevan la satisfacción de las necesidades básicas del hombre y mujer como ser holístico. Con el proceso de envejecimiento de la población y el aumento de la prevalencia de las enfermedades crónicas, se hace cada vez más urgente

la incorporación del autocuidado como una estrategia explícita y permanente en los modelos de atención en salud a nivel comunitario.

Por lo que se tuvo en cuenta los comportamientos en salud como la forma de alimentarse ya fuera solo con o sin dificultad, lo cual influye también en los resultados de la tabla 8 y 9 relacionada con el estado nutricional del grupo de estudio, en cuanto a la realización de ejercicios físicos, se evidenció su influencia en la calidad del sueño, la satisfacción con la vida, la energía y concentración a la hora de llevarlos a cabo. Para evaluar la higiene se asumió tanto la personal, cuidado de los pies, incluyendo, además, la asistencia estomatológica y la higiene ambiental, así como la presencia de factores de riesgo (ingestión de bebidas alcohólicas y hábito de fumar y enfermedades crónicas no transmisibles). Todos estos aspectos conducen a la interpretación por la autora de que el autocuidado es un componente muy importante del cuidado de la salud y de los comportamientos en salud positivos.

El valor medio del Índice de Masa Corporal (IMC) se consideró aceptable para hombres y en la categoría de sobrepeso para las mujeres. Se calculó en base al total de hombres y mujeres del grupo de estudio.

Se evidenció una disminución del peso corporal con la edad y esto puede deberse a factores relacionados con el envejecimiento entre ellos la reducción del agua corporal y la disminución de la masa muscular y masa celular en general. La evaluación del estado nutricional por medidas antropométricas se realizó con el IMC, el 14.5% de los hombres y el 9.4% de las mujeres fueron ubicados en las diferentes categorías de deficiencia energética crónica coincidiendo con esta clasificación de malnutrición por defecto. (**Tabla 7.**)

En la evaluación antropométrica se encontró una proporción considerable en la clasificación de sobrepeso y un porcentaje discreto en la clasificación de deficiencia energética, no coincidiendo totalmente con estudios revisados en la literatura donde la desnutrición energética es más frecuente en la persona mayor que la obesidad, aunque no se diagnostique con regularidad.⁸⁰

Los niveles de sobrepeso encontrados son potenciadores del desarrollo o complicaciones de enfermedades crónicas, según la literatura, Rivas⁸¹ plantea en su estudio que los efectos más negativos de la obesidad se producen porque actúa como agente que acentúa y agrava a la corto y largo plazo así como de forma muy evidente patologías consecuentes de la aterosclerosis (hipertensión, diabetes mellitus diversos trastornos cardiovasculares) y que los cambios de hábitos alimentarios, la actividad física y la responsabilidad individual serían herramientas para contrarrestar el aumento de peso, y con ello prevenir las complicaciones de las enfermedades no transmisibles vinculadas a ello.

En cuanto a la realización de actividad física o practicar algún deporte incluía la concentración y energía suficiente para la realización de los mismo. Tabla 10.

Estos datos coinciden con la encuesta de envejecimientos y datos ofrecidos por la ONEI ^{7,17} con el estudio de Hernández Pérez,⁵⁶ Mesa Trujillo⁵⁸ y Mateus López⁸¹ donde ver televisión, escuchar radio, música, leer periódicos, revistas, constituyen las principales actividades que desarrollan los adultos mayores mientras que jugar, practicar deportes o hacer ejercicios, juegos de mesa, son actividades menos realizadas por estos.

Tabla 8.
Personas mayores, según realización de actividad física o deportiva.
Comunidad Barbosa. 2020

Realización de actividad física antes de ingresar al grupo de Taichí	no	%
Ha realizado o realiza con frecuencia	38	57,6
No practica con frecuencia	28	42,4
Total	66	100

Entre las causas para no realizar ejercicios físicos que aludieron los 28 que no practicaban con frecuencia se puede mencionar: en cuanto a los hombres, falta de instalaciones deportivas 75%, por la edad 71,4%, falta de personal

para dirigir la actividad 50%, no sé qué hacer 42,8%, por pereza, desgano 35,7%. En el caso de las féminas, las principales causas que alegaban al igual que los hombres: la edad con 84,4%, no sé qué debo hacer 71,1%, falta de personal para dirigir 60%, falta de instalaciones deportivas 46.6%, no me gusta 42,2% y nunca lo he hecho 35,3%.

El término calidad de vida incluye, para la mayoría de los investigadores, todos los aspectos de la vida humana, supone cualquier cosa que uno se pueda imaginar y que le pueda interesar. La Organización Mundial de la Salud (OMS) la conceptualiza como la apreciación del individuo sobre su enfermedad, dentro del contexto cultural y de valores en que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses. La calidad de vida se basa en percepción y expectativas individuales. Esto implica que este concepto no es algo estético, sino dependiente del tiempo y que sufre cambios y refleja las experiencias de la vida. Se ha demostrado que la actividad física, en unión de una dieta adecuada, es un método eficaz para retrasar la de problemas ligados al envejecimiento. La OMS ha dejado constancia de la necesidad de que los mayores ejerciten los músculos haciendo una actividad física moderada y regular con el objetivo de preservar al máximo sus capacidades funcionales.

El bienestar de las personas mayores recae principalmente en el factor económico y en el de la salud. En los últimos años en Cuba ha sido preocupación, por parte de las instituciones del estado y desde las políticas públicas, el asegurar el incremento de los ingresos por concepto de seguridad social para colaborar en cierta medida con la satisfacción siempre creciente de este sector poblacional, produciéndose una mejora en la situación económica de las personas mayores. La salud es el aspecto que más preocupa a los mayores en nuestro tiempo, debido al aumento de las enfermedades crónicas no transmisibles en esta etapa de la vida. Las personas mayores entienden que el mantener unas buenas condiciones de salud es el factor más influyente a la hora de determinar la calidad de vida.⁸²

El sentirse protegido por sus familiares es una necesidad. Para ello, el buen nivel de comunicación y gozar de autonomía al realizar las tareas de la vida diaria es un eslabón que permite mantener una calidad de vida buena. Los que no cuentan con familiares en caso de necesitar ayuda se les brinda mediante la red de apoyo. Todo esto no exime a la población de diversas enfermedades crónicas propias del envejecimiento y de la consecuente administración de medicamentos relacionados. Las más padecidas por la población cubana son artrosis o artritis, hipertensión arterial, diabetes mellitus, enfermedades del aparato digestivo y osteoporosis.⁴⁶ La autora coincide con los resultados obtenidos por Estrada –Brizuela⁴⁶ que plantean que el 96% de la población de estudio padece alguna enfermedad crónica y el 79% presenta comorbilidad, las enfermedades más usuales en ambos sexos son las cardiovasculares, junto con las osteoarticulares, digestivas y neurológicas.

La salud mental es buena y 57.6% de los participantes que mantiene la práctica de ejercicios se encuentran bien, felices y fuertes, con determinadas ideas e ilusiones que les mantienen con interés, también afirman gozar de un descanso reparador. El análisis de la percepción subjetiva que tiene el grupo estudiado de su situación demuestra un estado bueno y optimista. Ya que no se sienten solos, consideran que ven a sus familiares tanto como quieren, se sienten autosuficientes para realizar las tareas de la vida diaria. Su estado de salud física está entre buena y regular y la afectación de la vida por las enfermedades es variada. El estado de ánimo es bueno, ven la vida amena y agradable y con lo vivido se encuentran muy satisfechos. Consideran que tienen dinero suficiente para cubrir sus necesidades, aunque valoran su situación económica de regular.

La etapa que vive la población mayor de 65 años se caracteriza básicamente por el mayor tiempo libre del que disfruta el resto de la comunidad. Según los resultados obtenidos, los hábitos más frecuentes de tiempo libre son, en primer lugar, ver la televisión, leer, oír la radio, escuchar música, seguido de estar con la familia y con los amigos y, en tercer lugar, hacer deporte o pasear. Estos

datos coinciden con el estudio realizado recientemente por Mateus⁸⁴ sobre hábitos deportivos, donde el tiempo libre se ocupa principalmente en ver televisión, oír radio, leer, seguido de estar con familiares y amigos y luego hacer deporte. En esta línea, García Ferrando⁸³, en su estudio sobre los hábitos deportivos de la población adulta mayor española, muestra que la principal actividad de tiempo libre de la población general española es estar con la familia, seguida de ver televisión, oír radio y leer. Rodríguez Hernández y colaboradores⁸⁴ constatan una disminución de la actividad física en una población adulta cubana en cuanto a ver televisión, escuchar radio y leer.

En el caso de la población estudiada la edad sin duda condiciona estas actividades. Las personas mayores no deciden el tiempo que pasan con la familia, están sometidos al tiempo libre que los hijos, nietos, etc., tienen para poder estar con ellos.

Cabe destacar que los participantes de este estudio confieren un lugar muy importante a la práctica deportiva por sus beneficios para la salud y porque les brinda la posibilidad de relacionarse, motivos reseñados posteriormente para hacer deporte, aunque se quejan de no saber qué hacer, falta de personal para dirigir la actividad, falta de instalaciones deportivas, no tener tiempo y la falta de gusto por el deporte, al igual que la población en general. La capacidad de mantenerse activos y útiles contribuye a la sensación de bienestar del colectivo del adulto mayor, lo cual favorece sus condiciones vitales. La práctica de un programa de entrenamiento físico adecuado mejora tanto el área física como la psíquica.

El 57,6% de la población estudiada, ha realizado o realiza en la actualidad algún tipo de actividad física y deportiva, entre las que se destacan caminar, correr y realizar ejercicios gimnásticos o de mantenimiento, aunque persisten problemas que condicionan la desmotivación por la actividad física. Rodríguez Hernández y colaboradores⁸⁷ destacan que hombres y mujeres mayores no se ejercitan físicamente por la falta de instalaciones deportivas acordes a su edad o de interés en el deporte o porque nunca lo han hecho o no tienen tiempo.

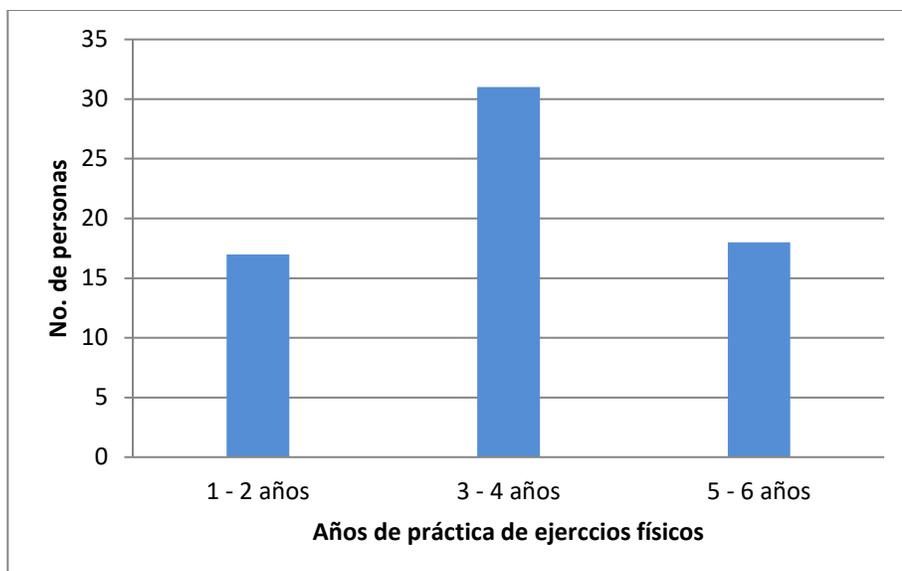
Se puede atribuir esta variación a posibles diferencias de intereses y preocupaciones de este sector de la población. A pesar de la presencia de un grupo notable que no realiza actividad deportiva, el 16.7% opina que realizar actividad física es bueno para la vida, quizás sensibilizados por la gran cantidad de información que rodea al deporte en los últimos tiempos en nuestra sociedad.

Se ha encontrado también que aquellos que practican algún tipo de deporte o actividad física califican su salud como buena o regular y tienen un buen estado de ánimo. En cualquier caso los beneficios que la actividad física aporta al organismo son numerosos tanto a nivel físico como psicológico y de esparcimiento.

La autora coincide con los resultados de estudios de Montes Vela²⁷, De la Villa Morales,⁸⁵ Noa⁸⁶ y Martín Aranda⁸⁷ en considerar la actividad física como importante determinante de la calidad de vida en la ancianidad, debido a sus repercusiones físicas, psicológicas (mejores indicadores de salud física, alta autoestima, vitalidad, e interacción social positiva).

El **Gráfico 2** muestra que el 46.9% de los sujetos del grupo bajo estudio promedian entre 3 y 5 años realizando actividad física. El ejercicio físico en esta etapa de la vida aporta gran utilidad y satisfacción por la vida según la muestra estudiada, por lo que la mayoría de los adultos mayores encuestados está incorporada al mismo.

**Gráfico 2 Período de práctica de actividad física.
Personas mayores. Barbosa. 2020**



Fuente: Tabla 9

Las enfermedades presentes en el persona mayor (**Tabla 10**) reflejan que el 41,0% de los hipertensos controlaron su enfermedad, el 51,5% de los adultos mayores con artrosis/artritis no padecen impotencia funcional y los dolores disminuyeron, y en el 41,6% desaparece síntomas de ansiedad, insomnio y sensación de soledad. El efecto positivo de la práctica deportiva en los adultos mayores es doble tanto física como psicológicamente. En el ámbito físico previene las caídas y mejora su funcionalidad, mejora su calidad de vida y reduce los costos sanitarios, y en lo psicológico aumenta el estado de ánimo y favorece las relaciones personales.

De las enfermedades de mayor incidencia se aprecia que la hipertensión tiene gran representación en la población estudiada. El control de esta patología sigue siendo esmerado por constituir un factor predisponente y principal de la morbilidad en las persona mayores, tanto para las enfermedades del corazón, las cerebro-vasculares o de daños en otros órganos.³³

Tabla 10.
Control de enfermedades que presenta el adulto mayor que realiza
ejercicios físicos. Comunidad Barbosa. 2020

Patologías	Control	No control	%	total
HTA	16	23	58,9	39
Artritis/artrosis	34	19	28,7	53
Asma Bronquial	1	3	75,0	4
Trastornos Depresivos	15	21	58,3	36

Todas las fuentes coinciden en que la longevidad es una etapa de la vida marcada por las enfermedades, ya que el 85 % de las personas mayores padecen de algún tipo de patología. Dentro de las más frecuentes, según expertos en Geriátría, están los reumatismos, las patologías cardiovasculares, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus.^{88,89}

Se plantea en otros estudios similares que caminar regularmente a paso ligero redujo a la mitad la incidencia de trastornos del sueño en personas que los padecían, estos síntomas acompañaban a las personas mayores en sus trastornos depresivos, los cuales mejoraron con la práctica del ejercicio, además esta actividad física puede ser particularmente eficaz para combatir el estrés, la ansiedad, y el insomnio. Coincidiendo con los resultados del presente estudio.^{90,91}

Otro de los beneficios de la ejecución de actividades físicas es el encuentro periódico con sus coetáneos, lo que les permite distraerse, y esto repercute positivamente desde el punto de vista psicológico. Otros estudios resaltan que la práctica de ejercicio en las personas mayores alivia el dolor y reduce la limitación del movimiento articular; disminuye la tensión arterial y el consumo de medicamentos, además las relaciones sociales.^{90,92,92}

Esto se corresponde con la investigación que reflejó que algunas personas mayores enfermas que realizaban tratamiento medicamentoso durante el período de estudio disminuyeron la dosis de medicamento del día como es el caso de los sujetos hipertensos y con dolores por la artrosis; otros llegaron a controlar su enfermedad con monoterapia en los casos de trastornos

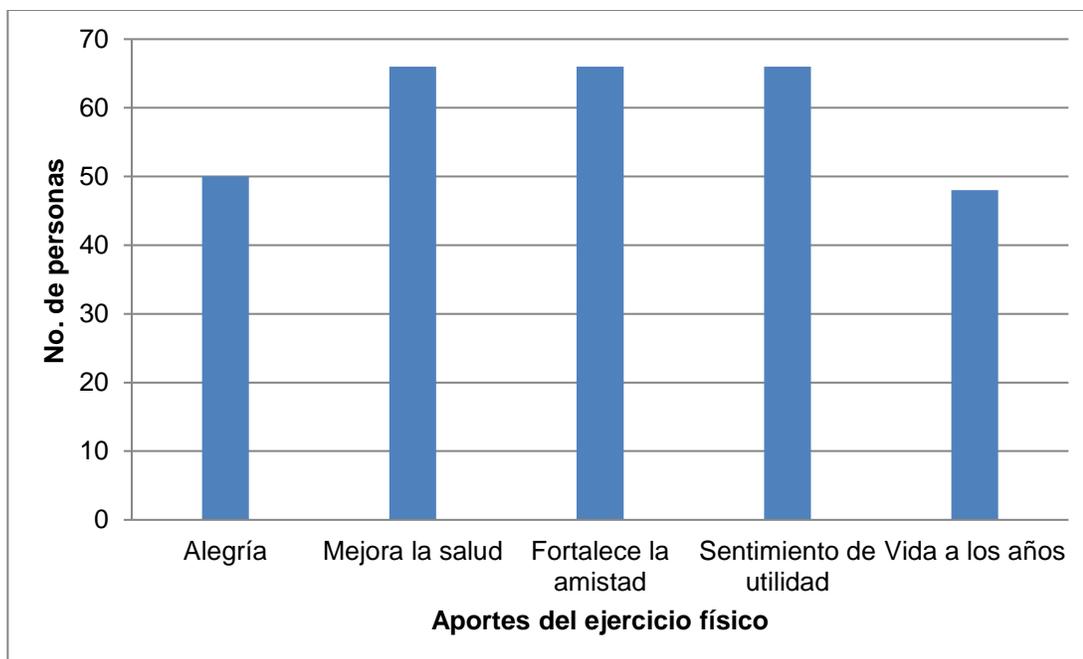
depresivos e hipertensión arterial, algunos de los adultos mayores consumían más de un medicamento para controlar estas enfermedades y al concluir la investigación, estaban controlados ingiriendo solo uno. (Tabla 11).

Tabla 11.
Comportamiento del tratamiento médico en personas mayores enfermas que practican ejercicios físicos. Comunidad Barbosa. 2020

Comportamiento del tratamiento	Hipertensión arterial		Asma bronquial		Artrosis / Artritis		Trastornos depresivos		Total	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
Disminuyeron la dosis	10	15,5	1	1,5	5	37,8	4	0	0	60,6
Con monoterapia	6	9,0	-	-	6	9,0	5	7,5	7	7
Sin tratamiento medicamentoso exclusivo		-	-	-	-	-	9	13,6	9	1,6
Total		24,2	1	1,5	1	46,9	8	7,2	66	100

La totalidad de los sujetos opina de forma favorable respecto a estas actividades al considerarlo que los hace sentirse útiles, que mejoran su salud y estado de ánimo y fortalecen las relaciones amistosas ilustrándonos el Gráfico 3 el grado de satisfacción y el gran valor que atribuyen las personas mayores a la realización sistemática de ejercicios físicos.

Gráfico 3
Aportes del ejercicio físico a la persona mayor. Comunidad Barbosa 2020



Fuente: Tabla 12

El ejercicio aporta, entre otros beneficios, la disminución de la percepción del dolor, de la ansiedad y mejora la capacidad de concentración y atención. Además, la persona mayor que participa en actividades físicas con cierta regularidad, mejora su sensación de bienestar y la percepción de mayor movilidad, logrando mantener más independencia por más tiempo, con mejor capacidad funciona.

El objetivo primordial de la medicina geriátrica es mantener la autonomía y el validismo, indicadores que en gran medida tienen correspondencia con el estado de salud de la persona mayor.^{93,94,95,96,97}

La actividad física también es importante en la rehabilitación cardiaca y respiratoria. Se ha comprobado que la mortalidad luego de un infarto del miocardio se reduce un 20% entre quienes siguen programas deportivos. Además, incrementa el glutatión en el plasma, lo cual ayuda a proteger los tejidos de la acción deletérea de los radicales libres. Facilita la actividad articular y previene la osteoporosis y fracturas óseas. Incrementa la absorción de calcio y potasio, así como la actividad enzimática oxidativa con la consiguiente mejora en la utilización del oxígeno y el metabolismo aeróbico

de grasas y glucosa. Incrementa la movilización de sustratos energéticos, ayuda a perder peso graso, reduce niveles plasmáticos de colesterol y triglicéridos y aumenta los índices colesterol/HDL en sangre. Acrecienta la tolerancia al esfuerzo por incremento de los umbrales aeróbico y anaeróbico, el volumen sistólico, el volumen de sangre (plasma y glóbulos rojos), la capilarización muscular, el volumen de oxígeno (VO₂) máximo y optimiza el sistema respiratorio por aumento de la capacidad vital, aprovechamiento de la oferta de oxígeno e incremento de la ventilación, difusión y transporte de oxígeno. Controla y reduce la tensión arterial en reposo y durante el esfuerzo, favorece el equilibrio neurovegetativo, psicofísico y la actividad psicointelectual, modifica el aspecto estético, estimula el optimismo, la vitalidad y la voluntad (lo cual ayuda a superar el tabaquismo y otros hábitos y adicciones insanas) y contribuye a la integración social^{94,97}.

En lo referente a insomnio y la medicación para dormir, el ejercicio físico regular, así como ejercicio de mente y cuerpo, mejoró principalmente la calidad subjetiva del sueño (sensación de descanso y sueño reparador), específicamente la calidad del sueño auto informado. Cabe destacar que los efectos del ejercicio sobre el sueño se basan en diversos mecanismos de actuación, uno de ellos es que mediante el ejercicio, se segregan diversas hormonas que aumentan la relajación corporal y mental, otro mecanismo es que al realizar actividad física favorece detener las preocupaciones. Si hay insomnio favorece un mejor inicio de sueño, un menor número de despertares y una mayor sensación de descanso al despertar.

Aspectos estos coincidentes con los estudios de Martin⁹⁰, Desque⁹⁴ que plantean que por estas razones fisiológicas en las cuales influye el ejercicio, este constituye un rol fundamental en este grupo etario, teniendo el objetivo de mantener una vida plena, con calidad, autonomía, por el mayor tiempo posible.

A la luz de los resultados obtenidos podemos reflexionar que es necesario la sistematización y la práctica de estrategias de intervención comunitarias en autocuidado de salud. En la medida en que resulta imposible evitar esta etapa,

es vital que la personas asuman nuevos patrones de conducta que le permitan sobrellevar de la mejor manera posible los avatares propios de la misma. ^{98, 99}

El establecimiento de programas dirigidos a la educación y prevención de complicaciones (sobre todo de las enfermedades consecuentes de la aterosclerosis) constituyen elementos de coincidencia entre varios investigadores con la firme resolución de promover la implementación de programas donde el autocuidado se incluya garantizando una mejor calidad de vida de estos sujetos. La educación para la salud resulta ser una herramienta eficaz en las transformaciones de estilos de vida de los sujetos portadores de enfermedades consecuentes de la aterosclerosis (enfermedad cardiovascular, cerebrovascular, hipertensión arterial, diabetes mellitus Tipo II). ¹⁰⁰

-Principales problemáticas detectadas en la comunidad

De la fase diagnóstica: Se detectó un conjunto de preocupaciones sobre condiciones objetivas de existencia consideradas en la determinación de las fuerzas actuantes y que pudieran influir sobre el diseño y posibles resultados de la estrategia de intervención.

Entre las principales demandas detectadas se encuentra

- El abasto de agua, déficit en la llegada a los últimos pisos de los edificios.
- La insuficiente o mala planificación del transporte.
- Poca recreación de niños, jóvenes y adultos, pues no existen espacios donde puedan satisfacer sus necesidades recreativas e inquietudes propias de a edad, y se evidencia en el diagnóstico realizado donde las actividades llevadas a cabo eran limitadas ver Televisión, oír radio, música, salir a hacer mandados
- A pesar de ser barrio residencial no cuenta con una fuente de empleo para asumir la problemática de la desvinculación juvenil, lo que constituye fuente de preocupación familia

En relación a las personas mayores

- Población envejecida, en su gran mayoría jubilados, este aspecto también influye en el no poder satisfacer sus necesidades e inquietudes propias de la edad.
- Dificultad para la realización de actividades físicas, lo que influye en su estado de ánimo.
- Lejanía de los centros docentes, culturales y deportivos.
- Accesibilidad a los servicios de Salud. La comunidad no posee policlínico propio, los casos más urgentes deben ser tratados en el policlínico Elpidio Berovides en San Agustín o el Pulido Humaran, en Arroyo Arenas, ambos son los más cercanos y pertenecientes al municipio la Lisa. Cualquier otro servicio debe realizarse en el policlínico Manuel Fajardo perteneciente a Jaimanitas, situación que afecta a muchas familias debido al creciente número de adultos mayores con problemas de salud que viven en la zona, (enfermedades crónicas no transmisibles, algunas controladas).

El déficit de autocuidado arrojó que un porcentaje bajo de las personas mayores era responsable de su autocuidado. A pesar de conocer la importancia de la realización de ejercicios físicos para mantenerse saludables, controladas las ECNT, tener mejor calidad del sueño, y mejor calidad de vida un gran porcentaje no los realizaba.

La higiene como uno de los pilares fundamental del autocuidado, mostró porcentajes bajos de conductas negativas.

Los factores de riesgo como el hábito de fumar y consumo de alcohol estaban presentes en la población estudiada.

Al presentar los resultados a consideración del grupo nominal, a partir del análisis colectivo se determinó que estos resultados constituyen la base esencial para obtener las áreas sobre las que se debe trabajar. Además de aprovechar los intercambios para promover análisis más profundos y fructíferos permitiría identificar los cambios en los comportamientos hacia la salud, su valoración cualitativa y cuantitativa, y la evaluación de la efectividad de la estrategia. Se determinó que los problemas a los que debe dirigir su

acción la estrategia de promoción por la posibilidad de ser resueltos con la modificación de los comportamientos en salud o acciones a nivel comunitario fueron los siguientes:

- Déficit de autocuidado.
- Comportamientos no saludables relacionados con la dieta, la no realización de ejercicios físicos, mala calidad del sueño, insatisfacción con la vida. (Se asume como aquellos casos en que la persona debido a situaciones vitales no se siente realizada bien porque otras personas o circunstancias le impidan conseguir un objetivo concreto o bien porque ella misma no acierta a establecerlo.)
- Presencia de hábitos no saludables como el tabaquismo y el consumo de bebidas alcohólicas
- Control de las enfermedades crónicas.
- Recreación
- Dificultad en el acceso a los servicios de salud, en particular los geriátricos.
- -Dificultad en las relaciones interpersonales, tanto familiares como con el equipo de salud.

Se profundizó en lo referente a cómo el sector salud enfrentaría esta problemática y su influencia en los aspectos: satisfacción, dignidad, responsabilidad con su salud, calidad. Se ubicó el tema en el contexto social en el cual transcurren la vida de los adultos mayores, dado que los individuos cuentan con una capacidad interpretativa resultante de la interacción social, que le sirve de supuestos básicos, para interpretar sus circunstancias y atribuir sentido a sus formas de pensar y actuar.

La demanda de servicios de salud se hace creciente dadas las características propias de este grupo poblacional, se analiza cómo organizar los servicios, de manera que se les otorguen ciertas prioridades a los adultos mayores como, por ejemplo: otorgarle prioridades en la atención al igual que se establece con otros grupos poblacionales: gestantes y lactantes.

4.3.-Fase de diseño de la estrategia de promoción

-Resultados de la técnica de árbol de problemas

Para la realización del análisis causa – efecto de la problemática identificada en la primera etapa de la investigación se desarrolló la técnica del árbol de problemas, con participación del equipo técnico y los actores sociales seleccionados.

Grupo Nominal

Del resultado del consenso del Grupo Nominal quedaron elaboradas las acciones intersectoriales, de promoción, de aprendizaje que conforman la estrategia de promoción comunitaria sobre los comportamientos en salud agrupadas de la siguiente forma:

Medio ambiente:

Se valoró el mejoramiento del entorno residencial y la creación de espacios urbanos que favorezcan la realización de actividades de esparcimiento.

- Con la ayuda intersectorial se logró montar un parque biosaludable. Se arregló un área para juego de básquetbol y realización de ejercicios al aire libre. Cumpliéndose el indicador propuesto.
- Se mejoró el entorno del barrio con la pintura de los edificios e incremento de las áreas verdes.

Modo y estilo de vida:

Fue evaluado como uno de los más importantes para lograr cambios positivos en la salud. Concluye con la propuesta de realización de varias acciones relacionadas con hábitos y comportamientos saludables, la satisfacción de las necesidades básicas.

- Se logró abrir un SAF. En la comunidad existen cafeterías particulares las cuales se encargan de la alimentación de los ancianos que viven solos, que no tiene familiares y no se encuentran en instituciones como círculo de abuelo ni hogar de anciano.
- Se logró conformar un grupo de Taichí, comenzando con un grupo de 30 personas mayores incorporándose paulatinamente un grupo mayor.

- Se realizaron varias actividades recreativas, logrando el intercambio no solo entre coetáneos, sino también intergeneracional.

Organización de los servicios de salud:

Los participantes en esta reunión centraron sus propuestas en acciones propias del sector salud relacionadas con la propuesta de mejoramiento de la accesibilidad a los servicios de salud tanto desde el punto de vista de las barreras arquitectónicas como de organización de los horarios de consultas y otros aspectos relacionados con la atención a este grupo poblacional.

- Se ubicó un servicio de urgencia estomatológico (un sillón) en uno de los consultorios médico.
- Se ubicó un servicio de urgencia en horario nocturno de 5pm a 8am de lunes a viernes sábados de 3 a 8am y domingo 24 horas.

La autora de la investigación considera que la técnica seleccionada es una opción muy útil para la generación de ideas y el establecimiento de prioridades, siempre con valoraciones debatidas desde una óptica grupal, lo cual coincide con varias investigaciones que lo utilizan para la fase de diagnóstico y elaboración de estrategias y programas. ^{101,102}

De la construcción de la estrategia de promoción de salud

La autora de la investigación define la estrategia de promoción comunitaria sobre los comportamientos en Salud en adultos mayores como “ *el conjunto de acciones concebidas como un proceso, donde se integran los esfuerzos comunes y los recursos de distintos sectores de la sociedad, dirigidos de manera coordinada desde el sector de la salud, a través de los líderes comunitario, destinados a mejorar la salud , bienestar y calidad de vida de los adultos mayores del grupo practicante de ejercicios y no practicante de la comunidad de Barbosa*”.

De acuerdo a los resultados de la fase diagnóstica y la concepción teórica desarrollada en el capítulo 3 la estrategia de promoción quedó estructurada según la **figura 1** donde se muestran los componentes estructurales que

conforman la estrategia de promoción y la relación que se establece entre ellos.

De la implementación: se tuvo en consideración las diferentes etapas.

Primera etapa:

Se registró en una planilla los datos personales, el número de documento de identidad, los números telefónicos, de las personas mayores para la posterior invitación a participar en cada una de las actividades del proyecto. Con esta información se elaboró una base de datos de las personas mayores que participaron en la investigación.

Segunda Etapa: Eficiencia de los instrumentos para la recolección de información

Se aplicó el consentimiento informado a cada una de las personas mayores, así como el resto de los instrumentos y posteriormente se realizó ratificación del mismo para obtener información sobre características sociodemográficas, sobre concepto y percepción de salud, sobre hábitos higiénico-sanitarios importante para valorar el autocuidado, acerca del proyecto de vida, así como satisfacción por la vida, estado nutricional, enfermedades con riesgo aterogénicos. Al año se realizaron los registros pertinentes de acuerdo con los hallazgos de la entrevista y a lo observado por la investigadora, con el fin de comparar los resultados actuales con los anteriores y verificar y analizar la presencia de cambios, las modificaciones en los comportamientos hacia la salud.

Tercera etapa:

Cambios en las variables relacionadas con los problemas detectados

La población objeto de estudio estuvo constituida por unos 66 adultos mayores para la fase diagnóstica. En la Medición Final se perdieron 8 personas mayores estudiadas previamente por motivos de fallecimiento y cambio de

domicilio, el grupo de estudio quedo reducido a 58, siendo los datos que se muestran para la evaluación de los cambios.

Para efectos del análisis del **Autocuidado** se recodificó en las categorías que van en una escala de positivo a negativo, teniendo en cuenta cuidado de los pies, así como los comportamientos en salud: higiene que incluyó visita al estomatólogo.

Al comparar la Medición inicial (antes) con la Medición 2 (después), en relación al cuidado de los pies, se observa que luego de seis meses de iniciada la estrategia, aumentó el número de los sujetos mayores que declararon cuidarse los pies. No obstante, es relevante que 13 adultos mayores (22.4%) se mantuvo en la categoría de no cuidado después de seis meses de concluidas las acciones de la estrategia (Tabla 13).

Tabla 13
Cambios en la variable Autocuidado: Cuidado de los pies. Personas Mayores. Comunidad. Barbosa. 2020

Variable		Momento respecto a la intervención			
		Antes		Después	
		n	%	n	%
Autocuidado de los pies	Sí	10	17,2	45	77,6
	No	48	82,8	13	22,4
Total		58	100	58	100

A juicio de la autora las acciones de la estrategia de intervención en esta área, surtieron efecto, y pudiera interpretarse como una posibilidad razonable para el enriquecimiento del comportamientos saludables, asumidos conscientemente desde el autocuidado, en la medición del comportamiento en salud: higiene y forma de alimentarse en la primera no se aprecia significación, pero a pesar de no existir cambios, no hay retroceso valorándose de positiva la intervención (Tabla 14, 15) y en cuanto a forma de alimentarse a pesar de no ser significativo el análisis denota independencia en

el persona mayor, además de que las condiciones objetivas generales no favorecieron el cambio como se previó en las amenazas externas.

Tabla 14
Cambio en la variable Higiene personal. Comunidad Barbosa. 2020

Variable		Momento respecto a la intervención			
		Antes		Después	
		n	%	n	%
Higiene personal	Sí	19	32,8	19	32,8
	No	39	67,2	39	67,2
Total		58	100	58	100

Tabla 15
Cambio en la variable Forma de alimentarse. Comunidad Barbosa. 2020

Variable		Momento respecto a la intervención			
		Antes		Después	
		n	%	n	%
Forma de alimentarse	Solo con dificultad	13	22,4	14	24,1
	Solo sin dificultad	45	7,	44	75,9
Total		58	100	58	100

-Área estado funcional: incluye uso de medicamentos, sueño, estado emocional, y relaciones sociales.

Las debilidades en esta área se abordaron mediante la aplicación de la Estrategia de promoción con actividades de educación en salud, y consejerías personalizadas.

A continuación, se presentan las tablas de valoración del cambio en cada una de las mediciones: antes y después

Tabla 16
Cambio de la variable Ingestión de medicamentos (más de 3).
Comunidad Barbosa. 2020

Variable		Momento respecto a la intervención			
		Antes		Después	
		n	%	n	%
Ingestión de tres o más medicamentos	Sí	42	72,4	25	43,1
	No	16	27,6	33	56,9
Total		58	100	58	100

En esta variable ingestión de más de tres medicamentos, tabla19 la significación importante en cuanto a la disminución de la ingesta de medicamentos el (56,9%) teniendo en cuenta que en esta etapa de la vida hay un aumento de la polimorbilidad provocando un alto consumo de fármacos la cual posibilita un gran número de reacciones adversas.

Tabla 17
Cambio de la variable satisfacción con el sueño.
Comunidad Barbosa. 2020

Variable		Momento respecto a la intervención			
		Antes		Después	
		n	%	n	%
Satisfacción con el sueño	Sí	32	55,2	49	84,5
	No	26	44,8	9	15,5
Total		58	100	58	100

Analizando por separado, respecto a sueño (Tabla 17), se observó que después de aplicada la estrategia, los que no estaban satisfechos con el sueño disminuyeron a un 15,5% y los que estaban satisfechos aumentaron a un 84.5%, significa que, aparentemente, 26 de los que tenían problemas dejaron de tenerlos, lo cual puede ser atribuido a la adquisición de conocimientos en cuanto a modificación del estilo de vida.

Tabla 18.
Cambio de la variable Satisfacción con las relaciones interpersonales.
Comunidad Barbosa. 2020

Variable		Momento respecto a la intervención			
		Antes		Después	
		n	%	n	%
Satisfacción con las relaciones interpersonales	Poca	1	1,7	5	8,6
	Normal	23	39,7	12	20,7
	Mucha	34	58,6	41	70,7
Total		58	100	58	100

En relación a las relaciones interpersonales Tabla 18, se evidencia progresión hacia la mejoría (muy satisfecho) en un 70,7%. El contacto con otras personas mayores mejora las relaciones interpersonales, aunque el programa está limitado porque no penetra al hogar.

-Sumatoria de comportamientos en salud

El análisis posterior proyecta a la modificación al área de positividad de los comportamientos en salud después de aplicada la estrategia.

Tabla 19.
Cambio variable Realización de ejercicios físicos.
Comunidad Barbosa. 2020

Variable		Momento respecto a la intervención			
		Antes		Después	
		n	%	n	%
Realización de ejercicios físicos	No	17	29,3	9	15,5
	SI	41	70,7	49	84,5
Total		58	100	58	100

En cuanto a la realización de ejercicios solo 15,5% o no lo realiza o lo hace frecuentemente, observándose progresión positiva con relación a quienes realizan ejercicio físico frecuentemente y está dado en que los adultos mayores de la comunidad se han mantenido en círculo de realización de

ejercicios, logrando estabilidad en su realización al menos 2 días a la semana. Tabla 19

Tabla20.
Cambio en la variable satisfacción con su salud.
Comunidad Barbosa. 2020

Variable		Momento respecto a la intervención			
		Antes		Después	
		n	%	n	%
Satisfacción con su salud	Insatisfecho	22	37,9	16	27,6
	Medio	16	27,6	16	27,6
	Satisfecho	20	34,5	26	44,8
Total		58	100	58	100

En cuanto a satisfacción con su salud, el programa ayuda teniendo en cuenta que es una estrategia de cambios, evidenciándolo que el 44,8% de los sujetos se sienten satisfechos con su salud.

-Factores de riesgo: Hábito de fumar, consumo de alcohol. El hábito de fumar no refleja la existencia de significación estadística en ninguna de las mediciones, pero es importante señalar que no se detectaron nuevas incorporaciones, siendo una de las metas del trabajo realizado, Tabla 21.

Durante el año de aplicación de la estrategia la frecuencia en el uso de estas sustancias, alcohol, Si tiene significación, la influencia de la estrategia es positiva en cuanto al abandono del consumo donde el 53,8% no consume después de aplicada la estrategia.

Tabla 21.
Cambio en la variable Fumador. Comunidad Barbosa. 2020

Variable		Momento respecto a la intervención			
		Antes		Después	
		n	%	n	%
Fumador	Activo	19	32,8	17	29,3
	Nunca	39	67,2	41	70,7
Total		58	100	58	100

Tabla 22.
Cambio en la variable Consumo de alcohol. Comunidad Barbosa. 2020

Variable		Momento respecto a la intervención			
		Antes		Después	
		n	%	n	%
Consumo de alcohol.	Si	44	75,9	26	46,2
	No	14	24,1	32	53,8
Total		58	100	58	100

-Relación de variables relacionadas con el área de bienestar y calidad de vida

Tabla 23.
Cambio en la variable satisfacción con la vida. Comunidad Barbosa. 2020

Variable		Momento respecto a la intervención			
		Antes		Después	
		n	%	n	%
Satisfacción con la vida	Si	39	67,2	34	58,6
	No	19	32,7	24	41,4
Total		58	100	58	100

Estos datos indican que los escasos cambios favorables logrados en este aspecto por los adultos mayores durante la ejecución de la estrategia no persistieron luego de detenidas las acciones de la misma. Hay un retroceso siendo esto una limitante del estudio, donde el programa no llega a determinadas zonas subjetivas que determinan la satisfacción.

Tabla 24.

Cambio en la variable Calidad de vida. Comunidad Barbosa. 2020

Variable		Momento respecto a la intervención			
		Antes		Después	
		n	%	n	%
Calidad de vida	Mala	19	32,8	20	34,5
	Aceptable	20	34,5	14	24,1
	Buena	19	32,8	24	41,4
Total		58	100	58	100

En esta área existe una progresión a categorías superiores, teniendo en cuenta que es una categoría subjetiva donde la apreciación de bienestar es importante.

La calidad de vida es un concepto multidimensional influenciado por variables como estilo de vida, socioeconómicas, satisfacción personal, condiciones físicas y de salud, y entorno social donde se desenvuelve el adulto mayor. En relación a este aspecto la población de estudio se siente útil, siente que tiene oportunidades para realizar actividades lo cual puede influir en el resultado de considerar como buena su calidad de vida. En relación a los resultados de la satisfacción con la vida que no muestra resultados posteriores positivos puede resultar contradictorio, por lo que es válido aclarar que la satisfacción con la vida puede estar influenciada por lo que crea y por tanto perciba de su mundo, el cual no solo está determinado por lo individual sino por aspectos de orden psicosocial, socioeconómico y medio ambiental.

-Valoración de cambio

Dimensión individual. La evaluación se efectuó a través de la aplicación de la entrevista a las personas adultas mayores implicadas después de nueve meses de estarse aplicando la estrategia al cumplirse todas las etapas previstas para la implementación de la misma. La autora de este trabajo en la

misma etapa trabajó y participó con los adultos mayores en actividades deportivas, y culturales.

El grupo de estudio disminuyó en número de 66 a 58 y este descenso se atribuye a cambio de domicilio y fallecimiento.

Dimensión Comunitaria.

Entre los prestadores del nivel primario de atención que han participado en la experiencia existe una adecuada motivación para la ejecución de la estrategia. Es elevada la satisfacción de los prestadores y los sujetos en cuanto al proceso de implementación realizado.

Se muestran moderados avances en el proceso de implementación de la estrategia. A lo largo del trabajo grupal se apreció la buena comunicación y las valoraciones en torno a los temas abordados, manifestándose la validez de este método que impulsa y promueve el diálogo y la actividad. Por otra parte, la implicación personal en cada una de las actividades propició que las valoraciones y opiniones de los involucrados sobre el proyecto ganaran en un sentido emocional y motivacional. La mayoría de los individuos mostraron disciplina, interés por aprender e identificación.

En cuanto a la cooperación de los individuos como tercer proceso de lo comunitario, se puede catalogar de satisfactoria. Esto se afirma con la disposición para colaborar con las tareas encomendadas y el apoyo en la realización de las actividades, lo cual asegura la participación activa y consciente del sujeto en la vida cotidiana de la localidad.

El diseño participativo de las sesiones superó cualquier limitación, ocasionada por algunos adultos mayores que mostraron apatía al inicio del proyecto. Afortunadamente estos se fueron integrando paulatinamente en la construcción de nuevas iniciativas. El análisis de los resultados finales, demostró la eficacia del proyecto para asumir la búsqueda de soluciones reflexivas, con el propósito de lograr mejores transformaciones y participación social.

En esta etapa de sistematización existen una serie de obstáculos que pudieran dificultar los objetivos que persigue el proyecto, entre los cuales se encuentran: el escaso apoyo de la familia en algunos casos, la necesidad de mantener la sistematicidad de los promotores de deporte, las condiciones desfavorables del medio donde se desenvuelve el adulto mayor, el escaso vínculo entre cultura y recreación, entre otros. Por lo que este proceso de sistematicidad les brinda un seguimiento a estos elementos predisponentes.

Se logró el apoyo e incorporación del grupo comunitario en torno a la problemática analizada, promoviendo el desarrollo de habilidades técnicas y manuales en los abuelos formando valores y motivaciones necesarias para el enfrentamiento de las dificultades sociales que se presentan.

El método de trabajo grupal sirvió de espacio de reflexión para que se formularan alternativas de solución a las contradicciones existentes. También conllevó al intercambio comunicativo y a un mayor entendimiento en las relaciones interpersonales de los miembros del grupo.

Al decir de la investigadora se puede afirmar que la aplicación del Proyecto estrategia de promoción tuvo los siguientes resultados relevantes: los comportamientos en salud de la muestra se transformaron y mejoró su calidad de vida, por lo que los índices a medir en cada etapa tuvo aceptación en la comunidad y específicamente en la persona adulta mayor, por lo que la propuesta es factible y se puede aplicar en otras comunidades.

4.4- Valoración del cambio de los aspectos: Bienestar, Solidaridad, Satisfacción, Dignidad, Responsabilidad con su salud, Calidad.

En relación al bienestar, satisfacción y solidaridad se identifica como positivo la adquisición de herramientas para mejorar su salud y está dado porque el 96,9 y 100 % respectivamente de los adultos mayores refieren que existe una mejoría considerable en lo referente a las relaciones interpersonales, se sienten menos solos, se sienten más apoyados por el equipo de salud.

El 84,8 % se sienten satisfechos y con calidad, como tendencia están consumiendo menos fármacos y han mejorado su situación de salud, sus conductas y apreciación de su calidad de vida.

Han ido integrándose al círculo de ejercicios físicos y los conocimientos y orientaciones que reciben les han permitido perfeccionar su estilo de vida en lo que se refiere a: alimentación, realización de actividades que incluyen ejercicios físicos de acuerdo a sus potencialidades, recreación sana, intercambios e interacción social, mostrando mayor responsabilidad con su salud. Clasifican el proyecto de muy humano y solidario.

Las debilidades encontradas fueron en la dimensión individual relacionada con el aspecto responsabilidad con su salud. Se reconoce la necesidad de mantener lo logrado y continuar avanzando, a pesar de que aún hay personas mayores que necesitan empoderarse de comportamientos saludables, como ocurre con el 19,7% que su autocuidado es deficiente a pesar de los conocimientos adquiridos.

-Opiniones de las personas mayores beneficiadas con la aplicación de la estrategia.

Durante la última medición se realizó la valoración de la estrategia mediante preguntas abiertas: tanto al grupo nominal compuesto por los médicos y enfermeros de la familia, líderes comunitarios como al de las personas mayores, a fin de explorar la posible progresión de sus opiniones sobre los aspectos considerados. Los aspectos positivos que los adultos mayores definen como relevantes de acuerdo a las categoría inductivas y sus respectivas dimensiones como: la adquisición de herramientas para mejorar la salud, en este aspecto la población percibe "la aplicación del proyecto constituye una herramienta útil y necesaria para entender la importancia de cambios en los estilos de vida", por otro lado la percepción de una nueva cultura de salud y la adopción de prácticas saludables la definen como de gran relevancia puesto que la población objeto de estudio considera "que se gana conciencia para conocerse mejor y aprender a integrar los hábitos saludables en el estilo de vida".

En cuanto al aspecto responsabilidad con su salud los adultos mayores encuentran que al ser conscientes de sus errores en sus comportamiento de salud, pueden generar estrategias para mejorarlos. De otro lado al analizar la calidad de la atención y de su vida, los hallazgos contribuyen a la comprensión de la importancia del autocuidado, en la obtención del bienestar. Esto no quiere decir que las personas mayores ya hayan desarrollado todos cambios de su estilo de vida que se pretendían. Para alcanzar este objetivo se precisa de más tiempo, y continuidad de la aplicación de la estrategia, además de complementar con los aspectos motivacionales, profesionales, ambientales y sociales. Se exponen algunos argumentos de los participantes:

Ejemplos (Anexo 9)

Los resultados consolidados de la estrategia permitieron al personal de salud y líderes de la comunidad observar que la misma contribuyó a disminuir los comportamientos no saludables. Ayudó a incrementar la relación entre grupo básico de trabajo y la persona mayor, siendo de esta manera un instrumento importante para elevar las medidas de promoción y prevención de salud.

-Opiniones del personal de salud y líderes comunitarios acerca de la aplicación de la estrategia.

Como resultado de la sesión del Grupo nominal se constató lo siguiente: Los aspectos positivos que los profesionales de salud definieron como relevantes de acuerdo a lo que evidencian las categorías inductivas y sus respectivas dimensiones como la adquisición de herramientas para mejorar la salud; a este respecto los participantes manifestaron: “Esta estrategia es una herramienta muy importante para que los adultos mayores puedan entender la armonía que se debe tener en la vida, física, espiritual y psicológica”. Las relaciones de los profesionales de la salud con el adulto mayor, se extendió a la familia y a la comunidad.

De otro lado, la percepción de una nueva cultura de la salud y la adopción de hábitos saludables, la definieron como de gran relevancia puesto que la población objeto consideró que *“se gana conciencia y una cultura saludable*

para conocerse mejor como persona integral y aprender a integrar hábitos saludables en los estilos de vida". También plantean que *"estos hallazgos contribuyeron a la comprensión de la importancia del autocuidado en la consecución del bienestar"*, es decir la aplicación de la estrategia logró promover el autocuidado en el grupo de estudio. Se logró además la participación activa de muchos miembros de la comunidad, los cuales contribuyen de forma activa y consciente al cambio en su comportamiento de salud. Se debe destacar la labor del profesor de educación física a nivel comunitario, por mantener e incrementar la matrícula de los adultos mayores aquejados de ECNT e impulsar la realización de actividades socioculturales.

El trabajo ha contado con el apoyo de organizaciones políticas y de masas. La estrategia condujo a una nueva concepción de la atención médica profundizando en la relación médico-sujetos.

Finalmente, al analizar las categorías sobre los aspectos positivos y negativos de la estrategia resaltados por los adultos mayores y personal médico y líderes comunitarios se deben agregar otras experiencias positivas vividas por la autora durante el desarrollo del estudio. La investigadora intervino como observadora en las distintas actividades de la estrategia: consultas de salud, prácticas de ejercicios, actividades de educación en salud, así como en actividades recreativas realizadas.

Algunas de las evidencias de esas experiencias quedaron consignadas en la historia clínica de los adultos mayores y en los recuerdos de la autora. Como enfermera y profesora, la autora fortaleció sus conocimientos y experiencias sobre una forma de pensar y concebir la salud, lo que a su vez comenzó a generar cambios en la práctica de la vida personal, familiar, profesional y como formadora de nuevos profesionales de la salud.

4.5-Evaluación de la estrategia de promoción para modificar comportamientos en salud.

Durante la consulta fueron obtenidas valiosas informaciones resultantes del consenso entre los expertos, lo cual permitió evaluar diferentes categorías de análisis cualitativo de los resultados de la estrategia. **Tablas 25, 26 y 27.**

El tratamiento y análisis matemático-estadístico de los resultados obtenidos reveló lo siguiente:

Todas las opiniones de los expertos se concentraron en respuestas de “muy adecuado” y “bastante adecuado”. El total de expertos consideró “muy adecuado” la integración entre los enfoques teóricos y cómo estos se reflejan en el protocolo, la pertinencia de la estrategia propuesta, la factibilidad y pertinencia para la promoción de comportamientos saludables en el adulto mayor, la flexibilidad para ser aplicado a otras situaciones similares y la suficiencia para solucionar el problema que le dio origen.

Respecto a la estrategia de promoción en cuanto a los siguientes indicadores:

-Concepción de la estrategia de promoción de salud: Este indicador recibió de 31 puntos (88,6%), lo que indica que la estrategia de promoción en opinión de los expertos es adecuada, tiene una buena estructura, aunque mejorable y conveniente para el trabajo en la comunidad con el adulto mayor.

-Fundamentos teóricos: recibió de 35 puntos (100%), lo que indica que los expertos están de acuerdo con la fundamentación.

-Objetivos: los expertos consideraron con 32 puntos (91,4 %) lo que nos indica que la estrategia en opinión de los expertos es adecuada y conveniente para el trabajo propuesto.

-Principios generales y específicos: los expertos aportaron puntuaciones de 32 puntos (91,4%) por lo que se puede afirmar que recoge la mayor parte de los aspectos necesarios para el trabajo a realizar.

-Jerarquía: Este indicador recibió de 35 puntos (100%), lo que indica que puede ser un elemento más de ayuda en la actividad diaria y modificación de los comportamientos en salud del adulto mayor.

-Indicadores de efectividad: estos indicadores se analizaron en tres dimensiones (subjetiva, procesal y transformadora). Sobre la **dimensión procesal**, los expertos consideran con 32 puntos (91,4%), deduciéndose que no tendrá dificultades ninguna persona en llevarla a cabo.

Acerca de la **dimensión transformadora**, los expertos consideran con 32 puntos (91,4%), lo que nos indica que el cuestionario en opinión de los expertos es adecuado y conveniente para la transformación de comportamientos en salud.

Sobre la Metodología.

-Objetivo general: los expertos consideraron con 31 puntos (88,6 %) lo que nos indica que la estrategia en opinión de los expertos es adecuada y conveniente para el trabajo propuesto.

-Objetivos específicos: los expertos consideraron con 32 puntos (91,4 %) lo que nos indica que la estrategia en opinión de los expertos es adecuada y conveniente para el trabajo propuesto.

-Lineamientos generales: los expertos consideraron con 32 puntos (91,4 %) que la estrategia recoge la mayor parte de los aspectos para llevar a cabo la actividad propuesta.

-Etapas: los expertos consideraron con 32 puntos (91,4 %) que las mismas comprenden los aspectos necesarios para llevar a cabo la actividad propuesta.

-Acciones de promoción de salud: se proyectaron las acciones a partir de las etapas recibiendo un total de 28 puntos (80%), lo que nos indica que el

cuestionario en opinión de los expertos es adecuado y conveniente para el trabajo a realizar, aunque mejorable.

-Acciones terapéuticas: se proyectaron igualmente las acciones a partir de las etapas, recibiendo un total de 35 puntos (100%), lo que nos indica que el cuestionario en opinión de los expertos es adecuado y conveniente para el trabajo a realizar.

-Acciones de aprovechamiento de espacios comunitarios: Este indicador recibió un total de 32 puntos (91,4%), lo que indica que en opinión de los expertos es adecuado y conveniente para el trabajo a realizar, aunque mejorable

-Evaluación de la efectividad: las contestaciones nos dan una puntuación de 32 puntos (91,4%), por lo que a juicio de los consultados la estrategia es efectiva.

Sobre el grado de factibilidad de la estrategia propuesta. Teniendo en cuenta la posibilidad real de ejecución de la estrategia la opinión de expertos con una puntuación de 30 puntos (85,7%), indica que están de acuerdo y consideran factible la misma.

Resumen de la evaluación.

El procesamiento estadístico de los datos demuestra la validez de la propuesta expresado en el coeficiente de concordancia de cada experto para cada indicador, que oscila entre el 80 y el 100%, teniendo en cuenta que el rango utilizado para el estudio fue del 80%, mientras que el mismo coeficiente calculado para el total de los expertos respecto al total de indicadores promedia un resultado favorable del 90,7%.Luego del análisis de los resultados obtenidos a través del procesamiento estadístico, es posible concluir que la metodología de la estrategia de promoción comunitaria, los indicadores para evaluar la efectividad de ese proceso, los elementos teóricos necesarios para conformar la base teórica, resultan válidos,

coherentes y factibles para su aplicación en la promoción de comportamientos saludables en adultos mayores.

Conclusiones parciales del Capítulo 4

En el capítulo se presentó el análisis y la discusión de los principales resultados de la investigación realizada. Para ello se siguió el orden de los objetivos trazados.

Para el primer y segundo objetivo se caracterizó al grupo y su relación con los comportamientos en salud en la comunidad, se identificó que: Predominaron los adultos mayores del sexo femenino, con un nivel de escolaridad primario, jubilado, que presentan hábitos inadecuados como la adicción tabáquica y alcohólico, alimentación inadecuada. Prevalcieron los adultos mayores que refirieron tener insatisfechas sus necesidades básicas. Sobresale la poca práctica de ejercicios físicos y acceso a los servicios de salud. En cumplimiento del objetivo tres y cuatro se diseñó una estrategia de promoción comunitaria para mejorar comportamientos en salud del adulto mayor y su validación por expertos resultó de adecuada, así como su evaluación teórica que fue efectiva para su aplicación en la práctica. La fiabilidad del instrumento utilizado es adecuada.

CONCLUSIONES GENERALES

CONCLUSIONES GENERALES

- Mediante la aplicación de un sistema de métodos y técnicas de investigación científica se diseñó una estrategia de promoción comunitaria para mejorar comportamientos en salud del adulto mayor con carácter sistémico, participativo e intersectorial, la misma se organizó por etapas apropiadas al contexto en el que se realizó la investigación.
- El instrumento construido constituye una herramienta de trabajo válido y confiable, lo que justifica su uso y aplicación en el ámbito investigativo y práctico por especialistas de la atención primaria de salud, trabajadores sociales y otras categorías de persona relacionadas con la promoción de salud en el ámbito comunitario.
- La estrategia propuesta resulta pertinente y factible para asegurar el cumplimiento del encargo social del sector salud cubano frente al envejecimiento poblacional, de cara a los compromisos nacionales e internacionales contraídos por el país al respecto.
- La evaluación de la estrategia de promoción comunitaria para mejorar comportamientos en salud del adulto mayor en la comunidad de Barbosa, según criterios de expertos, resultó adecuada en todos sus indicadores.

RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES

-Desarrollar estudios que permiten continuar profundizando, desde las ciencias de la salud, en temas relacionados con la promoción de salud en personas mayores en Cuba.

-Sugerir al Ministerio de Salud Pública que se aplique el contenido de la presente estrategia en contextos comunitarios similares.

-Dar seguimiento al estudio realizado, a fin de consolidar los resultados y propósitos esperados.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

¹Sanabria G, Pupo N, Pérez S, Ochoa R, Carvajal C, Fernández Y. Seis décadas de avance y retos de la promoción de salud en Cuba. Rev. Cubana Salud Pública [revista en la Internet] 2018 sep. [citado 2022 Enero 28]; 44(3):e1453. Disponible en: <http://www.revsaludpublica.sld.cu>

²Organización Panamericana de la Salud. Carta de Ottawa para la promoción de la salud [regulación legal en internet]. Ottawa, Canadá: OPS; 1986 [citada 23 de enero del 2022]. Disponible en:

<http://www.paho.org/sapanish/hpp/otawachartersp.pdf>

³Promoción de la salud: definición, objetivos, y ejemplos/VIU. [revista en la Internet] 2018.[citado 2022 enero 28].Disponible en:

<http://www.universidadviu.com>

⁴Estrategia nacional para un envejecimiento saludable basado en el curso de la vida. Planificación Estratégica y evaluación de las acciones en salud. 1era ed.-San Jose. Costa Rica: MS, 2018.

⁵Acosta JR. "Prologo" En: Rodriguez Hernandez I. Enfermería Geriátrica. La Habana. Editorial Científico-Técnica: XI-XV. 2016.

⁶Organización Mundial de la Salud [Internet]. Ginebra, Suiza: OMS; 2017 Envejecimiento y salud; Nota descriptiva N 404 Septiembre de 2015 [citado 24 Jul 2020]; Disponible en:

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs404/es/>

⁷Anuario estadístico del ministerio de Salud Pública. [revista en la Internet] Marzo, 2021. [citado 2022 enero 28].Disponible en:

<http://bvscuba.sld.cu/anuarioestadistico-de-cuba>

⁸ United Nations, Department of Economic and social affairs, Populations Division.[revista en la Internet]. 2019. [citado 2022 Enero 28]. World population Prospects 2019: Highlights (ST/ESA/SER.A/423)

⁹Marín O. Todos se van: Se puede evitar una crisis migratoria en Cuba. [revista en la Internet]. 2021 marzo. [citado 2022 enero 28]. Disponible en: <http://periodismodebarrio.org>

¹⁰ Aja A, Rodriguez O, Orosa R, Albizu-Campos JC. La migración internacional de cubanos escenarios actuales. CEDEM/Novedades en población. [revista en la Internet]. 2017. [Citado 8 feb 2022]; no 26. Disponible en: <http://www.novpob.uh.cu>

¹¹Huenchuan, Sandra, (2018), Envejecimiento, solidaridad y protección social en América Latina y el Caribe: La hora de avanzar hacia la igualdad, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).

¹²Hernández R, Molina M, Hernández Y, et. al. Efectividad de intervención educativa sobre estilos de vida en adultos mayores. Nueva Paz 2019-2020. Qihalikay. Revista de ciencias de la salud Publica. [revista en la Internet]. 2021. [Citado 29 feb 2022]; 5(1): 29-37. Disponible en: <http://revsitass.utm.edu.ec>

¹³Retrato del envejecimiento poblacional en Cuba. Granma.cu/ciencia. [revista en la Internet]. 2021. [Citado 8 feb 2022]. Disponible en: <http://www.granma.cu>

¹⁴Marimón Carrazana, J. A., & Guelmes Valdés, E. L.(2003). Aproximación a la estrategia como resultado científico. En, N., De Armas Ramírez, et al., Los resultados científicos como aportes de la investigación educativa. Santa Clara: Instituto Superior Pedagógico“Félix Varela”.

¹⁵Santos Rodríguez, M. Políticas públicas y envejecimiento en el Municipio Playa, La Habana, Cuba. Folletos Gerenciales, [revista en la Internet].

2020[Citado 12 julio 2022]; Volumen XXIV, No (2): 83- 93. Disponible en:

<https://www.researchgate.net/publication/346400593>

¹⁶ Cuba y el comportamiento ascendente del envejecimiento poblacional. [revista en la Internet]. 2021. [Citado 8 feb 2022]. Agencia Cubana de de Noticias. Disponible en: <http://www.radiobayamo.icrt.cu>

¹⁷Ministerio de Salud Pública de Cuba. Programa de Atención Integral al Adulto Mayor. Subprograma de Atención Comunitaria. La Habana: MINSAP; 1995.

¹⁸WHO. Decade of HealthyAgeing. Ginebra: WHO; 2020 [revista en la Internet]. 2021. [Citado 8 feb 2022]. Disponible en: <http://www.who.int/initiatives/decade-of-healthy-ageing>.

¹⁹STAMPAR, A. [Carta](#) Funcional de la OMS, fragmento. 7 de abril de 1946.

²⁰Rondón E, Quiñones DM. Sistemas de salud y definición del concepto de salud, un dilema en tiempos de pandemia. Revista Cubana de Medicina general Integral. [revista en la Internet]. 2021. [Citado 8 feb 2022];37(sup): e2171. Disponible en: <http://revmgi.sld.cu>

²¹Terris Milton. Conceptos básicos, conceptos de salud, Universidad Estatal de Nueva York en Buffalo.1957.

²² Vila OL, Moya NE. Las políticas públicas: una nueva mirada al envejecimiento poblacional en las condiciones actuales de Cuba. Universidad y Sociedad [revista en la Internet]. 2021. [Citado 8 feb 2022];vol.13, n.3, pp. 512-524. Disponible en <http://scielo.sld.cu>

²³Montes JI, García M. La actividad física y la salud, paralelos que se unen en la educación física. Revista científica Olimpia. [revista en la Internet]. 2021. [Citado 8 feb 2022]; 18 (2), 1012-1026. Disponible en: <http://revistas.udg.co.cu>

²⁴Vargas ML, Arana B, García ML, et.al. Significado de salud: vivencia del adulto mayor. Aquichan. [revista en la Internet]. 2017. [Citado 8 feb 2022]; 17 (2): 171-182. DPI: 10.5294/aquí.2017.17.2.6

²⁵Vega P. Repensando la historia del concepto de la salud: Más allá o más acá de la atención de la enfermedad. Blog Promoción de la salud comunitaria. [revista en la Internet]. 2018. [Citado 8 feb 2022]. Disponible en: <http://www.eaps.es>

²⁶Real Academia Española. Diccionario de la lengua Española. 23a Edición. Planeta Publishing Corporation; 2014 [citado 2016 nov 25]. Disponible en: <http://www.rae.es/diccionario-de-la-lengua-espanola/la-23a-edicion-2014>

²⁷Minguet JM, Prada R, Marcilla R. Diccionario Enciclopédico Ciencias de la Salud. Barcelona:Monsa-Prayma. Ediciones; 2013.

²⁸Lorenzo Díaz J C, Díaz Alfonso H. Estilos y calidad de vida, su vínculo con la depresión en el siglo 21. Rev Ciencias Médicas de Pinar del Río [Internet]. 2019 Abr [citado 2022 Jul 10]; 23(2): 170-171. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S156131942019000200170&lng=es.

²⁹Fatma Al-Maskari. Enfermedades relacionadas con el estilo de vida: Una carga económica para los servicios de salud. Crónicas ONU. [Internet]. 2021 [citado 2022 Jul 10] Disponible en: <http://www.un.org/es/crhone>

³⁰Vives Iglesias A E. Estilo de vida saludable: Puntos de vista para una opción actual y necesaria. Revista Psicología Científica.com. [Internet] 2007; [citado 2022 Jul 10] 9(33). Disponible en: <http://www.psicologiacientifica.com/estilo-de-vida-saludable>

-
- ³¹- Kasl SV, Cobb S. Health behavior, illness behavior, and sick-role behavior: ii. sick-role behavior. Arch Environ Health Int J. 1966;12(4):531-41
- ³² McAlister AL. Social and environmental influences of health behavior. Health Educ Q. 1981;8(1):25-31
- ³³ Moscoso-Loaiza LF, Díaz-Heredia LP. Adopción de comportamientos saludables en la niñez: análisis del concepto. Aquichan 2018; 18(2): 171-185. Doi: 10.5294/aqui.2018.18.2.5
- ³⁴ Morales Fuhrmann C. La depresión: Un reto para toda la sociedad del que debemos hablar. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2017 Jun [citado 5/12/2018]; 43(2): 136-8. Disponible en: http://scielo.prueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086434662017000200001&lng=es
- ³⁵ Miquel J, Fleming JE. A two-step hypothesis on the mechanism of in vitro cell aging cell differentiation followed by intrinsic mitochondrial mutagenesis. Exp Gerontol 1984;19:31-6..
- ³⁶ Mamani E. "Estrategia de apoyo comunitario en el desarrollo físico e intelectual de las personas adultas mayores del municipio de Chulumani" (Tesis) Universidad Mayor de San Andrés. Facultad de Humanidades y ciencias de la Educación. Chulumani –Bolivia, [revista en la Internet].2019.[Citado 8 feb 2022].Disponible en: <http://repositoriounmsa.bo/handle/12456789/23127>
- ³⁷ Esmeraldas EE, Falcones MR, Vázquez MG, Solórzano JA. El envejecimiento y sus características. Revista científica mundo de la investigación y el conocimiento. [revista en la Internet].2019.[Citado 8 feb 2022]; 3 (1). pp. 45-71.Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es>

³⁸Martinez T, Gonzalez C, Castellón G, Gonzalez B. El envejecimiento, la vejez y la calidad de vida: ¿éxito o dificultad? Rev Finlay [revista en la Internet]. 2018.[Citado 8 feb 2022]; 8(1): 59-65. Disponible en:

<http://scielo.sld.cu>scielo>

³⁹Callahan D. Again: Drawing a map for the future, “what makes a good life in late life? citizenship and justice in aging societies, special report, Hastings center report.[revista en la Internet].2018.[Citado 8 feb 2022]; 48, No 5 S81. Disponible en: 10.1002/hast 920

⁴⁰Bayana JD, Lema E, Moreno I, Moreno M, Pereira ML. Cuidados Bióticos en la atención al anciano. En Molero M, Pérez-Fuentes MC, Gazquez JJ, Barragon AB, (compiladores). Acercamiento multidisciplinar a la salud. [revista en la Internet]. 2017.[Citado 8 feb 2022]; Volumen II. El Salvador: ASUNIVEP: 450. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es>

⁴¹Estrada –Briuzuela, Y. Comportamiento de la mortalidad en el adulto mayor según grupos de enfermedades. Archivo Médico de Camagüey [revista en la Internet]. 2021.[Citado 8 feb 2022]; 25 (3): (aprox13 p). Disponible en: <http://revistaamc.sld.cu>

⁴²Collazo MI, Calero JL, Ramos R, et al. Significado del envejecimiento desde la perspectiva de los ancianos. RevHaban.Cienc. med. [revista en la Internet]. 2017.[Citado 8 feb 2022]; 16 (4):657-665.Disponible en<http://www.revhabanera.sld.cu>

⁴³Méndez González RA. Promoción y educación para la salud en Cuba. Gestipolis. [revista en la Internet].2008[Citado 8 feb 2022]; Disponible en: <http://www.gestipolis.com/promocion-y-eduacion-para-la-salud-en-cuba/>

⁴⁴Lamrani S. El sistema de salud en Cuba: origen, doctrina y resultados. [revista en la Internet]. 2021.[Citado 8 feb 2022]. Disponible en: <https://journal.openedition.org>

⁴⁵Importancia de las redes sociales para las personas mayores. Instituto Nacional de las personas adultas mayores. [revista en la Internet]. 2020.[Citado 8 feb 2022]. Disponible en: www.gob.mx

⁴⁶Sosa García D. Promoción de salud de carácter gerontagógico en la atención primaria. Revista Cubana de Salud Pública. [Internet]. 2017 [citado 27/07/22]; 3(3). Disponible en: <http://www.revsaludpublica.sld.cu>

⁴⁷Pino Salamanca S. La educación popular y sus principios pedagógicos: Reflexiones para una praxis transformadora de la Educación. Investigación y Postgrado. [Internet] 2017 [citado 2022 Jul. 10]. Vol. 32(1): 89-102. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es>

⁴⁸Elias Hernández JA. Educación Formal, No formal: categorías polisémicas para una realidad heterogénea y cambiante. En libro: Reflexiones y apuntes de investigación educativa en ciudad Juárez. Una mirada a la producción de los formadores docentes. Juárez: IPE pág: 63-72. [Internet] 2018[citado 2022 Jul. 10]. Disponible en: <https://www.researchgate.net>

⁴⁹Equipo editorial ,Etecé., De argentina. Para: concepto de. Pilares de la educación. [Internet] 2021[citado 2022 Jul. 10]. Disponible en: <https://concepto.de/pilares-de-la-educacion/>

⁵⁰Ferreyra HA. El aprender a emprender como uno de los pilares de la educación del futuro en el marco de la construcción de la calidad educativa. Praxis Pedagógica. [Internet] 2019. [citado 2022 Jul. 10]. 19 (24): 75-100. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.26620/uniminuto.praxis19.214.2019.75-100>

⁵¹ Mesa D, Valdés MB, et al. Estrategia de intervención para mejorar la calidad de vida del adulto mayor. Revista Cubana de Medicina general Integral, 2020; 36(4): e 1256. Disponible en: <http://pesquisa.bvsalñud.org>

⁵²-Promoción de la salud. –OPS/OMS-PAOH. Disponible en: <http://www.paho.org>

⁵³Lalonde M. A new perspective on the health of Canadians. Ottawa. Government Canadá .1974; 31-34

⁵⁴Méndez, EL: Salud Pública: Sector Estatal Ciencia Aplicada e ideología de lo posible. En La crisis de la Salud Pública; reflexiones para el debate. OPS eds., Washington, D.C., Pub. Cient. 540:117. 1992

⁵⁵Rojas, F. Salud y Salud Pública. Teorías Y prácticas/ Francisco Rojas Ochoa- La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2019.

⁵⁶OMS: Unicef. Atención Primaria de salud. Declaración de Alma Ata, 1978.

⁵⁷Aldereguía J. Sanología: paradigma alternativo [monografía en internet]. Centro de estudios de Salud y Bienestar humanos, Universidad de la Habana; 2004 [citada junio 2020]. Disponible en: <http://www.uh.cu/centros/cesbh>

⁵⁸Amable Z. Sanología: Nueva forma de pensar y actuar en salud. En: aspectos sociales de la vinculación en salud, entre academia y sociedad. México D. F: Universidad autónoma de México .2012

⁵⁹Análisis de la situación de salud de la población que atiende el consultorio médico de la familia números 16, 17, 18 y 19 del policlínico universitario “Manuel Fajardo Rivero”2016-2018

⁶⁰Documento secretaria de la Asamblea del Poder Popular Municipal de Playa. Diagnóstico Siboney Consejo Popular 2. 2015-2018

⁶¹ Mini NutritionalAssessment-SEOM. 1972 (Internet) Disponible en: <https://www.seom.org>

⁶²Millán JE. Evaluación de la capacidad y percepción de autocuidado del Adulto mayor en la comunidad. Rev cubana Enferm[revista en la Internet]. 2010.[Citado 10 oct 2019]; 26(4): 202-234. Disponible en:<http://scielo.sld.cu>scielo>

⁶³Escala de Philadelphia (PDF) Online Book Share- Doceros .tips. [revista en la Internet]. 2019.[Citado 10 oct 2019. Disponible en: <http://doceros.tips>

⁶⁴Olaz, Á. J. y Ortiz, P. La Técnica de Grupo Nominal. Una adaptación orientada hacia proyectos de intervención social. Editum. Ediciones de la Universidad de Murcia. [Internet].2021 Disponible en: <https://doi.org/10.6018/editum.2895>

⁶⁵Lozano L.C, Herrera J. Promoción y mantenimiento de la salud en el barrio: análisis de la Matriz DOFA de las intervenciones colectivas. Salud y sociedadUptc, [revista en la Internet]. 2021.[Citado 10 enero 2022]; (6 (1). Disponible en: <http://revistas.uptc.edu.co>

⁶⁶ Morales R, Mas P, Castell-Florit P, et.al. Transformaciones en el sistema de salud en Cuba y estrategias actuales para su consolidación y sostenibilidad. RevPanam Salud Publica.20187; 42: e25. Published. [revista en la Internet].2018.[Citado 10 oct 2019]; spanish. doi: 10.26633/RPSP.2018.25. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>

⁶⁷Bayarre Vea HD, Pérez Piñero JS, Menéndez Jiménez J. Las transiciones demográfica y epidemiológica y la calidad de vida objetiva en la tercera edad. GerolInfo. 2006;1(3):4-7

⁶⁸Torrado Ramos AM, Sánchez Pérez L, Somonte López R, Cabrera Marsden AM, Hernández Pino PC, Lorenzo Pérez O. Envejecimiento poblacional: una mirada desde los programas y políticas públicas de América Latina, Europa y Asia. *Nov Población*. 2014;(42)7:19.

⁶⁹Ministerio de Salud Pública. *Principios de la Ética Médica*. La Habana. Editorial de Ciencias Médicas. 1983.

⁷⁰Morin E, *El Método 6 Ética*. Ediciones Cátedra (grupo Anaya S.A) 2006.

⁷¹WMA-World Medical Association. Declaration of Helsinki. Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. [revista en la Internet]. 2013.[Citado 10 oct 2019]; JAMA. Disponible en: <http://jama.jamanetwork.com/on>

⁷²CIOMS/OMS-Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas/Organización Mundial de la Salud. Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos, Cuarta Edición. 2016 [Internet] Ginebra. Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) [Fecha de acceso: 22-06-20] Disponible en: <http://cioms.ch>

⁷³UNESCO. Declaración Universal de Bioética y Derechos Humanos, París, octubre 2005.

⁷⁴Dabove M.I. Derechos humanos de las personas mayores en la nueva convención americana y sus implicaciones bioéticas. *Revista latinoamericana de Bioética*. [revista en la Internet]. 2016.[Citado 10 oct 2019]; 16(1); 38-59.Disponible en: <http://www.scielo.org.co>

⁷⁵Ministerio de Salud Pública de Cuba. Programa de Atención Integral al Adulto Mayor. Subprograma de Atención Comunitaria. La Habana: MINSAP; 1995.

⁷⁶WHO. Decade of HealthyAgeing. Ginebra: WHO; 2020 [revista en la Internet]. 2021. [Citado 8 feb 2022]. Disponible en: <http://www.who.int/initiatives/decade-of-healthy-ageing>.

⁷⁷ Aja A, Hernández W. Dinámica de la población y sus interrelaciones en Cuba y sus territorios. Novedades en Población. [revista en la Internet]. 2019.[Citado 10 oct 2019]; vol.15, No 29. Link: <http://www.novpob.uh.cu/index.php/NovPob/article/view/391>

⁷⁸Rivas E, de-la-Noval R. Obesidad en Cuba y otras regiones del mundo. Consideraciones generales y acciones nacionales de prevención. Anales de la academia de ciencias de Cuba [revista en la Internet]. 2021.[Citado 10 ener 2022]; 11 (1). Disponible en: <http://www.revistacuba.cu>

⁷⁹ Martínez MF, García R. La autopercepción de la salud y el bienestar psicológico como indicador de la calidad de vida percibida en la vejez M. RevPsicol salud [revista en la Internet]. 1994.[Citado 10 ener 2022]; 6(1). Disponible en: <http://hdl.handle.net/10045/97417>.

⁸⁰Rodríguez I, Ramírez M, Fajardo A, Guerra G, Zayas Y, Cabrera F. El envejecimiento, la nutrición y el ejercicio físico: un reto del siglo XXI. Propuesta de una estrategia de intervención. EFDeportes.com [revista en la Internet]. 2013.[Citado 10 ener 2022]; 17 (176). Disponible en: <http://www.efdeportes.com/>

⁸¹ Mateus MC, Hernández EH, Corral CA. Estrategia educativa que promueve los hábitos saludables en adultos mayores con hipertensión arterial en un municipio de Colombia: estudio de investigación –acción participativa. Medwave[revista en la Internet]. 2017.[Citado 10 oct 2019]; 17(8).Disponible en: <http://www.medwave.cl>

⁸²Pérez I. Resultados de la implementación de una estrategia de intervención comunitaria para la atención al adulto mayor desde la familia.

Infociencia[revista en la Internet]. 2019.[Citado 8 feb 2022]; vol.23; núm. 2. Disponible en: www.infociencias.cu

⁸³García F. Los españoles y el deporte, 1980-1995. Madrid: Consejo Superior de Deportes y Tirant lo Blanch; 1997.

⁸⁴Rodríguez I, Ramírez M, Fajardo A, Guerra G. La práctica deportiva y su influencia en la salud de los adultos mayores. Educación Física y Deportes, revista digital: EFDeportes.com [revista en la Internet]. 2014.[Citado 10 ener 2022]; 19(196). Disponible en: <http://www.efdeportes.com>

⁸⁵De la Villa-Moral M. Programas intergeneracionales y participación social: la integración de los adultos mayores españoles y latinoamericanos en la comunidad. UniversitasPsychologica, [revista en la Internet]. 2017. [Citado 20 Oct 2018]; 16(1):157-67. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/scielo>

⁸⁶Noa BY, Coll JL, Echemendia A. La actividad física en el adulto mayor con enfermedades crónicas no transmisibles. Rev. Podium[revista en la Internet]. 2021.[Citado 10 ener 2022]; 16(1): 308-322. Disponible en: <http://scielo.sld.cu>scielo>

⁸⁷Martin R. Actividad física y calidad de vida en el adulto mayor: Una revisión narrativa. RevHabanCienMéd[revista en la Internet]. 2018[Citado 10 ener 2022]; 17(5):813-825. Disponible en: <http://scielo.sld.cu>scielo>

⁸⁸Programa de adultos mayores: inclusión social, participación, autonomía. Dpto. de actividades socioculturales y extracurriculares. Buenos Aires. 2014

⁸⁹Rivera F, Ramos P, Moreno C, Hernán M. Análisis del modelo salutogénico en España: aplicación en salud pública e implicaciones para modelos activos en salud. Rev. esp Salud pública. [revista en la Internet]. 2011.[Citado 10 oct 2019]; 85(1):29-139. Disponible en: <http://scielo.isciii.es>

⁹⁰Cepero I, Gonzalez O, Conde T. Trastornos del sueño en el adulto mayor, actualización diagnóstica y terapéutica. Medisur[revista en la Internet]. 2020.[Citado 10 ener 2022];18 (1):112-125. Disponible en: <http://scielo.sld.cu>

⁹¹Desque LM, Ornelos M, Benavides EU. Actividad física y su relación con el envejecimiento y la capacidad funcional: una revisión de la literatura de investigación. Psicología y salud. [revista en la Internet]. 2020[Citado 10 ener 2022]. Vol.30 no 1. Disponible en: <http://psicologiaysalud.uv.mx>

⁹²González M. La psicología positiva como recurso en la atención del adulto mayor. Conrado. [revista en la Internet]. 2020.[Citado 10 oct 2019]; Vol. 16 no 72. Disponible en: <http://Conrado.ucf.edu.cu>

⁹³Piña Moran M. Intervención situacional gerontológica: estrategia para potenciar los roles sociales de los mayores. Revista médica del instituto mexicano del seguro social 56(S1)101-09, [revista en la Internet]. 2018[Citado 10 ener 2022]. Disponible en: <http://www.medwave.cl>

⁹⁴Poblete M, Peña M. Enfermería gerontológica: desafíos para la promoción de los valores sociales en las personas mayores. Gerokomos[revista en la Internet]. 2019[Citado 10 ener 2022]; 30(3). 130-32. Scielo España. Disponible en: <http://www.scielo.iscieu.es>

⁹⁵Villafuerte J, Alonso Y, Alonso Y, et al. El bienestar y la calidad de vida del adulto mayor, un reto de acción intersectorial. Medisur[revista en la Internet]. 2017.[Citado 10 ener 2022]; 15(1):85-92. Disponible en: <http://www.medisur.sld.cu>

⁹⁶Leyton M, Lobatos S, Batista M, Aspano MJ, Jiménez R. Validación del cuestionario de estilos saludables (EVS) en una población española Revista iberoamericana de psicología del ejercicio y deporte [revista en la

Internet].2018.[Citado 10 ener 2022]; 13(1), 23-31.Disponible en:

www.dialnet.unirioja.es

⁹⁷Benítez M. Envejecimiento poblacional actualidad futuro. Medisur. [revista en la Internet]. 2017[Citado 10 ener 2022]; vol.15 no1 Cienfuegos. Disponible en: <http://www.medisur.sld.cu>

⁹⁸Pintado L. Estrategia de comunicación con adultos mayores por el personal de Enfermería.2017. Disponible en: <http://gurabo.uagm.edu>

⁹⁹Almenares RK, Corral MA, Pría BM, et.al. Discapacidad en adultos mayores por condiciones de vida. Rev. Cuban Med Gen Integ. [revista en la Internet]. 2019[Citado 10 ener 2022]; 35(4):1-14. Disponible en: <http://www.revmgi.sld.cu>

¹⁰⁰Leiton ZE. El envejecimiento saludable y el bienestar: un desafío y una oportunidad para enfermería. Univ. [revista en la Internet]. 2016.[Citado 10 ener2022]; 13(3):139-41 Disponible en: <http://revista-enfermeria.unam.mx>

¹⁰¹Ramírez Rodríguez M. Estrategia de intervención dirigida a la promoción y prevención de la leptospirosis desde el accionar de los profesionales de enfermería con participación comunitaria. Tesis en opción al grado de Doctor en Ciencias de la Enfermería. 2018 [citado 2021 febrero 05]; Disponible en: <http://tesis.sld.cu/index.php?P=FullRecord&ID=667&ReturnText=Search+Results&ReturnTo=index.php%3FP%3DAdvancedSearch%26Q%3DY%26SR%3D0%26SD%3D1%26FK%3DMAely%2BRam%25C3%25ADrez%2BRodr%25C3%25ADguez%26SF%3D62,132>

¹⁰²Yordi García MJ, Ramos Monteagudo AM. Pertinencia de la promoción de salud en el escenario gerontológico cubano actual. AMC [Internet]. 2019 [citado 25/01/2021]; 23(6): [aprox. 15 p.] Disponible en: <http://revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/view/6614>