



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

ESCUELA DE POSGRADO

**PROGRAMA ACADÉMICO DE MAESTRÍA EN GESTIÓN DE
LOS SERVICIOS DE LA SALUD**

Programa de envejecimiento activo para mejoramiento de estilos de vida
en adultos mayores de un Centro de Salud de Posorja en tiempo Covid-
19, 2021

TESIS PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE:
Maestra en Gestión de los Servicios de la Salud

AUTORA

Valle Chiquito, Ginger Zulay (ORCID: 0000-0003-2085-4604)

ASESOR

Dr. Castillo Hidalgo, Efrén Gabriel (ORCID: 0000-0002-0247-8724)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Calidad de presentaciones asistenciales y gestión de riesgo en salud

PIURA— PERÚ

2021

DEDICATORIA

Dedico mi trabajo de tesis a mi padre que está en el cielo y a mi madre que sin ellos no estaría en este mundo ni fuese la profesional que soy. A mi esposo Richard Pachay por ser mi apoyo incondicional en toda mi carrera, a mis tres hijos que son mi fortaleza y, por último, pero no menos importante a mis dos perritos que nos dan felicidad diariamente.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios principalmente por sus bendiciones infinitas. A toda mi familia por el apoyo incondicional y ayudarme en todo lo que necesito. Le agradezco al Mgs Gabriel Castillo, por ayudarme en mi trabajo de titulación y no dejar que decaiga en ningún momento.

ÍNDICE DE CONTENIDO

CARÁTULA.....	i
DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
ÍNDICE DE CONTENIDO	iv
ÍNDICE DE TABLAS.....	v
ÍNDICE DE FIGURAS.....	vi
RESUMEN.....	vii
ABSTRACT.....	viii
I. INTRODUCCIÓN	1
II. MARCO TEÓRICO.....	7
III. METODOLOGIA.....	16
3.1. Tipo y diseño	16
3.2. Operacionalización de las variables.	16
3.3. Población, muestra, muestreo.....	17
3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	17
3.5. Procedimientos.....	18
3.6. Método de análisis de datos.....	18
3.7. Aspectos éticos	19
IV. RESULTADOS	20
V. DISCUSIÓN	34
VI. CONCLUSIONES.....	37
VII. RECOMENDACIONES	400
REFERENCIAS	42
ANEXOS.....	49

INDICE DE TABLAS

Tabla 1 Prueba de normalidad ESTILO DE VIDA DE WALKER para mejoramiento de estilos de vida en adultos mayores de un Centro de Salud de Posorja.	32
--	----

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Pre test – alimentación	20
Figura 2 Pre test – actividad y ejercicio	21
Figura 3 Pre test – manejo del estrés	22
Figura 4 Pre test – apoyo interpersonal	23
Figura 5 Pre test – autorrealización	24
Figura 6 Pre test – responsabilidad	25
Figura 7 Post test – alimentación.....	26
Figura 8 Post test – actividad y ejercicio.....	27
Figura 9 Post test – manejo del estrés	28
Figura 10 Post test – apoyo interpersonal	29
Figura 11 Post test – autorrealización	30
Figura 12 Post test – responsabilidad.....	31
Figura 13 Análisis comparativo.....	33

RESUMEN

La adultez mayor es una de las etapas complicadas para todo ser humano, trae consigo problemas de diversas índoles y a veces irreversibles. Es por ello que se desarrolló este estudio, el cual tuvo por finalidad determinar los efectos del programa envejecimiento activo en el mejoramiento de los estilos de vida saludables de los adultos mayores usuarios del centro de salud Posorja, 2021. Se aplicó un diseño pre experimental con pre y post test, y se trabajó con una muestra no probabilística de 25 adultos mayores. Para la recolección de datos se aplicó el instrumento de de estilos de vida de Walker. Para el análisis de datos se utilizó el programa Ms Excel y SPSS v25 y el coeficiente de Wilcoxon. Los resultados evidencian que los estilos de vida del adulto mayor mejoran significativamente ($p < .000$) luego de la aplicación del programa de envejecimiento activo. En el análisis descriptivo post test predomina una mejor alimentación, responsabilidad así como el manejo del estrés, gracias a la participación del programa, alrededor del 100% de pacientes mejoraron su salud. Se concluye que la aplicación del programa de envejecimiento mejora los estilos de vida del adulto mayor

Palabras claves: Programa de envejecimiento activo, estilos de vida, adulto mayor,

ABSTRACT

Older adulthood is one of the complicated stages for every human being, it brings with it problems of various kinds and sometimes irreversible. That is why this study was developed, which aimed to determine the effects of the active aging program in the improvement of healthy lifestyles of the elderly users of the Posorja health center, 2021. A pre-experimental design was applied with pre and post test, and we worked with a non-probabilistic sample of 25 older adults. For data collection, the Walker lifestyle instrument was applied. For data analysis, the Ms Excel and SPSS v25 program and the Wilcoxon coefficient were used. The results show that the lifestyles of the elderly improve significantly ($p < .000$) after the application of the active aging program. In the post-test descriptive analysis, a better diet, responsibility and stress management predominate, thanks to the participation of the program, around 100% of patients improved their health. It is concluded that the application of the aging program improves the lifestyles of the elderly.

Keywords: older adult, active aging, old age.

I. INTRODUCCIÓN

Las personas de la tercera edad enfrentan múltiples enfermedades y disfunciones orgánicas propias del proceso natural de envejecimiento, además de los riesgos aumentados de afectación de su integridad física, psicológica, social y espiritual, incluyendo el abandono familiar, por lo cual es importante darle la debida importancia al estilo de vida de cada uno de ellos (Aroni, 2019)

El envejecimiento del ser humano es un proceso natural que se produce a través de todo el ciclo de vida, sin embargo, no todas las personas envejecen de la misma forma, las causas están relacionadas con los estilos de vida, las oportunidades y privaciones, medio ambiente, exposición a factores de riesgo, posibilidad de acceso a la educación a la promoción de la salud, hábitos saludables cuyos efectos aparecen el momento de evaluar la calidad de vida y funcionalidad de la persona adulta mayor (Aguilar, 2017).

El envejecimiento se puede definir como un proceso resultante de cambios en el organismo, que se manifiestan de forma variable e individual. Puede referirse a un fenómeno fisiológico, comportamiento social, o incluso cronológico, es decir, la vejez surge con la progresión del tiempo, desde la edad adulta hasta el final de la vida. El hombre, en desarrollo durante el ciclo de vida, es un ser biopsicosocial, capaz de ser influenciado por el entorno físico, político y cultural en el que vive, lo que puede facilitar o dificultar su proceso de adaptación, acelerando o retrasando el envejecimiento (Aguilar, 2021).

El proceso de envejecimiento provoca cambios biológicos (morfológicos) en el cuerpo, como la aparición de arrugas y canas; fisiológico, que conduce a cambios en las funciones orgánicas; y bioquímicos, que aparecen a través de las transformaciones de reacciones químicas que tienen lugar en el organismo (Vasconez, 2016). Los cambios psicológicos se producen principalmente cuando, a medida que envejece, la persona necesita adaptarse a cada nueva situación de su vida diaria. Entre estos cambios, se encuentran las transformaciones sociales, consecuentemente, la disminución de la productividad y, principalmente, del poder físico y económico.

La transición demográfica está íntimamente ligada a la transición epidemiológica, es decir, debido al aumento de la población anciana, existe una mayor tasa de morbilidad y mortalidad por enfermedades crónico-degenerativas y sus secuelas (Troncoso, 2020). Por ello, son necesarias nuevas formas de construcción del conocimiento y su relación con el mundo del trabajo, con el fin de adecuar a los profesionales y los servicios de salud para una implementación efectiva de las políticas públicas adecuadas para las personas mayores.

El incremento de expectativa de vida ha conllevado progresivamente a un incremento de número de adultos mayores, y coyunturas socioeconómicas complejas e inciertas se convierte en un factor de riesgo y sólo las intervenciones oportunas permitirán potenciar la contribución de este grupo al desarrollo social y prevenir que se convierta en un factor de crisis para la estructura sanitaria y de la seguridad social de las Américas (Rodríguez, 2018).

En este sentido, el cambio demográfico pone de manifiesto la necesidad de incorporar el envejecimiento en el diseño de políticas, planes, programas y proyectos, en todo el ciclo de vida, donde se evidencian intervenciones destinadas a promover la salud, como principales indicadores que miden el bienestar; prevenir la enfermedad y la discapacidad, prolongar la independencia por tanto tiempo como sea necesario y prevenir y controlar condiciones crónicas y enfermedades asociadas a la edad (Aguilar, 2021)

La calidad de vida es un concepto multidimensional que está influenciado por variables socioeconómicas, estilos de vida, condiciones físicas y de salud, vivienda, satisfacción personal y entorno social en el que el adulto mayor se desenvuelve. Al respecto, Giusti (2019) define la calidad de vida como un estado de bienestar físico, social, emocional, espiritual, intelectual y ocupacional que le permite al individuo satisfacer apropiadamente sus necesidades individuales y colectivas; la satisfacción de las necesidades condiciona la calidad de vida. Estas necesidades son entendidas como actividades de vida que las personas tienen que realizar cotidianamente, en las que influyen factores biológicos, psicológicos, socioculturales, ambientales y político-económicos.

Entre los factores de protección de la calidad de vida del adulto mayor están los estilos de vida que incluye la calidad de las relaciones familiares y los apoyos sociales, la salud general, el estado funcional, la disponibilidad económica y los factores socioeconómicos. Dichos factores están relacionados con la capacidad para mantener la autonomía, controlar, afrontar y tomar decisiones personales acerca de cómo vivir, de acuerdo con las normas y preferencias propias; es decir, si el adulto mayor mantiene la capacidad para desempeñar funciones relacionadas con la vida diaria, mejora su calidad de vida (Navas, 2018).

Los ancianos se destacan en la pandemia COVID-19, en gran parte por presentar cambios resultantes de la senescencia o senilidad (13,14) (Hernandez, 2021). Continuamente existe una visión prejuiciosa, estigmatizada y estereotipada, que instiga discriminación por edad, que legitima la edad cronológica como un diferenciador de clase, incluso con implicación de creencias y actitudes que ridiculizan a los ancianos. La pandemia COVID-19 destacó a los ancianos, principalmente por el potencial de riesgo de esta población, focalizar acciones y estrategias de distanciamiento social específicamente para ese grupo (Bencomo, 2018).

Ecuador, para 2025, se encontrará dentro del grupo de países con mayor número de personas mayores (Marin, 2019) El aumento del número de años se debe a la reducción de las tasas de fecundidad y al aumento de la longevidad en las últimas décadas. En todo el mundo, se observan fuertes caídas en las tasas de fertilidad (Garcia, 2018). Ecuador, en la promoción del envejecimiento activo, por lo tanto, se comporta peor que la media americana (Calderon, 2021). Las intervenciones prioritarias se refieren al empleo, a pesar de los grandes avances logrados en los últimos años tras las reformas del sistema de pensiones, y la promoción de una vida independiente, sana y segura.

Estos resultados son el fruto amargo de intervenciones muy limitadas a nivel nacional. Básicamente, hasta ahora no se ha adoptado un plan nacional de políticas de envejecimiento activo, sino intervenciones dirigidas cada vez a áreas particulares y no incluidas en un marco de coordinación general (Carillo, 2019). Por ejemplo, los programas de prevención y promoción de la salud están muy fragmentados tanto a nivel regional como local. Pensar en la gran cantidad de

iniciativas d individuales, fundaciones o asociaciones para promover la actividad física y la sociabilidad entre las personas mayores.

La promoción del envejecimiento activo, sin embargo, no puede delegarse a la libre iniciativa de individuos o grupos, sino que debe apoyarse a través de políticas públicas que reconozcan el derecho y la responsabilidad de todos de tener un rol activo y participativo en la vida de la comunidad en todas las etapas de la vida, incluidos los ancianos (Ferreira, 2021).

En tal sentido cabe la importancia de elaborar un programa de fortalecimiento de los estilos de vida saludables de los adultos mayores para lograr un cambio positivo en la salud de cada uno de ellos como un factor de control y protección para el adulto mayor (Ferrer, 2020).

En primera instancia se debe tener en cuenta que la vejez como fase vital es una construcción multidimensional donde se abordan aspectos biológicos, sociales, culturales e individuales. Para el caso de Ecuador y la mayoría de países en desarrollo el Adulto Mayor es aquella persona que cursa más de 65 años de edad (Hernandez, 2015).

Durante este periodo las habilidades cognitivas del adulto mayor tienden a disminuir, pero no obstante no significa que ya no pueda aprender, o en este caso modificar determinadas conductas que pueden afectar de manera negativa su salud (Jimenez, 2019). Durante esta etapa es importante centrarnos en las actividades que puedan mejorar de manera significativa y que sean factibles de realizar en pro de la mejora de la salud de los adultos mayores.⁴Así mismo diferentes estudios han demostrado que los estilos de vida son determinantes para mantener o mejorar la salud de los adultos mayores.

En tal sentido en la revisión del estado del arte se ha identificado diferentes experiencias investigativas enfocadas a mejorar los estilos de vida del adulto mayor, estudios realizados por la Organización Mundial de la Salud (2017) en su informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Sin embargo, no se ha identificado estudios realizados en tiempos pandemia, ni se ha realizado

programas de investigación basado en el enfoque de envejecimiento activo, por lo que constituye un vacío teórico que el presente estudio pretende abordar.

Por medio de este estudio se demostrará que es posible mejorar el estilo de vida saludable para beneficio del adulto mayor. En tal sentido se formula la siguiente pregunta investigativa: ¿Cuál es el efecto del programa envejecimiento activo en el mejoramiento de los estilos de vida saludables de los adultos mayores usuarios del centro de salud Posorja, 2021?

El presente estudio tiene relevancia teórica, dado que permite plantear evidencia empírica de la promoción de la salud, especialmente en adultos mayores, de tal modo que aborde el vacío teórico y sirva de base para posteriores investigaciones. Así también tiene relevancia metodológica ya que el estudio plantea estrategias para mejorar los estilos de vida en adultos mayores, lo cual guarda coherencia con el modelo de atención integral en salud planteado (Pinzon, 2020).

Además, tiene relevancia social, dado que aborda a una de los grupos poblacionales más afectados por el Covid-19 que incidencia en su salud física y emocional y constituyen los ancianos han sido considerados los más vulnerables al Covid-19, debido a la respuesta inmunitaria reducida del organismo más antiguo y las enfermedades crónicas, manteniendo a las personas mayores alejadas incluso de los familiares y sus actividades.

En tal sentido se formula como objetivo general determinar los efectos del programa envejecimiento activo en el mejoramiento de los estilos de vida saludables de los adultos mayores usuarios del centro de salud Posorja, 2021. Como objetivos específicos se planteó diseñar y validar programa de envejecimiento activo en adultos mayores usuarios del centro de salud Posorja, 2021, describir los niveles de estilos de vida saludable de los adultos mayores antes y después de la aplicación del programa de envejecimiento activo.

En tal sentido se formula la siguiente hipótesis

HA: El programa envejecimiento activo mejora significativamente los estilos de

vida saludables de los adultos mayores usuarios del centro de salud Posorja, 2021

Ho: El programa envejecimiento activo No mejora significativamente los estilos de vida saludables de los adultos mayores usuarios del centro de salud Posorja, 2021.

II. MARCO TEÓRICO

Según estimaciones de *Naciones Unidas (2020)*, el 10% de la población mundial tiene más de 60 años, y este es el grupo de edad más afectado por la brecha tecnológica. Existe un mayor riesgo de marginación de las personas mayores por su exclusión de la sociedad de la información, situación que se ve agravada por el hecho de que, según los estudios, esta población se considera incapaz de adaptarse a las nuevas tecnologías (Querol, 2020). Un ejemplo de ello lo pone de manifiesto el hecho de que de los 27 millones de internautas contabilizados por la *Asociación para la Investigación de los Medios*, sólo el 28,1% tiene más de 45 años. En el grupo de 16 a 55 años, el 79% de estas personas tiene acceso a Internet, pero en el grupo de 56 a 70 años, el acceso disminuye al 29% mientras que en el de 71 a 80 años, es sólo el 5% (Solano, 2021).

Por ejemplo, en España, desde principios del siglo XXI, se ha hecho hincapié en los servicios económicos y sociales que tienen como objetivo eliminar las barreras a la dependencia, la discapacidad y la movilidad (Roco, 2021). Hoy nos encontramos en una era en la que los servicios técnicos y de comunicación para las personas mayores y discapacitadas son fundamentales para promover la cohesión y la integración de estos, los ciudadanos europeos más desfavorecidos, mediante la adquisición de una mayor independencia, mayores grados de autonomía personal y mayor acceso al conocimiento y comprensión de otras realidades (Morales, 2019).

Caballero (2020) comparó las percepciones de los laicos sobre el envejecimiento activo en una muestra de 337 personas mayores de 65 años, con los resultados de investigaciones previas sobre el envejecimiento exitoso y la calidad de vida. Las descripciones más comunes de envejecimiento activo reportadas por los participantes fueron "mantenimiento de la salud y el funcionamiento físicos (43%), actividades de ocio y sociales (34%), funcionamiento y actividad mental (18%) y relaciones y contactos sociales (15%)". Hubo una notable similitud en los temas mencionados en los diferentes conceptos, aunque el envejecimiento saludable y la calidad de vida

generalmente se consideraban puntos finales y "estados del ser" (Saavedra, 2020).

Aunque estudios anteriores ilustraron las perspectivas subjetivas del envejecimiento activo, se detectó un problema con respecto al significado del término envejecimiento activo (Yanez, 2020). Los investigadores y los adultos mayores pueden usar la misma palabra con diferentes entendimientos. Un investigador puede entender el envejecimiento activo como un término que incluye varios determinantes, mientras que las personas mayores pueden ver el término como dos palabras separadas, como activo y envejecimiento en un sentido literal. Por ejemplo, un estudio realizado en Inglaterra abordó los aspectos subjetivos del envejecimiento activo. Preguntar a los sujetos sobre el envejecimiento activo de manera directa puede arriesgar una comprensión inválida del envejecimiento activo entre investigadores y participantes (Aloe, 2121).

Se analiza el trabajo de Uría (2020), donde resalta que el adulto mayor al envejecer llega a tener una cantidad de tiempo libre, "este puede convertirse en un recurso para dar lugar a la creatividad, el descanso y el disfrute personal permitiendo una beneficiosa reorganización de la rutina diaria y evitando el advenimiento de la sensación de inutilidad, aburrimiento y soledad (Vasconez, 2016). En el confinamiento está implícita la obligación, la decisión de los demás, el alejamiento del hogar, aunque aparentemente se cuente con la libertad. De una forma más amplia y ya en el sentido humano, el confinamiento conlleva encierro, es cumplir con los límites impuestos por otros, es mantenerse bajo el control de esos mismos otros, que son los que tienen el poder

Los estudios realizados por Bowling, Stenner et al. y Marsillas et al. (2017), encontró que las percepciones de las personas mayores sobre el término envejecimiento activo incluían el mantenimiento del funcionamiento físico y mental, las actividades sociales y la satisfacción con la vida en la vejez. En un estudio tailandés, los adultos mayores identificaron el envejecimiento activo como el proceso de participación activa en la vida en el sentido de que las personas mayores hicieron contribuciones y lograron la felicidad haciendo cosas que son beneficiosas para ellos, la familia y la sociedad.

Dado que los hallazgos anteriores muestran opiniones variadas sobre el envejecimiento activo, el método de investigación debe ser examinado. Esto es lo que el estudio actual pretende mostrar al invertir de manera única el concepto de envejecimiento activo comenzando con sus conceptos pilares (Villafuerte, 2017). Debido a la falta de claridad y cobertura, es difícil aplicar este concepto para ajustar la política y desarrollar programas de actividades para promover el envejecimiento activo. Dado que el concepto de envejecimiento activo tiene como objetivo optimizar las oportunidades de salud, participación y seguridad para mejorar la calidad de vida de las personas mayores, es necesario aclarar estos pilares básicos (Alvarado, 2017). Por tanto, los resultados obtenidos con este enfoque podrían ser beneficiosos para los responsables de la formulación de políticas y los profesionales de la salud comunitaria a la hora de promover el envejecimiento activo.

Actualmente, los expertos en el estudio del envejecimiento se refieren a tres grupos de personas mayores: los *jóvenes ancianos*, los *ancianos* y los *ancianos mayores*. El término *personas mayores jóvenes* generalmente se refiere a personas de 65 a 74 años, que suelen ser activas, llenas de vida y vigorosas. Los ancianos, 75 y 84 años de edad, y la *edad avanzada edad avanzada*, 85 años o más, son los que son más propensos a la debilidad y la enfermedad, y pueden tener dificultades para realizar algunas actividades de la vida diaria (Duarte, 2016). La persona mayor, la generalmente, se define como anciano cuando llega a los 60 años, independientemente de su condición biológica, psicológica y social. La población anciana, personas de 60 años o más, creció 7.3 millones entre 2010 y 2020, totalizando más de 14.5 millones en 2020.

Otra clasificación muy utilizada es la edad funcional, es decir, qué tan bien se desenvuelve una persona en un entorno físico y social en comparación con otras de la misma edad cronológica. Por ejemplo, una persona de 90 años con buena salud física puede ser funcionalmente más joven que una persona de 65 años que no lo es (Villafuerte, 2017). La distinción entre *ancianos jóvenes*, *ancianos* y *ancianos mayores* puede ayudar a comprender que el envejecimiento no es algo determinado por la edad cronológica, sino que es consecuencia de experiencias pasadas, de la forma en que se vive y se gestiona la propia vida en el presente y de las expectativas futuras; se trata, por tanto, de una integración

entre las vivencias personales y el contexto social y cultural en un momento dado, y se involucran diferentes aspectos: biológicos, cronológicos, psicológicos y sociales.

Es decir, aquellos que tienen más probabilidades de ser mayores y experimentar pérdidas considerables en el potencial físico y cognitivo. Sobre este tema específico en un informe de Age UK titulado *Improving later life: Understanding the old old old* ya había subrayado la importancia de integrar plenamente a la población mayor en una estrategia de envejecimiento activo que incluye tanto la prevención en las primeras etapas del ciclo de vida como así como en la vejez, y medidas correctivas rápidas cuando la autonomía se ve amenazada (Teran, 2021).

Aunque las iniciativas de investigación y políticas destinadas a promover la salud y la participación de las poblaciones mayores se han multiplicado durante la última década, sigue habiendo una falta considerable de claridad conceptual sobre el envejecimiento activo (Sanchez M. , 2018). Desafortunadamente, el envejecimiento activo a menudo se usa indistintamente con nociones sutilmente divergentes como envejecimiento exitoso, calidad de vida y envejecimiento saludable, lo que dificulta el desarrollo de mediciones empíricas.

Estudios previos han tenido resultados mixtos al intentar verificar la validez de modelos conceptuales de envejecimiento activo. (Calahorrano & Fernández, 2018), probaron un modelo utilizando los determinantes del envejecimiento activo propuestos por la OMS. Utilizaron un análisis factorial confirmatorio sobre los datos recopilados durante las entrevistas realizadas entre 1.322 personas mayores en Portugal. Su análisis no pudo confirmar el modelo conceptual de la OMS en la medida en que algunos de los determinantes estaban profundamente entrelazados.

Las orientaciones pueden cambiar en tiempo real. Ser consciente de ellos, huir de las creencias fáciles es otra medida preventiva a tomar. No se quede sentado esperando que alguien haga algo o que las personas de los grupos de riesgo, incluso si están activas, pueden manejarlo todo por sí mismas (Calvo, 2020). Quienquiera que esté leyendo este texto sin duda ha recibido el cuidado

y el celo para llegar hasta aquí. Necesitamos devolver la atención y el afecto a nuestros padres y abuelos. Los legados se construyen con ejemplos buenos y consistentes.

El coronavirus ha impactado en la vida de todas las personas, especialmente de las personas mayores, que deben evitar que sus familiares y amigos vayan a sus casas, además de no poder salir a menudo ni siquiera a comprar en el supermercado (Rubio, 2021). En esta falta de contacto social pueden aparecer enfermedades relacionadas con el bienestar físico, emocional y mental, ya que experimentan dificultades para lidiar con la interacción virtual y ya tienen la salud debilitada (Mendieta, 2020).

Así, se produce un deterioro de la parte cognitiva que puede variar según la edad, trayendo consecuencias como depresión, ansiedad, estrés e incluso pensamientos suicidas. Otro problema es el agravamiento de enfermedades preexistentes, como la hipertensión por coronavirus (Martinez, 2020). Como los familiares no pueden cuidarlos personalmente, los ancianos acaban olvidándose de tomar su medicación o, incluso, ingiriendo más dosis por no recordar. La falta de ejercicios que ayuden en diferentes situaciones de salud también compromete al organismo, dependiendo de su problema (Robles, 2021).

En cada hogar donde haya alguien en riesgo, la higiene y la restricción de contacto con personas que utilizan el transporte público o trabajan en entornos hospitalarios, además de los niños, deberán ser estrictas (Gallego, 2020). Esto es cierto para las instituciones de atención de largo plazo para ancianos, que son más de 1.500 personas por ciudad en el mundo y muchas de las cuales tienen poca estructura y ni siquiera cuentan con atención médica diaria. Los organismos sanitarios responsables necesitan, de forma muy ágil, orientarlos y regular las medidas preventivas de emergencia. El retraso que se observa es otro indicio de la marginación de las personas que viven allí (Rubiales, 2020).

Para que las personas mayores no se sientan inútiles, incómodas y con tiempo libre, es fundamental realizar actividades que eviten o reduzcan significativamente estos impactos negativos (Blanco, 2020). De esta forma, mantener su bienestar es de suma importancia para que los problemas de salud

existentes no se agraven y eviten el desarrollo de otros. Aún así, el anciano necesita darse cuenta de que es útil, amado y recordado, es decir, que es importante tanto para la familia y los amigos como para la sociedad.

El concepto de Envejecimiento Activo se define como "... el proceso de optimizar las oportunidades de salud, participación y seguridad para mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen " (Troncoso, 2020) Al ser de indiscutible importancia como concepto político fundamental en Europa, los esfuerzos para aumentar su evidencia empírica en términos de definición operativa y criterios han recibido una atención creciente en todo el mundo durante los últimos años.

El modelo de envejecimiento activo presentado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) abarca seis grupos de determinantes, cada uno de los cuales incluye varias características: (1) disponibilidad y uso de servicios sociales y de salud (por ejemplo, promoción y prevención de la salud; atención continua); (2) determinantes del comportamiento (por ejemplo, ejercicio y actividad física; hábitos de beber y fumar; alimentación; medicación); (3) determinantes personales (biología y genética, y características psicológicas); (4) ambiente físico (por ejemplo, casas de seguridad, bajos niveles de contaminación); (5) determinantes sociales (por ejemplo, educación, asistencia social) y (6) determinantes económicos (por ejemplo, salario, seguridad social) (Aroni, 2019).

Este grupo se complementa con dos determinantes transversales: género y cultura. Según este modelo, los elementos clave del envejecimiento activo son (1) la autonomía, que es la capacidad percibida para controlar, afrontar y tomar decisiones sobre cómo se vive en el día a día, según reglas y preferencias personales; (2) independencia, que se refiere a la capacidad que uno tiene para realizar funciones relacionadas con la vida diaria, es decir, la capacidad de vivir en la comunidad con poca o ninguna ayuda de los demás; (3) calidad de vida; y (4) esperanza de vida saludable, que se refiere a cuánto tiempo pueden esperar vivir las personas en ausencia de discapacidades (Torres W. , 2021). Los principales pilares del modelo son la participación, la salud y la seguridad. Más recientemente, se ha agregado un cuarto pilar al modelo: el aprendizaje

permanente (que se refiere a cuánto tiempo pueden esperar vivir las personas en ausencia de discapacidades).

En la actualidad, el envejecimiento activo aparece principalmente como resultado de varios determinantes que se espera que ayuden a los profesionales e investigadores a reconocer perfiles particulares que están más en riesgo o, por el contrario, son más favorables para envejecer activamente (Artieta, 2021). Dado que la mayoría de las definiciones de envejecimiento activo son limitadas y se refieren principalmente a los jóvenes-ancianos, se ha reconocido cada vez más la necesidad de seguir investigando la operacionalización del concepto en los viejos tiempos, por ejemplo, basándose y ampliando la definición clásica de envejecimiento activo de la OMS, propuso un conjunto de principios como base para una estrategia de amplio alcance sobre el envejecimiento activo que incorpore, entre otros, la necesidad de abarcar a todas las personas mayores, incluidas las personas mayores que son frágiles y dependientes (Castro, 2010).

El envejecimiento ya no se presenta como un período inevitable de declive que requiere la retirada de la vida activa (Silva, 2021). De todos los conceptos existentes que acompañan a esta visión positiva del envejecimiento, este artículo se centra en el envejecimiento activo porque es un concepto más holístico e inclusivo que engloba la seguridad económica y física de los adultos mayores.

Coexisten definiciones contrapuestas para el concepto de envejecimiento activo y sigue habiendo una superposición entre el envejecimiento activo y exitoso. Aunque el envejecimiento activo a veces se usa como un proxy para designar a los ancianos productivos o físicamente activos, la mayoría de los autores descartan las medidas unidimensionales a favor de una definición más holística que abarca las funciones físicas, mentales y sociales (Blanco, 2020). La OMS propone un concepto amplio que está influenciado por el género y la cultura, y que se compone de determinantes conductuales, personales, físicos, sociales y económicos, así como de servicios sociales y de salud. Las diferencias importantes entre estos dos modelos radican en que el concepto propuesto por la OMS tiene en cuenta la seguridad física y económica de los adultos mayores como parte de un enfoque de política social y sanitaria basado

en los derechos humanos frente al envejecimiento de la población, mientras que Fernández-Ballesteros se centra en sobre aspectos psicológicos como la cognición y el estado de ánimo (Bustos, 2018).

Además, la validez de los modelos de envejecimiento exitosos también ha sido cuestionada cuando se utilizan métodos de análisis factorial confirmatoria. (Lentine, y otros, 2017), probaron un modelo muy similar al propuesto por Fernández-Ballesteros y colegas, pero lo etiquetaron como envejecimiento exitoso y aceptaron erróneamente un modelo de medición que capturaba mal la varianza de los ítems incluidos en el modelo. Alternativamente, se han sugerido índices bastante simples para medir la presencia o ausencia de componentes tanto del envejecimiento activo como exitoso. En la revisión teórica de estilos de vida, el cual constituye una acepción derivado de las ciencias humanas y sociales, como la sociología y la antropología, de referencias como el marxismo, la sociología interpretativa de Weber, el psicoanálisis y el culturalismo antropológico estadounidense (Cedeño, 2020).

Los estilos de vida saludables de la mayoría de las enfermedades crónicas, comprenden el contacto con los profesionales médicos en el caso de los controles y la atención preventiva, pero la mayoría de las actividades se desarrollan fuera del sistema de atención de la salud (Das, 2019). Por lo tanto, la responsabilidad principal del manejo de la diabetes recae en quienes la padecen, y se estima que el paciente asume el 95% de la atención de la diabetes. Las personas con diabetes deben cambiar sustancialmente los hábitos cotidianos para controlar la enfermedad. Entre los cambios de estilo de vida que se requieren modificaciones se encuentran (i) seguir una dieta, (ii) auto administrarse medicamentos orales para la diabetes y / o insulina, (iii) realizar actividad física, (iv) realizar un control de la glucosa en sangre y (v) controlar la glucosa en sangre a diario factores estresantes (Gallego, 2020)

Sin embargo, el concepto de Weber no capturó la realidad en la operacionalización entre las opciones de vida y el estilo de vida en la configuración del estilo de vida saludable. A partir de los conceptos de Weber sobre estilos de vida saludables, los sociólogos William Cockerham, Pierre Bourdieu y Weber (2020) obtuvieron una base teórica sobre la cual profundizar

nuestra comprensión y ayudarnos a enfrentar los desafíos teóricos iniciales planteados por la investigación sobre estilos de vida. Para lograr una mejor comprensión del comportamiento del estilo de vida, los investigadores abogan por la comprensión del estilo de vida saludable dentro del contexto social que da forma a las normas, valores y comportamientos en lugar de la perspectiva del estilo de vida de salud individual. Thomas Abel, definió los estilos de vida saludables como formas de comportamientos, valores y actitudes relacionados con la salud adaptado por grupos de personas de su entorno social, económico y cultural (Gebert, 2018).

En lo referente a la teoría de Cockerham sobre el comportamiento del estilo de vida, se puede entender el comportamiento adoptado por los pacientes en su vida diaria (Milñano, 2020). El comportamiento de estilo de vida de los diabéticos, como cualquier otra persona, es la producción de las opciones de los individuos y las oportunidades de la estructura social. El mantenimiento de la conducta de autocuidado es difícil para muchos pacientes diabéticos porque, como miembros de la sociedad, sus acciones están influenciadas por diferentes variables que incluyen el estatus socioeconómico, el nivel de educación, las condiciones de vida, la colectividad, el género y la raza (Pinzon, 2020). Esas variables influyen en la visión de los pacientes sobre el estilo de vida saludable y los resultados que producen.

Las personas también son más propensas a fumar, comer en exceso, beber demasiado, trabajar demasiado, discutir con los demás, etc., cuando se sienten estresadas. Por lo tanto, el manejo del estrés es una parte importante del nuevo estilo de vida, y las técnicas de meditación y relajación son realmente una parte clave para llevar un estilo de vida saludable (Huera, 2017) Balance de vida, Si se desea lograr un estilo de vida saludable, se debe tomar medidas para asegurarse de mantener un cierto nivel de equilibrio espiritual, físico, emocional, social, mental y financiero.

III. METODOLOGIA

3.1. Tipo y diseño

En el presente estudio se desarrolló bajo el enfoque cuantitativo, dado que realiza la medición del objeto de estudio y aplica el análisis de datos para probar hipótesis (Garbus, 2016).

Se trabajó con un diseño de investigación: pre experimental con pre y post test, el cual se trabaja con grupo único se aplica pre y post test y el tratamiento experimental, sin ningún tipo de selección aleatoria o proceso de pre-selección (Gonzalez, 2018).

3.2. Operacionalización de las variables.

Variable 1: Programa de envejecimiento activo

- **Definición conceptual:** Es un programa en el cual se busca mejorar la vida de las personas consideradas tercer edad. (Diaz, 2021)
- **Definición operacional:** Análisis comparativo de las ventajas del envejecimiento activo en los adultos mayores.
- **Escala de medición:** Intervalo

Variable 2: Estilos de vida saludable

- **Definición conceptual:** El estilo de vida representa el perfil del pensamiento y de la acción (compuesto, según la interpretación, como rasgos de personalidad, valores, actitudes, intereses, opiniones, comportamientos, prácticas sociales, combinados de diversas formas) característico de un individuo o una categoría de individuos (Jimenez E. , 2019).
- **Definición operacional:** Datos de pacientes adultos mayores que participaron en el programa, para obtener datos pre test y post test.
- **Escala de medición:** Intervalo

3.3. Población, muestra, muestreo

La población es un público objetivo a la cual se le aplica una técnica de recolección de datos que permite recabar información necesaria que permita esclarecer un punto referencial de la investigación. En este trabajo, la población son un grupo de adultos mayores que acuden a la consulta externa de un centro de salud de la parroquia Posorja, de acuerdo con datos proporcionados por el mismo centro en el mes se atienden alrededor de 25 adultos mayores. Se determina que la muestra es no probabilística por lo que se considera la misma cantidad de la población como muestra.

Criterios de inclusión

- Pacientes del centro de salud que tengan un historial desde hace cinco años.
- Pacientes con una edad comprendida entre 65 y 70 años.
- Pacientes que puedan movilizarse sin problema alguno.

Criterios de exclusión

- Pacientes mayores de 70 años
- Pacientes con historial clínico menor a 5 años
- Pacientes con problemas neurológicos como demencia, Parkinson, etc.

3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

La técnica es la encuesta, que constituye un conjunto de preguntas cerradas, estructuradas en el instrumento de calidad de estilo de vida, es un cuestionario que mide el estado de salud tal como lo percibe el paciente que fue diseñado para ser ampliamente aplicable en varios tipos y severidades de enfermedades y en subgrupos demográficos y culturales (Aquiahuatl, 2017)

De hecho, se ha utilizado ampliamente como medida de resultado, en estudios de salud, para planificar programas asistenciales, para determinar políticas sanitarias y también para monitorizar la evolución de los pacientes en tratamiento (aunque, en realidad, su sensibilidad a los cambios es algo

limitada). El instrumento usado para medir estilos de vida es el de Walker, fue inicialmente una herramienta de 15 anexiones que medía cinco dominios sobre la el estilo de vida: bienestar material y físico, relaciones con otras personas, actividades sociales, comunitarias y cívicas, desarrollo y realización personal y recreación. Por lo tanto, la calidad de vida en su formato actual está compuesto por 25 preguntas, sus dimensiones son: Alimentación, actividad y ejercicio, manejo del estrés, apoyo interpersonal, autorrealización y responsabilidad en salud (Carrasco, 2018).. Las puntuaciones pueden oscilar entre 25 y 100. No existe un software de gestión o puntuación automatizado para la calidad de vida.

3.5. Procedimientos

La obtención de la información que facilitó el desarrollo del análisis comparativo y descriptivo, fue a través del cuestionario de calidad de vida, para ello se precisó la validación de instrumentos por parte de jueces capacitados así como el consentimiento por parte del grupo objetivo de investigación, que en este caso son los adultos mayores que asisten al centro de salud. Una vez finalizado los cuestionarios, se procedió a procesar la información para presentarlo en datos porcentuales de fácil comprensión. El procedimiento inicial fue:

- Determinar la población y muestra, que en este caso son 25 pacientes de la tercera edad que puedan participar en el programa.
- Firmar el consentimiento informado, afirmando su participación.
- Aplicar el pre test para la obtención de información y determinar el nivel de salud de los participantes.
- Aplicar el programa con cada una de sus sesiones.
- Aplicar el pos test para determinar el impacto del programa en la salud de los usuarios.

3.6. Método de análisis de datos

Se usó coeficiente de Wilcoxon, se usa para comparar dos muestras relacionadas, muestras emparejadas o para realizar una prueba de diferencia pareada de mediciones repetidas en una sola muestra para evaluar si su población los rangos medios difieren. Son alternativas no paramétricas a las pruebas *t* de Student no emparejadas y emparejadas (también conocidas

como “prueba t para pares coincidentes” o t-prueba para muestras dependientes, respectivamente. Las dos pruebas no paramétricas no asumen que las muestras estén distribuidas normalmente. su procedimiento aplicado en el programa Spss se realizó lo siguiente: Se calculó las diferencias entre pares o a partir de un valor central hipotético, se clasificó las magnitudes (es decir, las diferencias sin signos), se suma los rangos positivos y negativos, se denota por T el valor sin signo de la menor suma de rangos; n es el tamaño de la muestra (número de rangos) (Torres, 2018)

3.7. Aspectos éticos

Los participantes recibieron información oral y escrita sobre el propósito general y los protocolos del estudio y el tiempo requerido para la participación. Los principios éticos que se asumieron en la investigación se aplicó en la garantía al derecho a retirarse del estudio sin consecuencias negativas y se pidió a los participantes que firmaran un formulario de consentimiento. Los nombres se protegieron refiriéndose a los participantes como hombre / mujer y edad. Se mantuvo la confidencialidad en todos los procesos de recopilación y análisis de datos manteniendo el material en un lugar seguro y protegiéndolo contra la exposición. Los principios éticos asumidos durante la investigación fueron: Respeto a los participantes, el beneficio de la duda las cuales deben subsanadas a los participantes, la justicia en el uso de la información y la lealtad a lo que en ella se encuentra (Lane, 2020).

IV. RESULTADOS

4.1. Análisis descriptivo

Pre test

Alimentación

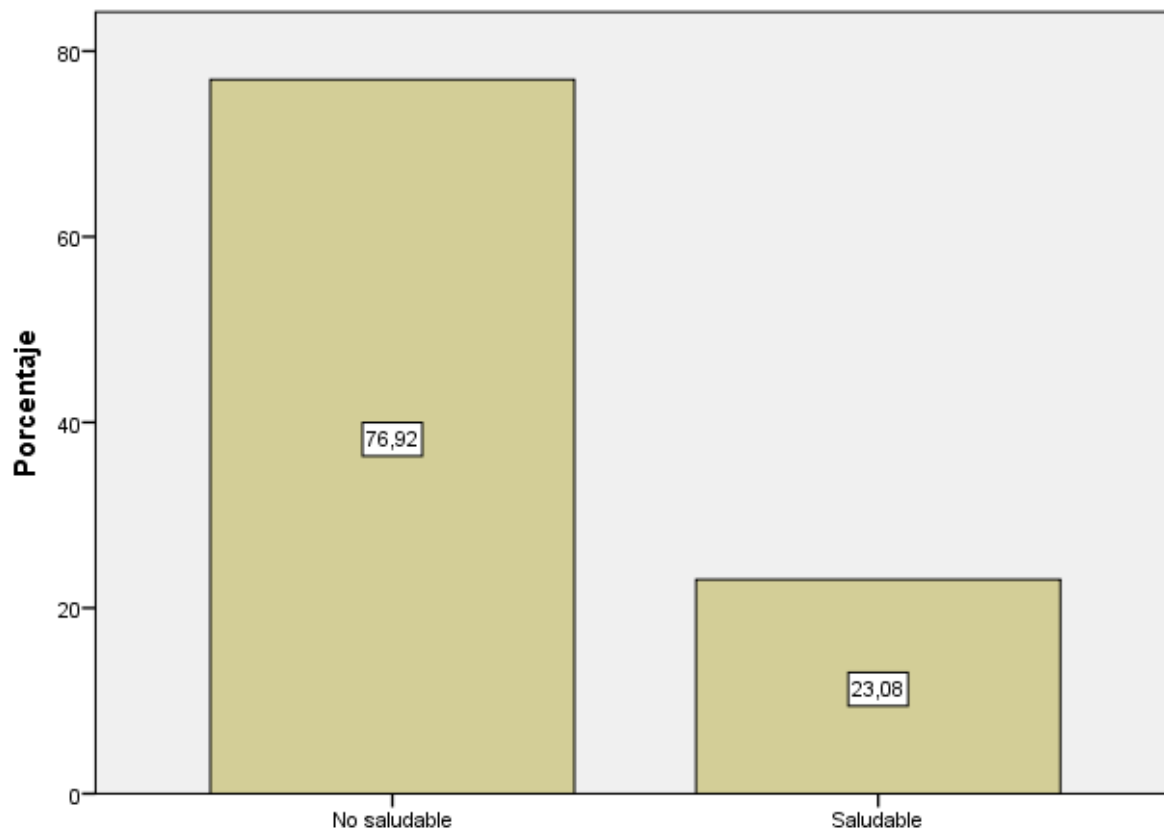


Figura 1 Pre test – alimentación

Nota: Evaluación aplicada en adultos mayores de un Centro de Salud de Posorja

Según los datos del pre test, referenciando la primera dimensión la cual es alimentación, se puede notar como 76,92 % de adultos mayores no se están saludables, es decir, no están nutriéndose de forma adecuada, tampoco comen las veces que son necesarias y no están acudiendo a un nutricionista.

Actividad y ejercicio

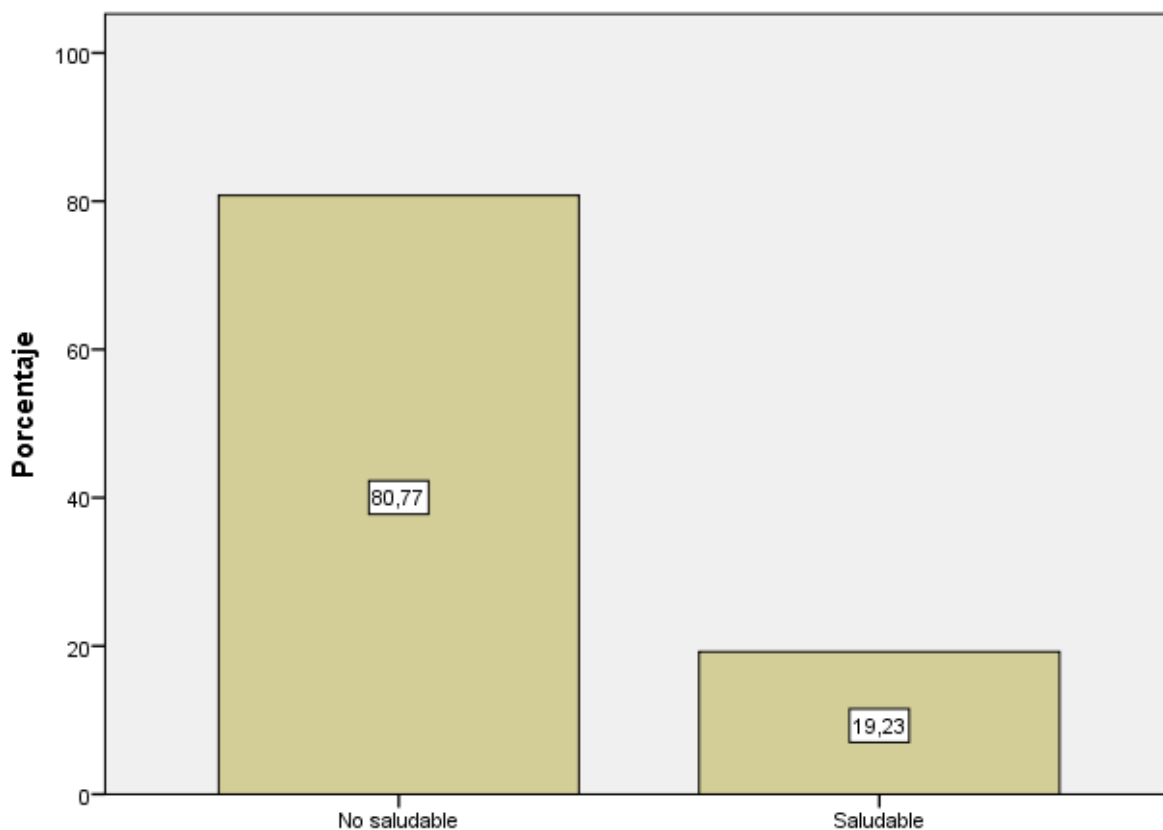


Figura 2 Pre test – actividad y ejercicio

Nota: Evaluación aplicada en adultos mayores de un Centro de Salud de Posorja

Según los datos del pre test, referenciando la segunda dimensión la cual es actividad y ejercicio, se puede notar como 80,77 % de adultos mayores no se están saludables, esto se debe a la falta de actividad física que pueda ayudarlos a mantenerlos activos, además de sentirse vigorosos para poder realizar actividades no muy fuertes pero si para su edad.

Manejo del estrés

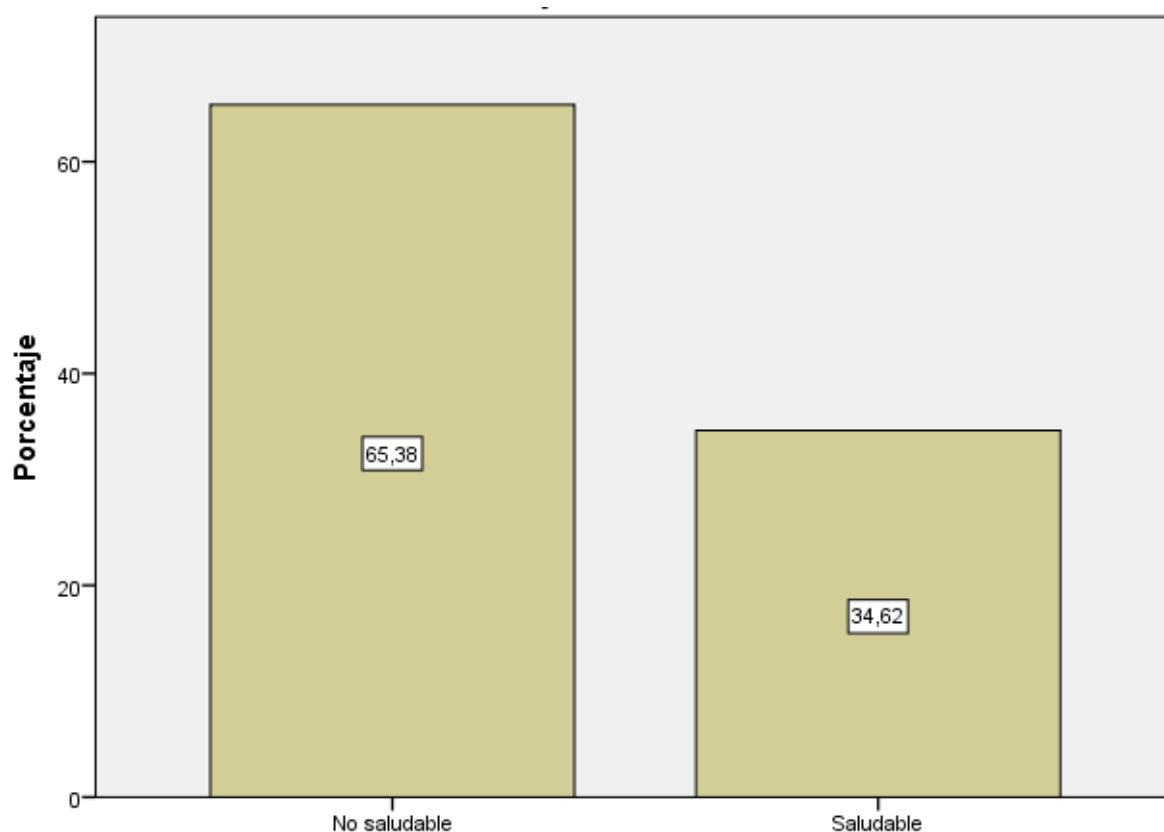


Figura 3 Pre test – manejo del estrés

Nota: Evaluación aplicada en adultos mayores de un Centro de Salud de Posorja

Según los datos del pre test, referenciando la tercera dimensión la cual es manejo del estrés, se puede notar como 65,38 % de adultos mayores no se están saludables, esto se debe a que el estrés causando de forma normal por la edad, así como el ambiente que los rodea no es el propicio y por ende afecta sus pensamientos, lo que crea malestar transformándose en estrés.

Apoyo interpersonal

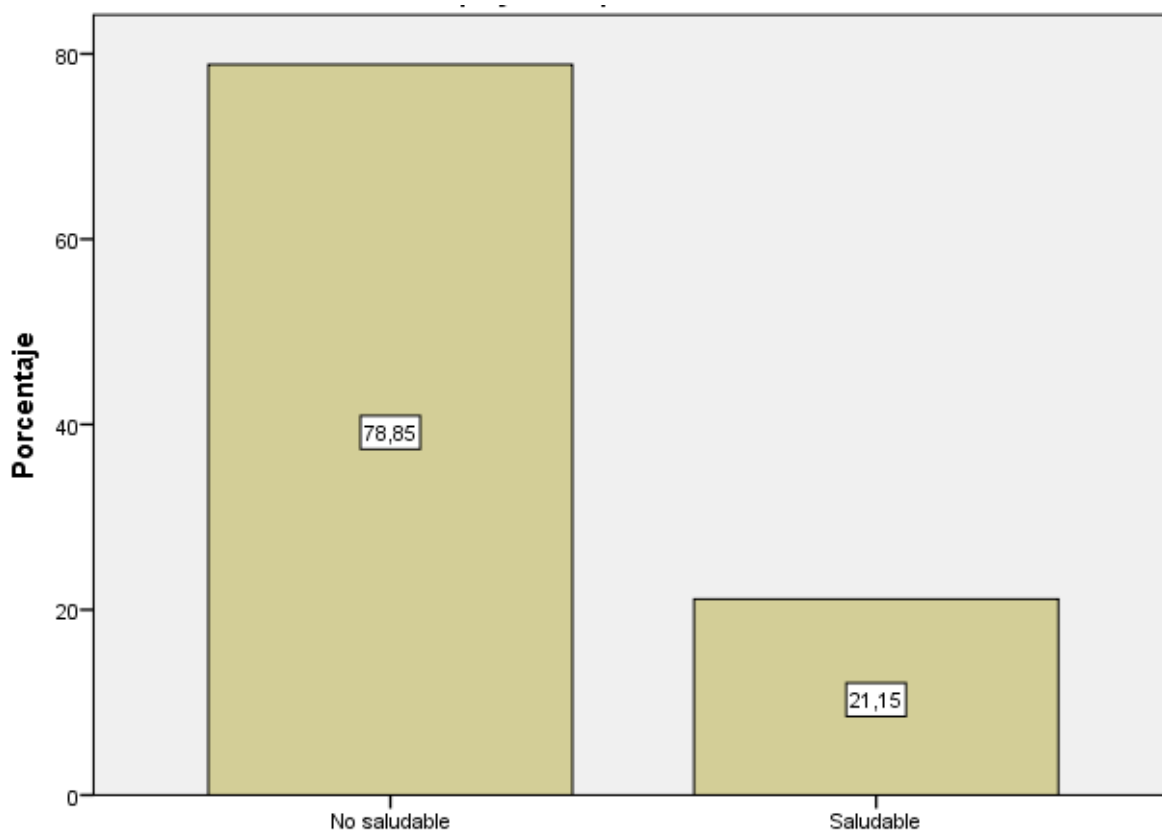


Figura 4 Pre test – apoyo interpersonal

Nota: Evaluación aplicada en adultos mayores de un Centro de Salud de Posorja

Según los datos del pre test, referenciando la cuarta dimensión la cual es apoyo interpersonal, se puede notar como 78,85 % de adultos mayores no se están saludables. El apoyo social, se relaciona con los componentes de auto – afirmación, recepción de retroalimentación y de comparación social. Este tipo de apoyo proporciona validez y seguridad a las creencias y capacidades de las personas, aún más si se trata de adultos mayores, donde al carecer de este aspecto, está generando problemas en ellos y su relación con los demás.

Autorrealización

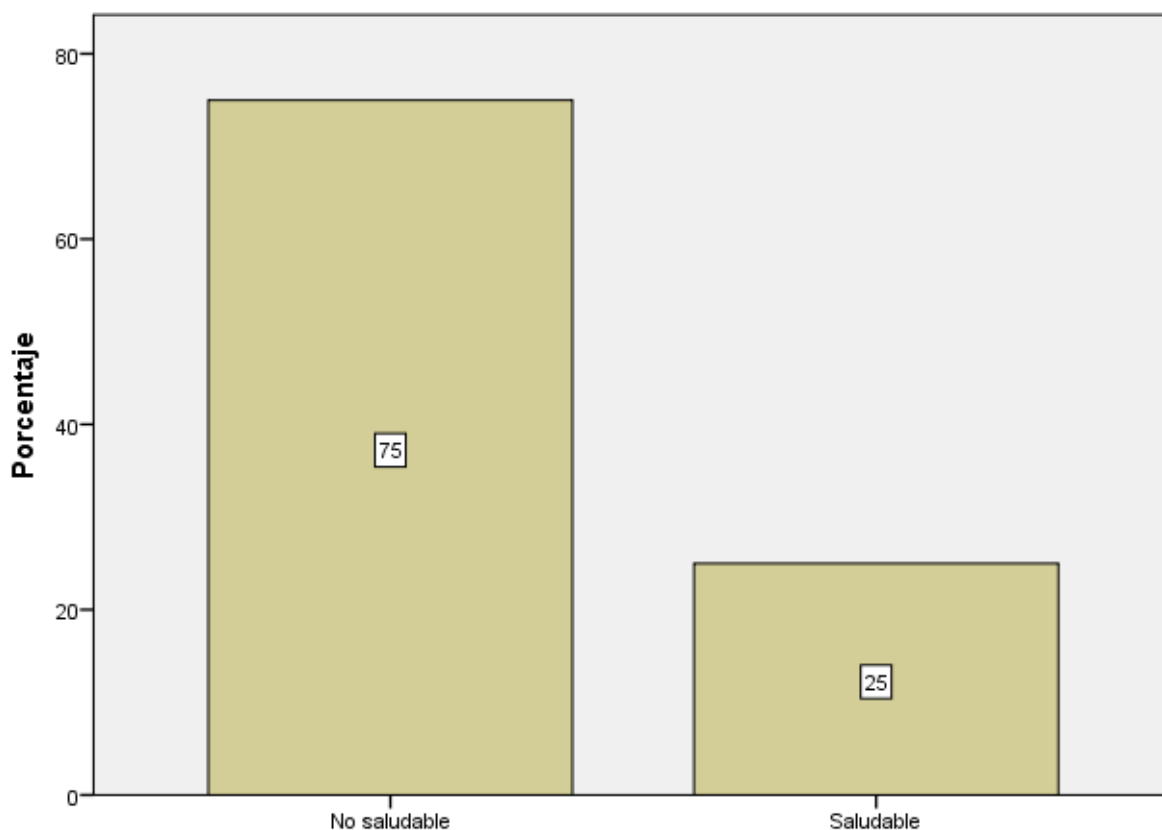


Figura 5 Pre test – autorrealización

Nota: Evaluación aplicada en adultos mayores de un Centro de Salud de Posorja

Según los datos del pre test, referenciando la quinta dimensión la cual es autorrealización, se puede notar como 75% de adultos mayores no se están saludables. La autorrealización es lograr los objetivos o aspiraciones que alguien tiene en mente. Cuando se consigue se obtiene una gran satisfacción por todo lo que se ha conseguido durante ese proceso. Los usuarios no se sienten así, consideran que aun les falta completar lo que ellos han querido y por ende, esto juega un papel muy fuerte en su salud emocional y psicológica.

Responsabilidad

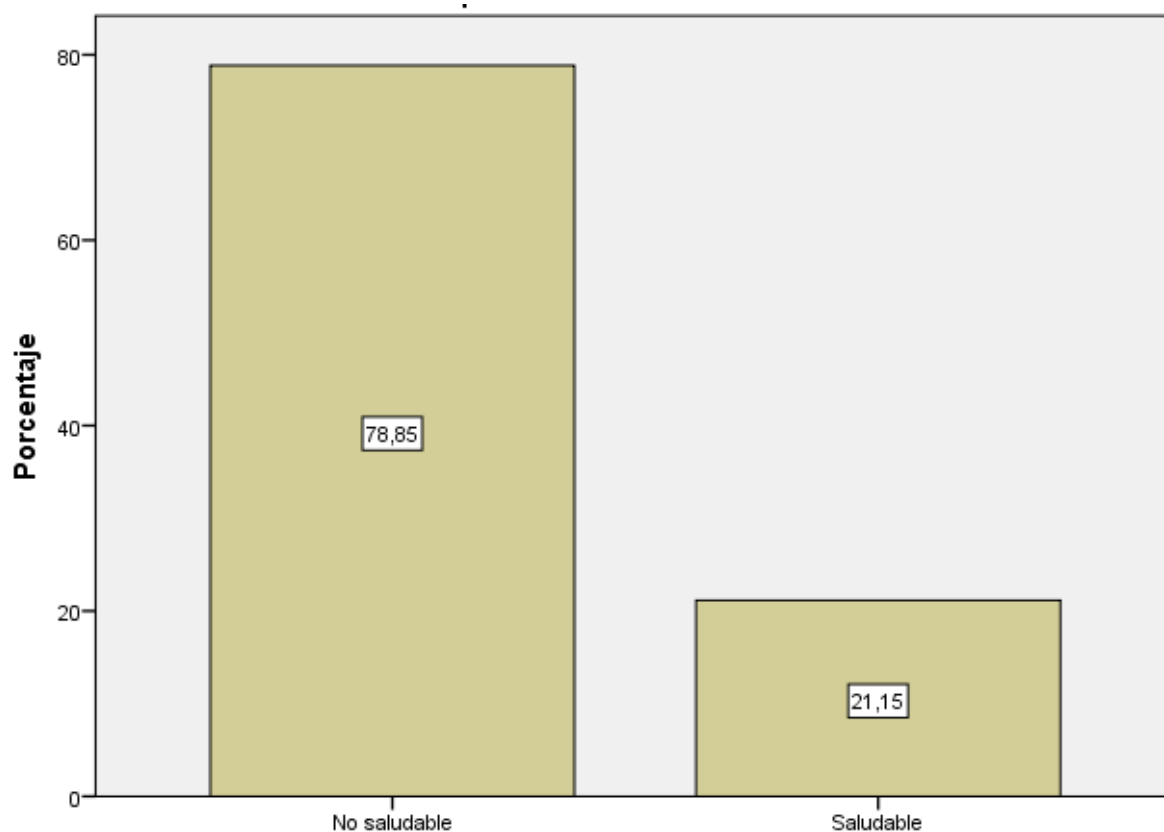


Figura 6 Pre test – responsabilidad

Nota: Evaluación aplicada en adultos mayores de un Centro de Salud de Posorja

Según los datos del pre test, referenciando la sexta dimensión la cual es responsabilidad, se puede notar como 78,85% de adultos mayores no se están saludables. La falta de responsabilidad en la toma de sus medicamentos así como el cuidado que ellos necesitan ha facilitado para que algunos de estos usuarios su salud se deteriore de forma más rápida de lo normal.

Post test

Alimentación

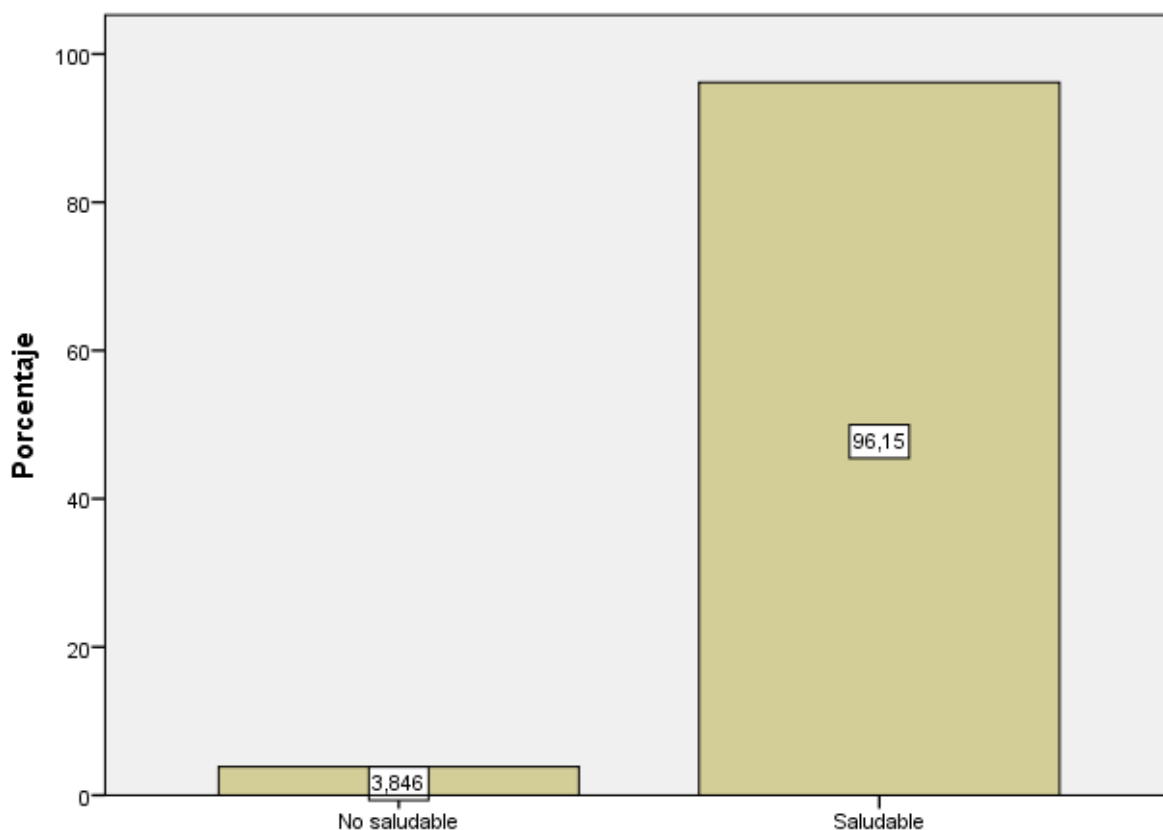


Figura 7 Post test – alimentación

Nota: Evaluación aplicada en adultos mayores de un Centro de Salud de Posorja

Según los datos del post test, referenciando la primera dimensión la cual es alimentación, se puede notar como 96, 15 % de adultos mayores están saludables, es decir, ha existido un cambio significativo en comparación con el pre test, ahora ya se alimentación de forma correcta, conforme a sus necesidades así como también tomando en consideración su edad y sus enfermedades.

Actividad y ejercicio



Figura 8 Post test – actividad y ejercicio

Nota: Evaluación aplicada en adultos mayores de un Centro de Salud de Posorja

Según los datos del post test, referenciando la segunda dimensión la cual es actividad y ejercicio, se puede notar como 88, 46 % de adultos mayores están saludables, gracias al programa, ha existido un cambio en cuanto a sus actividades físicas, ahora realizan ejercicios de acuerdo a su edad y posibles enfermedades, mantienen un ritmo de movilidad que los ayude a mantenerse activos.

Manejo del estrés

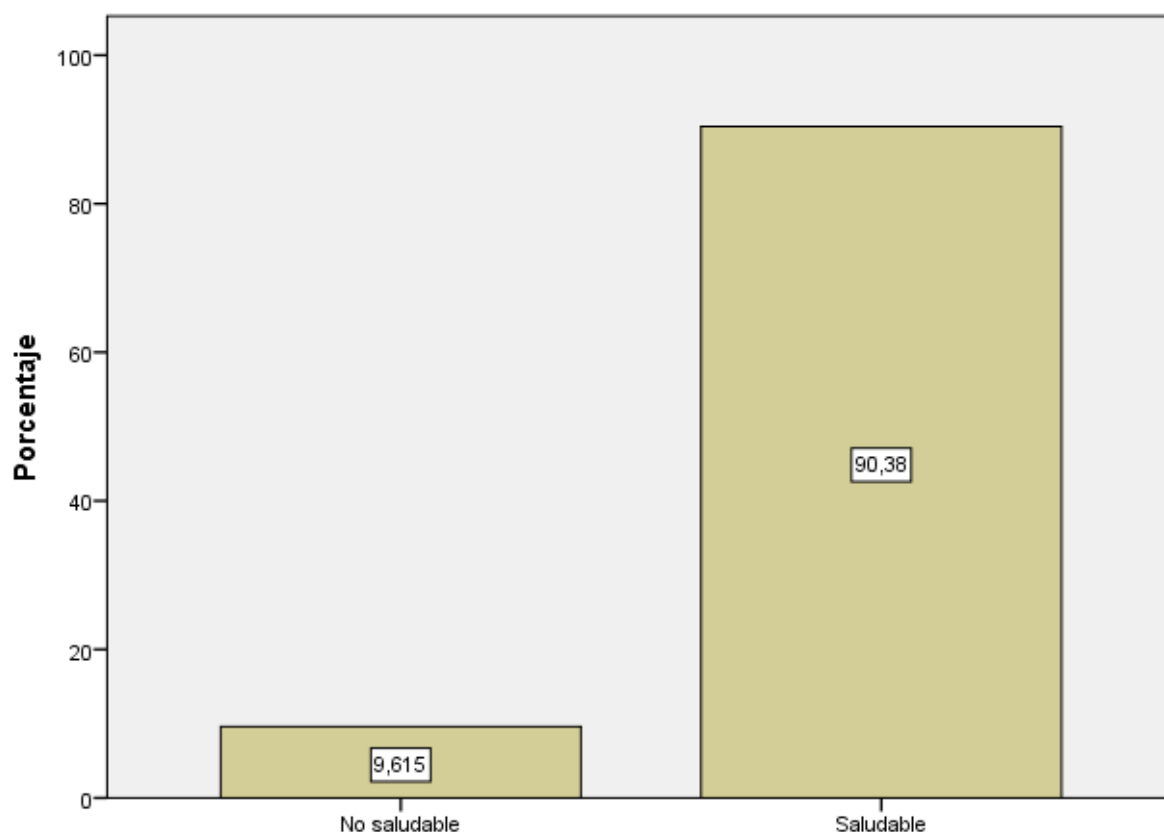


Figura 9 Post test – manejo del estrés

Nota: Evaluación aplicada en adultos mayores de un Centro de Salud de Posorja

Según los datos del post test, referenciando la tercera dimensión la cual es manejo del estrés, se puede notar como 90,38 % de adultos mayores saludables, una parte primordial del programa es que los usuarios puedan librarse de las preocupaciones propias de la edad, mantenerse distraídos y con la mente ocupada que no lugar al estrés, esto genera un impacto sobresaliente en relación a su comportamiento y pensamiento.

Apoyo interpersonal

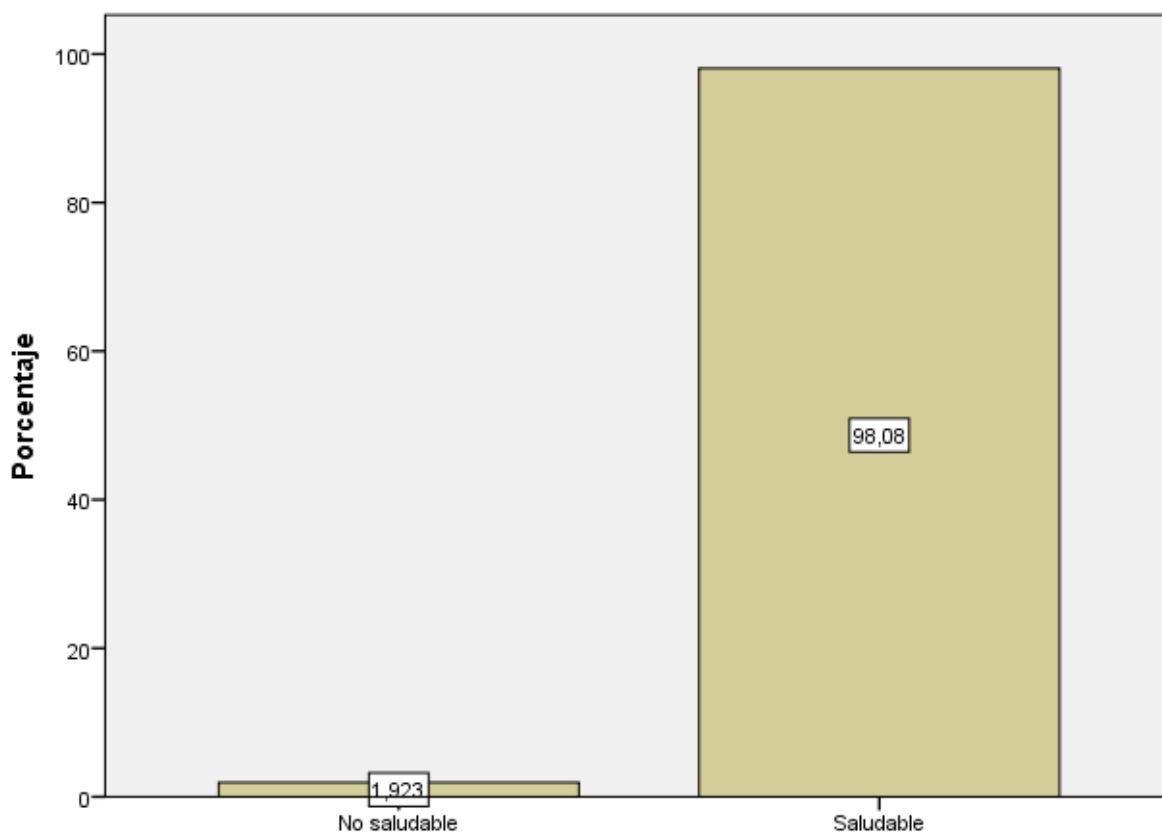


Figura 10 Post test – apoyo interpersonal

Nota: Evaluación aplicada en adultos mayores de un Centro de Salud de Posorja

Según los datos del post test, referenciando la cuarta dimensión la cual es apoyo interpersonal, se puede notar como 98,08 % de adultos mayores están saludables. Gracias al programa gran parte de los usuarios han creado un ambiente de confianza en sí mismo así como de sus allegados, sus relaciones con el mundo que los rodea son más óptimas y aprenden a ver el lado bueno de las cosas.

Autorrealización

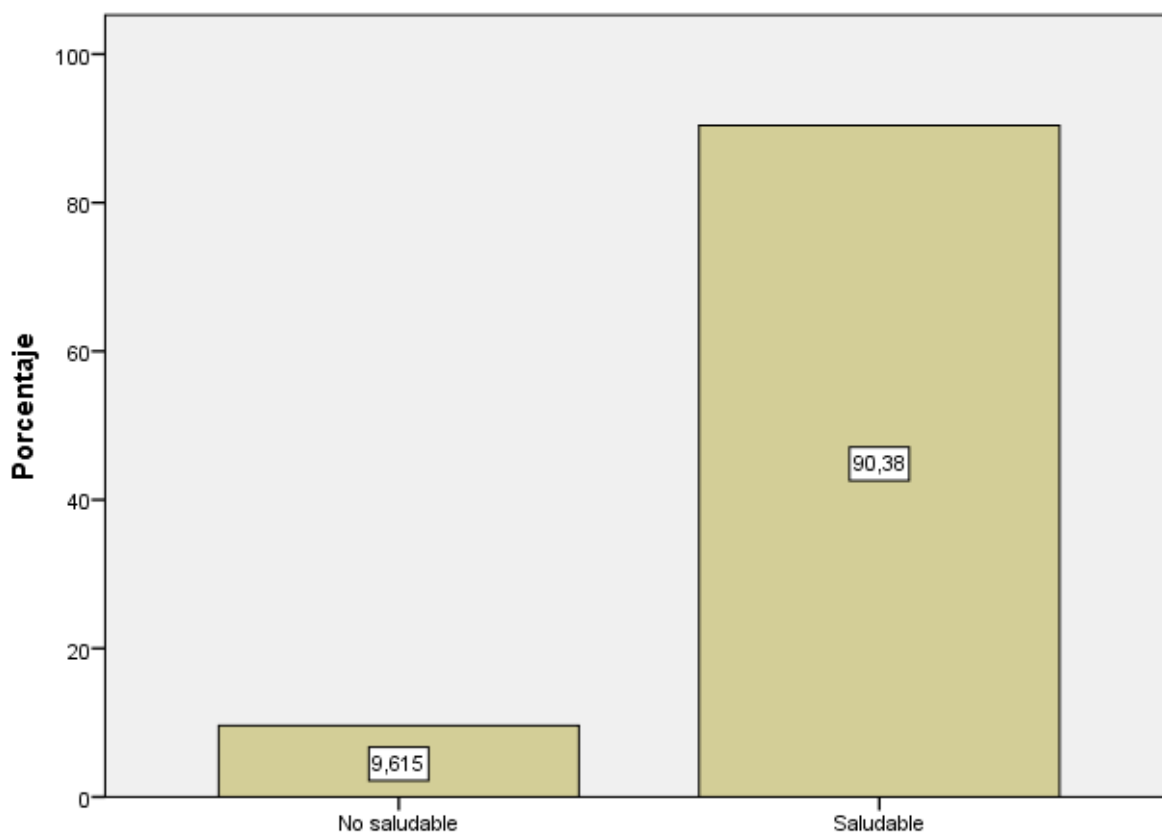


Figura 11 Post test – autorrealización

Nota: Evaluación aplicada en adultos mayores de un Centro de Salud de Posorja

Según los datos del post test, referenciando la quinta dimensión la cual es autorrealización, se puede notar como 90,38% de adultos mayores están saludables. Muchos están cumpliendo completa y de forma parcial lo que anhelaban hacer desde hace ya tiempo. Algunos de ellos están estudiando, otros aprendiendo algo nuevo que le permita sentirse no solo útiles sino realizados.

Responsabilidad

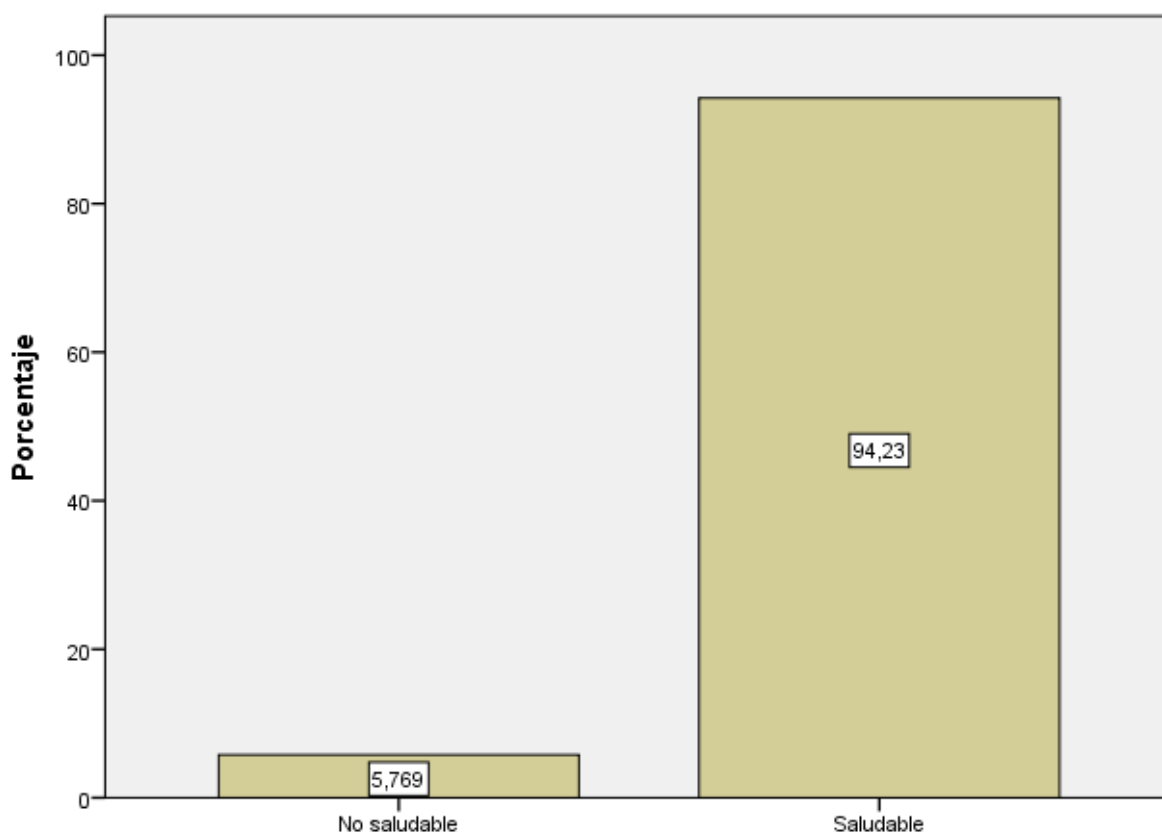


Figura 12 Post test – responsabilidad

Nota: Evaluación aplicada en adultos mayores de un Centro de Salud de Posorja

Según los datos del post test, referenciando la sexta dimensión la cual es responsabilidad, se puede notar como 94, 23% de adultos mayores están saludables. Ha cultivado el valor de la responsabilidad con ellos mismos y con los demás, cuidan en tomarse la medicina de forma correcta y al tiempo recomendado por el doctor.

4.2. Análisis comparativo

Tabla 1

Análisis inferencial de diferencias de los estilos de vida saludable pre y postest en adultos mayores usuarios del centro de Salud de Posorja

Dimensiones	Pretest(n=289) M (DE)	Postest (n=70) M (DE)	Z	p	d
Estilos de vida saludable	60, (14,302)	84,32(8,48)	-4.379	<.001**	1.46267
Alimentación	76,92 (18,110)	96,15(10,77)	-4.769	<.001**	1.24787
Actividad y ejercicio	80,77(20,312)	88,46(8,97)	-1.135	<.000**	1.23986
Manejo del estrés	65,38 (16,274)	90,38(9,48)	-8.289	<.001**	1.14457
Apoyo interpersonal	78,85 (19,875)	96,08(9,88)	-	<.001**	1.89725
			10.254		
Autorrealización	75, (17,789)	90,38(9,48)	-6.112	<.001**	1.33587
Responsabilidad	78,85 (19,875)	94,23(9,68)	-2.392	<.001**	1.24794

Nota: M: Media; DE: Desviación estándar; Z: Prueba de rangos con signos de Wilcoxon; d: Tamaño del efecto

**p < .01

Ho: No existen diferencias significativas de los estilos de vida saludable en el pre y post test

Criterios de decisión

Si p-valor es $< \alpha$ (.05): Se rechaza la Ho

Si p-valor es $> \alpha$ (.05): Se acepta la Ho

Decisión: Se acepta Ho.

Interpretación

En el análisis inferencial de la comparación de los estilos de vida saludable en la medición pre y post test mediante el coeficiente U Man Whitney, se observa que obtienen un p-valor $< \alpha$ (.05), lo cual significa que no existen diferencias significativas entre pre y post test. En la descripción de la magnitud de las diferencias de los estilos de vida saludable se observa un tamaño del efecto Grande ($d > .80$); lo cual significa que el programa de envejecimiento activo mejora significativamente los estilos de vida saludable en adultos mayores usuarios de un centro de salud de Posorja

PRUEBA DE WILCOXON				
		N	Rango promedio	Suma de rangos
PRETEST - POSTTEST	Rangos negativos	25 ^a	13,00	325,00
	Rangos positivos	0 ^b	,00	,00
	Empates	0 ^c		
	Total	25		

a. PRETEST < POSTTEST

b. PRETEST > POSTTEST

c. PRETEST = POSTTEST

Figura 13 Prueba no paramétrica

Nota: Evaluación aplicada en adultos mayores de un Centro de Salud de Posorja

De acuerdo a la prueba de Wilcoxon se puede observar como la Sig. asintót. (bilateral) es ,000, con esto se puede validar la hipótesis que el post test es mayor que el pre test y por ende el programa de envejecimiento activo es totalmente aplicable para mejorar la salud de las personas de la tercera edad, tal y como se verifico con los pacientes del centro de salud.

V. DISCUSIÓN

La salud se presentó en dos categorías principales. Primero, el *estado del cuerpo físico* incluyó dos subcategorías: ausencia de enfermedad grave y dolor físico y suficiente capacidad física para manejar la vida diaria. En segundo lugar, el *estado mental* incluía dos subcategorías: tener tranquilidad y ser capaz de reflexionar y aceptar la propia vida. Los participantes parecían expresar sus perspectivas sobre la salud que estaban relacionadas con sus experiencias, así como con el estado de salud esperado. Los participantes describieron la "salud" como la ausencia de una enfermedad grave, dolor físico y poder manejar la vida diaria sin limitaciones físicas.

La mayoría de los participantes describieron tener suficiente capacidad física para manejar la vida diaria. Además, desde una perspectiva de género, las mujeres participantes pensaron en su capacidad para ocuparse de las tareas domésticas y de la familia, mientras que los hombres se centraron más en sus capacidades físicas para mantener la vida diaria.

Los participantes dijeron que la vejez es un momento para pensar en su propia moral y considerar cómo interactuar con las personas en función de la autocomprensión y la forma en que la gente lo entiende a usted. Los adultos mayores no deben ser egocéntricos y albergar ira porque causa angustia. Sin embargo, tener una perspectiva optimista de la vida y perdonar a las personas son formas de lograr la paz mental y la satisfacción.

Es importante unirse a eventos del vecindario y participar en actividades comunitarias como bodas, ordenaciones y ceremonias en casas nuevas. Los participantes enfatizaron que unirse a los eventos de otros y esperar que respondan de manera similar es cómo se pueden mantener las relaciones.

Además, los participantes que vivían con sus hijos adultos sugirieron tener un papel en la familia, como la limpieza, la cocina y el cuidado de los nietos. Esto los hace sentir valiosos en lugar de una carga. La participación positiva no solo beneficia el estatus social de uno, sino que también apoya la espiritualidad de los participantes.

Los participantes expresaron que recibir la gratitud de los niños que los cuidan o apoyan su vida enorgullece a los participantes y aumenta su sentido de dignidad. Otro factor viviente fue el estatus económico, que se describió en términos de vivienda, comida y dinero. El alojamiento y la comida no fueron difíciles para los participantes porque tenían sus propias casas o vivían como familias extendidas con hijos adultos. Además, los adultos mayores tienen sus propias pequeñas pensiones cuando se jubilan o son personas de la tercera edad con subsidios del gobierno. Sin embargo, algunos de los participantes se quejaron de que a veces el dinero no es suficiente si hay demasiadas donaciones rituales y eventos de vecinos, por lo que a veces se saltan una donación. El estado emocional se mencionó en términos de sentimientos de autosatisfacción y estabilidad mental.

Los participantes expresaron que les da una sensación de seguridad emocional. Los adultos mayores describieron la seguridad desde el punto de vista de las condiciones de vida como la primera categoría principal. Además, al hablar de seguridad vital, muchos de los participantes hablaron de la muerte y de los preparativos que habían hecho. Lograr finalizar bien la vida se mencionó en términos de preparación para su muerte inminente, que se componía de medidas financieras y preparar la mente al ver la muerte como algo normal y no algo a lo que temer. Los preparativos financieros se describieron como asegurar dinero para el funeral. La forma más común era ser miembro de un fondo funerario organizado por la comunidad o una organización gubernamental. Los participantes enfatizaron la preocupación por el funeral ya que es la última vez que se le trata con dignidad como ser humano.

Al descomponer el término envejecimiento activo en sus tres pilares básicos y aclarar las perspectivas subjetivas de los adultos mayores, se han desenmarañado ciertos malentendidos sobre el concepto de envejecimiento activo encontrados en estudios anteriores. Además, surgió una comprensión más matizada del envejecimiento activo.

El estudio de la salud, la participación y la seguridad por separado generó perspectivas sobre el buen envejecimiento. Por ejemplo, preguntar sobre 'salud' podría respaldar la recopilación de información relacionada con 'salud', por lo

que el investigador y los participantes comparten el mismo significado. Explorar cada pilar por separado podría generar perspectivas más detalladas del envejecimiento "activo", yendo más allá de la imagen de ser activo y centrándose más en envejecer bien. Este enfoque mostró más concretamente los beneficios de dicho envejecimiento activo en un nivel práctico.

Los resultados ilustraron que existen diversas perspectivas sobre el buen envejecimiento basadas en experiencias individuales. El estudio aclaró las opiniones de los participantes sobre las características de los adultos mayores sanos, el deseo de ser participantes sociales en la comunidad y lo que necesitan para sentirse seguros. Sus principales objetivos son mantener la capacidad de continuar la vida diaria sin demasiadas barreras, participar en actividades que les resulten significativas para tener una buena vida en la vejez caracterizada por la dignidad hasta el final de la vida.

VI. CONCLUSIONES

- Mediante la aplicación del Programa de Envejecimiento Activo podemos constatar que se obtienen resultados positivos ante la variación de los estilos de vida en la categoría de No Saludable Y de Saludable lo cual nos muestra que la aplicación del mismo es favorable para la salud de los usuarios adultos mayores, mejorando significativamente los estilos de vida de los mismos.
- Mantenerse activo en el mantenimiento de las redes sociales y cumplir con los deberes de creación de méritos era muy importante para estos mayores; sin embargo, estas actividades a veces causan cargas económicas. Los resultados también destacaron que las personas mayores debían unirse a actividades significativas y recibir respeto. Los aspectos importantes de la seguridad incluían obtener el equilibrio entre ser padres onerosos y mantener la dignidad al recibir el cuidado de sus hijos. Por lo tanto, estos hallazgos tienen implicaciones en los niveles de práctica, política e investigación, como se mostrará a continuación.
- El estudio actual mostró que se aceptaba la enfermedad crónica cuando se mantenía bajo control o no presentaba una barrera para el bienestar. La capacidad para mantener la función diaria fue mencionada por los participantes, que informaron que mantener la independencia funcional es el primer paso del envejecimiento activo y, por lo tanto, mejora la calidad de vida de los adultos mayores. La diferencia importante en el estudio actual fue que los participantes mayores enfatizaron la capacidad de moverse físicamente como un indicador de buena salud física.
- El estudio actual encontró que la capacidad de adaptación de roles relacionada con la edad es un indicador de salud mental. Los participantes explicaron que, de acuerdo con su cultura, las personas mayores que no pueden mejorar sus comportamientos o adaptarse a los roles de edad apropiados son percibidas por otros como personas con

mala salud mental. Salud se describió como parte del envejecimiento activo tanto como el estado actual de salud mediante la inversión y la preparación para una vida larga y saludable mediante la participación en actividades físicas / deportes. Los participantes en este estudio asociaron la salud con su estado de salud actual y pudieron manejar la vida diaria sin limitaciones físicas y psicológicas, pero no invirtieron conscientemente en actividades para mantener la salud física en los años venideros. En cambio, se enfocaron en el aspecto existencial de la salud mientras los participantes se preparaban para la vida después de la muerte, participando en trabajo voluntario para hacer méritos o finalizar bien la vida.

- En la vejez, mencionan tener menos tiempo para acumular méritos que benefician la vida actual y la próxima. Unirse a eventos y ganar méritos eran importantes; sin embargo, dado que algunos eventos cuestan dinero, lo que puede causar dificultades a los adultos mayores con un nivel económico bajo. El desafío es cómo brindar oportunidades para participar en actividades que no sean demasiado costosas y que aún brinden un sentimiento de autoestima.
- La comprensión obtenida de este estudio puede ayudar en la planificación de políticas saludables al proporcionar recursos y actividades que se relacionan con las perspectivas de salud, participación y seguridad de los adultos mayores y, en última instancia, contribuir a una mejor calidad de vida. Al vivir en un mundo globalizado, pueden aparecer similitudes en términos de la importancia de expresar y dar forma a las perspectivas sobre el envejecimiento, incluso cuando se utilizan definiciones comunes o “pilares” del envejecimiento activo: participación en la salud y seguridad. Por lo tanto, este estudio puede aportar conocimientos no solo para los contextos, sino también para aplicaciones globales en la salud pública y la atención preventiva en la comunidad.

- Se ha podido evidenciar la eficacia del programa de envejecimiento activo, un cambio radical en gran parte de los usuarios ha dado un giro en cuanto a la evaluación de lo no saludable a lo saludable.
- La actividad física, en particular, es un elemento clave para alcanzar los objetivos de la estrategia de envejecimiento activo y saludable debido a su capacidad para preservar la independencia funcional en la vejez y para mantener una buena calidad de vida.
- Las condiciones de salud de las personas mayores deben considerarse junto con los cambios psicológicos y sociales asociados con el envejecimiento. La definición de intervenciones que integran contenidos centrados en la persona, es decir, el cribado y la promoción de la salud, con contenidos centrados en el entorno, es decir, la integración social, son de hecho las más efectivas para incrementar tanto la cantidad como la calidad de vida.

VII. RECOMENDACIONES

- Hacer que los lugares en los que vivimos sean más utilizables. Ya se pueden encontrar ejemplos válidos en la red mundial de ciudades y municipios adaptados a las personas mayores de la OMS, que actualmente incluye más de 280 ciudades en 33 países. Van desde un proyecto para mejorar la seguridad de las personas mayores en los barrios pobres hasta instalaciones de alojamiento en Australia e Irlanda para combatir el aislamiento social y la soledad.
- Alinear los sistemas de salud con las necesidades de las personas mayores. Esto requiere que los sistemas destinados al tratamiento de las enfermedades agudas se conviertan hoy en sistemas capaces de atender las enfermedades crónicas que son comunes en la vejez. Ya existen iniciativas en este sentido que pueden tomarse como modelo e implantarse en otros países, como la formación de equipos multiprofesionales de especialistas y el intercambio de historias clínicas entre centros asistenciales.
- Desarrollar sistemas de atención a largo plazo para reducir el uso indebido de los servicios de salud y garantizar que las personas puedan vivir sus últimos años de vida con dignidad. Las familias necesitarán apoyo para brindar cuidados, dando más libertad a las mujeres, que a menudo también son las encargadas del cuidado de los miembros mayores de la familia.
- Este estudio revela la importancia de involucrar a los propios adultos mayores en los programas y actividades diseñados para ellos. Es especialmente importante comenzar con sus puntos de vista y desarrollar actividades a partir de ahí. Tales actividades pueden emanar de sus actividades familiares y comunitarias ya existentes, al tiempo que también incluyen nuevos enfoques a medida que las opiniones de los

individuos y las familias experimentan cambios. Esto puede ser más o menos un desafío dependiendo de las diferentes culturas y contextos.

- La idea básica se puede aplicar generalmente en programas para personas mayores en salud pública, enfermería y atención comunitaria. Implica un arduo trabajo para "deshacer" las formas habituales de planificación de las actividades del personal sanitario y adoptar el punto de vista de los adultos mayores. De manera similar, puede ser útil en el trabajo de políticas, sobre todo a nivel local,

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Aguilar, A. L. (2017). *Avnaces, actualizaciones y desafíos de la medicina contemporánea*. (1 ed.). (G. O. Jiménez, I. E. Gea, F. M. Huerta, J. Lara, & M. G. Solari, Edits.) Cuenca: CIDE Editorial.
2. Aguilar, L. (2021). *Nivel de conocimiento del estudiante de la clínica odontológica en el manejo de emergencias médico odontológicas, al administrar lidocaína con epinefrina en la ...* Peru: UNAP.
3. Alemán , V. G., Gómez, C. I., Reques, S. L., Rosado , M. J., Polentinos, C. E., & Rodríguez, B. R. (Mayo-Junio de 2017). Prevalencia y riesgo de progresión de enfermedad renal crónica en pacientes diabéticos e hipertensos seguidos en atención primaria en la Comunidad de Madrid. *Nefrología (Madrid)*, 37(3).
4. Aliaga, J. (2021). *Bioseguridad en la atención odontológica a partir de la pandemia COVID-19: un análisis global de las nuevas medidas*. Peru: MSM.
5. Aloe. (22121). *Bioethical framework for the pediatric dental practice in the times of COVID-19*. Estados Unidos: Mediagraphic.
6. Alvarado, A. (2017). *La nutrición en el adulto mayor: una oportunidad para el cuidado de enfermería*. Mexico: Scielo .
7. Aquiahuatl, E. (2017). *Serie: Metodología de la investigación interdisciplinaria*. Mexico: Ink.
8. Arango, D. (2018). *Estado de salud del adulto mayor de Antioquia, Colombia*. Brasil: Scielo.
9. Arevalo, J. (2017). *El Cachibol como estrategia pedagógica para fortalecer el envejecimiento activo del adulto mayor del grupo Nuevo Amanecer*. Colombia: Pedagogica.
10. Aroni, E. (2019). *Cuidado del adulto mayor y los factores de riesgo del cuidador, centro de atención residencial Geronto Geriatrico Ignacia Rodulfo viuda de Canevaro, 2018*. Peru: UIGV.
11. Arrieta, F., Iglesias, P., Botet, J., Tébar, F., Ortega, E., Nubiola, A., . . . Escobar, F. (Mayo-junio de 2018). Diabetes mellitus y riesgo cardiovascular. Actualización de las recomendaciones del Grupo de Trabajo de Diabetes y Riesgo Cardiovascular de la Sociedad Española de Diabetes (SED, 2018). *Clínica e Investigación en Arteriosclerosis*, 30(3).

12. Artal, H. (2020). *Complicaciones neurológicas por coronavirus y COVID-19*. Madrid: Esic.
13. Artieta, A. (2021). *Efectos psicosociales de la enfermedad periodontal en la calidad de vida de pacientes de la Facultad de Odontología (UdelaR) Un estudio cuali-cuantitativo*. Mexico: Scielo.
14. Bando, N. (2020). *Luz ultravioleta para desinfección en áreas de salud, frente al covid-19. revisión de literatura*. Ecuadir: Oactiva.
15. Barraza, M., Guajardo, V., Pico, J., García, R., Hernández, C., Mora, F., . . . Urtiz, A. (2015). Recuperado el 9 de Febrero de 2021, de Med. Comunicación Médica Continua: <https://med-cmc.com/carga-economica-de-la-diabetes-mellitus-2-en-mexico/>
16. Bencomo, J. (2018). *Influencia de la actividad física recreativa en el estilo de vida del adulto mayor de la comunidad del sector Agua Dulce de la Parroquia Barinitas del Municipio Bolívar*. Madrid: Esic.
17. Bernal, M. (2019). *Las tecnologías de la información y comunicación como factor de innovación y competitividad empresarial*. Colombia: UNISIMON.
18. Bhat, S. (2016). *Gestión de la relación con el cliente*. Colombia: Emeradl.
19. Blanco, E. (2020). *Atención primaria y residencias de ancianos: a propósito de la COVID-19*. Mexico: NCBI.
20. Brito, A. (2020). *Atención primaria y residencias de ancianos: a propósito de la COVID-19*. Cuba: Revista Cuba.
21. Bueni, L. (2021). *Salud mental en estudiantes de Odontología durante la pandemia de COVID-19*. Peru: Scielo .
22. Bustos, E. (2018). *Propuesta metodológica para implementar la primera fase del modelo de gestión del cambio organizacional de Lewin*. Colombia: ICESI.
23. Caballero, G. (2020). *Propuesta de Sistema de Talleres para cuidadores de adulto mayor en Atención Primaria de Salud*. Mexico: Esic.
24. Calahorrano, Z. A., & Fernández, E. (Diciembre de 2018). Diabetes mellitus tipo 2 en Ecuador: revisión epidemiológica. *Revista Universitaria con proyección científica, académica y social*, 2(4).
25. Calderon, C. (2021). *Calcificación de los Procesos Estiloideos: Sus Implicancias en Odontología. Presentación de un Caso*. Colombia : Scielo .
26. Calvo, J. (2020). *Limitación terapéutica en pacientes ancianos: reflexiones a propósito del COVID-19*. Madrid: Esic.

27. Camacho, L. (2018). *Sobrecarga del cuidador primario de personas con deterioro cognitivo y su relación con el tiempo de cuidado*. Mexico: Scielo.
28. Carillo, R. (2019). *El concepto de pandemia*. México: Scielo.
29. Carrasco, E. (2018). *La metodología de investigación*. Madrid: Esic.
30. Casonva, M. (2020). *Procedimientos libres de aerosol ante COVID-19 en odontología pediátrica*. Colombia: Scielo.
31. Castro, J. (2010). *LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y SUS REPERCUSIONES*. Cuenca: Universidad Estatal de Cuenca.
32. Cedeño, A. (2020). *Percepciones de estudiantes de Odontología ecuatorianos sobre el efecto de la COVID-19 en la educación y práctica profesional odontológica*. Ecuador: Hemisferios.
33. Coelho, I. (2020). *Impacto del COVID-19 (SARS-COV-2) a nivel mundial, implicancias y medidas preventivas en la práctica dental y sus consecuencias psicológicas en los* Colombia: Scielo.
34. Coresh, J., Heerspink, H. J., Sang, M. Y., Matsushita, K., Arnlov, J., Astor, B., . . . Gansevoort, R. (febrero de 2019). Change in albuminuria and subsequent risk of end-stage kidney disease: an individual participant-level consortium meta-analysis of observational studies. *The lancet Diabetes & endocrinology*, 7(2).
35. Das, S. (2019). *El impacto de las prácticas de gestión de relaciones con el cliente (CRM) en la satisfacción del cliente*. Mexico: Springer.
36. Daza, L. (2021). *Publicación Impacto del COVID-19 (SARS-CoV-2) a Nivel Mundial, Implicancias y Medidas Preventivas en la Práctica Dental y sus Consecuencias* Colombia: Scielo.
37. Diaz, C. (2021). *Enfermedades prevalentes de la infancia detectadas en atención odontológica y prácticas clave AIEPI*. Colombia: UNI.
38. Duarte, M. (2016). *Dimensiones del cuidado de enfermería y la satisfacción del paciente adulto hospitalizado*. Colombia: Mediagraphic.
39. Estrada, M. (2018). *Caracterización de la atención familiar al adulto mayor*. Colombia: Scielo.
40. Ferreira, M. (2021). *Qué ha Cambiado en la Práctica Diaria del Centro de Imágenes Dentales Durante la Pandemia de COVID-19*. Colombia: Scielo.
41. Ferrer, R. (2020). *Pandemia por Covid-19: el mayor reto de la historia del intensivismo*. España: Ncbi.

42. Gallego, C. (2020). *Impacto de covid-19 en los centros sociosanitarios*. Mexico: Iscii.
43. Garbus, P. (2016). *Fundamentos teórico-epistemológicos de la investigación interdisciplinaria en problemáticas de salud mental de la infancia y la adolescencia*. México: Revista de Investigación.
44. Garcia, N. (2018). *Intervención comunitaria para mejorar la calidad de vida del adulto mayor*. Colombia: Mediagraphic.
45. Gebert, H. (2018). *El conocimiento habilitados para la gestión de relaciones con los clientes : la integración de gestión de relaciones con los clientes y el conocimiento de gestión de conceptos [1]*. Colombia: Emeradl.
46. Gonzalez, P. (2018). *Fundamentos filosóficos y epistemológicos de la investigación*. Colombia: Academia.
47. Hernandez, A. (2015). *Determinantes sociales y estilos de vida de los adultos mayores en Colombia*. Colombia: Medina.
48. Hernandez, R. (2021). *Efectividad de intervención educativa sobre estilos de vida en adultos mayores. Nueva Paz 2019-2020*. Mexico: Qhailr.
49. Huanca, C. (2020). *Percepción del cuidado de enfermería al adulto mayor con depresión en el Centro de Atención Residencial San Pedro, Tacna 2019*. Peru: Redi.
50. Huera, N. (2017). *Percepción de la calidad y cuidado de enfermería del adulto mayor, Centro Geriátrico de Atención Integral "Sara Espíndola", Tulcán 2017*. Ecuador: UTN.
51. Jimenez, B. (2016). *Dependencia funcional y percepción de apoyo familiar en el adulto mayor*. Mexico: Eslvier.
52. Jimenez, E. (2019). *Promoción de salud y envejecimiento activo*. Madrid: Esic.
53. Kakitapalli, Y., Ampolu, J., Madasu, S. D., & Kumar, M. S. (Febrero de 2020). Detailed review of chronic kidney disease. *Kidney Diseases*, 6(2).
54. Ketteler, M., Block, G. A., Evenepoel, P., Fukagawa, M., Herzog, C. A., McCann, L., . . . Leonard, M. (marzo de 2018). Diagnosis, evaluation, prevention and treatment of chronic kidney disease-mineral and bone disorder: Synopsis of the kidney disease: Improving global outcomes 2017 clinical practice guideline update. *Annals of internal medicine*, 168(6).

55. Lane, S. (2020). *Covid - 19: navegando por lo inexplorado*. Mexico: Mass Medical.
56. Lentine, K. L., Kasiske, B. L., Levey, A. S., Adams, P. L., Alberú, J., Bakr, M. A., & Garg, A. X. (agosto de 2017). Summary of Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) clinical practice guideline on the evaluation and care of living kidney donors. *Transplantation*, 101(8).
57. Marin, G. (2019). *Estudio de factibilidad para la creación de un centro privado de cuidado diario del adulto mayor en Babahoyo*. Babahoyo: Redalyc.
58. Maron, L. (2020). *COVID-19 y Personas Mayores, una mirada odontológica Revisión Sistemática*. Mexico: Search.
59. Martinez, J. (2020). *Mortalidad y factores pronósticos asociados en pacientes ancianos y muy ancianos hospitalizados con infección respiratoria COVID-19*. Mexico: Elsevier.
60. Mendieta, A. (2020). *Telemonitorización de hogares para ancianos frente a las infecciones por coronavirus y COVID-19*. Brasil: Scielo.
61. Mera, M. (2020). *COVID 19 y la Cirugía Bucomaxilofacial*. Ecuador: Uca.
62. Milñano, R. (2020). *El aprendizaje a distancia en odontología como una alternativa de la universidad ante la COVID-19*. Colombia: Scielo .
63. Morales, D. (2019). *Agrandamiento gingival generalizado en un paciente con trasplante renal*. Cuba: Scielo.
64. Morejon, L. (2021). *La Teleodontología una Herramienta Fundamental en Tiempos de Pandemia y post COVID-19, su Utilidad en las Diferentes Especialidades Odontológicas*. Colombia: Scielo.
65. Moreno, S. (2021). *IMPLICACIÓN CLÍNICA DEL PROTOSTÍLIDO: UNA MIRADA DESDE LA ANTROPOLOGÍA DENTAL Y LA ODONTOLOGÍA NO INVASIVA*. Colombia: UDEA.
66. Naranjo, L. (2020). *UN PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD ODONTOLÓGICA FRENTE AL COVID-19*. MEXICO: Research.
67. Navas, M. (2018). *IMPORTANCIA DE LOS ESTILOS DE VIDA EN LA SALUD Y EL ENVEJECIMIENTO ACTIVO*. Mexico: Reseachr.
68. Picon, R. (2019). *VIVENCIAS DEL CUIDADO HUMANIZADO DE ENFERMERÍA EN EL ADULTO MAYOR DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA PADOMI-ESSALUD*. Peru: UNAC.

69. Pino, C., & Espinoza, R. (2018). *Diabetes e hipertensión como factores de riesgo de enfermedad renal crónica*. Tesis pregrado, Universidad de Guayaquil, Ciencias médicas, Guayaquil.
70. Pinzon, E. (2020). *Condiciones y estilos de vida*. Madrid: Esic.
71. Ramos, E. (2017). *Prevalencia del síndrome de sobrecarga y sintomatología ansiosa depresiva en el cuidador del adulto mayor*. Mexico: Psicología y salud.
72. Robles, S. (2021). *Historias nebulosas sobre el cuidado de los ancianos en tiempos de la Covid-19*. Mexico: Dialnet.
73. Roco, S. (2021). *Impacto de la Pandemia por COVID-19 (SARS-CoV 2) en la Educación Odontológica: Scoping Review*. Colombia: Scielo .
74. Rodriguez, G. (2017). *Recomendaciones para el tratamiento de los pacientes críticos de los Grupos de Trabajo de la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC)*. México: ELSVIER.
75. Rodriguez, K. (2018). *Envejecimiento activo*. Colombia: UROSARIO.
76. Rubiales, J. (2020). *Una respuesta ética en la atención a residencias de ancianos en la pandemia Covid-19*. Mexico: Bioteica.
77. Rubio, Y. (2021). *Repercusiones en la salud mental del paciente anciano tras padecer COVID-19: trastorno de estrés postraumático. A propósito de un caso*. eSPAÑA: Española.
78. Ruiz, E. (2016). *Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes en hemodiálisis*. España: Scielo.
79. Saavedra, H. (2020). *Consenso colombiano de atención, diagnóstico y manejo de la infección por SARS-COV-2/COVID-19 en establecimientos de atención de la salud ...* Mexico: Scielo.
80. Sanchez, M. (2018). *Prevalencia de enfermedad renal crónica en España: impacto de la acumulación de factores de riesgo cardiovascular*. México: Elsevier.
81. Silva, M. (2021). *Nuevas Normas para la Enseñanza en las Facultades de Odontología en la Era COVID-19*. Mexico: Scielo .
82. Solano, M. (2021). *MEDIDAS ASÉPTICAS DE LA UNIDAD ASISTENCIAL DE ATENCIÓN ODONTOLÓGICA*. Madrid: Esic.
83. Soto, A. (2020). *Impacto de la COVID-19 en los modelos educativos en odontología: revisión de literatura*. Brasil: Idental.

84. Teran, L. (2021). *Conocimientos y prácticas de odontología preventiva en odontólogos en México*. Peru: UNMSM.
85. Torres, W. (2021). *Importancia de la Bioseguridad en Odontología, en tiempos de coronavirus*. Paraguay: INS.
86. Troncoso, A. (2020). *Revisión de estrategias para promover el envejecimiento activo en Iberoamérica*. Mexico: Medisur.
87. Uría, M. (2020). *El envejecimiento activo y aislamiento social por Covid-19: Percepciones de los adultos mayores de la ciudad de Guayaquil y Santa Elena*. Guayaquil : Universidad Católica de Guayaquil.
88. Vasconez, A. (2016). *Fomento del envejecimiento activo en el grupo de adultos mayores de la parroquia Pinillo de la ciudad de Ambato. Marzo–agosto 2015*. Ecuador: Espoch.
89. Velavan, P. (2020). *La epidemia de COVID - 19*. Cuba: Medicina tropical.
90. Verdugo, C. (2020). *Consideraciones en la atención odontológica de urgencia en contexto de coronavirus COVID-19 (SARS-CoV-2)*. Colombia: Scielo.
91. Villafuerte, J. (2017). *El bienestar y calidad de vida del adulto mayor, un reto para la acción intersectorial*. Colombia: Scielo.

ANEXOS

Operacionalización de las variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición
Variable 1 Programa de envejecimiento activo	El Programa busca contribuir al envejecimiento activo de personas mayores en situación de vulnerabilidad social, proporcionando conocimientos y oportunidades para el desarrollo personal, cognitivo,	Estipular la necesidad de un programa de envejecimiento activo, a través de la evaluación de las personas adultas mayores, cantidad, gustos y menesteres en la vida.	Alimentación	Número de reuniones de trabajo con grupos de adultos mayores para capacitados en promoción de la salud y prevención de enfermedades crónicas. Número de grupos de adultos mayores organizados por enfermedad crónica.	Cuantitativa
			Actividad y ejercicio	Parámetros de cuidado	
			Manejo del estrés	Coberturas de atención en las unidades operativas del primer nivel.	

	biológico, físico y de participación social, para lo cual se requiere fomentar y equilibrar la responsabilidad personal				
Variable 2 Estilos de vida saludable	Entendemos por estilo de vida saludable aquellos hábitos de nuestra vida diaria que nos ayudan a mantenernos más sanos y con menos limitaciones funcionales. Para	Conocer el estilo de vida de las personas de la tercera edad.	Apoyo interpersonal	Alimentación	Cuantitativa
			Autorrealización	Cuidado y atención	
			Responsabilidad en salud	Número de grupos comunitarios de adultos mayores organizados	

	llevar una vida más sana nos debemos centrar, principalmente, en dos aspectos: nuestra dieta y el ejercicio físico.				
--	---	--	--	--	--

Matriz de consistencia

Pregunta de investigación	Objetivos	Hipótesis	Variables	Dimensiones	Población muestra	Enfoque, Tipo,	Técnicas e instrumentos	Escala de medición	Prueba de contraste
¿Cuál es el efecto del programa envejecimiento activo en el mejoramiento de los estilos de vida saludables de los adultos mayores usuarios del centro de salud Posorja, 2021?	Determinar los efectos del programa envejecimiento activo en el mejoramiento de los estilos de vida saludables de los adultos mayores usuarios del centro de salud Posorja, 2021	El programa envejecimiento activo mejora significativamente los estilos de vida saludables de los adultos mayores usuarios del centro de salud Posorja, 2021	Independiente: Programa de envejecimiento activo	Alimentación Actividad y ejercicio Manejo del estrés		Método: experimental	Técnicas. Cuestionario		
<ul style="list-style-type: none"> ¿Qué tipo de programa de envejecimiento activo en adultos mayores usuarios del centro de salud Posorja, 2021, se puede crear? ¿Cuáles son los niveles de estilos de vida saludable de los adultos mayores antes y después de la aplicación del programa de envejecimiento activo? 	<ul style="list-style-type: none"> Diseñar y validar programa de envejecimiento activo en adultos mayores usuarios del centro de salud Posorja, 2021 Describir los niveles de estilos de vida saludable de los adultos mayores antes y después de la aplicación del programa de envejecimiento activo. 	<ul style="list-style-type: none"> El diseño del programa de envejecimiento, contribuye a mejorar el estilo de vida de los adultos mayores. Si se describen los niveles de estilo de vida saludables para adultos mayores, se puede aplicar un programa de envejecimiento activo. 	Dependiente: Estilos de vida saludable	Apoyo interpersonal Autorrealización Responsabilidad en salud	52 adultos mayores	Tipo de estudio: transversal Diseño: Cuantitativo y cualitativo	Instrumentos Escala de Walker	cuantitativo	Chi cuadrado

Declaratoria de Autenticidad

Yo, **Ginger Zulay Valle Chiquito** identificado con el DNI N° **xxxxxxxxxx**, estudiante de la escuela de posgrado de la Universidad Cesar Vallejo, sede Trujillo, declaro que la tesis “PROGRAMA DE ENVEJECIMIENTO ACTIVO PARA MEJORAMIENTO DE ESTILOS DE VIDA EN ADULTOS MAYORES DE UN CENTRO DE SALUD DE POSORJA EN TIEMPO COVID-19, 2021” presentada para la obtención del grado académico de Doctor en Psicología.

Por Tanto, declaro lo siguiente:

- He mencionado las fuentes empleadas en la presente investigación identificando correctamente toda cita textual o de paráfrasis proveniente de otra fuente, de acuerdo a lo establecido por las normas de elaboración de trabajo académico.
- No he utilizado ninguna otra fuente distinta de aquellas expresadamente en el presente trabajo.
- Este trabajo no ha sido presentado previamente ni completa ni parcialmente para la obtención de otro grado académico o título profesional.
- Soy consciente que mi trabajo puede ser revisado electrónicamente en búsqueda de plagio.
- De encontrar uso de material intelectual ajeno sin el debido reconocimiento de su fuente o autor, me someto a las sanciones que determina el proceso disciplinario.

Piura, 03 de junio del 2021.

Firma
Ginger Zulay Valle Chiquito
DNI: xxxxx

CONSENTIMIENTO INFORMADO

PROGRAMA DE ENVEJECIMIENTO ACTIVO PARA MEJORAMIENTO DE ESTILOS DE VIDA EN ADULTOS MAYORES DE UN CENTRO DE SALUD DE POSORJA EN TIEMPO COVID-19, 2021

Investigación académica

*Obligatorio

Usted está siendo invitado(a) a participar en una investigación titulada: PROGRAMA DE ENVEJECIMIENTO ACTIVO PARA MEJORAMIENTO DE ESTILOS DE VIDA EN ADULTOS MAYORES DE UN CENTRO DE SALUD DE POSORJA EN TIEMPO COVID-19, 2021. El objetivo del estudio es: Determinar los efectos del programa envejecimiento activo en el mejoramiento de los estilos de vida saludables de los adultos mayores usuarios del centro de salud Posorja, 2021. La presente investigación es conducida por Ginger Zulay Valle Chiquito. Los resultados del presente estudio serán parte de una tesis para optar el Grado de Maestro en Docencia Universitaria. Espero contar con su ayuda para alcanzar las metas de esta investigación, y su participación consistirá en responder un cuestionario virtual. Esto le tomará aproximadamente entre 5 a 10 minutos de su tiempo para la resolución. La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Igualmente, puede retirarse de la investigación en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante el cuestionario le parece incómoda, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador. De Antemano agradezco su colaboración y permiso y con ello queremos resaltar la importancia de su participación. Antemano agradezco su colaboración y permiso y con ello queremos resaltar la importancia de su participación. *

Sí acepto participar

No acepto participar

**INFORME DE PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS DEL INSTRUMENTO DE
WALKER PARA MEDIR ESTILO DE VIDA**

1.1. FICHA TÉCNICA DEL INSTRUMENTO

N°	ENUNCIADO	N	V	F	S
ALIMENTACIÓN					
1	Come Ud. tres veces al día: desayuno almuerzo y comida.	N	V	F	S
2	Todos los días, Ud. consume alimentos balanceados que incluyan tanto vegetales, frutas, carne, legumbres, cereales y granos.	N	V	F	S
3	Consumes de 4 a 8 vasos de agua al día	N	V	F	S
4	Incluye entre comidas el consumo de frutas.	N	V	F	S
5	Escoge comidas que no contengan ingredientes artificiales o químicos para conservar la comida.	N	V	F	S
6	Lee Ud. las etiquetas de las comidas empaquetadas, enlatadas o conservas para identificar los ingredientes.	N	V	F	S
ACTIVIDAD Y EJERCICIO					
7	Hace Ud., ejercicio por 20 a 30 minutos al menos tres veces a la semana.	N	V	F	S
8	Diariamente Ud. realiza actividades que incluyan el movimiento de todo su cuerpo.	N	V	F	S
MANEJO DEL ESTRÉS					
9	Usted identifica las situaciones que le causan tensión o preocupación en su vida.	N	V	F	S
10	Expresa sus sentimientos de tensión o preocupación	N	V	F	S
11	Ud. plantea alternativas de solución frente a la tensión o preocupación	N	V	F	S
12	Realiza alguna de las siguientes actividades de relajación tales como: tomar siesta, pensar en cosas agradables, pasear, ejercicios de respiración.	N	V	F	S
APOYO INTERPERSONAL					
13	Se relaciona con los demás.	N	V	F	S
14	Mantiene buenas relaciones interpersonales con los demás.	N	V	F	S
15	Comenta sus deseos e inquietudes con las demás personas.	N	V	F	S
16	Cuando enfrenta situaciones difíciles recibe apoyo de los demás.	N	V	F	S
AUTORREALIZACIÓN					
17	Se encuentra satisfecho con lo que ha realizado durante su vida.	N	V	F	S
18	Se encuentra satisfecho con las actividades que actualmente realiza.	N	V	F	S
19	Realiza actividades que fomenten su desarrollo personal.	N	V	F	S
RESPONSABILIDAD EN SALUD					
20	Acude por lo menos una vez al año a un establecimiento de salud para una revisión médica.	N	V	F	S
21	Cuando presenta una molestia acude al establecimiento de salud.	N	V	F	S
22	Toma medicamentos solo prescritos por el médico.	N	V	F	S
23	Toma en cuenta las recomendaciones que le brinda el personal de salud.	N	V	F	S

24	Participa en actividades que fomentan su salud: sesiones educativas, campañas de salud, lectura de libros de salud.	N	V	F	S
25	Consume sustancias nocivas.: cigarro, alcohol y/o drogas.	N	V	F	S

1.2. EVIDENCIA DE VALIDEZ

1.2.1. Validez de contenido

La evidencia de validez de contenido del instrumento se realizó mediante juicio de expertos, conformado por cinco expertos con trayectoria en la docencia universitaria, quienes emitieron su valoración de 1 a 4 (1= No cumple con el criterio, 2 = Bajo Nivel, = 3. Moderado nivel= 4. Alto nivel) en claridad, coherencia y relevancia. Luego se evaluó los acuerdos de las valoraciones de los jueces a través del estadígrafo de a V de Aiken, mediante la siguiente fórmula:

$$V = \frac{S}{(n(c-1))}$$

Siendo:

S = la sumatoria de si

Si = valor asignado por el juez i

n = número de jueces

c = número de valores en la escala de valoración

Evaluación por juicio de expertos

Respetado juez: Usted ha sido seleccionado para evaluar el instrumento “**ESTILO DE VIDA DE WALKER**”. La evaluación del instrumento es de gran relevancia para lograr que sea válido y que los resultados obtenidos a partir de éste sean utilizados eficientemente; aportando tanto al área investigativa de la Maestría en Gestión de los servicios de salud como a sus aplicaciones. Agradecemos su valiosa colaboración.

1. DATOS GENERALES DEL JUEZ

Nombre del juez:	Dora Preciado Ferrer
Grado profesional:	Maestría (<input checked="" type="checkbox"/>) Doctor (<input type="checkbox"/>)
Área de Formación académica:	Salud sexual y reproductiva
Áreas de experiencia profesional:	Salud sexual y reproductiva
Institución donde labora:	Dirección Distrital De Salud - POSORJA
Tiempo de experiencia profesional en el área:	2 a 4 años (<input type="checkbox"/>) Más de 5 años (<input checked="" type="checkbox"/>)
Experiencia en Investigación Psicométrica:	Trabajo(s) psicométricos realizados Título del estudio realizado.

2. PROPÓSITO DE LA EVALUACIÓN:

- a. Validar el contenido de instrumento, por juicio de expertos.

3. DATOS

Nombre de la Prueba:	ESTILO DE VIDA
Autor:	Walker, Sechrist y Pender
Procedencia:	Estados Unidos
Administración:	Individual
Tiempo de aplicación:	Entre 10 minutos a 15 minutos
Ámbito de aplicación:	Adultos mayores
Significación:	Instrumento elaborado en base al cuestionario (auto administrado) de estilo de vida promotor de salud, elaborado por Walker, Sechrist y Pender, y modificado Delgado, R; Reyna E y Díaz, R., y adaptado para poder medir el estilo de vida a través de sus dimensiones.

--	--

4. SOPORTE TEÓRICO

DESCRIBIR EN FUNCIÓN AL MODELO TEÓRICO

Escala/AREA	Sub escala (dimensiones)	Definición
Encuesta	Estilo de vida del adulto mayor	Para el adulto mayor, calidad de vida significa tener paz y tranquilidad, ser cuidado y protegido por la familia con dignidad, amor y respeto, y tener satisfechas como ser social sus necesidades de libre expresión, decisión, comunicación e información.
	Perspectivas del cuidado y atención del adulto mayor	Es un nivel asistencial que permite completar la recuperación física, psíquica y social de algunos pacientes tras el alta hospitalaria, facilitando su vuelta al domicilio. Se encarga de reeducar a los pacientes en la realización de las actividades básicas de la vida diaria.

5. PRESENTACIÓN DE INSTRUCCIONES PARA EL JUEZ:

A continuación, a usted le presento el cuestionario de **ESTILO DE VIDA**. De acuerdo con los siguientes indicadores califique cada uno de los ítems según corresponda.

Categoría	Calificación	Indicador
CLARIDAD El ítem se comprende fácilmente, es decir, su sintáctica y semántica son adecuadas.	1. No cumple con el criterio	El ítem no es claro.
	2. Bajo Nivel	El ítem requiere bastantes modificaciones o una modificación muy grande en el uso de las palabras de acuerdo con su significado o por la ordenación de las mismas.
	3. Moderado nivel	Se requiere una modificación muy específica de algunos de los términos del ítem.
	4. Alto nivel	El ítem es claro, tiene semántica y sintaxis adecuada.
COHERENCIA El ítem tiene relación lógica con la dimensión o indicador que está midiendo.	1. totalmente en desacuerdo (no cumple con el criterio)	El ítem no tiene relación lógica con la dimensión.
	2. Desacuerdo (bajo nivel de acuerdo)	El ítem tiene una relación tangencial /lejana con la dimensión.
	3. Acuerdo (moderado nivel)	El ítem tiene una relación moderada con la dimensión que se está midiendo.
	4. Totalmente de Acuerdo (alto nivel)	El ítem se encuentra está relacionado con la dimensión que está midiendo.
RELEVANCIA El ítem es esencial o importante, es decir debe ser incluido.	1. No cumple con el criterio	El ítem puede ser eliminado sin que se vea afectada la medición de la dimensión.
	2. Bajo Nivel	El ítem tiene alguna relevancia, pero otro ítem puede estar incluyendo lo que mide éste.
	3. Moderado nivel	El ítem es relativamente importante.

	4. Alto nivel	El ítem es muy relevante y debe ser incluido.
--	---------------	---

Leer con detenimiento los ítems y calificar en una escala de 1 a 4 su valoración, así como solicitamos brinde sus observaciones que considere pertinente

1. No cumple con el criterio
2. Bajo Nivel
3. Moderado nivel
4. Alto nivel

DIMENSIONES DEL INSTRUMENTO:

Primera dimensión: **Alimentación, actividad y ejercicio, manejo del estrés**

- Objetivos de la Dimensión: • Mejorar la Salud de los adultos mayores, mediante la modificación de los estilos de vida, por medio de un programa enfocado a la promoción de la salud.

INDICADORES	ÍTEM	CLARIDAD	COHERENCIA	RELEVANCIA	OBSERVACIONES - RECOMENDACIONES
Alimentación, actividad y ejercicio, manejo del estrés	Come Ud. tres veces al día: desayuno almuerzo y comida.	4	4	4	
	Todos los días, Ud. consume alimentos balanceados que incluyan tanto vegetales, frutas, carne, legumbres, cereales y granos.	3	4	4	
	Consumo de 4 a 8 vasos de agua al día	3	4	4	
	Incluye entre comidas el consumo de frutas.	4	4	4	
	Escoge comidas que no contengan ingredientes artificiales o químicos para conservar la comida.	4	4	4	
	Lee Ud. las etiquetas de las comidas empaquetadas, enlatadas o conservas para identificar los ingredientes.	3	4	4	
	Hace Ud., ejercicio por 20 a 30 minutos al menos tres veces a la semana.	4	4	4	

Diariamente Ud. realiza actividades que incluyan el movimiento de todo su cuerpo.	4	4	4	
Usted identifica las situaciones que le causan tensión o preocupación en su vida.	4	4	4	
Expresa sus sentimientos de tensión o preocupación	3	4	4	
Ud. plantea alternativas de solución frente a la tensión o preocupación	4	4	4	
Realiza alguna de las siguientes actividades de relajación tales como: tomar siesta, pensar en cosas agradables, pasear, ejercicios de respiración.	4	4	4	


 DIRECTOR INSTITUTO COCOTU
 PROFESOR - EL MORRO - PUNTA SALUD
 Mgs. Dora Preciado Ferrer
 MAGISTER LIBRO II
 FOLIO 327 No. 1095

Firma del evaluador

- Segunda dimensión: **apoyo interpersonal, autorrealización y responsabilidad en salud**
Objetivos de la Dimensión: Crear un programa de promoción de la salud enfocado en la atención gerontológica que contribuya a mejorar la salud de los adultos mayores.

INDICADORES	ÍTEM	CLARIDAD	COHERENCIA	RELEVANCIA	OBSERVACIONES - RECOMENDACIONES
apoyo interpersonal, autorrealización y responsabilidad en salud	Se relaciona con los demás	3	4	4	
	Mantiene buenas relaciones interpersonales con los demás.	4	4	4	
	Comenta sus deseos e inquietudes con las demás personas.	3	4	4	
	Cuando enfrenta situaciones difíciles recibe apoyo de los demás.	3	4	4	
	Se encuentra satisfecho con lo que ha realizado durante su vida.	4	4	4	
	Se encuentra satisfecho con las actividades que actualmente realiza.	4	4	4	
	Realiza actividades que fomenten su desarrollo personal.	3	4	4	
	Acude por lo menos una vez al año a un establecimiento de salud para una revisión médica.	4	4	4	
	Cuando presenta una molestia acude al establecimiento de salud.	4	4	4	
	Toma medicamentos solo prescritos por el médico	4	4	4	

	Toma en cuenta las recomendaciones que le brinda el personal de salud.	3	4	4	
	Participa en actividades que fomentan su salud: sesiones educativas, campañas de salud, lectura de libros de salud.	4	4	4	
	Consume sustancias nocivas.: cigarro, alcohol y/o drogas.	4	4	4	

DIRECCION DISTRITAL DE SALUD
 PROFESOR - EL MORRO - POTOSI
 Mgs. Dora Preciado Ferrer
 MAGISTER LIBRO II
 FOLIO 387 No. 1095

Firma del evaluador

Evaluación por juicio de expertos

Respetado juez: Usted ha sido seleccionado para evaluar el instrumento “**ESTILO DE VIDA DE WALKER**”. La evaluación del instrumento es de gran relevancia para lograr que sea válido y que los resultados obtenidos a partir de éste sean utilizados eficientemente; aportando tanto al área investigativa de la Maestría en Gestión de los servicios de salud como a sus aplicaciones. Agradecemos su valiosa colaboración.

1. DATOS GENERALES DEL JUEZ

Nombre del juez:	Mariana Morán Cruz
Grado profesional:	Maestría () Doctor (x)
Área de Formación académica:	Obstetra
Áreas de experiencia profesional:	Obstetra
Institución donde labora:	Dirección Distrital De Salud - POSORJA
Tiempo de experiencia profesional en el área:	2 a 4 años () Más de 5 años (X)
Experiencia en Investigación Psicométrica:	Trabajo(s) psicométricos realizados Título del estudio realizado.

2. PROPÓSITO DE LA EVALUACIÓN:

- b. Validar el contenido de instrumento, por juicio de expertos.

3. DATOS

Nombre de la Prueba: Autor: Procedencia: Administración: Tiempo de aplicación: Ámbito de aplicación: Significación:	ESTILO DE VIDA DE WALKER Walker, Sechrist y Pender Estados Unidos Individual Entre 10 minutos a 15 minutos Adultos mayores Instrumento elaborado en base al cuestionario (auto administrado) de estilo de vida promotor de salud, elaborado por Walker, Sechrist y Pender, y modificado Delgado, R; Reyna E y Díaz, R., y adaptado para poder medir el estilo de vida a través de sus dimensiones.
---	--

6. SOPORTE TEÓRICO

DESCRIBIR EN FUNCIÓN AL MODELO TEÓRICO

Escala/AREA	Sub escala (dimensiones)	Definición
Encuesta	Estilo de vida del adulto mayor	Para el adulto mayor, calidad de vida significa tener paz y tranquilidad, ser cuidado y protegido por la familia con dignidad, amor y respeto, y tener satisfechas como ser social sus necesidades de libre expresión, decisión, comunicación e información.
	Perspectivas del cuidado y atención del adulto mayor	Es un nivel asistencial que permite completar la recuperación física, psíquica y social de algunos pacientes tras el alta hospitalaria, facilitando su vuelta al domicilio. Se encarga de reeducar a los pacientes en la realización de las actividades básicas de la vida diaria.

4. PRESENTACIÓN DE INSTRUCCIONES PARA EL JUEZ:

A continuación, a usted le presento el cuestionario de **ESTILO DE VIDA DE WALKER**. De acuerdo con los siguientes indicadores califique cada uno de los ítems según corresponda.

Categoría	Calificación	Indicador
CLARIDAD El ítem se comprende fácilmente, es decir, su sintáctica y semántica son adecuadas.	1. No cumple con el criterio	El ítem no es claro.
	2. Bajo Nivel	El ítem requiere bastantes modificaciones o una modificación muy grande en el uso de las palabras de acuerdo con su significado o por la ordenación de las mismas.
	3. Moderado nivel	Se requiere una modificación muy específica de algunos de los términos del ítem.
	4. Alto nivel	El ítem es claro, tiene semántica y sintaxis adecuada.
COHERENCIA El ítem tiene relación lógica con la dimensión o indicador que está midiendo.	1. totalmente en desacuerdo (no cumple con el criterio)	El ítem no tiene relación lógica con la dimensión.
	2. Desacuerdo (bajo nivel de acuerdo)	El ítem tiene una relación tangencial /lejana con la dimensión.
	3. Acuerdo (moderado nivel)	El ítem tiene una relación moderada con la dimensión que se está midiendo.
	4. Totalmente de Acuerdo (alto nivel)	El ítem se encuentra está relacionado con la dimensión que está midiendo.
RELEVANCIA El ítem es esencial o importante, es decir debe ser incluido.	1. No cumple con el criterio	El ítem puede ser eliminado sin que se vea afectada la medición de la dimensión.
	2. Bajo Nivel	El ítem tiene alguna relevancia, pero otro ítem puede estar incluyendo lo que mide éste.
	3. Moderado nivel	El ítem es relativamente importante.
	4. Alto nivel	El ítem es muy relevante y debe ser incluido.

Leer con detenimiento los ítems y calificar en una escala de 1 a 4 su valoración, así como solicitamos brinde sus observaciones que considere pertinente

1. No cumple con el criterio
2. Bajo Nivel
3. Moderado nivel
4. Alto nivel

DIMENSIONES DEL INSTRUMENTO:

Primera dimensión: **Alimentación, actividad y ejercicio, manejo del estrés**

- Objetivos de la Dimensión: • Mejorar la Salud de los adultos mayores, mediante la modificación de los estilos de vida, por medio de un programa enfocado a la promoción de la salud.

INDICADORES	ÍTEM	CLARIDAD	COHERENCIA	RELEVANCIA	OBSERVACIONES - RECOMENDACIONES
Alimentación, actividad y ejercicio, manejo del estrés	Come Ud. tres veces al día: desayuno almuerzo y comida.	4	4	4	
	Todos los días, Ud. consume alimentos balanceados que incluyan tanto vegetales, frutas, carne, legumbres, cereales y granos.	4	4	4	
	Consume de 4 a 8 vasos de agua al día	4	4	4	
	Incluye entre comidas el consumo de frutas.	4	4	4	
	Escoge comidas que no contengan ingredientes artificiales o químicos para conservar la comida.	4	4	4	
	Lee Ud. las etiquetas de las comidas empaquetadas, enlatadas o conservas para identificar los ingredientes.	4	4	4	
	Hace Ud., ejercicio por 20 a 30 minutos al menos tres veces a la semana.	4	4	4	

Diariamente Ud. realiza actividades que incluyan el movimiento de todo su cuerpo.	4	4	4	
Usted identifica las situaciones que le causan tensión o preocupación en su vida.	4	4	4	
Expresa sus sentimientos de tensión o preocupación	4	4	4	
Ud. plantea alternativas de solución frente a la tensión o preocupación	4	4	4	
Realiza alguna de las siguientes actividades de relajación tales como: tomar siesta, pensar en cosas agradables, pasear, ejercicios de respiración.	4	4	4	

DIRECCION DISTRICTAL 09D10
 PROGRESO-EL MORRO-SALUD C28

 Obst. Mariana Morán Cruz
 C.I. 8989705405
 LIBRO II FOLIO 226 # 074

 Firma del evaluador

- Segunda dimensión: **apoyo interpersonal, autorrealización y responsabilidad en salud**
Objetivos de la Dimensión: Crear un programa de promoción de la salud enfocado en la atención gerontológica que contribuya a mejorar la salud de los adultos mayores.

INDICADORES	ÍTEM	CLARIDAD	COHERENCIA	RELEVANCIA	OBSERVACIONES - RECOMENDACIONES
apoyo interpersonal, autorrealización y responsabilidad en salud	Se relaciona con los demás	4	4	4	
	Mantiene buenas relaciones interpersonales con los demás.	4	4	4	
	Comenta sus deseos e inquietudes con las demás personas.	4	4	4	
	Cuando enfrenta situaciones difíciles recibe apoyo de los demás.	4	4	4	
	Se encuentra satisfecho con lo que ha realizado durante su vida.	4	4	4	
	Se encuentra satisfecho con las actividades que actualmente realiza.	4	4	4	
	Realiza actividades que fomenten su desarrollo personal.	4	4	4	
	Acude por lo menos una vez al año a un establecimiento de salud para una revisión médica.	4	4	4	
	Cuando presenta una molestia acude al establecimiento de salud.	4	4	4	
	Toma medicamentos solo prescritos por el médico	4	4	4	

Toma en cuenta las recomendaciones que le brinda el personal de salud.	4	4	4	
Participa en actividades que fomentan su salud: sesiones educativas, campañas de salud, lectura de libros de salud.	4	4	4	
Consume sustancias nocivas.: cigarro, alcohol y/o drogas.	4	4	4	

Firma del evaluador

DIRECCION DISTRITAL 09D10
 PROGRESO-EL MORRO-SALUD C28

 Obst. Mariana Morán Cruz
 C.I. 8989105405
 LIBRO II FOLIO 226 4 074

Evaluación por juicio de expertos

Respetado juez: Usted ha sido seleccionado para evaluar el instrumento “ **ESTILO DE VIDA DE WALKER**”. La evaluación del instrumento es de gran relevancia para lograr que sea válido y que los resultados obtenidos a partir de éste sean utilizados eficientemente; aportando tanto al área investigativa de la Maestría en Gestión de los servicios de salud como a sus aplicaciones. Agradecemos su valiosa colaboración.

1. DATOS GENERALES DEL JUEZ

Nombre del juez:	Lady Flores G.
Grado profesional:	Maestría () Doctor (x)
Área de Formación académica:	Medicina General
Áreas de experiencia profesional:	Medicina General
Institución donde labora:	Dirección Distrital De Salud - POSORJA
Tiempo de experiencia profesional en el área:	2 a 4 años () Más de 5 años (X)
Experiencia en Investigación Psicométrica:	Trabajo(s) psicométricos realizados Título del estudio realizado.

2. PROPÓSITO DE LA EVALUACIÓN:

- c. Validar el contenido de instrumento, por juicio de expertos.

3. DATOS

Nombre de la Prueba:	ESTILO DE VIDA DE WALKER
Autor:	Walker, Sechrist y Pender
Procedencia:	Estados Unidos
Administración:	Individual
Tiempo de aplicación:	Entre 10 minutos a 15 minutos
Ámbito de aplicación:	Adultos mayores
Significación:	Instrumento elaborado en base al cuestionario (auto administrado) de estilo de vida promotor de salud, elaborado por Walker, Sechrist y Pender, y modificado Delgado, R; Reyna E y Díaz, R., y adaptado para poder medir el estilo de vida a través de sus dimensiones.

4. SOPORTE TEÓRICO

DESCRIBIR EN FUNCIÓN AL MODELO TEÓRICO

Escala/AREA	Sub escala (dimensiones)	Definición
Encuesta	Estilo de vida del adulto mayor	Para el adulto mayor, calidad de vida significa tener paz y tranquilidad, ser cuidado y protegido por la familia con dignidad, amor y respeto, y tener satisfechas como ser social sus necesidades de libre expresión, decisión, comunicación e información.
	Perspectivas del cuidado y atención del adulto mayor	Es un nivel asistencial que permite completar la recuperación física, psíquica y social de algunos pacientes tras el alta hospitalaria, facilitando su vuelta al domicilio. Se encarga de reeducar a los pacientes en la realización de las actividades básicas de la vida diaria.

5. PRESENTACIÓN DE INSTRUCCIONES PARA EL JUEZ:

A continuación, a usted le presento el cuestionario de **ESTILO DE VIDA DE WALKER**. De acuerdo con los siguientes indicadores califique cada uno de los ítems según corresponda.

Categoría	Calificación	Indicador
CLARIDAD El ítem se comprende fácilmente, es decir, su sintáctica y semántica son adecuadas.	1. No cumple con el criterio	El ítem no es claro.
	2. Bajo Nivel	El ítem requiere bastantes modificaciones o una modificación muy grande en el uso de las palabras de acuerdo con su significado o por la ordenación de las mismas.
	3. Moderado nivel	Se requiere una modificación muy específica de algunos de los términos del ítem.
	4. Alto nivel	El ítem es claro, tiene semántica y sintaxis adecuada.
COHERENCIA El ítem tiene relación lógica con la dimensión o indicador que está midiendo.	1. totalmente en desacuerdo (no cumple con el criterio)	El ítem no tiene relación lógica con la dimensión.
	2. Desacuerdo (bajo nivel de acuerdo)	El ítem tiene una relación tangencial /lejana con la dimensión.
	3. Acuerdo (moderado nivel)	El ítem tiene una relación moderada con la dimensión que se está midiendo.
	4. Totalmente de Acuerdo (alto nivel)	El ítem se encuentra está relacionado con la dimensión que está midiendo.
RELEVANCIA	1. No cumple con el criterio	El ítem puede ser eliminado sin que se vea afectada la medición de la dimensión.

El ítem es esencial o importante, es decir debe ser incluido.	2. Bajo Nivel	El ítem tiene alguna relevancia, pero otro ítem puede estar incluyendo lo que mide éste.
	3. Moderado nivel	El ítem es relativamente importante.
	4. Alto nivel	El ítem es muy relevante y debe ser incluido.

Leer con detenimiento los ítems y calificar en una escala de 1 a 4 su valoración, así como solicitamos brinde sus observaciones que considere pertinente

1. No cumple con el criterio
2. Bajo Nivel
3. Moderado nivel
4. Alto nivel

DIMENSIONES DEL INSTRUMENTO:

Primera dimensión: **Alimentación, actividad y ejercicio, manejo del estrés**

- Objetivos de la Dimensión: • Mejorar la Salud de los adultos mayores, mediante la modificación de los estilos de vida, por medio de un programa enfocado a la promoción de la salud.

INDICADORES	ÍTEM	CLARIDAD	COHERENCIA	RELEVANCIA	OBSERVACIONES - RECOMENDACIONES
Alimentación, actividad y ejercicio, manejo del estrés	Come Ud. tres veces al día: desayuno almuerzo y comida.	4	4	4	
	Todos los días, Ud. consume alimentos balanceados que incluyan tanto vegetales, frutas, carne, legumbres, cereales y granos.	4	4	4	
	Consumo de 4 a 8 vasos de agua al día	4	4	4	
	Incluye entre comidas el consumo de frutas.	4	4	4	
	Escoge comidas que no contengan ingredientes artificiales o químicos para conservar la comida.	4	4	4	
	Lee Ud. las etiquetas de las comidas empaquetadas, enlatadas o conservas para identificar los ingredientes.	4	4	4	
	Hace Ud., ejercicio por 20 a 30 minutos al menos tres veces a la semana.	4	4	4	

Diariamente Ud. realiza actividades que incluyan el movimiento de todo su cuerpo.	4	4	4	
Usted identifica las situaciones que le causan tensión o preocupación en su vida.	4	4	4	
Expresa sus sentimientos de tensión o preocupación	4	4	4	
Ud. plantea alternativas de solución frente a la tensión o preocupación	4	4	4	
Realiza alguna de las siguientes actividades de relajación tales como: tomar siesta, pensar en cosas agradables, pasear, ejercicios de respiración.	4	4	4	

Dra. Lady Flores G.
MÉDICO GENERAL
REG. MSP. 0923882393
REG. SENESCYT. 1006-2016-168389F

Firma del evaluador

- Segunda dimensión: **apoyo interpersonal, autorrealización y responsabilidad en salud**
Objetivos de la Dimensión: Crear un programa de promoción de la salud enfocado en la atención gerontológica que contribuya a mejorar la salud de los adultos mayores.

INDICADORES	ÍTEM	CLARIDAD	COHERENCIA	RELEVANCIA	OBSERVACIONES - RECOMENDACIONES
apoyo interpersonal, autorrealización y responsabilidad en salud	Se relaciona con los demás	4	4	4	
	Mantiene buenas relaciones interpersonales con los demás.	4	4	4	
	Comenta sus deseos e inquietudes con las demás personas.	4	4	4	
	Cuando enfrenta situaciones difíciles recibe apoyo de los demás.	4	4	4	
	Se encuentra satisfecho con lo que ha realizado durante su vida.	4	4	4	
	Se encuentra satisfecho con las actividades que actualmente realiza.	4	4	4	
	Realiza actividades que fomenten su desarrollo personal.	4	4	4	
	Acude por lo menos una vez al año a un establecimiento de salud para una revisión médica.	4	4	4	
	Cuando presenta una molestia acude al establecimiento de salud.	4	4	4	
	Toma medicamentos solo prescritos por el médico	4	4	4	

	Toma en cuenta las recomendaciones que le brinda el personal de salud.	4	4	4	
	Participa en actividades que fomentan su salud: sesiones educativas, campañas de salud, lectura de libros de salud.	4	4	4	
	Consume sustancias nocivas.: cigarro, alcohol y/o drogas.	4	4	4	



Firma del evaluador

Evaluación por juicio de expertos

Respetado juez: Usted ha sido seleccionado para evaluar el instrumento “ **ESTILO DE VIDA DE WALKER**”. La evaluación del instrumento es de gran relevancia para lograr que sea válido y que los resultados obtenidos a partir de éste sean utilizados eficientemente; aportando tanto al área investigativa de la Maestría en Gestión de los servicios de salud como a sus aplicaciones. Agradecemos su valiosa colaboración.

1. DATOS GENERALES DEL JUEZ

Nombre del juez:	Ivan Tuarez V
Grado profesional:	Maestría (<input checked="" type="checkbox"/>) Doctor (<input type="checkbox"/>)
Área de Formación académica:	Medicina General
Áreas de experiencia profesional:	Medicina General
Institución donde labora:	Hospital del Guasmo
Tiempo de experiencia profesional en el área:	2 a 4 años (<input type="checkbox"/>) Más de 5 años (<input checked="" type="checkbox"/>)
Experiencia en Investigación Psicométrica:	Trabajo(s) psicométricos realizados Título del estudio realizado.

2. PROPÓSITO DE LA EVALUACIÓN:

- d. Validar el contenido de instrumento, por juicio de expertos.

3. DATOS

Nombre de la Prueba: Autor: Procedencia: Administración: Tiempo de aplicación: Ámbito de aplicación: Significación:	ESTILO DE VIDA DE WALKER Walker, Sechrist y Pender Estados Unidos Individual Entre 10 minutos a 15 minutos Adultos mayores Instrumento elaborado en base al cuestionario (auto administrado) de estilo de vida promotor de salud, elaborado por Walker, Sechrist y Pender, y modificado Delgado, R; Reyna E y Díaz, R., y adaptado para poder medir el estilo de vida a través de sus dimensiones.
---	--

4. SOPORTE TEÓRICO
DESCRIBIR EN FUNCIÓN AL MODELO TEÓRICO

Escala/AREA	Sub escala (dimensiones)	Definición
Encuesta	Estilo de vida del adulto mayor	Para el adulto mayor, calidad de vida significa tener paz y tranquilidad, ser cuidado y protegido por la familia con dignidad, amor y respeto, y tener satisfechas como ser social sus necesidades de libre expresión, decisión, comunicación e información.
	Perspectivas del cuidado y atención del adulto mayor	Es un nivel asistencial que permite completar la recuperación física, psíquica y social de algunos pacientes tras el alta hospitalaria, facilitando su vuelta al domicilio. Se encarga de reeducar a los pacientes en la realización de las actividades básicas de la vida diaria.

5. PRESENTACIÓN DE INSTRUCCIONES PARA EL JUEZ:

A continuación, a usted le presento el cuestionario de **ESTILO DE VIDA DE WALKER**. De acuerdo con los siguientes indicadores califique cada uno de los ítems según corresponda.

Categoría	Calificación	Indicador
CLARIDAD El ítem se comprende fácilmente, es decir, su sintáctica y semántica son adecuadas.	1. No cumple con el criterio	El ítem no es claro.
	2. Bajo Nivel	El ítem requiere bastantes modificaciones o una modificación muy grande en el uso de las palabras de acuerdo con su significado o por la ordenación de las mismas.
	3. Moderado nivel	Se requiere una modificación muy específica de algunos de los términos del ítem.
	4. Alto nivel	El ítem es claro, tiene semántica y sintaxis adecuada.
COHERENCIA El ítem tiene relación lógica con la dimensión o indicador que está midiendo.	1. totalmente en desacuerdo (no cumple con el criterio)	El ítem no tiene relación lógica con la dimensión.
	2. Desacuerdo (bajo nivel de acuerdo)	El ítem tiene una relación tangencial /lejana con la dimensión.
	3. Acuerdo (moderado nivel)	El ítem tiene una relación moderada con la dimensión que se está midiendo.
	4. Totalmente de Acuerdo (alto nivel)	El ítem se encuentra está relacionado con la dimensión que está midiendo.
RELEVANCIA	1. No cumple con el criterio	El ítem puede ser eliminado sin que se vea afectada la medición de la dimensión.

El ítem es esencial o importante, es decir debe ser incluido.	2. Bajo Nivel	El ítem tiene alguna relevancia, pero otro ítem puede estar incluyendo lo que mide éste.
	3. Moderado nivel	El ítem es relativamente importante.
	4. Alto nivel	El ítem es muy relevante y debe ser incluido.

Leer con detenimiento los ítems y calificar en una escala de 1 a 4 su valoración, así como solicitamos brinde sus observaciones que considere pertinente

1. No cumple con el criterio
2. Bajo Nivel
3. Moderado nivel
4. Alto nivel

DIMENSIONES DEL INSTRUMENTO:

Primera dimensión: **Alimentación, actividad y ejercicio, manejo del estrés**

- Objetivos de la Dimensión: • Mejorar la Salud de los adultos mayores, mediante la modificación de los estilos de vida, por medio de un programa enfocado a la promoción de la salud.

INDICADORES	ÍTEM	CLARIDAD	COHERENCIA	RELEVANCIA	OBSERVACIONES - RECOMENDACIONES
Alimentación, actividad y ejercicio, manejo del estrés	Come Ud. tres veces al día: desayuno almuerzo y comida.	4	4	4	
	Todos los días, Ud. consume alimentos balanceados que incluyan tanto vegetales, frutas, carne, legumbres, cereales y granos.	4	4	4	
	Consume de 4 a 8 vasos de agua al día	4	4	4	
	Incluye entre comidas el consumo de frutas.	4	4	4	
	Escoge comidas que no contengan ingredientes artificiales o químicos para conservar la comida.	4	4	4	
	Lee Ud. las etiquetas de las comidas empaquetadas, enlatadas o conservas para identificar los ingredientes.	4	4	4	

Hace Ud., ejercicio por 20 a 30 minutos al menos tres veces a la semana.	4	4	4	
Diariamente Ud. realiza actividades que incluyan el movimiento de todo su cuerpo.	4	4	4	
Usted identifica las situaciones que le causan tensión o preocupación en su vida.	4	4	4	
Expresa sus sentimientos de tensión o preocupación	4	4	4	
Ud. plantea alternativas de solución frente a la tensión o preocupación	4	4	4	
Realiza alguna de las siguientes actividades de relajación tales como: tomar siesta, pensar en cosas agradables, pasear, ejercicios de respiración.	4	4	4	

Firma del evaluador

- Segunda dimensión: **apoyo interpersonal, autorrealización y responsabilidad en salud**
Objetivos de la Dimensión: Crear un programa de promoción de la salud enfocado en la atención gerontológica que contribuya a mejorar la salud de los adultos mayores.

INDICADORES	ÍTEM	CLARIDAD	COHERENCIA	RELEVANCIA	OBSERVACIONES - RECOMENDACIONES
apoyo interpersonal, autorrealización y responsabilidad en salud	Se relaciona con los demás	4	4	4	
	Mantiene buenas relaciones interpersonales con los demás.	4	4	4	
	Comenta sus deseos e inquietudes con las demás personas.	4	4	4	
	Cuando enfrenta situaciones difíciles recibe apoyo de los demás.	4	4	4	
	Se encuentra satisfecho con lo que ha realizado durante su vida.	4	4	4	
	Se encuentra satisfecho con las actividades que actualmente realiza.	4	4	4	
	Realiza actividades que fomenten su desarrollo personal.	4	4	4	
	Acude por lo menos una vez al año a un establecimiento de salud para una revisión médica.	4	4	4	
	Cuando presenta una molestia acude al establecimiento de salud.	4	4	4	

Toma medicamentos solo prescritos por el médico	4	4	4	
Toma en cuenta las recomendaciones que le brinda el personal de salud.	4	4	4	
Participa en actividades que fomentan su salud: sesiones educativas, campañas de salud, lectura de libros de salud.	4	4	4	
Consume sustancias nocivas.: cigarro, alcohol y/o drogas.	4	4	4	

The image shows a handwritten signature in blue ink. The signature is written over a faint, circular official stamp. The stamp contains the text "MINISTERIO DE SALUD PUBLICA" and "GENERAL" and "SUD" (part of "SUD" or "SUD" is visible). The signature is written in a cursive style.

Firma del evaluador

Los resultados de la validación de contenido se detallan a continuación:
Coefficiente de Aiken para la validez de contenido en claridad, relevancia y coherencia de los ítems de la Escala de estrés académico

ÍTEMS	CLARIDAD	RELEVANCIA	COHERENCIA
	UV AIKEN	UV AIKEN	UV AIKEN
1	1,14	1,00	0,86
2	1,00	1,00	1,14
3	0,86	1,14	1,14
4	1,14	1,14	1,14
5	1,14	1,14	1,00
6	0,86	1,14	0,86
7	1,14	0,86	1,14
8	1,40	1,14	1,00
9	1,60	1,40	1,60
10	1,20	1,40	1,40
11	1,60	1,60	1,60
12	1,20	1,40	1,40

Nota: V : Coeficiente de Aiken; p: Significancia

En la presente tabla se aprecia que los ítems de la escala de estrés académico presentan coeficiente de acuerdo de Aiken en claridad, coherencia y relevancia desde 0.86 a 1.14, lo cual significa que dichos ítems tienen claridad, semántica y sintaxis adecuada y los ítems son importantes y deben ser incluidos en el Cuestionario.

Bondad de ajuste

Tabla 1 Prueba de normalidad ESTILO DE VIDA DE WALKER para mejoramiento de estilos de vida en adultos mayores de un Centro de Salud de Posorja.

	K – S	gl	Sig.
Alimentación	,366	53	,000
Actividad y ejercicio	,346	53	,000
Manejo del estrés	,366	53	,000
Apoyo interpersonal	,367	53	,000
Autorrealización	,338	53	,000
Responsabilidad en salud	,339	53	,000

Nota: K – S; Coeficiente Kolgomoro Smirnov; gl; Grado de libertad.

Ho= Los datos tienen una distribución normal.

Hi= Los datos no tiene de una distribución normal

Criterio de Decisión

Para determinar la normalidad de las variables y dimensiones se basa en el siguiente postulado

P-valor $\geq \alpha$ (.05) se acepta la Ho

P-valor $< \alpha$ (.05) se acepta la Hi

Interpretación:

En la tabla 5 se observa que en el análisis inferencial de la prueba de normalidad de las puntuaciones de Alimentación, Actividad y ejercicio, Manejo del estrés, Apoyo interpersonal, Autorrealización y Responsabilidad en salud tienen p-valor de 0.01 y $0.00 < \alpha$ (0.01) lo que significan que los datos tienen una distribución no normal y por tanto para el análisis correlacional corresponde utilizar el estadígrafo no paramétrico denominado Coeficiente de rangos (Rho) de Spearman.

PROGRAMA INTEGRAL DE ENVEJECIMIENTO ACTIVO

Sesión I

Fundamentación: La alimentación de la persona adulta mayor debe ser una alimentación: Equilibrada (acorde a las necesidades de energía, proteínas, grasas, vitaminas y minerales). Esto con el fin de evitar que existan deficiencias en el consumo de nutrientes como proteína, tiamina, vitamina C, calcio, hierro y folatos, y garantizar una alimentación saludable. (Brito, 2020)

OBJETIVO	ACTIVIDAD	TIEMPO	MATERIALES
Motivar a una alimentación nutritiva de acuerdo a las necesidades de cada persona	Palabras de bienvenida y presentación de la sesión	5 minutos	link de zoom
	Dinámica: ¿A qué huele? Consiste en poner una serie de objetos y sustancias en diferentes recipientes. A la persona que tiene que adivinar se le tapan los ojos deberá averiguar qué objeto es a través del aroma que desprende. El límite sólo lo pone nuestra imaginación, y podemos jugar por ejemplo con café, canela, una flor, etc.	15 minutos	canela, pasta de diente, flor, naranja, mandarina
	Explicación sobre los alimentos nutritivos y la forma de prepararlos	30 minutos	diapositivas
	Preparación de platillos al frío	10 minutos	productos alimenticios

Sesión II

Fundamentación: El ejercicio y la actividad física benefician a casi todas las personas, incluidos los adultos mayores. Hay cuatro tipos principales y cada uno es diferente. Practicar todos ellos le entregará más beneficios.

- Las actividades de resistencia, o aeróbicas, aumentan la respiración y la frecuencia cardíaca. Algunos ejemplos son las caminatas o correr, bailar, nadar y andar en bicicleta
- Los ejercicios de fuerza fortalecen los músculos. Levantar pesas o usar bandas elásticas puede fortalecerle
- Los ejercicios de equilibrio ayudan a prevenir caídas
- Los ejercicios de flexibilidad estiran los músculos y pueden ayudar a que su cuerpo permanezca relajado (Hernandez A. , 2015)

OBJETIVO	ACTIVIDAD	TIEMPO	MATERIALES
Incentivar la participación en actividades físicas que contribuya a mantener la salud.	Palabras de bienvenida y presentación de la sesión	5 minutos	link de zoom
	Dinámica: Simón dice Simón dice es uno de esos juegos para adultos mayores con los que jugar entre tres o más personas. Uno de los participantes es el llamado «Simón», es decir, el que dirige la acción. Los otros deben hacer lo que Simón dice. El truco está en la frase mágica que es «Simón dice». Si Simón dice «Simón dice salta», los jugadores deben saltar o quedan eliminados. Si Simón dice simplemente «salta», no deben saltar o quedarán eliminados igualmente.	15 minutos	ninguno
	Explicación y realización de diversidad de ejercicios físicos	30 minutos	diapositivas
	Participación de los asistentes en ejercicios de preferencias	10 minutos	pelotas, elástico, sillas

Sesión III

Fundamentación: Los síntomas más frecuentes son la sensación de intranquilidad y de que algo inminente va a suceder, de sentirse amenazado y vulnerable y que por tanto uno va a ser incapaz de poder controlar la situación que se presente (Rodríguez K. , 2018).

OBJETIVO	ACTIVIDAD	TIEMPO	MATERIALES
Proponer estrategias para el manejo y control del estrés	Palabras de bienvenida y presentación de la sesión	5 minutos	link de zoom
	Dinámica: Palabras encadenadas Este juego consiste en ir encadenando palabras de tal forma que la última sílaba de una palabra sea el comienzo de la siguiente. Por ejemplo: me-sa, sa-le-ro, ro-pa, pa-lo-ma, y así sucesivamente. Esta actividad se puede realizar de forma individual o en grupo, en el que cada persona dice o escribe una palabra.	15 minutos	ninguno
	Explicación de estrategias de manejo del estrés	30 minutos	diapositivas
	Aplicación de las estrategias mediante la participación de los asistentes	10 minutos	música relajante

Sesión IV

Fundamentación: Las relaciones interpersonales mejoran cuando la gente se va haciendo mayor. Por tanto, parece que a medida que las habilidades cognitivas decaen como consecuencia de la edad, las relaciones personales resultan más satisfactorias (Villafuerte, 2017)

OBJETIVO	ACTIVIDAD	TIEMPO	MATERIALES
Establecer medidas de conexión interpersonal	Palabras de bienvenida y presentación de la sesión	5 minutos	link de zoom
	Dinámica: Quién es quién Hay un juego de mesa que simula este quién es quién que proponemos. En un juego que es colectivo, una persona mayor se tapa los ojos. Un participante dirá una palabra, con la que la persona con la venda debe adivinar quién es. Si no lo consigue, el resto de participantes irán diciendo más pistas hasta dar con la persona.	15 minutos	ninguno
	Explicación sobre la importancia de las relaciones sociales, así como la forma de cultivar el interés por los demás	30 minutos	diapositivas
	Experiencias	10 minutos	música relajante

Sesión V

Fundamentación: Autorrealización como completitud o consumación del curso de la vida humana. ... Desde esta postura la autorrealización define la importancia de tener metas a alcanzar en la vejez. Una lucha y superación de dificultades para una integración de lo vivido, nunca carente de tensión, entre diversas metas y objetivos (Rodríguez G. , 2017)

OBJETIVO	ACTIVIDAD	TIEMPO	MATERIALES
Determinar metas que se pueden cumplir en la tercera edad	Palabras de bienvenida y presentación de la sesión	5 minutos	link de zoom
	Dinámica: Juego de memoria con cartas Debemos formar 4 filas y 13 columnas con una baraja de cartas boca abajo. El jugador debe levantar dos de esas cartas de la baraja, al azar. En este punto, debe comprobar si son diferentes los números de las cartas. Si es así, dejará esas cartas otra vez boca abajo y será el turno de otro jugador. El objetivo del juego es conseguir el máximo número de parejas de cartas, quien determinará el ganador.	15 minutos	cartas
	Metas en la vejez, importancia y como cumplirlas	30 minutos	diapositivas
	Experiencias y metas cumplidas y por cumplir	10 minutos	fotos y videos

Sesión VI

Fundamentación: El adulto mayor debe hacerse responsable de su propio autocuidado, valorar su cuerpo y su mente, mantenerse activo, ejercer su capacidad de decisión, emitir sus opiniones y dialogar con quienes le rodean. Todo ello le permitirá vivir física, espiritual y socialmente de mejor manera su vejez (Villafuerte, 2017).

OBJETIVO	ACTIVIDAD	TIEMPO	MATERIALES
Identificar la importancia de la responsabilidad en uno mismo	Palabras de bienvenida y presentación de la sesión	5 minutos	link de zoom
	Dinámica: Veo veo Uno de los miembros del grupo elige un objeto diciendo la letra por la que empieza. Los demás participantes van diciendo posibles objetos hasta que lo identifican. La persona que elige el objeto puede dar pistas e informar sobre el lugar de la sala en el que se encuentra si los compañeros no consiguen adivinarlo.	15 minutos	diferentes objetos
	Explicación de lo que significa la responsabilidad propia	30 minutos	diapositivas
	Establecimiento de metas	10 minutos	fotos y videos