



Universidad “Carlos Rafael Rodríguez”.

Facultad de Cultura Física

Comportamiento de la automedicación y la polifarmacia en el adulto mayor incorporado al círculo de abuelo.

Autor: Roimi Acosta Merencio

Tutor: MSc. Orestes León Hourruitiner Font.

Universidad de Ciencias de la Cultura Física y el Deporte
"Carlos Rafael Rodríguez"
Cienfuegos 2014.

Declaración de autoría

Hago constar que el presente trabajo fue realizado en la Universidad de Ciencias de la Cultura Física y el Deporte "Carlos Rafael Rodríguez" de Cienfuegos, como parte de la culminación de estudios en la especialidad: Licenciatura en Cultura Física, autorizando a que el mismo sea utilizado por la institución para los fines que estime conveniente, tanto en su forma parcial como total y que además no podrá ser presentado en eventos, ni publicado sin la aprobación de la institución.

Firma del Autor

Los abajo firmantes certificamos que el presente trabajo ha sido revisado según acuerdos de la dirección de nuestro centro y el mismo cumple con los requisitos que debe tener un trabajo de esta envergadura, referido a la temática señalada.

Información científico-técnica

Tutor

Aval

Hacemos constar a este tribunal de evaluación de la Universidad de Ciencias de la Cultura Física y el Deporte” Carlos Rafael Rodríguez” de Cienfuegos que el compañero Roimi Acosta Merencio, realizó la investigación a partir del comportamiento de la automedicación y la polifarmacia en el adulto mayor incorporado al círculo de abuelo en la comunidad.de la Cooperativa de Producción Agropecuaria (CPA) Mártires de Barbados.

1. Podemos afirmar que luego de ser valorado el comportamiento de la automedicación y la polifarmacia en el adulto mayor por criterios de especialistas, entrevistas y encuestas se comprobó que se pueden lograr resultados satisfactorios en la posible realización de las actividades físicas recreativas para disminuir la automedicación y la polifarmacia en el adulto mayor.

Considerando efectiva dicha investigación se podrá aplicar en la comunidad.

Responsable de cultura física en la ccomunidad.

Dedicatoria

-A nuestro invicto y por siempre Comandante en Jefe Fidel Castro Ruz, como guía de todos los hombres y mujeres del mundo.

-A los cinco héroes prisioneros injustamente en cárceles norteamericanas, quienes cumplían con el más sagrado deber, evitar actividades de terrorismo y salvar así a la patria soberana.

-A mis padres por hacerme un hombre de bien y por darme una buena crianza, pues sin ellos nunca hubiera logrado este sueño, a mis hermanos que me apoyan en todos mis sueños y siempre estarán en mi corazón, en fin a toda mi familia, a mis amigos, a mis profesores que estuvieron ahí estos seis años ayudándome y dándome fuerzas para terminar lo que un día empecé, a mi tutor MSC. Oreste León Horrutiner Font por ayudarme con esta tesis que se que no es un trabajo fácil, a mis compañeros de trabajo, en fin a todos aquellos que tuvieron que ver con que este sueño se haga realidad muchas gracias y espero que siempre estén ahí como hasta ahora lo han hecho, gracias a todos de todo corazón.

Agradecimientos

-A La revolución cubana por ofrecernos la oportunidad de estudiar y convertirnos en hombres de bien.

-A todas aquellas personas que de una u otra manera me brindaron apoyo y seguridad.

-Deseo agradecer a todos aquellos que de una forma u otra hicieron posible este sueño, a los que siempre estuvieron cuando los necesité tanto en los buenos como en los malos momentos.

Agradecer a mi mamá y a mi papá que aunque no esta físicamente siempre me brindó todo el amor y el apoyo que me ha entregado durante toda mi vida, por apoyarme en mi carrera y por confiar en mí, a mi tutor MSc. Orestes León Hourrutiner Font, a mis amistades y compañeros de trabajo pues sin la ayuda de ellos no hubiera sido posible este sueño, a aquellos que de una forma u otra creyeron en mí y me dieron apoyo cada día, a todos gracias y mi eterno agradecimiento.

Ser culto, es el único modo de ser libre.



José Martí.

Resumen

El presente trabajo es un estudio sobre el comportamiento de los ejercicios físicos recreativos en la disminución de la automedicación de la polifarmacia del adulto mayor incorporado al círculo de abuelo. Se sugiere demostrar que los ancianos incorporados a los mismos disminuyen la automedicación y la polifarmacia bajo la influencia de los ejercicios físicos recreativos. Además hacemos una breve caracterización de las patologías mas frecuentes en estas edades.

Índice

CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN.	1
 CAPÍTULO I. DESARROLLO.	
Fundamentación Teórica.	
1.1 Características del Adulto Mayor.	7
1.2 La motivación en el Adulto Mayor.	10
1.3 La actividad física-recreativa: vía eficaz para el mejoramiento de la salud física y mental.	11
1.4 Panorama socio cultural de la comunidad.	12
 CAPÍTULO II: Diseño Metodológico.	
2.1 Métodos de investigación.	20
2.2 Tipo de Diseño.	21
2.3 Población.	21
 CAPÍTULO II I: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.	
3.1 Resultados alcanzados en la encuesta.	22
3.2 Presentación de la Propuesta.	28
3.3 Validación de la Propuesta	28
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES.	30
RECOMENDACIONES.	31
CAPÍTULO VI: BIBLIOGRAFÍA.	
CAPÍTULO VII: ANEXOS.	

Introducción

Un hecho evidente en la sociedad mundial actual es el aumento masivo de la población anciana. El desarrollo de la humanidad junto a programas sociales nos ha enfrentado a ese desafío por lo que se hace preciso buscar nuevas soluciones para esta población adulta. En el mundo moderno la proporción de ancianos con respecto al total de la población es cada vez mayor. Cuba no está ajena a esta realidad. El aumento de vida geriátrica dada por la disminución del índice de mortalidad provoca cada vez más el aumento proporcional de la población anciana.

Es necesario señalar que llegar a edades avanzadas de la vida es un logro, una dicha, una bondad de la naturaleza y del desarrollo de la sociedad. Debemos recordar que es preciso esforzarnos por llegar a esta etapa de la vida con la mayor cantidad de capacidades funcionales en óptimas condiciones para desempeñarse en el diario vivir de forma independiente y autóctona.

El crecimiento galopante de la migración interna del campo a la ciudad de las generaciones más jóvenes en busca de mejores empleos y oportunidades al ejecutado el cuadro de atención a este grupo etéreo. Todas las tendencias demográficas tienen consecuencias sociales importantes en el logro del desarrollo sostenido de un país. El existir un adecuado equilibrio entre los factores sociales, económicos y ambientales con los cambios en el crecimiento, distribución y estructurales de la población. Ello exige una fuerza importante de parte de los gobiernos y las instituciones nacionales e internacionales.

El denominado adulto mayor es portador de regularidades propias de una etapa de desarrollo humano, así como de una serie de limitaciones en gran medida provenientes de prejuicios que le ha depositado la cultura.

Numerosos autores (Tolstij, A.1989) establecen analogías directas entre la infancia y la ancianidad planteando que ambas edades se caracterizan por la despreocupación espiritual, la cólera, la tendencia al llanto, a la risa, la charlatanería, el equilibrio precario, el andarín seguro con la ausencia de impulsos sexuales, la enuresis,...

En este sentido lo principal es que tanto el niño como el anciano tomen conciencia de su posición social en la sociedad y en el mundo mediante su comparación con una persona madura.

En el pasado se interpretaba la ancianidad como sinónimo de enfermedad, debilidad, pérdida de capacidad de trabajar, asociada a teorías involucionistas (Orosa.T2001). Sin embargo, hoy el hombre de mayor edad se ha convertido en una figura importante en el orden social, donde muchos especialistas lo ubican en una etapa conflictiva no sólo para el que la vivir, sino además para los profesionales que se dedican a la misma como médicos, psicólogos, asistentes sociales, etc., Así como para los familiares, amigos y vecinos.

La caracterización del adulto mayor por la psicología evolutiva constituye un reto en la actualidad, ya que regularmente la mayoría de los investigadores de esta rama en la psicología no continúan el estudio y caracterización del desarrollo psíquico después de la edad juvenil pues ello requiere de grandes esfuerzos teóricos que permitan abordar la adultez y en particular el adulto mayor desde una posición auténticamente derivada del desarrollo humano.

En este periodo de la vida ha sido más abordado por lo general como fase de involución y no como una verdadera etapa del desarrollo humano cuya significación social adquiere cada vez mayor relevancia dada la tendencia mundial a un proceso de envejecimiento de la población. (Orosa.T, 2001). (Guillén .F 1993), y otros.

Podemos decir que el envejecimiento desde el punto de vista individual no es un fenómeno exclusivo de la sociedad moderna, sino que ha estado presente en todas las etapas del desarrollo social siendo interés para la filosofía, el arte y la medicina todas las épocas. Sin embargo durante el presente siglo se asiste a un sistema singular, más y más personas sobrepasan las barreras cronológicas que el hombre ha situado como etapa de pies y que convierte al envejecimiento poblacional, quizás en uno de los retos más importantes de la sociedad moderna.

Durante el siglo XX y lo que va del siglo XXI en muchas regiones del mundo ha disminuido la tasa de mortalidad perinatal e infantil, han existido mejoras en la atención sanitaria y el control de muchas enfermedades infecciosas. La combinación de estos factores, ha permitido un mayor número en proporción de personas que alcanzan edades avanzadas.

Según cálculos de las Naciones Unidas, en 1950 había alrededor de 200 millones de personas de 60 años o más. En 1975 subió a 350 millones. Las Naciones Unidas estima que hay 600 millones de personas de edad avanzada en el mundo. Las proyecciones demográficas de las Naciones Unidas indican que para el 2025 puede ser 1100 millones de personas de 60 años o más lo que significa una subida del 224 % con respecto a 1975. Para el 2550 Naciones Unidas prevé que será a 2000 millones de personas con 60 años o más.

La repercusión de este fenómeno es muy amplio y a todos los niveles de la estructura social.

Los patrones de la sociedad moderna refleja el viejísimo comparable con el racismo y el sexismo a plantear que el viejo tiene muy poco o nada que aportar a la sociedad.

Todo antes planteado no es totalmente cierto y da una imagen quizás algo negativa de la influencia y repercusión de este grupo etéreo en la sociedad, por eso es de vital importancia tener presente las siguientes preguntas.

1. ¿Se estimula y refuerzan sus esfuerzos por mantenerse activo, con intereses diversos y apropiados vínculos sociales, o por el contrario se asume al respecto una actitud paternalista o indiferente que fomenta o refuerza la inactividad y el invalidismo?
2. ¿En qué medidas se contribuye a crear un clima socio afectivo positivo en torno al anciano?

3. ¿Se muestran actitudes positivas de afecto, reconocimiento y comprensión hacia él o ella?
4. ¿Se le respeta su tiempo y se evita en lo posible recargarlos con tareas domésticas, cuidados de niños, en otras. Dejándole poco tiempo para sí?

Las respuestas a estas y muchas otras interrogantes nos llevarán a la conclusión de que el adulto mayor necesita comprensión, apoyo, motivación para vivir y que muchas de las dificultades del anciano las pueda enfrentar exitosamente si adoptamos posición positiva, hacemos el esfuerzo requerido y sobre todo si aumentamos nuestros conocimientos sobre las características de la tercera edad. Son precisamente la familia y los amigos los que constituyen las fuentes principales de este apoyo, además de los factores y organizaciones de la sociedad y cuando éstos son positivos y afectuosos le servirá al individuo como recurso para enfrentar la vida como se ha expresado anteriormente y también será una vía para que pueda analizar muchas de sus necesidades básicas de afecto, realización, reconocimientos y otros.

Comprendemos que en el proceso de envejecimiento es necesario realizar cambios en el estado de vida hacia comportamientos más saludables, incorporación de nuevos términos en el lenguaje empleo de alternativas para el manejo del tiempo libre, búsqueda de mejoría en la percepción de utilidad, aprendizaje de nuevos estilos de afrontamiento ante problemas y dificultades y mejoría del estado emocional.

Del 26 de junio al 6 de agosto de 1982 en Austria se realizó la asamblea mundial sobre envejecimiento y como resultado de la misma se aprobó el plan de acción internacional que sirvieron de plataforma de trabajo para los años venideros.

En Cuba es importante establecer programas para el aprovechamiento del tiempo libre del adulto mayor ya que la forma de ocuparlos podría influir en la mejoría de su salud. Es necesario ofrecer alternativas mediante actividades socioculturales deportivas y recreativas que le permitieran al adulto mayor su mejoría biopsicosocial y fue precisamente el estado se ha dado a la tarea de desarrollar en la población una cultura para aprender a envejecer consciente ante todo de que hay que preparar la vejez con mucha antelación pues esta etapa como todas es única en la vida y se vive una sola vez por lo que vale la pena tenerla planificada con vistas a asumir una tercera edad inteligente y sana, de aquí que la atención a este grupo etéreo ha sido prioridad en la política social de estado. La atención al adulto mayor se ha convertido en multifactorial y multisectorial tenemos por un lado organizaciones sociales como la creación de círculos de abuelos, han mostrado la oportunidad y la importancia que merece el adulto mayor en la sociedad.

Por otra parte debemos señalar que es conocido a nivel internacional que con la llegada de la tercera edad la persona aumenta considerablemente la ingestión de medicamentos. El adulto mayor puede perder gran parte de su autonomía e independencia si no se elimina en ellos el sedentarismo los malos hábitos alimenticios y medicamentos, este es un grupo etéreo que toma con frecuencia fármacos de fácil adquisición, por estar liberados así como medicamentos almacenados en botiquines del hogar, que en muchas ocasiones pueden estar vencidos y que además muchos abuelos no consideran las drogas a tomar por parte de un plan de informar al

médico de la ingestión de estos fármacos. Algunos autores señalan que el 80% de los ancianos auto medican de forma habitual. Se plantea que el número de medicamentos es directamente proporcional al número de enfermedades y síntomas que padece el anciano. No hay dudas de que con el aumento del edad se incrementa la aparición de enfermedades, de ahí que la literatura plantea que entre el 55% y el 90% de los ancianos toma al menos un medicamento, al igual que existe una creencia generalizada que para cada síntoma debe usarse un medicamento.

Al respecto la Dra. Miara Levy Rodríguez especialista de segundo grado en farmacología y Profesor auxiliar del instituto superior de ciencias médicas de la Habana y coautora del libro " farmacología General" plantea que las personas mayores de 65 años por efecto del propio envejecimiento son más vulnerables a las enfermedades y que consumen dos o tres veces más medicamentos que el promedio de la población general y que por ello tienen más posibilidades de sufrir reacciones debido a la interacción medicamentosa. Esto ocurre además porque con el paso de los años se produce una serie de cambios fisiológicos que alteran y disminuyen la absorción, distribución, metabolismo y excreción de estos preparados acumulándose en el organismo y provocando efectos tóxicos.

Esta situación generalizada en todos los países ha sido objeto de múltiples investigaciones por disímiles estudiosos del tema debido a las malas consecuencias que puede traer esta práctica a la salud del adulto mayor.

Aportes y carencias de los trabajos mencionados.

Todos analizan los diferentes aspectos relacionados con la automedicación y la poli farmacia en el adulto mayor incluyendo la forma de disminuirlo pero ninguno hace referencia a la influencia de los ejercicios físicos recreativos en la posible disminución de estos procedimientos. De forma particular la Dra. Mayra Carrasco plantea que una buena interacción entre el facultativo y el paciente y el medicamento puede evitar la poli farmacia y la automedicación (Mayra Carrasco, 2012), plantea además que se debe combatir estos procedimientos en la atención primaria de la salud pero no habla de los ejercicios físicos recreativos.

Situación Problemática:

La práctica de la automedicación y la polifarmacia de forma ilimitada es parte del adulto mayor del Consultorio # 36 de Rancho Luna.

Problema científico:

¿Cómo se comporta la automedicación y la poli farmacia en el adulto mayor, incorporados al círculo de abuelos, del Consultorio # 36 de Rancho Luna?

Objetivo General: Proponer un conjunto de ejercicios físicos recreativos para disminuir la automedicación y la polifarmacia en el adulto mayor incorporado al círculo de abuelos del consultorio # 36 de Rancho Luna.

Objeto de estudio de la investigación: Programa de Recreación Física Comunitaria.

Campo de acción: Ejercicios Físicos Recreativos para el adulto mayor.

Objetivos específicos:

- Sistematizar los fundamentos teóricos que sustentan la investigación.
- Diagnosticar la población objeto de estudio respecto a los hábitos tóxicos y patologías más frecuentes así como el uso de medicamentos.
- Elaborar un Grupo de ejercicios físicos recreativos.
- Elaborar un Grupo de actividades físicas recreativas.
- Validar la propuesta.

Definición de términos:

1. **Envejecimiento:** proceso de cambios internos del organismo y de adaptaciones y modificaciones externas e internas que ocurren en todas las personas con el paso del tiempo y que incluyen transformaciones físicas y psicológicas, es decir cambios que hacen que las personas sean diferentes a cuando eran jóvenes.
2. **Adulto mayor:** todas las personas que cursan por el proceso de envejecimiento y que cronológicamente tienen 60 años o más.
3. **Automedicación:** empleo de medicamentos, productos naturales o remedios propios sin prospección.
4. **Poli farmacia:** es la ingestión de 20 o más medicamentos y el abuso de estos desconociendo las reacciones que pueden producir.
5. **Ejercicios físicos:** acto motor sistemáticamente repetido y que se materializa en forma de gimnasia, juego o deporte.
6. **Capacidad física:** aquellas condiciones orgánicas básicas para el aprendizaje de acciones motrices físicas deportivas.
7. **Calidad de vida:** es el reflejo de cambiar, de ser deseados por una persona en relación con todo para el bien, hogar, comunidad, el trabajo, la salud, el bienestar y de cómo cada individuo subjetivamente vive o percibe la vida.

8. **Tiempo libre:** es aquella parte del tiempo extra laboral, el cual el grado de obligatoriedad de la actividad no son necesarios y en virtud de tener satisfecho las necesidades vitales humanas en un nivel básico.
9. **Actividad física:** es todo movimiento corporal producido por la musculatura esquelética que resulta un gasto de energía por encima de los niveles de reposo.
10. **Gerontología:** rama de la medicina que estudia el proceso de envejecimiento y sus consecuencias así como el comportamiento bio psicosocial del adulto mayor.
11. **Geriatría:** rama de la medicina que estudia los procesos patológicos que afectan al adulto mayor en la misma consecuencia y repercusión que la gerontología.

Automedicación

Empleo de medicamentos, productos naturales, remedios por iniciativa propia sin prescripción facultativa.

Ha sido la forma más empleada durante años para el tratamiento de enfermedades haciendo caso omiso por reconocimiento como inadvertencia a los daños que pueda originar en la salud esta práctica es mucho más frecuente en el anciano para tratar de aliviar los frecuentes problemas de salud y recuperar habilidades pérdidas en el proceso de envejecimiento sin consultar al médico ni tener dominio de las dosis necesarias de los medicamentos para cada enfermedad.

Desarrollo

Capítulo I.- Fundamentación Teórica.

En este capítulo se abordan los principales fundamentos vinculados con la actividad físico-recreativa en su vínculo con la motivación en el Adulto Mayor. Para ello se emplearon las teorías de diferentes autores, entre los que están Fernando González Rey (2001), Maribel Aleiza Londoño (2001), Teresa Oroza (2003), Orlando Ortega Izquierdo (2003) y Jorge M. Escobar Barrera (2003).

1.1 Características del Adulto Mayor.

El Adulto Mayor se caracteriza por el envejecimiento que resulta un fenómeno irreversible que incluye cambios estructurales y funcionales comunes a todas las especies, es un proceso que comienza en el momento de la concepción después de alcanzar la madurez reproductora. Es el resultado de una disminución de la capacidad de adaptación y el aumento de las probabilidades de muerte según pasa el tiempo, como consecuencia final del proceso.

Las personas adultas mayores son las personas mayores de 60 años, quienes representan un grupo heterogéneo de diversas edades, antecedentes, necesidades y capacidades.

Todo Adulto Mayor debe tener la oportunidad de participar en actividades físicas incluyendo los que ya sufren enfermedades crónicas degenerativas y discapacidades. La aplicación de los ejercicios físicos resulta de gran provecho no sólo con vistas al fortalecimiento de la salud de las personas, sino también como un medio de prevención contra el envejecimiento prematuro del organismo.

El resultado más importante del nuevo enfoque, fue considerar al Adulto Mayor como una edad de la vida con iguales derecho que las otras y como un período que no se reduce a los procesos de desintegración. También que tiene sus objetivos propios y su características específicas. Muchas y muy diferentes causas originaron el aumento del interés por el Adulto.

El Adulto Mayor tiene un período especial de la vida, ya que la personalidad adquiere diferentes características. En las personas ancianas desciende el estado de ánimo en general, así como la autovaloración, la seguridad en sí mismo y el sentido de satisfacción consigo mismo; predominan diferentes temores ante la soledad, los ancianos se vuelven sombríos, y pesimistas.

El Adulto Mayor constituye hoy un serio problema de salud mundial, especialmente de los

países desarrollados. A medida que mejora la atención médica se establece la vacunación, se brinda asistencia médica a toda la población, entonces comienza a elevarse la esperanza de vida.

A partir de la cuarta década de la vida comienzan en forma variable, lenta a veces y rápidas otras, las limitaciones referentes a la edad dependientes o no del estado de salud anterior. La inmensa mayoría de las personas que han cumplido entre 65 y 70 años han dejado de lado el trabajo profesional para ocuparse de actividades que antes eran “complementarias” y ahora pasan a ser casi fundamentales en su vida. Por lo tanto, resulta importante un programa con propuestas en el ámbito de la actividad física y recreativa, adaptadas a todas las condiciones de su edad, como práctica y hábitos saludables desde el punto de vista psíquico y corporal, favoreciendo la integración de muchas personas, aumentando su nivel de autoestima y valoración personal y generando nuevos estímulos para cubrir las últimas y a veces largas etapas de la vida con una amplia referencia de calidad de vida. En el fondo, estos programas que combinan lo físico, lo psíquico y lo social, se enmarcan plenamente en la definición actual de “salud”.

La adultez no modifica en sí el carácter, sólo lo agudiza, lo hace ostensible, el anciano que en su juventud fue majadero, en su vejez lo es más, quien fue suave y apacible continúa así, pero en mayor grado. Lo que si hace la vejez es desestabilizar el carácter y hacerlo cambiante, pasando de una fase a otra rápidamente, a veces en forma inesperada. La irritabilidad aumenta y a veces la ira se adueña del anciano ante cualquier mal entendido o alusión que él considera ofensiva o falta de respeto.

En el Adulto Mayor repercuten ciertos cambios, tanto en el deterioro de las funciones del organismo como en la esfera social, psíquica y económica. Estos temas han sido ampliamente abordado por autores como: Morales Calatayud, Francisco (1999); Ceballos Díaz, Jorge L. (2001); Martín Lesende, Iñaki (2002); Vega Rodríguez, R. (2003); LLanes Betancourt Caridad, (2006) y Martínez Triay, Alina (2007), quienes han planteado sus criterios sobre los procesos de envejecimiento del organismo humano, el que además de constituir una etapa normal e irreversible de la vida, es una forma muy especial del movimiento de la materia.

Con la edad disminuyen gradualmente la fuerza, la movilidad y el equilibrio de los procesos de inhibición y excitación en el sistema nervioso central, se desarrolla la inercia de ellos, falla la memoria y las funciones de la vista, el oído y demás analizadores; disminuye la velocidad de las reacciones y aumenta su período latente, además, las relaciones y los reflejos condicionados se

forman y se fijan más lentamente. También varían todos los procesos metabólicos.

Se reduce el metabolismo básico, disminuye la cantidad general de proteínas en el organismo y crece la colessterina. En el aparato locomotor, los huesos se hacen más frágiles, se manifiestan variaciones en las articulaciones, se altera su movilidad y la amplitud de los movimientos. Aparecen en ellos las variaciones de la columna vertebral y se origina encorvamiento. El Adulto Mayor, en cualquier escenario, juega un importante papel en la creación y desarrollo de la familia, él requiere de una atención integral que le permita gozar de una óptima salud para el logro de una vida plena en la que se inserte en las diferentes actividades de la sociedad y pueda incidir positivamente en el mantenimiento del equilibrio de esta.

Teniendo en cuenta que el envejecimiento es un proceso normal o fisiológico, que comienza prácticamente con el nacimiento, pero que se hace más evidente después de la edad reproductiva, el autor de esta investigación considera que este debe ser un proceso, que no se empieza a envejecer a los 60 años, sino mucho antes y por tanto, para tener una vejez saludable hay que tener un envejecimiento saludable y que las actitudes, acciones y medidas para lograrlo han de tomarse durante toda la vida, incluyendo también la vejez por lo que el Adulto Mayor debe enfrentar con optimismo esta etapa de la vida, se puede y se debe lograr armonía en la convivencia con los hijos y nietos. Es un cúmulo de experiencias vividas, por lo que su condición social lo eleva al rango de referencia para la vida política, económica y familiar, además cuando se jubila no significa retirarse de la vida, por el contrario es comenzar una forma nueva de vivir. También se debe exigir con respeto y amor los derechos como integrante de la familia.

Todo lo expuesto pone de manifiesto lo difícil que resulta tratar con un anciano en el seno de una familia, con diversos caracteres, distintos niveles culturales, mayor o menor comprensión y afectividad.

Para brindar atención a los Adultos Mayores en su medio ambiente se desarrollan y fortalecen un conjunto de servicios de salud y sociales que ya ponen en evidencia sus bondades:

Equipos multidisciplinarios de atención gerontológica

Casas de Abuelos.

Círculos de Abuelos.

Ayuda domiciliaria.

Alimentación.

Reparación de viviendas.

Soporte social.

1.2 La motivación en el Adulto Mayor

No se puede hablar de la motivación en abstracto sin haber profundizado en el desarrollo de la psicología del individuo a lo largo de la vida, especialmente en la conformación de las motivaciones. “Por motivación entendemos la regulación inductora del comportamiento, o sea, la motivación determina, regula, la dirección (el objeto meta) y el grado de activación o intensidad del comportamiento” González Serra (1995). Esta evolución que se puede enriquecer con las nuevas metas que la persona mayor se proponga en esta larga etapa de su existencia, pues continuar sus motivaciones lo ayudarán a prolongar la vida con calidad, aprovechando con utilidad el tiempo libre.

La motivación es considerada como el impulso que conduce a una persona a elegir y realizar una acción entre aquellas alternativas que se presentan en una determinada situación. Está relacionada con el impulso, porque éste provee eficacia al esfuerzo colectivo orientado a conseguir sus objetivos, y empuja al individuo a la búsqueda continua de mejores situaciones a fin de realizarse profesional y personalmente, integrándolo así en la comunidad donde su acción cobra significado.

La experiencia acumulada por Teresa Orosa de la Universidad del Adulto Mayor (2003), ratifica el criterio de que la motivación es uno de los pilares para lograr la expansión de la vida e incluso llegar a los 120 años. Para ello se valoran algunos aspectos necesarios a tener en cuenta al trabajar el tema de la motivación en el Adulto Mayor:

a) Necesidad de practicar ejercicios físicos: Se considera a este indicador de gran importancia por la manera en que funcionan las necesidades en la definición de los motivos en la configuración de la personalidad, resultando de gran importancia, primero el conocimiento del adulto mayor de la importancia de la práctica de ejercicios físicos y su deseo de practicarlos, de modo que los objetos de las necesidades son los motivos reales de la actividad, que en este caso es la práctica de los ejercicios físicos.

b) Autovaloración: la autovaloración es una formación motivacional compleja de la personalidad, ella tiene una función reguladora en la medida que orienta la actividad del sujeto. El Adulto Mayor se relaciona con el medio, en esta interacción sin embargo la influencia que este ejerce sobre él tiene una enorme connotación si se realiza la representación que socialmente se tiene de la vejez.

Pero por otra parte puede existir un predominio de una autovaloración pesimista en la tercera edad debido a que al estructurarse una representación a nivel social del término vejez que

contenga aspectos negativos, innegablemente van a existir un abundante número de contextos de interacción donde el Adulto Mayor va a entrar en contacto con comportamientos, actitudes, valoraciones, juicios que llevan implícitos esas ideas, tanto en la familia, comunidad, hospitales, en fin a nivel social sin negar el carácter activo del sujeto, es por esto que a partir de la autovaloración que tenga el Adulto Mayor puede ser un indicador de gran importancia para lograr su incorporación a la práctica de los ejercicios físicos.

c) Actitud ante las actividades físico-recreativas: Este es un indicador que está en estrecha relación con los indicadores anteriores porque a partir del mismo depende la manera en que el Adulto Mayor se integra, asume y participa en las actividades.

d) Estado de salud: Este es un indicador que depende de la educación que tenga el Adulto Mayor con respecto a la importancia de la práctica de los ejercicios físicos para elevar su calidad de vida, especialmente vinculada con su salud tanto psíquica como física, lo cual contribuye a fomentar en los adultos mayores conceptos y pautas de conductas derivadas de sus relaciones con otros adultos mayores.

Si importante es la buena salud, la nutrición adecuada, vivir en ambiente favorable, realizar ejercicios físicos, tanto lo son las motivaciones que producen interés, entusiasmo y la alegría de vivir, para recordar que los adultos mayores necesitan transmitir las experiencias desarrolladas y sentirse útiles. Como extensión de este concepto se revela que las emociones se acumulan a lo largo de la vida.

1.3 La actividad física-recreativa: vía eficaz para el mejoramiento de la salud física y mental.

La actividad física se refiere a una gama amplia de actividades y movimientos que incluyen actividades cotidianas como caminar, jardinería, tareas domésticas, el baile, entre otras. El ejercicio también es un tipo de actividad física, el cual se define como movimientos corporales planificados estructurados y repetitivos, con el propósito de mejorar o mantener un componente específico del estado físico.

Según plantea la autora Maribel Areiza Londoño (2001), si se hace referencia a la recreación, como el proceso de cambio y superación permanente del hombre, recrearse es hacerse más humano y más perfecto en cada actividad de la vida diaria. Entonces ese recrearse es un objetivo, que integra todos los actos de la vida humana, pero si se habla de la recreación como proceso lúdico, se hace referencia ya no al todo sino a una parte de la actividad humana, cuyo objeto es ser instrumento o medio para conseguir la recreación integral mencionada.

Como expresan los autores Glenda Báez Rojas (2003) y Jorge Rodríguez Stivan (2003), en la

actualidad el vocablo [recreación](#) permite abarcar una extensa variedad de contenido en la cual cada quien la identifica de diferentes formas, sobre la base de la multiplicidad de formas e intereses que en el mundo moderno pueden constituir diferentes formas de recreación.

1.4 Panorama socio cultural de la comunidad.

- 1. Situación geográfica:** el círculo de abuelos donde se llevó a cabo la investigación se encuentra ubicado en el consejo popular Rancho Luna el cual pertenece al municipio de Cienfuegos. Exactamente en la C.P.A Mártires de Barbados al sur de la ciudad de Cienfuegos.
- 2. Cantidad de área de estudio:** escuela primaria.
- 3. Un consultorio médico de la familia con:** -2 médicos, -2 enfermeras, -1 farmacia.
- 4. Cantidad de área deportiva:**-1 cancha de voleibol,-1 terreno de fútbol,-1 terreno de béisbol.
- 5. Una panadería.**
- 6. Un correo.**
- 7. Una tienda.**
- 8. Una placita.**
- 9. Un sector de la policía.**

Situación demográfica

Este consejo popular cuenta con una población total de 3500 personas (habitantes) de ellos el 53% son adultos el 35% son niños menores de 16 años y el 30% son adulto mayor es decir que sobrepasan los 60 años.

Desde el punto de vista social

La comunidad seleccionada constituye un grupo humano al bienestar a partir de una permanencia estable en conjunto de actividades sociales que se vincula al sector cotidiano de sus pobladores, la fuente de empleo es bien sólida.

El nivel de escolaridad predominante es de 12 grado.

Factores que favorecen la automedicación en el adulto mayor:

- Mayor frecuencia de enfermedades crónicas, la toma de medicamentos para su control.
- Es más propenso enfermedades dolorosas inflamatorias que requieren analgésicos.
- Insatisfacción en tratamiento indicado anteriormente.
- Métodos de medicamentos incompletos o ilegibles.
- El insomnio, es estrés, la viudez son factores que favorecen la pérdida de la autoestima e interés de relaciones interpersonales lo que hace que el anciano se escude en psicofármacos.

- Trastornos en la locomoción que limitan la visita al médico.
- Existencia de medicamentos que no requieren de receta médica para su dispensación.
- Confianza en medicamentos o tratamientos ya conocidos.
- Miedo a prevención a efectos secundarios de medicamentos nuevos.
- Miedo a lo que diga el médico al inicio de un proceso diagnóstico nuevo.

Consecuencias adversas de la automedicación:

- Enmascaramiento de la enfermedad, su prolongación o agravamiento que por difícil diagnóstico puede hasta causar la muerte aun siendo una enfermedad curable.
- Resistencia de la enfermedad a los fármacos utilizados que pueden llevar incluso al paciente a la dependencia o adicción de los mismos.
- Puede traer pérdida de la memoria, estreñimiento.
- Los analgésicos mal auto administrados en dosis y duración inadecuados como la aspirina u otros pueden traer hemorragia digestiva y reacciones alérgicas.
- Aparición de nuevas enfermedades por la presencia de reacciones a medicamentos indeseables.
- Confusión aguda.
- Intoxicación.
- Hipertensión arterial.
- Deshidratación.
- Caídas y sus complicaciones.
- Inmovilizaciones.
- Pérdida de estabilidad.
- Somnolencia e insomnio.
- Vómitos.
- Dolor estomacal. Epigrastralgia.
- Cambio de personalidad.
- Decaimiento.
- Pérdida de energía.
- Gasto dinero.

Poli farmacia:

- Es la ingestión simultánea de dos o más medicamentos y el abuso de poder conociendo las reacciones adversas que puedan provocar.
- Alina Martínez en el artículo del periódico Trabajadores plantea que no es raro ver que los ancianos tomen hasta cinco seis productos al mismo tiempo lo que aumenta el riesgo de reacciones adversas, dice además que al presentar más de un problema médico son atendidos por varios especialistas lo que incrementa la posibilidad de confusión en cuanto a la correcta meditación de fármacos y que por tanto favorece la poli farmacia.

Razones por lo que se dé receta a los ancianos más medicamentos de los que debe tomar:

- Incidencias de muchas enfermedades crónicas a la vez.
- La presencia de enfermedades como la hipertensión arterial y la insuficiencia cardiaca que en muchas ocasiones se administra más de un medicamento para su control.
- No hacer una evaluación correcta de los medicamentos que el anciano tomaba con anterioridad y que muchas veces los toman de forma rutinaria sin ser estos necesarios.
- Es frecuente el uso de medicamentos para el tratamiento de síntomas (mareos, dolor, falta de aire, palpitación), sin hacer un interrogatorio detallado y un examen físico minucioso o en busca del enfermedad que lo está provocando.
- La falta de paciencia y profesionalidad de algunos médicos para escuchar al anciano y saber interpretar o evaluar sus preocupaciones, haciendo, que se tenga una actitud de complacencia y se receta lo que se le antoje.

Las consecuencias de la poli farmacia:

- Mayor frecuencia de reacciones adversas.
- Riesgo de olvido de ingestión de algunos de estos fármacos.
- Mayor riesgo de confundir o cambiarlo por otro.
- Aumenta la frecuencia de malestares digestivos (gastritis, úlceras).
- Mayor tendencia a la discapacidad.
- Dosificación inadecuada a la hora de ingerirlo, por falta de visión, temblor, trastornos de la memoria.
- Mayor incidencia de caída y cuadro confusional agudo.
- Confusión de métodos por ser varios.
- Incremento de las interacciones entre los medicamentos. Causante de nuevos malestares.
- Ingestión artificial de dosis no recomendadas.
- Aumento de la depresión por el efecto secundario de los fármacos.
- Mayor gasto de dinero.
- Incontinencia urinaria.
- Presión baja por los tranquilizantes antidepresivos o antihistamínicos.

Aquí pueda un importante papel la familia para evitar el riesgo de que por errores en la administración del fármaco o abandono de la prescripción médica del paciente se agudiza el cuadro patológico y que se haga necesaria la hospitalización

Calidad de vida (Mayra Carrasco pág. 27):

Es el reflejo de condiciones de vida deseada por una persona en relación con su vida, su hogar, comunidad, el trabajo, la salud, el bienestar y de cómo cada individuo, subjetivamente evalúa o percibe lo vivido.

Indicadores para medir la calidad de vida:

- Empleo.
- Educación.

- Energía.
- Medio ambiente.
- Salud.
- Derechos humanos.
- Infraestructura.
- Seguridad nacional.
- Seguridad ciudadana.
- Tiempo libre.
- Vivienda.
- Nivel de alimentación.

Factores objetivos de la calidad de vida:

- Salud.
- Atención médica.
- Educación.
- Capacitación.
- Empleo.
- Condiciones de trabajo.
- Vivienda.
- Seguridad.
- Atención social.
- Vestuario.
- Recreación.
- Demanda.
- Alimentación.

Factores subjetivos de la calidad de vida:

Hay controversias al respecto y en la literatura se ha reflejado como satisfacción por la vida, la moral, la felicidad, también se ha medido en áreas determinadas por el centro de trabajo, el matrimonio, la economía.

Factores individuales de la calidad de vida:

- Personalidad.
- Salud física y mental.
- Nivel de vida.

Factores sociales:

- Educación.
- Instrucción.
- Amistades.

Están relacionados con el modo de vida.

Medidas de la calidad de vida:

- Grado de satisfacción.
- Nivel de vida.
- Estado de salud.

Objetivos individuales:

¿Cómo mejorar la calidad de vida?

Mejorando el estado de salud y el estado de satisfacción.

Papel del bienestar subjetivo en la calidad de vida:

El bienestar subjetivo en los ancianos ha despertado el interés de la gerontología social. Su conceptualización y forma de medición, al igual que los términos ya señalados, han sido motivos de controversia. Ya que en la antigüedad el Emperador Romano Marco Aurelio en el siglo v ha expuesto “Ningún hombre es feliz sino cree que lo es”. (Temas de gerontología Osvaldo Prieto pág. 30). Brodburn, plantea la hipótesis de que la felicidad es realmente un juicio global que hacen las personas al comparar un efecto negativo con el positivo por lo tanto en calificación de equilibrio del efecto se obtiene sustrayendo puntos negativos de los positivos.

Los autores consideran el tono emocional como satisfacción actual en comparación con el ajuste pasado.

Existen abundantes estudios acerca del papel que desempeñaría el bienestar subjetivo en la calidad de vida.

1. Irracionalidad al valorar la situación es, los eventos y la conducta de las personas.
2. Inestabilidad emocional, cambió frecuente de humor o de estado de ánimo.
3. Pesimismo.
4. Ansiedad.
5. Depresión.
6. Reducción de confianza en sí mismo.
7. Apatía.
8. Inhabilidad.
9. Bajo rendimiento intelectual.
10. Olvido involuntario.
11. Indecisión.
12. Dificultar de concentración.

Conductas frecuentes:

1. Actos rutinarios y repetitivos (limpiar continuamente).
2. Tratos a la familia o amigos de formas menos consideradas que del modo habitual.
3. Comer menos o con mayor frecuencia.

4. Consumo excesivo de sustancias psicoactivas (café, alcohol, tabaco).
5. Consumo excesivo de pastillas para dormir por dificultar para concebir el sueño.
6. No admitir la existencia de sistemas físicos o psíquicos.

Beneficio de la recreación:

En el aspecto humano ello infiere superiores condiciones donde los conocimientos en el campo educacional, cultural, habitacional, laboral, sanitario etc. pero también el perfeccionamiento de la condición humana desde lo espiritual mediante la potenciación de valores como el sentido de pertenencia, la solidaridad, la honestidad, la aceptación de las diferencias, la sencillez, el amor y otros valores que definen la peculiaridad del bienestar.

Categorización internacional de los beneficios de la recreación:

1. Individual: se traduce en oportunidad para vivir, aprender, llevar una vida satisfactoria y productiva así como para encontrar caminos donde se experimente placer y salud fortaleciendo la autoestima y la auto motivación, la creatividad y la adaptabilidad, la honestidad, la solución de problemas y la toma decisiones, el bienestar psicológico entre otros aspectos.
2. Económicos: la reducción de costes en el tratamiento de enfermedades que puedan evitarse mediante actividades sanas etcétera.
3. Comunitarios: oportunidad para interactuar con la familia, vecindario y la sociedad en General de la cual se deriva la aceptación y las diferencias culturales y entre grupos de edades, sexo, raza etc..
4. Ambientales: oportunidad actual en la preservación del medio ambiente llamase agua, plantas, suelos animales, etcétera, en la reducción del estrés social etc.

Aspectos a tener en cuenta al aplicar actividades recreativas:

1. Será absolutamente participativa con idénticas posibilidades para todos los que acudan a su convocatoria y no se aplicarán sistemas de intervención con separación por sexo (a menos que sea absolutamente necesario).
2. Se estimula la la competencia (no la competición) mediante la confrontación de cada cual consigo mismo, como concepto básico.
3. No se establecerán evaluaciones excluyentes o eliminatorias. Se reconocerá la participación, la disciplina, la honestidad, operación, voluntad, iniciativa personal y otros valores.
4. Se procurará que las premiaciones sean de estimulación colectiva para todo el equipo.
5. Ser excluida completamente el término ganador / perdedor. Si fuera necesario reconocer a los superiores se les llamara más destacados y nunca se ordenaran los restantes de forma descendente.

Qué hacer para la elaboración de un plan de actuación directa sobre el adulto y sus problemas para mejorar su calidad de vida:

1. Planificación y desarrollo de distintas actividades de recreo y ocio.
2. Planificación y desarrollo de actividades de carácter físico adaptado a las distintas situaciones motoras de las personas mayores.

La actividad física es válida y tiene efectos positivos para el organismo a lo largo de toda la vida del hombre. Ayuda a mantenerse en forma, a mejorar los niveles de salud y la calidad de vida. El ejercicio es una necesidad corporal básica. El organismo humano necesita ejercitarse de lo contrario se deteriora; si se renuncia al ejercicio el organismo funcione por debajo de sus posibilidades físicas.

En sentido General podemos presumir que la realización ejercicios físicos de forma regular es una necesidad de todo ser humano, ya que su influencia es una vía segura para evitar el deterioro órgano, lograr una vida sana, retrasa los síntomas del envejecimiento.

Impacto del ejercicio físico:

- Mejora la resistencia periférica en los vasos sanguíneos lo reproduce mayor flujo sanguíneo.
- Disminuye el colesterol.
- Se puede alcanzar el mayor control del peso corporal al quemar calorías.
- Influye de forma positiva en el estado de ánimo.
- Evita el infarto.
- Permite conservar mejor la fuerza mental y física, ayuda a mantener recuperar el libro físico y mental.
- Ejerce una acción tonificante sobre sistema nervioso.
- Mejora los procesos metabólicos.
- Estimula las funciones del sistema cardiovascular y respiratorio.
- Contribuir a regular el apetito.
- Ayuda la prevención de osteoporosis en el anciano.
- Ayuda a dormir mejor.
- Mejora la coordinación de movimientos.
- Disminuye la probabilidad de caídas y fracturas óseas.
- Aumenta la tolerancia calor y la capacidad de sudoración.

Características de las actividades a impartir en las clases:

1. **Recreación:** proceso de renovación consciente de las capacidades físicas, intelectuales y volitivas del individuo mediante acciones participativas ejercidas con plena libertad de elección y que en consecuencia contribuyen al desarrollo humano. No deben ser impuestos a las personas pues son ellos quienes han de decidir cómo desean recrearse. Promoviendo así la amplia intervención de todos con independencia de edad, sexo, condiciones físicas etc., Por lo que es ajena a cualquier resultado selectivo o eliminatorio

en sus actividades. La labor del técnico es facilitar y promover las ofertas recreativas a fin de que constituyan opciones para la libre elección de quienes se recrean.

2. **Actividades lúdicas recreativas:** son aquellas presididas por el ejercicio de la libertad de elección; es el huevo en su diversidad de formas a través del cual se pueden lograr resultados educativos y formativos como valores agregados a la obtención de placer. Incluimos aquí las diferentes manifestaciones artísticas, el espectáculo, las fiestas y otras expresiones de la cultura humana regidas por el simbolismo lúdico.
3. **Recreación física:** campo de la recreación, al igual que la recreación artística literaria y la recreación turística, que transita por la práctica de actividades lúdicas recreativas de deportes recreativos y del espectáculo deportivo como uno de los componentes de cultura física (. A la educación física escolar y de adultos y el deporte) para la ocupación placentera, sana y provechosa del tiempo libre. Se propone la estimulación de una adecuada actitud recreativa como efecto de renovación física y mental en las personas a partir de experiencias vivenciales positivas y enriquecedoras de la personalidad y en ningún caso como simple entretenimiento basado en la emoción y la superficialidad.
4. **La recreación física** tiene como soporte temporal el tiempo libre concibiendo éste como aquel momento en que las personas dispone de todas sus posibilidades para dedicarse a placenteras actividades auto condicionadas como complemento de las obligaciones y tareas que deben desempeñar en la sociedad.
5. **La recreación física** tiene como soporte material del medio ambiente donde se desenvuelve el colectivo humano, caracterizado por su comodidad, urbano o rural, apoyándose además en el conjunto de instituciones comunitarias.
6. **La recreación física** tiene un marcado objetivo ideológico como expresión de principios y valores humanos, de fortalecimiento de los sentimientos de pertenencia y de identidad nacional puestos de manifiesto mediante juegos tradicionales y otras acciones que lo inserten en la batalla que hoy libramos frente a la penetración ideológica del extranjero y la proliferación de vicios y otras acciones de formadoras de la conducta.
7. **El objeto de la recreación física** son los gustos y preferencias de la población en su diversidad de grupos de edades, de géneros, ocupacionales, etc. De modo que no es posible desarrollar un buen proyecto recreativo sin tener en cuenta estos factores.
8. Existe cierta variedad de los denominados ganchos recreativos o condiciones que convocan espontáneamente a la participación de la población en acciones de la recreación física como espectador o participante activo sin la necesidad de grandes esfuerzos movilizativos, corresponden precisamente a gustos y preferencias generalizadas para nuestro pueblo entre las que se encuentran:
 - Paseo lugares históricos en ómnibus.
 - Observar encuentros de deporte popular (béisbol, boxeo, fútbol).
 - Juegos tradicionales (infantiles, campesinos, de ferias etc.).
 - Juegos populares de mesa (dominó, damas, ajedrez, cartas etc.).
 - Actividades acuáticas en el verano (playas, ríos, piscina).
 - Actividades culturales y sociales donde canten y bailen (fiestas, carnavales, reuniones sociales etcétera).
 - Parques recreativos y naturales (zoológicos, campiñas, sitios ecológicos).

CAPÍTULO II.- DISEÑO METODOLÓGICO.

MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN

NIVEL TEÓRICO:

Analítico – sintético: se empleó para determinar los distintos criterios acerca de los principios del trabajo, durante el proceso de consulta de la literatura, la documentación especializada y en la aplicación de otros métodos del conocimiento científico.

Histórico-Lógico: se utilizó para determinar los antecedentes del trabajo, así como la búsqueda de los fundamentos que antecieron al problema científico tratado, los resultados históricos obtenidos, su desarrollo, significación y su incidencia en los resultados actuales.

Inductivo-Deductivo: Este método se utilizó para la interpretación de los datos empíricos; así como descubrir regularidades importantes y relaciones entre los distintos componentes de la investigación.

NIVEL EMPÍRICO:

Método Experimento: Para la aplicación del experimento se realizó primeramente una prueba inicial o pre-test que permitiera conocer los valores o el estado original en que se encontraba los indicadores del nivel de incorporación a la práctica del ejercicio físico.

Posteriormente una prueba final o pos-test que posibilitó determinar los valores o el estado que alcanzaron indicadores del nivel de incorporación a la práctica del ejercicio físico, luego de transcurrido el tiempo planificado de aplicación de la variable independiente.

Observación: Se utilizó para observar el comportamiento de los indicadores en los sujetos objeto estudio tomado como muestra.

Encuestas: Esta se efectuó con el objetivo de conocer los gustos y preferencia de la población respecto a las actividades físicas recreativas.

Entrevista: se aplicó con el objetivo de realizar el diagnóstico, conocer las ofertas físicas recreativas que se le brindan al adulto mayor en esta comunidad.

Técnicas estadísticas descriptivas: porcentaje, media y coeficiente de variación.

TIPO DE DISEÑO

La investigación se enmarca en el paradigma positivista con un diseño no experimental. (Sampier, 2003), (Estevez Cullel y Arroyo Mendoza, 2004), (Buendía Eisman y Colás Bravo, 1995).

Para llevar a cabo el diagnóstico se tuvieron en cuenta los siguientes indicadores:

1. Nivel de conocimiento de los abuelos de los medicamentos que adquieren y sus efectos.
2. Planificación y desarrollo de la actividad física recreativa.
3. Participación del adulto mayor en las actividades programadas.

POBLACIÓN Y MUESTRA

Muestra: La población motivo de estudio está compuesta por un total de 60 adultos mayores, de ellos se seleccionó una muestra intencional de 30 con posibilidades de practicar ejercicios físico recreativas, dicha muestra se encuentra distribuida de la siguiente manera:

Tabla (1)

Edad	Femenino		Masculino		Total	
	Cant.	%	Cant.	%	Cant.	%
60-65	15	50	15	50	30	100

A lo antes mencionado podemos añadir que se hace necesaria la continuidad en la realización sistemática de los ejercicios físicos recreativos para así aprovechar toda la significación que esto trae. **Ver tabla (1).**

Capítulo III.- Análisis de los resultados.

RESULTADOS DEL DIAGNÓSTICO.

Es de vital importancia señalar que al igual que en otras comunidades del municipio de Cienfuegos hay una alta incidencia de adultos mayores que se auto medican, que a su vez ejercen la poli farmacia para tratar de aliviar dolores o disímiles estados de salud, sin tener en cuenta la nefasta consecuencia que esto puede traer para su organismo es una localidad donde el adulto mayor tiene poca conciencia de la influencia del ejercicio físico recreativo en los más variados aspectos de la vida, tanto orgánico psicológico como sociales y de aquí la poca incorporación del adulto mayor a los círculos de abuelos, llamados estos hacer un medio de socialización y el mejoramiento de la calidad de vida. Las dificultades que presenta este grupo etéreo es la casi nula influencia de ellos de actividades recreativas viéndose más necesitados de la misma donde interactúan los demás y puedan recrearse y satisfacer parte de sus necesidades objetivas y espirituales propias de esta edad, que por lo general tienen suficiente tiempo libre que puede ser utilizados en una actividad recreativa, por otro lado el nivel cultural de estos abuelos no es muy alto por lo que se deben programar charlas educativas que sean amenas y de fácil comprensión.

3.1 Resultados de la encuesta al médico y Revisión documental.

El diagnóstico se realizó a través de una aplicación de una encuesta. Al médico del adulto mayor del círculo de abuelos " Vida Sana" del consejo popular RANCHO LUNA que tiene como propósito conocer principalmente los antecedentes clínicos patológicos de los mismos así como cantidad de medicamentos que adquieren.

La tabla arroja como resultado el uso de medicamentos.

Tabla # 2.- Medicamentos más usados.

Medicamentos más usados.	# de abuelos	%
Psicofármacos: (Diacepan, Nitacepan, Medacepan).	22	73.3
Analgésicos: (Aspirina, Dipirona, Paracetamol, Cogrit).	20	66.6
Vitaminas: (B1,B6,B12,BC,BA).	10	33.3
Hipoglisemiantes: (Insulina, Vencidamida).	6	20
Hipotensores: (Captopril, Berasidomida, Cartolidona).	15	50
Antiinflamatorios: (Ibuprofeno Naprofeno,Peroxican).	13	61.7
Circulatorios: (Beratón, Aspirina).	6	20

Según el criterio del médico los medicamentos mas usados son los fármacos y los analgésico.

(Ver Tabla # 2)

Tabla # 3.- Edad de los Abuelos.

Grupo Etáreo	# de Abuelos	%
Edad de 60 – 65	10	33.3
Edad de 65 – 69	13	43.3
Edad de 70 – 74	5	16.6
Más de 75	2	6.6
Total general	30	100 %

En la distribución de los pacientes según la edad apreciamos que el mayor porcentaje corresponde al grupo etario de 65 a 69 años dado quizás a que todavía existe vínculo laboral en el primer grupo etario a partir del segundo grupo desciende con la edad. Ver Tabla (2)

Tabla # 4.- El sexo

Sexo	# de Abuelos	%
Masculino	7	23
Femenino	23	77
Total	30	100

Según la tabla predomina el sexo femenino. Esto puede estar relacionado con los prejuicios de los abuelos en cuanto a su participación en este tipo de actividades. (Ver Tabla # 4) .

Tabla # 5.- Ocupación.

Ocupación.	# de Abuelos	%
Ama de casa	15	50
Jubilado	10	33.3
Pensionado	5	16.6

El mayor número de abuelos incorporados al círculo son amas de casa. Ver tabla (5)

Tabla # 6.- Realización de ejercicio.

Realización de ejercicio	# de Abuelos	%
Si	15	50
no	15	50

Se comprobó que no todos los abuelos encontrados realizan ejercicio físico sistemático después de incorporados al círculo, debido a que ha existido inestabilidad por los técnicos

Ver tabla (6)

Tabla # 7.Tiempo incorporado al círculo.

Tiempo incorporado al círculo	# de Abuelos	%
Menos de un año	3	10
Un año	13	43.3
De uno a dos años	9	30
Más de dos años	5	16.6
Total general	30	100

El mayor porcentaje pertenece a los que llevan un año incorporado al círculo de abuelo. Ver Tabla (7)

Tabla # 8.- Recomendación para la incorporación.

Recomendación para la incorporación.	# de Abuelos	%
Por el profesor	12	40
Médico	5	16.6
Por los abuelos	6	20
Voluntarios	3	10
Familiares	4	13.3

Los resultados demuestran que hay una mayor influencia por parte del técnico de cultura física y que falta la influencia del médico dado quizás por la inestabilidad de su permanencia en la zona. Ver **Tabla (8)**

Tabla # 9.- Enfermedad más frecuente.

Enfermedad	# de abuelos	%
H.T.A	15	50
Asma bronquial	4	13.3
Diabetes mellitus	6	20
Cardiopatía	3	10
Trastorno circulatorio	6	20
Estado ansioso o depresivo	11	23.6
Oesteoartritis	10	33.3
Trastorno visual	20	66.6
Trastorno del sueño	8	26.6
Trastorno auditivo	3	10

Las enfermedades crónicas no transmisibles en la muestra fueron en primer lugar los trastornos visuales y en segundo lugar la H.T.A. Después de incorporado al círculo de abuelo y sometidos a ejercicios físicos. **Ver Tabla (9)**

Estado Civil. Tabla (10)

Estado civil	# de abuelos	%
Soltero	3	10
Casados	12	40
Viudo	2	6.6
Divorciado	4	13.3
Acompañado	9	30

Se observa una mayor proporción de abuelos casados y acompañados aspecto este que puede servir de apoyo para desarrollar nuestro trabajo. **Ver Tabla (10)**

Hábitos tóxicos. Tabla (11)

Hábitos tóxicos.	# de abuelos	%
Fumar	21	70
Alcoholismo	4	13.3
Ingestión de café	28	93.3

El mayor porcentaje lo representó el hábito de ingestión de café seguido con el del hábito de fumar y por último el alcoholismo. Después de incorporados al círculo de abuelo hubo una fuerte disminución de estos hábitos tóxicos en los mismos. **Ver Tabla (11)**

Tabla # 12.- Actividades recreativas más aceptadas por los abuelos.

Actividades	# de abuelos	%
Caminar	10	33.3
Cumpleaños colectivos	30	30
Juegos de mesa	6	20
Ejercicios físicos deportivos	15	50
Actividades culturales	27	90

La actividad que más les gusta a los abuelos son el cumpleaños colectivo seguido de las actividades culturales y luego las actividades físicas deportivas, este nivel de prioridades le permitió enfocar el trabajo con los abuelos hacia su bienestar físico y mental. Ver Tabla (12)

PROPUESTA

Se propone un grupo de ejercicios físicos recreativos tales como:

- **Cine debate.**
- **Competencias físico recreativas.**
- **Actividades culturales.**
- **Visitas a museos.**
- **Bailo terapia.**
- **Zarabanda.**
- **Taichi.**

Tabla # 13.- Validación de la propuesta.

Grado de satisfacción:

grado de satisfacción	# de abuelos	%
útil	30	100
poco útil	3	10
dispuesto	27	90
poco dispuesto	3	10
alegre y activo	27	90
triste	4	13,3
muchas relaciones sociales	25	83,3
pocas relaciones sociales	4	13,3
puede realizar ejercicios físicos sin dificultad	20	66,6
Limitación para realizar ejercicios físicos	6	20
comprendido	25	66.6

desentendido	3	10
poca salud	25	83.3
más salud	-	-

Con el objetivo de validar la propuesta, se le aplicó una encuesta a los sujetos de la muestra para conocer el grado de satisfacción por la misma. **(ver Tabla # 13.**

Además se le aplicó una entrevista a un grupo de sujetos con las características siguientes: profesionales y no profesionales con varios años de experiencias en la actividad, activistas y promotores de la cultura física, así como al médico de la familia y enfermera que atienden esta Comunidad.

Los encuestados coinciden en:

- ✚ La factibilidad de la propuesta es decir existe la posibilidad real de su utilización, incluyendo los recursos que se necesitan.
- ✚ Tiene gran valor social y responde a una necesidad de la comunidad, de aquí su pertinencia.
- ✚ Con la propuesta se puede cumplir el objetivo de proponer mayor calidad de vida al adulto mayor, es decir tiene gran validez.

Conclusiones:

El estudio realizado permitió conocer que:

1. No ofertan actividades que estimulan a los abuelos
2. La mayoría de los abuelos se automedican, no practican ejercicios y aquellos que lo hacen lo realizan sin motivación.
3. La mayoría practican la polifarmacia.
4. Teniendo en cuenta los resultados del diagnóstico se brinda la Propuesta compuesta por ejercicios físicos recreativos.

Recomendaciones:

Diseñar un plan de actividades donde se tenga en cuenta los gustos y las preferencias de cada uno de los miembros de la muestra.

Bibliografía

- Alfonso, J. C. (1996). demografía del envejecimiento. Centro de Estudios de la Población y el Desarrollo. La Habana: Conferencia CITED.
- Devesa CE, H. M. (1993). Los círculos de abuelos como elementos de promoción de salud. Salud Pública.
- Días NJ, Á. D. (1995). Prevalencia e incidencia de algunos problemas de salud. Club Med. Gen. Integr .
- Expósito Lidia E. Lidia E García Expósito, R. A. (1990). Guía y contenido de estudio de cultura física terapéutica. La Habana.
- Flores JA, V. S., & MP, G. (1992). Terapéutica del apoyo social en el anciano. Geriátrica .
- Geriatria, E. P. (1997). La tercera edad. Programa caretas de Geriatria.
- Metodología para el trabajo del programa del adulto mayor. Carpeta metodológica MINSAP . (1996). La Habana.
- Morales N, A. L. (1991). Círculo de abuelos. Resultado de un periodo de trabajo .Protección de salud en la edad avanzada. Foro Mundial de Salud. Cub. Enfer 1991; 7, 26 – 31 Fun. J. et al.
- Objetivos, propósitos y directivas para incrementar la salud de la población cubana. (1991.). La Habana: Pública, Ministerio de Salud.
- Ordofiez CC, P. B. (1987). El círculo de abuelos, una respuesta a necesidades biopsicosociales de los ancianos. Cub. Med. Gen. Integr.
- Próduga, D. S. (1998). La cultura física terapéutica. Moscú : Próduga.
- Roxane., C. C. (2003). Psicología (selección de textos. La Habana: Felix Varela.
- Suarez, T. (1993). Geriatria, nueva especialidad. Cub. Med. Gen. Integr.
- T., Á. (1995). Participación de la familia en los cuidados paliativos del anciano. Médico Universidad de Antioquia.
- Valencia AC, X. L. (1988). Efecto de un programa de terapia recreativa sobre el estado depresivo del anciano institucionalizado en el cottolengo. Colombia Médico.
- VO, V. R. (1994). Seguimiento durante 4 años de pacientes incapacitados al círculo de abuelos. Cub. Med. Gen. Integr.
- Zamora, M. Z. (1984). Actividades físicas y salud . La Habana: Tecnica.

ANEXOS.

Encuesta: Esta encuesta determina las características de cada uno de los ancianos donde se tuvo en cuenta los indicadores referidos a la edad, sexo, ocupación, nivel de escolaridad, estado civil entre otros. Además nos posibilita conocer el estado emocional en que se encuentran los abuelos; se les solicita respondan con la mayor sinceridad cada pregunta garantizándoles un total anonimato.

1- Edad:

De 60 - 65 años: _____

De 65 – 69 años: _____

De 70 – 74 años: _____

Más de 75 años: _____

2- Sexo:

Femenino: _____ Masculino: _____

3 – Ocupación:

Ama de casa: _____

Jubilado: _____

Pensionado: _____

Otros: _____

4 – Nivel de escolaridad:

Primaria sin terminar: _____

Primaria terminada: _____

Secundaria terminada: _____

Pre-Universitario: _____

Universitario: _____

5 – Estado civil:

Casado: _____

Soltero: _____

Divorciado: _____

Viudo: _____

Acompañado: _____

6 – Realización de ejercicio sistemático: SI _____ Ó NO _____

7 – Tiempo incorporado al círculo:

Menos de 1 año: _____

Un año: _____

De 1 a 2 años: _____

Más de 2 años: _____

8 – Recomendaciones para la incorporación a los círculos de abuelo.

Por el profesor de Educación Física: _____

Médico: _____

Por otros abuelos: _____

Voluntarios: _____

Familiares: _____

Otros: _____

9 – Enfermedades más frecuentes.

H.T.A: Si ____ No ____

Asma Bronquial: Si ____ No ____

Diabetes Mellitus: Si ____ No ____

Cardiopatía: Si ____ No ____

Trastornos Circulatorios: Si ____ No ____

Estado ansioso o depresivo: Si ____ No ____

Oesteoartritis: Si ____ No ____

Trastorno Visual: Si ____ No ____

Trastorno del sueño: Si ____ No ____

Otros: Si ____ No ____

10- Hábitos tóxicos.

Fumar: Si ____ No ____

Alcoholismo: Si ____ No ____

Ingestión de Café: Si ____ No ____

1. Medicamentos más usados:

Psicofármacos: Si _____ No _____

Analgésicos: Si _____ No _____

Vitaminas: Si _____ No _____

Hipoglucemiantes: Si _____ No _____

Hipotensores: Si _____ No _____

Antiinflamatorios: Si _____ No _____

Circulatorios: Si _____ No _____

Otros: Si _____ No _____

- Psicofármacos: Diacepan, Nitrocepan, Medacepan, Himipramida.
- Analgésicos: Aspirina, Dapirona, Paracetamol, Kogrip.
- Vitaminas: B1, B6, B12, Bc, Ba (provista Ba y Bc).
- Hipoglucemiantes: Insulina, Vencidamida.
- Hipotensores: Captopril, Furocemia, Costalidana proporal.
- Antiinflamatorios: Ibuprofeno, Naproxeno, Peroxicam, Endometacina, Mefenicina.
- Circulatorios: Benatón, Aspirina.
- Otros: Antidepresivos (Amitriptilina)

2. Actividades más frecuentes realizadas por los abuelos:

Caminar: _____

Cumpleaños colectivos: _____

Cine debate: _____

Competencia físico deportiva: _____

Actividades culturales: _____

Otros _____

3. Grado de satisfacción al integrarse al círculo:

Útil: _____

Poco útil: _____

Dispuesto: _____

Poco dispuesto: _____

Alegre y activo: _____

Triste: _____

Muchas relaciones sociales: _____

Pocas relaciones sociales: _____

Puede realizar ejercicios físicos sin dificultad: _____

