



UNIVERSIDAD MICHOACANA
DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO

DIVISIÓN DE POSGRADO DE LA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
MAESTRIA EN ENFERMERÍA

“CARACTERÍSTICAS DE LOS ESTILOS DE VIDA DEL ADULTO
MAYOR EN DOS POBLACIONES DE MICHOACÁN”

TESIS

QUE, PARA OBTENER EL GRADO DE:
MAESTRA EN ENFERMERÍA

PRESENTA:

L.E. LORENA ÁVILA CÁZAREZ

ASESORA:

DOCTORA EN ENFERMERÍA
MARÍA MAGDALENA LOZANO ZÚÑIGA

COASESORA:

DOCTORA EN ENFERMERÍA
MARÍA LETICIA RUBI GARCÍA VALENZUELA
MORELIA, MICHOACÁN FEBRERO DE 2017



La Dra. María Magdalena Lozano Zúñiga, Profesora Investigadora asociada “C” como Asesora de Tesis de Maestría. Y la Dra. María Leticia Rubí García Valenzuela Profesora Investigadora Titular “C” de cotutora de la Facultad de Enfermería de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, como coasesora de Tesis de Maestría.

CERTIFICAN

Que han dirigido el trabajo de Tesis titulado “Características de los estilos de vida del Adulto Mayor en dos poblaciones de Michoacán.”, elaborado por Lorena Ávila Cázarez, Licenciada en Enfermería, y que será presentado como requisito para obtener el grado de Maestra en Enfermería con Terminal en Adulto Mayor por la Facultad de Enfermería de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.

Presidenta

Dra. María Magdalena Lozano Zúñiga. -----

Vocal 1

Dra. María Leticia Rubí García Valenzuela -----

Vocal 2

Dra. María Jazmín Valencia Guzmán. -----

Vocal 3

Mtra. Ana Celia Anguiano Morán. -----

Vocal 4

Mtra. Bárbara Mónica Lemus Loeza -----

RESUMEN

Introducción: El avance vertiginoso de la transición demográfica en el entorno mundial ha ocasionado un incremento poblacional de la vejez, las proyecciones a futuro indican que entre 2010 y 2050 la población mundial de 60 años o más se multiplicará por más de tres, pasando de 600 millones a 2000 millones (Consejo Nacional de Población, 2010), con pronóstico de cambios en la vida de las personas adultas mayores por el aumento de la comorbilidad y aparición de enfermedades crónico degenerativas en relación con aspectos que reflejan las actitudes, valores y comportamientos en la vida diaria. **Objetivo:** analizar características de los estilos de vida del adulto en dos poblaciones de Michoacán. **Antecedentes:** para llevar a cabo esta investigación se revisó lo referente a estilos de vida; que son los hábitos, conductas y comportamientos de los individuos y grupos de población que conllevan a la satisfacción de las necesidades humanas (Wong de Liu, C., 2012), además la relación con otras investigaciones, en específico con los “Estilos de vida y factores sociodemográficos asociados a los habitantes del Distrito de Santa Marta Colombia” (Ferrel Ortega, Fernando Robert, Et. Al., en 2014) con gran impacto al actual trabajo para la categorización de las dimensiones de los estilos de vida de los adultos mayores. Se utilizó el Modelo de Promoción a la Salud de la Teórica Nola Pender para una mejor comprensión de la educación para la salud de las diferentes poblaciones. **Justificación:** falta de sensibilización y educación de todos los sectores de la población hacia una cultura de envejecimiento activo y saludable; cuya finalidad es la detección de estilos de vida presente en los adultos mayores (SABE, 2012), basándose en las condiciones en las que vive, no sólo por las consecuencias derivadas de los padecimientos crónicos degenerativos, sino para incidir en cambios saludables con intervenciones que modifiquen los estilos de vida (CENAPRECE, 2012). **Metodología:** Es un estudio cuantitativo, descriptivo de corte transversal, muestreo no probabilístico y por conveniencia, se seleccionaron 159 participantes en total, de los cuales 100 correspondieron al grupo 1 del área sub urbana y 59 al grupo 2 del área urbana, adultos mayores con rango de edad entre 60 y 70. A partir del análisis en la operacionalización de las

variables, se utilizó el instrumento “*FANTASTICO*” versión española propuesto por Ramírez (2011), el cual mide los estilos de vida de los adultos mayores en el último mes. **Resultados:** se encontró una confiabilidad con Alfa de Crombach de 0.78 para ambas poblaciones. El estado civil, en ambas poblaciones el mayor porcentaje de los participantes fueron casados, con una escolaridad de 1 a 6 años de estudio, la ocupación más predominante fue de campesinos en los hombres y amas de casa para las mujeres; además se observó que para ambas poblaciones en las categorías del FANTASTICO existió cambios en los estilos de vida respecto a la Nutrición, Descanso y Sueño, Tipo de Personalidad e Introspección. En la población rural, la dimensión con mayor porcentaje fue la de buen estilo de vida y se da manifiesto que el estilo de vida en esta población oscila entre bueno a excelente con una influencia adecuada - óptima para la salud. Fenómeno contrario ocurrió en la población urbana, el porcentaje mayoritario fue en la dimensión mal estilo de vida e indica que el estilo de vida para esta población presenta varios factores de riesgo. **Conclusiones:** Los estilos de vida de los adultos mayores en ambas poblaciones se encuentran en categorías con un contraste muy notable, de acuerdo a uno de los supuestos de la teórica Nola Pender, el cual explica que la experiencia y el comportamiento de los adultos mayores permite evaluar la posibilidad de cambio ya sea negativo u positivo al respecto, con el motivo de lograr que los adultos mayores sean capaces de ser autónomos e independientes en la adopción de conductas saludables. **Sugerencias:** Realizar estudios transversales para identificar patrones adquiridos en el mantenimiento o la terminación de conductas de estilos de vida saludables para los adultos mayores, e incursionar en acciones que faciliten o retrasen la aparición de la enfermedad y se fortalezca la promoción de la nutrición, actividad física así como estrategias que involucren a la familia y/o comunidad del Adulto mayor, y, lograr que los profesionales de Enfermería utilicen el Modelo de Promoción de la Salud en vinculación con programas sociales.

Palabras clave: Enfermería geriátrica, estilos de vida saludables, Adulto mayor.

ABSTRACT

Introduction: The vertiginous advance of the demographic transition in the global environment has led to increase of the population in the old age, projections for the future indicate that between 2010 and 2050 the world population of 60 years or more shall be multiplied by more than three, from 600 million to 2000 million (National Population Council, 2010), with forecast changes in the lives of the elderly by the increase of the comorbidity and emergence of chronic degenerative diseases in relation to aspects that reflect the attitudes, values and behaviors in daily life. **The objective:** to analyze the characteristics of the life styles of the adult in two populations of Michoacán. **Background:** To carry out this research was revised concerning life-styles; that are the habits, and individual behaviors of population groups that lead to the satisfaction of human needs (Wong of Liu, C., 2012), in addition to the relationship with other research, specifically with the "Lifestyles and sociodemographic factors associated with the inhabitants of the District of Santa Marta Colombia" (Ferrel Ortega, Fernando Robert, Et. 2014) with a great impact at the current work for the categorization in the dimensions of the lifestyles of elderlies. The model was used for the promotion of the health of the Theoretical Nola Pender for a better understanding of the health education of the different populations. **Justification:** lack of awareness and education of all sectors of the population toward a culture of active and healthy aging; whose purpose is the detection of life-styles present in older adults (know, 2012), based on the conditions of their life in, not only by the consequences of chronic degenerative, even the healthy influence changes with interventions that modify the styles of life (CENAPRECE, 2012). **Methodology:** It is a quantitative study, descriptive, cross-sectional study, non-probability sampling and for convenience, were selected 159 participants in total, 100 of whom corresponded to the group 1 of the area sub urban and 59 to Group 2 of the urban area, older adults with age range between 60 and 70. Based on the analysis in the operationalization of the variables, we used the instrument "FANTASTICO" Spanish version proposed by Ramirez (2011), which measures the lifestyles of older adults in the last month. **Results:** In this

investigation, the autor was found with a reliability Crombach alfa with 0.78 for both populations. The marital status, in both populations were: the greater percentage of the participants were married, with a schooling from 1 to 6 years of study, the most predominant occupation was peasants in men and housewives for women; in addition, it was observed that both populations in the categories of FANTASTICO existed lifestyle changes with regard to nutrition, rest and sleep, type of personality and introspection. In the rural population, the dimension with the highest percentage was good style of life and gives clear that the style of life in this population range from good to excellent with a proper influence - for optimal health. Reverse phenomenon occurred in the urban population, the majority percentage was in the dimension evil lifestyle and indicates that the style of life for this population presents several risk factors. **Conclusions:** The lifestyles of older adults in both populations are in categories with a contrast very remarkable, according to one of the assumptions of the theoretical Nola Pender, which explains that the experience and the behavior of older adults allows to evaluate the possibility of exchange either negative or positive about it, with the reason to ensure that the elderly are able to be autonomous and independent in the adoption of healthy behaviors. **Suggestions:** Perform cross-sectional studies to identify patterns acquired in the maintenance or the termination of behavior of healthy lifestyles for older adults, and to engage in actions that facilitate or delay the onset of the disease and strengthen the promotion of nutrition, physical activity as well as strategies that involve the family and/or community of the older adult, and ensure that the Nursing professionals use the model of health promotion in association with social programs.

Keywords: Geriatric Nursing, healthy lifestyles, Elderly

DEDICATORIAS.

Dedico este trabajo al Ser Supremo por haberme dado la vida, quien es el comienzo y el final de todas las cosas porque me ha permitido llegar a este momento.

A mi familia: a mi madre Dominga Ávila Cázarez, a mi abuelita Ramona Cázarez Roque, por el apoyo que me han brindado durante todo el tiempo,

A mi hermano; Antolín Nemecio Ávila, porque gracias a su ejemplo me dí el valor para seguir adelante con todo lo que me proponía.

A mis hermanos: Francisco Javier Ávila Cázarez, Floriselda Ávila Cázarez y Miguel Ángel Ávila Cázarez porque crecimos juntos y de una u otra forma siempre su apoyo fue, es y será, gracias hermanos míos, porque a pesar de las circunstancias hemos permanecido juntos.

A mis sobrinos, tíos y primos, gracias por ser parte de mi vida.

A Jaime Shairu Martínez García por haber estado siempre a mi lado, porque sin tu apoyo y tus palabras de aliento no habría llegado a este momento.

A mis Ángeles, que han estado conmigo todo el tiempo, en especial a Mons. Aloysius Schwartz, sinceramente Gracias.

Y por último y no menos importante lo dedico a mis amigos, que nunca perdieron la fe en mí, y que de alguna manera estuvieron siempre a mi lado, gracias por acompañarme.

AGRADECIMIENTOS

Creo firmemente que ningún trabajo sería posible sin la participación oportuna de un grupo de personas especiales y de la colaboración de las instituciones a las que representan, por medio de estas líneas quiero expresar mi más profundo agradecimiento a todos y cada uno de ustedes.

Al Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo a través de la Facultad de Enfermería por ser una institución de prestigio que me brindó la oportunidad de conocer nuevas e inteligentes personas que ayudaron a mi formación académica.

Gracias a todos aquellos profesores que durante 2 años fueron parte de mi formación académica y compartieron conmigo parte de sus conocimientos.

A mi asesora, Dra. María Magdalena Lozano Zúñiga por confiar en mí y en mis conocimientos por apoyarme, la paciencia y el tiempo dedicado para orientarme en la realización de este trabajo.

A la Dra. María Leticia Rubí García Valenzuela por aceptarme como su asesorada, le agradezco su apoyo, su paciencia y el tiempo dedicado para asesorarme.

A la Dra. Ma. De Jesús Ruiz Reséndiz que ha estado pendiente de mi persona y mi crecimiento académico, gracias.

A la Maestra Ruth E. Pérez Guerrero, por haberme apoyado de diversas formas, y me ha enseñado que en la vida se triunfa a base del constante esfuerzo.

A todas las personas mencionadas y a las que, por algún motivo, olvidé mencionar, de verdad mil gracias porque de una u otra forma, colaboraron o participaron en la realización de este trabajo.

ÍNDICE

Página

INTRODUCCIÓN	V
I. - JUSTIFICACIÓN	1
II.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	5
III.- OBJETIVOS	8
OBJETIVO GENERAL	8
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	8
IV.- MARCO TEÓRICO	9
4.1 Adulto mayor.....	10
4.2 Estilos de vida del adulto mayor.....	17
4.2.1 Concepto	18
4.3 Factores protectores y de riesgo en el adulto mayor	19
4.4 Estilos de vida del Adulto Mayor: FANTASTICO	21
4.4.1 Actividad física en el adulto mayor	21
4.4.2. Tabaco, alcohol y drogas	23
4.4.3 Sueño y estrés	28
4.4.4 Familia y amigos	29
4.4.5 Nutrición	31
4.4.6 Personalidad del Adulto Mayor	32
4.5 Teoría de Enfermería “Nola Pender” y la Promoción a la Salud	33
4.5.1 Biografía de la teórica Nola Pender.....	34
4.5.2 Teoría de Promoción a la salud de Nola Pender (TPS).....	35
4.5.3 Modelo de Promoción a la Salud	38
4.6. Fiabilidad del instrumento FANTASTICO.....	43
4.7. Estudios relacionados	45
V. METODOLOGÍA	50
5.1 Tipo de estudio	50
5.2 Población y muestra	50
5.3 Criterios de inclusión.....	50
5.4 Criterios de exclusión.....	50
5.5 Criterios de eliminación.....	50

5.6 Análisis estadístico	51
5.7 Instrumento.....	51
5.8 Procedimiento.....	53
5.9 Consideraciones éticas y legales	54
VI. RESULTADOS.....	56
6.2 Alfa de Crombach	57
VII. DISCUSIÓN	69
VIII.- CONCLUSIONES	82
IX.- SUGERENCIAS.....	85
X. BIBLIOGRAFÍA	87
XI.- ANEXOS /APÉNDICES	104
APÉNDICE A.....	105
APÉNDICE B.....	107
APÉNDICE C.....	108
ANEXO 2. DE RESULTADOS.....	109
ANEXO 3. CALCULO DE LA MUESTRA	115
GLOSARIO DE TÉRMINOS.....	117

ÍNDICE DE CUADROS.

Cuadro1. Modelo de Promoción de Salud de Pender, 1996, El modelo de promoción de la salud de Nola Pender. Una reflexión en torno a su comprensión (Aristizábal Hoyos, 2011).	38
Cuadro 2. Adaptación del Modelo de Promoción a la Salud de Nola Pender con los estilos de vida, para este estudio. Propuesta de Ávila Cázarez, 2016.	41
Cuadro 3: Niveles de clasificación de acuerdo al FANTASTICO	52
Tabla 4.Variables sociodemográficas de ambas poblaciones rural y urbana, 2015.	56
Tabla 5. Alfa de Crombach del instrumento FANTASTICO en la escala total y por dimensiones para las dos poblaciones.....	57
Tabla 6. Estilos de vida de las poblaciones rural y urbana, 2015.....	62
Tabla 7. Media de la población rural y urbana.....	63
Tabla 8. Estilos de vida en relación con el estado civil de las poblaciones rural y urbana, 2015.	65
Tabla 9. Estilos de vida en relación con la escolaridad de las poblaciones rural y urbana, 2015.	66
Tabla 10 . Estilos de vida en relación con la edad de las poblaciones rural y urbana, 2015.	66
Tabla 11. Estilos de vida en relación con ocupación de las poblaciones rural y urbana, 2015.	67
Tabla 12. Estilos de vida en relación con religión de las poblaciones rural y urbana, 2015.	67
Tabla 13. Familia y amigos.....	109
Tabla 14. Actividad física	109
Tabla 15 Nutrición	109
Tabla 16. Tabaquismo.....	110
Tabla 17. Alcohol.....	110
Tabla 18. Sueño y descanso	110

Tabla 19. Tipo de personalidad	111
Tabla 20. Introspección	111
Tabla 21. Conducción al trabajo.....	111
Tabla 22. Otras drogas.....	112
Tabla 23. Estado civil de las poblaciones rural y urbana, 2015.....	113
Tabla 24. Género de las poblaciones rural y urbana, 2015.....	113
Tabla 25. Género de las poblaciones rural y urbana, 2015.....	113
Tabla 26. Edad de las poblaciones rural y urbana, 2015.	114
Tabla 27. Ocupación de las poblaciones rural y urbana, 2015.....	114
Tabla 28. Religión de las poblaciones rural y urbana, 2015.....	114

INTRODUCCIÓN

El avance vertiginoso de la transición demográfica en el entorno mundial ha ocasionado un incremento poblacional de la vejez muy importante entre los años 2000 y 2008, las proyecciones a futuro indican que entre 2010 y 2050, la población mundial de 60 años o más se multiplicará por más de tres, pasando de 600 millones a 2000 millones. En América Latina y el Caribe este fenómeno no es la excepción; ya que a raíz del avance de esta transición demográfica la población está envejeciendo de forma paulatina, pero inexorablemente; la proporción y el número absoluto de personas de 60 años y más se incrementarán de manera sostenida en los próximos decenios (Consejo Nacional de Población, 2010).

De acuerdo con el censo 2010 del INEGI, y según las proyecciones 2010-2050 del Consejo Nacional de Población (CONAPO) en México viven 12 millones 85 mil 796 personas adultas mayores, lo que representa el diez por ciento de la población nacional (Instituto Nacional de Población de Adultos Mayores, 2015).

En las últimas décadas México (Vega Daniel, 2010) presenta el fenómeno demográfico conocido como el envejecimiento poblacional, es decir un incremento en la población mayor de 60 años, que ha adquirido gran trascendencia en este grupo de edad debido a patologías crónicas degenerativas como la hipertensión y diabetes, entre otras conductas que han ocasionado daños a la salud (Salud Bienestar y Envejecimiento, 2012).

Los estilos de vida se caracterizan por patrones de comportamiento identificables que pueden tener un efecto sobre la salud de un individuo y se relacionan con varios aspectos que reflejan las actitudes, valores y comportamientos en la vida de una persona (Tremblay Mark S., Shephard Roy J., McKenzie Thomas L, 2003), transformándose en una serie de conductas e influencias determinadas por el comportamiento voluntario de los seres humanos. Entre los elementos que constituyen el estilo de vida de acuerdo a Vélez y Ágreda en el 2012: se reconocen “Familia y amigos, Actividad Física, Nutrición, Tabaco, Alcohol, Sueño y Estrés, Tipo de personalidad, Introspección, Conducción al Trabajo y Otras Drogas” determinan la forma en como el individuo desarrolla

hábitos que pueden influir en la salud, en especial para el grupo de adultos mayores expuestos a cambios de diversa índole, el que se encuentra en un área rural y el que cursa en una zona urbana, debido a la capacidad de enfrentarse a las actividades diarias y mantener un estilo de vida de condiciones óptimas, para incidir en la prevención se requiere fortalecer la promoción de la salud (Vélez, Ágreda, 2012), y se necesita incidir en la prevención a través del fortalecimiento de promoción de la salud (Satorres Pons, 2013).

Para trascender en la promoción a la salud de los seres humanos se requiere fortalecer la promoción de estilos de vida, con apego a los supuestos del Modelo de Promoción a la Salud propuesto por la teórica Nola Pender, útil para los profesionales de salud en promover las actitudes, motivaciones y acciones de los adultos mayores, a partir del concepto de autoeficacia para mantener una influencia positiva y óptima a la salud (Hoyos Aristizábal, 2011).

Los EVS incluyen conductas de salud de las personas, patrones de conducta, creencias, conocimientos, hábitos y acciones para mantener, restablecer o mejorar su salud, bienestar y calidad de vida en forma integral. Son producto de dimensiones personales, ambientales y sociales, que emergen no sólo del presente, sino también de la historia personal (Pullen C, Noble S, 2011).

En los estilos de vida existen variables o una serie de patrones de conductas escogidas a partir de circunstancias socioeconómicas y a las facilidades, con las cuales son capaces de escoger entre las distintas opciones. Se consideran los siguientes aspectos: consumo de drogas, consumo de alcohol, actividad física, malos hábitos alimentarios y tratamiento farmacológico. (Maya L., 2010). Ramírez Ágredo en el 2012 indica, “es importante vigilar la vida cotidiana de los adultos mayores, en comunidad”.

El profesional de Enfermería es quien cuida y entiende al usuario por la estrecha relación con el mismo, aunque se requiere fortalecer el trato y evaluar ciertas particularidades de la persona. , a fin de identificar las necesidades de los adultos mayores en la comunidad y prevenir la enfermedad.

El presente trabajo titulado “Características de los estilos de vida del adulto mayor en dos poblaciones de Michoacán” se realizó con personas de la sexta

década de vida, de la población suburbana en Tarímbaro y la urbana Morelia Michoacán. El capítulo I aborda la justificación del trabajo, donde se define el impacto del trabajo y su relevancia para la ciencia de enfermería, para los adultos mayores y las instituciones de salud con abordaje en la promoción a la salud; además se marca la importancia de la realización del trabajo, se explica además la contribución de la Investigación al problema estudiado, en el capítulo II presenta el planteamiento del problema, la necesidad que originó al desarrollo de esta investigación; en el capítulo III se plasman los objetivos, el general y el específico de este proyecto.

El capítulo IV incluye el marco teórico y características conceptuales, donde se define al adulto mayor, estilos de vida del adulto mayor, factores protectores y de riesgo del adulto mayor que intervienen en los estilos de vida y su relación con los factores que mide el instrumento genérico FANTASTICO, que son la actividad física en el adulto mayor, conductas relacionadas con el consumo de tabaco, alcohol y drogas, sueño y estrés, interacción con la familia y amigos, nutrición, así como lo referente a los rasgos de la personalidad del adulto mayor. En el capítulo V se expone lo referente a material y, así como los criterios establecidos.

En este mismo capítulo se revisó el marco referencial de la teórica Nola Pender y su Modelo de Promoción a la Salud, se mencionan los artículos relacionados al presente trabajo de investigación; así mismo se explica la metodología utilizada; el tipo de estudio, universo y muestra contemplados para la presente trabajo; lo anterior para constatar la fiabilidad del instrumento FANTASTICO.

En este apartado se describe a detalle las características del instrumento establecido para el análisis e interpretación de los datos. Se menciona también los aspectos éticos que se han tomado en consideración. El capítulo VI muestra los resultados obtenidos en la investigación presentado por medio de tablas y cuadros de acuerdo a los objetivos planteados. En seguida aparece el capítulo VII en el que se realiza la discusión de los resultados obtenidos de acuerdo a lo encontrado en la literatura respecto a los estilos de vida del adulto mayor y el instrumento

FANTASTICO. EL capítulo VIII describe las conclusiones finales respecto al presente trabajo de investigación.

El capítulo IX menciona algunas sugerencias destinadas a favorecer prácticas de estilos de vida saludables en los adultos mayores. El capítulo X se dedicó a las referencias bibliográficas contenidas a lo largo de la tesis. Por último el capítulo XI contiene los anexos y apéndices de la investigación.



I. - JUSTIFICACIÓN

El envejecimiento poblacional a nivel internacional constituye, hoy en día uno de los cambios más notables en la estructura de las sociedades, y México no es una excepción. Desde el punto de vista de salud, dicho envejecimiento poblacional representa un claro reto para el desarrollo de acciones de manera eficiente, correcta y oportuna sobre todo en padecimientos crónicos degenerativos de acuerdo a la Encuesta sobre salud y Bienestar y Envejecimiento del 2012 (Instituto Nacional de Salud Pública, 2013).

México vive una transformación demográfica sin precedentes, en donde el envejecimiento de la población lleva a la necesidad de generar respuestas institucionales y sociales para encarar los desafíos presentes y futuros relacionado con este fenómeno (INAPAM, 2010). La cultura del envejecimiento se ha convertido en una prioridad que encamina a fortalecer los lazos solidarios entre las generaciones e impulsar la revaloración de los adultos mayores, estimulando su plena inserción en la vida familiar, social, comunitaria, económica y política del país. Para la sociedad, cada vez es más importante que sus miembros alcancen una edad avanzada de forma saludable, lo que hace necesario potenciar la educación y la prevención de las enfermedades como mecanismos indispensables que garanticen mayor conocimiento del fenómeno de la vejez, y la adopción de conductas saludables (Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores, 2010).

El aumento de la esperanza de vida, junto con la disminución de la natalidad, ha propiciado un envejecimiento progresivo de la población a nivel mundial (Satorres Pons, 2013), se estima que el promedio en la expectativa de vida es alrededor de 63 años (Organización Mundial de la Salud-OMS, 2014), media bastante alejada de la realidad cuando se toma en cuenta los casos extremos entre los países por su desarrollo, por lo que existen diferencias notables entre aquellos denominados como desarrollados y subdesarrollados, ya que como lo menciona la Comisión Global sobre los determinantes Sociales de la salud, pertenecientes a la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2002), en los

primeros se tiene una media de 76 años para las mujeres y de 70 años para los hombres, con un promedio entre ambos géneros de 73 años, entre el quinquenio de 2000-2005 (CENAVE, SSA, CONAPO, 2010), y podría aumentas a 81 años a mediados del este siglo.

De acuerdo al Consejo Nacional de Población (CONAPO) en el 2010 el número de adultos mayores estimados era de 9, 424,000 de las cuales, 54.3% son mujeres y el 45.7% son hombres; un 45.6% de los adultos mayores que contaban con algún tipo de seguridad social y de éstos, 46.8% están registrados de manera simultánea en dos o más instituciones de seguridad social (INEGI, Censo de Población y Vivienda 2012).

En cambio, para los países en vías de desarrollo se estima que aumentará de 63.4 a 73.1 años durante el mismo período (Encuesta Salud Bienestar y Envejecimiento - Michoacán, 2012), lo que implica que con los países últimos mencionados se presenta una serie de comorbilidades, complicaciones y discapacidades para los adultos mayores, repercutiendo en el envejecimiento activo y saludable; y a su vez en el incremento de los gastos para la atención en salud.

Brindar atención de calidad al adulto mayor que vive en comunidad, es proveer cuidados y educación para la salud, de parte de los profesionales de la salud, con estrategias de mejora hacia la vida cotidiana, y como agentes terapéuticos de cuidado es el profesional de Enfermería (INAPAM, 2010). La posición de los profesionales en Enfermería asume que la política de Promoción de la Salud, se ve reflejada en la calidad de vida de las personas. En este sentido, la promoción de la salud y la ciencia de Enfermería constituyen un campo de acción estratégico en el Sistema. El liderazgo para articular al equipo de salud, en la atención primaria, incluye auxiliares y técnicos de enfermería que fungen como agentes comunitarios de salud y permiten la posibilidad de valorizar las competencias individuales de los miembros, para facilitar la interacción con el foco de cuidado, que es el adulto mayor (Bezerra F, Taziana S, Lemos M, 2013). Por lo que se espera, que con los resultados obtenidos a través de éste trabajo, el cuidado de enfermería para éste grupo etario, sobre todo el relacionado con la

promoción de la salud y el fortalecimiento de los estilos de vida saludables, incorporen elementos científicos emanados del proceso de investigación.

En cuanto a las instituciones, en las unidades de salud del primer nivel de atención se llevan a cabo intervenciones de Enfermería de tipo preventivo, con la finalidad de mantener a los usuarios en condiciones óptimas. El cuidado para el adulto mayor, en este nivel, se enfatiza en la prevención de caídas, cuidados de la piel, cuidado en la alimentación, hábitos de higiene y limpieza, con el fin de mantener estilos de vida saludables con sustento científico en el Modelo de Promoción de la salud, de la teórica Nola Pender (Torres Simón, Juan Carlos, Marín Sánchez, Ana Peña Pérez, Ana Isabel 2010). Así, la conclusión de este trabajo y los elementos encontrados respecto al estilo de vida presente en los adultos mayores estudiados, permitirá a las instituciones involucradas, planear e instrumentar acciones concretas para fomentar el bienestar en ésta población.

La función del profesional de Enfermería en este contexto, es importante, como mediador, además de educador, con la finalidad de lograr cambios en patrones de la conducta, y con ello adoptar estilos de vida saludables, mediante la promoción a la salud (Sánchez, J.M., 2011).

La prevención en este grupo etáreo es de suma importancia, ya que la mayoría de las defunciones para las personas de esta población se producen por enfermedades crónicas degenerativas: en los hombres y mujeres. Las dos primeras causas de muerte son la Diabetes Mellitus (15.1 y 19.9%, respectivamente) y las enfermedades isquémicas del corazón; 13.7% en los varones y 12.5% en las mujeres. La tercer causa de muerte entre los varones, son las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores (8.8%), y en las mujeres, las enfermedades cerebrovasculares (7.6 %) (INEGI, 2013).

En este contexto, las instituciones del Sector Salud del primer nivel de atención, bajo la rectoría de la Secretaría de Salud, elaboran y actualizan continuamente las políticas y estrategias de prevención, promoción y control, con la integración de prácticas novedosas, acciones e indicadores que permitan informar la transparencia de resultados y compromisos, para la generación de una cultura saludable de los adultos mayores; sin embargo no se ha dado seguimiento

y evaluación para incidir positivamente en el desarrollo de una mejor salud (SABE, 2012).

El motivo de la realización de este trabajo, radica: en que, dentro de la problemática principal del avance del Programa de Atención al Envejecimiento, se encuentra, la falta de sensibilización y educación de todos los sectores hacia una cultura de envejecimiento activo y saludable, cuya finalidad es la detección de los estilos de vida presente en los adultos mayores (SABE, 2012).

Es imprescindible conocer en qué condiciones vive el adulto mayor, no sólo por las consecuencias derivadas de los padecimientos crónicos degenerativos, sino por su historia, para incidir en cambios saludables con intervenciones que modifiquen los estilos de vida actuales (CENAPRECE, 2012).

De ahí la importancia de realizar la presente investigación; ya que pretende analizar las diferencias en los estilos de vida de la población urbana y suburbana, así como proponer acciones tendientes a mejorar su estilo de vida; si se logra un cambio en el estilo de vida de las personas tiene como consecuencia evitar complicaciones en salud, mejorar su calidad de vida y evitar acudir a Instituciones del Segundo Nivel de atención; se disminuyen costos institucionales y de las familias.

Con los resultados de la investigación se espera contribuir a la ciencia Enfermera, al fortalecer los conocimientos disciplinares relacionados con el estilo de vida que predomina en las poblaciones de estudio, y que caracterizan por residir en un medio urbano y otro sub urbano o rural, para que en base a los resultados, puedan proponerse intervenciones de enfermería que permitan promover los estilos de vida saludables para éste grupo etario.

II.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Actualmente el país presenta un fenómeno denominado transición demográfica, es decir, el paso de un régimen de alta mortalidad y natalidad a otro con niveles bajos y controlados, tiene entre sus efectos más notables el crecimiento demográfico y el envejecimiento de la población (Vega, 2011), que ha impactado sutilmente en el indicador complementario de la pirámide poblacional, lo que significa un incremento en la población mayor de 60 años con afecciones en su estado de salud, y por tanto un cambio en los estilos de vida de los mismos

Daniel Vega (2011), comenta que de acuerdo a estadísticas del Consejo Nacional de Población (CONAPO 2011), la esperanza de vida ascendió notablemente en estos últimos años, lo que ha dado pauta al incremento de adultos mayores con patologías y que por la elevada morbilidad necesitan tener días de hospitalización para la recuperación, para lo cual el estilo de vida en estancia hospitalaria se observa modificada.

De acuerdo a la OMS (2010) los estilos de vida están ligados a la promoción de la salud, la importancia radica en que este proceso permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla. Constituye un proceso político, social y global, que abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual de los adultos mayores (Sánchez Ramos, A., 2010), fomentando estilos de vida saludables.

Es imprescindible conocer que el estilo de vida influye directamente en el proceso salud-enfermedad, por lo que su identificación debe ser una prioridad para todo profesional de la salud, especialmente para los profesionales de Enfermería.

Los estilos de vida influyen en forma directa en el proceso salud-enfermedad de los adultos mayores, fácil de identificar en el primer y segundo nivel de atención. Por ello, la vigilancia de los adultos mayores significa una

prioridad para el profesional de la salud en la promoción de la salud y prevención de la discapacidad (OMS, 2010).

Los estilos de vida se basan en el hecho de que las personas se comportan o actúan de una determinada manera sin considerar sexo, situación geográfica, o tengan más o menos edad, sino, sobre todo, porque poseen una cultura, experiencias personales, un bagaje de conocimientos, valores así como un contexto familiar y social que influye en las decisiones y actuaciones; de esta manera, se entiende el estilo de vida como la forma personal en la que cada individuo organiza su vida cotidiana de acuerdo con sus actividades, intereses, opiniones y valores (Fons Esteve, M 2012).

Explica el economista holandés Joost Martens (citador por Albanese E, 2013) director regional para América Latina y el Caribe de HelpAge International, actualmente existen más profesionales al cuidado de los infantes y a su vez, una disminución de los profesionales al cuidado de los adultos mayores, lo que significa que el tema de la vejez debe incrementar las medidas de seguridad para el cuidado; implementar programas de educación para Geriátrica y Gerontología. El más relevante es crear conciencia para que haya políticas públicas inclusivas para los adultos mayores. En zonas como América Latina, China e India se espera un envejecimiento demográfico rápido y sin precedentes el primero seguirá siendo Japón, con 42,5 por ciento, luego vendrán Corea del Sur (41,5%), España (41,4%), Portugal (41,2%), Hong Kong (40,9%), Grecia (40,8%), Italia (40,7%), Bosnia y Herzegovina (40,5%), Singapur (40,4%) y Cuba (39,7%); 60 países tendrán más de 2 millones de adultos (> 65 años) en comparación con los 24 países que los tenían en 1906, problemática mundial, con aparición de patologías crónicas degenerativas propias de este grupo de edad que son un serio problema de salud, siendo causa frecuente de discapacidad, deterioro de funcionalidad y repercusión en los estilos de vida en el anciano, (Prince M, Bryce R, Albanese E, 2013).

El deterioro de las capacidades funcionales del estado físico y de la calidad de vida derivado de los estilos de vida, en los adultos mayores que viven en la comunidad ocurre en un 18 % y 19% y en los adultos mayores hospitalizados son

entre el 30% y el 50%, sumándose la alteración de la movilidad relacionada con deterioro del sistema músculo esquelético, nutrición deficiente e incluso la depresión, falta de motivación, deterioro sensorial y el temor a las caídas después de un reposo prolongado sin actividad física (López, 2013).

Los profesionales de Enfermera son un sector fundamental para el cuidado integral de los adultos mayores, ya que contribuyen a la adopción de estilos de vida saludables; sin duda, impactan en el cuidado de las personas de edad avanzada al realizar las actividades de valoración y orientación acerca de los cuidados; y permite evaluar en qué proporción se deben continuar las acciones de mejora (INAPAM, 2010). Los cuidados brindados por el profesional de Enfermería están enfocados en la prevención de enfermedad y promoción a la salud mediante estrategias que les permitan conocer los estilos de vida saludables, y acciones que pueden desencadenar problemáticas propias a la edad denominados como síndromes geriátricos (Plan Sectorial 2013-2018).

Es importante analizar cómo viven los individuos de 60 y 70 años de edad, de conocer cuáles son los modos de vida de los ciudadanos adultos que se encuentran en casa; además, es imprescindible la observación de las características de la movilidad, nutrición, roce y peligro, relaciones sociales que en conjunto brindan los criterios necesarios para la valoración integral de los adultos mayores, y son esenciales para la vigilancia sobre acciones que el usuario no puede satisfacer de forma autónoma, o de actividades que conducen a la adopción de distintas conductas con repercusiones en la salud, por lo tanto es importante diferenciar el estilo de vida del adulto mayor que vive en una comunidad suburbana y en un contexto urbano (OMS, 2012).

Por lo anterior se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son las características de los estilos de vida de los adultos mayores en dos poblaciones de Michoacán?

III.- OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Analizar características de los estilos de vida de los adultos mayores en dos poblaciones de Michoacán.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Establecer las características sociodemográficas de los participantes de la población urbana y suburbana.
2. Identificar los estilos de vida de los adultos mayores en una comunidad urbana, de acuerdo a las categorías del instrumento FANTASTICO que coadyuven a la Promoción a la salud con sustento en la teórica Nola Pender.
3. Reconocer los estilos de vida de los adultos mayores en una comunidad suburbana, de acuerdo a las categorías del instrumento FANTASTICO que coadyuven a la Promoción a la salud con sustento en la teórica Nola Pender.
4. Comparar los niveles de estilo de vida que determina el instrumento FANTASTICO en ambas poblaciones.

IV.- MARCO TEÓRICO

Teniendo en cuenta el concepto del adulto mayor definido por la Organización Panamericana de la Salud - (OPS), y basados en la esperanza de vida para la ciudad de Medellín- Colombia, se entiende como adulto mayor a toda persona de 65 años o más, la cual se encuentra en una etapa con presencia de deficiencias funcionales, como resultado de cambios biológicos, psicológicos y sociales, condicionados por aspectos genéticos, estilos de vida y factores ambientales, por ello, envejecer se constituye en un proceso cambiante tanto a nivel fisiológico como social, (Alvarado García, Alejandra María, Salazar Maya, Ángela María, 2014), y en un sentido más amplio, se puede asumir que el envejecimiento resulta de la suma de todos los cambios que ocurren a través del tiempo en todos los organismos desde su concepción hasta su muerte, y ahí la importancia de clarificar cuáles son esas características protectoras y de riesgo.

Dichos cambios que el adulto mayor experimenta, pueden ser modificados por los patrones de alimentación y el estado nutricional, descanso, sueño, la compañía de familia y amigos, es decir los elementos reunidos en el FANTASTICO -"Estilos de Vida" (Mora, A., 2014).

El envejecimiento es hoy en día uno de los cambios más notables en la estructura de la población mundial (OMS, 2015). Los países desarrollados han experimentado desde hace décadas las consecuencias del envejecimiento poblacional, generándose acciones y estrategias para su atención que han mostrado su eficiencia no solamente en los aspectos relacionados con las perspectivas social y económica; sino en aquellos que competen a la protección de la salud (Lozano Dávila M.E., Lara Esqueda A., 2009). Parte del éxito puede ser implicado por el hecho de que el fenómeno del envejecimiento se empezó a presentar de forma gradual por casi 100 años en países desarrollados, lo que favoreció que se presentara un cambio paulatino en la cultura de las sociedades con respecto al envejecimiento, además de que los organismos responsables de la atención a los adultos pudieron abordar en forma cuidadosamente planeada los aspectos prioritarios de este fenómeno (Gutiérrez L, Kershenobihc D, 2012.).

No obstante estas reconocidas ventajas, el envejecimiento de los países desarrollados como los de la Unión Europea, Estados Unidos y Canadá (OMS, 2010), siguen representando, por su gran magnitud, una prioridad determinante que crece sin cesar; mientras que los países en desarrollo como los de América Latina y el Caribe, se han caracterizado por una extrema pobreza y sus desventajas para el desarrollo económico y social. Estos factores sumados a la inequidad (principalmente de género, donde las mujeres están en mayor desventaja así como la coexistencia de enfermedades infectocontagiosas y crónico degenerativas hacen de México un país de epidemiología polarizada donde coincide una gran población de gente joven y la creciente población de adultos mayores (Encuesta SABE, 2012).

La creciente longevidad de los mexicanos (INAPAM, 2010 ha motivado que los aspectos sociales, económicos y de salud de los adultos mayores sean temas de prioridad para el país y para el gremio de Enfermería (Gutiérrez L, Kershenobihc D, 2012.) por tal motivo a continuación se explican conceptos relacionados al tema de investigación.

4.1 Adulto mayor

El envejecimiento humano es un fenómeno universal e inevitable que tiene impacto en los problemas de salud, derivado de enfermedades crónico degenerativas en este grupo etáreo; se atribuye principalmente a tres factores demográficos asociados: la caída de la tasa de fecundidad (Consejo Nacional de Población, 2010); el descenso generalizado de la mortalidad con el consiguiente aumento de la esperanza de vida y los movimientos migratorios (León Castillo L, 2015).

El envejecimiento de la población se define como el aumento de la proporción de personas de edad avanzada con igual o mayor a 60 años con respecto a la población total. Dicho proceso deriva de la acción combinada de dos elementos fuertemente relacionados entre sí, el demográfico y el epidemiológico: El primero “se refiere a las transformaciones en la estructura de la población, principalmente a causa de la disminución de la fecundidad y la mortalidad”. El segundo, “alude al cambio hacia una menor incidencia, prevalencia y letalidad de

las enfermedades infecciosas y agudas, junto con el incremento de la incidencia, prevalencia y letalidad de las enfermedades crónicas degenerativas e incapacitantes” (Ham Chande, 1996, citado en CELADE-CEPAL, 2011).

La esperanza de vida al nacer, o vida media (León Castillo L, 2015), representa un promedio de años que vivirá la persona en un lugar determinado, “el promedio de años que vivirá cada componente de una generación de recién nacidos, que estuviera toda su vida expuesta al nivel de mortalidad representado por una tabla de vida”; ésta, constituye un indicador de los resultados logrados debido al descenso del nivel de mortalidad general a expensas de la infantil, así como a la disminución de la fecundidad, que tienen como consecuencia el incremento de la población adulta mayor_(SABE, 2012).

La esperanza de vida saludable al nacer se define como el número de años libre de enfermedad que, en promedio, un recién nacido puede esperar vivir de no modificarse los niveles de mortalidad y discapacidad de una sociedad determinada y es imprescindible apreciar que si bien ha aumentado la esperanza de vida en todas las poblaciones, en particular lo ha hecho el grupo de los adultos mayores (León Castillo L, 2015). Una persona que cumplía su aniversario número 65 en 1940 aspiraba a vivir en promedio cerca de 11 años más, para 2010 este indicador ha aumentado a 18 y es muy probable que para mediados de este siglo este indicador llegue a 22 años, con una pequeña diferencia en favor de las mujeres (Vega, 2011), lo que ha traído como consecuencia un aumento situaciones patológicas de gran magnitud para la población adulta producto de los estilos de vida y como consecuencia el desencadenamiento de enfermedades crónicas degenerativas: hipertensión, diabetes mellitus, desnutrición demencia senil por mencionar algunas, desencadenándose situaciones que provocan daños irreversibles en este grupo vulnerable para su estado de salud.

La gerontología, es una ciencia multidisciplinaria que estudia el proceso de envejecimiento y la etapa de la vejez, cuenta con diferentes campos de aplicación, en los que participan especialistas de múltiples ramas y profesionales que tienen como objetivo común el tratar de mejorar la calidad de vida de las personas de la tercera edad (Samper, Morfi 2005, citado por Noriega Carrillo, Leslie Maritza,

2011), por ello en México no debería seguir considerándose al Adulto Mayor, como un número, una carga, u objeto sino en lo que realmente es: una persona en desarrollo, en la que el envejecimiento sea vivido como un proceso normal, como parte del ciclo vital.

El envejecimiento, concebido como un proceso que experimentan los individuos, puede ser visto desde dos enfoques, uno biológico y otro social. Para el profesor Thomas en 1982, la vejez era un destino social, puesto que eran las características de la sociedad las que condicionan tanto la cantidad, como la vida. Peter Townsend en el 2012, plantea algo similar cuando sostiene que la situación actual de dependencia de los ancianos ha sido creada por la política social que en muchas ocasiones no publicada. El punto de corte para la edad varía mucho de forma individual, ya que muchas personas encuentran difícil llamarse a sí mismos, adultos mayores, incluso después de la edad de 75 años. Sin embargo, a partir de los 75 años la cantidad de trastornos corporales empieza a aumentar y posterior a los 85 años la mayoría de las personas presentan dificultad en la movilidad y en las funciones sensoriales (Zavaleta Rangel, Mónica 2012).

El envejecimiento humano es un fenómeno universal e inevitable para todos los seres humanos, por ello, la evaluación funcional como parte de la valoración integral del paciente geriátrico, es la parte principal y crucial de la valoración integral del paciente geriátrico, con la capacidad del sujeto de realizar las actividades de la vida diaria que conduzcan a la adopción de estilos de vida saludable; (Plan Nacional Para Las Personas Adultas Mayores, 2013).

El tema de la vejez no es nuevo, lo que sí es nuevo es la prolongación de la vida a partir de los adelantos tecnológicos y científicos; de los cambios sociopolíticos y del interés que este grupo etario despierta a nivel del mercado (Diéguez, 2010, citado por Paola J, 20132). Envejecer activamente ha gozado de interés desde hace varias décadas hasta su adopción por la OMS, con el objetivo para optimizar la salud, la participación social y la seguridad como pilares de la calidad de vida.

El concepto envejecimiento/vejez se construye de forma diversa según los objetivos perseguidos por los investigadores y de acuerdo con principios

operativos, aunque no siempre asumidos explícitamente. Es un concepto dotado de un sentido polisémico y relacionado con diversas teorías, construido a partir de múltiples contenidos y sus interacciones, correlacionado con otros conceptos de significado general (bienestar, calidad de vida), envuelto en confusiones y tensiones inevitables ante su complejidad y ductilidad en definición y uso, y hecho operativo siguiendo variadas estrategias (científica, política, de aplicación práctica) (Maldonado Tovilla, Katya, 2015).

El fenómeno del envejecimiento que se observa en el mundo, del que América Latina no escapa y por ende México, es el resultado, no sólo del aumento de la esperanza de vida y la disminución de la fecundidad, sino sobre todo del mejoramiento en la Salud Pública mediante el control de las enfermedades (SABE, 2012). La creciente longevidad de los mexicanos ha motivado que los aspectos sociales, económicos y de salud de los adultos mayores sean temas con problemática en México, por la significancia del desarrollo socioeconómico.

El aumento progresivo de las expectativas de vida en todas las sociedades presenta para los próximos decenios, el importante desafío de definir el rol social de los adultos mayores, con elevada carga de morbilidad y reducción del bienestar, que afecta a sus familias, a los sistemas de salud y las economías (OMS, 2014). Este desafío implica la necesidad de realizar arreglos sociales que permitan a las personas mayores el desarrollo de todas sus potencialidades en busca de un envejecimiento exitoso y saludable, es decir con una funcionalidad biológica y social que permite la plena integración social y familiar de los que envejecen, y así superar las barreras sociales y culturales que aún persisten e impiden el desarrollar de sus potencialidades. En las modificaciones que deban realizarse están involucrados el estado, las organizaciones sociales, la comunidad, la familia y cada uno de los individuos (Peláez, 2000, citado por G., Zavala, Vidal G., Daisy, Castro Manuel, 2015), y en gran magnitud con el cuidado del profesional de Enfermería.

El cuidado se encuentra en el “ethos” fundamental de lo humano. Cuidar es más que una acción, es una actitud. El cuidado está presente en toda actitud y situación del ser humano, es decir que se encuentra en la raíz primera del ser

humano (Leonardo Boff, 2002, citado por Vélez Álvarez, Consuelo, García Vanegas, Hoover José en el 2011); es decir el cuidado es estar con el otro, está en la naturaleza y en la constitución del ser humano y revela como es el ser humano, es un modo de ser singular del hombre y de la mujer. Sin el cuidado se pierde la esencia de la dignidad humana.

El cuidado forma parte del ser humano desde sus orígenes (López Alonso M, 2011) pero a diferencia de los animales, adquiere en el transcurso del tiempo formas y expresiones de cuidar sofisticadas. De acuerdo al Diccionario de la Real Academia Española el cuidado lo define como poner atención y esmero en una cosa, atender, velar, mimar, esmerarse, imaginar, pensar, meditar, asistir, aplicar la atención o pensamiento, vigilar, tratar, prevenir, y es aquí donde el Profesional de Enfermería funda su razón de ser (López Alonso M, 2011).

El hecho de cuidar y estar con el adulto mayor ha llevado a la profesión a especializarse en el área, por lo anterior, la Enfermería Gerontológica es la clave para cuidar del ciudadano de edad avanzada, lo anterior fue definido en 1981 por la Asociación Norteamericana de Enfermería (ANE), como la profesión que abarca la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención de las enfermedades y el fomento del autocuidado en los adultos mayores, dirigidos hacia la restauración y alcance de su óptimo grado de funcionamiento físico, psicológico y social; abarca también el control de las enfermedades y el ofrecimiento de comodidad y dignidad hasta la muerte (Jiménez Agüero C. 2014).

De esta manera, la enfermería es sin duda, el área profesional del equipo de salud que más decidida y profundamente puede impactar en la atención de las personas de edad avanzada. Dentro de los campos que abarca la Gerontología se identifica como uno de los más importantes la Enfermería Gerontológica (Morfi Samperi, Rosas 2005), por la amplia demanda con los ciudadanos que cursan esta etapa de vida.

Es importante destacar que en la enseñanza centrada en el cuidado, así como en cualquier acción de cuidar, el ser que cuida no lo hace en el sentido de ayudar al otro a crecer para encontrar realización personal / profesional o llenar sus necesidades. Al cuidar, en el verdadero sentido del término, el ser que cuida

se realiza al sentir placer, satisfacción y gratificación por sus acciones, pero sin esperar nada a cambio (Guzmán Tello S, 2013). El cuidar significa responder a la necesidad de cuidado (de una persona, idea, objeto, etc.) aquí y ahora. El presente es alimentado por los significados e insights del pasado, y enriquecido por la anticipación del futuro, o sea, previendo lo que es significativo e importante para la realidad presente con miras al futuro, pero con la experiencia que brinda el pasado. El proceso representa la confección del producto, o sea, el producto en formación. El futuro es un presente que está por venir, y lo que interesa es el cuidado en el ahora (Waldow, 2015), por ello es necesario reconocer el modo de vivir de este grupo etéreo, a fin de que el profesional de enfermería actúe para prevenir la enfermedad y los daños a la salud.

Cuidar, la OMS en el 2014 en la reunión de Ginebra define la promoción de la salud como: “el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla. Va a constituir un proceso político y social global, que abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual”.

La familia del anciano brinda apoyo social, funcional, económico o material, afectivo y asistencia en diversas formas. Aun cuando la gran mayoría de las personas adultas mayores son relativamente independientes y físicamente aptas y funcionales, el grupo de los mayores de 80 son más dependientes, más aún si su nivel socioeconómico y estado de salud son limitados (Sánchez, 1994, citado por Hernández Luis, 2014). La O.M.S. ha definido la salud del anciano por su capacidad para funcionar, y no por las limitaciones, discapacidad o enfermedad que presente. El principal sistema social del adulto mayor y el apoyo que recibe viene de su familia quien brinda apoyo social, funcional, económico o material, afectivo y asistencia en diversas formas. Aun cuando la gran mayoría de las personas adultas mayores son relativamente independientes y físicamente aptas y funcionales, el grupo de los mayores de 80 años son más dependientes, más aún

si su nivel socioeconómico y estado de salud son limitados, (Morgan Morales, Lorena Del Carmen, 2014).

La tendencia a favor de una vejez activa plantea la promoción de actividades físicas, culturales, sociales y recreativas, que permitan ampliar la esperanza de vida saludable y la productividad, todo con un enfoque preventivo (INAPAM, 2010) que procura que el anciano conserve su independencia, su libertad de acción y su iniciativa, de manera que sea capaz de elegir el mayor número de opciones en su vida, sin desconocer la realidad de que la gente de mayor edad es menos capaz de ejercer su independencia, tiene menos eficiencia en su trabajo y es más vulnerable a las enfermedades (Barros, 1994 citado por Zavala, 2006). El modelo cultural que impera es simplista en cuanto a que imagina el desarrollo de la vida en términos de comienzo, plenitud y decadencia. Durante el envejecimiento, el adulto mayor puede ser testigo de su deterioro físico y psíquico, sin embargo, la sociedad los califica como personas insuficientes y dependientes, de cuya apreciación se origina una baja autoestima en ellos (Enríquez, G. y Nájera, S., 2014).

Los adultos mayores están expuestas a sucesos y procesos derivados de su patología, que por lo general llegan a la hospitalización, lo más común es que los individuos se recuperan y regresan a casa, pero que pasa con los que sus condiciones de enfrentarse a la enfermedad no son favorables como los son los adultos mayores que debido a una compleja interacción entre innumerables factores de riesgo, y se exponen a la inmovilidad, incontinencia y edad avanzada, que ocasiona daños severos a la integridad de la piel como lo son las úlceras por presión (Clough, NP, 1994), lo que implica que han surgido cambios en los estilos de vida, y que por ende modifica la vida de los adultos mayores.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recientemente anunció la puesta en marcha de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. Las iniciativas propuestas por la OMS (OMS 2013) la Organización Panamericana de Salud (OPS) y el Comité Europeo de Sanidad (Consejo de Europa, 2013) coinciden en recomendar a los diferentes Gobiernos que pugnen por la seguridad de los adultos mayores mediante la realización campañas de comunicación para

difundir y fortalecer los valores de solidaridad intergeneracional, el apoyo familiar en la vejez y la no discriminación hacia las personas adultas mayores, con lo anterior se logra fomentar el fortalecimiento de estilos de vida saludables.

4.2 Estilos de vida del adulto mayor

Hablar en la temática de los Estilos de Vida , no es posible hacerlo a través a un listado de comportamientos individuales y colectivos que definen el que hacer o no hacer para vivir más o menos años, independiente de cómo se viven. Es necesario en primera instancia, entender el concepto de Calidad de Vida orientado hacia lo individual y colectivamente, para la satisfacción de las necesidades humanas (Margalef García L., Pareja Roblín, N., 2011).

Definir calidad de vida es difícil o mejor impreciso por la dificultad para concretarlo como una parte o un todo.

Neugarten (1974) expresaba que la satisfacción de vida contiene: la satisfacción en las actividades diarias, el significado de la vida individual y colectivo, haciéndose responsable de la misma; la percepción de logro de metas de vida, la autoimagen y la actitud hacia la vida. Sin embargo, para San Martín y Pastor (1988) citado por Maya, Luz Helena en el 2001, es la respuesta a una interrelación de estímulos a nivel individual y social en un ambiente total. En síntesis, dicen ellos, es un ejercicio de los valores sociales, con factores personales y ambientales.

Entiéndase a la calidad de vida como; “Percepción de cada individuo de su posición en la vida, en contexto de cultura, valores, metas, expectativas y preocupaciones que tiene” (Swhartzman 2010). Existen 3 aspectos en el que se deben de tomar en cuenta en el adulto mayor; estado de salud - estado funcional, y predicción de incapacidad y factores de riesgo. Dentro de los factores de riesgo convergen los Estilos de vida del adulto mayor. Patrones de comportamiento identificables que pueden tener un efecto sobre la salud de un individuo y se relacionan con varios aspectos que reflejan las actitudes, valores y comportamientos en la vida de una persona (The Canadian Pshysical Activity, Fitness and Lifestyle Appraisal, 2003, citado por Ma. Guadalupe Nava Galán, 2012).

4.2.1 Concepto

Desde una perspectiva integral, es necesario considerar los estilos de vida como parte de una dimensión colectiva y social, que comprende tres aspectos interrelacionados: el material, el social y el ideológico (Bibeau y col 1985).

En lo material, el estilo de vida se caracteriza por manifestaciones de la cultura material: vivienda, alimentación, vestido.

En lo social, según las formas y estructuras organizativas: tipo de familia, grupos de parentesco, redes sociales de apoyo y sistemas de soporte como las instituciones y asociaciones.

En el plano ideológico, los estilos de vida se expresan a través de las ideas, valores y creencias que determinan las respuestas o comportamientos a los distintos sucesos de la vida.

Desde esta perspectiva integral, los estilos de vida no pueden ser aislados del contexto social, económico, político y cultural al cual pertenecen y deben ser acordes a los objetivos del proceso de desarrollo que como fue expuesto es dignificar la persona humana en la sociedad a través de mejores condiciones de vida y de bienestar (Sare Vega, María Isabel, Cabanillas De la Cruz, Susana, 2012).

De acuerdo a los anteriormente definido, los procesos sociales, las tradiciones, los hábitos, conductas y comportamientos de los individuos y grupos de población que conllevan a la satisfacción de las necesidades humanas dirigen el camino para alcanzar el bienestar y la vida, Como consecuencia, los estilos de vida son determinados de la presencia de factores de riesgo y/o de factores protectores para el bienestar, por lo cual deben ser vistos como un proceso dinámico que no solo se compone de acciones o comportamientos individuales, sino también de acciones de naturaleza social (Wong de Liu, C., 2012).

Los estilos de vida saludables llevan a la adopción de una conducta de la promoción de la salud; sin embargo, hoy en día, en la mayoría de la población se observa con frecuencia el sedentarismo (acompañado a largo plazo de enfermedades coronarias y metabólicas), el estrés, que desencadena trastornos psicológicos (ansiedad, sueño, trastornos en la conducta alimentaria), la mal

nutrición (diabetes, anemia), el exceso de consumo de alcohol, el tabaquismo, el uso de sustancias psicoactivas; sumado a lo anterior, entornos parcial o totalmente nocivos, donde la violencia intrafamiliar y social, determina negativamente el fomento de estilos de vida saludables, ya que aunque se promueva en las personas una cultura de promoción de la salud, en algunas ocasiones, éstas no tienen las oportunidades económicas, sociales y educativas necesarias para llevar a cabo esta conducta (Giraldo Osorio, Alexandra, 2010).

4.3 Factores protectores y de riesgo en el adulto mayor

Envejecer se constituye en un proceso cambiante tanto a nivel fisiológico como social. En un sentido más amplio, se puede asumir que el envejecimiento resulta de la suma de todos los cambios que ocurren a través del tiempo en todos los organismos desde su concepción hasta su muerte, éstos pueden ser modificados por los patrones de alimentación y el estado nutricional. Se ha conocido como los hábitos alimentarios inadecuados se convierten en un factor de riesgo importante de morbilidad y mortalidad, contribuyendo a una mayor predisposición a infecciones y a enfermedades crónicas asociadas con el envejecimiento lo que disminuye la calidad de vida de éste colectivo humano (Restrepo M., Sandra Lucia citado por Satorres Pons, 2013)

El aumento en la expectativa de vida implica el desafío de adaptarse a los diversos cambios propios de la edad avanzada y enfrentar experiencias de pérdidas y amenazas al bienestar personal, entre tales experiencias se encuentran la viudez, la jubilación, cambios de residencia, menor participación en la sociedad y mayor vulnerabilidad ante acontecimientos inesperados (Vivaldi F., Barra E., 2012) . Las experiencias que el individuo adquiere a lo largo de su vida pueden hacer que el adulto mayor se sienta realizado o en el otro extremo desesperanzado y marginado del resto. El envejecimiento exitoso (Guerrini M, 2010) que el individuo sea capaz de integrarse y desenvolverse de manera eficaz tanto en su familia como en la sociedad, superando las barreras culturales que le impidan desarrollar todo su potencial y mantener un nivel adecuado de bienestar personal, sin embargo, estas característica y el apoyo social son un elemento

protector de la salud en los adultos mayores, contribuyen al bienestar y satisfacción con la vida (Vivaldi, Flavia, Barra, Enrique, 2012).

Aparecen nuevos conceptos de conductas de riesgo, vulnerabilidad “potencialidad de que se produzca un riesgo o daño”, factor de riesgo “características detectables en un individuo, familia, grupo o comunidad que “señalan” una mayor probabilidad de tener o sufrir un daño” y el de factores protectores que son las “características detectables en un individuo, familia, grupo o comunidad que favorecen el desarrollo humano, el mantener la salud o recuperarla” y que pueden contrarrestar los posibles efectos de los factores de riesgo (no necesariamente intervinientes en el proceso causal del daño), de las conductas de riesgo y, por lo tanto, reducir la vulnerabilidad general o específica, (Organización Panamericana de la Salud - OMS, 1988, citado por Rosabal García, Enrique, Et. AL., 2015).

Se entiende por ello un factor de riesgo a cualquier característica o cualidad de una persona, comunidad o del entorno, que se sabe va unida a una elevada probabilidad de dañar la salud. En virtud de este esquema se suele pensar que, si una persona está expuesta a varios factores de riesgo, es muy probable que enferme; sin embargo, en las últimas décadas, un concepto nuevo cobra relevancia en el campo de la salud y la educación: el de los factores protectores, el cual, este enfoque amplía el campo de análisis de los factores de riesgo, complementándolo con el de factores de protección (Mora A., 2014). Los factores protectores son los aspectos del entorno o competencias de las personas que favorecen el desarrollo integral de individuos o grupos y pueden, en muchos casos, ayudar a transitar circunstancias desfavorables. El balance de ambos permite considerar el grado de vulnerabilidad al que está expuesto una persona o institución.

Por lo tanto, al hablar de factores de riesgo se refiere a las características de personalidad, a una situación en particular o al contexto social que pueda incrementar la probabilidad de jugar y generar problemas a futuro, es decir, un factor de protección será toda aquella situación, contexto o característica de personalidad que disminuirá la probabilidad de un riesgo.

4.4 Estilos de vida del Adulto Mayor: FANTASTICO

A continuación se definen cada uno de las características y/o factores de riesgo y protectores que engloba el instrumento del FANTASTICO versión Española, que mide los estilos de vida.

4.4.1 Actividad física en el adulto mayor

El término “actividad física” se refiere a una gama amplia de actividades y movimientos que incluyen actividades cotidianas, tales como caminar en forma regular y rítmica, jardinería, tareas domésticas pesadas y baile. El ejercicio también es un tipo de actividad física, y se refiere a movimientos corporales planificados, estructurados y repetitivos, con el propósito de mejorar o mantener uno o más aspectos de la salud física (Fajardo Camagüey, Manuel, Socarrás Ramírez, Noris, 2011).

De acuerdo a Fajardo Camagüey en el 2004, en su estudio “Estrategia de intervención comunitaria para dinamizar la vida de las personas mayores con la práctica de actividad física por medio de un folleto instructivo”, define el ejercicio como una necesidad corporal básica. El cuerpo humano está hecho para ser usado de lo contrario se deteriora; si se renuncia al ejercicio el organismo funciona por debajo de sus posibilidades físicas, por tanto, se abandona la vida.

Un cuerpo que no se ejercita utiliza sólo alrededor del 27% de la energía posible de que dispone, pero este bajo nivel de rendimiento puede incrementarse hasta 56% con la práctica regular de ejercicio, este aumento de crecimiento orgánico podrá ser apreciado en todos los ámbitos de la vida. El trabajo y el tiempo libre se volverán menos agotadores y se disfrutará más las actividades a medida que la capacidad de desempeño aumente.

Actualmente en la sociedad se invierten innumerables recursos financieros destinados para la conservación de un adecuado estado de salud de la población en general, sin embargo, el nivel de salud que alcance cualquier población no está determinado solamente por el número de medios y centros asistenciales con que la misma pueda contar, sino por la cantidad de personas que necesitan regularmente de estos. De tal forma, el estado de salud poblacional constituye además un problema económico importante para el desarrollo de toda sociedad.

Para los adultos de este grupo de edad, 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, (OMS, 2014).

Un estilo de vida para las personas adultas mayores, es un marco conceptual para la vida activa en la vejez. Está orientada por una visión del potencial para un envejecimiento más sano de acuerdo con las necesidades, los recursos y las diversas experiencias de la población de personas adultas mayores (INAPAM, 2010).

El ejercicio físico provoca efectos beneficiosos desde el punto de vista fisiológico, psicológico y social. Una parte de los beneficios que se le atribuyen, son la consecuencia de rigurosas mediciones antropométricas, bioquímicas o fisiológicas, mientras que otros resultan de reportes de auto-observación (Barriopedro M., Eraña I., Mallo L., 2013).

Toda persona debería tener la oportunidad de participar en actividades físicas, Independientemente de su edad y limitaciones socioeconómicas y/o físicas (Zamora S. 2013). Deben tomarse en cuenta las poblaciones especiales, incluyendo las personas adultas mayores con demencia y las extremadamente frágiles. Las personas que ya sufren de condiciones crónicas y discapacitantes, e inclusive demencias, también pueden participar en algún tipo de actividad física regular. De hecho la actividad física regular puede mejorar muchas de estas condiciones. Las personas adultas mayores particularmente frágiles y las personas con demencia no deben excluirse, pero requerirán supervisión y orientación (Chávez Samperio, Jorge 2010). El grado y el esfuerzo de la actividad física recomendada deben adaptarse a las capacidades y condiciones de cada individuo. En todos los casos, la actividad física deberá ir acompañada de nutrición

e hidratación adecuadas, la finalidad es lograr estilos de vida saludables en los adultos mayores.

4.4.2. Tabaco, alcohol y drogas

4.4.2.1 Alcohol

En 1976 la Organización Mundial de la Salud definió el alcoholismo a través del síndrome de dependencia alcohólica: “un estado psíquico y habitualmente también físico resultado del consumo de alcohol, caracterizado por una conducta y otras respuestas que siempre incluyen compulsión para ingerir alcohol de manera continuada o periódica, con objeto de experimentar efectos psíquicos o para evitar las molestias producidas por su ausencia”. El término alcoholismo incluye el trastorno por dependencia del alcohol y el trastorno por abuso de alcohol (Asociación Americana de Psiquiatría, citado por Alvarado Cervantes, Yuritza 2015).

La Organización Mundial de la Salud define el Síndrome de dependencia del alcohol de manera muy parecida pero al trastorno por abuso de alcohol lo denomina Consumo Perjudicial de Alcohol y lo define como el consumo de alcohol que está afectando ya a la salud física o mental (Organización Mundial de la Salud, 2014).

De acuerdo con la Encuesta Nacional del Adulto Mayor en el 2011 se definió el siguiente:

- Abstemio: quien nunca consumió alcohol alguna vez en la vida
- Bebedor; quien alguna vez en la vida consumió alcohol.
- Bebedor actual; quien ha consumido alcohol en los últimos 12 meses.
- Consumo Riesgoso: consumo de cinco o más copas en hombres, cuatro o más en mujeres, al menos una vez al año durante el último año.
- Abuso o dependencia al alcohol: definidos conforme a los criterios de clasificación del DSM-IV-TR Manual Diagnóstico y Estadístico de Transtornos Mentales.

4.4.2.2 Tabaco

El concepto de tabaquismo ha evolucionado mucho en las últimas décadas. De hábito en los años 60, el consumo pasó a ser considerado como dependencia

en los 70, a mediados de los 80 el tabaquismo fue enunciado como una adicción y durante los años 90 se instauró la clínica del fumador 1. En el ámbito sanitario drogadicción es un término técnico muy utilizado para definir las situaciones relacionadas con el consumo de sustancias que provoquen conductas relacionadas con la dependencia. Las drogas, en general, siempre han estado presentes en la mayoría de las civilizaciones como un factor integrante de los valores y del comportamiento humano, (Silvia Bentolila, 2012). Fumar representa mucho más que la dependencia física a la nicotina. Con el paso del tiempo el fumador pasa a recibir estímulos sociales, comportamentales o culturales que refuerzan su hábito que probablemente serán los elementos causantes del establecimiento de la dependencia psicológica. Tanto el componente psicológico como el físico de la dependencia al tabaco tienen un papel fundamental en el mantenimiento del hábito.

- Consumidor de tabaco: quien alguna vez en la vida consume tabaco.
- Consumidor de 100 o más cigarrillos: quien alguna vez en la vida consumió más de 100 cigarrillos, es decir, cinco cajetillas.
- Fumador activo: quien fumó por lo menos una vez al año en los últimos 12 meses.

4.4.2.2 Drogas

- Drogas médicas sin prescripción: incluye el consumo de opiáceos, tranquilizantes, sedantes y barbitúricos, anfetaminas sin receta o en forma diferente a lo indicado por un médico (en mayor cantidad, por más tiempo o cualquier situación diferente a la indicada).
- Drogas ilícitas: el consumo de marihuana, has-hish, cocaína, crack, alucinógenos, inhalables, heroína, opio, estimulantes tipo anfetamínico.

El consumo de tabaco y alcohol es un problema de salud pública de gran impacto, debido a los múltiples efectos y daños que genera en la salud física y mental de los individuos, y se asocia a fenómenos sociales de prevalencia creciente, como la inseguridad, la violencia y la desintegración familiar a nivel mundial. Este fenómeno es altamente complejo, multicausal, que no reconoce

límites territoriales, sociales, ni tampoco de edad (Herrera, Wagner, Velasco Borges & Lazcano, 2004).

De acuerdo a la OMS en el 2014, El alcohol es una sustancia psicoactiva capaz de generar una dependencia. Las bebidas alcohólicas han sido ampliamente utilizadas en diversas culturas desde hace mucho tiempo. El consumo dañino de alcohol causa un número importante de enfermedades, y supone una carga social y económica para la sociedad, los factores ambientales son elementos clave a la hora de explicar tanto las diferencias como las distintas tendencias históricas en el consumo de alcohol, así como los distintos perjuicios ocasionados por su consumo. Entre esos factores condicionantes destacan el desarrollo económico y cultural, la accesibilidad de la población al alcohol y también la implicación y la eficacia de las políticas nacionales sobre su consumo.

Los daños relacionados con el alcohol dependen del volumen consumido, del patrón de consumo y, en raras ocasiones, la calidad de alcohol consumido, el efecto perjudicial del alcohol incluye más de 200 posibles enfermedades y lesiones, entre las que destacan el alcoholismo, la cirrosis hepática y el cáncer, entre las últimas relaciones sugeridas por las investigaciones figuran aquellas que sugieren una relación [no causal, sino como elemento circunstancial] entre el consumo de alcohol y algunas enfermedades infecciosas tales como la tuberculosis y el VIH / SIDA (OMS, 2014).

México se ubica dentro del grupo de países de alto consumo de alcohol siendo el consumo anual per cápita de 2.8 litros y este consumo puede llegar a 7 litros en los varones de 18 a 65 años residentes en áreas urbanas (ENA, 2010).

En México, un estudio de 112 pacientes ingresados en salas de emergencias debido a lesiones causadas por accidentes automovilísticos, descubrió que el 13.4% de los pacientes tenían concentraciones de alcohol en sangre positivas y el 14.6% de los sujetos admitieron haber bebido seis horas antes del accidente (Borges et al. 2010). Alcohol y Salud Pública en las Américas. 2007.

Existe una fuerte relación entre el consumo de alcohol y el riesgo de una persona de ser perpetrador o víctima de violencia. La violencia o los maltratos relacionados con el alcohol incluyen violencia en la pareja, maltrato infantil, violencia juvenil, violencia sexual y maltrato y abuso de ancianos (INEGI, 2014).

Entre 16 y 39 millones de personas en el mundo sufren por el consumo de drogas, reporta el resumen 2014 del Informe Mundial sobre las Drogas. El uso de cualquier estimulante perjudica los sistemas respiratorio, circulatorio, metabólico y sobre todo el sistema nervioso central, ocasionando no solo negativas consecuencias para la salud y seguridad pública, sino para la sociedad en general, (Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, 2015).

De acuerdo con la directora general de los Centros de Integración Juvenil, A.C. (CIJ) y datos de la última Encuesta Nacional de Adicciones 2011 (ENA), en México el principal problema de consumo lo constituye el alcohol, considerado junto con el tabaco una droga legal. A nivel nacional, 71.3 % de la población consume este producto. De ese porcentaje, 32.8 %, equivalente a una tercera parte de la población, bebe en grandes cantidades, es decir que en cada familia mexicana existe un integrante o un conocido que ingiere más de cuatro o cinco copas por ocasión; el patrón de consumo de alcohol en México no es diario, 4.9 millones de personas en el país ya tienen dependencia. En tanto que 47.2 por ciento de los hombres y 19.3 por ciento de las mujeres presentan un consumo considerado alto (CONACYT, 2015).

El alcoholismo en las personas de la tercera edad es un fenómeno sobre del que se habla poco. Si bien es posible que la dependencia etílica haya comenzado durante la juventud o madurez y que se haya mantenido hasta la senectud (Tomás M, 2011).

Los alcohólicos de edad avanzada presentan patrones de consumo diferentes a los jóvenes. Suelen beber a diario, en cantidades menores que los jóvenes, pero con repercusiones orgánicas generales y sobre el sistema nervioso central más intensas, debido al deterioro previo, a las patologías intercurrentes y a las interacciones con la medicación. El aislamiento social, la falta de apoyo familiar y las enfermedades invalidantes son factores de riesgo en el consumo de alcohol

durante la tercera edad. El alcohol en los adultos mayores reduce la velocidad de la actividad del cerebro, afecta la vigilancia, el juicio, coordinación, y tiempo de la reacción (Nation Institute on Aging, 2010).

El alcohólico se identifica por la dependencia o adicción grave y un patrón acumulativo de comportamientos asociados a la bebida; la presencia de problemas con el cónyuge, con los hijos adultos o con otras personas del entorno social, los trastornos somáticos y accidentes debidos al consumo de alcohol constituyen factores que permiten la identificación del alcoholismo. Sin embargo, los ancianos alcohólicos con frecuencia viven en una situación de aislamiento social, son viudos, sin familia ni trabajo, y no provocan alteraciones públicas ni se ven envueltos en problemas con la ley, por lo que no se les suele ver como enfermos mentales. En los ancianos es difícil encontrar niveles de consumo elevados que den síntomas de abstinencia identificables clínicamente (Nation Institute on Aging, 2010).

De acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud 2009-2010, cuando se analizó a quienes habían bebido la última semana, se observó que el promedio de días de consumo nacional en el adulto es 1,63 días de la semana. Los adultos mayores de 65 años tienen un consumo de 2,72 días promedio a la semana, el cual es significativamente superior a los otros grupos de edad (Tomás M, 2011)

En 2012, en un estudio multicéntrico de exploración del fenómeno de policonsumo simultáneo de sustancias psicoactivas en universitarios y en donde participaron seis países de América Latina y un país del Caribe (Prieto-Simich y col.) describen la situación en una Universidad en Cundinamarca, Colombia, con 975 estudiantes de pregrado, quienes se encontraban en el primer y segundo año de carreras relacionadas con el área de la salud al momento de realización del estudio, encontrándose que en cuanto al patrón simultáneo, la combinación de cigarrillo y alcohol fue la más frecuente, con un 38% y 83% de los que reportaron policonsumo en los últimos 12 meses y 30 días respectivamente, aunque se reportaron diversas asociaciones (incluidas mariguana más comúnmente como asociada a lo anterior y otras drogas fuertes en menor proporción), esto es importante en la medida que la transición del consumo de una sustancia

simultanea podría incrementar la carga de toxicidad para el cuerpo humano, así como las implicaciones familiares, sociales y legales, (Torres Natalia, 2012).

4.4.3 Sueño y estrés

El sueño es un estado biológico y conductual concreto, que obedece a un ritmo circadiano (que ocurre cada 24 horas) conocido como “ciclo sueño-vigilia”, y cuya utilidad es sincronizar la conducta y los estados corporales a los cambios de entorno, como son las fluctuaciones de la luz y la oscuridad (Garrido Álvarez, María, 2012). Virtualmente, todos los sistemas fisiológicos en los humanos, muestran variaciones circadianas, incluyendo ritmos endócrinos tales como la secreción de cortisol y melatonina, la temperatura corporal y el volumen urinario. Además, variables cognitivas y de rendimiento que se manifiesta en el funcionamiento, también muestran variaciones circadianas, en las que se incluyen medidas de somnolencia y alerta, tiempo de reacción y pruebas cognoscitivas (José Sala Walther, Luis Álvarez-, 2013).

Por lo tanto, el sueño en sí mismo, es un proceso periódico rápidamente reversible, involuntario, y que ocurre solo cuando están presentes un medio ambiente apropiado y determinadas circunstancias internas, sin embargo, en los seres humanos es bastante probable que los estímulos sociales sirvan como señales de ajuste, (Méndez, Ana María, 2010.) El tiempo de sueño es individual, y esta se presenta como una necesidad substancial para el descanso del ser humano.

Al envejecer, las fases de sueño profundo son menores y el adulto mayor despierta con mayor frecuencia. No obstante, el tiempo del sueño total se reduce sólo ligeramente con respecto al de las personas jóvenes. La privación del sueño puede provocar varios síntomas, incluyendo pérdida de la memoria a corto plazo, reducción de la capacidad de la atención, disminución de la coordinación motora, disminución de la capacidad para adaptarse, irritabilidad y síntomas neurológicos, lo que da paso a la aparición de problemas relacionados con la oxigenación y que a su vez pueden provocar trastornos del sueño, (Salazar M., 2011).

Tanto la cantidad y la calidad del sueño se modifican por las variadas condiciones de estrés sufridas durante la vigilia. Las alteraciones del sueño como

consecuencia del estrés se pueden ver desde una perspectiva bidireccional, ya que las alteraciones del sueño producen estrés y, a su vez, el estrés genera cambios en el ciclo sueño-vigilia. La privación de sueño en el ser humano genera estrés, lentitud de pensamiento, dificultad para lograr concentración y percepción precisa, fatiga e irritabilidad, nerviosismo, mal talante. Por otro lado, el efecto nocivo del estrés se produce cuando los sucesos de la vida, ya sean de orden físico o psíquico, superan nuestra capacidad para afrontarlos (Fernández Rodríguez, Silvia, Esteban Jiménez, Mónica, 2012), por lo que las horas destinadas al sueño son importantes para la salud y el bienestar del ser humano que tienen efecto directo en los estilos de vida.

La inadecuada cobertura de la necesidad de sueño se puede considerar un problema de salud de especial repercusión en la población anciana, (Fernández Conde, A. 2007).

4.4.4 Familia y amigos

La familia, según la Declaración Universal de los Derechos Humanos, es el elemento natural y fundamental de la sociedad y tiene derecho a la protección de la sociedad y del Estado. En muchos países occidentales, el concepto de la familia y su composición ha cambiado considerablemente en los últimos años, sobre todo, por los avances de los derechos humanos y de los homosexuales (Toledo, 2014).

El término familia procede del latín familia, "grupo de siervos y esclavos patrimonio del jefe de la gens", a su vez derivado de famulus, "siervo, esclavo". El término abrió su campo semántico para incluir también a la esposa e hijos del pater familias, a quien legalmente pertenecían, hasta que acabó reemplazando a gens.

Dentro del apoyo informal primario de los adultos se encuentra, como principal sistema, la familia. Según Cardona, la familia del adulto mayor brinda apoyo social, funcional, económico o material, afectivo y asistencia en diversas formas, aun cuando la gran mayoría son relativamente independientes y físicamente aptas y funcionales (Cardona Arango, Doris, 2010).

La familia cumple con el papel de transferir recursos a nivel intergeneracional. Montes de Oca (2010), encontró que la población femenina adulta

joven ayuda a la población adulta mayor en los quehaceres del hogar, cuidado físico, elaboración de la comida, entre otros, mientras la población masculina apoya con dinero.

Según Gastron (2003), en la Asamblea General de la ONU, aprobó en 1991, los principios a favor del adulto mayor y dice: “proclama que las personas de edad deben gozar de atenciones familiares, con asistencia médica y puedan disfrutar de los derechos humanos y las libertades fundamentales. De acuerdo a Placeres Hernández en el 2011, en su estudio “La familia y el adulto mayor”, comenta: La familia, es el grupo natural del ser humano. Es un único y particular. Es un conglomerado social con existencia prácticamente universal que abarca a la gran mayoría de los miembros de una sociedad, y es en ella donde se cumplen las principales funciones de socialización, en cuyo ámbito el sujeto adquiere su identidad y su posición individual dentro de la red intergeneracional. Los padres tienen expectativas de ser retribuidos con afecto, apoyo moral y ayuda financiera o en especies en el caso de los jubilados y atención de los más viejos en casos de enfermedad. Es en el juego de estas expectativas mutuas en el que operan muchos de los nuevos conflictos intergeneracionales entre hijos adultos y padres viejos.

Los valores y actitudes hacia el adulto mayor lo hacen sentirse una persona valorada, valiosa, traducido en un trato cálido, impregnado de respeto, de afecto y de amor (Solís J., 2014). El adulto mayor necesita continuar con su libertad de acción y comunicación, disponer económicamente de una pequeña cantidad de dinero para satisfacción de necesidades, para tener paz y tranquilidad en tanto que satisfaga las necesidades básicas de alimentación, vivienda, vestido e higiene, y con ello tenga su espacio físico y se mantengan lazos familiares (Sánchez, J.M., 2011).

Las representaciones sociales de los adultos mayores, es posible que se deba a su pertenencia de clubes, lugar donde interactúen con sus pares, comparten experiencias, habilidades y potenciales, lo que permite que se vuelvan seres sociales.

4.4.5 Nutrición

La nutrición es el proceso biológico en el que se proporciona a los organismos animales y vegetales los nutrientes necesarios para la vida, para el funcionamiento, el mantenimiento y el crecimiento de sus funciones vitales, manteniendo el equilibrio homeostático del organismo, tanto en procesos macro sistémicos (digestión, metabolismo) como en procesos moleculares (aminoácidos, enzimas, vitaminas, minerales), que son procesos fisiológicos y bioquímicos. En estos procesos se consume y se gasta energía (calorías). También es la ciencia que investiga la relación entre los alimentos consumidos por el hombre y la salud (enfermedades), buscando el bienestar y la preservación de la salud humana. La nutrición es la ingesta de alimentos en relación con las necesidades dietéticas del organismo. Una buena nutrición que incluye una dieta suficiente y equilibrada combinada con el ejercicio físico regular, es un elemento fundamental de la buena salud. (OMS, 2012).

El estado de salud física y mental de las personas mayores depende en gran parte de la forma de alimentarse en la infancia y la edad adulta. En la calidad de vida y longevidad influyen los hábitos de alimentación y otros factores de tipo psico-social que determinan la seguridad alimentaria y nutricional de este grupo de población como la soledad, la falta de recursos económicos, la baja disponibilidad de alimentos, la anorexia, las enfermedades crónicas entre otras, las cuales determinan el consumo de alimentos y el estado nutricional (Darwin Alba, Mantilla Silvia 2014).

La condición de salud o enfermedad de los adultos mayores está condicionada fuertemente por el estilo de vida que han mantenido a lo largo de su existencia. Entre estos estilos destaca la dieta como modulador del proceso de envejecimiento, a la par de los procesos biopsico-sociales que sobrevienen al envejecer y contribuyen a modificar el estado nutricional. De tal manera que la alimentación puede influir directamente a una menor morbilidad y mortalidad sino en la prevención de numerosas enfermedades e incapacidades frecuentes en las personas de la tercera edad (Rodríguez Daza, Karen Dayana, 2011).

La relación de nutrición y salud de los adultos mayores, está en función de diversos factores que se traducen en una serie de dificultades en actividades de la vida diaria, es decir en una digestión dificultosa y en la reducción del metabolismo de ciertos nutrientes en el estómago y el intestino delgado; pérdida de piezas dentales, que originan un problema considerable en la digestión de los alimentos, para la cual es importante una buena masticación, disminución de los movimientos esofágicos (contracción/relajación), cuya función es facilitar la deglución, reducción de la capacidad para secretar enzimas digestivas, lo que también dificulta la digestión, atrofia de la mucosa gastrointestinal, por lo que la absorción de nutrientes es menor, disminución del tono muscular y el peristaltismo del intestino, que producen menor masa y frecuencia en la eliminación de sólidos y, por tanto, estreñimiento (Rodríguez Daza, Karen Dayana, 2011).

La relación entre nutrición y salud es incuestionable, la malnutrición es uno de los problemas clínicos más frecuentes entre la población de la tercera edad, el déficit de peso y la desnutrición es una complicación muy frecuente en edades más avanzadas (Falque y Newman 2005, citado por la Organización Panamericana de la Salud, 2011).

4.4.6 Personalidad del Adulto Mayor

La adultez mayor es una etapa del desarrollo del ser humano que inicia a los 60 años y termina en el momento en el que la persona fallece, y se caracteriza por ser un periodo de grandes cambios en todas las áreas de funcionamiento (OMS, 2006). Sin embargo, es preciso decir que aunque en América latina hay acuerdos con relación a la perspectiva del adulto mayor, las concepciones de este varían de acuerdo con la cultura de cada país, el momento histórico, la clase socioeconómica o la raza (Benavides Argoti, Evelyn Leonela, Ramírez Jiménez Adriana Belén, 2015).

De esta manera, se ha podido observar que el aumento de dicha población está relacionado, como se mencionaba, con el aumento de la esperanza de vida, es decir que durante los últimos años los avances científicos, tecnológicos y las investigaciones médicas han contribuido a la disminución y control de enfermedades infecciosas y agudas, ampliando así la cobertura de los sistemas

de salud y las mejoras en las condiciones sanitarias, (Rodríguez Uribe, 2010) lo que se une a una nueva concepción del envejecimiento definido como "envejecimiento saludable y activo", que abarca los siguientes componentes: duración de la vida, salud biológica y mental, eficacia cognitiva, competencia social y productividad, control personal y satisfacción en la vida (Colegio Oficial de Psicólogos, 2002, citado por Rodríguez y Valderrama 2010).

La personalidad ha representado las características estructurales y dinámicas de los individuos que se reflejan en respuestas específicas en diferentes situaciones. Estas propiedades permanentes han dado origen a numerosos enfoques en relación con rasgos y tipos de personalidad y desarrollos teóricos y empíricos que las relacionan con variables implicadas en procesos de ausencia de bienestar, como por ejemplo del Síndrome de Burnout o de Desgaste Profesional (Serodino Ornela, Sofía, 2014), lo que hace que los individuos presenten características de ser optimistas, positivos o tensos ante las actividades cotidianas de la vida.

4.5 Teoría de Enfermería “Nola Pender” y la Promoción a la Salud

El Modelo de Abordaje de Promoción de la Salud contiene las bases teórico referencial en promoción de salud para orientar los esfuerzos a nivel de los establecimientos de salud y la sociedad en la implementación de iniciativas que contribuyan con crear una cultura de salud y mejorar la calidad de vida en las familias o comunidad de los adultos mayores (Carpio Torres D., Laurencio Gomero J., Vergara Peña., 2011).

Las conductas de salud que inicia el ser humano en cualquier etapa de la vida, para preservar o incrementar el nivel de bienestar, son motivo de estudio, por ello, el sustento filosófico de elección fue Nola Pender ya que permite conocer las razones e intereses de las personas para adoptar conductas saludables entre los que destacan el ejercicio, el reposo, la nutrición, las actividades reductoras de estrés; éstas conductas o estilos de vida tienen un carácter multidimensional en los seres humanos, y ha sido analizado bajo distintos enfoques y modelos, en especial en la ciencia de Enfermería.

4.5.1 Biografía de la teórica Nola Pender

Nola Pender nace en Lansing, Michigan el 16 de Agosto de 1941, era hija única y sus padres eran partidarios de que las mujeres también recibieran educación. Estudio en la escuela de enfermería del West Suburban Hospital de Oak Park (Illinois). En 1962 recibe su diploma de la escuela de enfermería de West Suburban Hospital de Oak Park, Illinois. En 1964 completa su título en la Universidad del Estado de Michigan, Evanston, Illinois. Su trabajo de doctorado fue encaminado a los cambios evolutivos advertidos en los procesos de codificación de la memoria inmediata de los niños, de ahí surgió un fuerte interés por ampliar su aprendizaje en el campo de la optimización de la salud humana, que daría origen posteriormente al Modelo de Promoción de la Salud (MPS) (Gómez JR, Jurado MI citado por Aristizábal Hoyos, Gladis Patricia, 2011).

Completo un máster en el crecimiento y el desarrollo humano por la Michigan State University en 1965. Ello contribuyó a la formación de un programa de investigación para niños y adolescentes. Completo su programa de doctorado en psicología y educación en 1969, en la North Western University de Evanston (Illinois). En su tesis, Pender (1970) investigo los cambios que tienen lugar en el desarrollo de los procesos de codificación de la memoria a corto plazo en los niños. Varios años más tarde, completo su trabajo en un máster en enfermería de salud comunitaria en la Rush University en Chicago (Pender, entrevista personal, 6 de mayo 2004).

En 1975, Pender publicó "A conceptual Model for Preventive Health Behavior", que sirvió como base para el estudio de como las personas tomaban decisiones sobre su propio cuidado de la salud en un contexto de enfermería. Se identificaron factores que se encontraron ya en la investigación más temprana para influir en la toma de decisiones y las acciones de los individuos para prevenir las enfermedades.

El modelo original de promoción de la salud (MPS) se presentó en su primera edición del texto Health Promotion in Nursing Practice, publicado en 1982.

En 1988 un equipo de investigación junto con Pender desarrollo un instrumento, el perfil del estilo de vida promotor de salud, para estudiar la

conducta de promoción de la salud de los adultos que trabajan, los adultos más mayores, los pacientes en rehabilitación cardíaca y los pacientes de cáncer tratados en el ambulatorio (Pender et al, 2002).

Los resultados de estos estudios confirmaron el MPS. Posteriormente más de 40 estudios han demostrado la capacidad predictiva del modelo para la promoción de la salud en el estilo de vida, ejercicio físico, prácticas de nutrición, uso de protección auditiva y supresión de la exposición al humo del tabaco en el entorno (Pender et al, 2002).

Pender ejerció un liderazgo importante en el desarrollo de la investigación enfermera en estados unidos. Ha promovido la actividad de aprendizaje de la enfermería mediante su implicación con la Sigma Theta Tau International, como expresidenta de la Midwest Nursing Research Society (1985-1987) y como presidenta de la Cabinet on Nursing Research de la American Nurses Association (1991-1993),(N. Pender, curriculum vitae,2008). En 1998 fue asignada a un programa de cuatro años de duración en la U.S. Preventative Services Task Force, un órgano independiente, y se le encomendó la tarea de evaluar los datos científicos y establecer recomendaciones específicas relacionadas con la edad y el riesgo para los servicios clínicos de prevención (Pender, 2006).

Como receptora de numerosos premios y reconocimiento honoríficos, Pender ha desempeñado el papel de experta distinguida en un gran número de universidades. Los esfuerzos de Pender han visto su fruto en la creación de un centro de investigación de la conducta sanitaria de los niños y en los adolescentes (Pender, 2006).

4.5.2 Teoría de Promoción a la salud de Nola Pender (TPS)

Según Marc Lalonde (2010), ministro canadiense de salud, refirió: la promoción de la salud juega un papel fundamental dentro de las políticas públicas saludables, originadas a partir del marco conceptual y la estructura del campo de la salud, en la cual se hizo una división en cuatro componentes así: la biología humana, el medio ambiente, el estilo de vida y la organización de los servicios de atención en salud; estos fueron identificados de acuerdo a estudios de morbilidad y mortalidad y se les denominó determinantes de la salud.

Los problemas de salud globalmente más predominantes, son el resultado de las conductas personales desfavorables y el medio ambiente que comprometen la salud de los individuos, en el que interfieren la dimensión personal y lo conductual, tiene en cuenta como estrategia más global para su aplicación y difusión cinco componentes básicos interrelacionados entre sí, tales como: la construcción de políticas públicas saludables, la creación de entornos o ambientes favorables, el fortalecimiento de la acción comunitaria y la participación social, el desarrollo de habilidades personales para el fomento de la salud y la reorientación de los servicios de salud (Barrios Casas S citado por Giraldo Osorio, Alejandra, 2010).

De acuerdo a la biología humana, en la promoción de la salud están incluidos todos los aspectos de salud física y mental que se desarrollan en el cuerpo humano, que comprende la herencia genética, el proceso de maduración y el envejecimiento de la persona, es decir el medio ambiente, que engloba todos los fenómenos relacionados con la salud, que son externos al cuerpo humano, y sobre los cuales las personas tienen poco o ningún control. Para ello los estilos de vida: son el conjunto de decisiones que las personas toman acerca de su salud y sobre las cuales tiene un relativo control. Las buenas decisiones y los hábitos personales saludables favorecen la salud mediante la correcta organización de los servicios de la atención en salud, que consiste en la cantidad, calidad ordenamiento, naturaleza, y relaciones de la gente, y los recursos en la provisión de los servicios de salud (Lalonde M, 1974).

La comprensión de las teorías y modelos de Enfermería llevan consigo un amplio recorrido de discusión que contribuye al crecimiento de la disciplina. Este Modelo de Promoción de la Salud propuesto por Nola Pender, es ampliamente utilizado por los profesionales de Enfermería, ya que permite comprender comportamientos humanos relacionados con la salud, y a su vez, orienta hacia la generación de conductas saludables, lo que se denomina estilos de vida saludables que son observables en los ciudadanos (Aristizábal Hoyos, ET. Al, 2011).

La teórica Nola Pender (1975), enfermera, autora del Modelo de Promoción de la Salud (MPS), expresó que la conducta está motivada por el deseo de alcanzar el bienestar y el potencial humano. Se interesó en la creación de un modelo enfermero que diera respuestas a la forma cómo las personas adoptan decisiones acerca del cuidado de su propia salud.

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 hacia el accionar que promoverá la salud. Está inspirado en dos sustentos teóricos: la teoría de aprendizaje social de Albert Bandura (Worche S. Cooper J, 2010) el modelo de valoración de expectativas de la motivación humana de Feather. El primero, postula la importancia de los procesos cognitivos en el cambio de conducta e incorpora aspectos del aprendizaje cognitivo y conductual, reconoce que los factores psicológicos influyen en los comportamientos de las personas. Señala cuatro requisitos para que éstas aprendan y modelen su comportamiento: atención (estar expectante ante lo que sucede), retención (recordar lo que uno ha observado), reproducción (habilidad de reproducir la conducta) y motivación (una buena razón para querer adoptar esa conducta) (Aristizábal Hoyos, Gladis Patricia, 2011).

El segundo sustento teórico, afirma que la conducta es racional, considera que el componente motivacional clave para conseguir un logro es la intencionalidad (Aristizábal Hoyos, ET. Al, 2011). De acuerdo con esto, cuando hay una intención clara, concreta y definida por conseguir una meta, aumenta la probabilidad de lograr el objetivo la intencionalidad, entendida como el compromiso personal con la acción, constituye un componente motivacional decisivo, que se representa en el análisis de los comportamientos voluntarios dirigidos al logro de metas planeadas. El MPS expone cómo las características y experiencias individuales así como los conocimientos y afectos específicos de la conducta llevan al individuo a participar o no en comportamientos de salud, toda esta perspectiva Pender la integra en el siguiente diagrama del modelo de Promoción de la Salud (Giraldo Osorio, Alexandra, Et. Al., 2010).

4.5.3 Modelo de Promoción a la Salud

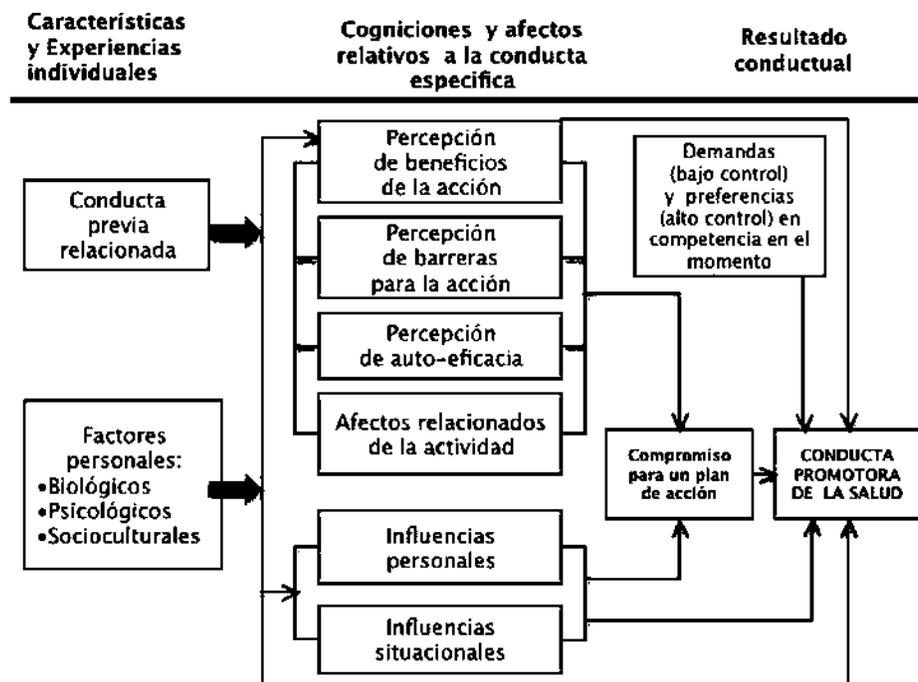
El modelo de promoción de la salud describe la naturaleza multidimensional de las personas a medida que interactúan dentro de su entorno para perseguir la salud mediante la acción individual.

El modelo se centra en las tres áreas siguientes:

- Características y experiencias individuales
- Cogniciones - comportamiento específico y afectar
- Resultados conductuales

Este modelo expone cómo las características y experiencias individuales así como los conocimientos y afectos específicos de la conducta llevan al individuo a participar o no en comportamientos de salud como lo explica Aristizábal Hoyos en el 2011.

Cuadro1. Modelo de Promoción de Salud de Pender, 1996, El modelo de promoción de la salud de Nola Pender. Una reflexión en torno a su comprensión (Aristizábal Hoyos, 2011).



El MPS es una poderosa herramienta utilizada por las(os) enfermeras(os) para comprender y promover las actitudes, motivaciones y acciones de las

personas particularmente a partir del concepto de autoeficacia, el cual es utilizado para valorar la pertinencia de las intervenciones y las exploraciones realizadas en torno al mismo, en la búsqueda de prácticas saludables, para lograr en los ciudadanos la determinación de su propia salud.

El éxito de los modelos se basa en los siguientes supuestos (McEwen&Wills, 2011):

- a) Las personas intentan crear las condiciones óptimas de vida
- b) Las personas que tienen la capacidad de completar una autoevaluación y conocer sus fortalezas
- c) Las personas tienen crecimiento del valor
- d) Las personas que buscan regular su comportamiento
- e) Las personas interactúan y transforman su entorno
- f) Las enfermeras y otros profesionales de la salud son una parte integral de la comunidad
- g) Las personas tienen la capacidad de cambiar su comportamiento según sea necesario.

Cada uno de los supuestos antes descritos se explica a continuación:

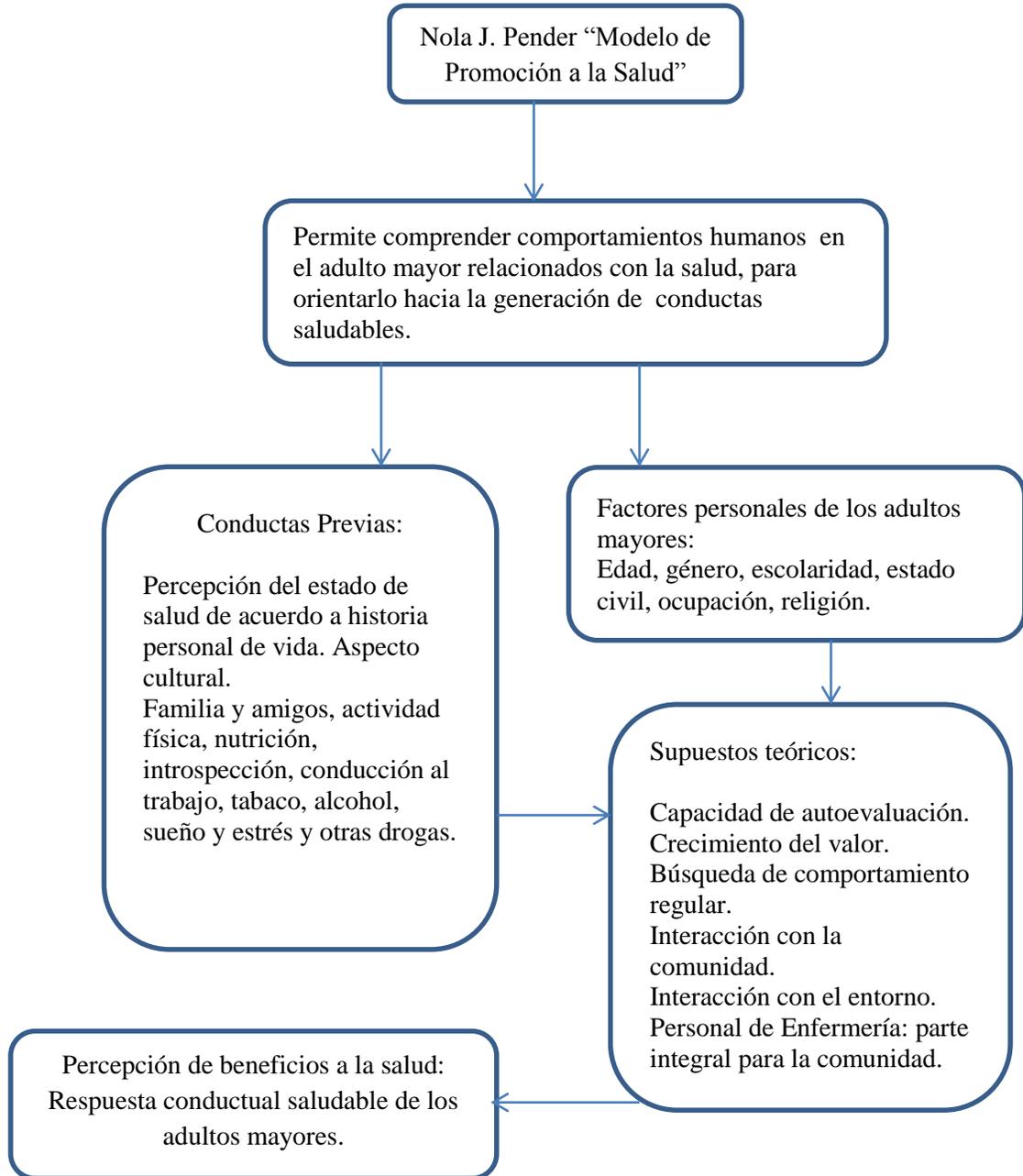
a) Característica individual y la experiencia que se manifiesta en el comportamiento relacionado con anterioridad. Con esto se busca utilizar la experiencia y el comportamiento en el pasado para evaluar la posibilidad de cambio. Los factores personales juegan un papel importante, ya que identifica comportamientos que necesitan ajustes con el fin de obtener los resultados deseados. Se identifica los patrones que quizá beneficiosos, los puntos fuertes y débiles y es una gran manera de crear una plataforma para formular un plan de acción.

b) conocimientos específicos de comportamiento y afectar a los beneficios percibidos (de acción). Se extrapola de las influencias situacionales y dicta la intención con la presencia de enfermería eficaces para guiar promoción de la salud. Debido a las influencias ambientales, cada plan se adapta, teniendo en cuenta las razones posibles para el fracaso o las causas que aumentan la dificultad que puede hacer fracasar el éxito. Este plan va a indicar claramente el

beneficio de cambiar el comportamiento de los y las medidas necesarias para alcanzar ese objetivo.

c) Resultado de comportamiento, el compromiso con el plan de acción, demandas inmediatas competidoras y las preferencias y comportamientos que promueven la salud. Esto mide la viabilidad del plan de acción y los recursos disponibles en comparación con los recursos que hay que alcanzar. En este plan a la medida, las enfermeras deben tratar de capacitar a las personas con la información necesaria para lograr el éxito, la buena salud y una mayor capacidad para el autocuidado, para así aprovechar el resultado del comportamiento de promoción de la salud (Giraldo Osorio, Alexandra, Et. Al., 2010).

Cuadro 2. Adaptación del Modelo de Promoción a la Salud de Nola Pender con los estilos de vida, para este estudio. Propuesta de Ávila Cázarez, 2016.



Para la comprensión sobre el impacto de la teórica Nola J. Pender y su Modelo de Promoción a la Salud en el actual trabajo de investigación, es necesario comprender que los comportamientos de los adultos mayores están relacionados con la salud de manera directa, ya que orienta hacia la generación de conductas saludables en las diferentes poblaciones, en la comunidad rural así como la urbana

A través de la valoración de los adultos mayores mediante la colecta de datos con el instrumento FANTASTICO se puede conocer las conductas previas de los adultos mayores, así como la percepción del estado de salud de acuerdo a la historia personal de vida, los aspectos culturales que guían las acciones de los individuos en ambas poblaciones respecto a la familia y amigos, en donde se valora la comunicación que tienen los adultos mayores y la capacidad de dar y recibir cariño; la actividad física es una de las capacidades funcionales inherentes para la calidad de vida, por ello se observa la capacidad de ejercitarse a través de caminar, subir escaleras, caminar, trabajo de la casa, hacer el jardín, hacer ejercicio en forma activa al menos por 20 minutos y/o correr, andar en bicicleta, así como el caminar rápido. Respecto a la nutrición se puede apreciar si la alimentación es balanceada, y si a menudo consumen azúcar, sal, comida chatarra y grasa. Al mismo tiempo se puede conocer el hábito de fumar cigarrillos de los ciudadanos en la tercera edad; así como el número de tragos de bebidas embriagantes ya sea ocasional o cotidianamente.

También se debe analizar cómo es el proceso de sueño de los AM, es necesario valorar si duermen bien y/o se sienten descansados/as al despertar, así mismo si son capaces de manejar el estrés o la tensión en su vida. En la identificación de las conductas es importante conocer el tipo de personalidad a través de actitudes como andar acelerado/a, enojo y agresividad. La introspección se valora si los ciudadanos son positivos u optimistas a la vida, con actitudes depresivas o tristes. Se conoce la satisfacción con el trabajo o las actividades, se presta atención al consumo de drogas como marihuana, cocaína, uso excesivo de los remedios que se le indican o que pueden comprar sin receta.

Respecto a los factores personales corresponden la edad, género, escolaridad, estado civil, ocupación y la religión de los adultos mayores para ambas comunidades para encontrar cuáles son las actitudes y valores culturales presentes en ellos. Lo anterior es relevante para realizar la valoración del adulto mayor en la priorización de comportamientos que orienten hacia la generación de conductas saludables.

Al priorizar los comportamientos y actitudes de los adultos mayores es necesario guiar la promoción a la salud a través de diferentes supuestos de la autora Nola Pender: capacidad de autoevaluación, crecimiento de valor, búsqueda del comportamiento regular, interacción con los integrantes de la comunidad, interacción con el entorno para el fomento de conductas saludables, de tal manera cuyo objetivo es la adopción de estilos de vida saludables.

Con la actividad de promoción y educación para la salud que provee el profesional de la salud se otorgan beneficios encaminados a mejorar la conducta de los adultos mayores lo más saludable posible.

4.6. Fiabilidad del instrumento FANTASTICO.

Para conocer el estilo de vida del adulto mayor, en este trabajo se utilizó el cuestionario FANTÁSTICO, instrumento genérico, diseñado en el Departamento de Medicina Familiar de la Universidad Mc Master de Canadá, hoy considerado como una herramienta de apoyo a los profesionales en el contexto de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, permite identificar y medir los estilos de vida de una población en particular (Carmona, J. M, 2000).

La versión al español fue adaptada por un panel de profesionales de la salud para su mejor comprensión en sujetos mexicanos (Moctezuma R, 2003).

Sus versiones cortas y extensas, han sido validadas en jóvenes estudiantes, en trabajadores y en pacientes de consulta clínica general (Sharratt JK, 1984) .Ambas versiones, han sido adaptadas por un panel de profesionales de la salud para su mejor comprensión en sujetos mexicanos, españoles y brasileros (Rodríguez CR, 2008).

Contar con instrumentos de este tipo, que tengan validez y fiabilidad, permitirá a los profesionales de la salud identificar de forma rápida y objetiva los factores de riesgo y pronóstico del estilo de vida que pueden ser mejorados con la intervención del equipo de salud y la participación comprometida del paciente (Rodríguez CR, 2008). Además permite realizar el seguimiento para evaluar el resultado de las acciones terapéuticas o educativas implementadas.

La versión Colombiana del cuestionario FANTASTICO a utilizar, reúne algunos de los criterios de consistencia interna y validez de constructo. Se propone como una herramienta fácil y sencilla para evaluar el estilo de vida de los adultos mayores, ya que toma en cuenta los elementos integrales para observarlos (Rodríguez Moctezuma, Raymundo, ET. Al., 2012).

Fiabilidad y validez del instrumento "FANTÁSTICO" para medir el estilo de vida en adultos colombianos, (Vélez y Agredo, 2011) Se realizó un estudio transversal, observacional de validación comunitaria en captación consecutiva entre julio de 2009 y julio de 2011. La población y muestra estuvo constituida por todas las personas mayores a 18 años (n=550), colombianos, de habla hispana, residentes del Departamento del Valle del Cauca, área metropolitana de la Ciudad de Cali, considerados como saludables (según encuesta de antecedentes médicos tomada de la historia clínica simplificada o que no hubieran consultado por un trastorno físico, ni mental en los últimos 3 meses) y asistían a control médico particular al Centro para la Investigación en Salud y Rendimiento Humano. Se excluyeron sujetos que respondieron en la encuesta de antecedentes personales o consulta médica en los últimos tres meses: cirugía o trauma mayor reciente, enfermedades endocrinas como (diabetes mellitus, hipo/hipertiroidismo, obesidad mórbida (IMC>35 kg/m²), enfermedades autoinmunes como (lupus, psoriasis, enfermedades del colágeno), cáncer de cualquier etiología y alteración respiratoria/cardíaca significativa (como EPOC, neumonía, asma y bronquitis).

La información se recolectó mediante entrevista personal e historia clínica simplificada, aplicación de encuesta sociodemográfica y auto-reporte del estilo de vida identificado mediante la aplicación dm española del cuestionario «FANTASTICO» (7-10).

Participaron voluntariamente un total de 554 personas, de los cuales 550 (99,27%) respondieron completo el cuestionario y fueron incluidos en el análisis. El 74% (407 personas) eran de género masculino.

Se encontró que 4 sujetos (0,7%) obtuvieron una calificación de malo (inferior a 60 puntos), 29 sujetos (5,3%), regular (entre 60 y 69 puntos), 258 sujetos (47%) bueno (entre 70 y 84 puntos) y 259 sujetos (47%) excelente (entre 85 y 100 puntos). En este grupo, la confiabilidad del instrumento evaluado por el alfa de Crombach fue 0,73. En hombres, se encontró que 3 sujetos (0,7%) presentaban una calificación de malo (inferior a 60 puntos), 22 sujetos (5,4%) regular (entre 60 y 69 puntos), 184 sujetos (45,2%) bueno (entre 70 y 84 puntos) y 198 sujetos (48,6%) excelente (entre 85 y 100 puntos), con una confiabilidad por α de Crombach de 0,73. En mujeres 1 sujeto (0,7%) se clasificó en estilo de vida malo (inferior a 60 puntos), 7 sujetos (4,9%), estilo de vida regular (entre 60 y 69 puntos), 74 sujetos (51,7%), estilo de vida bueno (entre 70 y 84 puntos) y 61 sujetos (42,7%) estilo de vida excelente (entre 85 y 100 puntos). La confiabilidad total del instrumento evaluada por sexo fue 0,73, según α de Crombach (Ramírez-Vélez, Robinson, Antonio Agredo, Ricardo, 2012).

La versión Colombiana del cuestionario FANTASTICO reúne algunos de los criterios de consistencia interna y validez de constructo. Se propone como una herramienta fácil y sencilla para evaluar el estilo de vida de los adultos, (Ramírez, Ágredo, 2011).

4.7. Estudios relacionados

En un estudio de “Estilos de Vida de personas mayores de 65 Años económicamente activas de Chillán Y Valparaíso. Chile”, (Por Barrón – Pavón, 2006), estudio analítico comparativo, de corte transversal tuvo como propósito investigar el estilo de vida y la influencia del trabajo en la percepción de bienestar y salud de las personas mayores de 65 años económicamente activas en las ciudades de Chillán y Valparaíso.

Se realizó un muestreo intencional constituido por 239 personas, de un universo de 3699 de las cuales 111 corresponden a la ciudad de Chillán y 128 a la ciudad de Valparaíso. Para determinar la existencia de asociación entre variables

se empleó la prueba de Chi cuadrado. Los resultados muestran que realizan ejercicio físico el 59.4% de la muestra en ambas ciudades, el 40.7% no ha acudido en 6 meses a consulta médica, solo un 9.1% y un 12.5% presentaron licencia médica en el mismo período y un 35% no ingiere ningún tipo de medicamentos (Rodríguez Daza, Karen Dayana 2011).

La percepción de salud es buena aun cuando el 52% presenta patologías crónicas, predominando la hipertensión arterial en el 37%. Sobre un 90% de los encuestados, se encuentran satisfechos y muy satisfechos con su vida. Se encontró asociación significativa en malnutrición por exceso y nivel de escolaridad ($p = 0.04$); ejercicio físico con estado nutricional ($p=0.042$); el tipo de actividad con la motivación por el trabajo ($p=0.001$) y la vida sexual y afectiva con la percepción de felicidad ($p= 0.049$).

Este estudio permite distinguir tres perfiles según las motivaciones para trabajar. El perfil Utilitario le asigna al trabajo el único significado de un medio para ganar dinero. El perfil de autorrealización, le asigna al trabajo un valor en sí; en él la persona desarrolla su capacidad productiva y social. El perfil mixto combina los dos anteriores, se puede concluir que el trabajo productivo después de los 65 años refuerza una actitud de resiliencia, de fuerte autoestima y por lo tanto puede ser considerado como un elemento de estilo de vida que favorece el envejecimiento saludable y puede integrarse en el paradigma del envejecimiento productivo (Barrón Pavón Verónica, Ojeda Urzúa Gonzalo, Vera Sommer Susana 2006).

Luego de revisar la literatura, los resultados del estudio tienden a reforzar las ideas centrales de la gerontología crítica, que pone énfasis en la capacidad productiva y creativa del adulto mayor (Rodríguez Daza, Karen Dayana 2011).

Esta situación de una vejez diferente, puede ser incorporada en la gerontología crítica. Esta última percibe a los adultos mayores como potenciales protagonistas y actores sociales (INAPAM, 2010).

Los resultados obtenidos de esta investigación permiten sugerir la continuación del estudio sobre trabajo y envejecimiento, comparando la situación de las personas mayores de 65 años que han jubilado y dejaron de trabajar con aquellas que trabajan, para detectar o confirmar si la desvinculación laboral puede

influir negativamente en la autoestima, la integración social y la salud física y mental de las personas.

Al mismo tiempo, hay que destacar la importancia de la educación en diversos aspectos de la vida del adulto mayor. Por un lado para permanecer en el sistema productivo, por otro en relación a un buen nivel nutricional y de salud (Diario Oficial de la Federación, 2013), el cual emana del Programa Sectorial 2013-2018 del actual gobierno.

Adicionalmente, el envejecimiento es también una experiencia personal donde cada individuo puede hacer mucho para convertirse en agente de su propio proceso exitoso de envejecimiento, buscando con ello no solamente un beneficio personal, sino también social (Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores, 2016).

El envejecimiento de la población puede considerarse un éxito de las políticas de salud pública y el desarrollo socioeconómico, pero también constituye un reto para la sociedad, que debe adaptarse a ello para mejorar al máximo la salud y la capacidad funcional de las personas mayores, así como su participación social y su seguridad (OMS, 2014), por tal motivo la implementación de la promoción de estilos de vida saludables han sido eje prioritario para los países.

Por lo anterior, el INAPAM, institución del Gobierno Federal rectora de la política nacional a favor de las personas adultas mayores, procura el desarrollo humano integral de las personas adultas mayores, incluyendo la reducción de las inequidades de género; entre las acciones que realiza destacan: promover los derechos de las personas adultas mayores, con el propósito de garantizar su calidad de vida en materia de salud, alimentación, empleo, vivienda, bienestar emocional y seguridad social. Afiliar y entregar credenciales para las personas adultas mayores, que les permitan contar con descuentos en servicios de salud, alimentación, transporte, vestido, hogar, recreación y cultura. elaborar convenios de colaboración con empresas e instituciones públicas y privadas a fin de mantener e incrementar los beneficios a las personas afiliadas, crear modelos de atención gerontológica, así como capacitar personal y supervisar la aplicación de los mismos en centros de atención para personas adultas mayores como casas

hogar, albergues y residencias de día, que dan paso a la consolidación de la creación de estilos de vida saludables a través de las políticas antes retomadas (INAPAM, 2014).

Acorde al párrafo anterior, es importante analizar los datos correspondientes a la localidad de residencia de los adultos mayores, ya que influyen en sus condiciones de vida, debido a que los servicios, así como las oportunidades, distan entre el ámbito rural y el urbano. Esto se asocia con la historia laboral que presentaron a lo largo de su vida y deja en desventaja a la población que reside en zonas rurales, en virtud de que las actividades económicas calificadas como formales en el ámbito rural tienen menor presencia.

Un estudio realizado por Villegas Vázquez en el 2013, titulado “Condiciones de vida de los adultos mayores de 60 años o más con seguridad social en el Estado de México” arrojó algunas diferenciaciones que viven los adultos mayores dependiendo la zona geográfica en la que vivan; el acceso a instituciones de salud es más frecuente en zonas urbanas, puesto que 56.4 % de hombres y 56.5 % de mujeres son derechohabientes, a diferencia de la zona rural, donde el acceso se brinda a 43.6 por ciento de varones y 43.5 por ciento de mujeres, pues las instituciones de salud se encuentran con mayor frecuencia en zonas urbanas. En cambio, los programas de gobierno tienen mayor peso en el ámbito rural, donde se otorga apoyo a 76.1 por ciento de hombres y 72.8 por ciento de mujeres, debido a que se presentan más situaciones de pobreza en edades avanzadas, pues los adultos mayores no reciben algún ingreso por prestaciones laborales y por lo tanto las instituciones les ofrecen apoyo mediante programas específicos, sobre todo a la población de zonas rurales con 60 años o más.

De acuerdo a las conclusiones del INAPAM en el 2014 en su documento “Situación de las personas adultas mayores en México” refiere que el incremento de adultos mayores generará un impacto en el Sistema de Salud y desafíos a la organización familiar, así como cargas adicionales de trabajo de cuidados, en especial para las mujeres, quienes realizan mayoritariamente este trabajo; esta situación se acentuará en el futuro debido a que los grupos de edades más

avanzadas constituirán una proporción mayor; en 2014 las y los mayores de 80 años representan 15.1% de personas adultas mayores y en 2050 serán casi 20%, por ello la implementación de estilos de vida saludables es una línea prioritaria en el programa de envejecimiento saludable para lograr por consiguiente una calidad de vida digna para este grupo etáreo (CONAPO, 2010).

V. METODOLOGÍA

5.1 Tipo de estudio

Cuantitativo, descriptivo de corte transversal

5.2 Población y muestra

El estudio se llevó a cabo en la población urbana de Morelia y suburbana de Tarímbaro Michoacán, ubicadas en el Estado de Michoacán; con una muestra elegida por parte del investigador de forma no probabilística y por conveniencia. Se seleccionaron 159 participantes en total, de los cuales 100 correspondieron al grupo 1 del área urbana y 59 al grupo 2 del área sub urbana. Es importante mencionar que en un primer momento se consolidó el acceso a la población señalada como número 2, en la que se recabaron los datos de 59 adultos mayores que cumplieron los requisitos de inclusión. Posterior fue la población 1 con n=100. Ésta última fue mayor. Ante ésta situación de disparidad en las muestras y con la convicción de no descartar datos valiosos del grupo 1, se analizó la conveniencia de incluir todos los datos colectados, para evitar sesgo en la selección o descarte de datos ya colectados.

Por lo tanto, El tamaño de las muestras en ambas poblaciones es distinta respecto al número de encuestas; para la población 1 el tamaño de la muestra fue n=100, y en la población 2 el tamaño fue n=59.

5.3 Criterios de inclusión

Se incluyeron en el estudio adultos mayores de sexo femenino y/o masculino, que vivían en las poblaciones de Tarímbaro y Morelia Michoacán, con rango de edad de 60 a 70 años, que aceptaron participar como sujetos de estudio y firmaron el consentimiento informado.

5.4 Criterios de exclusión

Se excluyeron a los adultos mayores de sexo femenino y/o masculino, que no vivían en las poblaciones de Tarímbaro ni Morelia Michoacán, que estuvieron fuera del rango de edad de 60 a 70 años.

5.5 Criterios de eliminación

Se eliminaron a los adultos mayores que no desearon participar como sujetos de estudio es este trabajo de investigación, así como los formularios del

instrumento FANTASTICO incompletos o mal llenados, y cuestionarios de alguna pregunta con doble respuesta.

5.6 Análisis estadístico

Se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 21 para el análisis estadístico de los datos, en el cual se elaboraron cuadros, graficas, se utilizó el Alpha de Crombach en el que se analizó el grado de confiabilidad del instrumento FANTASTICO versión española, útil para la población michoacana de adultos mayores.

Para identificar el comportamiento de las variables se hizo uso de la estadística descriptiva mediante la elaboración de cuadros para organizar la información; a través del cálculo de la Media, Moda, Mediana, desviación estándar, uso de porcentajes, y frecuencias. Se utilizó la estadística inferencial a través del cálculo de X^2 .

5.7 Instrumento

El instrumento utilizado para esta investigación fue el instrumento FANTASTICO versión española, adaptado a las poblaciones de Latinoamérica de Colombia y Chile y México. El instrumento fue recabado por parte del investigador colombiano Ft. Agredo Zuñiga, Ricardo Antonio, Investigador Senior (IS), Director FIT, GIMHUS, Universidad De San Buenaventura - Cartagena, E-mail: fitsaludintegral@gmail.com con Móvil: 317 700 47 26, quien estuvo presente para las dudas respecto al instrumento antes mencionado, y autorizó el uso del instrumento.

Para la colecta de los datos se aplicó el instrumento FANTASTICO, versión Española, cuestionario estandarizado con 25 ítems cerrados, el cual explora diez categorías (dominios) sobre componentes físicos, psicológicos y sociales del estilo de vida: familia-amigos, actividad física, nutrición, tabaco-toxinas, alcohol, sueño - medidas de seguridad-estrés, tipo de personalidad, interior (ansiedad, preocupación, depresión), introspección (actividades y/o labores), conducción al trabajo y otras drogas; y ha sido aplicado a adultos mayores de consulta externa de las poblaciones de Tarímbaro y Morelia Michoacán.

Este cuestionario presenta tres opciones de respuesta con valor numérico de 0 a 2 para cada categoría, y se califican por medio de una escala tipo Likert, con una calificación de 0 a 100 puntos, tomando como punto de corte la media de las calificaciones propuesta por el autor del instrumento (Ramírez, 2011), cinco niveles de calificación que estratifican el comportamiento del estilo de vida, como se observa en la siguiente tabla:

Cuadro 3: Niveles de clasificación de acuerdo al FANTASTICO

NIVELES CON CALIFICACIÓN	ESTILO DE VIDA
I.- <39	Existe peligro
II.- 40-59	Malo
III.- 60-69	Regular
IV.- 70-84	Bueno
V.- 85-100	Excelente

Por lo tanto < 39 puntos significa que el estilo de vida presenta peligro y riesgo para la salud; 40 a 59 puntos = mal estilo de vida, es decir existen varios factores de riesgo para el estilo de vida del individuo; 60 a 69 puntos = regular, indica que el estilo de vida representa un beneficio para la salud, aunque también presenta riesgos; 70 a 84 puntos = buen estilo de vida que representa una influencia adecuada para la salud; 85 a 100 puntos = excelente estilo de vida del individuo y representa una influencia óptima para la salud. Los resultados evidencian que cuanto menor sea la puntuación, mayor es la necesidad de cambio.

Se realizó la colecta de información para conocer el Grado de confiabilidad del instrumento antes mencionado a través del trabajo titulado “Características de los Estilos de vida del adulto mayor en dos poblaciones de Michoacán” se trabajó con una muestra de 59 ciudadanos en la sub urbana y 100 para la urbana, elegidos de forma aleatoria en la consulta externa de los centros de salud de respectivos lugares bajo consentimiento informado, se obtuvo una confiabilidad con alfa de Crombach de 0.79, lo que representa una confiabilidad válida para este trabajo de investigación.

Otros estudios similares que han utilizado el instrumento FANTASTICO, han sido países de Chile, Colombia, Canadá, en donde las dimensiones del instrumento aportan información importante para medir los estilos de vida saludable de las personas de diferentes medios como el rural y el urbano.

5.8 Procedimiento

El protocolo de investigación fue sometido a evaluación por el Comité de Bioética e Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, quien dictaminó la autorización del desarrollo del presente trabajo. Se solicitó y se obtuvo la autorización a las autoridades de las unidades de los Centros de Salud de la Comunidad de Tarímbaro y de Morelia Michoacán. Consecutivamente se dio paso al reclutamiento, capacitación y estandarización de las personas que aplicaron los instrumentos a los adultos mayores de dichas comunidades antes mencionadas.

Para el reclutamiento de los encuestadores, la responsabilidad fue de la investigadora principal. Se seleccionó un total de 5 encuestadores, con los siguientes requisitos: 1) estudiantes que cursaban el séptimo semestre de la Facultad de Enfermería, 2) conocimientos de la unidad de aprendizaje de Cuidado del Adulto Mayor, 3) tener capacidad de comunicación y trabajo colaborativo. A los encuestadores se les reunió y se les dio la explicación sobre el objetivo de recabar la colecta de datos mediante el Instrumento FANTASTICO, así como la estructura del mismo, las opciones de respuesta en cada uno de los ítems, la forma correcta de anotar las respuestas dadas por los adultos mayores, y la manera de conducirse hacia ellos.

Para la selección de los participantes se identificó a las personas que cumplían con los criterios de inclusión, se eligieron por muestreo no probabilístico y por conveniencia, y se les abordó en la consulta externa mientras esperaban su turno para pasar a su cita, se les brindó información clara, sencilla y objetiva del estudio y se solicitó su participación en él, así como la firma de la hoja de consentimiento informado (apéndice A).

Durante la participación de los adultos mayores en el llenado del instrumento se disponía de tiempo, se evitó transgredir la rutina del centro de

salud y el tiempo de los adultos mayores; el entrevistador recabó la información durante 20 minutos aproximadamente a través de un cuestionario estructurado con variables sociodemográficas de estado civil, género, escolaridad, ocupación, religión; y preguntas dirigidas realizadas por los encuestadores sobre el las variables que considera el FANTASTICO.

5.9 Consideraciones éticas y legales

El presente trabajo tomó como base las consideraciones de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la salud que es de vigencia en todos los Estados Unidos Mexicanos.

Esta investigación parte con los principios básicos de respeto a la integridad física y mental del participante contemplados en la Declaración de Helsinki (Asociación Médica Mundial, 2012) y considera además lo establecido en la Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012 y en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la salud de la Secretaría de Salud de México en su capítulo Segundo, a fin de garantizar el respeto a su dignidad así como la protección de sus derechos y su bienestar, como lo indica el Artículo 13.

De la misma manera y en consideración que todos los participantes se encontraron en la última etapa de vida “envejecimiento”, se atendió lo establecido en la Ley de los Adultos Mayores (Diario Oficial de la Federación, 2002) en su Título Cuarto de la Política Pública Nacional de las Personas Adultas Mayores, Capítulo I, De los Objetivos, Artículo 10 Fracción XVII que requiere “Fomentar la realización de estudios e investigaciones sociales de la problemática inherente al envejecimiento que sirvan como herramientas de trabajo a las instituciones del sector público y privado para desarrollar programas en beneficio de la población adulta mayor”. Del mismo modo se tomó en cuenta lo establecido en la NOM167-SSA1-1997 Para la prestación de los Servicios de Asistencia Social para los Menores y los Adultos Mayores en el punto 5.3.3.3.7 que señala el fomento al respeto a la persona adulta mayor, al dedicarles a estas personas el tiempo necesario, suficiente y requerido al momento de responder el instrumento de Estilos de Vida.

Se consideró a la presente investigación sin riesgo con base en el Artículo 17 del mencionado Reglamento en el cual se emplean técnicas y métodos de investigación en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, en los que no se le identifican ni se tratan aspectos sensitivos de su conducta.

Aunque fue una investigación sin riesgo, el investigador se comprometió a contar con el Consentimiento Informado de los participantes de acuerdo a lo previsto en el Artículo 14 Fracción V, el cual se obtuvo por escrito, explicitando su capacidad para participar libremente (Artículo 20) dando una explicación clara y completa, de tal forma que pudiera comprender los objetivos y el proporcionar respuestas a las dudas que surgieron durante la investigación, del mismo modo la seguridad de mantener la confidencialidad de la información recolectada de los cuestionarios (Artículo 21), se respetó lo establecido por el investigador lo pugnado en el Artículo 22, al elaborar el consentimiento informado obteniendo la aprobación por la Comisión de Bioética e Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.

El investigador respetó lo señalado en el Capítulo V “De la Investigación en Grupos Subordinados” en sus artículos 57 y 58 al efectuarse la investigación en participantes considerados cautivos previos a recibir atención del servicio de Consulta Externa, por lo que se afirmó que los resultados no serán utilizados en perjuicio de los individuos, la investigadora mostró los valores morales, culturales al realizar el cuestionario.

De la misma manera el investigador respetó lo establecido el Capítulo VI “De la Ejecución de la Investigación en las Instituciones de atención a la salud” en su ARTICULO 113, referente a garantizar la conducción de la investigación, que fue efectuada por un profesional de la salud con formación académica y experiencia además que conoce los principios éticos que guían la investigación.

VI. RESULTADOS

En este capítulo se presentan los resultados de la investigación, iniciando con la descripción de las características sociodemográficas de los participantes, y posterior a ello se explicaran cada una de las variables del Cuestionario FANTASTICO, y la relación de las dimensiones de los estilos de vida con las variables sociodemográficas.

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS.

Tabla 4. Variables sociodemográficas de ambas poblaciones rural y urbana, 2015.

Variable	Población			
	Suburbana (n=59)		Urbana (n=100)	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Estado civil				
Soltero	14	23.7	26	26.0
Casado	45	76.3	74	74.0
Total	59	100	100	100
Género				
Hombre	35	59.3	66	66.0
Mujer	24	40.7	34	34.0
Total	59	100	100	100
Escolaridad				
De 1 a 6 años de estudio	55	93.8	63	63.0
De 7 a 17 años de estudio	4	6.8	37	37.0
Total	59	100	100	100
Edad				
60 - 65	22	37.3	56	56.0
66 - 70	37	62.7	44	44.0
Total	59	100	100	100
Ocupación				
Ama de casa/campesino	57	96.6	86	86.0
Otros	2	3.4	14	14.0
Total	59	100	100	100
Religión				
Católica	57	96.6	81	81.0
Otra	2	3.4	19	19.0
Total	59	100	100	100

Fuente: Instrumentos: Fantastico y de características sociodemográficos, Marzo-Septiembre 2015, Tarímbaro -Morelia Michoacán

En la tabla 1, se describen el comportamiento de las variables sociodemográficas presentes en la población de estudio. La primera de ellas: el estado civil, se puede apreciar que en ambas poblaciones que la variable con mayor porcentaje de los participantes fueron casados, en la población suburbana 45% y la urbana con 74%.

La los adultos mayores se caracterizaron por presentar una escolaridad de 1 a 6 años de estudio. Para las dos poblaciones el comportamiento de la variable ocupación fue mayor en el grupo de campesinos en los hombres y amas de casa para el caso de las mujeres, con 96.6% en la población suburbana y 86% para la urbana; lo mismo sucedió con la religión, en el que la doctrina católica fue la de mayor incidencia con 96.6% de ciudadanos adultos mayores en la población suburbana y 81% para la urbana.

Dato relevante fue lo que ocurrió con el comportamiento de la variable edad de los participantes, se observó en la población suburbana los adultos mayores estuvieron en el rango de 66 a 70 años con un porcentaje de 62.7% y en la población urbana sucede lo contrario el rango de edad osciló entre los 60 y 65 años con porcentaje del 56%.

6.2 Alfa de Crombach

Tabla 5. Alfa de Crombach del instrumento FANTASTICO en la escala total y por dimensiones para las dos poblaciones.

Dimensión	Alfa de Crombach	
	Población rural	Población urbana
Familia y amigos	.724	.788
Actividad física	.786	.788
Nutrición	.271	.759
Tabaco	.850	.818
Alcohol	.625	.695
Sueño y estrés	.586	.661
Tipo de personalidad	.411	.658
Introspección	.455	.544
Conducción al trabajo	.541	.304
Otras drogas	-.088	.227
Escala total	0.78	

Fuente: Instrumentos: Fantastico y de características sociodemográficos, Marzo-Septiembre 2015, Tarímbaro -Morelia Michoacán

Se obtuvo en el procesamiento de los datos una confiabilidad con Alfa de Crombach de 0.78 en la población en general; al contrastar el alfa de Crombach reportado por dimensión en cada una de las poblaciones se destaca que la dimensión tabaco tiene el más alto índice la urbana con un .818 y la rural con un .850. En la dimensión de actividad física presentan un Alfa de Crombach muy similar área urbana con un .788 y el área rural .786. En la dimensión Familia y Amigos se observa un Alfa de Crombach de .788 para la población urbana y .724 para la población rural. Se destaca en la dimensión Nutrición el Alfa de Crombach un contraste en ambas poblaciones, con .759 para la urbana y .271 para rural.

Para dar respuesta al objetivo general del estudio *Analizar las características de los estilos de vida del adulto mayor en el último mes en dos poblaciones de Michoacán*, se presenta el siguiente cuadro.

DIMENSIONES DEL FANTASTICO

Familia y amigos

Al realizar el análisis del instrumento FANTASTICO se observó el comportamiento de cada una de las variables en ambas poblaciones, y se encontraron los siguientes datos: en la dimensión de Familia y Amigos “Casi siempre” 114 con 71.7% de la población participante los adultos mayores tienen con quien hablar de las cosas que son importantes para ellos y dan y reciben cariño con los que viven

Actividad física

Referente a la Actividad Física, se encontró que 103 adultos mayores “Casi siempre” con 64.6% de la población total realizan actividad física y suben escaleras; el 49% con un total de 78 adultos mayores por lo menos caminan durante 20 minutos, con un ritmo rápido 4 o más veces por semana y el 30.8% 48 participantes caminan de 1 a 3 veces por semana; el resto de los ciudadanos mayores camina menos de una vez por semana.

Nutrición

En la dimensión de la Alimentación de los adultos mayores expresaron que “a veces” es balanceada con el porcentaje mayoritario 47.7%, 71 adultos mayores; el 43.4% con 69 AM expresaron que su alimentación “casi siempre” es balanceada y el resto 11.9% “casi nunca”; 107 participantes 67.3% refirieron “algunas de éstas” el consumo a menudo azúcar, sal, comida chatarra o con grasa. Se encontró que 131 participantes con un 82.4% estuvieron en el peso ideal, 24 adultos mayores equivalente al 15.1% estuvieron con 5 a 8 kg mayor al peso promedio y 4 AM con el 2.5% con más de 8 kg pasados al peso ideal

Tabaquismo

El tabaquismo de los adultos mayores en la premisa “Yo fumo cigarrillos” 122 adultos mayores con 76.7% refirieron no haber fumado en los últimos 5 años, 26 AM con un 16.9% expresó haber fumado en este último año y en menor porcentaje 6.9% no lo ha hecho en este último año con un número total de cigarrillos del 0-10 por día.

Alcohol

Los datos arrojados en la dimensión de Alcoholismo de ambas poblaciones fue la siguiente: en la premisa “número promedio de tragos por semana es de” el 95% de los participantes contestaron de “0 a 7 tragos”, es decir 152 adultos mayores estuvieron este rango, el resto de la población tuvieron respuestas similares, el 2.5% de la población consume de 8 a 12 tragos y 1.9% más de 12 tragos. El 76.1% de la población refirieron “nunca” beber más de cuatro tragos en una misma ocasión.

Sueño y descanso

El sueño y el descanso de los adultos mayores para la población 1 y para la población 2 se encontró de la siguiente manera, el 49% con 78 ciudadanos refirieron “casi siempre” dormir bien y se sintieron descansados, el 36% “a veces” y el porcentaje menor 14.5% “casi nunca”. De la misma manera el 45.9% con 73 adultos mayores “casi siempre” se sienten capaces de manejar el estrés o la tensión en sus vidas.

Tipo de personalidad

Los datos arrojados en la dimensión de tipo de Personalidad en este trabajo de investigación fue la siguiente: “Parece que ando acelerado” la respuesta con mayor porcentaje 47.2% fue “Casi nunca” con 77 participantes, seguido de “algunas veces” 48.4% con 71 adultos mayores, y el porcentaje menor 6.9% “a menudo”. En esta misma categoría el 47.2% con 75 personas “nunca” se “sienten enojados o agresivos”, seguido de “casi siempre” con 45.3%.

Introspección.

Respecto a la Introspección de los ciudadanos de la tercera edad, el comportamiento de los datos arrojados fue la siguiente: respecto a la adopción de conductas positivas y optimistas ante las situaciones de la cotidianidad el porcentaje mayor se centró en “casi nunca” con 57.2% de los participantes que hacen un total de 91 adultos mayores, el 38.4% estuvo en “algunas veces” con 61 ciudadanos y el 4.4% “a menudo”. De la misma manera el porcentaje mayor en conductas relacionadas a emociones de tristeza y depresión de los ciudadanos adultos mayores la respuesta con mayor porcentaje fue en “casi siempre” con 73

adultos mayores lo que representa un 45.9% de la población total, seguido estuvo “a veces” con 43.4% con 69 personal y el 10.7% “casi nunca”.

Conducción al trabajo

En la dimensión Conducción al trabajo los adultos mayores expresaron sentirse satisfechos con las actividades y trabajos que realizan diariamente, la opción de respuesta “casi siempre” fue el porcentaje mayor con 78% es decir 124 personas en este rubro, el 19.5% “a veces” y el 2.5 con “casi nunca”.

Otras drogas

En la dimensión de otras drogas, los adultos mayores reportaron en el “Uso drogas como marihuana o cocaína” un porcentaje mayor con 81.9% en la escala de respuesta “casi nunca” con un total de 156 ciudadanos, el resto respondió “ocasionalmente” con 1.9%. Respecto a “uso excesivamente medicamentos que me indican sin receta médica” el 46.5% de la población contestó que “nunca” y el 37.7% “ocasionalmente” y 15.7% a menudo

CARACTERIZACION DE LOS DATOS DE ACUERDO AL FANTASTICO.

Tabla 6. Estilos de vida de las poblaciones rural y urbana, 2015.

Variable	Suburbana(n=59)		Urbana (n=100)	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Peligro	0	0	48	48.0
Malo	4	6.8	52	52.0
Regular	5	8.5	0	0
Bueno	33	55.9	0	0
Excelente	17	28.8	0	0
Total	59	100	100	100

Fuente: Instrumentos: Fantastico y de características sociodemográficos, Marzo-Septiembre 2015, Tarímbaro -Morelia Michoacán

Los resultados obtenidos de la variable estilos de vida de ambas poblaciones medido a través del instrumento FANTASTICO arrojó la información como se aprecia en la tabla No. 3; en la población rural, la dimensión con mayor porcentaje fue la de buen estilo de vida con un 55.9% seguido de la excelente con 28%, lo que indica que el estilo de vida en esta población oscila entre bueno a excelente, es decir existe una influencia adecuada - óptima para la salud. Fenómeno contrario ocurre en la población urbana ya que el porcentaje mayoritario es en la dimensión mal estilo de vida con 52% seguido de la dimensión peligro estilo de vida con un 48%, lo que indica que el estilo de vida de los adultos mayores de esta población presenta factores de riesgo con la variable estilos de vida. Se observa además que el comportamiento de χ^2 es de 0.000 con 4 grados de libertad.

MEDIAS DE LAS POBLACIONES.

En la siguiente tabla se presentan las medias para comparar ambas poblaciones.

Tabla 7. Media de la población rural y urbana.

DIMENSIÓN	POBLACIÓN RURAL		POBLACIÓN URBANA	
	\bar{X}	<i>DE</i>	\bar{X}	<i>DE</i>
Familia y amigos	1.64	.663	1.59	.683
Actividad física	1.61	.664	1.50	.704
Nutrición	1.14	.706	1.42	.638
Tabaco	1.68	.730	1.56	.770
Alcohol	1.92	.385	1.95	.261
Sueño y estrés	1.39	.766	1.32	.695
Tipo de personalidad	1.47	.626	1.38	.616
Introspección	1.44	.534	1.58	.606
Conducción al trabajo	1.63	.641	1.46	.717
Otras drogas	2	.000	1.97	.171

Fuente: Instrumentos: Fantastico y de características sociodemográficos, Marzo-Septiembre 2015, Tarímbaro -Morelia Michoacán

De las medias obtenidas de las poblaciones rural y urbana, se observó la mayor en la dimensión de Otras Drogas; la población rural con 2 (*DE*: .000) y la urbana con 1.97 (*DE*: .171), la relación entre el consumo de marihuana, cocaína, uso excesivo de remedios y uso de medicamentos sin receta, y el consumo de café y bebidas de cola, no fue de gran significancia. En este mismo cuadro la dimensión de nutrición refirió los siguientes datos: 1.14 para la rural (*DE*: 0.706) y 1.42 (*DE*: 0.638) para la urbana, lo que significa que la interacción no fue significativa entre la “alimentación balanceada” y “consumo de azúcar, sal, comida chatarra y comida con mucha grasa”.

Seguido estuvo la dimensión de Alcohol en la población rural con 1.92 (*DE*: 0.385) y la media de la urbana con 1.95 (*DE*: 0.261), debido a su inferioridad, indicó que existió mucha homogeneidad en ambas poblaciones entre “el promedio de tragos por semana”, “más de 4 tragos en una sola ocasión” y el “manejo del auto después de beber alcohol”. La media de la Dimensión de Familia y Amigos fue para la población rural 1.64 (*DE*: 0.663) y la urbana con 1.59 (*DE*: 0.683), la interacción no fue significativa entre la interacción que tienen los adultos mayores respecto a la comunicación con los integrantes del núcleo familiar. En Actividad física sucedió también la poca significancia entre las dos poblaciones, siendo la

media en la población rural de 1.61 (*DE*: 0.664) y la urbana de 1.50 (*DE*: 0.704), la interacción en esta dimensión es poco significativa en relación a la actividad física como: caminar, subir escaleras, el trabajo en casa; hacer el jardín, y el ejercicio en forma activa por 20 minutos, caminata, bicicleta y correr.

Del mismo modo no hubo significancia entre las comunidades respecto a las medias de la dimensión del Tabaco (Fumar cigarrillos), en la población rural se obtuvo una media de 1.68 (*DE*: 0.730) y la urbana de 1.56 (*DE*: 0.770). En sueño y estrés la media obtenida fue de 1.39 (*DE*: 0.766) para la primer población y en lo que respecta a la segunda la media fue de 1.32 (*DE*: 0.695) la significancia fue mínima entre “dormir bien y sentirse descansado y manejar el estrés y la tensión”. La media de la personalidad de los adultos mayores participantes en la investigación respecto a personalidad acelerada con sentimientos de enojo y agresión no fue significativa, la población rural con 1.47 (*DE*: 0.626) y la urbana con una media de 1.38 (*DE*: 0.616). En la Introspección (Adultos mayores con sentimientos de ser positivo y ser optimista o estar tenso y/o apretado) las medias fueron de la población rural 1.44 (*DE*: 0.534) y la urbana 1.58 (*DE*: 0.606), en el cual los resultados arrojados se mostraron con un comportamiento casi uniforme.

Por último, las medias observadas de los adultos mayores en la conducción al trabajo no fue significativa, la población rural (Media 1.63 y *DE*: 0.641) arrojó una media mayor respecto a la urbana, (Media 1.46 y *DE*: 0.717) referente al uso cotidiano del cinturón de seguridad al momento de abordar un automóvil y a la satisfacción con las actividades y/o en el trabajo.

TABLAS DE CONTINGENCIA DE ESTILOS DE VIDA CON LAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS.

Una tabla de contingencia está basada en el cálculo de porcentajes, el objetivo de esta técnica estadística es averiguar si las dos variables están relacionadas como es el caso de los Estilos de Vida y las variables sociodemográficas, y la manera de averiguarlo es mediante la distribución de porcentajes. Concretamente analizó si la distribución de porcentajes de una variable se repite por igual en las categorías de la otra variable, debido a que se estudia una variable en función de otra.

El interés en el análisis de tablas de contingencia para este trabajo de investigación reside en resumir la información contenida en la tabla midiendo la asociación entre las dos variables “nominales” y/o “ordinales” que forman la tabla, el cual resumen el contenido informativo recogida en cada una de las celdas que se derivan del cruce de las variables, una vez determinado el grado de asociación entre las dos variables, resta valorar si ésta es estadísticamente significativa, o lo que es lo mismo, si la asociación o relación arrojada por el estadístico elegido es atribuible a un error de muestro.

Tabla 8. Estilos de vida en relación con el estado civil de las poblaciones rural y urbana, 2015.

E. de vida	Población rural y urbana (n=159)			
	Soltero		Casado	
Estado civil	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Peligro	14	35	34	28.6
Malo	12	30	44	37
Regular	3	7.5	2	1.7
Bueno	7	17.5	26	21.8
Excelente	4	10	13	10.9
Total	40	100	119	100

Fuente: Instrumentos: Fantastico y de características sociodemográficos, Marzo-Septiembre 2015, Tarímbaro -Morelia Michoacán.

En la tabla 8 se puede apreciar que los adultos mayores solteros presentaron un estilo de vida con características de acuerdo al instrumento FANTASTICO consideradas como “peligro” con un 35% y un “mal” estilo de vida con el 30%, en lo que concierne a la población casada manifestaron los

participantes en el estudio “peligro” del estilo de vida en un 28.6%, lo cual indicó que el porcentaje fue mayor.

Tabla 9. Estilos de vida en relación con la escolaridad de las poblaciones rural y urbana, 2015.

E. de vida Escolaridad	Población rural y urbana (n=159)			
	De 1 a 6 años de estudio		De 7 a 17 años de estudio	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Peligro	32	27.1	16	12.4
Malo	35	29.7	21	14.4
Regular	5	4.2	0	0
Bueno	31	26.3	2	4.9
Excelente	15	12.7	2	4.9
Total	118	100	41	100

Fuente: Instrumentos: Fantástico y de características sociodemográficos, Marzo-Septiembre 2015, Tarímbaro -Morelia Michoacán

En la tabla número 9 se puede observar que los participantes en el rango de escolaridad de “1 a 6 años de estudio” presentaron un estilo de vida considerado Malo, con un 27.7% y los del rango de “7 a 17 años de estudio” presentaron un 14.4% en la dimensión de mal estilo de vida, con un Chi cuadrado de 0.004, lo que indica que las variables de esta tabla presentan dependencia.

Tabla 10. Estilos de vida en relación con la edad de las poblaciones rural y urbana, 2015.

E. de vida Edad	Población rural y urbana (n=159)			
	60-65 años		66-70 años	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Peligro	31	39.7	17	21
Malo	27	34.6	29	35.8
Regular	1	1.3	4	4.9
Bueno	12	15.4	21	25.9
Excelente	7	9	10	12.3
Total	78	100	81	100

Fuente: Instrumentos: Fantástico y de características sociodemográficos, Marzo-Septiembre 2015, Tarímbaro -Morelia Michoacán

En la tabla 10, que muestra los resultados de estilos de vida y la relación con la edad, los participantes en esta investigación, en el rango de 60 a 65 años de edad, los adultos mayores presentaron características de peligro en el estilo de vida en un 39.7% y los adultos mayores en el rango de 66 a 70 años de edad

presentaron un 35.8%, lo cual se observa que fue el mayor porcentaje, ubicados en la categoría mal estilo de vida.

Tabla 11. Estilos de vida en relación con ocupación de las poblaciones rural y urbana, 2015.

E. de vida Ocupación	Población rural y urbana (n=159)			
	Ama de casa/campesino		Otros	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Peligro	42	29.4	6	37.5
Malo	48	33.6	8	50
Regular	5	3.5	0	0
Bueno	31	21.7	2	12.5
Excelente	17	11.9	0	0
Total	143	100	16	100

Fuente: Instrumentos: Fantástico y de características sociodemográficos, Marzo-Septiembre 2015, Tarímbaro -Morelia Michoacán.

En la tabla 11 se puede apreciar que los adultos mayores clasificados en el grupo de “ama de casa para mujeres y campesinos para los hombres” presentaron características clasificados en la dimensión “mal” estilo de vida con 33.6%, y el 50% de personas adultas mayores en el grupo de “otras ocupaciones (oficios-profesional)” la clasificación fue en estilo de vida malo, lo cual indicó que el comportamiento de los estilos de vida fue “malo” para las ocupaciones contempladas en el presente trabajo.

Tabla 12. Estilos de vida en relación con religión de las poblaciones rural y urbana, 2015.

E. de vida Religión	Población rural y urbana (n=159)			
	Católica		Otra	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Peligro	44	31.9	4	19
Malo	41	29.7	15	71.4
Regular	4	2.9	1	4.8
Bueno	32	23.2	1	4.8
Excelente	17	12.3	0	0
Total	138	100	21	100

Fuente: Instrumentos: Fantástico y de características sociodemográficos, Marzo-Septiembre 2015, Tarímbaro -Morelia Michoacán

En la tabla 12 se puede observar la relación que existe entre la variable estilo de vida y religión, los participantes cuya religión fue católica, el 31.9% de la

población presentó características de peligro en el estilo de vida, mientras que los participantes de otras religiones estuvieron en la dimensión de mal estilo de vida con un 71.4 % con presencia de Chi cuadrado de 0.003, con 4 grados de libertad, el cual muestra que ambas variables son dependientes entre sí.

VII. DISCUSIÓN

Los estilos de vida en el adulto mayor indican el patrón de comportamiento identificables que pueden tener un efecto sobre la salud de un individuo y se relacionan con varios factores que reflejan las actitudes, valores y comportamientos en la vida de una persona, (Canadian Society for Exercise Physical: Fitness and Lifestyle Appraisal, 2003), su importancia radica en que los comportamientos y hábitos de vida condicionan no sólo la salud sino la conducta personal frente al binomio salud-enfermedad.

Los estilos de vida saludables por tanto llevan a la adopción de una conducta de la promoción de la salud (Osorio, 2010); sin embargo, hoy en día, en la mayoría de la población se observa con frecuencia factores de riesgo como el sedentarismo, el estrés, la mal nutrición, el exceso de consumo de alcohol, el tabaquismo, el uso de sustancias psicoactivas, violencia intrafamiliar y social; determinan negativamente el fomento de estilos de vida saludables (García, 2012) que son características identificables para este estudio, contemplados en las 10 dimensiones del FANTASTICO.

Respecto a la dimensión de Familia y amigos, la fisonomía social de la familia ha cambiado considerablemente en los últimos años, como lo refiere Toledo (2014), sin embargo el fin primario de la misma en cuanto a ser el elemento natural y fundamental de la sociedad, constituyendo el principal sistema del apoyo informal primario para el adulto mayor, sigue vigente. En éste sentido, y de acuerdo a los resultados, se observa que un porcentaje considerable de los adultos mayores estudiados, reconocen en su familia y amigos, el tejido social natural que le hacen percibirse como una persona valorada, valiosa y en la cual, como lo menciona Solís (2014) percibe un trato cálido e impregnado de respeto y afecto, actitudes y sentimientos que favorecen un estilo de vida saludable.

De acuerdo a los postulados de Pender (2011), el éxito de los modelos se basa en algunos supuestos que propone McEwen&Wills (2011), entre los que destaca en que las personas intentan crear las condiciones óptimas de vida y reconocer sus fortalezas, que en éste caso, se sustentan en la familia y amigos.

Respecto a la actividad física, la amplia gama de actividades que realizan los adultos mayores constituyen la satisfacción de una necesidad corporal básica de acuerdo a Fajardo Camagüey y Socarrás Ramírez, (2011), de acuerdo a los resultados obtenidos en el presente estudio se puede apreciar que aproximadamente la mitad de la población encuestada realizan actividades tales como la caminata en forma regular y rítmica de los adultos mayores por los menos 20 minutos por semana, la realización de actividades de jardinería, tareas domésticas y ejercitamiento como el baile, como lo cita el INAPAM (2010), que éste último se considera un tipo de actividad física que requiere de movimientos corporales planificados, estructurados y repetitivos, con el propósito de mejorar o mantener uno o más aspectos de la salud física de tal manera que el tiempo libre se volverá menos agotador y se disfrutará más las actividad a medida que la capacidad de desempeño aumente.

Como lo señala la OMS (2014) las actividades recreativas de ocio, paseos juegos, deportes o ejercicios programados en el contexto de las actividades diarias, familiares y comunitarias mejoran las funciones fisiológicas, psicológicas y sociales; en este sentido Barriopedro M., y Eraña I., Mallo (2013). Zamora (2013) expresan que los ciudadanos de la tercera edad tienen la oportunidad de participar en actividades físicas, Independientemente de su edad y limitaciones socioeconómicas y/o físicas, únicamente la supervisión y la orientación debe prevalecer lo comenta Chávez Samperio, Jorge (2010).

Así mismo, la nutrición visto como el proceso biológico en el que se proporciona al ser humano los nutrientes esenciales para la vida, necesarios para el funcionamiento homeostático, tiene la relación directa entre los alimentos consumidos por el hombre y la salud y/o la aparición de enfermedades lo expresa la OMS (2012) por lo que debe incluir un equilibrio entre necesidades dietéticas del organismo y una dieta suficiente y equilibrada, en este sentido, y de acuerdo a los resultados de este estudio se apreció que un porcentaje importante de los adultos mayores en ambas poblaciones muy pocas veces mantienen una alimentación balanceada, ya que menudo consumen azúcar, sal y alimentos con grasas; haciendo referencia a lo anterior Rodríguez Daza (2011) sugiere que la

alimentación influye directamente la prevención o en su defecto aparición de numerosas enfermedades e incapacidades frecuentes en las personas de la tercera edad.

La Organización Panamericana de la Salud (2011) plantea que la malnutrición es uno de los problemas clínicos más frecuentes entre la población de la tercera edad, y por otra parte Rodríguez Daza (2011) menciona que los déficits de alimentación se generan por dificultades en actividades de la vida diaria, traducidas en una digestión dificultosa y en la reducción del metabolismo de ciertos nutrientes en el estómago y el intestino delgado; pérdida de piezas dentales, que originan un problema considerable en la digestión de los alimentos, disminución de los movimientos esofágicos, reducción de la capacidad para secretar enzimas digestivas, atrofia de la mucosa gastrointestinal, disminución del tono muscular.

Respecto a la categoría de Tabaco, Alcohol y drogas; la Organización Mundial de la Salud (2014) comenta que a nivel mundial ha surgido un problema de gran magnitud para la salud pública el denominado Síndrome de dependencia del alcohol, tabaco y drogas para los adultos mayores, por la inclusión de diversas repercusiones en la conducta de este grupo etáreo lo menciona Tomás M (2011).

Actualmente los adultos mayores han adoptado conductas agobiantes para el mantenimiento de estilos de vida saludables para esta etapa de vida; los cuales que incluyen el trastorno por ingesta del alcohol y el trastorno por el abuso de alcohol lo expresa Alvarado Cervantes (2015), siguiendo esta línea de enunciados y acorde a los resultados, en ambos grupos de estudio el porcentaje mayoritario de adultos mayores estudiados consumen un número bajo de tragos de alcohol por semana; opuesto a lo citado en la Encuesta Nacional de Salud (2009-2010), en el que expone que los adultos mayores de 65 años tienen un consumo de 2,72 días promedio a la semana, y que han bebido la última semana, el cual es significativamente superior a los otros grupos de edad (Tomás M, 2011).

Tabaco

En las últimas décadas ha evolucionado en gran medida el hábito del tabaquismo, por su representación a la dependencia física a la nicotina; con el

paso del tiempo los adultos mayores fumadores han ido fortaleciendo estas actitudes por recibir estímulos sociales, comportamentales o culturales que refuerzan este hábito lo expresa Silvia Bentolila (2012), ya que por lo general, esta actitud ha estado presente en la mayoría de las civilizaciones como un factor integrador de los valores y del comportamiento humano. De acuerdo a los resultados de este trabajo se observa que una parte considerable de la población es consumidor de tabaco, ya que alguna vez en su vida ha consumido tabaco.

Drogas.

La tendencia actual de los adultos mayores hacia el fenómeno de policonsumo simultáneo de sustancias psicoactivas ha tenido modificaciones en sistema social lo expresa Torres (2012) ya que la adquisición de este hábito en los ciudadanos de la tercera edad ha preocupado a los países sobre este fenómeno por la ingesta de drogas ilícitas. Y en este sentido, acorde a los resultados se aprecia que una parte de la población participante rara vez sostiene este hábito en su hogar, únicamente consumen en gran magnitud medicamentos, así como el uso excesivos de remedios que se pueden adquirir sin prescripción; tal y como se expuso en el Informe Mundial sobre las Drogas (2014) a nivel mundial es alarmante porque un número importante de adultos mayores sufren por el consumo de drogas debido a la toxicidad para el cuerpo humano, así como las implicaciones familiares, sociales y legales; del mismo modo enfatiza el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (2015) que el uso de cualquier estimulante perjudica los sistemas respiratorio, circulatorio, metabólico y sobre todo el sistema nervioso central, ocasionando no solo negativas consecuencias para la salud y seguridad pública, sino para la sociedad en general.

De acuerdo al primer postulado de Pender (2011) Aristizábal Hoyos menciona la importancia de los procesos cognitivos en el cambio de conducta para el adulto mayor e incorpora aspectos cognitivo - conductual, para que reconozca los factores psicológicos personales que influyen en sus comportamientos y en este mismo sentido interviene Marc Lalonde (2010) con la promoción de la salud, ya que juega un papel fundamental dentro de las políticas públicas saludables, originadas a partir del campo de la salud.

El la dimensión del descanso y sueño, se denomina como es un estado biológico y conductual que obedece a un ritmo circadiano y que ocurre cada 24 horas cuya utilidad es sincronizar la conducta y los estados corporales a los cambios de entorno, las fluctuaciones de la luz y la oscuridad y ritmos endócrinos lo expresa Garrido Álvarez (2012); al envejecer las fases del sueño profundo son menores y el adulto mayor despierta con mayor frecuencia comenta Salazar (2011) que puede provocar varios síntomas, incluyendo pérdida de la memoria a corto plazo, reducción de la capacidad de la atención, disminución de la coordinación motora, disminución de la capacidad para adaptarse, irritabilidad y síntomas neurológicos, lo que da paso a la aparición de problemas relacionados con la oxigenación. De acuerdo a lo antes mencionado y en este mismo, acorde a los resultados de los adultos mayores encuestados la mitad de los participantes mantienen condiciones óptimas en cantidad y la calidad del sueño; sólo se modifican por las variadas condiciones de estrés sufridas durante la vigilia.

Fernández Rodríguez (2012) comenta que las horas destinadas al sueño son importantes para la salud y el bienestar del ser humano que tienen efecto directo en los estilos de vida, por ello Aristizábal Hoyos (2011) comenta que los resultados conductuales de los adultos mayores a través del Modelo de Pender reflejan experiencias individuales así como los afectos en salud.

El tipo de personalidad/Introspección y conducción de los adultos mayores, engloba el conocimiento acerca de los aspectos que forman la personalidad de los adultos mayores ha sido un punto de partida para evaluar las características estructurales y dinámicas individuales, que reflejan respuestas específicas ante diferentes situaciones, tales como enojo, agresividad, pasividad, conductas de tristeza y felicidad con las actividades del día a día, lo expresa Serodino (2014), y se caracteriza por ser un periodo de grandes cambios en todas las áreas de funcionamiento lo explica Benavides Argoti (2015). En este mismo contexto, y acorde a los resultados de los ciudadanos de la tercera edad encuestados, la mitad de la población a menudo presenta emociones de enojo, ansiedad y enojo ante las circunstancias de sus vidas; y el otro 50% de la población mostraron sentimientos de tristeza y depresión, por lo que adoptan expresiones de tensión y

agresividad, y por lo cual, como lo expresa Ornela (2014) estos rasgos han dado origen a numerosos enfoques de tipos de personalidad.

De acuerdo al Colegio Oficial de Psicólogos y a Rodríguez y Valderrama (2010) la vejez vista desde una perspectiva biológica - mental, se ve inmersa en conductas con realce en la dimensión cognitiva por la complejidad social, control personal y satisfacción en la vida, aunado a lo anterior Carpio, Laurencio y Vergara (2011) sugieren que las conductas de salud del ser humano en cualquier etapa de la vida, merece preservar o incrementar el nivel de bienestar con soporte en el sustento filosófico del MPS de Nola Pender ya que permite conocer las razones e intereses de las personas para adoptar conductas saludables entre los que destaca las actividades reductoras de estrés y descanso.

Para el personal de Enfermería, la promoción de la salud y prevención de enfermedades mediante el mantenimiento de estilos de vida saludable deben ser un tema prioritario en la atención - promoción de la salud necesaria para mejorar la vida y el bienestar de las poblaciones de todas las edades, en muchos entornos de atención sanitaria. La promoción de la salud puede estar orientada a las personas, grupos específicos, las familias, las poblaciones de la salud o de la comunidad en su conjunto (Mc Ewen & Wills, 2011). A través de la educación y el desarrollo de hábitos y estilos de vida saludables, las enfermeras pueden infundir empoderamiento y autocuidado responsabilidades a las personas y grupos que se mueven hacia una mayor capacidad para el autocuidado y la vida productiva con fundamento en la Teoría de Nola Pender.

La teórica estadounidense Pender (2011) establece que el propósito de su Modelo de Promoción de la Salud es el de "ayudar a las enfermeras en la comprensión de los principales determinantes de los comportamientos de salud como base para el asesoramiento del comportamiento para promover estilos de vida saludables." Uno de los supuestos de Pender en su modelo es que las enfermeras pueden ejercer una influencia en los pacientes que pueden durar toda la vida.

Nola Pender trató de influir en los comportamientos que promueven la salud a través de la motivación positiva y su modelo se utiliza ampliamente como un

marco para la investigación dirigida a predecir la promoción de la salud estilo de vida (Mc Ewen & Wills , 2011), ésta no se limita a una persona, pero interactivo con el medio ambiente con influencia cultural y social dentro de la comunidad. Debido a esta influencia del medio ambiente los comportamientos que pueden impedir el éxito deben ser atendidos. El papel de la enfermería es integral dentro de la comunidad en general así como la de sus adultos mayores y sus componentes individuales (Teresa Corbo, 2011), por lo que es de gran trascendencia el reconocer, de acuerdo a los resultados, los componentes individuales del estilo de vida que aplican los adultos mayores estudiados, y generar estrategias de intervención de enfermería con una visión holística de las personas, sobre todo de los adultos mayores.

De acuerdo a la problemática actual sobre el envejecimiento poblacional en el que se encuentra México, el gobierno ha tomado la iniciativa de participar en Programas con enfoque preventivo, en donde se ha fomentado la educación hacia la adopción de estilos de vida saludables en los adultos mayores; y se ha sumado al gran reto de la Estrategia Mundial sobre Alimentación Saludable, Actividad Física y Salud para la prevención de enfermedades crónicas, emitida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2004 (OMS, 2008), sin embargo, se requiere mucho más, es decir el esfuerzo de los profesionales de la Salud (Programa de Escuela y Salud, 2010).

Las consecuencias derivadas de los padecimientos crónicos degenerativos son el resultado de procesos iniciados varias décadas atrás, su historia puede ser modificada con intervenciones que cambien el rumbo clínico. Dentro de los programas de atención al adulto mayor Programa de Atención al Envejecimiento la encuesta SABE en el 2010 reporta que existe falta de sensibilización y educación de todos los sectores hacia la creación de una cultura de envejecimiento y saludable así como la no actualización técnica y normativa, deficiente abasto de guías y manuales para la detección de los estilos de vida en el adulto mayor. En la población, no existen mecanismos efectivos para garantizar la adherencia terapéutica y cambios de conducta en los pacientes, sus familias, la comunidad y la sociedad en su conjunto, y en el presente estudio se apreció algo muy similar ya

que estilos de vida de ambas poblaciones; para la población 1 osciló en la dimensión de buen estilo de vida con influencia adecuada - óptima para la salud, y en este sentido, de acuerdo a un estudio realizado en Colombia, Treviño, Dosman y Uribe (2010) expresan que el estudio realizado en su población adulta más de la mitad de su población se centran en la dimensión de buen estilo de vida,

Fenómeno contrario ocurrió en la población 2 de este estudio ya que el porcentaje mayoritario fue en la dimensión mal a regular estilo de vida lo que indicó que el estilo de vida de los adultos mayores de esta población presentaron factores de riesgo con la variable estilos de vida, muy semejante a un estudio realizado por Ferrel, Ortiz y Forero (2014) en donde los participantes de esta población se encontraron distribuidos en la zona de peligro y algo bajo el estilo de vida.

La Secretaria de Salud en el año 2000 muestra en sus estadísticas que existe la insuficiencia y falta de continuidad en las campañas de comunicación social para fomentar las medidas preventivas que conllevan a un envejecimiento activo mediante prácticas de estilos de vida saludables. Por otra parte se menciona que los programas en beneficio a los estilos de vida saludable en los adultos mayores no han tenido impacto debido a las siguientes limitaciones: la falta de recursos lo que incluye personal de salud debidamente capacitado, módulos de atención gerontológica en el primer nivel de atención e instauración de Centros de día de Atención para el Envejecimiento, complementados con atención domiciliaria; en el presente estudio ambas poblaciones se sitúan en las dimensiones bajas y regular y mal estilo de vida, lo que significa que falta implementar medidas encaminadas a mejorar las prácticas saludables de los ciudadanos de la tercera edad.

Mediante la evaluación de comportamientos que mejoran o crean riesgos para la salud que están relacionados con los patrones de consumo del individuo en su alimentación, de tabaco, así como con el desarrollo o no de actividad física, los riesgos del ocio en especial el consumo de alcohol, drogas y otras actividades relacionadas y el riesgo ocupacional. Los cuales a su vez son considerados como factores de riesgo o de protección, dependiendo del comportamiento, de

enfermedades transmisibles como de las no transmisibles (Diabetes, Enfermedades Cardiovasculares, Cáncer, entre otras) (OPS, 2012).

Respecto a la edad, el promedio se encuentra en el rango de 66- a 70 años de edad para en ambos sexos para la población rural, y de 60 a 65 años para la población urbana; lo es acorde a lo expresado en la Encuesta SABE en el 2010 en el Estado de Michoacán se tiene una distribución de los adultos mayores de entre 60 y 69 años, lo que de acuerdo a clasificaciones de índole geronto-geriátricas determinan que la mayor parte de las personas adultas mayores de la entidad sean consideradas como “jóvenes.

De acuerdo con las variables sociodemográficas, la escolaridad de los Adultos mayores de este estudio el 93.8% de la población rural solo tiene estudios de 1 a 6 años y la población urbana el 63% de los adultos mayores han cursado el tiempo antes mencionado en una escuela con estudios básicos, lo cual es acorde a lo que menciona el Instituto Nacional para la Educación de los Adultos (INEA) entre 2002 y 2007 esta cobertura se incrementó en 53 por ciento y el porcentaje de personas adultas mayores logró concluir algún nivel de la educación básica en esta Institución, se incrementó en 59 por ciento.(INAPAM, Encuesta SABE, 2010).

A este respecto, el Modelo Educación para la Vida y el Trabajo (MEVyT) que institucionalmente se ofrece en el país, combina la promoción de una cultura para el envejecimiento con dignidad, y la atención en alfabetización, primaria. En este contexto las acciones brindadas por el Instituto Nacional para la educación de las personas adultas corresponden a la promoción de la igualdad de oportunidades y de acceso a la educación desde la perspectiva ya mencionada. Durante los últimos seis años, la tarea del INEA para con los adultos mayores, se caracteriza por un aumento sostenido en la cobertura y por un esfuerzo creciente, sobre todo en los dos últimos años, para llevar a la conclusión de sus estudios a las personas que participaron en los servicios educativos.

Haciendo referencia al estado civil de los adultos mayores participantes en este estudio, en ambas poblaciones el resultado fueron casados, en la población rural con el 76.3% y la urbana con 74%, estas cifras difieren a las arrojadas en el

2010 por la Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento de Michoacán, en el que se muestra la compañía en la vivienda, se encuentra una prevalencia de 76.5% donde los adultos mayores refieren vivir solos.

La ocupación de los adultos mayores participantes en el presente trabajo fue similar en ambas poblaciones; ama de casa / campesino con 96.6% en la población rural y en la urbana 86%, lo cual difiere a los resultados obtenidos en el Censo de Población del 2010 en el estado de Michoacán, la distribución porcentual de la población en el trabajo, el 64% se situaba como trabajadores asalariados, 27.6% trabajos por cuenta propia, el 3.4% trabajadores sin pago y el 2.9% fueron empleadores (INEGI. 2010). Además la Encuesta SABE identificó que en el Estado de Michoacán el 64.9% de los adultos mayores elaboran manualidades por lo menos una vez por semana, como actividad de entretenimiento, actividad más frecuente en el género femenino.

Dando continuidad a las variables sociodemográficas, en lo que respecta a la religión, los resultados observados en ambas poblaciones fueron muy parecidas, el 96.6% de la población rural profesan la religión católica y el 81% en la urbana, lo cual es muy similar a lo que describe el Censo de Población y Vivienda en el año 2010, el 92.6 de la población michoacana es adepta a esta misma religión; La religión católica sigue siendo la que cuenta con mayor número de seguidores.

Con el fin de dar repuesta al objetivo de “reconocer los estilos de vida de los adultos mayores en una comunidad suburbana, de acuerdo a las categorías del instrumento FANTASTICO” y “comparar los niveles de estilo de vida que determina el instrumento FANTASTICO en ambas poblaciones”. Se aprecia el resultado del comportamiento de la variable estilos de vida; el cual, en la población rural la dimensión con mayor porcentaje fue la de buen “estilo de vida” con un 55.9% seguido de la excelente con 28%, lo que indica que el estilo de vida en esta población oscila entre bueno a excelente, es decir, existe una influencia adecuada - óptima la salud de los adultos mayores, lo que es muy similar al estudio realizado por Treviño Lisbeth Patricia y Dosman Viviana Andrea titulado “Estudio del estilo de vida y su relación con factores de riesgo de síndrome metabólico en adultos de

mediana edad”, el cual describe la prevalencia de 54.9% en hombres y 56.5% mujeres con calificación de “buen estilo de vida”, seguido de “excelente estilo de vida” con 35.5% y 23.9% respectivamente, $p < 0,05$. No se encontraron con personas con puntuaciones menores a 60, los cuales indican que el estilo de vida de los encuestados, presenta compromiso importante, según la escala de clasificación del instrumento antes mencionado.

Se necesita implementar una cultura de organización que favorezca la práctica de los cuidados de enfermería en el primer nivel de atención, donde se seleccionen prioridades, elaboración de políticas en beneficio de los adultos mayores; selección de personal de excelente formación con conocimientos de geronto-geriátrica con capacidad para el desarrollo e implementación de nuevos modelos para guiar la práctica de enfermería; lo anterior sustentados en un marco conceptual que constituya la parte medular de la práctica de enfermería, que coadyuve en la formación y capacitación de los recursos humanos para garantizar la calidad de atención a este grupo de población, mediante la capacitación y asesoría al cuidador primario y la familia en aspectos de rehabilitación, promoción de estilos de vida saludables y promoción hacia la mayor independencia del adulto mayor (Instituto Mexicano del Seguro Social, 2015).

Con la profesionalización, la enfermera ha desarrollado competencias para facilitar en la comunidad la implementación de estrategias utilizando el método científico aplicado en el proceso enfermero, que consta de cinco etapas. Al valorar el estado de salud de los pacientes y su respuesta, el personal de enfermería ha logrado identificar los problemas de salud reales o potenciales de los adultos mayores, estableciendo diagnósticos de enfermería, apoyándose en teorías y modelos de enfermería que recogen sistemáticamente las respuestas y las necesidades humanas. La Comisión Permanente de Enfermería, al enfrentar el desafío de la compleja dinámica del cuidado, implementa en la atención de enfermería con los planes de Cuidado de Enfermería Estandarizados (PLACE), instrumento que sirve para documentar y comunicar la situación del paciente, los resultados que se esperan, las estrategias, las indicaciones, las intervenciones y la evaluación (Echeverría Martínez, J., 2013).

De acuerdo al estudio realizado por Rodríguez Moctezuma Raymundo “Validez y consistencia del instrumento FANTASTICO para medir estilo de vida en diabéticos” en el 2003 en la Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, se apreció la mediana de la calificación global del estilo de vida fue de 71 puntos para hombres y mujeres en la escala de 100 puntos, lo que es muy similar al estudio al respecto, se cataloga en la dimensión IV “buen estilo de vida” (Rodríguez Moctezuma Raymundo, 2003).

Un estudio reciente realizado en Brasil “Brazilian Version of a Lifestyle Questionnaire”, con 64 sujetos de estudio, se encontró que 21% presentaban mal estilo de vida, 61% regular estilo de vida, mientras que el 18% restante mostraban excelente estilo de vida (Rodríguez CR, Reis RS, Petroski EL, 2008) , lo que es muy similar a los resultados obtenidos en este estudio, observándose lo siguiente: en la población rural, la dimensión con mayor porcentaje fue la de buen estilo de vida con un 55.9%, donde se da de manifiesto que el estilo de vida en esta población oscila entre bueno a excelente con una influencia adecuada - óptima para la salud. Acontecimiento contrario ocurrió en la población urbana, el porcentaje mayoritario fue en la dimensión mal estilo de vida con 52%, lo que indica que el estilo de vida de los adultos mayores de esta población presenta varios factores de riesgo.

Fenómeno contrario ocurrió en la población urbana, el porcentaje mayoritario fue en la dimensión “mal estilo de vida” con 52% seguido de la dimensión “peligro en el estilo de vida” con un 48%, muestra que el estilo de vida de los adultos mayores de esta población presenta varios factores de riesgo que ponen en “peligro” la variable estilos de vida, lo que es muy similar al resultado el reportado en el estudio realizado por Ferrel Ortega, Fernando Robert, Et. Al., en 2014 “Estilos de vida y factores sociodemográficos asociados a los habitantes del Distrito de Santa Marta Colombia” en Santa Marta Colombia, se encontraron 93 sujetos participantes en el estudio distribuidos en “la zona de peligro” 60% y en el nivel “Algo Bajo” 30%.

Con lo anterior, resalta que las categorías de los estilos de vida ponen en manifiesto el estado de salud de los adultos mayores en el último mes, y existe

relación directa con lo que la teórica en Enfermería Nola Pender a través de su Modelo de Promoción a la Salud, el cual, es una poderosa herramienta eficaz por las(os) enfermeras(os) utilizada para comprender y promover las actitudes, motivaciones y acciones de las personas particularmente a partir del concepto de autoeficacia, el cual es utilizado para valorar la pertinencia de las intervenciones y las exploraciones realizadas en torno al mismo, en la búsqueda de prácticas saludables, para lograr en los ciudadanos la determinación positiva de su propia salud.

VIII.- CONCLUSIONES

El Modelo de Promoción a la salud de la teórica Nola Pender es una herramienta muy útil, utilizada actualmente por los profesionales de Enfermería en la búsqueda de cambios positivos en los estilos de vida para las personas de la tercera edad, especialmente para comprender, promover las actitudes, motivaciones y acciones de los adultos mayores, a partir del concepto de autoeficacia para mantener una influencia positiva y óptima para la salud.

Al observar las características de los estilos de vida del adulto mayor mediante las variables que contempla el Instrumento FANTASTICO, se pudo observar que los adultos mayores para ambas poblaciones tienen afección en los estilos de vida, respecto a la Nutrición, Descanso y Sueño, Tipo de Personalidad e Introspección.

Al analizar características de los estilos de vida del adulto mayor en el último mes en las dos poblaciones de Michoacán, se observó el comportamiento de las diferentes características sociodemográficas de los participantes de ambas poblaciones.

Lo que fue notable, en el estado civil, en ambas poblaciones el mayor porcentaje de los participantes fueron casados, con una escolaridad de 1 a 6 años de estudio; donde la ocupación más predominante fue de campesinos en los hombres y amas de casa para las mujeres.

Dato distinguido en la edad de los adultos mayores participantes en el presente trabajo fue, el contraste en el rango de cada población, en la población suburbana estuvo en el rango de 66 a 70 años y en urbana 60 y 65 años.

Al realizar la comparación de los niveles de estilo de vida que determina el instrumento FANTASTICO en ambas poblaciones, se obtuvo información importante que dio respuesta a lo planteado. En la población rural, la dimensión con mayor porcentaje fue la de buen estilo de vida, donde se pone en manifiesto que el estilo de vida presenta factores importantes que conducen a mantener un equilibrio en salud, es decir, un número importante de participantes se les clasificó en la categoría que oscila entre bueno a excelente con una influencia adecuada. Fenómeno contrario ocurrió en la población urbana, los participantes con mayor

puntaje se clasificaron en la dimensión mal estilo de vida, lo que indica que el estilo de vida de los adultos mayores de esta población se encuentra con un número importante de riesgos.

Los estilos de vida de los adultos mayores en ambas poblaciones se encuentran en categorías con un contraste muy notable, de acuerdo a uno de los supuestos de la teórica de sustento científico a esta investigación, en el que describe: la experiencia y el comportamiento de los adultos mayores permite evaluar la posibilidad de cambio ya sea negativo u positivo al respecto; es decir, permite favorecer el envejecimiento activo: mediante el logro que los adultos mayores sean capaces de ser autónomos e independientes para la adopción de conductas saludables. Por lo tanto la función de Enfermería se centra en la educación del adulto mayor, que debe incluir la promoción de estilos de vida saludables y el tratamiento de las condiciones que afectan negativamente la salud: ambientales y socioeconómicas; para romper el ciclo que genera enfermedades crónicas, degenerativas, discapacidad y dependencia (Juárez Badillo, Dalia 2012).

Los factores personales juegan un papel importante, ya que identifica comportamientos que necesitan ajustes con el fin de obtener los resultados deseados. Además se identifican patrones que son beneficiosos, los puntos fuertes y débiles son una gran manera de crear una plataforma para formular un plan de acción que compete a los profesionales en salud (Aristizábal Hoyos, Gladis Patricia 2011).

El envejecimiento activo y saludable por tanto se refiere a la capacidad de las personas de adaptarse a los cambios que son parte del envejecimiento; es decir, se envejece activamente en la medida en que se tiene la fuerza, la energía y los recursos necesarios para adaptarse a los cambios que van ocurriendo (Sims, Kerse, y Long, 2000 citados por Juárez Badillo, Dalia 2012), los pilares de este proceso son: la funcionalidad del adulto mayor y la promoción en salud, con múltiples beneficios para ellos: ya que al incrementarse la actividad física; incrementan el autocuidado y la capacidad de desarrollar sus actividades en forma independiente; aumentan los contactos sociales y previenen uno de los síndromes geriátricos más frecuentes, especialmente en mujeres, que son las caídas.

Finalmente, disminuyen la institucionalización, que es un gran problema en la tercera edad (Juárez Badillo, Dalia 2012).

Es importante mencionar que durante la realización de la encuesta FANTASTICO, se encontró en repetidas ocasiones al adulto mayor con diferentes reacciones alusivas a la interrupción de su integridad personal con diversos comportamientos tales como; llanto, tristeza, depresión, fragilidad, expresiones y reacciones sobre abandono. Los adultos mayores, dieron a conocer las respuestas al momento del desarrollo de cada una de las preguntas, éstas se realizaron una a la vez, en el cual el investigador leía la pregunta y daba opciones de respuesta en tono grave, claro y pausado para evitar confusión y/o comprensión errónea al momento de la lectura.

IX.- SUGERENCIAS

Es importante realizar estudios que generen conocimiento en la disciplina Enfermera, con el fin de incursionar en el cuidado de ciudadanos, y de los adultos mayores, para proteger y promover su salud mediante la adopción de estilos de vida saludables y patrones de conducta benéficos a la salud.

Realizar estudios transversales para identificar la realidad de las poblaciones urbanas y suburbanas con el propósito de identificar patrones adquiridos para el mantenimiento o la terminación de conductas de estilos de vida saludables, y así incursionar en la utilización del Modelo de Promoción de la Salud de la teórica Nola Pender, para identificar, qué factores individuales y ambientales facilitan o impiden la práctica de estilos de vida saludables, en especial lo recomendado por los profesionales de la salud.

Al desarrollar programas de promoción de la salud es necesario retomar el uso de las teóricas en la Investigación de enfermería para fortalecer los fundamentos teóricos, que guíen la práctica de estilos de vida saludables, con el fin expandir el potencial positivo de la salud más que la simple evasión de la enfermedad.

Vinculación de instituciones educativas y asistenciales para reforzar el uso de la cartilla y programas de salud para el fomento de estilos saludables mediante la promoción de la salud, especialmente en grupos vulnerables como son los adultos mayores.

Promoción de la salud para el empoderamiento de los adultos mayores en su nutrición mediante estrategias que involucren a la familia y/o comunidad para el fortalecimiento de conductas protectoras para la salud.

El profesional de Enfermería requiere contar con herramientas de apoyo Tanatología y Psicología PARA EL CUIDADO INTEGRAL del adulto mayor, ya que al interactuar con ellos, expresan sus emociones, temores, inquietudes y conductas que afectan su integridad personal.

También resulta conveniente tener conocimientos acerca de programas sociales como el DIF, SEDESOL, INAPAM para que el personal de Enfermería

oriente adecuadamente sobre políticas de protección, seguridad, respeto y derecho de las personas de la tercera edad.

Continuar realizando estudios de investigación que nos permitan conocer entornos del adulto mayor y permita realizar estrategias enfocados a los etilos de vida y conductas saludables del adulto mayor.

X. BIBLIOGRAFÍA

Alvarado García, Alejandra María, Salazar Maya, Ángela María (2014). *Análisis del concepto de envejecimiento. Aging concept analysis*. Gerokomos vol.25 no.2 10.4321/S1134-928X2014000200002, (Recuperado el 13 de junio de 2016). Disponible en:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X201400002

Andersson B, Chalasani S, Ghorayeb F, Kaidbey M, Herrmann M, Schensul D, Wong S. (2010). *Los Adolescentes, Los Jóvenes Y La Transformación Del Futuro, México*. México: Boletín Gubernamental. [Fecha de consulta: 10 Octubre 2012]. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n22/pdf/506.pdf>

Anzola-Pérez, E.; Galinsky, D.; Morales, M.F.; Salas, A. Y Sánchez, M. (1994). *La Atención De Los Ancianos: Un Desafío Para Los Años Noventa*. Publicación Científica 546. Organización Panamericana De La Salud. [Fecha de consulta: 15 Octubre 2012]. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v12n2/art07.pdf>.

Arango-Cardona, Doris; Estrada-Restrepo, Alejandro y Chavarriaga-Maya, Lina (2008). *Apoyo social dignificante del adulto mayor*. *Rev. Salud pública CES-Medellin*, Vol.1, 1-5. [Fecha de consulta: 07 Septiembre 2014]. Disponible en: file:///C:/Users/Lore/Downloads/Art%C3%ADculo_TipoC_Psicolog%C3%ADaConductual.pdf

Argomaniz-Alutiz, Juana (2009). *Estudio sobre el grado de cumplimiento del protocolo de úlceras por presión en las unidades de medicina interna y cirugía de los hospitales de agudos generales de Osakidetza*. *Reduca ENEAS (Enfermería, Fisioterapia y Podología)*, Vol. 2: 767-782. ISSN: 1989-5305.

Aristizábal Hoyos, Gladis Patricia, Blanco Borjas, Dolly Marlene Et. Al (2011). *El modelo de promoción de la salud de Nola Pender. Una reflexión en torno a*

su comprensión, *Enfermería Universitaria ENEO-UNAM* Vol 8. (4).pp. 16-23. Octubre-Diciembre 2011. [Fecha de consulta: 19 Febrero 2016]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfuni/eu-2011/eu114c.pdf>

Bandura A. Self-efficacy: *Toward a unifying theory of behavioral change* (1977). *Psychology review*, 84(2): 191-215. [fecha de consulta: 10 Febrero 2016]. Disponible en: <https://www.uky.edu/~eushe2/Bandura/Bandura1977PR.pdf>

Barrios Casas S, ParavicKlijn T. *Promoción de la salud y un entorno laboral saludable. Rev Latinoam Enfermagem* [Fecha de consulta: 16 Febrero 2016]. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n1/v14n1a19.pdf>

Barrón Pavón Verónica, Ojeda Urzúa, Gonzálo, (2006). *Estilos de vida de personas mayores de 65 años económicamente activas de Chillán y Valparaíso, Chile*. 9-30. [Fecha de consulta: 07 Septiembre 2014]. Disponible en: http://www.facso.uchile.cl/observa/tesis_barron.pdf 13 jun 14 17:00

Bes, C., Germán, Hueso Navarro, F., Huércanos Esparza. (2011). *El cuidado en peligro en la sociedad global, The care at risk in global society*. Enfermería Global, ISSN. 1695-61-41 No. 23, 221-231. [Fecha de consulta: 07 Enero 2013]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v10n23/reflexion1.pdf>

Bezerra Firmino, Taziana Sara Et. Al. (2013). *Promoción de la salud: la calidad de vida en las prácticas de enfermería*, *Enferm. glob.* vol.12 no.32, ISSN 1695-6141, Universidad de Federal do Ceará. Fortaleza-CE. Brasil. (Recuperado el 7 de junio de 2016). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-6141201304016

Boff, Leonardo (2002), *El cuidado Esencial: Ética de lo Humano, compasión por la tierra*, 160pág. ISBN. 84-8164-517-6, Editorial Trotta. S. A. Río de Janeiro Brazil.

Canalejo GC, Gámez GG, Gutierrez II, Latorre FI, Márquez MJ, Ruiz MT. (1997). *Los hábitos nutricionales en la vejez*. GEROKOMOS, VIII (21), 132-138. [Fecha de consulta: 11 Septiembre 2014]. Disponible en: <http://www.scielo.cl/scieloOrg/php/similar.php?lang=es&text=Los%20h%C3%A1bitos%20nutricionales%20en%20la%20vejez>

Cardona-Arango D, Estrada A, Agudelo GH. *Envejecer nos toca a todos. Caracterización de algunos componentes de calidad de vida y de condiciones de salud de la población adulta mayor*. Medellín: Universidad de Antioquia, Facultad Nacional de Salud Pública; 2002 pp 31-55. [Fecha de consulta: 09 Septiembre 2014]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=5559778&pid=S0717-7518200600050000600001&lng=es

CENSIDA. (2013). *Vigilancia Epidemiológica de casos de VIH/SIDA en México Registro Nacional de Casos de SIDA Actualización al 30 de septiembre de 2013*. (Recuperado el 10 de junio de 2016). Disponible en: http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/epidemiologia/RN_3er_trim_2013_v3.pdf

Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (2011) *División de Población y Comisión Económica para América Latina y el Caribe: Los derechos de las personas mayores, Hacia un cambio de paradigma sobre el envejecimiento y la vejez*. Santiago de Chile, Naciones Unidas. (Recuperado el 14 de junio de 2016). Disponible en: <http://fiapam.org/wp-content/uploads/2013/07/planpam.pdf>

CFEF-Canadian Society for Exercise Physiology (2003). *The Canadian Physical Activity, Fitness and Lifestyle Appraisal: CSEP's guide to health active living*. 2nded. Ottawa; CSEF.

Cisneros G, Fanny, Universidad Del Cuaca (2005). Programa De Enfermería, Fundamentos De Enfermería, Teorías Y Modelos De Enfermería, Colombia:Popoyán. [Fecha de consulta: 09 octubre 2013]. Disponible: <http://biblioms.dyndns.org/Libros/Enfermería/Enfermeria/TeoríasYModelosDeEnfermeríaYSuAplicacion.pdf> Marzo/2013/10:00

Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (2015). *Epidemiología del consumo de drogas en México*, (Recuperado el 13 de junio de 2016). Disponible en: <http://www.conacytprensa.mx/index.php/ciencia/salud/3725-drogadiccion-mexico>.

Consejo Nacional de Población (2005). *Envejecimiento de la población de México. Reto del siglo XXI*. México. pp. 48-92.

Consejo Nacional de Población (2010). *Proyecciones de Población de México 1995-2020. México: La situación demográfica en México, 2010*. CONAPO. <http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/sdm/sdm2004/sdm24.pdf> (Recuperado el 25 de marzo del 2015).

Consejo Nacional Para la Prevención de la Discriminación. (2010). *Encuesta Nacional sobre Discriminación en México*. ENADIS México. [Fecha de consulta: 13 Agosto 2013]. [Disponible en: <http://www.conapred.org.mx/userfiles/files/Enadis-2010-RG-Accss-002.pdf>

D. R. Petén, Narvarte (2010). *Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores: Por una cultura de envejecimiento*, México, D. F. Primera edición © 19. ISBN 978-607-7956-00-6. (Recuperado el 7 de junio de 2016). Disponible en: http://www.inapam.gob.mx/work/models/INAPAM/Resource/Documentos_Inicio/Cultura_del_Envejecimiento.pdf

Diario Oficial de la Federación (2010). *Acuerdo por el que se crea el Consejo Nacional para la Prevención y Control de las Enfermedades Crónicas no Transmisibles*. Diario Oficial de la Federación el 11 de febrero del 2010.

Division of Adolescent and School Health, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion.(2011, Atlanta, GA).School Health Guidelines to Promote Healthy Eating and Physical Activity. Recommendations and Reports, 60(RR05), 1-70. [Fecha de consulta: 14 Septiembre 2013]. Disponible en:<http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr6005a1.htm> Diciembre/2014.

Ellison CG, Levin JS. *The religión-health conection: evidence, theory, and future directions*. Health, Educ & Behavior. 1998 Dic; 25(6):700-720.

Encarnación Satorres Pons, Meléndez Juan Carlos, Valencia Moral, (2013). *Bienestar psicológico en la vejez y su relación con la capacidad funcional y la satisfacción vital*. (Recuperado el 20 mayo de 2015) Disponible en: <http://mobiroderic.uv.es/bitstream/handle/10550/26298/envejecimiento%20y%20bienestar.pdf>

Enríquez G., Nájera, S. (2014) *Enfermería: fomento de la autoestima en padecimientos neuróticos en el adulto mayor*. Rev. Actual de Costa Rica, 26, 1-11. ISSN 1409-4568. (Recuperado el 20 mayo de 2015) Disponible en: <http://www.revistas.ucr.ac.cr/index.php/enfermeria/article/viewFile/13786/13100>

Espín Andrade, Ana Margarita, (2012). *Factores de riesgo de carga en cuidadores informales de adultos mayores con demencia. Risk factors of burden in informal caregivers of older adults with dementia*. Instituto superior de Ciencias Médicas de La Habana, Cuba. Rev Cubana Salud Pública vol.38 no.3 Ciudad de La Habana, Cuba. (Recuperado el 23 de junio de 2016). Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662012000300006

Fernandez Conde, A, Vendez Conde A, Vazquez Sanchez E. (2007). *El Sueño en el anciano. Atención de Enfermería*. Revista, Enfermería Global, Vol 10, ISSN 1695 6145, 1-7. [Fecha de consulta: 07 Septiembre 2014]. Disponible en:file:///C:/Users/Lore/Downloads/205-892-2-PB.pdf

Flores M, Vega M, González M (2012). *Condiciones Sociales Y Calidad De Vida En El Adulto Mayor: Experiencias De México, Chile Y Colombia, Guadalajara México, 2011*. [Fecha de consulta: 20 Enero 2012]. Disponible en: http://www.cucs.udg.mx/revistas/libros/CONDICIONES_SOCIALES_Y_CALIDAD_DE_VIDA_ADULTO_MAYOR.pdf

FranckeRamm María de Lourdes y Colaboradores (2014). *El Sentido de la Vida y el Adulto Mayor en el Área Metropolitana de Monterrey. Mayo 2013*. México: Universidad Maimónides

George, J. (2011). *Nursing theories: The base for professional nursing practice*. UpperSaddleRiver, New Jersey: Pearson Education.

Giraldo Osorio, Alexandra, Toro Rosero, María Yadira, Et. Al, (2010). *La Promoción de la Salud como Estrategia para el fomento de Estilos de Vida Saludables*. [Fecha de consulta: 13 Febrero 2016]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S012175772010000100010&script=sci_arttext

Giraldo Osorio, Alexandra, Toro Rosero, María Yadira, Et. Al. (2010). *La promoción de la salud como estrategia para el fomento de estilos de vida saludables*. Reglamento de la Ley General de Salud. Hacia promoc. Salud vol.15 no.1 Manizales. (Recuperado el 25 de junio de 2016). Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>

Guilherme Luiz Guimaraes Borges, Miguel Ángel Mendoza Meléndez, Miguel Ángel López Brambila. (2014). *Prevalencia y factores asociados al consumo de tabaco, alcohol y drogas en una muestra poblacional de adultos mayores del DF*. Salud Mental, Vol. 37, 1-11. [Fecha de consulta: 06 Junio 2014]. Disponible en: <file:///C:/Users/Lore/Desktop/Fantastic/Prevalencia%20y%20factores%20asociados.pdf>

Hernandez-Sampieri, R; Fernández-Collado, C. y Baptista-Lucio, P. (1998). *Metodología de la investigación*. México: Mc Graw Hill.

Hochbaum, Rosenstock, Kegels. (2004). *Health Belief Model*. *Public Health Services* [serie en línea]. [Fecha de consulta: 03 Enero 2010]. Disponible en http://www.tcw.utwente.nl/theorieenoverzicht/Theory%20clusters/Health%20Communication/Health_Belief_Model.doc/

INEGI (2010). *Estadísticas a propósito del día internacional de las personas de edad, datos en México*. México. [Fecha de consulta: 20 Agosto 2013]. Disponible en:

<http://www.inegi.gob.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/contenidos/estadisticas/2010/edad10.pdf>

INEGI (2013). *Mujeres y hombres en México 2012*. México. [Fecha de consulta: 10 Agosto 2013]. Disponible en:

http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/101215.pdf

INEGI (2014). *“Estadísticas a propósito del día de muertos” datos de Michoacán de Ocampo*. [Fecha de consulta: 06 Junio 2015]. Disponible en:

<http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/Contenidos/estadisticas/2013/muertos16.pdf>

INEGI (2014). XI Censo General de Población y Vivienda, 1990; XII Censo General de Población y Vivienda 2000; Censo de Población y Vivienda 2010, [Fecha de consulta: 20 febrero 2014]. Disponible en:

http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/censos/poblacion/2010/princi_result/mich/16_principales_resultados_cpv2010-2.pdf
marzo/10/2014

Instituto Nacional de Las Personas Adultas Mayores (2015), Programa anual de trabajo 2015, consultado en: (Recuperado el 13 de mayo de 2015) Disponible en:

[http://www.inapam.gob.mx/work/models/INAPAM/Resource/188/1/images/PAT%202015\(1\).pdf](http://www.inapam.gob.mx/work/models/INAPAM/Resource/188/1/images/PAT%202015(1).pdf)

Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. *Ley de los derechos de las personas mayores. Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL) ley de adultos mayores.* (2013). [Fecha de consulta: 22 Marzo 2013]. Disponible en: <http://www.inapam.gob.mx>

Instituto Nacional para las Personas Adultas Mayores, (2013). *Plan nacional para las personas adultas mayores 2013-2017*, (Recuperado el 10 de junio de 2016). Disponible en:

<http://fiapam.org/wp-content/uploads/2013/07/planpam.pdf>

Kérouac S (2001). *El pensamiento enfermero.*, Barcelona España: Ed. Masson.
López-Carmona JM, Rodríguez-Moctezuma JR, Munguía Miranda C, Hernández-Santiago JL, Casas de La Torre (2000). *Validez y fiabilidad del instrumento FANTASTIC para medir el estilo de vida de pacientes mexicanos con hipertensión arterial.* Atención Primaria, 26, 542-9. [Fecha de consulta: 10 Agosto 2012]. Disponible en:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&pid=S1413-8123201400060190100027&Ing=en

Maldonado Guzmán Gabriela, Banda González Olga Lidia (2010). *Consumo de tabaco y alcohol en un colectivo de adultos mayores de CD. Victoria, Tam.* Eumed.Net, Vol. 5 ISSN: 1988-7833, 1-3. [Fecha de consulta: 15 Septiembre 2014]. Disponible en: <http://www.eumed.net/rev/cccss/07/ggvmsp.html>

Maldonado Tovilla, Katya, (2015). *Fundamentos interdisciplinarios para la conceptualización de la vejez y el género desde el enfoque interseccional.* Universidad Autónoma Metropolitana. Cd. México. (Recuperado el 20 de junio de 2016). Disponible en:
<http://seminarioenvejecimiento.unam.mx/Congreso/archivos/Res%C3%BAmen%20Vejez%20y%20Envejecimiento.pdf>

Maya L. (2010) *Los Estilos de Vida Saludables: Componentes de la Calidad de Vida.* (Recuperado el 10 de junio de 2016). Disponible en:
http://www.insp.mx/Portal/Centros/ciss/promoción_salud/recursos/diplomado/m3/t4/Los_estilos_de_vida_saludables.pdf

Mc Ewen, M. & Wills, E (2011). *Theoretical basis for nursing* (3rd ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins. [Fecha de consulta: 06 Junio 2014]. Disponible en: <http://nolapender.weebly.com/references.html>

Montes de O.V (2010) *Evidencias empíricas sobre redes de apoyo social de personas mayores. Revisión para el curso Calidad de vida de personas mayores: instrumentos para el seguimiento de políticas y programas.* [Fecha de consulta: 02 Septiembre 2014]. Disponible en:
http://www.redadultosmayores.com.ar/buscador/files/REDES008_MontesdeOca.pdf

Montes de OV. (2003) *Redes comunitarias, género y envejecimiento. El significado de las redes comunitarias en la Calidad de vida de hombres y mujeres adultos Mayores en la ciudad de México*. Revista Papeles de Población. [Fecha de consulta: 20 Mayo 2013]. Disponible en:http://www.humanindex.unam.mx/humanindex/consultas/detalle_investigadores.php?rfc=MOZV640611¢ro=int

Moreno-Jiménez, B; Garrosa-Hernández, E. y Gálvez-Herrer, M (2005). *Personalidad Positiva y Salud*. En Florez-Alarcón, L; Mercedes-Botero, M. y Moreno-Jimenez,B. (2005). *Psicología de la Salud: Temas Actuales de Investigación en Latinoamericana*, I, pp. 59-76. Bogotá: ALAPSA. [Fecha de consulta: 07 Septiembre 2014]. Disponible en:
<http://www.uam.es/gruposinv/esalud/Articulos/Psicologia%20Positiva/PERSONALIDAD-POSITIVA-Y-SALUD.pdf>

Morgan Morales, Lorena Del Carmen (2014). *Estado mental y percepción de las relaciones familiares del adulto mayor que acude a la consulta de la UMF 220, Toluca, en el período 2013*”, Toluca, Estado De México, Universidad Autónoma Del Estado De México. (Recuperado el 25 de junio de 2016). Disponible en:
<http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/14562/412069.pdf>

Moysés SJ, Moysés ST, KrempelMC (2004). *Avaliando o processo de construção de políticas públicas de promoção de saúde: aexperiência de Curitiba*.*CiêncSaúdeColetiva*. [Fecha de consulta: 12 Febrero 2016]. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n3/a10v09n3.pdf>

Noriega Carrillo, Leslie (2011). *Vivencias del adulto mayor durante su internamiento en un hospital de III Nivel de Lima Metropolitana*, Perú. (Recuperado el 13 de junio de 2016). Disponible en:

http://cybertesis.unmsm.edu.pe/xmlui/bitstream/handle/cybertesis/1053/Noriega_cl.pdf?sequence=1

Norma Oficial Mexicana NOM-0167-SSA1-1997 (2007). *Para la Prestación de Servicios de Asistencia Social para menores y adultos mayores*. (7 de abril de 2015).

Nursing Theories (2012). *Health Promotion Model*. Retrieved September 17, 2012 from.[Fecha de consulta: 24 Febrero 2016]. Disponible en: http://nursingplanet.com/health_promotion_model.html

Nursing Theory (2011). *Nola Pender's Contribution to Nursing Theory: Health Promotion Model*. Retrieved September (16) 2012 [Fecha de consulta: 05 Febrero 2016]. Disponible en: <http://nursing-theory.org/nursing-theorists/Nola-Pender.php>

Organización Mundial de la Salud (1998). *Promoción de la salud: glosario*. Ginebra; 1998.[Fecha de consulta: 16 Febrero 2016]. Disponible en: <http://www.msc.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/glosario.pdf>

Organización Mundial de la Salud (2011). *Datos sobre la prevención de la violencia*. Ginebra. (Recuperado el 01 de junio de 2016). Disponible en: <http://www.who.int/features/factfiles/violence/es/>

Organización Mundial de la Salud (2014), *Datos positivos sobre la esperanza de vida: Estadísticas Sanitarias Mundiales*. Ginebra. (Recuperado el 3 de junio de 2016). Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/world-health-statistics-2014/es/>

Páez Cala Martha, (2012). *Luz Universidades saludables: los jóvenes y la salud Archivos de Medicina*. Universidad de Manizales Caldas, Colombia, vol. 12, núm. 2, pp. 205-220 ISSN: 1657-320X, (Recuperado el 10 de mayo de 2015) Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/2738/273825390007.pdf>

Pender, N (2011). *The health promotion model manual*. [Fecha de consulta: 25 Febrero 2016]. Disponible en:
<http://deepbluelib.umich.edu/bitstream/2027.42/85350/1/heal>

Placeres Hernández José Fernando, De León Rosales Lázaro, Et. AL. (2011). La familia y el adulto mayor. The family and the elder adult. Rev. Med. Electrón. vol.33 no.4 (Recuperado el 25 de junio de 2016). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242011000400010

Prince M, Ferri CP, Acosta D, et al (2007) *The protocols for the 10/66 Dementia Research Group population-based research programme*. BMC PublicHealth;7:165. [Fecha de consulta: 12 Septiembre 2013]. Disponible: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/7/165> septiembre/2013

Prince M1, Bryce R, Et. AL. (2013), *Alzheimers Dement: The global prevalence of dementia: a systematic review and metaanalysis*. PUBMED. 3-75.e2. doi: 10.1016/j.jalz.2012.11.007. (Recuperado el 10 de junio de 2016). Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23305823>

Pullen C, Noble S, Fiantdt K, (2016). *Health Promoting Lifestyle Behaviors in Menopausal Women: A Cross-Sectional Study, Determinants of health-promoting lifestyle behaviors in rural older women*. Fam Community Health, Global Journal of Health Science; Vol. 8, No. 8. ISSN 1916-9736 E-ISSN 1916-9744 24: 49-73. (Recuperado el 15 de junio de 2016) Disponible en: <http://www.ccsenet.org/journal/index.php/gjhs/article/viewFile/53486/29843>

Ramírez-Vélez, Robinson, & Agredo, Ricardo A (2012). *Fiabilidad y validez del instrumento "Fantástico" para medir el estilo de vida en adultos colombianos. Revista de Salud Pública, 14(2), 226-237.* [Fecha de consulta: 04 Abril 2016]., Disponible en:
http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642012000200004&lng=en&tlng=es.

Ramos Soler, Irene (2008) *Estilos de vida y valores en las Personas mayores de 65 años: Adaptación y validación de la V Lista de valores Lov*, Universidad de Alicante. Depto de Comunicación y Psicología Social, Campus de San Vicente del Raspeig. Ap 99, 03080, Edificio Colegio Mayor, despacho 27, San Vicente del Raspeig.

Restrepo M. Sandra Lucia, Morales G. Rasa María, Ramírez G. Martha Cecilia (2006). *Los hábitos alimentarios en el adulto mayor y su relación con los procesos protectores y deteriorantes en salud.* Revista Chilena de Nutrición, Vol. 33 versión On-line ISSN 0717-7518, 1-6. [Fecha de consulta: 07 Septiembre 2014]. Disponible en:
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182006000500006

Roberfroid D, Pomer J, (2001). *Psychosocial factors and múltiple unhealthy behaviors in 25 to 64 years old belgan citizens. Arch PublicHealth: Determinants of health-promoting lifestyle behaviors in rural older women.* 59: 281-307. (Recuperado el 20 de marzo de 2016). Disponible en:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11373166>

Rodríguez CR, Reis RS, Petroski EL (2008) *Brazilian Version of a Lifestyle Questionnaire: Translation and Validation for Young Adults.* Arq Bras Cardiol; Trabajos Originales: 91:92-8. [Fecha de consulta: 20 Junio 2014]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/amc/v34n4/v34n4a2.pdf>

Rodriguez-Moctezuma R, López-Carmona JM, Munguía Miranda C, Hernández-Santiago JL, Bermúdez-Martínez M (2003). Validez y consistencia del instrumento "FANTASTIC" para medir estilo de vida en diabéticos. *Rev. Med. IMSS*, Vol. 2 (41): 211-20. [Fecha de consulta: 08 Septiembre 2013]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/amc/v34n4/v34n4a2.pdf>

Rosa, Olivero, Domínguez, Antonio, & Malpica, Carmen Cecilia (2008). *Principios bioéticos aplicados a la investigación epidemiológica*. *Acta bioethica*, 14(1), 90-96. [Fecha de consulta: 04 Abril 2016]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2008000100012&lng=es&tlng=es. 10.4067/S1726-569X2008000100012.

Sakraida J (2007). *Modelo de Promoción de la Salud*. Nola J Pender. En: Maerriner T, Rayle-Alligood M, editores. *Modelos y Teorías de enfermería*, 6° ed. España: Elseviermosby; 2007. [Fecha de consulta: 16 Febrero 2016]. Disponible: <http://nursing.umich.edu/faculty-staff/nola-j-pender> compilación Secretaría de Salud (2007). *Programa del adulto mayor. Programas prioritarios*. [Fecha de consulta: 11 Noviembre 2013]. Disponible en: <http://www.ssa.gob.mx>

Secretaría de Salud General (2005). *Estudio Nacional Sobre Los Efectos Adversos Ligados A La Hospitalización, Seguridad Del Paciente, Noviembre/2012, de Ministerio De Sanidad Y Consumo Sistema Nacional De Salud, ENEAS* [Fecha de consulta: 06 Abril 2016]. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/opsc_sp2.pdf

Secretaría General de Sanidad. Hospitalización (2013). [Fecha de consulta: 03 Junio 2015]. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/opsc_sp2.pdf

Sharratt JK, Sharratt MT, Smith DM, Howell MJ (1984) *Davenport L. FANTASTIC lifestyle survey of University of Waterloo Employees*. Can Fam Physician;30:1869-72. [Fecha de consulta: 06 Enero 2014]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21279102>

Sistema Nacional de Información Estadística y Geográfica (2013). La Situación de México en el año 2013, [Fecha de consulta: 27 Enero 2014]. Disponible en: <http://www.snieg.mx/contenidos/espanol/programas/paeg%202013.pdf>

Stuart-Hamilton (2002). *Psicología del envejecimiento*. Madrid España: Morata.

Torres Simón, Marín Sánchez Juan Carlos, Et. Al. (2012), *Protocolos y procedimientos de enfermería en residencias geriátricas*. Diputación Enfermería, Inmaculada. (Recuperado el 7 de junio de 2016). Disponible en: [http://www.dipalme.org/Servicios/Anexos/Anexos.nsf/VAnexos/DP-RA-PROENF/\\$file/protocolos+y+procedimientos+de+enfermeria.pdf](http://www.dipalme.org/Servicios/Anexos/Anexos.nsf/VAnexos/DP-RA-PROENF/$file/protocolos+y+procedimientos+de+enfermeria.pdf)

Vélez Álvarez, Consuelo; Vanegas García, José Hoover, (2011) *El cuidado en enfermería, perspectiva fenomenológica*. Revista hacia la Promoción de la Salud, vol. 16, núm. Pp. 175-189, Universidad de Calda. (Recuperado el 25 de junio de 2016). Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/3091/309126696013.pdf>

Waldow, Vera Regina (2009). *Enseñanza de Enfermería centrada en el Cuidado. Aquichán*, Vol. 9 (3). Pp. 246-256. Universidad de la Sabana Cundinamarca, Colombia. [Fecha de consulta: 07 Octubre 2012]. Disponible en: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/rt/printerFriendly/1523/19>

Warren JB, Poder LH, Young-McCaughan S (1999). Development of a decision tree for support surfaces: a tool for nursing. *MedsurgNursing* . Development of

a decision tree for support surfaces: a tool for nursing. *MedsurgNursing* , Vol.4, 239-248. [Fecha de consulta: 09 Octubre 2012]. Disponible en:

[https://www.google.com.mx/search?q=Warren+JB%2C+Poder+LH%2C+Young+McCaughan+S.+Development+of+a+decision+tree+for+support+surfaces%3A+a+tool+for+nursing.+MedsurgNursing+1999%3B+8\(4\)%3A+239-248.&oq=Warren+JB%2C+Poder+LH%2C+Young+McCaughan+S.+Development+of+a+decision+tree+for+support+surfaces%3A+a+tool+for+nursing.+MedsurgNursing+1999%3B+8\(4\)%3A+239](https://www.google.com.mx/search?q=Warren+JB%2C+Poder+LH%2C+Young+McCaughan+S.+Development+of+a+decision+tree+for+support+surfaces%3A+a+tool+for+nursing.+MedsurgNursing+1999%3B+8(4)%3A+239-248.&oq=Warren+JB%2C+Poder+LH%2C+Young+McCaughan+S.+Development+of+a+decision+tree+for+support+surfaces%3A+a+tool+for+nursing.+MedsurgNursing+1999%3B+8(4)%3A+239)

Worchel S. Cooper J, Goethals GR. Olson J (2002). *Psicología Social*. Madrid: ThomsonEditores.

Zavala G, Mercedes, Vidal G, Castro S Daisy Manuel, et. al (2006). *Funcionamiento Social Del Adulto Mayor Social. Functioning Of Elderly. Ciencia Y Enfermería xii*, Vol. 2, 53-62. [Fecha de consulta: 02 Enero 2016]. Disponible en:

<http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v12n2/art07.pdf> Noviembre/2013.

Zavala G., Mercedes, Vidal G, Daisy., Et. Al. (2006). Funcionamiento social del adulto mayor social functioning of elderly, *Ciencia y Enfermería XII (2)*: 53-62, 2006 ISSN 0717-2079. (Recuperado el 20 de junio de 2016). Disponible en: <http://documents.mx/documents/funcionamiento-social-del-adulto-mayor2.html>

Zavala M, Vidal D, Castro M, Quiroga P, Klassen G (2006). Funcionamiento social del adulto mayor. *Revista Científica de Enfermería. Revista Científica de Enfermería*, XII (2), 53-62. [Fecha de consulta: 06 Mayo 2012]. Disponible en:

http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532006000200007 Mayo/2012.

Zavala Mercedes, G, Daisy Vidal G. et. al (2006). *Funcionamiento Social Del Adulto. Ciencia Y Enfermeria* XII (2): 53-62, ISSN 0717-2079, 54-64. [Fecha de consulta: 11 Noviembre 2013]. Disponible en:
<http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v12n2/art07.pdf>

Zavaleta Rangel, Mónica (2012). *Vejez y discapacidad: visión comparativa de la población adulta mayor rural de Valle central de Costa Rica*. Universidad de Costa Rica. (Recuperado el 25 de junio de 2016). Disponible en:
<http://problematikaadultosmayores.blogspot.mx/2012/04/definicion-de-adulto-mayor-monica.html>

Zúñiga-Herrera, E (2007). *Tendencias y características del envejecimiento demográfico en México. La situación demográfica en México 2004*. CONAPO. [Fecha de consulta: 25 Junio 2007]. Disponible en:
<http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/sdm/sdm2004/sdm24.pdf>

XI.- ANEXOS /APÉNDICES

Se anexa a continuación el Formato del Instrumento FANTASTICO y variables sociodemográficas.

APÉNDICE A.

FORMATO DE ESTILO DE VIDA CONTESTA EL CUESTIONARIO RECORDANDO TU VIDA EN EL ÚLTIMO MES:

Familia y amigos	
Tengo con quien hablar de las cosas que son importantes para mi Casi siempre <input type="checkbox"/> 2 A veces <input type="checkbox"/> 1 Casi nunca <input type="checkbox"/> 0	Yo doy y recibo cariño Casi siempre <input type="checkbox"/> 2 A veces <input type="checkbox"/> 1 Casi nunca <input type="checkbox"/> 0
Actividad física	
Yo realizo actividad física (caminar, subir escalas, trabajo de la casa, hacer el jardín) Casi siempre <input type="checkbox"/> 2 A veces <input type="checkbox"/> 1 Casi nunca <input type="checkbox"/> 0	Yo hago ejercicio en forma activa al menos por 20 minutos (correr, andar en bicicleta, caminar rápido) 4 o más veces por semana <input type="checkbox"/> 2 1 a 3 veces por semana <input type="checkbox"/> 1 Menos de 1 vez por semana <input type="checkbox"/> 0
Nutrición	
Mi alimentación es balanceada Casi siempre <input type="checkbox"/> 2 A veces <input type="checkbox"/> 1 Casi nunca <input type="checkbox"/> 0	A menudo consumo mucha azúcar o sal o comida chatarra o con mucha grasa Ninguna de estas <input type="checkbox"/> 2 Alguna de estas <input type="checkbox"/> 1 Todas estas <input type="checkbox"/> 0
Estoy pasado/a mi peso ideal en _____ Normal o hasta 4 kilos de más <input type="checkbox"/> 2 5 a 8 kilos de más <input type="checkbox"/> 1 Más de 8 kilos <input type="checkbox"/> 0	
Tabaco	
Yo fumo cigarrillos No en los últimos 5 años <input type="checkbox"/> 2 No en el último año <input type="checkbox"/> 1 He fumado en este año <input type="checkbox"/> 0	Generalmente fumo _____ cigarrillos por día Ninguno <input type="checkbox"/> 2 0 a 10 <input type="checkbox"/> 1 Más de 10 <input type="checkbox"/> 0
Alcohol	
Mi número promedio de tragos (***) por semana es de 0 a 7 tragos <input type="checkbox"/> 2 8 a 12 tragos <input type="checkbox"/> 1 Más de 12 tragos <input type="checkbox"/> 0	Bebo más de cuatro tragos en una misma ocasión Nunca <input type="checkbox"/> 2 Ocasionalmente <input type="checkbox"/> 1 A menudo <input type="checkbox"/> 0
Manejo el auto después de beber alcohol Nunca <input type="checkbox"/> 2 Solo rara vez <input type="checkbox"/> 1 A menudo <input type="checkbox"/> 0	
Sueño estrés	
Duermo bien y me siento descansado/a Casi siempre <input type="checkbox"/> 2 A veces <input type="checkbox"/> 1 Casi nunca <input type="checkbox"/> 0	Yo me siento capaz de manejar el estrés o la tensión en mi vida Casi siempre <input type="checkbox"/> 2 A veces <input type="checkbox"/> 1 Casi nunca <input type="checkbox"/> 0
Yo me relajo y disfruto mi tiempo libre Casi siempre <input type="checkbox"/> 2 A veces <input type="checkbox"/> 1 Casi nunca <input type="checkbox"/> 0	
Tipo de personalidad	
Parece que ando acelerado/a Casi nunca <input type="checkbox"/> 2 Algunas veces <input type="checkbox"/> 1 A menudo <input type="checkbox"/> 0	Me siento enojado/a o agresivo/a Casi nunca <input type="checkbox"/> 2 Algunas veces <input type="checkbox"/> 1 A menudo <input type="checkbox"/> 0
Introspección	
Yo soy un pensador positivo u optimista Casi siempre <input type="checkbox"/> 2 A veces <input type="checkbox"/> 1 Casi nunca <input type="checkbox"/> 0	Yo me siento tenso/a o apretado/a Casi nunca <input type="checkbox"/> 2 Algunas veces <input type="checkbox"/> 1 A menudo <input type="checkbox"/> 0
Yo me siento deprimido/a o triste Casi nunca <input type="checkbox"/> 2 Algunas veces <input type="checkbox"/> 1 A menudo <input type="checkbox"/> 0	
Conducción trabajo	
Uso siempre el cinturón de seguridad Casi siempre <input type="checkbox"/> 2 A veces <input type="checkbox"/> 1 Casi nunca <input type="checkbox"/> 0	Yo me siento satisfecho/a con mi trabajo o mis actividades Casi siempre <input type="checkbox"/> 2 A veces <input type="checkbox"/> 1 Casi nunca <input type="checkbox"/> 0
Otras drogas	
Uso drogas como marihuana, cocaína o pasta base. Casi nunca <input type="checkbox"/> 2 Ocasionalmente <input type="checkbox"/> 1 A menudo <input type="checkbox"/> 0	Uso excesivamente los remedios que me indican o que puedo comprar sin receta Casi nunca <input type="checkbox"/> 2 Ocasionalmente <input type="checkbox"/> 1 A menudo <input type="checkbox"/> 0
Bebo café, té o bebidas cola que tiene cafeína Menos de 3 por día <input type="checkbox"/> 2 3 a 6 por día <input type="checkbox"/> 1 Más de 6 por día <input type="checkbox"/> 0	

“UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO”

DIVISIÓN DE POSGRADO DE LA FACULTAD DE ENFERMERIA

LINEA DE INVESTIGACIÓN: “CUIDADO INTEGRAL Y AUTOCUIDADO EN EL ADULTO MAYOR”

TEMA DE TESIS DE INVESTIGACIÓN: “CARACTERÍSTICAS DE LOS ESTILOS DE VIDA DEL ADULTO MAYOR EN DOS POBLACIONES DE MICHOACÁN”.

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

Instrucciones: Elige la respuesta correcta seleccionándola mediante una X.

Estado civil	<ol style="list-style-type: none">1. Soltero2. Casado3. Viudo4. Separado5. Conviviente
Genero	<ol style="list-style-type: none">1.- Hombre2.- Mujer
Escolaridad	<ol style="list-style-type: none">1. Primaria incompleta2. Primaria terminada3. Secundaria incompleta4. Secundaria terminada5. Preparatoria incompleta6. Preparatoria terminada Licenciatura incompleta7. Licenciatura terminada8. Maestría9. Doctorado
Edad	<ol style="list-style-type: none">1. 60-652. 66-70
Ocupación	<ol style="list-style-type: none">1. Oficio.2. Técnico administrativo.3. Profesional
Religión	<ol style="list-style-type: none">1. Cristiana2. Católica3. Testigos de Jehová.4. Otra

APÉNDICE B.

“UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLAS DE HIDALGO”

MAESTRIA EN ENFERMERIA

HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Al firmar este documento doy mi consentimiento para que me aplique un instrumento de investigación la Lic. Enf. Lorena Ávila Cázarez, estudiante de la Maestría en Enfermería, la cual se lleva a cabo en la Facultad de Enfermería de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, con el objetivo de evaluar los estilos de vida del Adulto Mayor de 60 a 70 años de edad en la comunidad de Uruétaro Michoacán mediante el Instrumento FANTASTIC para generar estrategias de cuidado a su salud.

He aceptado participar en este estudio, de forma libre, voluntaria y que aún después de que este se haya iniciado puedo rehusarme a continuar, sin que esto tenga repercusiones a mi persona. Se me ha comentado que la información obtenida se manejará de manera confidencial, es decir, que las respuestas a las preguntas que me realicen no serán reveladas a nadie y que en ningún informe de este estudio se me identificará jamás en forma alguna y que el beneficio resultado de esta investigación será tanto para mi persona, perteneciente a esta comunidad, así como para el resto del personal que haya o no participado.

Entiendo que los resultados de la investigación me serán proporcionados si los solicito a la LE. Lorena Ávila Cázarez. ya que es a la persona a quien debo buscar en caso de que tenga alguna pregunta acerca del estudio.

Morelia, Mich., a de ____ del mes de _____ de 2015.

Nombre y firma de la entrevistada (o).

LE Lorena Ávila Cázarez: Entrevistadora

Entrevistadora

APÉNDICE C.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores (ítems) y escala de medición	Medición / Clasificación
Estilos de vida	<p>Estilo: del latín stilus-i, instrumento de punzón en el que los romanos escribían en tablillas de cera, y, por extensión, manera de escribir, estilo literario, artístico. Formas sociales como creaciones culturales, civilizadas, individuales y colectivas.</p> <p>Vida: autoconciencia personal de hallarse en el mundo, envuelto y aprisionado por las circunstancias, como actividad pura.</p> <p>Forma de captar relaciones dialécticas, culturales entre el mundo de los valores y la acción individual y el mundo con condición colectiva.</p>	<p>Logro de metas en dimensión colectiva y social, interrelacionados, el material, el social y el ideológico (Bibeau y col 1985).</p> <p>Material: manifestaciones de la cultura material: vivienda, alimentación, vestido.</p> <p>Social, estructuras organizativas: tipo de familia, grupos de parentesco, redes sociales de apoyo y sistemas de soporte como las instituciones y asociaciones.</p> <p>Ideológica: ideas, valores y creencias que determinan las respuestas o comportamientos a los distintos sucesos de la vida.</p>	Familia	<p>(1) Tengo con quien hablar de las cosas que son importantes para mí.</p> <p>(2) Yo doy y recibo cariño Casi siempre, a veces, casi nunca (2, 1, 0)</p>	<p>I.- 1-69 Malo a regular estilo de vida. (El estilo de vida presenta riesgos a la salud).</p> <p>II.- Bueno a excelente estilo de vida. (influencia adecuada y óptima para la salud).</p>
			Actividad Física	<p>(1) Yo realizo actividad física (caminar, subir escalas, trabajo de la casa, hacer el jardín.</p> <p>(2) Yo hago ejercicio en forma activa al menos por 20 minutos (correr, andar en bicicleta, caminar rápido). Casi siempre, a veces, casi nunca (2, 1, 0)</p>	
			Nutrición	<p>(1) Mi alimentación es balanceada.</p> <p>(2) A menudo consumo mucha azúcar, o sal, o comida chatarra o con mucha grasa.</p> <p>(3) Estoy pesado/a mi peso ideal en... Casi siempre, a veces, casi nunca (2, 1, 0)</p>	
			Tabaco	<p>(1) Yo fumo cigarrillos.</p> <p>(2) Generalmente fumo ___cigarrillos por día. Casi siempre, a veces, casi nunca (2, 1, 0)</p>	
			Alcohol.	<p>(1) Mi número promedio de tragos (***) por semana es de.</p> <p>(2) Bebo más de cuatro tragos en una misma ocasión.</p> <p>(3) Manejo el auto después de beber alcohol. Casi siempre, a veces, casi nunca (2, 1, 0)</p>	
			Sueño - estrés	<p>(1) Duermo bien y me siento descansado (a).</p> <p>(2) Yo me siento capaz de manejar el estrés o la tensión en mi vida.</p> <p>(3) Yo me relajo y disfruto mi tiempo libre. Casi siempre, a veces, casi nunca (2, 1, 0)</p>	
			Tipo de personalidad	<p>(1) Parece que ando acelerado (a).</p> <p>(2) Me siento enojado/a o agresivo/a Casi siempre, a veces, casi nunca (2, 1, 0)</p>	
			Introspección	<p>(1) Yo soy un pensador positivo u optimista</p> <p>(2) Yo me siento tenso/a o apretado/a</p> <p>(3) Yo me siento deprimido/a o triste. Casi siempre, a veces, casi nunca (2, 1, 0)</p>	
			Conducción al trabajo	<p>(1) Uso siempre el cinturón de seguridad.</p> <p>(2) Yo me siento satisfecho/a con mi trabajo o mis actividades Casi siempre, a veces, casi nunca (2, 1, 0)</p>	
			Otras drogas.	<p>(1) Uso de drogas como marihuana, cocaína o pasta base.</p> <p>(2) Uso excesivamente los remedios que me indican o que puedo comprar sin receta.</p> <p>(3) Bebo café, té o bebidas de cola que tienen cafeína. Casi siempre, a veces, casi nunca (2, 1, 0)</p>	

ANEXO 2. DE RESULTADOS.

Tablas de frecuencia del instrumento FANTASTICO

Tabla 13. Familia y amigos

Familia y amigos/Comunicación	<i>f</i>	%
Casi nunca	18	10.7
A veces	24	17.6
Casi siempre	114	71.7
Total	159	100

Fuente: Instrumentos: Fantastico y de características sociodemográficas.

Tabla 14. Actividad física

Actividad física	<i>f</i>	%
Casi nunca	17	10.7
A veces	19	24.5
Casi siempre	103	64.8
Total	159	100
Menos de 1 vez por semana	32	20.1
1 a 3 veces por semana	49	30.8
4 o más veces por semana	78	49.1
Total	159	100

Fuente: Instrumentos: Fantastico y de características sociodemográficas.

Tabla 15 Nutrición

Nutrición balanceada	<i>f</i>	%
Casi nunca	19	11.9
A veces	71	47.7
Casi siempre	69	43.4
Total	159	100
Consumo de azúcar/sal		
Todas estas	12	7.5
Algunas de estas	107	67.3
Ninguna de estas	40	25.2
Total	159	100
Peso ideal		
Más de 8kg	4	2.5
5 a 8 kg de más	24	15.1
Normal o hasta 4 kg de más	131	82.4
Total	159	100

Fuente: Instrumentos: Fantastico y de características sociodemográficas.

Tabla 16. Tabaquismo

Tabaquismo	<i>f</i>	%
He fumado en este año	26	16.4
No en el último año	11	6.9
No en los últimos 5 años	122	76.7
Total	159	100
Número de cigarrillos		
Más de 10	4	2.5
0-10	25	15.7
Ninguno	130	81.8
Total	159	100

Fuente: Instrumentos: Fantástico y de características sociodemográficas.

Tabla 17. Alcohol

Alcohol	<i>f</i>	%
No. de tragos por semana		
Más de 12 tragos	3	1.9
8 a 12 tragos	4	2.5
0 a 7 tragos	152	95.6
Total	159	100
Más de 4 tragos por ocasión		
A menudo	7	4.4
Ocasionalmente	31	19.5
Nunca	121	76.1
Total	159	100

Fuente: Instrumentos: Fantástico y de características sociodemográficas.

Tabla 18. Sueño y descanso

Sueño y descanso	<i>f</i>	%
Duerme y se siente descansado		
Casi nunca	23	14.5
A veces	58	36.5
Casi siempre	78	49.1
Total	159	100
Manejo del estrés y tensión		
Casi nunca	17	10.7
A veces	69	43.4
Casi siempre	73	45.9
Total	159	100

Fuente: Instrumentos: Fantástico y de características sociodemográficas.

Tabla 19. Tipo de personalidad

Tipo de personalidad	<i>f</i>	%
Personalidad acelerada		
A menudo	11	6.9
Algunas veces	71	44.7
Casi nunca	77	48.4
Total	159	100
Enojo y agresividad		
Casi nunca		
A veces	12	7.5
Casi siempre	72	45.3
Nunca	75	47.2
Total	159	100

Fuente: Instrumentos: Fantastico y de características sociodemográficas.

Tabla 20. Introspección

Introspección	<i>f</i>	%
Positivo		
A menudo	7	4.4
Algunas veces	61	38.4
Casi nunca	91	57.2
Total	159	100
Deprimido		
Casi nunca		
A veces	27	17.
Casi siempre	71	44.7
Nunca	61	38.4
Total	159	100

Fuente: Instrumentos: Fantastico y de características sociodemográficas.

Tabla 21. Conducción al trabajo

Conducción al trabajo	<i>f</i>	%
Satisfacción		
Casi nunca	4	2.5
A veces	31	19.5
Casi siempre	124	78
Total	159	100

Fuente: Instrumentos: Fantastico y de características sociodemográficas.

Tabla 22. Otras drogas

Otras drogas	<i>f</i>	%
Uso de marihuana y cocaína		
Ocasionalmente	3	1.9
Casi nunca	156	81.9
Total	159	100
Uso de medicamentos sin receta		
A menudo		
Ocasionalmente	25	15.7
Casi nunca	60	37.7
Nunca	74	46.5
Total	159	100

Fuente: Instrumentos: Fantástico y de características sociodemográficas.

Características sociodemográficas.

Tabla 23. Estado civil de las poblaciones rural y urbana, 2015.

Variable	Población			
	Rural (n=59)		Urbana (n=100)	
	<i>f</i>	%	<i>F</i>	%
Estado civil				
Soltero	14	23.7	26	26.0
Casado	45	76.3	74	74.0
Total	59	100	100	100

Fuente: Instrumentos: Fantastico y de características sociodemográficas.

En la tabla No.13 se aprecia que en el rubro casados está el mayor porcentaje con 76.3% y 74.0% en área rural y urbana respectivamente.

Tabla 24. Género de las poblaciones rural y urbana, 2015.

Variable	Población			
	Rural (n=59)		Urbana (n=100)	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Género				
Hombre	35	59.3	66	66.0
Mujer	24	40.7	34	34.0
Total	59	100	100	100

Fuente: Instrumentos: Fantastico y de características sociodemográficas.

En la tabla No. 14 se observa que el 59.3% de la población rural son hombres; lo mismo ocurre en la población urbana, el 66% de la población son también del género masculino.

Tabla 25. Género de las poblaciones rural y urbana, 2015.

Variable	Población			
	Rural (n=59)		Urbana (n=100)	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Escolaridad				
De 1 a 6 años de estudio	55	93.8	63	63.0
De 7 a 17 años de estudio	4	6.8	37	37.0
Total	59	100	100	100

Fuente: Instrumentos: Fantastico y de características sociodemográficas.

En la tabla No. 15 se nota que la escolaridad de 1 a 6 años tiene mayor porcentaje de la población rural con 93.8% así mismo la población urbana presenta el 63% en el mismo apartado.

Tabla 26. Edad de las poblaciones rural y urbana, 2015.

Edad	Población			
	Rural (n=59)		Urbana (n=100)	
Edad	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
60 - 65	22	37.3	56	56.0
66 - 70	37	62.7	44	44.0
Total	59	100	100	100

Fuente: Instrumentos: Fantastico y de características sociodemográficas

En la tabla No. 16 se puede notar que la edad predominante en la población rural es la de 66 a 70 años con un porcentaje de 62.7%, y ocurre lo opuesto a la población urbana, ya que en ésta el 56% fue de una edad de 60 a 65 años.

Tabla 27. Ocupación de las poblaciones rural y urbana, 2015.

Ocupación	Población			
	Rural (n=59)		Urbana (n=100)	
Ocupación	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Ama de casa/campesino	57	96.6	86	86.0
Otros	2	3.4	14	14.0
Total	59	100	100	100

Fuente: Instrumentos: Fantastico y de características sociodemográficas

En la tabla No. 17 se puede notar que la ocupación predominante en ambas poblaciones es la de ama de casa/ campesino, en la rural con un 96.6% y en la población urbana fue de 86%.

Tabla 28. Religión de las poblaciones rural y urbana, 2015.

Religión	Población			
	Rural (n=59)		Urbana (n=100)	
Religión	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Católica	57	96.6	81	81.0
Otra	2	3.4	19	19.0
Total	59	100	100	100

Fuente: Instrumentos: Fantastico y de características sociodemográficas

En la tabla No. 18 se puede observar que respecto a la variable religión, en las dos poblaciones el porcentaje mayor se concentra en la religión católica, con un 96.6% en población rural y un 81% en población urbana.

ANEXO 3. CÁLCULO DE LA MUESTRA

Tamaño de muestra para población finita: una proporción.

$$N = \frac{(Z_{\alpha})^2(p)(q)}{\delta^2}$$

En donde:

N = Tamaño de la muestra que se requiere.

p = Proporción de sujetos portadores del fenómeno de estudio.

$q = (1 - p)$ Complementario sujetos que no tienen la variable en estudio.

δ = Precisión o magnitud del error que estamos dispuestos a aceptar.

Z_{α} = Distancia de la media del valor de significación propuesto.

Los valores con los que se cuenta para sustituir en la fórmula:

Tomando una proporción parsimoniosa 50%, $p = 0.50$, $q = 1 - p = 1 - 0.50 = 0.50$

Precisión de la estimación = $\pm 12.75\%$ ($\delta = 0.1275$).

Nivel de confianza = 95% ($\alpha = 0.05$), y de acuerdo a esto el valor es 1.96 a dos colas.

De tal forma:

$$N = \frac{(1.96)^2 (.50)(.50)}{0.1275^2}$$

$$N = \frac{(3.84) \times (0.25)}{.016256}$$

$$N = \frac{0.96}{.016256}$$

$$N = 59.05 \text{ Pacientes}$$

Tomando una proporción parsimoniosa 50%, $p = 0.50$, $q = 1 - p = 1 - 0.50 = 0.50$

Precisión de la estimación = $\pm 9.77\%$ ($\delta = 0.0977$).

Nivel de confianza = 95% ($\alpha = 0.05$), y de acuerdo a esto el valor es 1.96 a dos colas. De tal forma

$$N = \frac{(1.96)^2 (.50)(.50)}{0.0977^2}$$

$$N = \frac{(3.84) \times (0.25)}{.00954529}$$

$$N = \frac{0.96}{.00954}$$

$$N = 100 \text{ Pacientes}$$

GLOSARIO DE TÉRMINOS

Adulto mayor: toda persona de 65 años o más, la cual se encuentra en una etapa con presencia de deficiencias funcionales, como resultado de cambios biológicos, psicológicos y sociales, condicionados por aspectos genéticos, estilos de vida y factores ambientales, por ello, envejecer se constituye en un proceso cambiante tanto a nivel fisiológico como social, (Alvarado García, Alejandra María, Salazar Maya, Ángela María, 2014)

Envejecimiento: proceso que experimentan los individuos (Peter Townsend, 2012), el aumento de la proporción de personas de edad avanzada con igual o mayor a 60 años con respecto a la población total; dicho proceso deriva de la acción combinada de dos elementos fuertemente relacionados entre sí, el demográfico y el epidemiológico (Ham Chande, 1996, citado en CELADE-CEPAL, 2011).

Esperanza de vida saludable: se define como el número de años libre de enfermedad que, en promedio, un recién nacido puede esperar vivir de no modificarse los niveles de mortalidad y discapacidad de una sociedad determinada y es imprescindible apreciar que si bien ha aumentado la esperanza de vida en todas las poblaciones, en particular lo ha hecho el grupo de los adultos mayores (León Castillo L, 2015).

Gerontología: una ciencia multidisciplinaria que estudia el proceso de envejecimiento y la etapa de la vejez, cuenta con diferentes campos de aplicación, en los que participan especialistas de múltiples ramas y profesionales que tienen como objetivo común el tratar de mejorar la calidad de vida de las personas de la tercera edad (Samper, Morfi 2005, citado por Noriega Carrillo, Leslie Maritza, 2011).

Cuidado: se encuentra en el “ethos” fundamental de lo humano. Cuidar es más que una acción, es una actitud. El cuidado está presente en toda actitud y

situación del ser humano, es decir que se encuentra en la raíz primera del ser humano; el cuidado es estar con el otro, está en la naturaleza y en la constitución del ser humano y revela como es el ser humano, es un modo de ser singular del hombre y de la mujer (Leonardo Boff, 2002, citado por Vélez Álvarez, Consuelo, García Vanegas, Hoover José en el 2011).

Estilos de vida: son los procesos sociales, las tradiciones, los hábitos, conductas y comportamientos de los individuos y grupos de población que conllevan a la satisfacción de las necesidades humanas dirigen el camino para alcanzar el bienestar y la vida, son determinados de la presencia de factores de riesgo y/o de factores protectores para el bienestar, por lo cual deben ser vistos como un proceso dinámico que no solo se compone de acciones o comportamientos individuales, sino también de acciones de naturaleza social (Wong de Liu, C., 2012).

Promoción a la salud: naturaleza multidimensional de las personas a medida que interactúan dentro de su entorno para perseguir la salud mediante la acción individual, reconoce que los factores psicológicos influyen en los comportamientos de las personas. Señala cuatro requisitos para que éstas aprendan y modelen su comportamiento: atención (estar expectante ante lo que sucede), retención (recordar lo que uno ha observado), reproducción (habilidad de reproducir la conducta) y motivación (una buena razón para querer adoptar esa conducta) (Aristizábal Hoyos, Gladis Patricia, 2011).

FANTASTICO: cuestionario estandarizado con 25 ítems cerrados, el cual explora diez categorías (dominios) sobre componentes físicos, psicológicos y sociales del estilo de vida: familia-amigos, actividad física, nutrición, tabaco-toxinas, alcohol, sueño - medidas de seguridad-estrés, tipo de personalidad, interior (ansiedad, preocupación, depresión), introspección (actividades y/o labores), conducción al trabajo y otras drogas (Ramírez, 2011).