

CÁTEDRA TALLER DE TRABAJO FINAL

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

CONDUCTAS PROMOTORAS DE SALUD QUE IMPLEMENTAN LOS ADULTOS MAYORES QUE PARTICIPAN EN LOS TALLERES UPAMI, UNC

Estudio descriptivo transversal a realizarse con adultos mayores que participan en el taller de Envejecimiento Activo de UPAMI, UNC, de Córdoba Capital, durante el segundo semestre del año 2019

Asesora Metodológica: Lic. SORIA, Valeria

Autores: ACEVEDO, Mauricio Rubén

BARRERA, Liliana Beatriz

GIMÉNEZ, Magdalena Beatriz

Córdoba, Febrero de 2019

Datos de los autores

ACEVEDO, Mauricio Rubén. Profesional Técnico de Enfermería, egresado en el año 2006 de la Escuela de Enfermería, Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Córdoba (UNC). Durante el año 2007 se desempeñó como Enfermero Profesional en el Hospital “Dr. Illia” de la Calera y en el dispensario Municipal “Cuesta Colorada” de la misma localidad. Desde 2008 hasta la actualidad trabaja como Enfermero Profesional en la Obra Social Universitaria “D.A.S.P.U”.

BARRERA, Liliana Beatriz. Enfermera Profesional, egresada en el año 2010 de la Universidad Nacional del Comahue (UNCo), sede Choele Choel, Río Negro. Inició su desempeño Profesional en el año 2011 en una residencia de ancianos de la localidad de Lamarque, Río Negro. En el 2012 se mudó a la Ciudad de Córdoba e ingresó como Enfermera Profesional al Hospital de Niños “Santísima Trinidad”. Desde ese mismo año y hasta la actualidad, se desempeña en la Dirección de Atención Primaria de la Salud (D.A.P.S), Centro de Salud N°79 “Albert Sabin”, dependiente de la Municipalidad de Córdoba. Su área de trabajo específica es el “Programa de Pacientes con Enfermedades Crónicas Asintomáticas”, donde lleva adelante su labor de manera integral, holística e interdisciplinaria.

GIMÉNEZ, Magdalena Beatriz. Profesional Técnico de Enfermería, egresada en el año 2006 de la Escuela de Enfermería, Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Córdoba (UNC). Desde 2007 se desempeñó en servicios de Enfermería en el Sanatorio Allende, labor que realizó hasta 2009. A partir de ese año trabajó en servicios de internado en el Hospital de Urgencias de la Ciudad de Córdoba. En el 2010 y hasta la actualidad trabaja como Enfermera Profesional en el servicio de internado del Sanatorio Aconcagua.

Agradecimientos

Agradecemos el acompañamiento y guía del proyecto a la Licenciada Valeria Soria, como así también a los referentes que nos brindaron herramientas y datos para la elaboración del Presente Trabajo Final.

También agradecemos a Dios y a nuestros familiares, compañeros/as, colegas y profesionales que nos apoyaron a lo largo de la carrera y a aquellos que de una u otra forma nos aportaron sus experiencias y sus conocimientos.

Índice

Prólogo.....	5
CAPÍTULO 1: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	8
Planteo y definición del problema	9
Justificación del problema	24
Marco teórico.....	25
Conceptualización de la variable	58
Objetivo general	63
Objetivos específicos.....	63
CAPÍTULO 2: DISEÑO METODOLOGICO	64
Tipo de estudio.....	65
Operacionalización de la variable	65
Población y muestra	67
Fuentes de información, técnicas e instrumento de recolección de datos.....	68
Plan de recolección de datos.....	68
Prueba piloto	69
Plan de procesamiento de datos	69
Plan de presentación de los datos.....	69
Plan de análisis de datos.....	72
Cronograma de actividades	73
Presupuesto	74
Referencias Bibliográficas	75
ANEXOS.....	78
Anexo 1: Solicitud de Autorización	79
Anexo 2: Consentimiento Informado.....	80
Anexo 3: Instrumento de recolección de datos	81
Anexo 4: Tabla Matriz.....	85

Prólogo

La vejez se ha vuelto un fenómeno mundial en crecimiento, es notable como cada año las tasas de fecundidad disminuyen mientras la esperanza de vida aumenta. De esta manera, la población de 60 años y más crece aceleradamente y junto con ello, el cuestionamiento de si estas personas tendrán buena calidad de vida conforme avanza su edad, así como el riesgo de desarrollar enfermedades crónicas (OMS, 2015).

Numerosos estudios sostienen que las causas del aumento de la esperanza de vida están relacionadas con los adelantos científicos y técnicos de los últimos años, los cuales producen nuevas relaciones y formas de vida. Desde esta perspectiva, entre los factores que inciden en el aumento de la expectativa y calidad de vida, se destacan la revolución de las comunicaciones -que globaliza la información y la acerca a las mayorías- y los descubrimientos médicos y tecnológicos -que permiten cada vez más la prevención y la cura de enfermedades-.

En este contexto, durante el año 2017 Argentina promulgó la Ley Nacional 27360 de acuerdo a la Convención Interamericana sobre Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores. La mencionada Ley puso de manifiesto la necesidad de promover medidas tendientes al desarrollo de un nuevo modelo de atención de la salud para los adultos mayores que incluya la promoción de la salud y la atención primaria de la salud adaptada a esta población.

En Córdoba, la Ley N° 7077 dispuso la creación del Programa Permanente de Atención al Anciano y estableció que la Subsecretaría de la Mujer, el Menor y la Familia es la autoridad de aplicación, teniendo a su cargo las funciones de organizar, controlar y ejecutar este programa.

En la misma línea, la Secretaría de Extensión Universitaria de la Universidad Nacional de Córdoba firmó en el año 2016 un convenio con PAMI para la puesta en marcha de talleres gratuitos destinados a los afiliados. Bajo la designación de "UPAMI" se enmarca esta iniciativa cuyo eje principal es la Promoción de la Salud y

el Envejecimiento Activo desde una perspectiva integral de salud como Derecho Humano y con el objetivo de promover la inclusión de los/as adultos mayores.

Es precisamente en este escenario que se diseñó el presente Proyecto, con el objetivo de *conocer las conductas promotoras de salud de los adultos mayores que participan en el taller de “Envejecimiento Activo” de UPAMI, UNC, sede Córdoba Capital durante el segundo semestre del año 2019.*

La elección de realizar un estudio sobre Promoción de la Salud se fundamenta en que este tipo de trabajo no solo proporciona al profesional de enfermería un conocimiento útil en relación a la posibilidad de modificar sustancialmente y/o predecir la realización de una conducta promotora de salud por parte del paciente; si no también provee información que permite una etapa de planificación de cuidados debidamente fundamentada, personalizada y coherente con la perspectiva con que se pretende trabajar.

Es interesante destacar que el Programa UPAMI aún no cuenta con la participación activa del área de Enfermería. Esta situación llama la atención y ha motivado la indagación de los autores, que consideran que la Enfermería podría hacer aportes verdaderamente enriquecedores en términos de promoción de la salud y de producción de conocimientos locales en torno a las conductas promotoras de salud que implementan los adultos mayores.

Desde este vacío de conocimiento científico y académico a nivel local que los autores han podido detectar en relación a las conductas promotoras de salud, se propone un estudio que arroje luz sobre resultados que puedan ser útiles a la hora de realizar posibles ajustes en el marco del Programa y más precisamente de los talleres que se realizan, con el objetivo principal de lograr el cumplimiento de los objetivos propuestos por OMS en lo que respecta al Envejecimiento Activo.

Para ello, los autores emplearon como marco de referencia el Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender ya que dicho modelo posibilita al cuidado enfermero una oportunidad para ayudar a las personas a que se comprometen con las conductas que constituyen un estilo de vida saludable.

El presente Proyecto se estructura en dos capítulos:

El *Capítulo 1* “**El problema de Investigación**”, comprende el planteamiento del problema y sus antecedentes; la justificación de su elección, en términos de los aportes que significa para el campo de la Enfermería, pero también para la investigación en adultos mayores y envejecimiento activo; y el marco teórico de referencia, donde se incorporan las nociones, conceptos y teorías que dan cuenta de la perspectiva teórica y epistemológica adoptada por los autores en relación a la Promoción de la Salud en adultos mayores. Este primer capítulo concluye con la conceptualización de la variable de estudio y los objetivos del Proyecto.

El *Capítulo 2* avanza sobre el “**Diseño metodológico**”. Allí se incluye la operacionalización de la variable; se determina el tipo de estudio a realizar y se especifica el universo o población para luego detallar los procedimientos para la recolección, procesamiento, presentación y análisis de datos. Hacia el final del capítulo se presenta el cronograma de actividades a realizar durante la puesta en marcha del Proyecto y el presupuesto necesario para llevarlo a cabo.

Por último, los **Anexos** contienen las notas de autorización necesarias para llevar a cabo el proyecto y el instrumento de recolección de datos elaborado a los fines de este estudio.

CAPÍTULO 1:
EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

Planteo y definición del problema

La vejez es un fenómeno mundial en crecimiento, es notable como cada año las tasas de fecundidad disminuyen mientras la esperanza de vida aumenta. De esta manera, la población de 60 años y más crece aceleradamente y, junto con ello, el cuestionamiento de si estas personas tendrán buena calidad de vida conforme avanza su edad, así como el riesgo de desarrollar enfermedades crónicas (OMS, 2015).

Numerosos estudios sostienen que las causas del aumento de la esperanza de vida están relacionadas con los adelantos científicos y técnicos de los últimos años, los cuales producen nuevas relaciones y formas de vida. Desde esta perspectiva, entre los factores que inciden en el aumento de la expectativa y calidad de vida, se destacan la revolución de las comunicaciones -que globaliza la información y la acerca a las mayorías-, y los descubrimientos médicos y tecnológicos -que permiten cada vez más la prevención y la cura de enfermedades-. De esta manera, a nivel mundial, en el año 2015 la población de 60 años y más alcanzó los 901 millones (12,3% de la población total mundial), por lo que para el 2050 se proyecta que será de 2,092 millones (21,5% de la población total).

Adhiriendo a la propuesta de Naciones Unidas, en Argentina se considera que una persona es adulto mayor a partir de los 60 años (Butinof, 2014). Cabe destacar que nuestro país se considera uno de los países más envejecidos de Latinoamérica, mostrando signos de su envejecimiento desde 1970. A este dato debe agregarse que, según el nuevo informe de Estadísticas Sanitarias Mundiales 2014 de la OMS (2014), la esperanza de vida promedio en Argentina es de 76 años.

De acuerdo al Censo Nacional de 2001 realizado por el INDEC, la población de personas de 60 años y más es de 4.871.957 millones; lo que representa el 13,4% de la población total de los cuales 2.054.151 son varones y 2.817.806 mujeres. Las provincias con mayor porcentaje de mayores de 65 años son: Ciudad Autónoma de Buenos Aires (478.445), Buenos Aires (1.461.118),

Córdoba (325.662), Santa Fe (347.204), Entre Ríos (109.987), Mendoza (148.404) y Tucumán (99.766).

Al observarse y estudiarse estos cambios a nivel mundial, se llegó a comprender la necesidad de posibilitar la participación plena de todos los miembros de la sociedad y, especialmente, de los adultos mayores que la integran. Es en este marco que, durante las últimas décadas, en Argentina y en el mundo, hubo un cambio de paradigma respecto de lo que se consideraba como “vejez” y lo que hoy conocemos como Envejecimiento Activo.

El enfoque de Envejecimiento Activo se construye sobre la perspectiva del ciclo vital, que reconoce la importante influencia que tienen sobre el envejecimiento de los individuos las experiencias tempranas en la vida, el género y la cultura. Por ello, toma en consideración los determinantes de salud que incluyen los procesos conductuales, ambientales, sociales, económicos, biológicos y psicológicos que operan a través de todos los estadios del curso de la vida y determinan la salud y el bienestar en edad avanzada.

Para la OMS (2001), el Envejecimiento Activo es “el proceso de aprovechar al máximo las oportunidades para tener un bienestar físico, psíquico y social durante toda la vida” (pp. 1)

En consecuencia, además de continuar siendo activo físicamente, es importante permanecer activo social y mentalmente participando en: actividades recreativas, actividades con carácter voluntario o remuneradas, actividades culturales y sociales, actividades educativas y de la vida diaria en familia y en la comunidad. De esta manera, el objetivo es extender la calidad y esperanza de vida a edades avanzadas.

La OMS (2001) señala que el envejecimiento es un privilegio y un logro de las sociedades. Así, el desafío que conlleva la atención de los adultos mayores en distintos ámbitos de la vida social, política, económica y cultural, requiere de un enfoque y estrategias comunes.

En este marco, en el año 2002, la OMS lanzó su Marco de Políticas sobre el Envejecimiento Activo y propuso el 1 de octubre como el Día Internacional de las Personas de Edad. Uno de los modos de llamar a la reflexión en torno a la importancia que los adultos mayores tienen en nuestras sociedades es la iniciativa del “Abrazo Mundial” de la OMS, que consiste en una serie de caminatas organizadas y otros eventos que abarcan el mundo entero en un período de 24 horas.

Consecuentemente, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) propuso una serie de acciones para mejorar la calidad de vida basadas en una serie de principios y lineamientos de las Naciones Unidas, ellos son: independencia, participación, cuidado, autorrealización y dignidad. Por otro lado, el Dr. Raúl Montesano -consultor del programa de Vacunas de la OPS- remarca algunas líneas críticas para abordar este tema tales como colocar a la salud y las personas mayores en las políticas públicas y lograr la idoneidad de los sistemas de salud para afrontar los retos asociados al envejecimiento de la población (OPS, 2012).

Otra iniciativa es el “Movimiento Mundial por un Envejecimiento Activo”. Se trata de una red de organizaciones y personas provenientes de diversas disciplinas, que tiene como objetivo influir en las políticas y prácticas hacia un envejecimiento activo y saludable. Sus objetivos son los de promover los beneficios de la actividad física sobre la salud, inspirar e informar a la comunidad sobre este tema, contrarrestar los estereotipos negativos que suelen sostenerse en distintos ámbitos de la vida pública y privada, promover la participación de todas las generaciones, sensibilizar sobre las contribuciones de las personas de edad en la sociedad, promocionar costumbres beneficiosas para la salud durante toda la vida y mejorar la calidad de vida de personas de edad discapacitadas y abogar por políticas de envejecimiento activo a nivel local, regional, nacional e internacional.

Cuando los adultos mayores continúan en actividad, comienzan a tensionarse muchos de los prejuicios y estereotipos negativos que suelen

vincularse a la vejez. Entendiendo que el envejecimiento no es en sí mismo una enfermedad, la vejez no debería considerarse sinónimo de debilidad y enfermedad. En consecuencia, el proceso de rápido envejecimiento de la población plantea nuevos desafíos para el Sistema de Salud. La provisión de servicios de promoción, prevención, atención y rehabilitación, y las demandas de tales servicios, se estima se intensificarán con el continuo aumento del número y proporción de adultos mayores en la población.

En nuestro país, el INDEC informa que el 23,48% del grupo de los mayores de 60 años, (1.144.242 millones de personas) y el 18,67% del grupo de mayores de 65 años (669.860 mil personas) no tienen cobertura de obra social ni plan de salud privado o mutual.

Teniendo en cuenta que el proceso de envejecimiento poblacional continuará profundizándose, es necesario generar el conocimiento suficiente para afrontar exitosamente el desafío social de vivir más años con la mayor calidad de vida posible.

En este contexto, como fortalecimiento y apoyo a la iniciativa de la OMS, se crea en 2007 el “Programa Nacional de Envejecimiento Activo y Salud para los Adultos Mayores”(ProNEAS), con el objetivo de impulsar acciones para el fomento de la salud y el bienestar de las personas mayores a partir de una visión intersectorial e interdisciplinaria, que respete los derechos e idiosincrasia del adulto mayor.

Durante la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento de las Naciones Unidas, realizada en Madrid entre el 8 y el 12 de abril del año 2002, los Estados Miembros -entre los que se encontraba la República Argentina- adoptaron el “Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento”. Dicho plan es un llamamiento a la acción para cambiar actitudes, políticas y prácticas relacionadas con el envejecimiento en todos los niveles y en diferentes sectores, de forma que las personas mayores permanezcan saludables, activas y productivas.

En el año 2017, Argentina promulga la Ley Nacional 27360 de acuerdo a la Convención Interamericana sobre Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores. También se pone de manifiesto la necesidad de promover medidas tendientes al desarrollo de un nuevo modelo de atención de la salud para los adultos mayores que incluya la promoción de la salud y la atención primaria de la salud adaptada a esta población.

En Córdoba, la Ley N° 7077 habilita la creación del “Programa Permanente de Atención al Anciano” y establece que la subsecretaria de la Mujer, el Menor y la Familia será la autoridad de aplicación, teniendo a su cargo las funciones de organizar, controlar y ejecutar este programa.

En este contexto, la Secretaría de Extensión Universitaria de la Universidad Nacional de Córdoba, firmó en el año 2016 un convenio con PAMI para la puesta en marcha de talleres gratuitos destinados a los afiliados. Bajo la designación de “UPAMI” se enmarca esta iniciativa cuyo eje principal es la Promoción de la Salud y el Envejecimiento Activo desde una perspectiva integral de la salud como Derecho Humano, con el objetivo de promover la inclusión de los/as adultos mayores.

La coordinación de UPAMI se lleva a cabo de manera mancomunada entre la Secretaría de Extensión Universitaria (SEU) y el Departamento Universitario de Informática (DUI) y tiene por meta promover la inclusión de los/as adultos mayores en diversos talleres y espacios de la UNC.

Los talleres propiamente dichos están planificados y coordinados por docentes de la UNC con experiencia de trabajo con adultos mayores y acompañados por estudiantes avanzados de diferentes carreras.

En una primera aproximación a la sede de UPAMI que funciona en la UNC, los integrantes de este equipo entrevistaron a la Coordinadora del Programa, Sra. María Pía Novillo, quien aportó datos claves en relación a las características de la propuesta y, específicamente, al perfil de los adultos

mayores que participan de estos talleres. En líneas generales, los autores destacan que:

- La totalidad de los inscriptos son Adultos Mayores con salud física y psíquica conservada.
- En los cursos existe un predominio de sexo femenino (65%) en relación al sexo masculino de un (35%).
- Los participantes cuentan con nivel educativo medio (secundaria completa).
- Los adultos mayores que comienzan el cursado de los talleres con algún grado de dificultad para movilizarse son acompañados por un miembro familiar que participa en calidad de oyente.
- Los espacios más elegidos por los adultos mayores son Informática, Idiomas y Envejecimiento Activo.
- Se observa que los participantes están muy motivados para realizar los cursos.
- Entre los participantes se construyen vínculos caracterizados por la amabilidad y la empatía, llegando a formar lazos de amistad.
- No se evidencia si existe un control o seguimiento de las personas que abandonan los cursos o talleres.
- A pesar de la diversidad de los talleres que ofrece el UPAMI, es de fundamental importancia destacar que existe una ausencia de espacios relativos a la salud tales como nutrición, inmunización y tratamiento de enfermedades propias de la vejez.
- Desde el Programa consideran que la participación de los adultos mayores en los talleres de UPAMI se traduce en inclusión social.

Frente a estas observaciones y análisis del contexto, surgen los siguientes interrogantes:

1- ¿Cómo impactan los cambios sociales, culturales, tecnológicos, económicos y políticos actuales en la salud y el bienestar de los adultos mayores?

2- ¿Cuáles son los principales obstáculos que impiden la inclusión social de los adultos mayores?

3- ¿Qué motiva a los adultos mayores a participar de los talleres de UPAMI?

4- ¿Qué intervenciones resultan útiles para promover el envejecimiento saludable?

5- ¿Qué conductas promotoras de salud implementan los adultos mayores?

En respuesta al **primer interrogante**, sobre cómo impactan los cambios sociales, culturales, económicos y políticos actuales en la salud y en el bienestar de los adultos mayores, puede decirse que el tamaño y la composición por edades de una población, se determinan a través de tres procesos demográficos: fertilidad, mortalidad y la migración (OMS, 2012).

Cabe destacar que la mayoría de las regiones del mundo se ha experimentado un aumento considerable en la esperanza de vida desde 1950. Esto se debe a que mientras aumenta la esperanza de vida al nacer, mejorar la supervivencia de las personas mayores, lo que explica la proporción cada vez mayor en la mejora generalizada de la longevidad.

El envejecimiento de la población está a punto de convertirse en una de las transformaciones sociales más significativas del siglo XXI, con consecuencias para casi todos los sectores de la sociedad, entre ellos, el mercado laboral y financiero y la demanda de bienes y servicios tales como viviendas, transportes y protección social, así como para la estructura familiar y los lazos intergeneracionales.

Los cambios que se producen a través del ciclo de la vida de las personas se encuentran condicionados por el entorno social, económico y cultural. Conocer y

tener en cuenta las condiciones del entorno de las personas mayores, permite construir oportunidades para que puedan desarrollar sus capacidades y potencialidades sustentadas desde el paradigma de derechos.

Villanueva y Fernández Salvador (2011), remarcan que el envejecimiento como un fenómeno que hace referencia a los cambios que se producen a través del ciclo de la vida de las personas, se encuentra condicionado por el entorno social, económico y cultural en el que viven. De esta manera, cada persona se desarrolla dentro de un contexto socio- económico y cultural que sufre modificaciones en el tiempo, lo que le da nuevos sentidos y significados a sus costumbres y modos de ser.

Para las autoras, la buena calidad de vida es posible en las personas mayores y las probabilidades de envejecer saludablemente aumentan, si existe una adecuada interacción entre las características individuales y socioculturales de los sujetos.

En su trabajo, hacen referencia a cómo impactan e inciden en la vida de las personas mayores, tanto en las posibilidades de acceder a una “buena vida” como en la participación familiar relacionada con su sostén emocional, social y económico. Para ello, parten de considerar el entorno y el aumento de la esperanza de vida de las personas mayores en una sociedad heterogénea en donde la magnitud de los cambios recientes tiene un impacto significativo en la salud, la educación, la integración, y la protección social de las personas mayores. En este contexto, se hace necesario visualizar cómo han ido cambiando también las relaciones sociales. Ello tiene estrecha vinculación con las redes de apoyo de las personas mayores, ya que éstas pueden satisfacer gran parte de sus necesidades, no sólo económicas sino también emocionales.

Por otro lado, no puede separarse a la persona de su entorno cultural: no son lo mismo las costumbres de las personas mayores que viven en el campo que las que viven en la ciudad, por ejemplo. Además, es importante tener en cuenta la diversidad cultural, aun encontrándose en un mismo ámbito (lugar de residencia),

que se manifiesta por la multiplicidad del lenguaje, las creencias religiosas, el arte, la música, la estructura social, entre otros aspectos.

Respecto del **segundo interrogante**, sobre los principales obstáculos que impiden la inclusión social de los adultos mayores, los autores encontraron que la exclusión de esta población, en muchos casos deriva de representaciones subjetivas que se conocen como “estigmas”. El estigma es la primera de las formas motrices de la discriminación, se inscribe en un orden simbólico y depende de una percepción previa y socialmente extendida, en decir, de un juicio negativo previamente construido (Rodríguez Cepeda, 2006). De esta manera, el proceso de estigmatización es posible porque existen en la sociedad con anterioridad un conjunto de prejuicios que contribuyen a la construcción de estereotipos negativos de la vejez.

Según la OMS (2015), la discriminación por motivos de edad actualmente es una forma generalizada de discriminación más que el sexismo o el racismo, con graves consecuencias tanto para el adulto mayor como para la sociedad en general. Además, existen pruebas de que este flágeo provoca menores niveles de autonomía, menor productividad, mayor estrés cardiovascular, promueve el aislamiento social, deterioro físico y cognitivo, falta de actividad y la idea de que son una carga económica.

También impactan las prácticas humorísticas basadas en consideraciones erróneas que van desde relacionar el envejecimiento normal con enfermedades físicas o mentales, hasta prácticas y políticas institucionales discriminatorias donde el adulto mayor se encuentra en posición de vulnerabilidad. Estos estereotipos obsoletos responden a la forma en que habitualmente se concibe el curso de la vida: etapa de aprendizaje, etapa de trabajo, etapa de retiro jubilación. Este encuadre rígido es muy limitado ya que anula la posibilidad de acotar, retomar o extender estas etapas de la vida, lo que generaría un mayor estado de salud y mayores oportunidades para que los adultos mayores aporten con su participación en el mercado laboral y en otras actividades sociales y, en definitiva, que los años que trae consigo el aumento de longevidad no se considere una simple prolongación de

la jubilación. El riesgo de sostener una mirada sesgada y prejuiciosa sobre la condición de adulto mayor deriva en problemas de carácter social, ya que al excluirlos se desestiman valiosos recursos, talentos y experiencias, lo que cualquier sociedad democrática no debería permitir.

Diferentes disciplinas, teorías, tradiciones y autores coinciden en la existencia de conocimientos, ideas, creencias que pertenecen a la experiencia compartida se plasma en un mundo simbólico. Bourdieu (1991) desde el campo de la sociología, profundiza las tramas sociales al pensar e interpretar la realidad cotidiana está construido socialmente y cada individuo la incorpora por la acción pedagógica ejercida por la familia, la escuela y otras instituciones sociales.

Desde los aportes piagetianos se considera que el sujeto construye el objeto de conocimiento dándole significaciones diferentes en función del desarrollo intelectual alcanzado, pero también en función de los sentidos asignados por el discurso social. En la representación de los resultados obtenidos a través de dibujos y respuestas a un breve cuestionario, los niños -que por su estadio de desarrollo aún no han accedido a un pensamiento formal- dejan entrever la gradual impregnación de sus creencias por obra del prejuicio.

En la misma línea, Monchetty y Sánchez (2010) desde los aportes de la Psicología Social, la Teoría de la Representación y la Psicología del Desarrollo, permiten pensar el modo en que las creencias compartidas por la comunidad son asimiladas por las personas desde la niñez, por lo que se vuelven muy difíciles de explicitar y deconstruir.

Piña Osorio (2011) da cuenta de cómo se construye la cultura ciudadana, entendida como el resultado de las relaciones entre los ciudadanos y el Estado a través de sus instituciones y representantes. Es por ello que realiza un estudio sobre la vida escolar de estudiantes pertenecientes a tres escuelas normales del Distrito Federal de México. Los ejes conceptuales de análisis fueron: aceptación y comprensión plena, estigma y discriminación. La investigación se realizó a través de cuestionarios y un instrumento de asociación de palabra, se trabajó con dilemas y casos hipotéticos de acción desde un principio básico de inclusión. El trabajo fue

dividido en capítulos que son abordados desde la mirada de los participantes sobre seis grupos de personas proclives a discriminación entre los cuales fue estudiado el grupo de adultos mayores. En este apartado existen dicotomías en la percepción de los participantes: se reportaron tanto aspectos positivos como negativos, en especial cuando se ha perdido la autonomía. El 75% muestra aceptación y el 25% muestra un nivel cero de aceptación. Este grupo es asociado con etiquetas conceptuales positivas tales como sabiduría y con aspectos negativos como enfermedad y deterioro físico de las personas. Este estudio pone de relieve la necesidad de construir propuestas que promuevan una cultura ciudadana donde los alumnos aprendan a vivir con inclusión y respeto para construir una sociedad más justa.

En alusión al **tercer interrogante**, respecto de aquello que motiva a los adultos mayores a participar de actividades recreativas, en un estudio cualitativo realizado con la participación de los adultos mayores en actividades recreativas y con un enfoque constructivista, se definió como factores que identifican al adulto mayor en 11 caracterizaciones que corresponden a: 1. Condición de salud, 2. Características de la Actividad físico-recreativas, 3. Habitación, 4. Motivación, 5. Ambiente Físico, 6. Trayectoria de vida, 7. Accesibilidad, 8. Intercambio de Recursos no tangibles, 9. Percepción Personal, 10. Características Personales y 11. Cuerpo vivido. Todas estas dimensiones son tomadas como factores facilitadores u obstaculizadores. Entre las variables “género” y “generacionalidad”, configuradas sobre una cultura particular, existen aspectos que se condicen con los planteado por la OMS (2002), donde destaca la cultura y el género como determinantes transversales del envejecimiento activo.

Se plantea pues que los factores de intercambio No Tangibles -motivación, cuerpo vivido, trayectoria de vida, habitación y accesibilidad- son los facilitadores que tienen mayor influencia en la participación social de los adultos mayores en actividades físico-recreativas. En cambio, como Factor Obstaculizador se identificó al género femenino así como sus recursos económicos en términos en que determinan un involucramiento más tardío en este tipo de actividades-, según cese el manejo de roles tales como el cuidado del hogar, la crianza y la pareja (Alegría, Castillo, Del Solar, Varas, Gómez y Gutiérrez, 2013).

Para responder el **cuarto interrogante**, referido a las intervenciones que resultan útiles para promover el envejecimiento saludable, desde la perspectiva de la OMS (2015) dichas intervenciones son: prevenir enfermedades crónicas o asegurar la detección temprana y el control; enlentecer la disminución de la capacidad; manejar las enfermedades crónicas avanzadas; apoyar las conductas que mejoran la capacidad; asegurar la dignidad en la última etapa de la vida; promover conductas que mejoran la capacidad y eliminar las barreras a la Participación, compensar la pérdida de la capacidad.

Estas intervenciones serían posibles si se pusieran en marcha acciones más generales relativas a: adaptar los sistemas de salud a las poblaciones de edad que atienden actualmente; crear sistemas de atención a largo plazo; crear entornos adaptados a las personas mayores; y mejorar la medición, el monitoreo y la comprensión. Además, cabe destacar que para la OMS es fundamental propiciar la autonomía, que depende en gran medida de la satisfacción de las necesidades básicas de las personas mayores.

Por otro lado, un estudio denominado “La actividad física y sus beneficios físicos como estrategia de inclusión social del adulto mayor” (Álvarez Chaparro y Alud Sora, 2017), describe los efectos de un programa de actividades físicas variadas sobre la condición física-funcional y la estabilidad del adulto mayor, teniendo en cuenta que el envejecimiento de los individuos comienza con procesos de deterioro paulatino de órganos y funciones asociadas, lo que conlleva a una serie de cambios cardiovasculares, respiratorios, metabólicos, músculo esqueléticos y motrices, reduciéndose la capacidad de esfuerzo y resistencia al estrés físico, de esta manera se ve mermada su autonomía, habilidad y capacidad de aprendizaje motriz y por lo tanto su calidad de vida. Los mencionados autores, manifiesta que es fundamental el concepto de independencia dentro de la definición de salud para el adulto mayor, por lo cual es importante cumplir con las acciones requeridas en el vivir diario para mantener el cuerpo y desarrollar independientemente las actividades de la vida diaria.

Para el **quinto interrogante**, vinculado con las conductas promotoras de salud implementadas por los adultos mayores, llama la atención la escasa producción científica local y nacional en torno a la temática.

Desde el ámbito internacional y desde una perspectiva cualitativa, Carabajal (2014), en la ciudad de Montevideo, aborda la situación del cuidado del adulto mayor desde los significados. El autocuidado o cuidarse son definidos en un grado de relevancia menor al cuidado de alguien o de un miembro enfermo de la familia, habiendo escasa referencia a la ausencia de enfermedad o salud en el cuidar. Esto significa que el cuidado es definido por lo contrario de lo que es cuidar, es decir, como un descuido, y relacionado directamente con situación de enfermedad y discapacidad. Esta carga afectiva negativa resultó dificultosa para que los participantes pudieran pensar y hablar al respecto.

En relación al cuidado médico y teniendo relevancia el cuidado físico y dentro de este la higiene y la alimentación, se plantea la consulta médica inherente a esta etapa de la vida en términos de la necesidad de contar con la atención médica y ajustarse a las indicaciones que los profesionales realicen, vinculando esto último a la toma de medicación. Los participantes refirieron principalmente el cuidado como una situación de dependencia, en prospectiva en el ámbito familiar y también como displacer.

A través de estudios focales realizados en México (Acosta Quiroz y González Celis, 2009) respecto del tema Actividades Diarias (AVD) de los Adultos Mayores, se obtuvieron una amplia variedad de las mismas, consecuencia de la heterogeneidad en el proceso de envejecimiento. Se establecieron Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) referidas al mantenimiento personal en términos de supervivencia física y, Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD) que atienden al mantenimiento personal en términos de supervivencia cultural y que son vitales para la función normal para los adultos mayores en el hogar y la comunidad. En el contexto de ABVD y AIVD se generaron muestras AVD en adultos mayores como reactivos preliminares para un inventario de las mismas.

De la dimensión “Actividades Protectoras de Salud que determinan el nivel de autoeficacia en el cuidado personal”, los ejemplos informados por los participantes fueron: ir al médico, comer frutas y verduras, tomar medicamentos, hacer siesta e ir al dentista. Prosiguiendo con las capacidades funcionales como parámetro de evaluación del estado de salud y calidad de vida, los autores definieron Funcionalidad como “habilidad de una persona para realizar actividades cotidianas por sí mismo de manera parcial o total” (Lara Jaque, López Espinoza, Espinoza Lavoz y Pintos Santuber, 2012).

Las Capacidades Funcionales incluyen actividades básicas de la vida diaria (ABVD), las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) y las actividades avanzadas de la vida diaria (AAVD).

La investigación realizada se centró en AIVD las cuales requieren conciencia del propio ser, de su propio cuerpo y conciencia del mundo del que lo rodea, involucrando habilidades perceptivas y motrices de procesamiento, planificación, elaboración y resolución. Es así como la funcionalidad desde la perspectiva de AIVD tienen relevancia para un envejecimiento satisfactorio. Estudios en Chile centrados en AIVD, demostraron que el 35% de la población estudiada presentó dificultades para realizarlas; siendo la actividad que presentó mayor dificultad el consumo de medicamentos, demostrando un criterio de fragilidad ante el elevado número de adultos mayores que consumen fármacos con o sin indicación médica (el 78% de los chilenos de años o más dicen tomar alguna medicación diariamente).

El estado de déficit nutricional fue otra variable que presentó asociación con las AIVD. La participación de grupos comunitarios, no fue una variable estudiada, sin embargo, la literatura si demuestra la importancia que reviste para los ancianos las redes sociales.

La bibliografía y los estudios consultados, indican que existen múltiples y diversos factores que inciden en las estrategias que los adultos mayores despliegan en situaciones del cuidado de su salud, tales como el contexto social, cultural y económico; las representaciones construidas socialmente sobre salud y vejez, las políticas públicas en materias de salud y las acciones que en este marco lleva

adelante el Estado, entre otros. De este modo, si desde el área de la Salud y específicamente desde la Enfermería se intentan abordar las problemáticas vinculadas al envejecimiento activo, se torna necesario conocer las estrategias que efectivamente llevan a cabo los adultos mayores para el cuidado de su salud.

A partir de los interrogantes planteados, se encontraron antecedentes que ponen de manifiesto de qué maneras el contexto de las últimas décadas -en términos de cambios sociales, económicos, políticos, tecnológicos y culturales-, impacta en la salud y el bienestar de los adultos mayores. Aunque existen lineamientos y políticas públicas claras respecto del Envejecimiento Activo y la importancia de la inclusión de los adultos mayores, aún resta mucho por hacer. Por otro lado, más allá de los esfuerzos que provienen de organizaciones internacionales, estados nacionales e instituciones locales, los adultos mayores diariamente ponen en práctica estrategias para el cuidado de su salud que no siempre son reconocidas como posible punto de partida para la intervención desde el área de la Salud y más específicamente desde la Enfermería. Por lo expuesto, los autores definen el problema de la siguiente manera:

¿Cuáles son las Conductas Promotoras de Salud de los Adultos Mayores que participan de los talleres de UPAMI de la Sede Córdoba Capital, durante el segundo semestre del año 2019?

Justificación del problema

El proceso de rápido envejecimiento de la población plantea nuevos desafíos para los sistemas de salud a nivel mundial. Esto se debe a diversos factores que determinan el cambio en la estructura demográfica: por un lado, el descenso de las tasas de fecundidad y de mortalidad y, por otro lado, el aumento de la esperanza de vida al nacer. Se estima que las demandas de servicios como son los de promoción, prevención, atención y rehabilitación se intensificarán con el continuo aumento del número y proporción de adultos mayores en la población.

En nuestro país existe adherencia a la iniciativa de la OMS sobre la formulación de estrategias para el adulto mayor, lo que otorga el marco necesario para que, particularmente en la Provincia de Córdoba, se lleve a cabo el Programa Envejecimiento Activo. En esta línea, desde la Secretaría de Extensión Universitaria de la UNC, se han propuesto el abordaje de la inclusión de adultos mayores en convenio con PAMI. Este espacio fue designado como UPAMI y allí se ofrecen a los adultos mayores, diversos talleres vinculados con actividades recreativas, físicas e intelectuales.

Es interesante destacar que este Programa aún no cuenta con la participación activa del área de Enfermería. Esta situación llama la atención y ha motivado la indagación de los autores, que consideran que la Enfermería podría hacer aportes verdaderamente enriquecedores en términos de promoción de la salud y de producción de conocimientos locales en torno a las conductas promotoras de salud que implementan los adultos mayores.

Desde este vacío de conocimiento científico y académico a nivel local que los autores han podido detectar en relación a las conductas promotoras de salud, se propone un estudio que arroje luz sobre resultados que puedan ser útiles a la hora de realizar posibles ajustes en el marco del Programa y más precisamente de los talleres que se realizan, con el objetivo principal de lograr el cumplimiento de los objetivos propuestos por OMS en lo que respecta al Envejecimiento Activo.

Marco teórico

Envejecimiento Activo

Para poder definir con precisión cómo y cuándo surgió lo que hoy llamamos “envejecimiento activo”, es fundamental enumerar determinados eventos que fueron los precursores de esta perspectiva.

En su comienzo la Asamblea General convocó la primera Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento en 1982, en la que se elaboró un informe con sesenta y dos puntos conocido como el “Plan de Acción Internacional de Viena sobre el Envejecimiento”. La Asamblea hizo un llamamiento para que se llevarán a cabo acciones específicas en temas tales como la salud y la nutrición, la protección de los consumidores de mayor edad, la vivienda y el medio ambiente, la familia, el bienestar social, la seguridad de ingresos y de empleo, la educación, y la compilación y el análisis de datos de investigaciones.

En 1991 la Asamblea General adoptó los “Principios de las Naciones Unidas en favor de las Personas de Edad”, que enumeraban dieciocho derechos de las personas mayores relativas a la independencia, la participación social, la atención, la realización personal y la dignidad. Al año siguiente, la Conferencia Internacional sobre el Envejecimiento se reunió para revisar el Plan de Acción y adoptó la “Proclamación sobre el Envejecimiento”. Siguiendo las recomendaciones de la Conferencia, la Asamblea General de la ONU proclamó el año 1999 como el Año Internacional de las Personas de Edad. El “Día Internacional de las Personas de Edad” se celebra el 1 de Octubre de cada año. Las acciones sobre el envejecimiento continuaron en 2002 cuando se celebró en Madrid la “Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento”. En aquella oportunidad, se elaboró el “Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento” con el objetivo de diseñar una política internacional sobre para los adultos mayores. Dicho Plan de Acción abogaba por un cambio de actitud, de políticas y de prácticas a todos los niveles para aprovechar el enorme potencial de las personas mayores en el siglo XXI. Las recomendaciones de acción específicas del plan dan prioridad a las personas mayores y el desarrollo, la

promoción de la salud, el bienestar en la vejez y la protección de un entorno propicio y de apoyo para esta población.

En esta misma línea, el informe mundial sobre el Envejecimiento y la Salud (OMS, 2015) ratifica que el envejecimiento de la población se está acelerando en todo el mundo y que la mayoría de las personas pueden vivir hasta más de 60 años. Este informe de la OMS expresa que se necesita con urgencia un plan de acción de salud pública integral para lograr un único objetivo primordial que es lograr la máxima capacidad funcional.

En este marco, el enfoque recomendado ante el envejecimiento de la población, requiere transformar los sistemas de salud del modelo curativo a la prestación de cuidados integrales centrados en las necesidades de las personas mayores. De esta manera, se hace foco en que el alcance de las oportunidades de una mayor longevidad depende en gran medida de un factor clave: la salud.

Datos empíricos demuestran que la pérdida de la capacidad generalmente asociada con el envejecimiento solo se relaciona vagamente con la edad cronológica de una persona. Para la mayoría de las personas mayores, lo más importante es mantener la capacidad funcional. Los mayores costos para la sociedad no son los gastos que se hacen para promover esa capacidad funcional, sino los beneficios que podrían perderse si no se realizan las adaptaciones e inversiones apropiadas.

Por otro lado, el envejecimiento de la población también ocasiona muchos cambios sociales, los que al combinarse harán que el envejecimiento en el futuro sea muy diferente al de generaciones anteriores. Los cambios que constituyen e influyen al envejecimiento son complejos: transformaciones desde lo biológico, fisiológico, que no son lineales ni uniformes. Sin embargo, los cambios más considerables que se dan con la edad avanzada exceden lo estrictamente biológico, se trata de cambios referidos a las funciones y posiciones sociales y a la necesidad de hacer frente a la pérdida de relaciones estrechas.

Para elaborar una respuesta de Salud Pública al envejecimiento es importante no solo considerar estrategias que contrarresten las pérdidas asociadas con la edad avanzada, sino también que refuercen la resiliencia y el crecimiento psicosocial.

En el envejecimiento saludable se distinguen dos conceptos: el primero es la **Capacidad Intrínseca**, que se refiere a la combinación de todas las capacidades físicas y mentales que un individuo puede utilizar en un determinado momento, es lo que determinara lo que una persona puede hacer. El otro concepto es **El Entorno** y su Interacción con él. El entorno ofrece una serie de recursos o plantea una serie de obstáculos que en última instancia determinarán si un apersona con un determinado nivel de capacidad puede hacer ciertas cosas. La relación entre el individuo y el entorno es lo que se conoce como **Capacidad Funcional**. Así, el envejecimiento saludable es el proceso de desarrollar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez.

Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender

El Modelo de Promoción de la Salud (MPS) de Nola Pender (1982) surge en la segunda mitad del siglo XX y está basada en dos teorías: Teoría del Aprendizaje Social de Bandura y el Modelo de Valoración de Expectativas de la Motivación Humana, de Feather (Aristizábal, 2011).

La Teoría del Aprendizaje Social, afirma la importancia de los procesos cognitivos en la modificación de la conducta incorporando aspectos del aprendizaje cognitivo y conductual y reconociendo que los factores psicológicos inciden en los comportamientos de las personas. Según esta teoría, es posible que una persona corrija o cambie su comportamiento si se dan cuatro requisitos necesarios para que ello suceda:

- a) Atención: estar expectante ante lo que ocurre.
- b) Retención: recordar lo que uno ha observado o vivenciado.
- c) Reproducción: habilidad de reproducir una conducta.

- d) Motivación: una razón lo suficientemente importante como para querer adoptar esa conducta.

El Modelo de Valoración de Expectativas de la Motivación Humana, postula que la conducta es racional y considera que la intencionalidad es el componente motivacional fundamental a la hora de alcanzar una meta. De esta manera, si existe una intención clara, concreta y definida de conseguir un objetivo, aumenta la probabilidad de lograrlo. En el marco de este Modelo, la intencionalidad es el compromiso personal con la acción y puede observarse en base al análisis de los comportamientos voluntarios dirigidos al logro de metas específicas.

Aunque el MPS ha sido clasificado como una teoría de alcance medio (Sánchez López, 2016), este marco es útil a la hora de explicar de qué manera interactúan los factores perceptivos y ambientales en las conductas consideradas saludables para los individuos. Específicamente, el MPS aborda los aspectos conductuales que inciden en las decisiones que toman las personas respecto de desarrollar actividades de promoción de la salud. Como se puede observar, el centro del modelo lo ocupan las personas, que son vistas por Nola Pender como seres que se expresan de forma única y personal.

Los metaparadigmas desarrollados en la teoría son los siguientes:

Persona: Las personas buscan crear condiciones de vida mediante las cuales puedan expresar su propio potencial de la salud humana. Las personas valoran el crecimiento en las direcciones observadas como positivas y el intento de conseguir un equilibrio personalmente aceptable entre el camino y la estabilidad. Los individuos buscan regular de forma activa su propia conducta

Cuidado y enfermería: El bienestar como especialidad de la enfermería, ha tenido su auge durante el último decenio, responsabilidad personal en los cuidados sanitarios es la base de cualquier plan de reforma de tales ciudadanos y la enfermera se constituye en el principal agente encargado de motivar a los usuarios para que mantengan su salud personal.

Salud: Esta teoría identifica en el individuo factores cognitivos- preceptuales que son modificados por las características situacionales, personales e interpersonales, lo cual da como resultado la participación en conductas favorecedoras de salud, cuando existe una pauta para la acción.

El Modelo de Promoción de la Salud sirve para identificar conceptos relevantes sobre las conductas de promoción de la salud y para integrar los hallazgos de investigación de tal manera que faciliten la generación de hipótesis comprobables.

Esta teoría continúa siendo perfeccionada y ampliada en cuanto su capacidad para explicar las relaciones entre los factores que se cree influye en las modificaciones de la conducta sanitaria.

El modelo se basa en la educación de las personas sobre cómo cuidarse y llevar una vida saludable.

Entorno: Las personas interactúan con el entorno teniendo en cuenta toda su complejidad biopsicosocial, transformando progresivamente el entorno y siendo transformados a lo largo del tiempo. Los profesionales sanitarios forman parte del entorno interpersonal, que ejerce influencia en las personas a lo largo de la vida. La reconfiguración iniciada por uno mismo de las pautas interactivas de la persona entorno es esencial para el cambio de conducta.

Afirmaciones teóricas:

El modelo es un intento de ilustrar la naturaleza multifacética de las personas que interactúan con el entorno intentando alcanzar un estado de salud. De distinta manera a los modelos orientados a la evitación, que se basan en el miedo para la salud como motivación para la conducta sanitaria, el MPS tiene una competencia o un centro orientado al enfoque.

La Promoción de Salud está motivada por el deseo de aumentar el bienestar y de actualizar el potencial humano.

En su primer libro, *HealthPromotian in NursingPractice*, Pender afirma que existen procesos biopsicosociales complejos que motivan a los individuos para que se comprometan con las conductas destinadas al fomento de la salud.

El MPS pretende ilustrar la naturaleza multidimensional de las personas en su interacción con el entorno cuando intentan alcanzar el estado deseado de salud; enfatiza el nexo entre características personales y experiencias, conocimientos, creencias y aspectos situacionales vinculados con los comportamientos o conductas de salud que se pretenden lograr.

De esta manera, el MPS expone de forma amplia los aspectos relevantes que intervienen en la modificación de la conducta de los seres humanos, sus actitudes y motivaciones que llevan al individuo a participar o no en comportamientos de salud.

El MPS de Pender contempla catorce enunciados teóricos (Pender, 2006):

1. La conducta previa y las características heredadas y adquiridas influyen en las creencias, el afecto y la promulgación de las conductas de promoción de la salud.
2. Las personas se comprometen a adoptar conductas a partir de las cuales anticipa los beneficios derivados valorados de forma personal.
3. Las barreras percibidas pueden obligar a adquirir el compromiso con la acción, la mediación de la conducta y la conducta real.
4. La competencia percibida de la eficacia de uno mismo para ejecutar una cierta conducta aumenta la probabilidad de un compromiso de acción y la actuación real de la conducta.
5. La eficacia percibida de uno mismo tiene como resultado menos barreras percibidas para una conducta de salud específica.
6. El afecto positivo hacia una conducta lleva a una eficacia de uno mismo más percibida que puede, poco a poco, llevar a un aumento del afecto positivo.

7. Cuando las emociones positivas o el afecto se asocian con una conducta, aumenta la probabilidad de compromiso y acción.

8. Es más probable que las personas se comprometan a adoptar conductas de promoción de la salud cuando los individuos importantes para él esperan que se produzcan la conducta y ofrecen ayuda y apoyo para permitirla.

9. Las familias, las parejas y los cuidadores de la salud son fuentes importantes de influencias interpersonales que pueden hacer aumentar o disminuir el compromiso o la participación en la conducta promotora de la salud.

10. Las influencias situacionales en el entorno externo pueden hacer aumentar o disminuir el compromiso o la participación en la conducta promotora de salud.

11. Cuando mayor es el compromiso de un plan específico de acción, más probable es que se mantengan las conductas promotoras de salud a lo largo del tiempo.

12. El compromiso de un plan de acción es menos probable que acabe en una conducta deseada cuando las exigencias contrapuestas en las que las personas tienen menos control requieren una atención inmediata.

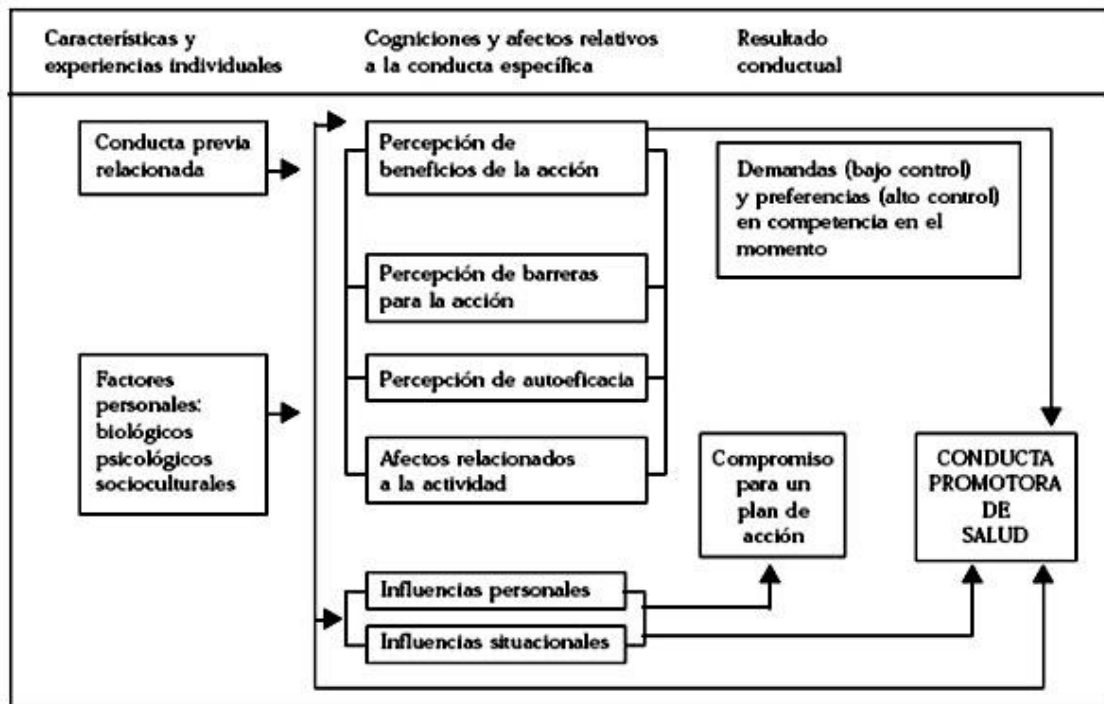
13. Es menos probable que el compromiso de un plan de acción llegue a ser la conducta deseada cuando unas acciones son más atractivas que otras y, por lo tanto, son preferidas en la meta de la conducta.

14. Las personas pueden modificar los conocimientos, el afecto y los entornos interpersonales y físicos para crear incentivos para las acciones de salud.

El conjunto de enunciados teóricos arriba mencionados, dan cuenta de las relaciones entre Cuidado, Salud, Entorno y Enfermería que establece Nola Pender. Para la autora, la salud es un estado altamente positivo (Pender, 2006) y la conducta de las personas está motivada por el deseo de alcanzar ese estado. De esta manera, el cuidado está relacionado con aquellas conductas que promueven el bienestar y buscan desarrollar el potencial humano. En este marco, la Enfermería

tiene una función fundamental: la de motivar a las personas en el sostenimiento de la salud.

Modelo de Promoción de la Salud (MPS)



Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender, 1996.

En el esquema del MPS puede verse que los componentes del modelo se encuentran ordenados en tres columnas. La primera, **características y experiencias individuales** incluye dos conceptos claves: conducta previa relacionada, que hace referencia a experiencias previas que inciden en el compromiso de la persona con su propia salud; y factores personales, que a su vez se encuentran diferenciados en biológicos, psicológicos y socioculturales. Cabe destacar que los factores personales son predictivos de una cierta conducta, y están marcados por la naturaleza de la consideración de la meta de las conductas (Aristizábal, 2011).

En la segunda columna se ubican los conceptos centrales de modelo en tanto se refieren a las **cogniciones y afectos propios de la conducta específica** y están categorizados de la siguiente manera: percepción de beneficios de la acción, son los resultados positivos que la persona anticipa frente a las conductas

consideradas saludables; percepción de barreras para la acción, son las apreciaciones negativas o los obstáculos supuestos por las personas a la hora de asumir un compromiso con la salud; la autoeficacia percibida, noción central de la teoría por representar la percepción de las competencias propias de cada persona para llevar adelante una acción -cuanto mayor es la autoeficacia percibida, existen más probabilidades de sostener un compromiso con la acción-. Otro componente de la segunda columna es el afecto relacionado a la actividad, se trata de las emociones que se encuentran en estrecha vinculación con los pensamientos favorables o desfavorables hacia una conducta o comportamiento. Los dos últimos componentes refieren a influencias personales e influencias situacionales. El primero alude a la incidencia que las personas cercanas o importantes ejercen -de manera directa o indirecta- en el compromiso del cuidado de la salud del individuo. El segundo y último de esta columna, se relaciona con el entorno y sus características, lo cual también impacta en lo que refiere al compromiso y el efectivo desarrollo de las conductas promotoras de salud.

La tercera columna, designada **resultado conductual**, agrega otros factores que pueden impactar en dicho compromiso: por un lado, las demandas y competencias que se encuentran en competencia en el momento, sobre las que la persona tiene menos control -como es el caso de las demandas- o más control -en el caso de las preferencias-. Esta tercera columna es la última y alude a la relación de los componentes anteriores en términos de incidencia positiva o negativa en el compromiso para un plan de acción y finalmente, para una conducta promotora de salud.

Para facilitar el trabajo con su modelo teórico en la práctica asistencial y en la investigación, Pender desarrolló y validó un instrumento de recogida de datos, especialmente útil en la etapa de valoración del proceso de atención de enfermería, y que denominó **Perfil del estilo de vida**, y del que disponemos dos versiones. En atención primaria de salud, el “Perfil del estilo de vida II”, es decir la versión más reciente, tiene gran utilidad para prestar cuidados salutogénicos, toda vez que permite identificar el compromiso que el paciente presenta con la realización de conductas saludables o promotoras de salud, señalando las dimensiones de su vida

en las que existe un amplio potencial de mejora, y por tanto de intervención enfermera, siendo por tanto de gran utilidad en la etapa de valoración. Dado el escaso tiempo que es necesario para su cumplimentación, es posible considerar que facilita la praxis de el/la enfermera/o en atención primaria, y favorece el uso de un paradigma enfermero y no biologicista, dada la sencillez del modelo y su comprensión. El perfil del estilo de vida de Pender, valora la realización de conductas promotoras de salud en seis dimensiones de la vida: Responsabilidad en Salud; Nutrición; Actividad Física; Relaciones Interpersonales; Crecimiento Espiritual y Manejo del Estrés.

Responsabilidad en Salud

La responsabilidad de la salud supone un sentido activo de responsabilidad por el propio bienestar. Esto incluye comportamientos de autoobservación, informarse y educarse acerca de la salud, ejercer un uso oportuno de los servicios de salud y un consumismo informado cuando se solicita asistencia profesional. Fomentar la responsabilidad de la propia salud en las personas, consiste en centrar la atención en el individuo y las familias y promover el autocuidado, a través de educar y animar a la localidad en general a conocer la manera de reducir los factores de riesgo de diversos sucesos; percatarse de la forma de controlar enfermedades leves y transitorias de sí mismo y de su familia; identificar el momento pertinente en el que es necesaria la atención profesional; informarse con los profesionales de la salud sobre medidas preventivas que pueden implementar en el cuidado de su salud. Pero, sobre todo, consiste en que cada uno se adjudique un papel activo y asuma el compromiso que implica promover la salud a nivel individual, familiar, sociocultural y medioambiental.

Las actividades de promoción y protección de la salud para los ancianos se centran en: interés por la información y educación referida a la salud, visitas regulares al médico, realización de actividades sociales y recreativas, vacunación, entre otras.

Interés por la información y la educación referida a la salud

La Educación para la Salud es la disciplina que se ocupa de iniciar, orientar y organizar los procesos que han de promover experiencias educativas, capaces de influir favorablemente en los conocimientos, actitudes y prácticas del individuo y la comunidad en relación con la salud.

Fomentar la calidad de vida de las personas mayores supone construir los mecanismos que les permitan asumir sus propias situaciones vitales y diseñar alternativas a aquellas que se considera que influyen negativamente en sus vidas. Así, la función de los educadores para la salud será la de “formar y capacitar a las personas mayores para que sean actores activos de su desarrollo personal y colectivo” y, para lograrlo, el análisis y el conocimiento de los procesos que inciden en sus condiciones de vida representan una base especialmente importante para la construcción de nuevos y mejores marcos de desarrollo para las personas mayores.

Visitas regulares al médico

Existe una interrelación dialéctica entre la calidad de vida relativa a la salud y la motivación por su cuidado, la motivación constituye un aspecto fundamental de la personalidad (García Pérez y García Bertrand, 2012).

Para el autocuidado de la salud son importantes las orientaciones siguientes:

- Aprender cómo cuidarse.
- Adoptar cuidados preventivos oportunamente.
- Atentos en la observación de signos de mala salud o cambios corporales.
- Atentos en el control de parámetros de normalidad.
- Asegurar visitas regulares al médico, hay que tener un médico de cabecera, preparar la visita, explicar correctamente los motivos, preguntarlo todo en caso de dudas, seguir correctamente las indicaciones.
- Actualizar siempre y cuidar su historial médico.
- Aprender estudiando sobre sus problemas de salud.

- Analizar y llegar a comprender las indicaciones médicas.

Participación en actividades sociales y recreativas

El envejecer puede ser positivo y saludable siempre y cuando se canalicen las necesidades de socialización y recreación del adulto mayor con actividades que propicien las condiciones para desenvolverse en un entorno estimulante en el cual se favorezcan experiencias de aprendizaje y estilos de vida saludables (Viñas, 2015).

Las actividades sociales y recreativas en el adulto mayor le permiten:

- Potenciar su creatividad.
- Mantener el sentimiento de utilidad y autoestima.
- Desarrollar o mantener la capacidad de disfrutar nuevos intereses.
- Fomentar la amistad y las relaciones interpersonales.
- Mantener habilidades psicomotrices y cognitivas.
- Favorecer el bienestar y satisfacción personal.

Estos son algunos ejemplos de las actividades diarias que pueden permitirle al adulto mayor tener una vida más saludable emocional y físicamente:

- Mentes activas: ejercicios de agilidad mental.
- Yoga.
- Caminatas diarias.
- Tai Chi.
- Pilates.
- Ejercicios de Relajación y estiramiento.
- Clases de informática y computación.
- Arte y Manualidades.
- Lectura.

Vacunación

Las vacunas son suspensiones de microorganismos vivos, inactivos o muertos, fracciones de los mismos o partículas proteicas, que al ser administrados inducen una respuesta inmune que previene la enfermedad contra la que está dirigida. De esta manera, las vacunas constituyen una de las medidas médicas preventivas con mayor impacto en la salud de las personas ya que a través de su aplicación se previenen serias enfermedades. Por ello, es una de las actividades más importantes de la Salud Pública porque constituye una de las medidas sanitarias que mayor beneficio ha producido y sigue produciendo a la humanidad. Por medio de la vacunación se previenen enfermedades que históricamente causaron grandes epidemias, muertes y dejaron secuelas. Además, las vacunas benefician tanto a las personas vacunadas como a las no vacunadas que viven en su entorno. Mediante su aplicación se pueden evitar enfermedades como el sarampión, rubeola, paperas, tétanos, difteria, tos convulsa, hepatitis A y B y pueden ser controladas algunas formas de meningitis. Es muy importante conocer los esquemas de vacunación indicados de acuerdo con la normativa del Ministerio de Salud de la Nación Argentina (2012).

El objetivo final de la vacunación sistemática es la erradicación de enfermedades. El objetivo inmediato es la prevención individual o grupal de enfermedades inmunoprevenibles.

Algunas vacunas son esenciales para la mayoría de los adultos, especialmente las personas de edad avanzada.

Las enfermedades que las vacunas pueden prevenir en la población adulta son: Diphtheria, Haemophilus influenzae tipo B, Hepatitis A, Hepatitis B, Influenza (gripe), Neumococo, Poliomieltis, Tétanos, Varicela.

También pueden prevenirse enfermedades particularmente graves para los Adultos Mayores tales como: Influenza (gripe), Neumonías, Tétanos.

Demasiados adultos enferman, quedan incapacitados y mueren cada año por causa de enfermedades que se podrían haber evitado fácilmente por medio de vacunas.

Nutrición

Dentro del MPS, la nutrición es esencial para el desarrollo, la salud y el bienestar del individuo; implica la selección y consumo informado de los alimentos. Esto incluye elegir una dieta diaria saludable acorde a las pautas propuestas por la Pirámide Nutricional. Al respecto la OMS y la Food and Agriculture Organization of the United Nations [FAO] (1998), señalan que la nutrición saludable toma muchas formas y está incluida de manera diferente en los diversos países y culturas. En general, la nutrición saludable debe ser una parte integral de la vida cotidiana que contribuye al bienestar fisiológico, mental y social de los individuos. Esto resulta de combinar el efecto de la comida y el cuidado de la salud. El bienestar nutricional está determinado por el consumo de comida segura como parte de una dieta apropiada y balanceada que contenga las cantidades adecuadas de nutrientes en relación a los requerimientos corporales. La salud y el estilo de vida de un individuo se ven influidos por lo que come al grado de contribuir al bienestar social, mental y físico.

Existen factores que influyen en el estado nutricional del adulto mayor como son los cambios en el modo de vida. La disminución de la actividad física y ejercicio contribuye a la Sarcopenia, especialmente intensa después de los 60 años y que tiene una gran dependencia del estado nutricional y relaciones importantes con respecto a potencia muscular, capacidad funcional, caídas, función respiratoria, sensibilidad a la insulina. El mantenimiento de una masa magra adecuada mediante el ejercicio, al aumentar el apetito, previene la disminución del consumo de calorías y el déficit en la ingesta de determinados micronutrientes (Vitamina D, Calcio, Magnesio, Zinc), que suele ocurrir en las personas sedentarias. Quizás la consecuencia más importante de la pérdida muscular desde el punto de vista nutricional es su repercusión en las necesidades energéticas del individuo, que se

calcula van a ir disminuyendo del orden de 100 Kcal/década. Otros factores a tener en cuenta son los hábitos tóxicos como el tabaquismo y el alcoholismo.

Factores de riesgo para desnutrición en los mayores de 60 años

La desnutrición está más frecuentemente asociada con las enfermedades infecciosas, los problemas en la circulación y con el sistema digestivo. La disminución de la incidencia de desnutrición en el adulto mayor por la prevención primaria se pretende realizar a través del control de sus factores de riesgo. Ellos son la ingesta inadecuada por: depresión, aislamiento social, ignorancia nutricional y pobreza, que tienen una influencia determinante en el estado nutricional, las anomalías sensoriales (visión, gusto, olfato, etcétera), deficiencias nutricionales, enfermedades gastrointestinales (disfagia, odinofagia, dolor abdominal, etcétera), deficiencias motoras (artritis, ictus, insuficiencia respiratoria o cardíaca, etcétera), alteraciones mentales (demencia), dificultad para la masticación, anorexia debida a la edad (modificada por fármacos, aumento de la saciedad, cáncer o EPOC, absorción o utilización inadecuada).

Cambios fisiológicos en el subsistema digestivo durante el envejecimiento que influyen en el estado nutricional:

El envejecimiento se produce por una serie de cambios morfológicos, fisiológicos y psicológicos, así como cambios de situación y actitudes. Una buena nutrición para el adulto mayor implica dirigir la atención hacia las necesidades específicas de cada individuo.

Boca: disminuyen el olfato y el gusto, existe menor potencia masticadora, hay atrofia de papilas gustativas, pérdida de piezas dentarias, boca seca con dificultad para la masticación, formación del bolo y deglución.

Esófago: los ancianos presentan menor tono del esfínter esofágico superior. Además, retraso de la relajación tras deglución e incrementos en la presión de contracción faríngea.

Estómago: a pesar de que no existe atrofia gástrica fisiológica y que la secreción gástrica es normal, puede haber alteración del medio ácido. También aumenta el tiempo de vaciamiento para líquidos, no para sólidos.

Intestino delgado: probable disminución de la absorción de calcio, disminución en la concentración de receptores para Vitamina D. En cuanto a la motilidad gastrointestinal existe retraso del tránsito intestinal.

Órganos Sensoriales: en estas edades se presenta deterioro de la visión y la audición. También hay atrofia de receptores olfatorios e interferencia de relaciones sociales durante la ingesta.

Función Respiratoria: Disminución de la capacidad respiratoria, con limitación de actividades con disminución del gasto calórico.

Función Renal: disminución en la capacidad de concentración urinaria. Requiere mayor cantidad de agua para evitar uremia.

Sistema Nervioso: relación de déficit de vitaminas con manifestaciones neurológicas.

También ocurren cambios psicológicos en el adulto mayor que influyen el estado nutricional. Los patrones de conducta y hábitos alimentarios, las situaciones que pueden alterar estas costumbres, variando los procesos normales de alimentación: enfermedad, viudez, hospitalización larga, hábitos alimentarios rígidos, desinterés, enfermedad del cónyuge o cuidador, alejamiento de la familia, pérdida del poder adquisitivo, incapacidad física, entre otros.

En relación a las Enfermedades Crónicas, al prevenir un factor de riesgo, es posible que se contribuya a prevenir varias enfermedades no transmisibles de forma simultánea.

Clasificación de los factores de riesgo (OMS)

- Los factores de riesgo generales: la edad, el sexo, el nivel educativo y los genes.
- Los factores de riesgo conductuales: el tabaquismo, la dieta inadecuada y el sedentarismo.
- Los factores de riesgo intermedios: hipercolesterolemia, diabetes, hipertensión arterial y obesidad.

La obesidad es una enfermedad crónica que además de repercusiones físicas tiene implicaciones psicológicas y sociales. Los estudios sobre envejecimiento demuestran que normalmente con el paso del tiempo se tiende a ganar peso (menor actividad física, menor consumo de energía, etcétera). La tasa de metabolismo basal se reduce 2% cada década. Cabe resaltar que en los individuos mayores son más frecuentes enfermedades en las que la obesidad es un síntoma (hipotiroidismo, depresión, uso de corticoides, demencia, inmovilidad y otros trastornos de conducta).

El tejido adiposo aumenta con la edad y redistribución, concentrándose fundamentalmente a nivel de abdomen y caderas. El exceso de grasa abdominal constituye un factor de riesgo para las enfermedades cardiovasculares. Existe una tendencia a perder grasa subcutánea y aumentar su disposición en áreas más profundas periviscerales. La pérdida de peso prolongada al igual que las personas con ganancias de peso muy grandes tiene mayor mortalidad. La obesidad ha demostrado relación con la enfermedad coronaria, hipertensión arterial, ictus, apnea del sueño, diabetes mellitus, colelitiasis, artrosis, inmovilidad y algunos cánceres.

El consejo de reducir la ingestión de sal puede ayudar a las personas que toman drogas antihipertensivas a detener sus medicamentos, mientras se mantenga controlada la presión sanguínea.

Ingestas diarias recomendadas de vitaminas

Años		+ 51	60-69	+70
Vitaminas liposolubles				
Vitamina A	µg	800/1000	800/1000	800/1000
Vitamina D	µg	5	10	10
Vitamina E	mg	8/10	12	12
Vitamina K	µg	65/80		
Vitaminas hidrosolubles				
Tiamina	mg	1/1,2	0,8/1	0,7/0,8
Riboflavina	mg	1,2/1,4	1,1/1,4	1/1,3
Niacina	mg NE	13/15	12/16	11/14
Ácido pantoténico	mg	4-7		
Vitamina B6	mg	1,6/2	1,6/1,8	1,6/1,8
Vitamina B12	µg	2	2	2
Ácido fólico	µg	180/200	200	200
Vitamina C	mg	60	60	60

RDA: Recommended Daily Allowances (National Research Council, RDA, 10th edition, 1989). IR: Ingestas recomendadas- Departamento de Nutrición, UCD- (revisadas 1994).

En relación a los ácidos grasos Omega 3 y Omega 6, las investigaciones científicas han demostrado que, en las zonas geográficas donde estos ácidos se encuentran muy presentes en la alimentación cotidiana, los niveles de aterosclerosis y las enfermedades cardiovasculares son apenas existentes. Producen un efecto de disminución de los niveles de colesterol y triglicéridos, a su vez, reducen la agregación plaquetaria en las arterias y previenen la formación de

coágulos. Su consumo reduce los niveles séricos de colesterol, de triglicéridos, además del daño isquémico consecutivo al ataque cardíaco y accidentes cerebrovasculares por reducir la viscosidad de la sangre y la presión arterial. Para prevenir este tipo de afecciones es útil el consumo de 400 gramos semanales (dos porciones) de pescado.

Respecto de los ácidos grasos trans, la mayor fuente proviene de las grasas vegetales parcialmente hidrogenadas. Las llamadas comidas rápidas, los alimentos congelados, los dulces, las galletas y los pasteles suelen estar cargados de estos ácidos grasos. Son grasas saturadas que hacen daño a la salud, por lo que es necesario reducir su consumo.

Por otro lado, los probióticos presentan un efecto beneficioso en diarreas, infecciones del sistema urinario, desórdenes inmunológicos, intolerancia a la lactosa, hipercolesterolemia, algunos tipos de cáncer y las alergias alimentarias. El yogur tiene las condiciones necesarias para ser considerado como un alimento probiótico. Contiene microorganismos vivos, una parte de ellos permanece en el sistema intestinal e interactúan con la flora bacteriana. Por su grado de acidez no debe ser ingerido diariamente.

Dieta equilibrada

Se recomienda el consumo de los siguientes alimentos en el día:

- 7-10 raciones de alimentos del grupo de cereales (arroz, pasta, pan, etc.) o papas.
- 3 - 5 raciones de verduras y hortalizas.
- 2 - 4 raciones de fruta (se recomienda algún cítrico).
- 3 - 4 raciones de lácteos.
- 2 - 3 raciones de carnes o equivalentes; pescados, huevos, leguminosas.
- 30 - 40g de grasa, principalmente aceite de oliva o de semillas.

Recomendaciones para una dieta sana en general, haciendo hincapié en las personas mayores de 60 años

- Disfrutar la comida.
- Tener gran variedad de alimentos.
- Comer la cantidad adecuada para mantener un peso saludable.
- Ingerir muchas frutas y verduras.
- No comer exceso de alimentos que contengan grasa, sobre todo, grasa saturada.
- Realizar ejercicio físico moderadamente, como caminatas y ejercicios leves y moderados.

Entre otros aspectos importantes a tener en cuenta se encuentra la cantidad de agua y fibra dietética ingerida diariamente. El proceso de envejecer se asocia a pérdidas de líquido intracelular y extracelular, unido a la atenuación en el mecanismo de la sed asociada a la edad, por lo que ocasiona mayor riesgo de pérdidas y aumentode la vulnerabilidad de los diferentes órganos y sistemas de nuestra economía a las consecuencias de la deshidratación. Por ello, y como norma, debe recomendarse la ingestión diaria de al menos, 2 o 3 litros de agua.

El empleo regular de la fibra dietética en la dieta mejora la función intestinal, evita el estreñimiento secundario a las pérdidas en la función motora del tubo digestivo y permite un mejor control metabólico en enfermedades de alta prevalencia en el adulto mayor, de ahí que se deban ingerir frutas y vegetales diariamente.

Otras recomendaciones de carácter general relativas a la dieta:

- Evitar dietas excesivamente uniformes o basadas en una política de prohibiciones.
- Considerar las preferencias de los adultos mayores.
- Preparar las comidas de acuerdo con los hábitos culturales del adulto mayor.
- Presentación atractiva.

- Establecer un esquema de 4-5 comidas al día.
- Ingerir el contenido líquido de los alimentos para aprovechar sus minerales y vitaminas (caldos de verduras y frutas naturales).
- Evitar o reducir los alimentos fritos, consumir frutas y vegetales frescos.

La pirámide de los alimentos agrupa a todos los diferentes grupos de alimentos, pero especifica en cada uno de ellos la cuantía de su consumo. A medida que se estrecha la pirámide disminuye la frecuencia del consumo de alimentos.

La base está constituida por alimentos del grupo de los cereales: panes, arroz, cereales y pastas, los que deben consumirse con mayor frecuencia, preferiblemente los cereales integrales. En el segundo nivel (desde la base, hacia arriba) se encuentra el grupo de las hortalizas y el de las frutas. En el tercer nivel está el grupo de la leche y sus derivados, finalmente, en el vértice se encuentran las grasas y los dulces.

Se insiste en una dieta adecuada en panes, cereales, arroz, pastas, vegetales, hortalizas y frutas. Estos alimentos contienen hidratos de carbono complejos como los almidones y las fibras. Además, las hortalizas y frutas proveen las vitaminas A y C, entre otras.

Actividad Física

Pender considera que contribuye de un modo importante al estado de salud personal mediante la estabilidad fisiológica y un funcionamiento de alto nivel; que ayuda a los individuos en la actualización de su potencial de rendimiento físico; disminuye los riesgos de obesidad, ataques al corazón, diabetes, hipertensión y también está asociada con la disminución de los riesgos de cáncer de colon; y aumenta el bienestar psicológico, reduce los riesgos de depresión, y mejora el humor así como el auto-concepto y la autoestima. Implica la participación regular en actividades ligeras, moderadas y/o intensas, las cuales pueden ocurrir dentro de un programa planeado que puede ser por prescripción médica, o bien como parte de la vida diaria o actividades de tiempo libre que contribuyan al cuidado de la salud. Los

conceptos de ejercicio y deporte serán entendidos como sinónimos de actividad física. Pender pone especial atención en diferenciar las habilidades físicas de la salud. Las habilidades relacionadas con un buen estado físico señalan las cualidades que contribuyen al éxito del rendimiento o desempeño atlético como la agilidad, velocidad, fuerza y el tiempo de reacción. Mientras que la salud relacionada con un buen estado físico incluye cualidades que se ha visto contribuyen a la salud general del sujeto, por ejemplo, la resistencia cardio-respiratoria, la resistencia muscular, la composición del cuerpo y la flexibilidad.

La Actividad Física ha sido operativamente definida como cualquier movimiento corporal producido por la musculatura esquelética que resulta en gasto energético (Caspersen, Powell y Christenson, 1985; Howley, 2001). Los componentes del gasto energético total comprenden la tasa metabólica basal, que puede comprender entre el 50 y el 70 % de la energía consumida; el efecto térmico de los alimentos (entre el 7 y 10 %) y la actividad física (Kriska y Caspersen, 1997). Este último componente es el más variable e incluye las actividades del vivir cotidiano (bañarse, alimentarse y vestirse, por ejemplo), el descanso, el trabajo, el transporte y el deporte. Obviamente el gasto por actividad física será mayor en los individuos activos. Pero se debe siempre recordar que la actividad física es una conducta que ocurre en un contexto cultural específico. (Malina, Bouchard y Bar Or, 2004) Por lo tanto la actividad física tiene componentes fisiológicos (energía), biomecánicos (movimiento), y psicológicos (conducta).

La actividad física es un concepto amplio y abarca al ejercicio y al deporte. En el ejercicio la actividad física es un fin en sí mismo, por ejemplo, consumir calorías. Pero también existe una actividad física que no se relaciona con el ejercicio, y es cuando ésta es un medio para resolver situaciones cotidianas, como, por ejemplo, transportarnos de un lugar a otro.

Aptitud Física

La aptitud física es la capacidad para llevar a cabo las tareas diarias con vigor y el estado de alerta, sin fatiga excesiva y con energía suficiente para disfrutar del tiempo libre y hacer frente a imprevistos situaciones de emergencia (Caspersen,

Powell y Christenson, 1985). La aptitud física es el estado o condición que cada individuo posee o alcanza. La aptitud física posee un conjunto de diferentes dimensiones, es decir, diferentes aspectos como la resistencia o capacidad cardiorrespiratoria, la resistencia muscular, la fuerza muscular, la velocidad, la flexibilidad, la agilidad, el equilibrio, el tiempo de reacción y la composición corporal.

La aptitud física se puede dividir en la aptitud física relacionada con el rendimiento (o habilidad) y la aptitud física relacionado con la salud, vinculada a la reducción de la morbilidad y mortalidad para mejorar la calidad de vida. En este caso, de actividad física relacionada con la salud, las dimensiones más importantes son la resistencia cardiorrespiratoria, la fuerza y resistencia muscular, la composición corporal, los aspectos neuromotores y la flexibilidad.

- Resistencia cardiovascular: refleja el funcionamiento del sistema cardiorrespiratorio y la capacidad del músculo de utilizar energía generada por metabolismo aeróbico durante un ejercicio prolongado, se desarrolla ejercitando los grandes grupos musculares, consiste en caminar rápidamente, correr, andar en bicicleta, nadar. Algunos deportes como el fútbol, el basquetbol y el tenis pueden colaborar.

- Fuerza: el ejercicio contra resistencia, puede ser con pesos libres como mancuernas o pelotas, con elásticos, con máquinas o aún con el propio peso del cuerpo. Colabora en mantener la masa muscular. Se puede iniciar utilizando una carga que pueda ser levantada 10 veces, eso sería una serie de 10 repeticiones, se pueden realizar 2 o 3 series con cada grupo muscular 2 o 3 veces por semana, a partir de allí se puede ir progresando, por ejemplo, aumentando el número de repeticiones hasta 15, o bien pasar a utilizar un peso superior.

- Flexibilidad: la flexibilidad es la capacidad de las articulaciones para moverse en todo su rango de movimiento. Comenzamos a perder la flexibilidad desde los 9 años aproximadamente, por lo que resulta beneficiosa conservarla mediante su práctica. Sirven algunas actividades como el estiramiento muscular, la gimnasia, los deportes, las artes marciales, el yoga, el método Pilates.

- Neuromotor: abarca el equilibrio, la agilidad y la coordinación. El equilibrio corporal consiste en las modificaciones que los músculos y articulaciones elaboran a fin de garantizar la relación estable entre el eje corporal y eje de gravedad, es una variable que debe ser trabajada a toda edad, sin embargo, es crítica en la vida del adulto mayor, ya que a esta edad una caída puede significar una fractura.

- Composición corporal: refleja la estructura corporal y sus componentes. Estos son la estructura ósea, muscular, el tejido adiposo, los órganos y las vísceras y la piel. Una relación adecuada entre la estructura ósea, el componente muscular y el adiposo, permiten una funcionalidad plena, siendo una condición para un estado saludable.

Ejercicio

El ejercicio se considera una subcategoría de la actividad física que planeado, estructurado y repetido puede resultar en el mejoramiento o mantenimiento de uno o más aspectos de la aptitud física. (Giannuzzi, Mezzani, Saner, Björnstad, Fioretti, Mendes y otros, 2003). Posee ciertos aspectos que lo caracterizan:

- Duración: es el tiempo en que se debería realizar la actividad física o ejercicio en una sesión, suele expresarse en minutos.
- Frecuencia: es cuantas veces se debería realizar un ejercicio o la actividad física, suele expresarse en sesiones por semana.
- Volumen: es la cantidad total de actividad realizada, suele expresarse en tiempo total de actividad, distancia total recorrida o kilos totales levantados en un período de tiempo. Por ejemplo, la indicación de 30 minutos de actividad semanal daría un volumen de 150 minutos semanales.
- Carga: cantidad de resistencia para cada ejercicio, usualmente es una tensión más elevada que aquella a la que se está acostumbrada, a fin de mejorar la condición física.

- **Progresión:** es la forma en que se debe aumentar la carga con el fin de mejorar la aptitud física. Es deseable un aumento gradual en la frecuencia, en la intensidad o en el tiempo. La progresión debe ser gradual y adecuada al nivel de la aptitud física de cada uno. Una progresión inadecuada puede ser un factor que provoque lesiones.
- **Intensidad:** es el ritmo y nivel de esfuerzo con que se realiza la actividad. La actividad física puede ser de intensidad leve, moderada o intensa.

Leve o ligera: el Consumo de Oxígeno Máximo (VO₂max.) es menor al 45%. Significa no más del 50% de la frecuencia cardíaca máxima e incluye caminar, levantarse de la silla, jugar con una mascota, hacer tareas domésticas como cocinar.

Moderada: es una actividad que representa del 45 al 59% del Consumo de Oxígeno Máximo. También podemos estimarlo como el 50 al 69% de la frecuencia cardíaca máxima, incluye caminar enérgicamente, bajar escaleras, bailar, andar en bicicleta, nadar, hacer jardinería.

Intensa o vigorosa: el consumo de oxígeno es mayor al 60% del máximo posible, la frecuencia cardíaca es mayor al 70% de la máxima, incluye correr, subir escaleras, bailar a un ritmo intenso, andar en bicicleta en cuesta arriba, saltar la cuerda, jugar al fútbol.

Dimensión de la aptitud física asociada con algún/os componente de la salud

Aptitud cardiorrespiratoria	Salud cardiovascular; disminución de riesgo de enfermedad coronaria y ACV; calidad de vida.
Aptitud muscular	Salud metabólica; disminución de riesgo de DBT 2 y enfermedad metabólica; masa magra; salud ósea.
Composición corporal	Morbilidad; muerte prematura; salud metabólica; dislipemia.
Flexibilidad	Estabilidad postural; equilibrio.
Neuromotor	Riesgo de caídas; control motor; calidad de vida.

Modificado de: Garber, Blissmer, Deschenes, Franklin, Lamonte, Lee y otros, 2011.

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

Con el fin de mejorar las funciones cardiorrespiratorias y musculares y la salud ósea y funcional, y de reducir el riesgo de ENT, depresión y deterioro cognitivo, la OMS recomienda:

- Los adultos de 60 años en adelante dediquen 150 minutos semanales a realizar actividades físicas moderadas aeróbicas, o bien algún tipo de actividad física vigorosa aeróbica durante 75 minutos, o una combinación equivalente de actividades moderadas y vigorosas.
- La actividad se practique en sesiones de 10 minutos, como mínimo.
- Que, a fin de obtener mayores beneficios para la salud, los adultos mayores dediquen hasta 300 minutos semanales a la práctica de actividad física moderada aeróbica, o bien 150 minutos semanales de actividad física aeróbica vigorosa, o una combinación equivalente de actividad moderada y vigorosa.
- Que los adultos mayores con movilidad reducida realicen actividades físicas para mejorar su equilibrio e impedir las caídas, al menos tres días a la semana.
- Se realicen actividades que fortalezcan los principales grupos de músculos dos o más días a la semana.
- Cuando los adultos de mayor edad no puedan realizar la actividad física recomendada debido a su estado de salud, deben mantenerse físicamente activos en la medida en que se lo permita su estado.

Estas directrices también se aplican a las personas de esas edades con Enfermedades no Transmisibles (ENT) Crónicas. Las personas con determinados

problemas de salud, como enfermedades cardiovasculares y diabetes, pueden tener que tomar más precauciones y consultar al médico antes de intentar alcanzar los niveles recomendados de actividad física para los adultos mayores.

Los adultos mayores pueden acumular el total de 150 minutos semanales de diversas maneras. El concepto de acumulación hace referencia a la meta de totalizar 150 minutos de actividad a base de intervalos de al menos 10 minutos cada uno a lo largo de la semana, por ejemplo, realizando 30 minutos de actividad de intensidad moderada cinco veces a la semana.

Las recomendaciones de la OMS son válidas para todos los adultos mayores, independientemente de su sexo, raza, origen étnico o nivel de ingresos. También son extensivas a los adultos mayores con discapacidad, siempre y cuando se adapten a cada persona en función de su capacidad de ejercicio, de sus limitaciones y de los riesgos específicos para su salud.

Los adultos mayores inactivos o con enfermedades limitantes mejoran su salud en alguna medida si pasan de la categoría "sin actividad" a la de "cierto nivel" de actividad. Los adultos mayores que no siguen las recomendaciones de realización de actividad física deberían intentar aumentar la duración, la frecuencia y, finalmente, la intensidad como meta para cumplirlas.

En general, la evidencia disponible demuestra de forma contundente que, en comparación con los adultos mayores menos activos, hombres y mujeres, las personas mayores físicamente activas:

- Presentan menores tasas de mortalidad por todas las causas, cardiopatía coronaria, hipertensión, accidentes cerebrovasculares, diabetes de tipo 2, cáncer de colon y de mama, y depresión, un mejor funcionamiento de sus sistemas cardiorrespiratorio y muscular, y una mejor masa y composición corporal.
- Tienen un perfil de biomarcadores más favorable para la prevención de las enfermedades cardiovasculares, la diabetes de tipo 2 y la mejora de la salud ósea.

- Presentan una mayor salud funcional, un menor riesgo de caídas, unas funciones cognitivas mejor conservadas, y un menor riesgo de limitaciones funcionales moderadas y graves.

Manejo del Estrés

Hace referencia al conjunto de respuestas ante la situación estresante, que suponen la identificación y puesta en práctica de los recursos psicológicos y físicos, ejecutados para controlar o reducir la tensión eficazmente. Para Pender el estrés es una amenaza potencial para la salud mental y el bienestar físico del sujeto, y un factor de riesgo para problemas de salud tales como dolores de cabeza, dolores de espalda, cáncer, enfermedades del corazón y desórdenes gastrointestinales, sugiriendo que el estrés de la vida cotidiana debería ser evaluado como una parte de la valoración de salud exhaustiva. Pender señala que algunas de las principales estrategias para un adecuado manejo del estrés consisten en: evitar el cambio excesivo, administrar y controlar el tiempo, realizar actividad física, elevar la autoestima, aumentar la autoeficacia, incrementar la asertividad, establecer metas realistas, construir recursos de afrontamiento y llevar a cabo técnicas de relajación, entre otras.

Convertirse en adulto mayor puede significar muchas cosas para cada individuo, ya que contiene varios factores: la carga genética, el ambiente en que se vive, los factores físicos, sociales, económicos y emocionales, entre otros. Sin embargo, volverse adulto mayor es incuestionablemente un proceso de cambio constante e irreversible. La salud física, la pérdida de los seres queridos, el retiro forzoso, la situación económica y el grado de independencia en todas las áreas, son elementos fundamentales para tener en cuenta cuando se mide el bienestar de las personas de edad avanzada (Whetsell, Frederickson, Aguilera y Maya, 2005).

De acuerdo con Selye (1975), lo que afecta esencialmente la vida de cualquier persona y determina su calidad no son tanto los factores de estrés en sí mismos sino la forma como la persona reacciona ante éste, y su habilidad para adaptarse al cambio. El autor definió el estrés como una respuesta no específica del cuerpo a cualquier demanda hecha a éste, bien sea una amenaza, un reto o

cambios que requieren adaptación. Él pensó en la conexión del cuerpo y la mente en la reacción al estrés y subrayó la habilidad para reaccionar ante el estímulo como responsable del deseo de una salud duradera. También aseveró que gran parte del envejecimiento fisiológico (opuesto al cronológico), resulta del uso y abuso del cuerpo, y consideró que la espiritualidad, en la medida en que induce una actitud relajada hacia lo que sucede y cuando sucede, puede resultar en una reacción favorable. Estas reacciones, a su vez, permiten que la fortaleza sea un canal de bienestar espiritual que hace que el individuo no fije su atención en los factores negativos desencadenantes del estrés, tal como el causado por la preocupación que en sí misma es un factor desencadenante del estrés autoimpuesto, aliviándolo.

Considerando que la gente de edad avanzada a menudo está bajo estrés debido a que ha sufrido serias pérdidas, está sola o enferma, tiene sentido pensar que aquello que marca la diferencia en la calidad de vida es la forma en la cual los adultos mayores reaccionan y se adaptan a estos grandes cambios, los cuales pueden depender o estar influenciados por su sistema de creencias y valores.

La teoría de sentido de coherencia (SOC) se relaciona con el concepto de fortaleza. De acuerdo con esto, "SOC es un elemento importante del estrés/distrés continuo de la salud". Esta teoría tiene tres componentes: 1) comprensión, 2) manejo, 3) significado. Las personas que tienen un SOC fuerte cuentan con un puntaje alto en los tres componentes.

Comprensión es "el alcance que tiene una persona para percibir el estímulo, derivado del ambiente interno o externo, dándole sentido cognitivo". La persona con un SOC alto verá que los factores que producen estrés son predecibles y explicables.

El manejo en la teoría SOC se refiere a la percepción de recursos adecuados para afrontar las necesidades producidas por el estrés o el estímulo. La persona con un incentivo alto de manejo no se sentirá amenazada por los elementos que producen estrés. Cuando éstos se presentan, la persona es capaz de afrontar la situación.

El último componente de la teoría SOC es el “significado”. Éste identifica la importancia de estar implicado "como participante en el proceso de moldear el destino y las experiencias diarias". Este componente es similar al compromiso de Kobasa, quien lo describe como "involucrarse profundamente consigo mismo". El concepto de Kobasa sobre la fortaleza y el componente de SOC están muy entrelazados. Las dos teorías tienen aspectos similares y diferentes.

Lee (1983) amplía el concepto de fortaleza para incluir cuatro componentes de la personalidad: resistencia, fuerza, audacia y control. De los cuatro, uno se refiere a los tres componentes de Kobasa. El primer componente es la resistencia, que es la firmeza fisiológica y psicológica para continuar. El segundo es la fortaleza, que significa la habilidad para resistir el estrés, la fuerza y las penas. El tercer componente es la audacia, que implica coraje, interés y valentía. El último componente es el control, que es la habilidad de tener autoridad.

Uno de los principales elementos a tener en cuenta a la hora de valorar el grado de estrés de una persona, especialmente del adulto mayor, es la calidad del sueño. El sueño es un estado de reposo uniforme de un organismo, se caracteriza por bajos niveles de actividad fisiológica (presión sanguínea y respiración) y por una respuesta menor ante estímulos externos. El sueño en cantidad y calidad adecuadas proporciona la recuperación del bienestar físico y mental, mejora el estado de ánimo, la concentración y la memoria, y reduce el riesgo de accidentes (Durán; Mattar; Bravo; Moreno y Reyes, 2014).

Durante el proceso de envejecimiento, tanto la cantidad como la calidad del sueño se ven alteradas, estos cambios son considerados como trastornos característicos de la población de adultos mayores. Entre los problemas relacionados con el sueño se destacan: mayor tiempo para quedarse dormido, dificultad en el mantenimiento ininterrumpido del sueño y disminución de la eficiencia del sueño.

En el adulto mayor, además de las modificaciones mencionadas anteriormente, la arquitectura de sueño cambia con respecto a la del adulto. Existe un aumento de las etapas superficiales del sueño (N1 y N2) y una reducción de las

etapas profundas del sueño (N3). Además, se postula que los adultos mayores inician y terminan precozmente su horario de sueño, reduciéndose la cantidad de horas de sueño. Finalmente, esto produce una disminución de la eficiencia del sueño y mayor somnolencia diurna.

En base a esto, diversos estudios sostienen que la cantidad y calidad de sueño nocturno están directamente relacionadas con la calidad de vida de las personas, el aumento de morbilidad física y psiquiátrica, el deterioro de la función cognitiva y el desarrollo de obesidad en adultos (Muzzo, 2002). Por el contrario, existen factores relacionados con los estilos de vida que podrían afectar la calidad y cantidad de sueño en este grupo etario como lo son la insuficiente actividad física y un exceso de siestas durante el día. En el caso de la actividad física, los adultos mayores presentan una prevalencia de sedentarismo 5% mayor que el de la población adulta, lo que podría por tanto afectar la calidad y cantidad de su sueño.

La asociación que existe entre la inadecuada calidad del sueño y el estado de salud de los adultos mayores, es por lo general, ignorado por los equipos de salud. Este tipo de alteraciones, por lo general, es asociado a un proceso normal del envejecimiento, sin considerar la carga de morbilidad adicional que conlleva y el incremento de los gastos médicos.

Recientes estudios (Monti, 2002) han mostrado una asociación entre cantidad de sueño < 7-8 h (considerado el patrón promedio de sueño) y el aumento de mortalidad por todas las causas. Además, esta disminución de las horas de sueño podría incrementar la prevalencia de hipertensión, diabetes, depresión y obesidad.

Relaciones Interpersonales

Las relaciones interpersonales son consideradas en este modelo como comportamientos referentes a la interacción social, en los cuales la comunicación juega un papel muy importante para alcanzar un sentido de intimidad y cercanía significativa, más que casual con los otros. Implica compartir y expresar pensamientos y sentimientos a través de la comunicación verbal y no verbal. Dicha interacción social hace referencia al llamado apoyo social, el cual puede definirse

como una red de relaciones interpersonales que proporcionan compañerismo, ayuda, y crecimiento emocional. La manifestación de dicho apoyo se presenta en cuatro categorías: apoyo emocional, que tiene que ver con la demostración de cariño, empatía, amor; apoyo instrumental, implica apoyos tangibles, acciones, o servicios; apoyo informativo, provee consejo, información personal o sugerencias; y apoyo de apreciación, proporciona la confirmación o la retroalimentación que son útiles para la autoevaluación. Las funciones de grupos de apoyo social en la teoría de Promoción de la Salud pueden conceptualizarse en cuatro formas: pueden contribuir a la salud creando un ambiente que promueva el crecimiento, que apoye en la promoción de conductas saludables, autoestima y alto nivel de bienestar; disminuyendo la probabilidad de eventos amenazantes o estresantes; confirmando que las acciones que se están realizando se anticipan a las consecuencias socialmente deseables; y mediando los efectos negativos de eventos estresantes a través de influir en la interpretación de éstos y las respuestas emocionales que se les da, disminuyendo el potencial de enfermedad que pueden producir. Establecer relaciones interpersonales sanas implica disfrutar de los beneficios que cada tipo de apoyo aporta dependiendo de las circunstancias particulares en las que se encuentre el individuo, entre ellos se encuentran: ayuda en una circunstancia de crisis, preparación de tareas específicas, retroalimentación constructiva para ayudar a reconocer las fortalezas personales, promover el logro de metas de vida, proporcionar intimidad, prevenir el aislamiento, servir como parámetro de referencia, proporcionar desafíos conjuntos, entre otros. Las fuentes que proporcionan el apoyo mencionado anteriormente, son la familia, la comunidad, los pares y los grupos de autoayuda.

Crecimiento Espiritual

El crecimiento espiritual se centra en el desarrollo de los recursos internos a través del crecimiento, conexión y desarrollo, proporcionando una paz interior que abre la posibilidad de crear nuevas opciones para llegar ser algo más, yendo más allá de quien somos, al mismo tiempo nos proporciona una sensación de armonía, plenitud y conexión con el universo. Todo esto tiene como consecuencia la maximización del bienestar humano para lograr el bienestar. Un segundo

instrumento fue diseñado por Pender, para valorar aquellos factores que se encontraron directamente relacionados con la probabilidad de involucrarse en la realización de la conducta promotora de salud, y que constituye una parte fundamental del desarrollo teórico de este modelo. Dicho instrumento se ha venido utilizando bajo la denominación de “cuestionario de barreras y beneficios autopercebidos” en diversas investigaciones, si bien recaba información acerca de los resultados anticipados que se producirán sobre la conducta de salud y sobre los bloqueos anticipados, imaginados o reales, y los costes personales de la adopción de una conducta determinada. Toda vez que dicha información, proporciona al profesional de enfermería un conocimiento capaz de modificar sustancialmente y/o predecir la realización de una conducta promotora de salud por parte del paciente, el mismo resulta igualmente idóneo para el trabajo de los enfermeros de atención primaria de salud, toda vez que la información recabada permitirá una etapa de planificación de cuidados debidamente fundamentada, personalizada, y coherente con la perspectiva salutogénica con que se pretende trabajar.

Conceptualización de la variable

El MPS de Nola Pender identifica en el individuo factores cognitivos y preceptuales que son modificados por características situacionales, personales e interpersonales. De ello resulta un compromiso para un plan de acción que se manifiesta en conductas promotoras de salud.

Este equipo adhiere a la variable **conductas promotoras de salud** como *aquellos comportamientos observables e identificables orientados al mantenimiento de la salud, determinados por la interacción entre las características y experiencias individuales, los conocimientos y efectos relativos de la conducta, así como la probabilidad de participar o no en actividades que promuevan un estilo de vida saludable* (Pender, 1990).

Dimensiones de la variable que serán tenidas en cuenta en este estudio:

Responsabilidad en salud: alude a un sentido activo de responsabilidad por el bienestar de uno mismo. Esto implica que el individuo preste atención a su salud, a la educación de la salud y al ejercicio de informarse y buscar ayuda sanitaria. Por otro lado, en las personas mayores de 60 años se produce un fenómeno llamado inmunosenescencia que deviene de un proceso de envejecimiento del sistema inmunitario. Esto significa que los adultos mayores están más expuestos a padecer enfermedades si no están vacunados. En un adulto mayor es fundamental que tenga colocadas las Vacunas contra: Gripe Anual, Antineumococo, Hepatitis B y Antitetánica. Por lo tanto, para esta dimensión, los indicadores que serán tenidos en cuenta son los siguientes:

- Busca información o solicita ayuda cuando no comprende algún aspecto vinculado con su salud.
- Visita regularmente a su médico para conocer el estado de su salud.
- Consulta a su médico cuando siente malestar o cuando nota algo extraño en su cuerpo.

- Realiza de actividades sociales y/o recreativas (tales como pasear, participar en clubes, encontrarse con amigas/os, etc.) para sentirse bien consigo mismo.
- Se coloca las vacunas correspondientes cuando su médico lo indica.

Nutrición: incluye la selección, el conocimiento y el consumo de alimentos que son esenciales para la salud y el bienestar general. En este sentido implica la elección de una dieta diaria saludable que no supere las 2300 Kcal. en un esquema de 4-5 comidas diarias que contenga: 7 o más raciones de alimentos del grupo de cereales (arroz, pasta, pan, etc.); 3 - 5 raciones de verduras y hortalizas; 2 - 4 raciones de fruta; 3 - 4 raciones de lácteos; 2 - 3 raciones de carnes o equivalentes; 30 - 40g de grasa, principalmente aceite de oliva o de semillas y 1,5 a 2 litros de agua. Los indicadores de esta dimensión serán los siguientes:

- Realiza todas las comidas del día (desayuno, almuerzo, merienda, cena, colaciones) siempre que puede.
- Cantidad de raciones del grupo de cereales (arroz, pasta, pan) que consume por día.
- Cantidad de raciones de verduras y hortalizas que consume diariamente.
- Cantidad de raciones de fruta que consume por día.
- Cantidad de lácteos que consume a diario.
- Cantidad de raciones de carnes, pescados, huevos o leguminosas que consume diariamente.
- Cantidad de alimentos con contenido graso que consume por día.
- Cantidad de vasos de agua que bebe a diario para cuidar su salud.

Actividad física: incluye la participación de forma regular en actividades físicas ligeras, moderadas o vigorosas. Esto puede ocurrir dentro de dos contextos: el primero por un programa planificado y controlado y el segundo como parte de la vida diaria o actividades de ocio.

- Duración: es el tiempo en que se debería realizar la actividad física o ejercicio en una sesión, suele expresarse en minutos.

- Frecuencia: es cuantas veces se debería realizar un ejercicio o la actividad física, suele expresarse en sesiones por semana.
- Volumen: es la cantidad total de actividad realizada, suele expresarse en tiempo total de actividad, distancia total recorrida o kilos totales levantados en un período de tiempo. Por ejemplo, la indicación de 30 minutos de actividad semanal daría un volumen de 150 minutos semanales.
- Carga: cantidad de resistencia para cada ejercicio, usualmente es una tensión más elevada que aquella a la que se está acostumbrada, a fin de mejorar la condición física.
- Progresión: es la forma en que se debe aumentar la carga con el fin de mejorar la aptitud física. Es deseable un aumento gradual en la frecuencia, en la intensidad o en el tiempo. La progresión debe ser gradual y adecuada al nivel de la aptitud física de cada uno. Una progresión inadecuada puede ser un factor que provoque lesiones.
- Intensidad: es el ritmo y nivel de esfuerzo con que se realiza la actividad. La actividad física puede ser de intensidad leve, moderada o intensa.

Leve o ligera: el Consumo de Oxígeno Máximo (VO₂max.) es menor al 45%. Significa no más del 50% de la frecuencia cardíaca máxima e incluye caminar, levantarse de la silla, jugar con una mascota, hacer tareas domésticas como cocinar.

Moderada: es una actividad que representa del 45 al 59% del Consumo de Oxígeno Máximo. También podemos estimarlo como el 50 al 69% de la frecuencia cardíaca máxima, incluye caminar enérgicamente, bajar escaleras, bailar, andar en bicicleta, nadar, hacer jardinería.

Intensa o vigorosa: el consumo de oxígeno es mayor al 60% del máximo posible, la frecuencia cardíaca es mayor al 70% de la máxima, incluye correr, subir escaleras, bailar a un ritmo intenso, andar en bicicleta en cuesta arriba, saltar la cuerda, jugar al fútbol. Para esta dimensión, los indicadores serán los siguientes:

- Realiza actividades físicas livianas al menos 30 minutos por día (caminata, rutina de ejercicios, entre otras) para sentirse bien físicamente.
- Realiza actividades físicas moderadas al menos 2 veces por semana (bailar, nadar, andar en bicicleta, hacer pilates, jardinería, etc.) para estar en forma.
- Realiza actividades físicas intensas al menos 1 vez por semana (jugar al fútbol, correr, andar en bicicleta cuesta arriba, entre otras) cuando quiere mejorar su estado físico.

Manejo del estrés: constituye la utilización de recursos psicológicos y físicos para controlar y reducir la tensión. De acuerdo con Selye (1975), lo que afecta esencialmente la vida de cualquier persona y determina su calidad no son tanto los factores de estrés en sí mismos sino la forma como la persona reacciona ante éste, y su habilidad para adaptarse al cambio. Una de las claves para controlar el estrés es realizar diariamente ejercicios de relajación al menos 15 min. por día ((Whetsell, Frederickson, Aguilera y Maya, 2005).

Uno de los principales elementos a tener en cuenta a la hora de valorar el grado de estrés de una persona, especialmente del adulto mayor, es la calidad del sueño. Durante el proceso de envejecimiento, tanto la cantidad como la calidad del sueño se ven alteradas, estos cambios son considerados como trastornos característicos de la población de adultos mayores. Entre los problemas relacionados con el sueño se destacan: mayor tiempo para quedarse dormido, dificultad en el mantenimiento ininterrumpido del sueño y disminución de la eficiencia del sueño. Por lo tanto, los indicadores para esta dimensión son los siguientes:

- Cantidad de horas diarias que duerme para sentirse descansado.
- Estrategias a las que recurre cuando encuentra dificultades para conciliar el sueño.
- Consulta a su médico si encuentra dificultades en el mantenimiento ininterrumpido del sueño.

- Dedicar tiempo para realizar alguna actividad de relajación dentro de la rutina diaria.

Objetivo general

Conocer las *Conductas Promotoras de Salud* de los Adultos Mayores que participan en el taller de “Envejecimiento Activo” de UPAMI, UNC, Sede Córdoba Capital durante el segundo semestre del año 2019.

Objetivos específicos

- ❖ Detallar las conductas promotoras de salud relativas a la *Responsabilidad en Salud* de los adultos mayores.
- ❖ Identificar las conductas promotoras de salud relacionadas con la *Nutrición* de los adultos mayores.
- ❖ Determinar las conductas promotoras de salud vinculadas con la *Actividad Física* de los adultos mayores.
- ❖ Precisar las conductas promotoras de salud concernientes al *Manejo del Estrés* de los adultos mayores.

CAPÍTULO 2:
DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo de estudio

El tipo de estudio empleado para el abordaje del problema es el **Descriptivo**, porque describirá las estrategias de cuidado de los adultos mayores que participan del taller de Envejecimiento Activo de UPAMI; y **Transversal**, porque la variable será medida por única vez durante el segundo semestre del año 2019.

Operacionalización de la variable

Las conductas promotoras de salud de los adultos mayores que participan del taller de Envejecimiento Activo de UPAMI, UNC, serán estudiadas según las siguientes dimensiones e indicadores:

Variable	Dimensiones	Indicadores
Conductas promotoras de salud	Responsabilidad en salud	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Busca información cuando no comprende algún aspecto vinculado con su salud. ✓ Visita regularmente a su médico para conocer el estado de su salud. ✓ Consulta a su médico cuando siente malestar o cuando nota algo extraño en su cuerpo. ✓ Realiza de actividades sociales y/o recreativas(pasear, participar en clubes, encontrarse con amigas/os, etc.) para sentirse bien consigo mismo. ✓ Se coloca las vacunas correspondientes cuando su médico se lo indica.
	Nutrición	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Realiza todas las comidas

		<p>diarias(desayuno, almuerzo, merienda, cena, colaciones) siempre que puede.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Cantidad de raciones del grupo de cereales (arroz, pasta, pan) que consume por día. ✓ Cantidad de raciones de verduras y hortalizas que consume diariamente. ✓ Cantidad de raciones de fruta que consume por día. ✓ Cantidad de lácteos que consume a diario. ✓ Cantidad de raciones de carnes, pescados, huevos o leguminosas que consume diariamente. ✓ Cantidad de alimentos con contenido graso que consume por día. ✓ Cantidad de vasos de agua que bebe a diario para cuidar su salud.
	<p>Actividad física</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Realiza actividades físicas livianas al menos 30 minutos por día (caminata, rutina de ejercicios, entre otras) para sentirse bien físicamente. ✓ Realiza actividades físicas moderadas al menos dos veces por semana (bailar, nadar, andar en bicicleta, hacer pilates, jardinería, etc.) para estar en forma. ✓ Realiza actividades

		físicas intensas al menos una vez por semana (jugar al fútbol, correr, andar en bicicleta cuesta arriba, entre otras) cuando quiere mejorar su estado físico.
	Manejo del estrés	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Qué cantidad de horas diarias duerme para sentirse descansado. ✓ Qué hace cuando encuentra dificultades para conciliar el sueño. ✓ Consulta a su médico si encuentra dificultades en el mantenimiento ininterrumpido del sueño. ✓ Dedicar tiempo para realizar alguna actividad de relajación dentro de la rutina diaria.

Población y muestra

La población estará conformada por adultos mayores de 60 años de edad o más que participen del taller de “Envejecimiento Activo” de UPAMI, UNC, Sede Córdoba Capital, durante el segundo semestre del año 2019.

Se estima un promedio de 50 adultos mayores ($n < 50$) de acuerdo a los datos obtenidos de las planillas facilitadas por UPAMI donde consta la cantidad de adultos mayores inscriptos y las asistencias al taller durante el primer y segundo semestre del año 2018. Considerando que se trata de una población finita, no se tomará muestra.

Fuentes de información, técnicas e instrumento de recolección de datos

Las **fuentes** de las que se extraerá información serán de tipo primarias, es decir, se plantea la obtención de datos e información a partir del contacto directo con los sujetos de estudio: adultos mayores que participan del taller de “Envejecimiento Activo” de UPAMI, UNC, durante el segundo semestre del año 2019.

En cuanto a la **técnica**, se tratará de una encuesta en modalidad entrevista individual.

Respecto del **instrumento de recolección de datos**, para orientar mejor la entrevista, los autores diseñaron un formulario (cédula de entrevista) que contiene todas las preguntas agrupadas en cuatro dimensiones: Responsabilidad de la Salud, Actividad Física, Nutrición y Manejo del Estrés.

Plan de recolección de datos

En relación al plan de recolección de datos, se ordenarán los pasos a seguir de la siguiente manera:

1) **Solicitud de autorización:** en primer lugar, se presentará una nota a la coordinadora de UPAMI, UNC, Cede Córdoba Capital -quien también es la responsable del taller de “Envejecimiento Activo”-, solicitando permiso para realizar observaciones y acceder a documentación necesaria para llevar adelante el estudio (Anexo 1).

2) **Elaboración de acuerdo entre los responsables** del Programa UPAMI de la UNC y los investigadores: una vez firmada la autorización, se procederá a realizar un acuerdo entre las partes -UPAMI e investigadoras- donde se expliciten las acciones y pautas de trabajo que podrán llevarse a cabo en el marco del estudio.

3) **Firma del Consentimiento Informado:** se redactó un consentimiento informado (Anexo 2) que explicita de manera clara en qué consiste la indagación y que deberá ser firmado por los adultos mayores que acepten participar.

4) **Aplicación del instrumento:** los investigadores concurrirán al taller de “Envejecimiento Activo” los días y horarios pautados en el acuerdo ya mencionado y administrarán los formularios aplicables a los adultos mayores que participen de dicho taller (Anexo 3).

Prueba piloto

Se llevó a cabo una **prueba piloto en contexto** a 5 adultos mayores cuyas edades superan los 60 años, lo que permitió comprobar la validez y confiabilidad del instrumento de recolección de datos y detectar posibles fuentes de error o prever inconvenientes que pudieran surgir a causa de las condiciones de aplicación.

Plan de procesamiento de datos

Para **procesar los datos** obtenidos, primero se enumerarán las cédulas de entrevistas. Luego, los datos cuantitativos extraídos se trasladarán a una tabla matriz (Anexo 4) para ser categorizados según las dimensiones de la variable de estudio y los objetivos planteados. Las preguntas abiertas se categorizarán por similitud de respuestas.

Plan de presentación de los datos

Para una mejor organización y visualización, **los datos se presentarán en tablas simples de frecuencia y porcentaje** que se elaborarán en base a las dimensiones e indicadores de la variable. Las respuestas a las preguntas abiertas se mostrarán en comentarios. A modo de ejemplo, se presentan las siguientes tablas tomando un indicador por dimensión de la variable:

Tabla 1: Conductas de *Responsabilidad en Salud* que realizan los adultos mayores participantes del taller de Envejecimiento Activo de UPAMI, UNC, durante el segundo semestre del 2019.

Conductas de Responsabilidad en Salud	F	%
Busca información cuando no comprende algún aspecto vinculado con su salud.		
Visita regularmente a su médico para conocer el estado de su salud.		
Consulta a su médico cuando siente malestar o cuando nota algo extraño en su cuerpo		
Realiza actividades sociales y/o recreativas para sentirse bien consigo mismo		
Se coloca las vacunas correspondientes cuando su médico se lo indica		
Total de respuestas		100%

Fuente: Cédula de entrevista.

Tabla 2: Comidas que realiza por día como conducta promotora de salud perteneciente a la dimensión *Nutrición*, de los adultos mayores que participan del taller de Envejecimiento Activo de UPAMI, UNC, durante el segundo semestre del 2019.

Comidas diarias que realiza siempre que puede (Pregunta 6)	F	%
Desayuno		
Almuerzo		
Merienda		
Cena		
Colaciones		

Total de respuestas		100%
---------------------	--	------

Fuente: Cédula de entrevista.

Tabla 3: Actividades físicas moderadas de frecuencia semanal como conducta promotora de salud perteneciente a la dimensión *Actividad Física*, de los adultos mayores que participan del taller de Envejecimiento Activo de UPAMI, UNC, durante el segundo semestre del 2019.

Realiza actividades físicas moderadas al menos 2 veces por semana(Pregunta 15)	F	%
Sí		
No		
Total de respuestas		100%

Fuente: Cédula de entrevista.

Tabla 4: Cantidad de horas de sueño como conducta promotora de salud perteneciente a la dimensión *Manejo del Estrés*, de los adultos mayores que participan del taller de Envejecimiento Activo de UPAMI, UNC, durante el segundo semestre del 2019.

Cantidad de horas diarias que duerme para sentirse descansado(Pregunta 17)	F	%
Entre 5 y 6 horas		
Entre 7 y 8 horas		
9 horas o más		
Total de respuestas		100%

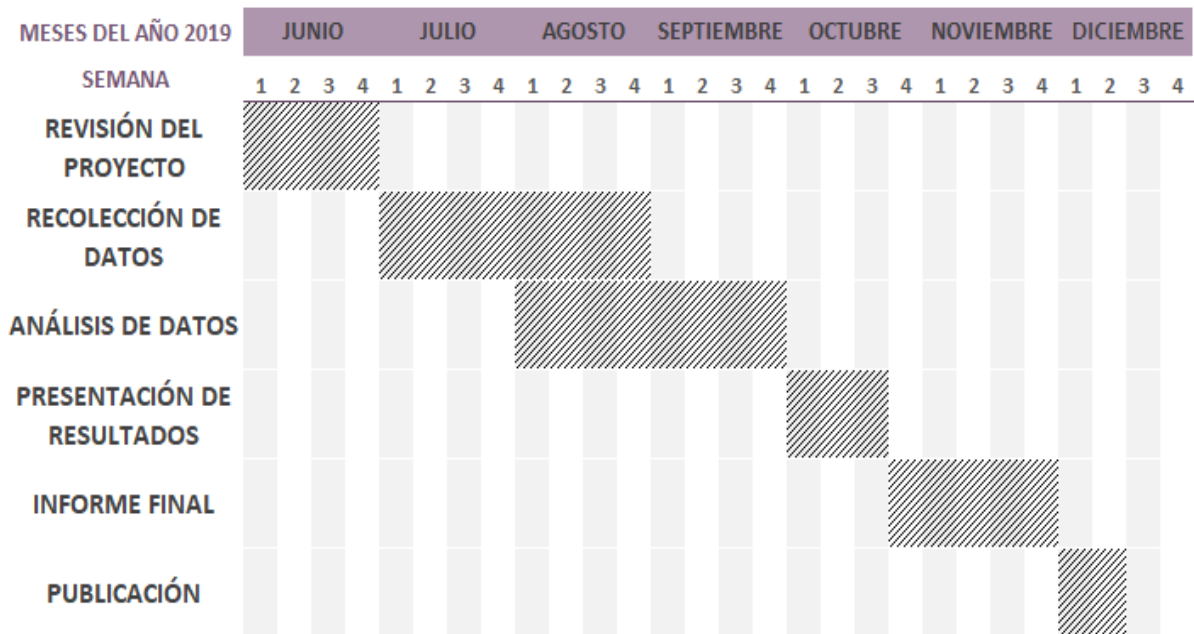
Fuente: Cédula de entrevista.

Plan de análisis de datos

Se realizará un **análisis descriptivo transversal de datos** con técnicas de la estadística descriptiva-análisis de frecuencia y porcentaje-. Finalmente, los datos obtenidos serán contrastados con la teoría con el fin de obtener discusiones y conclusiones relevantes.

Cronograma de actividades

Diagrama de Gantt



Presupuesto

RECURSOS	DETALLE	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO (\$)	PRECIO TOTAL (\$)
HUMANOS	INVESTIGADORES	3	\$ 0,00	\$ 0,00
FINANCIEROS	ARTÍCULOS DE LIBRERÍA	VARIOS	\$ 350,00	\$ 350,00
	FOTOCOPIAS	300	\$ 0,80	\$ 240,00
	MATERIAL BIBLIOGRÁFICO	VARIOS	\$ 650,00	\$ 650,00
	TRANSPORTE	54	\$ 17,22	\$ 929,88
	IMPRESIONES	VARIAS	\$ 120,00	\$ 120,00
	PEN DRIVE	1	\$ 200,00	\$ 200,00
	GASTOS TELEFÓNICOS	VARIOS	\$ 150,00	\$ 150,00
	GASTOS IMPREVISTOS	VARIOS	\$ 300,00	\$ 300,00
TÉCNICOS	REVISTA CIENTÍFICA	1	\$ 190,00	\$ 190,00
	PC	0	\$ 0,00	\$ 0,00
TOTALES				\$ 3.129,88

Referencias Bibliográficas

- Blanco, D., Aristizábal, G., Sánchez, A., & Ostiguín, R. (2011). *El Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender. Una reflexión en torno a su comprensión*. Enfermería Universitaria.
- Chile, M. d. (marzo de 2012). Obtenido de www.senama.cl/n3683_10-05-2011.html.
- Craig, G. (1994). *Desarrollo Psicológico*. México : Prentice Hall.
- GARCÍA, A. B. (2003). *Educación para la salud y Personas Mayores 2003* . México. Obtenido de GARCÍA, A., BENITO, J., (Coords.) Educación para la salud y Personas Mayores 2003 file:///C:/Users/laura/Downloads/146-Texto%20del%20art%C3%ADculo-663-1-10-20070328.pdf
- Gascón, S., & Redondo, N. (2003). Documento Preliminar acerca de la participación social y comunitaria y la situación de las personas en América Latina y el Caribe. Santiago de Chile: CEPAL.
- Gascón, S., & Tamargo, M. (2004). *Participación ciudadana en Salud en el Mercosur*. Santiago de Chile: Fundación Salud.
- Giraldo Osorio, A., Toro Rosero, M., Macías Ladino, A., Valencia Garcés, C., & Palacios Rodríguez, S. (2010). La promoción de la salud como estrategia para el fomento de estilos de vida saludables. 128-143.
- Instituto Nacional de Estadística y Censos de la República Argentina. (2012). *Encuesta Nacional sobre calidad de vida de los Adultos Mayores*. Buenos Aires: Serie Estudios.
- Ministerio de Educación de la Nación. (2014). *Encuentro*. Recuperado el 03 de agosto de 2017, de <http://encuentro.gob.ar/programas/6656>
- Ministerio de Salud de la Nación. Consejo Federal de Salud. (2004). *Bases del Plan Federal de Salud 2004- 2007*. Buenos Aires: Presidencia de la Nación.

- Ministerio de Salud de la Nación. Superintendencia de Servicios de Salud. (2001). *Programa Médico Obligatorio*. Buenos Aires: Presidencia de la Nación.
- Monti, J. (2002). Actualización sobre la incidencia y las causas del insomnio primario y secundario. *Revista de Medicina de Uruguay*, 14- 26.
- Moscovici, S. (1982). Social cognition: perspectives on everyday understanding. *On Social Representations.*, 181- 209.
- Muñoz Fanco , N. (2009). Reflexiones sobre el cuidado de sí como categoría de análisis en salud. *Salud Colectiva*, 5(3), 391-401. Recuperado el 22 de octubre de 2017, de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652009000300007&lng=es&nrm=iso
- Muzzo, S. (2002). Evolución de los problemas nutricionales en el mundo. El caso de Chile. *Revista Chilena de Nutrición*, 78- 85.
- Naciones Unidas. (2002). *Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre Envejecimiento*. Nueva York: Naciones Unidas.
- ONU. (6 de diciembre de 2016). *Naciones Unidas. Derechos Humanos*. Recuperado el 3 de octubre de 2017, de <http://www.ohchr.org/SP/Pages/Home.aspx>
- Organización Mundial de la Salud. (2002). *Envejecimiento Activo: un marco político*. Departamento de Prevención de las Enfermedades No Transmisibles y Promoción de la Salud, Envejecimiento y Ciclo Vital.
- Organización Mundial de la Salud. (2003). *Plan de Acción Internacional de Madrid sobre Envejecimiento. Atención Primaria Adaptada a las Personas Adultas Mayores*. Santiago de Chile: OMS.
- Organización Mundial de la Salud. (2004). *Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento: informe sobre su ejecución*. OMS.
- Organización Mundial de la Salud (2015) Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud.
- Organización Panamericana de la Salud. (2012). *Conferencia Sanitaria Panamericana*. Santiago de Chile.

Papalia, D., Olds, S., & Feldman, R. (2001). *Psicología del desarrollo*. Bogotá: McGraw-Hill.

Pasqualini, D., & Llorens, A. (3 de agosto de 2010). *Organización Panamericana de la Salud*. Obtenido de <http://publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/otras%20pub/SaludBienestarAdolescente.pdf>

Sánchez López, J. (octubre de 2016). *Bienestar y Salud*. Obtenido de <http://repositorio.ucam.edu/bitstream/handle/10952/1536/Tesis.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Vidal Gutiérrez, D., Chambias García, I., Zavala Gutiérrez, M., Müller Gilchrist, R., Rodríguez Torres, M., & Chávez Montecino, A. (2012). Determinantes sociales en salud y estilos de vida en población adulta de Concepción, Chile. *Revista Inclusión y Desarrollo*, 23- 26.

Viñas, I. (2015). *Educación para la Salud y las Personas Mayores*. Bogotá.

ANEXOS

Anexo 1: Solicitud de Autorización

Córdoba, de de 20....

Al Sra. Coordinadora del Programa de Adultos Mayores de Extensión de la Universidad Nacional de Córdoba,

Dra.

S _____ / _____ D

Tenemos el agrado de dirigirnos a Usted a fin de poner en conocimiento que los Enfermeros Mauricio Rubén Acevedo, Liliana Beatriz Barrera y Magdalena Beatriz GIMÉNEZ; estamos elaborando un estudio de investigación sobre el tema "conductas de promoción de la salud de los adultos mayores" y es nuestra intención llevar a cabo nuestro estudio con los adultos mayores que participan del taller de "Envejecimiento Activo" de UPAMI, UNC.

Se solicitará la participación voluntaria de los adultos mayores, explicándoles previamente la finalidad del estudio y el uso que haremos de la información que puedan suministrarnos. También firmarán un Consentimiento Informado donde se explicita que no existirá ningún riesgo para quienes deseen participar y se garantiza la confidencialidad de los datos brindados.

Por tal motivo se solicita su autorización para la ejecución de dicho estudio y su inapreciable aporte, que consiste en facilitar la información que se considere necesaria y/o permitir la consulta de documentación.

Quedando a disposición por cualquier consulta o inquietud que Ud. quiera manifestarnos y agradeciendo su colaboración, la saludamos atentamente.

ACEVEDO,

Mauricio Rubén

BARRERA,

Liliana Beatriz

GIMÉNEZ,

Magdalena Beatriz

Anexo 2: Consentimiento Informado

Córdoba, de de 20.....

Usted ha sido invitado/a a participar en una investigación sobre “conductas promotoras de salud de los adultos mayores”. Esta investigación será realizada por quienes suscriben, Enfermero Mauricio Acevedo, Enfermera Liliana Beatriz Barrera y Enfermera Magdalena Beatriz Giménez; de la Escuela de Enfermería, Universidad Nacional de Córdoba.

El objetivo de nuestra investigación es *conocer las conductas promotoras de salud de los adultos mayores que participan en el taller de “Envejecimiento Activo” de UPAMI, UNC, Cede Córdoba Capital durante el segundo semestre del año 2019*. Específicamente, en el marco de esta investigación intentaremos detallar las conductas promotoras de salud de los adultos mayores relativas a: la responsabilidad en salud, la actividad física, la nutrición, la autorrealización o crecimiento espiritual, las relaciones interpersonales y, por último, al manejo del estrés.

Si acepta participar en esta investigación, se le solicitará que conteste un formulario el cual será leído, explicado y completado por un miembro de este equipo con los datos que Ud. le proporcione y solo le tomará alrededor de veinte minutos de su tiempo. La identidad del/la participante será protegida y toda información o datos que aporte la participante serán tratados de manera confidencial.

Si ha leído este documento y ha decidido colaborar, por favor entienda que su participación es completamente voluntaria y no le genera ningún costo ni riesgo. Además, sepa que usted tiene derecho a abstenerse de participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin ninguna penalidad. También tiene derecho a no contestar alguna pregunta en caso de que así lo considere. Además, tiene derecho a recibir una copia de este documento. **Su firma en este documento significa que ha decidido participar después de haber leído y discutido la información presentada en esta hoja de consentimiento.**

.....
Firma y aclaración
del/la participante

Se ha discutido el contenido del consentimiento con la persona arriba firmante y se han explicado los beneficios del estudio.

.....
Firma y aclaración
del/la investigador/a

Anexo 3: Instrumento de recolección de datos

FORMULARIO SOBRE CONDUCTAS PROMOTORAS DE SALUD DE LOS ADULTOS MAYORES		
Entrevistador/a:	Formulario N°:	
Lugar:	Fecha:	
DATOS DEL ENTREVISTADO/A		
Edad:	Género:	
Ocupación:		
1- ¿Qué lo/a motiva a participar de los talleres de UPAMI?		
.....		
.....		
.....		
.....		
.....		
.....		
2- ¿En qué otros talleres de UPAMI participa?		
.....		
.....		
.....		
RESPONSABILIDAD EN SALUD(marcar con una cruz)		
3- ¿Por qué eligió el taller de Envejecimiento Activo?		
.....		
.....		
.....		
.....		
.....		
.....		
4- ¿Busca información cuando no comprende algún aspecto vinculado con su salud?	Sí	No

5- ¿Visita regularmente a su médico para conocer el estado de su salud?					
6- ¿Consulta a su médico cuando siente malestar o cuando nota algo extraño en su cuerpo?					
7- ¿Realiza de actividades sociales y/o recreativas (pasear, participar en clubes, encontrarse con amigas/os, etc.) para sentirse bien consigo mismo?					
8- ¿Se coloca las vacunas correspondientes cuando su médico se lo indica?					
NUTRICIÓN(marcar con una cruz)					
	Desayuno	Almuerzo	Merienda	Cena	Colación
9- ¿Cuáles de estas comidas realiza todos los días?					
10- Cantidad de raciones del grupo de cereales (arroz, pasta, pan) que consume por día.	1-2 porciones	3-4 porciones	5-6 porciones	7 -9 porciones	10 o + porciones
11- Cantidad de raciones de verduras y hortalizas que consume diariamente.					
12- Cantidad de raciones de fruta que consume por día.					
13- Cantidad de lácteos que consume a diario.					
14- Cantidad de raciones de carnes, pescados, huevos o leguminosas que consume diariamente.					
15- Cantidad de alimentos con contenido graso que consume					

por día.					
16- ¿Cuántos vasos de agua bebe por día?	1- 2	3-4	5-6	7-8	9 +
17- ¿Qué factores tiene en cuenta a la hora de elegir los alimentos que consume?					
.....					
.....					
.....					
.....					
ACTIVIDAD FÍSICA (marcar con una cruz)					
18- ¿Realiza actividades físicas livianas al menos 30 minutos por día?(caminata, rutina de ejercicios, entre otras).	Sí		No		
19- ¿Realiza actividades físicas moderadas al menos 2 veces por semana?(bailar, nadar, andar en bicicleta, hacer pilates, jardinería, etc.).					
20- ¿Realiza actividades físicas intensas al menos 1 veces por semana? (jugar al fútbol, correr, andar en bicicleta cuesta arriba, entre otras)?					
21- ¿Cuáles son los beneficios que usted reconoce de la actividad física?					
.....					
.....					
.....					
.....					
MANEJO DEL ESTRÉS (marcar con una cruz)					
22- ¿Qué cantidad de horas diarias duerme para sentirse descansado?	Entre 5 y 6 horas	Entre 7 y 8 horas	9 horas o más		
23- ¿Qué hace cuando encuentra dificultades para					

conciliar el sueño?			
24- ¿Consulta a su médico si encuentra dificultades en el mantenimiento ininterrumpido del sueño?	SÍ	No	
25- ¿Dedica tiempo para realizar alguna actividad de relajación a pesar de la rutina diaria?			
26- ¿Qué hace frente a una situación que considera estresante?			
27- ¿Qué sugerencias haría para el mejoramiento de la propuesta de UPAMI?			
28- ¿Qué aportes valiosos considera que puede hacer la Enfermería en el marco de esta propuesta?			

