

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

**FACULTAD DE ENFERMERIA
DIVISION DE POSGRADO E INVESTIGACION**



**AUTOEFICACIA Y ACTIVIDAD FISICA EN EL
ADULTO MAYOR**

Por

LIC. MARIA ORFA NERI JIMENEZ

**Como requisito parcial para obtener el grado de
MAESTRIA EN CIENCIAS DE ENFERMERIA
Con Enfoque en Salud Comunitaria**

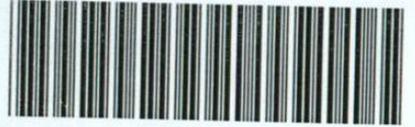
AGOSTO, 2002

M. O. N. J.

AUTOEFICACIA Y ACTIVIDAD FISICA EN EL ADULTO MAYOR

TM
RC1218
.A33
N4
c.1

A



1080116276

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE ENFERMERIA
DIVISION DE POSGRADO E INVESTIGACION



AUTOEFICACIA Y ACTIVIDAD FISICA EN EL
ADULTO MAYOR

Por

LIC. MARIA ORFA NERI JIMENEZ

Como requisito parcial para obtener el grado de
MAESTRIA EN CIENCIAS DE ENFERMERIA
Con Enfasis en Salud Comunitaria

AGOSTO, 2002

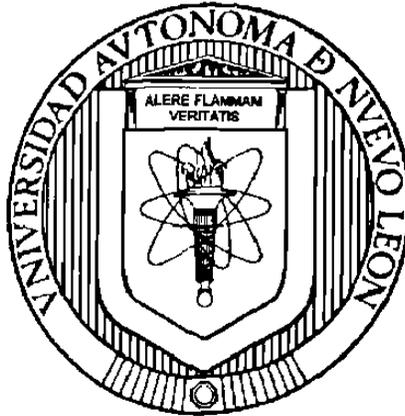
RC1218

.A33

N4



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
DIVISIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



AUTOEFICACIA Y ACTIVIDAD FÍSICA EN EL ADULTO MAYOR

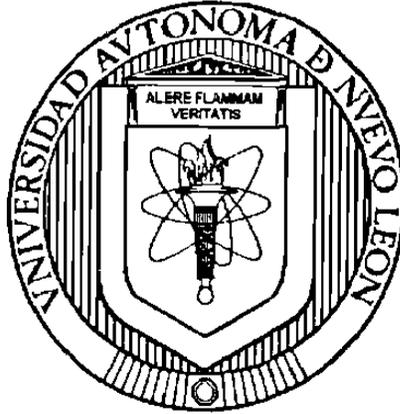
Por

LIC. MARÍA ORFA NERI JIMÉNEZ

Como requisito parcial para obtener el grado de
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA
Con Énfasis en Salud Comunitaria

Agosto, 2002

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
DIVISIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



AUTOEFICACIA Y ACTIVIDAD FÍSICA EN EL ADULTO MAYOR

Por

LIC. MARÍA ORFA NERI JIMÉNEZ

Director de Tesis

M.E. Rosalinda Escamilla Ramírez

Como requisito parcial para obtener el grado de
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA
Con Énfasis en Salud Comunitaria

Agosto, 2002

AUTOEFICACIA Y ACTIVIDAD FISICA EN EL ADULTO MAYOR

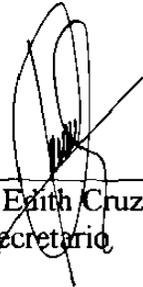
Aprobación de Tesis



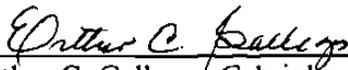
M.E. Rosalinda Escamilla Ramírez
Director de Tesis



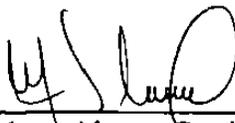
M.E. Rosalinda Escamilla Ramírez
Presidente



M.C.E. Juana Enith Cruz Quevedo
Secretario



Esther C. Gallegos Cabriaes, PhD.
Vocal



M.S.P. Magdalena Alonso Castillo
Subdirector de Posgrado e Investigación

AGRADECIMIENTOS

A Dios: mi creador y redentor, al faro que siempre ilumina mi camino, por permitirme llegar hasta aquí.

Es difícil mencionar todas las personas que en forma directa o indirecta ha apoyado el trabajo que hoy culmina, sin embargo todas ellas reciban mi más cordial agradecimiento, en forma especial mi más caro agradecimiento a:

M. E. Rosalinda Escamilla Ramírez por su gran apoyo, comprensión y guía para la realización de este estudio.

Bertha Cecilia Salazar González, PhD por su valioso apoyo e interés por culminar el trabajo.

Lic. Elizabeth Valles de Cortés: Por creer en mí por su gran comprensión y cariño.

Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León y Escuela de Enfermería por que a través de ellas pudimos realizar ésta carrera.

La Universidad de Morelos y Hospital La Carlota: Especialmente a la administración por darme las facilidades para llegar a ésta meta.

M.S.P. Magdalena Alonso Castillo: por brindarme la oportunidad de culminar.

Rosy Baltasar por su apoyo y tener siempre una palabra de ánimo.

Antonia López, Natividad Hernández, Dinah Suárez, Loyda García, por su valioso apoyo, cariño y comprensión.

DEDICATORIA

A mis padres Salatiel Neri Ramírez (+) y Evengelina Jiménez de Neri, con amor por haberme dado lo mejor de ellos y gozar con mis triunfos.

A mis hermanos por confiar en mí, a Hulda y Eliseo por su apoyo en todo, por motivarme a crecer profesionalmente, con todo cariño.

Tabla de Contenido

Contenido	Página
Capítulo I	
Introducción	1
Marco de Referencia	2
Estudios Relacionados	3
Definición de Términos	5
Hipótesis	6
Capítulo II	
Metodología	7
Diseño	7
Población, Muestreo, Muestra y Criterios de Inclusión	7
Procedimiento de Selección de los Participantes	8
Recolección de la Información	8
Instrumentos	9
Consideraciones Éticas	10
Análisis de Resultados	11
Capítulo III	
Resultados	13
Características de la Muestra	13
Prueba de Hipótesis	16

Contenido	Página
Hallazgos Adicionales	16
Capítulo IV	
Discusión	20
Conclusiones y Recomendaciones	21
Referencias	22
Apéndices	25
A. Datos Generales	26
B. Cuestionario de Actividad Física para Adultos Mayores	27
C. Confianza para hacer Ejercicio	34
D. Consentimiento Informado	35

Lista de Tablas

Tabla	Página
1 Distribución de Frecuencias de Datos Demográficos	13
2 Datos Demográficos de los Adultos Mayores	14
3 Tipo y Frecuencia de Deporte o Ejercicio	15
4 Prueba de Normalidad de Actividad Física e Índice de Autoeficacia	15
5 Datos Descriptivos de Actividad Física por Grupo	16
6 Prueba de U de Mann-Whitney de Actividad Física entre los Grupos	17
7 Descriptivos de Edad y Escolaridad por Grupo	18
8 Datos descriptivos de las Variables de Estudio por Sexo	19

RESUMEN

María Orfa Neri Jiménez
Universidad Autónoma de Nuevo León
Facultad de Enfermería

Fecha de Graduación: Agosto, 2002

Título del Estudio: AUTOEFICACIA Y ACTIVIDAD FÍSICA EN EL ADULTO
MAYOR

Número de Páginas: 35

Candidato para Obtener el Grado de
Maestría en Ciencias de Enfermería
con Énfasis en Salud Comunitaria

Area de Estudio: Salud Comunitaria

Propósito y método de estudio: El propósito del presente estudio fue conocer la relación entre la autoeficacia percibida y la actividad física desempeñada por los adultos mayores. Se usó el concepto de autoeficacia de Bandura (1977). El diseño fue descriptivo correlacional. Se estudiaron a 105 adultos mayores de tres instituciones en el Municipio de Montemorelos, Nuevo León. El muestreo fue por conveniencia y el tamaño de muestra se estimó con los siguientes criterios: nivel de significancia de .05, potencia de 80%, tamaño de efecto pequeño para un coeficiente de correlación de .30. Se aplicaron dos instrumentos. Cuestionario de Actividad Física para Adultos Mayores de (Voorrips et al., 1991) y la Escala de Confianza para hacer Ejercicio (Laffrey & Asawachaisuwiskrom, 2001). Este último mostró confiabilidad aceptable. Las variables de estudio no se distribuyeron normalmente por lo que usó estadística no paramétrica.

Contribuciones y conclusiones: El estudio permitió conocer el tipo de actividad física y de ejercicio desempeñada por los adultos mayores. Permitted también sustentar el postulado de Bandura, que menciona que la Autoeficacia es el juicio sobre la capacidad de una persona para alcanzar cierto nivel de desempeño. El promedio de edad de los participantes fue de 68 años ($DE = 6.66$), y el de escolaridad de 9 años ($DE = 4.85$). Cuarenta y cinco adultos (42.9 %) señalaron la caminata como ejercicio. Se encontró relación positiva entre la autoeficacia y la actividad física y el ejercicio ($r_s = .33$, $p = .001$; $r_s = .20$, $p = .03$), respectivamente. Aquellos adultos con mayor autoeficacia se mantienen más activos. La actividad del tiempo libre mas practicada por las mujeres fue tejer y la de los hombres arreglar el jardín.

FIRMA DEL DIRECTOR DE TESIS: _____



Capítulo I

Introducción

La morbilidad y mortalidad en los adultos mayores difieren de las del resto de la población debido al peso que para ellos tienen las enfermedades crónicas y degenerativas, tales como los padecimientos cardiovasculares, los tumores y la diabetes; estos se asocian con mayor discapacidad, tanto física como mental (Takamura & Justice, 1998). Existe un cambio en la composición estructural de la población de México, las transiciones demográficas y epidemiológicas, provocan que el país experimente un proceso de envejecimiento demográfico, que incrementa los números absolutos y porcentuales de la población de edad avanzada. Montemorelos cuenta con 52,799 habitantes, de los cuales el 8.6% pertenece al grupo de adultos mayores de 60 años (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática [INEGI], 2000). Se estima que estas cifras van en aumento.

El grupo de población adulta es una preocupación primordial para el sector salud, por la expectativa de vida más larga, debido en parte a los avances de la tecnología y tratamientos médicos más efectivos. La actividad física, tanto como el ejercicio, han sido sugeridos como las prácticas que más se asocian con la salud y la longevidad (Bonen & Shaw 1995; Caspersen & Merrit, 1995). La participación en las actividades de la vida diaria y el ejercicio pueden ayudar a evitar la dependencia física y posponer así, la institucionalización de los adultos mayores que a su vez, se traducen en servicios de salud costosos.

No obstante los beneficios que el ejercicio o actividad física traen consigo, se observa que la participación de los adultos mayores en ellos es mínima (Bonen & Shaw, 1995; Casperesen & Merrit, 1995). En México, no se cuenta con estadísticas sobre la participación de los adultos mayores en el ejercicio, ni en actividad física.

La práctica del ejercicio depende de muchos factores, como los recursos

económicos, instalaciones, tiempo y la determinación de la persona. De acuerdo a Bandura (1977), la confianza de la persona de poder llevar a cabo una determinada conducta como el ejercicio, constituye un elemento crítico para desempeñar esa conducta con éxito. La confianza de los adultos mayores para realizar actividades en forma segura es un factor importante en el mantenimiento de su independencia; muchos de ellos dejan de hacer actividad física debido a que pierden la confianza de practicarla de forma segura y entran en un círculo vicioso que produce dependencia (D'hyver de las Deses, 2000).

La literatura acerca del ejercicio indica que la autoeficacia constituye uno de los predictores más fuertes del cambio de conducta en la práctica del ejercicio (Laffrey & Asawachaisuwikrom, 2001; McAuley & Blissmer, 2000; McAuley & Courneya, 1992; McAuley, Lox & Duncan, 1993). En ese sentido, Sallis, Hovell, Hofstetter, y Barrington (1992) concluyen que la autoeficacia ha mostrado ser un predictor importante para explicar la adopción de prácticas de ejercicio entre poblaciones adultas. Sin embargo, esa variable no se relacionó con la asistencia a un programa de ejercicio en mujeres mayores mexicanas (Salazar, 2001).

El propósito de este estudio fue conocer si la autoeficacia se relaciona con el nivel de actividad física desempeñada en forma libre por adultos mayores de un municipio de Nuevo León. Dicho municipio está conformado más por áreas de tipo rural que urbanas (INEGI, 2000), por lo que se presume que los adultos mayores caminan a diario, ya sea para comprar el mandado, ir a las huertas, al comedor público, entre otras.

La teoría de autoeficacia de Bandura (1977) y la literatura sobre actividad física y ejercicio se consideran adecuadas para guiar el estudio. Se propone un estudio de tipo descriptivo.

Marco de Referencia

Una de las aproximaciones teóricas para estudiar el ejercicio y la salud, es la

teoría del aprendizaje social. Para este estudio se tomará el concepto de autoeficacia de dicha teoría (Bandura, 1977).

La autoeficacia se refiere al juicio sobre la capacidad de una persona para alcanzar cierto nivel de desempeño (Bandura, 1977). Una persona puede desempeñarse bien académicamente, proporcionar atención apropiada a sus hijos o hacer ejercicio regularmente y puede no desempeñarse bien en otros dominios. Una persona con cierto sentido de autoeficacia para un tipo de conducta, tenderá a establecer metas más altas y apegarse a ellas; a pesar de que se presenten obstáculos o dificultades, enfrentará con mayor facilidad los desafíos.

Las percepciones de la autoeficacia o competencia se desarrollan principalmente a través de: a) logros acerca de su desempeño previo, b) experiencias sustitutivas o aprendizaje, por observar a otros, c) persuasión verbal de que uno puede ejecutar una conducta particular, y d) estados fisiológicos y emocionales positivos asociados con el desempeño.

La autoeficacia o confianza también se asocia a conductas de ejercicio y actividad física. Cabe, en este momento, plantear algunas precisiones sobre estos términos. El ejercicio y actividad física con frecuencia son considerados como sinónimos sin que ello sea así. La actividad física es un término más amplio, comprende las actividades domésticas, deporte y recreación, entre otras. Es definida como cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que da por resultado un determinado gasto de energía (Caspersen & Merrit, 1995). El ejercicio, por otro lado, se refiere al subconjunto de la actividad física que es planeado, estructurado y repetitivo y tiene como objetivo terminal o intermedio el mejoramiento o mantenimiento de la condición física. Según la literatura, el ejercicio debe practicarse con una frecuencia de tres veces por semana por al menos 30 minutos por ocasión, a fin de lograr y mantener los cambios físicos deseados (American College of Sports Medicine, 1995; Caspersen & Merrit, 1995).

Estudios Relacionados

La autoeficacia ha sido base teórica en estudios donde han participado hombres y mujeres de edades entre 45 – 100 años; estos estudios en su mayoría han sido realizados en Estados Unidos de Norte América. McAuley, Shaffer, y Rudolph (1995), examinaron la percepción de autoeficacia antes y después de una prueba de ejercicio en un grupo de 32 personas con edades entre 45-85 años de edad. La autoeficacia se midió respecto a su confianza en poder usar una caminadora de manera continua por 10 minutos. La autoeficacia pre y post prueba se relacionaron ($r = .66$, $p = .0001$); así mismo la autoeficacia, previa a la prueba junto con otras variables, predijo la autoeficacia posterior a la prueba $F(3.25) = 36.28$, $p = .0001$, con un coeficiente de determinación de 81%. Cabe mencionar que el análisis multivariado mostró diferencias significativas entre los adultos jóvenes y mayores en las variables estudiadas. Los adultos mayores exhibieron menor autoeficacia previo a la prueba en comparación a los jóvenes, $F(2, 29) = 4.25$, $p = .05$. Sin embargo, a pesar de que los adultos mayores mostraron menor autoeficacia que los jóvenes, no se presentaron diferencias significativas respecto a la autoeficacia posterior a la prueba. Se observó que la autoeficacia en los adultos mayores se incrementó después de la prueba de ejercicio.

En otro estudio, McAuley y Courneya (1992) examinaron la autoeficacia preexistente con la percepción de esfuerzo durante una prueba de ejercicio, con 88 adultos sedentarios, en edades de 45 – 64 años. La prueba de ejercicio fue el uso de una bicicleta graduada. La autoeficacia de ejercicio fue medida por la confianza en su habilidad para caminar y trotar distancias determinadas, y pedaleo en bicicleta con incrementos de tiempo. La autoeficacia inicial presentó una media de 54.39, y una relación positiva con la autoeficacia posterior con una media de 69.04 ($r = .85$, $p = .05$).

Booth, Owen, Bauman, Clavisi y Leslie (2000) estudiaron la relación del medio ambiente y factores sociales y cognoscitivos asociados con la actividad física en 449 adultos mayores con edades de 60 años y más, seleccionados en forma aleatoria. Se

valoró la actividad física autorreportada y factores cognitivos, entre otros. Se usaron dos modelos de regresión, sin introducir e introduciendo la autoeficacia. De acuerdo a los resultados, los hombres mostraron estar más activos que las mujeres. Una proporción significativamente mayor de los participantes activos (48%) mostró autoeficacia más alta que los participantes no activos (26.6%), $p = .0001$. Los autores reportan que la autoeficacia se asoció fuertemente a la actividad física, en un modelo de regresión logística.

Marcus y Owen (1992) estudiaron la autoeficacia y las diferentes etapas de cambio al ejercicio en adultos mayores. Los resultados indican que la autoeficacia es significativamente diferente de acuerdo a las etapas de cambio hacia el ejercicio con una $F(4, 970) = 115.84$, $p < .001$. Los participantes que se ubicaron en la etapa de precontemplación obtuvieron la media más baja en comparación con los de mantenimiento que obtuvieron la media mas alta.

Clark y Nothwehr (1999) llevaron a cabo un estudio correlacionando la autoeficacia, el ejercicio y la actividad física, en una muestra de 729 adultos mayores, de 55 años y más. Las puntuaciones de autoeficacia fueron mayores en las personas que reportaron ejercitarse al momento de la encuesta.

Conn (1998) probó un modelo de ejercicio en adultos mayores, estudiando a 147 adultos de 65 a 100 años de edad. Dentro de los constructos del modelo se encontraba la autoeficacia relacionada al ejercicio, la cual tuvo un efecto positivo y significativo sobre la conducta de ejercicio con un valor de $\beta = .35$, una varianza explicada de 60% ($p = .01$).

Definición de Términos

La autoeficiencia se definió como la confianza que tiene el adulto mayor de poder llevar a cabo la conducta de ejercicio y actividad física, frente a circunstancias adversas u obstáculos.

La actividad física comprende las actividades domésticas, deporte y de

recreación que realiza el adulto mayor en términos de frecuencia y duración, referidas por ellos mismos.

Hipótesis

A mayor autoeficacia percibida, mayor actividad física reportada por los adultos mayores.

Capítulo II

Metodología

En el presente capítulo se describe la metodología seguida para este estudio, según lineamientos descritos por Polit & Hungler (1999).

Diseño

El diseño del estudio fue descriptivo correlacional, dado que se describen las características de la muestra y la relación entre las variables de estudio (autoeficacia y actividad física). Con lo que respecta a la recolección de la información es transversal, dado que los datos fueron recolectados en una ocasión y en un momento específico.

Población, Muestreo, Muestra y Criterios de Inclusión

La población de estudio estuvo compuesta por adultos mayores de ambos sexos con edades de 60 años y más, residentes del municipio de Montemorelos, N.L. El muestreo fue no probabilístico por conveniencia, ya que se acudió a tres centros de reunión del grupo de población de interés y se solicitó la participación a todos los que cumplieron los criterios de inclusión. El tamaño de la muestra fue de 105 participantes; éste se estimó con los siguientes criterios: el nivel de significancia de .05, la potencia de 80%, tamaño de efecto pequeño ($r = .30$), para una prueba unidireccional.

Los criterios de inclusión fueron los siguientes:

- 1). Adultos mayores orientados en tiempo, lugar y persona, verificados mediante preguntas sencillas.
- 2). Que se pudieran comunicar con claridad y escuchar, es decir que sus respuestas fueran entendibles al investigador principal y de que no hubiera necesidad de gritarle para que escuchara.

Procedimiento de Selección de los Participantes

Una vez obtenidas la autorización de las comisiones de Investigación y Ética de la Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL) se procedió con la selección de los participantes de tres fuentes: a) Comedor Municipal del Desarrollo Integral de la Familia (DIF), b) pensionados y jubilados de la Universidad de Montemorelos (UM) y, c) pensionados y jubilados del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE).

Posteriormente, se solicitó la autorización a la persona encargada del comedor municipal por medio de un escrito, para determinar la hora de aplicación de los instrumentos a los que desearon participar en el estudio. Para abordar al grupo de pensionados y jubilados de la UM y al ISSSTE se solicitó por escrito a la directiva y en una de sus reuniones mensuales se les dio a conocer el proyecto y se acordó el día y hora para la aplicación de instrumentos, tomándose dirección y teléfono para aquellos que desearon ser entrevistados en forma particular.

Recolección de la Información

Antes de aplicarse los instrumentos se tuvo una charla con los candidatos para verificar los criterios de inclusión, preguntando la dirección, edad, lugar donde vivían, el día y la hora en la que se encontraban. Cabe señalar que se excluyeron dos personas una por dificultad para escuchar y otra por no poder referir su dirección y la fecha. A los que estaban orientados en tiempo, espacio y persona se les explicaba el estudio y solicitaba su participación.

La edad se usó también en la hoja de datos sociodemográficos, luego se completaron esos datos y se procedió a la aplicación de los instrumentos, primero el de actividad física y finalmente el de autoeficacia. Para este último, a cada uno se le leía el enunciado y en caso de que el adulto mayor respondiera con un si se le repetía a ver vamos a ver “seguro que si podría” o “casi seguro que si podría” lo mismo se hacía en

caso de que su primera respuesta fuera que no.

Instrumentos

Los datos se recabaron por medio de dos instrumentos y una hoja de datos generales. A través de esta última se recogió información de las siguientes variables: edad, sexo, estado civil y escolaridad (Apéndice A). Los instrumentos se describen a continuación.

Para medir el nivel de actividad física se usó el Cuestionario de Actividad Física para Adultos Mayores (Voorrips, Ravelli, Dongelmans, Deurenberg & Staveren, 1990) el cual tiene como propósito valorar el nivel de actividad regular desarrollada en el hogar, en el deporte y en el tiempo libre (Apéndice B). Las actividades del hogar contienen 10 reactivos en los que el tipo de actividad está clasificada como liviana o pesada (intensidad) con formatos de respuesta de 0-3 y de 0-4 en términos que van desde nunca hasta siempre. Todos estos reactivos contienen la opción 0 que equivale a nunca o menos de una vez al mes. Los valores de las 10 preguntas se promedian.

Las actividades relacionadas con el deporte o ejercicio, reactivos 11-16 han sido clasificadas de acuerdo a la postura y movimientos que implica la actividad reportada por el adulto mayor y se les ha asignado un código de intensidad que refleja el gasto de energía por actividad. Tanto la intensidad como las horas por semana y los meses al año poseen un código de gasto de energía preestablecido. Todos los códigos de tipo de ejercicio, horas por semana y meses al año se multiplican para las opciones de ejercicio. En caso de que realizaran dos actividades el producto de sus respectivos códigos se suman. Las actividades de tiempo libre se manejaron con los mismos criterios. Finalmente, se realizó la sumatoria del promedio de los 10 reactivos de actividades del hogar, la de las actividades de ejercicio y la de tiempo libre. A mayor puntaje mayor nivel de actividad física realizada.

Laffrey y Asawachaisuwikrom (2001) usaron este instrumento con mujeres

mayores México-Americanas y lo tradujeron al español. Voorrips et al. (1991) lo adaptaron para adultos mayores; el coeficiente de estabilidad (test-retest) con 29 adultos de 63-80 años de edad, fue de $r_s = 0.89$. La validez la verificaron mediante la aplicación de este instrumento y de otro llamado Recuerdo de Ejercicio de 24 horas y un pedometro, los coeficientes de correlación fueron $r_s = 0.78$ y 0.73 , respectivamente. Señalan que el 71% y 67% de los sujetos se clasificaron en el mismo tercil de actividad con ambos métodos.

La autoeficacia para el ejercicio fue medida con la escala de Confianza para hacer Ejercicio (Laffrey & Asawachaisuwikrom, 2001). Esta es una escala de 11 reactivos, con un formato de respuesta de 5 puntos que van desde seguro(a) que no podría hacerlo (1) hasta bien seguro(a) que si podría (5), con un valor intermedio de no procede. La escala oscila entre 11-55 puntos, donde el mayor puntaje significa mayor autoeficacia para el ejercicio (Apéndice C).

Esta escala ha sido aplicada en mujeres México-Americanas por las autoras de la misma. Su muestra se compuso de dos grupos de mujeres México-Americanas mayores de 60 años. Un grupo estaba en un programa de caminata y el otro no practicaba ejercicio. Los resultados obtuvieron un solo factor. Refieren que en la matriz de correlación todos los reactivos se relacionaron arriba de $r = .30$. Las mujeres que practicaban ejercicio obtuvieron puntajes significativamente más altos en comparación a las que no lo hacían. El coeficiente de consistencia interna reportado fue de .86.

Consideraciones Éticas

Para la realización del estudio se tomo en cuenta lo descrito en la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud [SSA] (1987).

Del Título II Cap. I

El estudio se llevó a cabo una vez obtenida la autorización de las comisiones de Investigación y Ética de la Facultad de Enfermería, UANL, así como la autorización de

las instituciones donde se reclutaron los participantes y el consentimiento informado (Apéndice D) de cada uno de ellos (Artículos 14, Fracción V, VII y VIII).

Este estudio fue considerado sin riesgo para la integridad física y psicológica de los participantes, dado que solamente respondieron a preguntas sobre sus actividades diarias y la confianza que tienen para llevarlas a cabo (Artículo 17, fracción I). Según lo estipulado en el Artículo 21, Fracción I, VII y VIII a los participantes se les solicitó su participación voluntaria y se les explicó de manera sencilla el estudio. Se le dio a conocer que podían dejar de contestar las preguntas en el momento que ellos así desearan y que no se tomaría represalia alguna. Se les aseguró que la información que ellos proporcionaran se mantendría en el anonimato y que los resultados se darían a conocer en forma general.

Se manejaron los criterios de respeto a la dignidad y la protección de derechos y bienestar (Artículo 13). Para ello la autora del estudio acordó el tiempo y lugar de la entrevista que mejor convenía al participante y estuvo atenta en todo momento a cualquier señal de cansancio o molestia de su parte. Se protegió su privacidad y no se registró el nombre, sólo se asignó una clave y se manejaron los datos en forma confidencial (Artículo 16).

Análisis de Resultados

Los datos fueron procesados a través del programa estadístico SPSS versión 10.0 (Statistical Package for the Social Sciences). Se obtuvieron estadísticas descriptivas como frecuencias, proporciones y medidas de tendencia central. La confiabilidad de los instrumentos se determinó por medio del Alpha de Cronbach. Para observar la distribución normal y decidir el tipo de prueba paramétrica o no paramétrica se aplicó la prueba de Kolmogorov Smirnov. Esta prueba mostró que las variables no se distribuyeron normalmente, por lo que se recurrió a la estadística no paramétrica para la prueba de la hipótesis.

Para verificar la hipótesis se aplicó el coeficiente de correlación de Spearman. Posteriormente para conocer los resultados de actividad física realizada por las personas de cada institución se utilizó el Análisis de varianza de Kruskal-Wallis y se buscaron las diferencias entre los grupos mediante la prueba de U de Mann-Whitney.

Capítulo III

Resultados

En este capítulo se presentan las estadísticas descriptivas de la muestra y de los instrumentos así como, las pruebas de consistencia interna y la distribución de variables. Finalmente se presentan los resultados de la prueba de la hipótesis de investigación. Los resultados se presentan a través de tablas.

Características de la Muestra

La muestra estuvo compuesta por 105 adultos mayores que pertenecen a tres instituciones, DIF, UM e ISSSTE. Los datos descriptivos que corresponden a las características demográficas se presentan en la tabla 1, donde se puede observar que la mayoría correspondió al sexo femenino (64.8%) y también la mayoría señaló ser casados (67.6%).

Tabla 1

Distribución de Frecuencias de Datos Demográficos

Variable	f	%
Sexo:		
Femenino	68	64.8
Masculino	37	35.2
Estado Civil		
Casados	71	67.6
Viudos	22	21.0
Solteros	12	11.4

$$\underline{n} = 105$$

La tabla 2 muestra que la media de edad fue de 65 años ($\underline{DE} = 6.66$) y la media

de escolaridad de 11 años ($\underline{DE} = 4.85$).

Tabla 2

Datos Demográficos de los Adultos Mayores

Factor	Valor		Media	Mediana	<u>DE</u>
	Mínimo	Máximo			
Edad	60	92	68.25	65	6.66
Escolaridad	0	21	9.42	11	4.85

$\underline{n} = 105$

Se obtuvieron las frecuencias acerca del tipo de deporte de primera y segunda elección que practicaban los adultos mayores (ver tabla 3). En relación con el primer deporte, el 42.9% dijo caminar y un 40% (42) señaló no llevar a cabo ningún deporte o ejercicio. En comparación con el segundo deporte se observa que el 74.3% no practica ninguno y sólo el 15.2% utiliza la bicicleta.

En relación a las actividades del tiempo libre se encontraron diferencias entre los hombres y las mujeres. Estas últimas señalaron tejer o coser (65.8%) mientras que los varones arreglar el jardín y visitar amigos (22%).

Tabla 3

Tipo y Frecuencia de Deporte o Ejercicio

Tipo de Deporte	Deporte 1		Deporte 2	
	f	%	f	%
Aeróbicos	8	7.6	4	3.8
Bicicleta	7	6.7	16	15.2
Caminata	45	42.9	4	3.8
Voleibol	3	2.9	-	-
Natación	--	--	2	1.9
Baile	--	--	1	1.0
Ninguno	42	40	78	74.3

n = 105

Se construyó un índice para la escala de autoeficacia, el cual reportó un Alpha de Cronbach de .78. La prueba de Kolmogorov Smirnov muestra que la actividad física no obtuvo normalidad, por lo tanto se recurrió a la estadística no paramétrica. Los datos descriptivos y la distribución de variables se presentan en la tabla 4.

Tabla 4

Prueba de Normalidad de Actividad Física e Índice de Autoeficacia

Variable	Valor	Valor	Media	Mdn	DE	D	Valor de p
	Mínimo	Máximo					
Actividad Física	.94	13.87	3.96	3.25	2.41	1.67	.007
Autoeficacia	.00	97.73	66.66	70.45	16.90	1.25	.08

n = 105

Prueba de Hipótesis

La hipótesis que señala que a mayor autoeficacia percibida mayor actividad física reportada por los adultos mayores, se verificó por medio de una correlación de Spearman, los resultados fueron $r_s = .33$, $p = .001$. Esto sugiere que a mayor autoeficacia mayor actividad física. De manera similar el deporte o ejercicio reportado mostró asociación,

$r_s = .20$, $p = .03$; cuando se introdujeron solamente los 45 adultos mayores que reportaron caminar el coeficiente se incremento a $r_s = .30$, $p = .04$. Estos resultados apoyan la hipótesis de investigación.

Hallazgos Adicionales

Posteriormente se exploraron los resultados de la actividad física de acuerdo a los grupos, mediante un ANOVA de Kruskal-Wallis. Los resultados fueron significativos ($H = 21.46$, gl. 2, $p = .001$). El grupo de la UM obtuvo la mediana mas alta (4.78) y grupo del ISSSTE la mediana mas baja (2.64). En la tabla 5 se presentan los datos descriptivos.

Tabla 5

Datos Descriptivos de Actividad Física por Grupo

Grupo	N	Valor		Media	DE	Mediana
		Mínimo	Máximo			
DIF	25	1.16	11.77	3.9	2.28	3.19
UM	40	1.80	13.87	5.07	2.66	4.78
ISSSTE	40	.94	10.44	1.91	1.68	2.64

Se buscaron diferencias de la actividad física entre todos los grupos mediante la U de Mann-Whitney. La comparación entre el grupo del DIF y la UM fue $Z = -2.09$,

$p = .04$; entre el grupo del DIF y el ISSSTE fue $Z = -2.12$, $p = .03$, y entre UM e ISSSTE fue $Z = -4.57$, $p = .001$. Lo anterior indica que todos los grupos mostraron diferencia en cuanto a actividad física. El grupo de la UM obtuvo una mediana más alta que el grupo del DIF y que el del ISSSTE, y el grupo del DIF obtuvo una mediana más alta en comparación al grupo del ISSSTE. Los datos se muestran en la tabla 6.

Tabla 6

Prueba de U de Mann-Whitney de Actividad Física entre los Grupos

Grupos	U-Mann-Whitney	Z	Valor de p
DIF / UM	345	-2.09	.04
DIF / ISSSTE	343	-2.12	.03
UM / ISSSTE	325	-4.57	.001

$$n = 105$$

Se exploraron en cuanto a edad y escolaridad de acuerdo a los grupos. Los resultados de Kruskal-Wallis fueron para edad $H = 4.71$, gl. = 2, $p = .09$ y para escolaridad $H = 44.64$, gl. = 2, $p < .001$. En la tabla 7 se presentan los datos descriptivos.

Se observa que la media y mediana más alta de escolaridad corresponde al grupo del ISSSTE. Así mismo, se observa que las medianas de los grupos UM y del ISSSTE son iguales. Dado que la prueba de Kruskal-Wallis se hace sobre las medianas se puede concluir que esos dos grupos son significativamente diferentes al grupo del DIF

Tabla 7

Descriptivos de Edad y Escolaridad por Grupo

Grupo	n	Valor Mínimo	Valor Máximo	<u>M</u>	<u>Mdn</u>	<u>DE</u>
Edad						
DIF	25	60	83	70.0	70.0	6.47
UM	40	60	91	67.2	66.5	6.30
ISSSTE	40	60	92	67.8	67.6	6.97
Escolaridad						
DIF	25	0	11	3.72	4	2.35
UM	40	1	18	10.93	12	4.25
ISSSTE	40	3	21	11.48	12	3.71

Por último, se exploraron también diferencias de acuerdo al sexo; la U de Mann-Whitney no mostró diferencia significativa entre hombres y mujeres con relación a actividad física, sin embargo para auto eficacia sí. Los resultados de ésta última entre hombres y mujeres son $U = 77.5$, $p = .001$.

La tabla 8 muestra las medias y medianas ligeramente más altas sobre actividad física para las mujeres en comparación con los hombres. En contraste, se observa también, que los hombres obtuvieron puntajes más altos para autoeficacia en comparación con las mujeres.

Tabla 8

Datos Descriptivos de las Variables de Estudio por Sexo

Variable	Valor	Valor	Media	Mediana	<u>DE</u>
	Mínimo	Máximo			
Actividad Física					
Femenino ^a	1.16	13.87	4.08	3.17	2.59
Masculino ^b	.94	10.44	3.75	3.49	2.06
Auto-eficacia					
Femenino ^a	9.09	95.45	63.77	62.50	15.78
Masculino ^b	0	97.73	71.99	75.00	17.81
			$\underline{n}^a = 68$	$\underline{n}^b = 37$	

Capítulo IV

Discusión

Los resultados mostraron que las mujeres realizan ligeramente más actividad física que los hombres, aunque la diferencia no fue significativa. En contraste, Booth et al. (2000) reportaron que los hombres eran significativamente más activos que las mujeres. Lo anterior, tal vez se explique por el hecho de que las mujeres tradicionalmente son las encargadas de las actividades del hogar.

Del tipo de ejercicio o deporte señalado, el mayor porcentaje fue para caminata; fue escaso para los aerobics y todavía más para el uso de la bicicleta. Caminar resulta el tipo de ejercicio más fácil, accesible y económico, mientras que otros tal vez requieran de una invitación expresa, conformación de un grupo especial y sobretodo de persuasión.

Un porcentaje ligeramente mayor de mujeres que de hombres reportó la caminata como ejercicio. Se observa que las mujeres caminan acompañadas de amistades y ello puede explicar este hecho, contrario a lo que se reporta en la literatura de ejercicio que los hombres realizan más ejercicio que las mujeres. Cabe señalar que no se encontraron diferencias significativas al respecto. En cuanto a edad los grupos no mostraron diferencias significativas, ni asociación con la actividad física.

De acuerdo a lo que propone Bandura (1977) la autoeficacia influye directamente sobre el comportamiento, aunque en este estudio no se buscaba influencia, la actividad física y el ejercicio se relacionaron significativamente con la autoeficacia. Es decir los adultos que obtuvieron puntajes más altos en autoeficacia fueron más activos. Este hallazgo coincide con Booth et al. (2000) que reportaron que los adultos mayores activos obtuvieron autoeficacia más alta que los no activos. Marcus y Owen (1992) en relación con el ejercicio, señalaron que los adultos que se encontraban más activos en la etapa de mantenimiento obtuvieron puntajes más altos en autoeficacia en comparación a los que

no estaban activos, es decir que estaban ubicados en la etapa de precontemplación. Clark y Nothwehr (1999) reportaron también que las puntuaciones de autoeficacia fueron más altas en las personas que manifestaron ejercitarse.

El hecho de que el grupo del UM sea más activo, tal vez se puede explicar en parte debido a que la universidad de Montemorelos se preocupa por sus jubilados y cuenta con diferentes programas de actividades como tener una hora específica en el gimnasio, ya sea para aerobics o uso de los aparatos en existencia. Otra posible explicación puede ser la escolaridad que aunque la media es ligeramente menor que la del ISSSTE, sin embargo es mínima además, las medianas mostraron valores iguales en el grupo de UM e ISSSTE.

Conclusiones y Recomendaciones

El tipo de ejercicio más realizado por los adultos mayores es la caminata. Las mujeres de esta muestra se observaron más activas que los hombres, aunque no se obtuvo diferencia significativa. Las mujeres tejen o cosen en sus tiempos libres mientras que los hombres arreglan el jardín o visitan amigos.

La edad no se asoció a la actividad física ni a la autoeficacia. Los grupos no mostraron diferencias significativas en cuanto a edad. Se observó relación positiva entre la autoeficacia y la actividad física total y el ejercicio.

Dado que se tuvo dificultad para que los adultos mayores contestaran con un patrón de cinco respuestas en uno de los instrumentos. Se pudo observar que ello consume algo de tiempo, pues generalmente responden en términos de sí o no. Se recomienda usar instrumentos con opciones simples para esta población.

Referencias

- American College of Sports Medicine (ACSM). (1995). Guidelines for exercise testing and prescription (5th. ed.). Philadelphia: Willimas & Wilkins.
- Bandura, A. (1977) Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. Psychological Review, 84(2), 191-215.
- Bonen, A. & Shaw, S. M. (1995). Recreational exercise participation and aerobic fitness in men and women: Analysis of data from a national survey. Journal of Sports Sciences, 13, 297-303.
- Booth, M. L., Owen, N., Bauman, A., Clavisi, O. & Leslie, E. (2000). Social cognitive and perceived environment influences associated with physical activity in older Australians. Preventive Medicine, 31: 15-22.
- Caspersen, C. J. & Merrit, R. K. (1995). Physical activity trends among 26 states, 1986-1990. Medicine & Science in Sports & Exercise, 27, 713-720.
- Clark, D. O. & Nothwehr (1999). Exercise self-efficacy and its correlates among socioeconomically disadvantaged older adults. Health Education & Behavior, 26(4), 535 – 546.
- Conn, S. V. (1998). Older adults and exercise: Path analysis of self-efficacy related constructs. Nursing Research, 47(3), 180-188.
- D'hyver de las Deses, C. (2000). Cambios anatomofisiológicos en el envejecimiento PAC MG – 2 Programa de actualización continua para médicos generales Geriatria Searle. Cuaderno N°. 7, pp. 23 – 24.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (2000). Perfil sociodemográfico de Nuevo León. Información estadística del sector salud y seguridad social. Cuaderno No.14, pp. 48-51.
- Laffrey, S. C. & Asawachaisuwikrom, W. (2001). Development of an exercise self-efficacy questionnaire for older Mexican American women. Journal of Nursing Measurements, 9(3), 259-273.

Marcus, B. & Owen, N. (1992). Motivational readiness, self-efficacy and decision-making for exercise. Journal of Applied Social Psychology, 22(1), 3-16.

McAuley, E. & Blissmer, B. (2000). Self-efficacy determinants and consequences of physical activity. Exercise and Sport Sciences Reviews, 28(2), 85-87.

McAuley, E. & Courneya, K. (1992). Self-efficacy relationships with affective and exertion responses to exercise. Journal of Applied Social Psychology, 22(4), 312-326.

McAuley, E., Lox, C. & Duncan, T. E. (1993). Long-term maintenance of exercise self-efficacy and physiological change in older adults. Journal of Gerontology, Psychological Sciences, 48, 218-224.

McAuley, E., Shaffer, S. M. & Rudolph, D. (1995). Affective responses to acute exercise in elderly impaired males: The moderating effects of self-efficacy and age. International Journal of Aging and Human Development, 41, 13-35.

Polit, D. F. & Hungler, B. P. (1999). Investigación científica en ciencias de la salud. (6ta. ed.). México: McGraw Hill Interamericana.

Salazar, B. C. (2001). Respuestas al ejercicio en mujeres mayores. Ciencia UANL, IV(2), 169-176.

Sallis, J. F. Hovell, M. F. Hofstetter, C. R. & Barrington, E. (1992). Explanation of vigorous physical activity during two years using social learning variables. Social Sciences & Medicine, 34, 25-32.

Secretaria de Salubridad y Asistencia [SSA] (1987). Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. México: Editorial Porrúa.

Takamura, J. C. & Justice, D. (1998). La promesa de una vida mas larga: las americas en el siglo XXI. Perspectivas de Salud la Revista de la Organización Panamericana de la Salud, 3, (2) 2 – 9.

Voorrips, L. E., Ravelli, A.C.J., Dongelmans, P. C. A., Deurenberg, P. & Van Staveren, W. A. (1990). A physical activity questionnaire for the elderly. Medicine and

Science in Sports and Exercise, 23(8), 974-979.

Apéndices

Apéndice A
Universidad Autónoma de Nuevo León
Facultad de Enfermería
Posgrado

Datos Generales

- 1) **EDAD** en años cumplidos. _____
- 2) **SEXO** Masculino (1) _____ Femenino (2) _____
- 3) **ESCOLARIDAD** en años cursados. _____
- 4) **ESTADO CIVIL** _____

Apéndice B

Cuestionario de Actividad Física para Adultos Mayores

Este cuestionario es para conocer su actividad física regular en actividades de la casa, deportes y actividades en su tiempo libre. Por favor maque con una X en el cuadro que mejor describa su actividad.

Actividades de la casa:

1. ¿Hace trabajo liviano en la casa (sacudir, lavar platos, coser)?

Nunca (*menos de una vez al mes*)

Algunas veces (*solamente cuando no haya alguien que lo haga*)

La mayoría de las veces (*alguna vez me ayuda alguna persona*)

Siempre (*sola o con ayuda de alguien más*)

2. ¿Hace trabajo pesado en casa (lavar pisos y ventanas, cargar bolsas de basura, etc.).

Nunca (*menos de una vez al mes*)

Algunas veces (*solamente cuando no haya alguien que lo haga*)

La mayoría de las veces (*alguna vez me ayuda alguna persona*)

Siempre (*sola o con ayuda de alguien más*)

3. ¿Cuántas personas (incluyéndose usted) viven en la casa que usted limpia?

4. ¿Cuántos cuartos limpia (incluyendo cocina, baño, recámara, garage, despensa, etc.)?

Nunca limpio la casa

1 – 6 cuartos

7 – 9 cuartos

10 o más cuartos

5. Si usted mantiene todos los cuartos, ¿en cuantos pisos se dividen?

6. ¿Prepara comida casera usted sola o ayuda a alguien más a prepararla?

Nunca

Algunas veces (*una vez o dos a la semana*)

La mayoría de las veces (*3 a 5 veces a la semana*)

Siempre (*más de 5 veces a la semana*)

7. ¿Cuántas escaleras sube al día?

Nunca subo escaleras

1 a 5

6 a 10

Más de 10

8. ¿Si va a alguna parte de la ciudad, que tipo de transportación usa?

Nunca salgo

Carro

Transporte público (camión)

Bicicleta

Camino

9. ¿Con qué frecuencia va de compras?

Nunca (*menos de una vez a la semana*)

Una vez a la semana

2 a 4 veces por semana

Todos los días

10. ¿Si va de compras, que tipo de transporte usa?

Nunca salgo

Carro

Transporte público (camión)

Bicicleta

Camino

Actividades relacionadas con el deporte o ejercicio

11. ¿Qué deporte o ejercicio realiza más frecuentemente?

12. ¿Cuántas horas a la semana utiliza para esta actividad?

Menos de 1

1 pero menos de 2

2 pero menos de 3

3 o más incluyendo 4

Más de 4

13. ¿Cuántos meses del año hace esta actividad?

Menos de 1 mes al año

1 a 3 meses

Más de 3 meses a 6 meses

Más de 6 meses a 9 meses

Más de 9 meses

14. ¿Practica usted un segundo deporte? SI _____ NO _____

Si contesta si, indique cual deporte es _____

15. ¿Cuántas horas a la semana utiliza para esta actividad?

Menos de 1

1 pero menos de 2

2 pero menos de 3

3 o más incluyendo 4

Más de 4

16. ¿Cuántos meses del año hace esta actividad?

Menos de 1 mes al año

1 a 3 meses

Más de 3 meses a 6 meses

Más de 6 meses a 9 meses

Más de 9 meses

Actividades en el tiempo libre

17. ¿Realiza alguna otra actividad en su tiempo libre?

SI

NO

18. ¿Qué actividad realiza con mayor frecuencia, en su tiempo libre?

19. ¿Cuántas horas a la semana hace esta actividad?

Menos de 1

1 pero menos de 2

2 pero menos de 3

3 o más incluyendo 4

Más de 4

20. ¿Cuántos meses del año hace esta actividad?

Menos de 1 mes al año

1 a 3 meses

Más de 3 meses a 6 meses

Más de 6 meses a 9 meses

Más de 9 meses

21. ¿Cuál es su segunda actividad que hace en su tiempo libre, con más frecuencia?

22. ¿Cuántas horas a la semana dedica para esta actividad?

Menos de 1

1 pero menos de 2

2 pero menos de 3

3 o más incluyendo 4

Más de 4

23. ¿Cuántos meses del año hace esta actividad?

Menos de 1 mes al año

1 a 3 meses

Más de 3 meses a 6 meses

Más de 6 meses a 9 meses

Más de 9 meses

ACTIVIDADES DEPORTIVAS

¿Practica algún ejercicio?

Deporte 1 Nombre _____

Intensidad (código) _____ (1a)

Horas por semana (código) _____ (1b)

Período del año (código) _____ (1c)

Deporte 2 Nombre _____

Intensidad (código) _____ (2a)

Horas por semana (código) _____ (2b)

Período del año (código) _____ (2c)

Puntaje de Ejercicio: $\varphi^2_{i=1} (ia * ib * ic)$

ACTIVIDADES EN EL TIEMPO LIBRE

¿Realiza alguna otra actividad física?

Actividad 1 Nombre _____

Intensidad (código) _____ (1a)

Horas por semana (código) _____ (1b)

Período del año (código) _____ (1c)

Actividad 2 a la 6: como la actividad 1

Puntaje de actividad de tiempo libre: $\varphi^2_{i=1} (ja * jb * jc)$

1.	sentado.	Relajado	código 0.146
2.	sentado.	Movimientos de manos o brazos	código 0.297
3.	sentado.	Movimientos corporales	código 0.703
4.	parado.	Relajado	código 0.174
5.	parado.	Movimiento de manos o brazos	código 0.307
6.	parado.	Movimientos corporales. Caminata	código 0.890
7.	caminando.	Movimientos de manos o brazos	código 1.368
8.	caminando.	Movimientos corporales. Bicicleta, nadar	código 1.890

Horas por semana

1.	menos de 1 hora por semana	código 0.5
2.	entre 1-2 horas por semana	código 1.5
3.	entre 2-3 horas por semana	código 2.5
4.	entre 3-4 horas por semana	código 3.5
5.	entre 4-5 horas por semana	código 4.5
6.	entre 5-6 horas por semana	código 5.5
7.	entre 6-7 horas por semana	código 6.5
8.	entre 7-8 horas por semana	código 7.5
9.	mas de 8 horas por semana	código 8.5

Meses al año

1.	Menos de 1 mes por año	código 0.04
2.	1-3 meses	código 0.17
3.	4-6 meses	código 0.42
4.	7-9 meses	código 0.67
5.	mas de 9 meses por año	código 0.92

Salvo el código de intensidad, originalmente basado en costos de energía

Puntaje del cuestionario: Puntaje de hogar + ejercicio + tiempo libre

Apéndice C

Confianza para hacer Ejercicio

Para cada una de las siguientes frases, por favor escoja la respuesta que mejor describe qué tan segura está usted de caminar regularmente tres veces en la semana por 20-30 minutos. No existen respuestas buenas o malas, lo importante es su opinión.

1 = Seguro que no podría

2 = Más o menos seguro que no podría

3 = No sé

4 = Más o menos seguro que sí podría

5 = Bien seguro que sí podría

1. Aún cuando esté cansada(o)	1	2	3	4	5
2. Aún cuando no se sienta bien	1	2	3	4	5
3. Aún cuando no tenga tiempo	1	2	3	4	5
4. Aún cuando tenga visitas	1	2	3	4	5
5. Aún cuando hay una fiesta o es su día libre	1	2	3	4	5
6. Aún cuando alguien de su familia esté enfermo	1	2	3	4	5
7. Aún cuando el clima no esté bueno	1	2	3	4	5
8. Aún cuando este visitando a familiares	1	2	3	4	5
9. Aún cuando tenga problemas o preocupaciones	1	2	3	4	5
10. Aún cuando se sienta deprimido	1	2	3	4	5
11. Aún cuando no tenga a nadie que le acompañe	1	2	3	4	5

Apéndice D

Consentimiento Informado

Autoeficacia y Actividad Física en el Adulto Mayor.

Investigador Orfa Neri Jiménez

Orfa Neri Jiménez me está preguntando sobre mi deseo de participar en un estudio para conocer el nivel de ejercicio y actividad física que realizamos hombres y mujeres de mi edad.

Entiendo que se me pedirá contestar preguntas acerca de ejercicio y actividad física que realizo y que contestaré preguntas sobre mi confianza de poder llevar a cabo la caminata, yo sé que usará esta información para cumplir con su grado de Maestría en Enfermería en la Universidad Autónoma de Nuevo León.

Entiendo que no tengo ningún riesgo en contestar los cuestionarios pues la información será confidencial. Mi participación es voluntaria y puedo dejar el estudio en cualquier momento sin que se me perjudique.

Para participar en el estudio de investigación, se me leyó toda la información, tanto el contenido como lo que quiere decir y lo entiendo. Todas mis preguntas fueron contestadas, por lo tanto consiento y voluntariamente me ofrezco a contestar los cuestionarios.

Fecha _____

Firma _____

RESUMEN AUTOBIOGRÁFICO

María Orfa Neri Jiménez

Candidato para el grado de Maestro en Enfermería con énfasis en Salud Comunitaria

Tesis:

Autoeficiencia y actividad física en el adulto mayor

Campo de estudio:

Salud Comunitaria

Biografía:

Nacida en el estado de Puebla, el 10 de diciembre de 1949, hija de Salatiel Neri Ramírez (+) y Evangelina Jiménez de Neri.

Educación:

Egresada de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Montemorelos 1978. Diplomado en Administración de los Servicios de Enfermería. 1998

Experiencia profesional:

Servicio social en Jurisdicción No. 7 de la Secretaría de Salud, en Montemorelos, Nuevo León, enfermera de tiempo completo en el Hospital La Carlota en Montemorelos, Nuevo León. Supervisora de 1989 – 1990. Jefe de Enfermeras 1991 – 1992 y 1994 a Agosto 2000. Actualmente laborando en el servicio de hospitalización de la misma institución.



