

Significados de la educación para la salud en contexto del adulto mayor con enfermedad crónica.

Melo Castillo YP*

*Médico general egresada de la Fundación Universitaria Juan N Corpas, estudiante de Maestría en Educación para la salud de la Facultad de Educación, Fundación Universitaria Juan N Corpas. Bogotá, Colombia.

RESUMEN

Introducción: Las enfermedades crónicas no transmisibles constituyen uno de los mayores retos de salud por los altos costos y el impacto en la calidad de vida del paciente y su familia, siendo el adulto mayor una de las poblaciones más afectadas por la alta frecuencia de estas patologías. Una de las medidas costo efectivas para retrasar su aparición y reducir las complicaciones es la educación para la salud enfocada en los estilos de vida saludables.

Objetivos: Identificar los significados y percepciones del adulto mayor y del personal de salud en contexto de la educación para la salud en la enfermedad crónica.

Metodología: Se realizó un estudio cualitativo fenomenológico a través de entrevistas semiestructuradas y grupos focales.

Resultados Se trabajó con adultos mayores con enfermedad crónica participantes del grupo Entre Muros Corpas, se utilizaron dos grupos focales con participantes en el rango de 60 a 82 años, se trabajó también con el personal de salud que labora en el centro comunitario Corpas Lisboa, se realizaron 7 entrevistas, el rango de edad osciló entre 22 a 55 años, entre la labor desempeñada en el centro de salud, se identificaron, gestores en salud, auxiliar de enfermería, jefe de enfermeras y psicólogo. Se identificaron seis categorías principales: significados y experiencias, percepciones, roles, facilitadores y barreras, de las cuales emergieron quince categorías situando el relato de los participantes en cada una de ellas.

Conclusión: Los entrevistados le otorgan los significados de talleres, charlas, instrucciones y consejos a la educación para la salud, ésta es percibida como algo importante y fundamental cuando se habla de autocuidado, adicionalmente se lograron determinar algunos facilitadores de la educación para la salud y de la adopción de comportamientos saludables, como el enfoque basado en alimentación, adherencia terapéutica y actividad física, el enfoque multidisciplinario, la empatía y el uso del tiempo libre, así mismo algunas barreras como el abandono del adulto mayor, la reasignación de tareas, las dificultades económicas, los gustos y costumbres y la dificultad en el acceso a la salud, representadas como obstáculos en la educación para la salud y adopción de comportamientos saludables.

Palabras clave: Educación para la salud, Hábitos saludables, Enfermedad crónica, Adulto mayor, Percepción.

ABSTRACT

Meanings of health education in the context of elderly adults with chronic illness.

Introduction: Chronic non-communicable diseases constitute one of the greatest health challenges due to their high costs and impact on the quality of life of patients and their families, and the elderly is one

of the populations most affected by the high frequency of these pathologies. One of the cost-effective measures to delay their onset and reduce complications is health education focused on healthy lifestyles.

Objective: To identify the meanings and perceptions of older adults and health personnel in the context of health education in chronic disease.

Methodology: A qualitative phenomenological study was conducted through semi-structured interviews and focus groups.

Results: We worked with older adults with chronic disease who were participants of the group Entre Muros Corpas, we used two focus groups with participants in the range of 60 to 82 years, we also worked with health personnel working in the community center Corpas Lisboa, 7 interviews were conducted, the age range ranged from 22 to 55 years, among the work performed in the health center, health managers, nursing assistant, head nurse and psychologist were identified. Six main categories were identified: meanings and experiences, perceptions, roles, facilitators and barriers, from which fifteen categories emerged placing the participants' account in each of them.

Conclusion: The interviewees give the meanings of workshops, talks, instructions and advice to health education, this is perceived as something important and fundamental when talking about self-care, additionally it was possible to determine some facilitators of health education and the adoption of healthy behaviors, such as the food-based approach. In addition, some facilitators of health education and the adoption of healthy behaviors were identified, such as the approach based on nutrition, therapeutic adherence and physical activity, the multidisciplinary approach, empathy and the use of free time, as well as some barriers such as the abandonment of the elderly, the reassignment of tasks, economic difficulties, tastes and customs and the difficulty in accessing health care, represented as obstacles to health education and the adoption of healthy behaviors.

Keywords: Health education, Healthy habits, Chronic disease, Older adult, Perception.

Autor de correspondencia:
Melo Castillo Yaritza Paola
yaritza-melo@juanncorpas.edu.co

Como citar: Melo Castillo YP. Significados de la educación para la salud en contexto del adulto mayor con enfermedad crónica. Rev Cuarzo. 2022;28(1): 27-37.

Recibido: 7 de septiembre del 2021
Aceptado: 23 febrero del 2022
Publicado: 30 de junio de 2022

Doi: <https://doi.org/10.26752/cuarzo.v28.n1.662>



License creative
Commons

I. INTRODUCCIÓN

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) constituyen uno de los mayores retos de salud a nivel mundial, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) (1) corresponden a las principales causas de muerte, enfermedad y discapacidad en el mundo, siendo las más comunes las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas y la diabetes. El impacto de estas enfermedades se ve reflejado en la mortalidad de la población que la padece, según datos de la OMS (1) aproximadamente son causales del fallecimiento de 41 millones de personas cada año, lo que equivale al 71 % de las muertes en el mundo.

Las enfermedades crónicas han generado un impacto a nivel de la calidad de vida del individuo y su familia, un impacto en el ámbito social y económico por los altos costos en salud, convirtiéndose así en un problema de salud pública, al ser causa frecuente de discapacidad, representar costos elevados de hospitalización, tratamiento y rehabilitación (2), además de los costos indirectos representados en la pérdida de productividad y de ingresos (3). Adicional a los costos monetarios en salud, llama la atención y es importante tener en cuenta aquellos costos no tangibles, representados con la incertidumbre, las emociones negativas, como síntomas depresivos, el cansancio, la fatiga, la tristeza, los problemas de sueño, la apatía, además del estrés, la ansiedad y el miedo que el padecer estas enfermedades genera (4).

Las enfermedades crónicas no transmisibles pueden verse favorecidas por factores tales como “la urbanización rápida y no planificada, la generalización de modos de vida poco saludables o el envejecimiento de la población” (2 p.141), además de un conjunto de factores que influye en la patogénesis de estas enfermedades, algunos no modificables como la edad o la herencia, sin embargo, algunos factores de riesgo que pueden ser modificados adoptando comportamientos saludables. Es así como la OMS (5) resalta la dieta saludable, la actividad física regular, el mantenimiento del peso y la disminución del consumo del tabaco al prevenir, retrasar su aparición, así como sus complicaciones, por lo que se plantea que la educación para la salud (EpS) con este enfoque tendrá un impacto a nivel del manejo integral de estas enfermedades.

Para enfrentar esta problemática, es fundamental la labor educativa, promocional y de prevención (2), en la que se debe profundizar en la educación del paciente, no sólo en transmitir conocimientos, si no en construir habilidades, fomentar actitudes y proponer el trabajo multidisciplinar (6).

En la actualidad la reglamentación en salud Colombiana, en su política de atención integral de salud (PAIS) (7) se contempla como herramienta la atención primaria en salud con su enfoque de cuidado de la salud “Comprende las capacidades, decisiones y acciones que el individuo toma para proteger su salud, la de su familia, la comunidad y el medio ambiente que

lo rodea” (p.38), por lo que según lo anterior la educación debería estar inmersa en el ámbito sanitario y los servicios prestados por el personal de salud.

Dada la importancia de la educación para la salud y del reconocimiento de sus ventajas y beneficios a nivel individual y colectivo, se ha estudiado en diferentes ámbitos y con diversos enfoques, en México Carrada (2002) pretendió describir el papel del médico como promotor de salud, donde resalta la necesidad de la educación y el apoyo social en el manejo integral de los enfermos diabéticos y otros pacientes crónicos (8), según Carrada (2002) “ lo importante es conocer los determinantes del comportamiento y cambiar las actitudes, el estilo de vida y las conductas de las gentes”. (8 p.173), por su parte en Manizales (Colombia) en una empresa social del Estado de primer nivel de atención en el año 2009, se realizó un estudio cualitativo, que pretendía describir las características de la educación para la salud dirigida a las personas hipertensas por medio de las entrevistas semiestructuradas, se identificó como líder del proceso al profesional de la salud y a los auxiliares de enfermería los encargados de la ejecución del plan, destaca la importancia que la planeación del programa esté centrada en la persona y pueda ser actualizada de forma constante dado que las necesidades educativas van cambiando (9). En Colombia se realizó una revisión narrativa, acerca de los aspectos que deben contener los programas para pacientes con insuficiencia cardíaca congestiva y sus familiares (10), según Navarrete (2016) “tanto la promoción como la educación en salud desempeñan un papel importante en las enfermedades cardiovasculares crónicas” (10 p.36), identificando la importancia de educar sobre la enfermedad, sobre el tratamiento, y el autocuidado.

El tema de la educación para la salud en enfermedad crónica se ha estudiado con diferentes enfoques, en la presente investigación se plantea las enfermedades crónicas no transmisibles como problema de salud pública y se resalta la educación para la salud como parte fundamental del tratamiento, entendiendo como finalidad facilitar en las personas la toma de decisiones sobre su propia salud, utilizando sus propios recursos y desarrollando sus capacidades (11), esta investigación pretende identificar las percepciones y significados en contexto de la educación en salud del paciente con enfermedad crónica.

II. MATERIALES Y MÉTODOS

La presente investigación es de tipo cualitativo con una metodología propuesta desde la Fenomenología. La población objetivo fueron adultos mayores con edades mayor o igual a 60 años con enfermedades crónicas no transmisibles, dicha población es perteneciente al barrio Lisboa, hacen parte del grupo Entre Muros Corpas, asociado al Centro médico Corpas Lisboa. A su vez también se trabajó con el personal de salud asociado al Centro médico Corpas Lisboa, incluyendo a gestores de salud, enfermeras, jefes de enfermería y psicólogos.

Para la recolección de datos se utilizaron entrevistas semiestructuradas y grupos focales, inicialmente se elaboraron dos formatos, uno con preguntas que hacían referencia a la experiencia y percepción, en contexto de la educación para la salud en el paciente crónico, dirigidas a los adultos mayores, constaba de 25 preguntas y otro formato con preguntas dirigidas al personal de salud también de 25 preguntas. Para darle validez a este formato, se realizó la búsqueda de personas que tuvieran experiencia con este fenómeno, médicos, enfermeros, epidemiólogos, salubristas y nutricionistas, pidiéndoles que indicarán cuáles eran las más pertinentes y con mejor redacción, obteniendo 4 preguntas con mejor puntuación para cada grupo, las cuales fueron utilizadas en las entrevistas. Para seguir la ruta metodológica descrita por Moustakas (1994) citado por Pineda (12 p.67) se realizó inicialmente el Epojé y el Bracketing, cuyo objetivo es eliminar los juicios o preconcepciones que se tengan del fenómeno, se plasmaron las experiencias vividas en torno a la educación para la salud de pacientes crónicos, se anotaron las ideas o los juicios respecto a las oportunidades y barreras presentadas, con el propósito de apartarlas consciente y voluntariamente, con el fin de generar un ambiente de receptividad.

Una vez realizadas las entrevistas y el trabajo con los grupos focales, tal y como lo sugiere Moustakas (1994) citado por Eddles (13 p. 257), se tomaron las declaraciones que se refieren al fenómeno, se sacaron de la transcripción y se registraron aparte, cada uno de estos aspectos se enumeró y fue consignado, además se realizó la asignación de significados a las descripciones que surgieron de la horizontalización agrupándolos en seis categorías y analizándolas con el programa Nvivo, posterior al primer análisis emergieron 15 categorías y se agruparon los fragmentos textuales referenciados por los participantes.

Posterior a esto se realizó la triangulación de los resultados con el marco teórico, se genera entonces una nueva discusión a través de una interrogación reflexiva entre los resultados y lo que la literatura nos indica, particularizando cada categoría emergente.

Aspectos éticos: Según la Resolución número 8430 de 1993 por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, la presente investigación se clasifica dentro de una investigación sin riesgo, en los que se emplean métodos de investigación documental, donde no se interviene o modifica variables fisiológicas, psicológicas o sociales, entre esta revisión de historia clínica, aplicación de entrevistas y cuestionarios. Se realiza la generación del consentimiento informado, en el que se incluye el objetivo y propósito de la investigación, el procedimiento del estudio, beneficios, riesgos asociados, aclaraciones y la respectiva firma del participante.

III. RESULTADOS

Características demográficas: En esta investigación se trabajó con adultos mayores participantes del grupo Entre Muros Corpas, se utilizaron dos grupos focales, uno con 10 participantes y el otro con 5 participantes, la edad se encontró en el rango de 60 a 82 años, todos los participantes son residentes de Barrio Lisboa (Suba) y asistentes al grupo Entre muros Corpas, para la realización de actividades. En cuanto a sus antecedentes de salud, se destaca la hipertensión como principal patología presentada, también se presenta enfermedad renal crónica, diabetes mellitus tipo 2, gastritis crónica, y antecedentes cardiovasculares en menor frecuencia. Por su parte, se trabajó también con el personal de salud que labora en el centro comunitario Corpas Lisboa, se realizaron 7 entrevistas, el rango de edad osciló entre 22 a 55 años, entre la labor desempeñada en el centro de salud, se identificaron, 4 gestores en salud, 1 auxiliar de enfermería, 1 jefe de enfermeras y 1 psicólogo.

Se realizó un primer análisis, identificando algunas categorías emergentes expresadas en la tabla 1, posteriormente se realizó un nuevo análisis y se agruparon los fragmentos textuales referenciados por los participantes.

Categorías y categorías emergentes: De acuerdo con las entrevistas realizadas se identificaron de forma inicial las siguientes categorías:

1. Significados: En esta categoría se clasificaron frases u oraciones que hacían referencia a las definiciones o ideologías sobre la educación para la salud.
2. Experiencias: En esta categoría se clasificaron frases u oraciones que hacían referencia a hechos puntuales ocurridos sobre la educación para la salud
3. Percepciones: En esta categoría se clasificaron frases u oraciones que hacían referencia a la elaboración de juicios en torno a las sensaciones obtenidas del ambiente físico y social en contexto a la educación para la salud.
4. Roles: En esta categoría se clasificaron frases u oraciones que hacían referencia a la función que desempeña el personal de salud en la educación.
5. Oportunidades: En esta categoría se clasificaron frases u oraciones que hacían referencia a las acciones que facilitan el recibimiento, la apropiación o el brindar la educación para la salud.
6. Barreras: En esta categoría se clasificaron frases u oraciones que hacían referencia a los obstáculos o dificultades en el momento de recibir, apropiarse o brindar la educación para la salud

Se realizó un primer análisis, identificando algunas categorías

emergentes expresadas en la tabla 1, posteriormente se realizó un nuevo análisis y se agruparon los fragmentos textuales referenciados por los participantes.

Tabla 1: Categorías emergentes

Categoría	Categorías emergentes
Significados y experiencias	Experiencia en educación para la salud grupal definida como charlas y talleres.
	Experiencia en educación para la salud individual definida como consejos, recomendaciones e instrucciones.
Percepciones	Reconocimiento de la importancia de la EpS
Roles	Rol del personal de salud como comunicador y educador.
	Rol del personal de salud como cuidador del adulto mayor.
Facilitadores	Educación enfocada en ejercicio, adherencia farmacológica y alimentación saludable
	Manejo del tiempo libre
	Enfoque multidisciplinario
	La empatía en el manejo del adulto mayor
Barreras	El abandono del adulto mayor
	Los gustos y las costumbres
	Dificultades económicas
	Desmotivación en el adulto mayor
	Reasignación de tareas al adulto mayor
	Dificultades en el acceso a la salud

Elaboración propia de los Autores.

IV. DISCUSIÓN

1. Experiencias y significados

Los adultos mayores entrevistados entienden como educación aquellas recomendaciones brindadas en consulta médica, seguimientos de sus patologías y los espacios brindados por el centro comunitario. Así mismo el personal de salud refirió dentro de sus actividades con la comunidad, la realización de espacios de educación y promoción, definidos como charlas, talleres y actividades grupales sobre hábitos de vida saludable, para manejo y control de las enfermedades. Se identifican dos formas en las que se concibe y se experimenta la educación para la salud para esta población:

Experiencia en educación para la salud grupal definida como charlas y talleres. Se puede dilucidar que los participantes conciben las charlas y talleres grupales como una forma de educación para la salud, se trata del conjunto de sesiones dirigidas a un grupo de pacientes cuyo objetivo es mejorar sus capacidades para abordar un problema de salud y aumentar conciencia sobre aquellos factores influyentes en salud (14), los adultos mayores refieren “los médicos, los estudiantes, nos informan mucho que coman que no coman, camine, eso es vital para mí, ojalá no cambie” (GF2).

Se identifica como ventaja de la educación grupal, el grupo aporta estímulo y ayuda, pues se considera que mantener un comportamiento saludable no siempre es sencillo (15), menciona una de las personas integrantes del grupo focal número uno “yo trato de venir, nunca falto, los tres días de la

semana, martes, miércoles y viernes, porque no tengo a donde ir a hacer más ejercicio y yo sola no lo hago, porque soy sola entonces me da pereza”(GF1), por lo que se reconoce que en un grupo es posible encontrar ese apoyo y motivación necesarios para fomentar y mantener un práctica saludable.

Se destacan las técnicas de desarrollo de habilidades, que representan un entrenamiento y desarrollo de aptitudes, refieren también “hacemos el taller de alimentación saludable, basado en la dieta mediterránea, entonces los estudiantes preparan una pequeña porción de algo, le muestran para que les sirve cada alimento, cada alimento que se compone la dieta que les aporta, les muestra que se puede comer saludable y en una forma agradable, no cierto? , y no costosa, y a ellos les encanta”(E5), identificando como la educación y promoción de la salud constituyen una estrategia básica para la adquisición y el desarrollo de aptitudes o habilidades que conllevan cambios de comportamientos ligados en salud (16).

Experiencia en educación para la salud individual definida como consejos, recomendaciones e instrucciones. Barona (17) describe que la educación para la salud individual puede realizarse por medio de una intervención puntual durante la consulta, reflejada como un consejo de salud individual o mediante actividades programadas, lo cual corresponde a un medio rentable para ayudar a crear hábitos de vida saludable. Se logró identificar que dicha educación se presenta como experiencia frecuente de los adultos mayores cuando reciben atención en salud y son conscientes de que esto representa un aporte para sus vidas, y deben intentar seguir dichas instrucciones al pie de la letra, refieren “yo tengo que hacerle caso al médico sobre qué es lo que debo comer, que es lo que no debo comer” (GF1) “Si a mí me explican de salud, pues le explican, que debe hacer una dieta, lo de la medicina, cuantos miligramos “(GF2).

Entre las intervenciones individuales que reconocen con mayor frecuencia son el consejo individual, en el que se trata de una intervención breve con intención de formar y motivar algún cambio (17), menciona un participante “ella si me informaba mucho sobre la dieta, sobre la comida, me pesaba, me daba consejos y todo” (GF1), según la OMS (15) los consejos impulsan a las personas a pensar en sus problemas, conseguir un mayor conocimiento de las causas, y con esto es de esperar que las personas se puedan comprometer a tomar medidas de aquellos problemas identificados.

2. Percepciones

Además de definir y mencionar sus experiencias, los participantes le conceden una percepción de importancia a las actividades de EpS, resaltando la necesidad y el impacto en su estado de salud.

Reconocimiento de la importancia de la EpS. Tal y como lo describe Fierro y Alfaro (14) la educación para la salud es una estrategia de utilidad en la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades, al informar, motivar y ayudar a la población a la adecuación de comportamientos y estilos de vida saludable, refieren los entrevistados: “Bueno yo creo que, si uno quiere estar bien de la salud, debe llevar la orden que

el médico le diga, porque si el médico le dice a uno, no tome sopa,

y uno va y toma sopa todos los días, el médico le dice no tome dulce, y uno va y toma dulces, gaseosas” (GF1) “Ya que en la tercera edad empiezan a aparecer todo tipo de enfermedades y pues, es importante la prevención para estas personas, importante que tengan un poco de conocimiento también” (E3).

Hernández et al (18 p.491), cita a la OMS al referirse a la EpS, como esa disciplina encargada de orientar y organizar procesos educativos con el fin de influir positivamente en torno a los conocimientos, prácticas, costumbres en relación con la salud de los individuos y comunidades, por lo tanto, la educación para la salud se posiciona como una parte esencial en el manejo del paciente adulto mayor.

3. Roles

Según Barona (17) en la EpS se destaca que el profesional de la salud tiene un papel de facilitación, ayuda y de apoyo, a lo largo de las entrevistas se logró identificar en este contexto la visión del rol hacia el personal de salud como comunicador, educador y cuidador.

Rol del personal de salud como comunicador y educador

“Pues a mí me parece que el rol más importante es la comunicación y la educación, es uno de los roles más importantes, porque nosotros podemos tener mucho conocimiento, pero si yo no me se dar a esas personas, si yo no sé comunicar con ellos y entregarles lo que se, eso es lo grave” (E5).

Se ha reconocido a lo largo de la historia, que entre las funciones del médico figura la de informar y orientar sobre materias sanitarias, en una diversidad de circunstancias, en el consultorio, en el hospital, en el centro de salud, en un plan de atención médica (19), convirtiéndose en un agente de cambio y desarrollo social, cuyo objetivo es lograr una mejora continua del nivel de salud del individuo y su ambiente (8).

Así mismo se destaca el papel de enfermería y su intervención educativa dirigida a la promoción, prevención, protección, recuperación y rehabilitación del paciente (20), sin embargo, es de anotar, que esta tarea no solo es del médico o de la enfermera, según lo describe la OMS (15) “Todos los que participan en actividades sanitarias y de desarrollo comunitario tienen pues el deber de ocuparse de la educación” (p.25).

Por su parte Barona (17) destaca también entre las habilidades del educador para la salud, se encuentra la comunicación, identificando como elementos más importantes, la transmisión de mensajes, la escucha, la recepción del mensaje y la respuesta, así mismo se menciona la necesidad de la escucha activa, comprensión empática, asertividad, autocontrol emocional, manejo de conflictos y negociación.

Rol del personal de salud como cuidador del adulto mayor.

Según la Real academia de la lengua (21) el término cuidar se define como “asistir, guardar, conservar”, cuidar es una actividad propia y fundamental de la humanidad para la conservación de la vida, todo el personal de salud ejerce

acciones de cuidado, generalmente dirigidas a la promoción, mantenimiento y restauración de la salud, para cumplir este papel al que se está llamado a todo el personal de salud, es importante para lograr una efectiva interacción la paciencia, tolerancia, buen humor, respeto compasión y empatía (22), lo refieren “Entonces siempre se está ahí, ahí de la mano con el paciente, la idea no es solamente la consulta si no apropiarse de estos pacientes” (E2).

4. Facilitadores

Durante las entrevistas de los participantes, se identificaron algunas acciones que facilitan el recibimiento, la apropiación y el brindar la educación para la salud, así como la adopción de conductas saludables, a través de diferentes enfoques que se presentan como medios de desarrollo de la EpS, los cuales son conocidos y apropiados por el personal de salud y los pacientes.

Educación enfocada en ejercicio, adherencia farmacológica y alimentación saludable.

La mayoría de las enfermedades no transmisibles pueden prevenirse, retrasar su aparición y evitar sus complicaciones con la reducción de factores de riesgo, como el consumo de tabaco y alcohol, la inactividad física y comer alimentos poco saludables (1, 22), afirmando así mismo como parte del manejo de la enfermedad crónica la aplicación eficaz de programas educativos enfocados a conseguir la adherencia a estilos de vida saludables (23). Así como lo menciona uno de los entrevistados “Un estilo de vida saludable en la alimentación, en que puedan tener sus medicamentos, que estén haciendo la actividad física, que no estén así en una vida sedentaria” (E6).

Se reconoce que la dieta tiene una importancia crucial como factor de riesgo de enfermedades crónicas, es de tener en cuenta que siempre el proceso de recomendación de la dieta debe evaluar las características propias de los pacientes. Este enfoque en alimentación fue uno de los más frecuentes descritos por los adultos mayores: “El médico me ha dicho que debo cuidarme la tensión, comer bajito de sal, no comer las harinas,” (GF1) “Me enseñan a no comer harinas, no comer chocolate, si no comer toda verdurita, no ir a comer cosas saladas, yo no puedo comer salado, me toca comer enteramente sin sal, porque yo sufro mucho de la tensión” (GF2).

Por otra parte, es importante mencionar que la actividad física en el adulto mayor Muñoz et al. (24) afirma que la actividad física es una estrategia de fácil implementación, costo efectiva y no invasiva, que otorga múltiples beneficios para la salud general y la calidad de vida, como mencionó en un comunicado de prensa en mayo 6 de 2014, el director del CDC, Dr. Tom Frieden, afirmó que: “La actividad física es lo más parecido que tenemos a una medicina milagrosa (25 prr.4), lo anteriormente mencionado es reconocido por el personal de salud y los adultos mayores pertenecientes a la población entrevistada:

“Si pues ahorita estamos de hecho pues lo que maneja la jefe con los ejercicios, pues la actividad física, ellos les gusta mucho” (E1) “Él me dice señora usted está haciendo ejercicio, usted tiene que salir a caminar media hora, y tiene que hacer ejercicios que es lo más indispensable para la salud de uno” (GF2).

Otra parte importante reconocida como parte del enfoque de la EpS es la adherencia farmacológica, se menciona *“Yo trataría de mejorar los medicamentos, yo siempre me los tomo a la hora cuando puedo”* (GF1), la falta de adherencia al tratamiento farmacológico o incumplimiento terapéutico es un problema prevalente en el tratamiento de las enfermedades crónicas, la falta de cumplimiento del régimen terapéutico, conlleva múltiples consecuencias tanto económica como clínicas, secundarias del aumento de la tasa de la mortalidad y morbilidad, una de las causas relacionadas directamente con el profesional sanitario es la falta de tiempo en la comunicación médico-paciente, que causa un abandono en el régimen terapéutico (26), de ahí radica la importancia de educar en este ámbito tan esencial como lo es la terapia farmacológica *“soy juiciosa, yo no tomaba el medicamento para nada, para nada y ahora si me toca, tuve una cita el viernes y me pregunto si me estaba tomando el medicamento juiciosa”* (GF1).

Manejo del tiempo libre. Según García y Berman (25) el ocio contribuye a la parte personal, social y económica, así como a la configuración de determinados hábitos de vida, ofrece oportunidades para salir de la rutina y potenciar habilidades, del mismo modo, el empleo del tiempo puede ser considerado un indicador de la calidad de vida al fomentar espacios que faciliten el disfrute del tiempo y de la vida, así como lo menciona un profesional de salud *“Darle dispersión, si se pueden hacer manualidades como para salir de ese enfoque, porque hay enfermedades que no tienen solución, si no lo que tratan de mantener a la persona con vida el mayor tiempo que se pueda, pero por lo menos no enfocarlos tanto en eso si no que piensen en otras cosas y se puedan recrear”* (E4).

De igual forma es necesario la implementación de alternativas saludables con respecto a la ocupación del tiempo libre en los adultos mayores, es vital generar actividades recreativas que sean de interés para la población en esta etapa de la vida, pues por las limitaciones que se pueden presentar traen consigo falta de motivación para hacer un buen uso del tiempo libre (28), refieren *“cuando se evidencia digamos una persona que tiene sedentarismo, entonces en la consulta, el médico lo que hace siempre es ofrecerle el programa con la Jefe esperanza, donde los abuelos pueden ir a hacer ciertos tipos de ejercicios”* (E2).

Enfoque multidisciplinario. Según Díaz et al. (29) *“las intervenciones educativas en la vejez son numerosas y han experimentado un éxito discordante en el logro de metas de prevención y control de ECNT”* (p.26). La educación para la salud se describe como una herramienta eficiente en promoción de la salud del adulto mayor, su objetivo principal es involucrar a estos pacientes de forma activa, permitiendo la interacción en el equipo multidisciplinario, en los que profesionales de distintas disciplinas como nutriología, geriatría, gerontología, psicología enseñen y refuercen los conocimientos transmitidos dirigiendo con empatía para lograr este cambio de ruta (29). El enfoque interdisciplinario o multidisciplinario, donde existe seguimiento por diferentes profesionales puede generar beneficios en la disminución de la mortalidad, mejora de la funcionalidad, disminución de la posibilidad de ingresos y mejor satisfacción de los cuidadores (30), este enfoque del manejo la educación en interdisciplinariedad se evidencia en

los relatos de los participantes: *“Donde me pasan a una nutricionista que me dice que es lo que debo comer.”* (GF1). *“Se la apoya aquí con parte de psicología, el psicólogo también hace parte importante de nosotros (E1). “lo mismo la enfermera jefa, ella también me dice que debo hacer, como debe ser mi alimentación, si ellos me han dado instrucciones sobre la salud”* (GF1).

La participación de los diferentes profesionales médicos, de enfermería, terapeutas y trabajadores sociales en el abordaje del adulto mayor, fomenta el trabajo en equipo y permite una atención integral, acceso a mayor número de servicios, mayor eficiencia por mayor interacción, mejor comunicación entre profesionales y cuidadores, y adicionalmente mayor número de oportunidades para adquirir conocimientos y habilidades (31).

La empatía en el manejo del adulto mayor. *“Una comunicación de calidad entre el personal sanitario y el paciente es imprescindible para conseguir unos buenos resultados”* (32), así lo refiere un miembro del personal de salud, *“Yo creo que en esa parte es importante el acompañamiento, la empatía”* (E4), según la RAE la empatía es la capacidad de identificarse con alguien y compartir sus sentimientos. La empatía se puede generar a través de la escucha reflexiva y es importante, pues cuando un paciente no se siente comprendido o apoyado por el personal de salud, no se acostumbra a seguir sus consejos ni hábitos de vida saludables (33), menciona uno de los entrevistados *“Yo pienso que el pilar fundamental es el personal de salud, que sea un personal idóneo, capacitado, que tenga respeto por el adulto mayor, que realmente lo respete, porque, porque el adulto mayor debe ser escuchado, debe ser estimado”* (E5), el interés por parte del médico en generar empatía constituye un componente importante que refuerza la relación, y además aporta apoyo valioso al momento de cumplir las indicaciones terapéuticas (34).

5. Barreras

Así como se identificaron facilitadores a través de los relatos de los participantes, también se describieron algunas barreras relacionadas con el recibimiento, apropiación y el brindar educación para la salud, así como algunas que interfieren en el momento de adoptar estilos de vida saludables.

El abandono del adulto mayor. *“El aislamiento y la soledad en el anciano sigue siendo cada vez más patente en una sociedad inmersa en una creciente competitividad y deshumanización”* (35). El abandono por parte de la familia se percibe por parte del personal médico como una barrera para la adopción de hábitos de vida saludable y el seguimiento de las recomendaciones en educación *“que tengan un apoyo también de la familia, pues porque a veces uno se da cuenta que aquí llegan abuelitos que la familia como que no está pendiente de ellos, los deja andar solos o no les tienen como cierto cuidado con ellos, entonces el acompañamiento de la familia creo que es primordial, y lo que te digo aquí casi no se ve eso”* (E1). Macías et al. (36) en su investigación sobre barreras percibidas y nivel de actividad física, en el adulto mayor

encontró un nivel bajo de actividad física en aquellas personas que no contaban con apoyo familiar frente a aquellas que tenían acompañamiento familiar, referido por un adulto mayor *“porque no tengo a donde ir a hacer más ejercicio y yo sola no lo hago, porque soy sola entonces me da pereza”* (GF1).

Gustos y costumbres. Uno de los determinantes sociales de salud y enfermedad descrito por Lalonde en 1974, son los estilos de vida saludable, en la que los comportamientos y hábitos de vida pueden condicionar negativamente la salud, estos comportamientos se forman por decisión propia e influencias de nuestro grupo social (37), refiere un adulto mayor *“Mejorar el comportamiento, porque entre más se comporte uno mejor eso lo ayuda a uno para la salud. Puede ser difícil según las costumbres que haya”* (GF2). Saavedra et al. (38), realizaron un estudio cuyo objetivo fue identificar las barreras y facilitadores que influyen en la adopción de estilos de vida saludables en personas con enfermedad cardiovascular, teniendo como resultado, al igual que la presente investigación, como barrera el desagrado hacia algunos alimentos saludables, tentación de comer, apetito y gusto por alimentos no saludables, refiere un adulto mayor *“Lo más difícil que uno puede tener, por ejemplo, prohibirse de comerse un tamal que es una cosa tan deliciosa, tan deliciosa tan deliciosa, un tamal, con un chocolate, con un jugo de naranja, para mí es lo más delicioso”* (GF1). Palomares (39), en su tesis *Pacientes diabéticos: barreras para mantener una alimentación saludable y actividad física diaria*, identificaron también como barreras: la costumbre de comer grandes cantidades, el gusto de comer dulces, harinas y grasas, los antojos, en contexto de lo anterior los entrevistados mencionan *“Es difícil empezar una dieta, hacer un cambio de alimentación, eso es un poquito difícil”* (GF1). *“Dejar algunas cosas que uno le gustan “Dejar de comer harinas” “Dejar el tintico, la leche”* (GF2). Se percibe entonces cierta dificultad para poder disminuir la ingesta de alimentos poco saludables, a pesar de que se tiene la conciencia que no son recomendados para la salud, se siguen consumiendo, la conducta alimentaria en esta edad puede ser difícil de modificar, uno de los factores que influyen es la tradición y aquellas prácticas transmitidas de generación en generación que marcan pautas comportamentales (40), así lo refieren también *“las cosas que yo he venido acostumbrando para mí están bien, pero luego me doy cuenta que están mal, y tratar de quitar esa costumbre o esa forma de pensar es muy difícil, entonces se trata de que desaprenda el adulto mayor”*(E7).

Dificultades económicas. Saavedra et al. (41) en su estudio identificó como una barrera para la adopción de estilos de vida saludable, la insuficiencia o falta de medio financiero, lo que dificulta por ejemplo la consecución de algunos alimentos por sus altos costos, así lo menciona uno de los adultos mayores *“Para mí lo más difícil es que me dicen que coma pollo, coma pescado, coma mucha verdura, pero desafortunadamente mi situación económica no me da para eso, entonces no puedo porque no, mi situación económica no me ayuda”* (GF1), por lo que a pesar de que se tiene el conocimiento, no es posible llevar a la práctica por los bajos recursos, al limitar la variedad de la dieta (40), mencionan *“le mandan a comer una fruta, pero las frutas están demasiado carísimas, yo comía mucha*

mandarina, pero ahora no me puedo comer una porque están demasiado caras” (GF2.). Pinzón (42 p.68) quien cita a Cockerham 2012 menciona que los grupos socioeconómicos medios y altos, tienen mejores recursos para apoyar sus decisiones en cuanto al estilo de vida, por lo que se identifica como una barrera en el caso de la población con dificultades económicas, así lo describen *“Y otro es como la parte económica también, entonces eso afecta mucho porque muchas veces pueden que les mande alguna dieta”* (E2).

Sin embargo, se plantea que la educación proporcionada, se acople a las necesidades y posibilidades del paciente, *“se tienen en cuenta la red de apoyo, los recursos, se le trata de hacer la dieta de acuerdo a las capacidades que ellos tengan para poder comprar”* (E6), según la OMS (15) hay muchas razones por las que la gente actúa como lo hace, entre estas se encuentra los recursos como el dinero, teniendo en cuenta dichos aspectos, se pueden sugerir cambios apropiados y soluciones a determinado comportamiento. El conocer como el contexto influye en los individuos para alcanzar modificaciones en el estilo de vida, permite plantear a futuro intervenciones que respondan a esas necesidades de la población, logrando el mejoramiento del comportamiento (41), aspecto que comparten los entrevistados *“hay que buscar la manera a que estas dietas se acoplen a la situación económica del paciente”* (E2).

Desmotivación en el adulto mayor. Cuando se habla de motivación, se hace referencia al conjunto de estados y procesos internos de la persona, que lo despiertan, dirigen y sostienen a la realización de una actividad determinada Montico 2004 citado por Alvarado (43), la falta de motivación constituye una de las causas más importantes de fracaso en las terapias, llevando a disfunciones en el sistema de salud y a su vez el aumento de la morbilidad y mortalidad (44).

Según Rodríguez (45) es importante reconocer algunas manifestaciones de dependencia que pueden estar presentes en el adulto mayor, debidas a situaciones de pérdida, conflictos de autoestima, sentimientos de culpa y falta de motivación, manifestado por uno de los entrevistados *“a veces no lo quieren hacer, a veces dicen no, pero es que para que, si algún día me voy a morir”* (E4), lo que corresponde a una barrera en el momento de emprender comportamientos saludables al no encontrarle sentido a estos procesos que hacen parte del autocuidado en salud.

Se reconoce la importancia de la motivación en el aprendizaje, pues tiene una estrecha relación con los procesos de aprendizaje, cómo se perciben y se alcanzan los objetivos, siendo así que el aspecto motivacional y el cognitivo se desarrollan y relacionan de manera cercana (43). *“Los mayores se sienten dispuestos a aprender cuando perciben que les será de utilidad práctica y a corto plazo, y finalmente, el elemento determinante en el aprendizaje siempre será la motivación”* (22 p.84), refieren, *“yo no puedo comer salado, me toca comer enteramente sin sal, porque yo sufro mucho de la tensión, y diario con mi medicina, diario, yo no puedo dejar una pasta sin tomarme. Así mi salud normal, únicamente que mi rodilla me duele”* (GF2).

Reasignación de tareas al adulto mayor. Un común denominador que se identificó como parte de aquellas barreras presentadas en el adulto mayor frente a la educación y la adopción de estilos de vida saludable, fue la reasignación de tareas al adulto mayor, representada según el personal de salud entrevistado, como la carga de tareas y responsabilidades asignadas por la familia a este grupo etario, *“tienen responsabilidades que no son cargo de ellos porque ellos ya vivieron su vida” (E3).*

“Ahoritica el adulto mayor siempre va a tener la carga de los nietos, entonces siempre va a manejar como un nivel de estrés grande, pues esto le afecta en sus enfermedades que tenga” (E2), según Triadó et al. (46) quien cita a Chase y Silverstein (2006) *“Mucho se ha escrito sobre este grado de implicación de los abuelos sustitutos, explorando el estrés y el efecto, normalmente negativo, que ejercer el papel de padres para estos abuelos tiene” (p.498),* Rodríguez y Peralta (47) destacan también disminución de espacio y tiempo personal, cansancio físico, psicológico y en algunos casos menor salud.

La dificultad se presenta cuando se sobrecarga al adulto mayor, lo que le impide y dificulta la realización de algunas actividades placenteras y beneficiosas para su salud, así como incrementa el estrés y cansancio y repercute directamente en su calidad de vida, manifiestan *“porque al adulto le están relegando el cuidado de los nietos, de los niños siempre le delegan esa actividad. Me parece importante porque debe seguir siendo útil, pero no es algo que le correspondan” (E5).*

Dificultades en el acceso a la salud. El termino acceso es definido como la facilidad de utilizar un servicio en el momento que se necesite, la poca disponibilidad de recursos hace del tiempo de espera entre la solicitud de una consulta especializada y la fecha de consulta, un determinante en el acceso a los servicios de salud Pabón 1985 citado por Peña (48), los entrevistados mencionan *“Por lo menos señorita, cuando uno pide una cita, se la dan cada 3 o 5 meses, yo llevo más de 6 meses” (GF1).*

La dificultad en el acceso y/o el tiempo entre las citas médicas fue presentado como una barrera al momento de recibir educación en salud, así como adoptar comportamientos saludables por parte de uno de los grupos focales de adultos mayores entrevistados *“Después me mando unos exámenes y ahoritica estoy pendiente de ellos desde hace 3 meses”* Si bien no es el objetivo de la presente investigación, se destaca como barrera las dificultades de acceso a la salud, según Álvarez et al. (49) a pesar de que el aseguramiento adoptado por la Ley 100 de 1993 y la Ley 1751 de 2015, reconocen que el afiliado tiene derecho a ser atendido cuando lo requiere, se presentan diversas barreras de tipo geográfico, normativo, cultural y de oferta para poder acceder a los servicios de salud, lo cual es un problema latente en nuestra población, y el grupo de adultos mayores entrevistados no es ajeno a esta realidad, *“espere y espera y aaaa, y otra vez, nunca dan una cita, quien sabe pa ir y pedir allá una cita, menos, porque dicen que no hay agenda” (GF1),* presentándose como una barrera que influye en el cuidado de su salud.

V. CONCLUSIONES

El propósito de esta investigación fue identificar los significados y percepciones del adulto mayor y del personal de salud vinculados al Centro comunitario Corpas Lisboa, en contexto de la educación para la salud en la enfermedad crónica, resaltando como la educación para la salud se posiciona como parte fundamental para el manejo de estas enfermedades, al contribuir no solo en el retraso de su aparición, si no en su manejo y prevención de complicaciones propias de la enfermedad. Respaldo por entidades internacionales en salud como la Organización mundial de la salud y la Organización Panamericana de salud (1, 22), se reconoce la adopción a estilos de vida saludable como parte del control de estas enfermedades, que se presentan como un problema de salud pública, dado el aumento en su incidencia, prevalencia, los altos costos en salud y la morbi-mortalidad creciente cada vez más.

Según los resultados encontrados se puede concluir que las charlas, talleres, consejos e instrucciones son los significados otorgados hacia la educación para la salud para el grupo entrevistado, describiendo como experiencias las diferentes actividades desde el centro comunitario realizadas a nivel grupal, entre las que se destaca las reuniones para realizar actividad física, los talleres donde se realiza toma de peso y talla, así como las charlas sobre alimentación realizadas por la jefe de enfermeras, los médicos y los estudiantes.

Se identifican también las experiencias individuales durante la consulta reflejadas en las explicaciones, instrucciones escritas y consejos verbales que son otorgados por el profesional de salud. Así mismo es posible identificar la importancia percibida de la educación para la salud en el contexto de las enfermedades crónicas, resultando como una parte esencial del manejo y autocuidado de la población adulto mayor, lo anterior es reconocido tanto por el personal de salud al tener la conciencia de la necesidad de continuar implementando actividades comunitarias que refuercen la educación en hábitos saludables, también reconocido por los adultos mayores quienes conocen lo esencial de recibir estas recomendaciones por parte del profesional de salud y hacen un llamado a que esto pueda continuar, pues reconocen lo valioso de dicha educación y los efectos positivos que representan para su cotidianidad.

Con el desarrollo de las entrevistas se pudo concluir que el personal de salud se identifica y es identificado en su rol “innato” de comunicador y educador, reconociendo la función dentro de la comunidad, los individuos y sus familias, y como esta repercute en el plan terapéutico y hace parte de uno de los pilares del tratamiento. Así mismo se destacó el rol del personal de salud como cuidador del paciente a través de cada actividad realizada dirigida tanto a la promoción, mantenimiento y restauración de la salud, destacando el respeto, la compasión y la empatía, por lo que se logra dilucidar un sentimiento de

gratitud expresada por los adultos mayores hacia algunos profesionales.

Dado la importancia que la población le otorga a este tipo de actividades de educación y promoción en salud, se logró determinar algunos facilitadores y algunas barreras que se presentan tanto a la hora de hablar de educación para la salud como en el momento de poner en práctica aquellos conocimientos proporcionados. Se identifica como facilitadores la educación enfocada en alimentación saludable, adherencia farmacológica y realización de actividad física, así mismo el manejo del tiempo libre, el enfoque multidisciplinario y la empatía.

Por otra parte, se determinaron también algunas barreras descritas tanto por el personal de salud como por el adulto mayor, que repercuten en el momento de recibir y/o adoptar aquellos conocimientos sobre comportamientos saludables, se determinaron como barrera el abandono del adulto mayor, la desmotivación, los gustos y costumbres, las dificultades económicas, la reasignación de actividades, y las dificultades en el acceso a la salud.

En el desarrollo de esta investigación se pudo identificar las diferentes perspectivas, significados y experiencias que tienen los dos actores protagonistas de la educación para la salud, el paciente representado por el adulto mayor y el personal de salud en sus roles de educador, comunicador y cuidador, teniendo como relevancia que la identificación de aquellos facilitadores y barreras de la población, pueden llevar a plantear diversas estrategias que logren potenciar aquellos facilitadores y a su vez mitigar aquellas barreras y obstáculos que se puedan presentar, todo lo anterior en pro del mejoramiento de las actividades de educación para la salud enfocadas en hábitos saludables y como representan una solución efectiva para las enfermedades, en específico para las enfermedades crónicas no transmisibles que siguen creciendo e impactando la calidad de vida cada vez más.

Abreviaturas.

ECNT: Enfermedades crónicas no transmisibles.

EpS: Educación para la Salud.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

OPS: Organización Panamericana de Salud.

Conflicto de Interés: Los investigadores declaran no tener ningún conflicto de interés en la realización del estudio.

Agradecimientos: Agradecimientos al centro comunitario Corpas Lisboa en cabeza de la jefe Yudys Arias por abrirnos las puertas del centro y permitir el trabajo con la población, así mismo a la jefe Esperanza Martínez por ser facilitadora en el trabajo con el adulto mayor del grupo Entre Muros Corpas. Agradecimientos al Doctor Enrique Alvarado por ser el mentor y guía en esta investigación.

REFERENCIAS

1. Organización mundial de la salud. Enfermedades no transmisibles [Internet]. Who.int. World Health Organization: WHO. 2018. [citado 20 de agosto de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/noncommunicable-diseases>
2. Serra Valdés M, Serra Ruíz M, Viera García M. Las enfermedades crónicas no transmisibles: magnitud actual y tendencias futuras. Revista Finlay [Internet]. 2018 [citado 20 de agosto de 2022]; 8(2):140–8. Disponible en: https://redib.org/Record/oai_articulo1542635-las-enfermedades-cr%C3%B3nicas-transmisibles-magnitud-actual-y-tendencias-futuras
3. Gallardo Solarte K. K, Benavides Acosta F.P. FP, Rosales-Jiménez R. R. Costos de la enfermedad crónica no transmisible: la realidad colombiana. Ciencias de la Salud [Internet]. 2016 Feb 29 [citado 20 de agosto de 2022]; 14(1):103–14. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/recis/v14n1/v14n1a10.pdf>
4. Finkel Morgenstern L, Arroyo Menendez, M, Gálvez Sierra Estudio sobre el impacto emocional de la enfermedad crónica informe de resultados [Internet]. Plataforma de organizaciones de pacientes. 2021 [citado 20 de agosto de 2022]. Disponible: https://www.plataformadepacientes.org/sites/default/files/op_informe_impactoemocional_v04.pdf
5. Organización mundial de la salud. Informe mundial sobre la diabetes [Internet]. Who.int. World Health Organization: WHO. 2016. [citado 20 de agosto de 2022]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254649/9789243565255-spa.pdf>
6. Ruiz RB. La complejidad de la educación al paciente crónico en la Atención Primaria. Revista Finlay [Internet]. 2012 Sep 22 [citado 25 de agosto de 2022];2(3):187–201. Disponible en: <http://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/130>
7. Ministerio de Salud y Protección Social. Política de atención integral en salud " Un sistema de salud al servicio de la gente " [Internet]. 2016. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf>
8. Carrada BT. El papel del médico como promotor de la salud. Rev Fac Med UNAM. [Internet]. 2002 [citado 25 de agosto de 2022];45(4):170-175. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2002/un024e.pdf>
9. Escobar Potes M, Aguirre Molina L, Díaz Grajales V, León Tabares L, Moreno Echeverry P, Sotod Hinestroza S. Educación para la salud en una empresa social del estado del primer nivel de atención: Manizales, 2008. Hacia promoci. Salud [Internet]. 2009 [cuidado el 28 de Agosto del 2022]; 14(1): 54-67. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-75772009000100005&lng=en
10. Navarrete S. Educación al paciente y su familia. Rev colomb cardiol [Internet]. 2016 [citado el 28 de agosto de 2022];23:34–7. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-cardiologia-203-articulo-capitulo-8-educacion-al-paciente-S0120563316000140>
11. Riquelme Pérez M. Metodología de educación para la salud. Pediatr aten primaria [Internet]. 2012 [citado el 28 de agosto de 2022];14:77–82. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322012000200011

12. Pineda C. La voz del estudiante. El éxito de programas de retención universitaria. Universidad de la sabana; 2010. 67 p.
13. Eddles Hirsch K. Phenomenology and educational research. *International Journal of Advanced Research* [Internet]. 2015 [citado el 30 de agosto de 2022];3(8). Disponible en: https://researchonline.nd.edu.au/edu_article/171/
14. Fierro Urturi A, Alfaro González M. Educación para la salud grupal. *Formación Activa Pediatría Atención Primaria* [Internet]. 2013 [citado el 30 de agosto de 2022];6M 75-86. Disponible en: https://archivos.fapap.es/files/639-892-RUTA/FAPAP1_2013_11.pdf
15. Organización mundial de la salud. Educación para la salud : manual sobre educación sanitaria en atención primaria de salud [Internet]. apps.who.int. 1989. [citado el 30 de agosto de 2022]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/38660>
16. Giraldo Osorio A, Toro Rosero M, Macías Ladino A, Valencia Garcés C, Palacio Rodríguez S. La Promoción de la salud como estrategia para el fomento de estilos de vida saludables. *Revista Hacia la Promoción de la Salud* [Internet]. 2010 [citado el 30 de agosto de 2022];15(1):128-143. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309126693010>
17. Barona Zamora P. Educación para la salud individual: Consejo de Salud. *Formación Activa Pediatría Atención Primaria* [Internet]. 2013 [citado el 1 de septiembre de 2022];6: 206-15. Disponible en: https://archivos.fapap.es/files/639-983-RUTA/06_FAPAP3_2013.pdf
18. Hernández Sarmiento JM, Martínez Sánchez LM, Jaramillo Jaramillo LI, Villegas Alzate JD, Álvarez Hernández LF, Roldan Tabares MD, et al. La educación en salud como una importante estrategia de promoción y prevención: Educación en salud. *Arch Med (Manizales)* [Internet]. 2020 [citado el 1 de septiembre de 2022];20(2):490-504. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.30554/archmed.20.2.3487.2020>
19. Rosen G. El medico como educador sanitario. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP)*;47(1),jul 1959 [Internet]. [citado el 1 de septiembre de 2022]; Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/12211>
20. Soto P, Masalan P, Barrios S. La educación en salud, un elemento central del cuidado de enfermería. *Rev médica Clín Las Condes* [Internet]. 2018 [citado el 1 de septiembre de 2022];29(3):288-300. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rmcl.2018.05.001>
21. Real Academia de la Lengua. Cuidar. [Internet].2021 [citado el 1 de septiembre de 2022] Disponible en: <https://dle.rae.es/cuidar>
22. Organización panamericana de la salud. La salud de los adultos mayores: una visión compartida. [Internet]. 2011 Disponible en : https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51598/9789275332504_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
23. Medel Romero BC, González Juárez L. Estilos de vida: Experiencias con la adherencia al tratamiento no farmacológico en diabetes mellitus. *Index enferm* [Internet]. 2006 [citado el 1 de septiembre de 2022];15(52-53). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/s1132-12962006000100004>
24. Muñoz Rodríguez D, Arango Alzate C, Segura Cardona Á. Entornos y actividad física en enfermedades crónicas: Más allá de factores asociados. *Univ salud* [Internet]. 2018 [citado el 1 de septiembre de 2022];20(2):183. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.22267/rus.182002.122>
25. Inactivity related to chronic disease in adults with disabilities [Internet]. CDC. 2019 [citado el 2 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/media/releases/2014/p0506-disability-activity.html>
26. Dilla T, Valladares A, Lizán L, Sacristán JA. Adherencia y persistencia terapéutica: causas, consecuencias y estrategias de mejora. *Aten Primaria* [Internet]. 2009 [citado el 2 de septiembre de 2022];41(6):342-8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2008.09.031>
27. García Montero I, Bedmar Moreno M. Ocio, tiempo libre y voluntariado en personas mayores. *Polis* [Internet]. 2010 [citado el 2 de septiembre de 2022];9(26). Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=30515373004>
28. Ruiz Alban, M, Cabezas Mejía M, Tigse Ugsha S y Muñoz Atiaga D. El tiempo libre y el ocio en el mejoramiento de la calidad de vida del adulto mayor. *Dom Cien* [Internet].2021 [citado el 2 de septiembre de 2022];7(4):1053-1070. Disponible en: <http://dominiodelasciencias.com/ojs/index.php/es/index>
29. Díaz Ramos J, Gaxiola Jurado N, Fraga Ávila C, Zúñiga Barba AC, Leal Mora D. Educación para la salud: envejecimiento exitoso a través del aprendizaje [Internet]. 2016 [citado el 2 de septiembre de 2022]; 38, 25-32. Disponible en: https://www.cucs.udg.mx/revistas/edu_desarrollo/antiores/38/38_Diaz.pdf
30. Castañedo Granda F, González Moro M. Publicación Periódica de Gerontología y Geriatria [Internet] 2015 [citado el 3 de septiembre de 2022];10 (2): 1-9. Disponible en <https://www.medigraphic.com/pdfs/geroinfo/ger-2015/ger152d.pdf>
31. Gutierrez C, Jimenez C, Corregidor A. El equipo interdisciplinar. *Tratado de Geriatria para residentes*. [Internet] 2006 [citado el 3 de septiembre de 2022]. Disponible en <https://www.segg.es/tratadogeriatria/main.html>
32. Serra Rexach J. A. Comunicación entre el paciente anciano y el médico. *An. Med. Interna (Madrid)* [Internet]. 2003 Feb [citado el 3 de septiembre de 2022]; 20(2): 7-8. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-71992003000200001&lng=es.
33. Moreno Basilio E, Monereo Megias S, Álvarez Hernández J. *Obesidad : la epidemia del siglo XXI*. Madrid Díaz De Santos; 2000.
34. Ruiz Lurdury R, Torres Torres L, Velandia Novoa K. Relación médico-paciente y adherencia al tratamiento. *Ciencia y Humanismo en salud*. [Internet] 2017 [citado el 3 de septiembre de 2022]; 4(1),29-37. Disponible en: <http://revista.medicina.uady.mx/revista/index.php/cienciayhumanismo/article/view/68>
35. Hernández Orozco, M. Félix Ruiz C. El abandono del adulto mayor como manifestación de violencia intrafamiliar. *Archivos en Medicina Familiar* [Internet]. 2009 [citado el 3 de septiembre de 2022];11(4):147-9. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=5071907100>
36. Macías Ladino, Adriana María, Toro Rosero, María Yadira, Palacio Rodríguez, Sebastián, Giraldo Osorio, Alexandra, Valencia Garcés, Carlos Andrés, *La Promoción De La Salud Como Estrategia Para El Fomento De Estilos De Vida Saludables*. *Revista Hacia la Promoción de la Salud* [Internet]. 2010 [citado el 3 de septiembre de 2022];15(1):128-143. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309126693010>

37. De La Guardia Gutiérrez MA, Ruvalcaba Ledezma JC. La salud y sus determinantes, promoción de la salud y educación sanitaria. *J negat no posit results* [Internet]. 2020 [citado el 4 de septiembre de 2022];5(1):81–90. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2529-850X2020000100081
38. Saavedra Espinosa JN, Rodríguez Malagón MY, Londoño Granados SP, Alméziga Clavijo OS, Garzón Herrera MC, Díaz-Heredia LP. Barriers and facilitators that influence on adopting healthy lifestyles in people with cardiovascular disease. *Invest Educ Enferm* [Internet]. 2021 [citado el 4 de septiembre de 2022];39(3):4. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8472898>
39. Palomares M. Pacientes diabéticos: Barreras para mantener una alimentación saludable y actividad física diaria. (Tesis pregrado). Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2014.
40. Restrepo M SL, Morales G RM, Ramirez G MC, López L MV, Varela L LE. Los hábitos alimentarios en El adulto mayor y Su relación con Los procesos protectores y deteriorantes en Salud. *Rev Chil Nutr* [Internet]. 2006 [citado el 4 de septiembre de 2022];33(3). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/s0717-75182006000500006>
41. Saavedra Espinosa J, Londoño Granados S, Garzón Herrera M, Alméziga Clavijo O, Díaz-Heredia L, Rodríguez Malagón M. Barriers and Facilitators that Influence on Adopting Healthy Lifestyles in People with Cardiovascular Disease. *Investigación y Educación en Enfermería* [Internet]. 2021 [citado el 4 de septiembre de 2022];39(3):e04. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=105269384004>
42. Pinzón Gómez D. Barreras para el comportamiento saludable desde la perspectiva de los determinantes sociales de la salud-enfermedad. *Rev cient cienc salud* [Internet]. 2018 [citado el 4 de septiembre de 2022];7(1). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.17162/rccs.v7i1.992>
43. Alvarado-Dávila, E. Interacción académica docente-estudiante y su incidencia en la permanencia de estudiantes de ciencias de la salud en Bogotá. Bogotá: Ediciones Fedicor; 2019.
44. Alves Apostolado, J, Castro Viveiros, C, Ribeiro Nunes, H, Faustino Domingues, H. La incertidumbre em la enfermedad y la motivación para el tratamiento en diabéticos tipo 2. *Revista Latinoamericana Enfermagem*, [Internet]. 2007 [citado el 4 de septiembre de 2022]; 15(4),1-10. Disponible en <https://www.scielo.br/j/rlae/a/YkkgPmCBs4fwChNHjRY5jpp/?lang=en>
45. Rodríguez Martín M. La soledad en el anciano. *Gerokomos* [Internet]. 2009 Dic [citado el 04 de septiembre] ; 20(4): 159-166. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2009000400003&lng=es.
46. Triadó C, Villar F, Solé C, Celdrán M, Pinazo S, , Conde L. Los abuelos/as cuidadores de sus nietos: percepción de ayudas recibidas, conductas problemáticas de los nietos y satisfacción con el rol. *International Journal of Developmental and Educational Psychology* [Internet]. 2009 [citado el 04 de septiembre];;3(1):497-505. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=349832322055>
47. Rodríguez Bustamante C, Peralta Gladic C. Aspectos del cuidado asociados al bienestar subjetivo de abuelas que cuidan a sus nietos.(Tesis de pregrado) Chile: Universidad de Chile; 2017
48. Peña Montoya M, Garzon Duque M, Cardona Arango D, Segura Cardona A. Acceso a los servicios de salud de los adultos mayores. *Antioquia - Colombia. US* [Internet]. 31ago.2016 [citado el 04 de septiembre]; 18(2):219 -231. Disponible en: <https://revistas.udenar.edu.co/index.php/usalud/article/view/2834>
49. Álvarez Salazar GJ, Universidad de Antioquia, García Gallego M, Londoño Usme M, Universidad de Antioquia, Universidad Católica de Oriente. Crisis de la salud en Colombia: limitantes del acceso al derecho fundamental a la salud de los adultos mayores. *CES Derecho* [Internet]. 2016 [citado el 04 de septiembre];106–25. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.21615/cesder.7.2.8>