

# **UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA**

## **FACULTAD DE CIENCIAS**

### **E.A.P ENFERMERIA**



## **EFFECTIVIDAD DEL PROGRAMA EDUCATIVO “VEJEZ ACTIVA, VIDA FELIZ” EN EL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE PREVENCIÓN DE LA CIFOSIS POSTURAL EN ADULTOS MAYORES DEL PUEBLO JOVEN 2 DE MAYO, CHIMBOTE 2014.**

### **AUTORAS:**

- Bach. CASTRO HUACCHA, Yardenia Marilyn.
- Bach. VEGA ARTEAGA, Milagros Rocío

### **ASESORA:**

- Dra. MORGAN ZAVALA, Ysabel

**Nuevo Chimbote 2015**

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA**

**FACULTAD DE CIENCIAS**

**ESCUELA ACADEMICO PROFESIONAL DE ENFERMERIA**



REVISADO Y Vº "B" DE:

---

Dra. MORGAN ZAVALA, Ysabel

ASESORA

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA**  
**FACULTAD DE CIENCIAS**  
**ESCUELA ACADEMICO PROFESIONAL DE ENFERMERIA**



**JURADO EVALUADOR**

REVISADO y V° B° DE:

---

Ms. RODRIGUEZ BARRETO YOLANDA  
**PRESIDENTA**

---

Dra. HUAÑAP GUZMÁN MARGARITA  
**SECRETARIA**

---

Dra. MORGAN ZAVALA YSABEL  
**ASESORA**

## **AGRADECIMIENTO**

A Dios por permitirnos llegar hasta donde hemos llegado, porque hizo realidad este sueño anhelado.

A nuestra querida alma mater Universidad Nacional del Santa, en especial a la Escuela Académico Profesional de Enfermería por habernos aceptado a ser parte de ella y abierto las puertas de su seno científico para poder estudiar durante todo este tiempo.

A nuestras docentes por su tiempo, apoyo incondicional, sabiduría y enseñanza que nos transmitieron en el desarrollo de nuestra formación profesional.

A nuestra asesora Dra. Morgan Zavaleta Ysabel por su paciencia, comprensión y acertadas sugerencias en el desarrollo de nuestro trabajo de investigación.

A los miembros de la Asociación de Mormones “LA IGLESIA DE JESUCRISTO DE LOS SANTOS DE LOS ÚLTIMOS DÍAS” del Pueblo Joven 2 de mayo, Distrito de Chimbote, por su colaboración en la realización del presente estudio.

## **DEDICATORIA**

### **A DIOS.**

Por ser mí guía cada día en mis momentos difíciles, porque sin su protección y sabiduría divina no hubiese logrado lo que he ganado hasta el día de hoy.

### **A MIS PADRES.**

Por ser mi inspiración a cada paso que doy, brindándome su amor y cariño incondicional ante las adversidades.

### **A MI HIJO.**

Alexis lo más grandioso de mi vida, por ser mi alegría y brindarme la fuerza y empeño para seguir.

### **A MI HERMANA.**

Brigett por ser mí apoyo en todo momento, brindándome su confianza y cariño incondicional.

**Castro Huaccha, Yardenia**

## **DEDICATORIA**

### **A DIOS.**

Por haberme permitido llegar hasta este punto y por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo este tiempo de estudio.

### **A MIS PADRES.**

Por darme la vida, quererme mucho y porque siempre creyeron en mí. Gracias por ser el pilar fundamental en todo lo que soy, por su incondicional apoyo perfectamente mantenido a través del tiempo.

### **A MI HERMANA.**

Por ser el ejemplo de una hermana mayor y de la cual aprendí aciertos; por su ejemplo de perseverancia y constancia que la caracteriza.

**Vega Arteaga, Milagros**

## ÍNDICE GENERAL

	Pág.
RESUMEN	
I. INTRODUCCIÓN	12
II. MARCO TEÓRICO	30
III. MATERIAL Y MÉTODO	39
IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	
4.1. RESULTADOS	49
4.2. ANÁLISIS Y DISCUSION	55
V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
5.1. CONCLUSIONES	62
5.2. RECOMENDACIONES	63
VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	64
ANEXOS	72

## ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
<b>TABLA Nº 1:</b>	
NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE PREVENCIÓN DE LA CIFOSIS POSTURAL EN ADULTOS MAYORES ANTES DE APLICAR EL PROGRAMA EDUCATIVO “VEJEZ ACTIVA, VIDA FELIZ” DEL PUEBLO JOVEN 2 DE MAYO, CHIMBOTE 2014.	49
<b>TABLA Nº2:</b>	
NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE PREVENCIÓN DE LA CIFOSIS POSTURAL EN ADULTOS MAYORES DESPUÉS DE APLICAR EL PROGRAMA EDUCATIVO “VEJEZ ACTIVA, VIDA FELIZ” DEL PUEBLO JOVEN 2 DE MAYO, CHIMBOTE 2014.	51
<b>TABLA Nº 3:</b>	
EFFECTIVIDAD DEL PROGRAMA EDUCATIVO “VEJEZ ACTIVA, VIDA FELIZ” EN EL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE PREVENCIÓN DE LA CIFOSIS POSTURAL EN ADULTOS MAYORES DEL PUEBLO JOVEN 2 DE MAYO, CHIMBOTE 2014.	53

## ÍNDICE DE FIGURAS

	Pág.
<b>FIGURA Nº 1:</b>	
NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE PREVENCIÓN DE LA CIFOSIS POSTURAL EN ADULTOS MAYORES ANTES DE APLICAR EL PROGRAMA EDUCATIVO “VEJEZ ACTIVA, VIDA FELIZ” DEL PUEBLO JOVEN 2 DE MAYO, CHIMBOTE 2014.	50
<b>FIGURA Nº 2:</b>	
NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE PREVENCIÓN DE LA CIFOSIS POSTURAL EN ADULTOS MAYORES DESPUÉS DE APLICAR EL PROGRAMA EDUCATIVO “VEJEZ ACTIVA, VIDA FELIZ” DEL PUEBLO JOVEN 2 DE MAYO, CHIMBOTE 2014.	52
<b>FIGURA Nº 3:</b>	
EFFECTIVIDAD DEL PROGRAMA EDUCATIVO “VEJEZ ACTIVA, VIDA FELIZ” EN EL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE PREVENCIÓN DE CIFOSIS POSTURAL EN ADULTOS MAYORES DEL PUEBLO JOVEN 2 DE MAYO, CHIMBOTE 2014.	54

## RESUMEN

El presente trabajo de investigación de tipo cuasi experimental, con diseño pre y post test; tuvo como objetivo: conocer la efectividad del programa educativo “Vejez activa, Vida feliz” en el nivel de conocimiento sobre prevención de la cifosis postural en adultos mayores del Pueblo Joven 2 de Mayo, Chimbote 2014. La población estuvo constituida por 30 adultos mayores de 60 años. Se utilizó como instrumento un cuestionario para evaluar el nivel de conocimiento sobre medidas preventivas de cifosis postural y el Programa educativo. La validez y confiabilidad del instrumento se determinó mediante juicio de experto y el método de Alfa de Cronbach. El procesamiento y análisis de datos se realizó en el software especializado SPSS 18. Para determinar la efectividad del Programa educativo se aplicó la prueba estadística T- Student. Llegándose a las siguientes conclusiones:

1. El 60% de los adultos mayores presentaron un nivel de conocimiento medio sobre medidas preventivas de cifosis postural, el 33% bajo y el 7% alto antes de aplicar el Programa educativo “Vejez activa, Vida feliz”.
2. El 93% de los adultos mayores presentaron un nivel de conocimiento alto sobre medidas preventivas después de aplicar el Programa educativo “Vejez activa, Vida feliz”.
3. El Programa Educativo “Vejez activa, Vida feliz”, obtuvo una efectividad altamente significativa, al incrementar el nivel de conocimiento sobre medidas preventivas de cifosis postural ( $P=0.000$ ); rechazándose la hipótesis nula ( $H_0$ ) y se acepta la hipótesis alternativa ( $H_i$ ).

**Palabras claves:** Programa educativo, cifosis postural, adulto mayor.

## ABSTRACT

The present work of quasi-experimental research with pre and post test design; aimed to meet the effectiveness of the educational program "Active Aging, happy life" in the level of knowledge about prevention of postural kyphosis in older adults Young People May 2, Chimbote 2014. The population consisted of 30 seniors 60. A questionnaire was used to assess the level of knowledge about preventive measures of postural kyphosis and educational program. The validity and reliability of the instrument was determined by expert judgment and method of Cronbach's alpha. Processing and analysis of data was performed in specialized software SPSS 18. To determine the effectiveness of the educational program T- Student statistical test was applied. Getting it self to the following conclusions:

1. 60% of older adults showed an average level of knowledge about preventive measures of postural kyphosis, 33% and 7% under high before applying the educational program "Active Aging, happy life."
2. 93% of the elderly had a higher level of knowledge about preventive measures after applying the educational program "Active Aging, happy life."
3. The Educational Program "Active Aging, Happy Life" won a highly significant effectiveness, to increase the level of knowledge about preventive measures postural kyphosis ( $P = 0.000$ ); rejecting the null hypothesis ( $H_0$ ) and the alternative hypothesis ( $H_1$ ) is accepted.

**Keywords:** Educational program, postural kyphosis, elderly.

## I. INTRODUCCIÓN:

La Organización Mundial de la Salud (OMS) conceptúa al adulto mayor sano, a aquel capaz de enfrentar el proceso de cambio a un nivel adecuado de adaptabilidad funcional y satisfacción personal. La etapa del adulto mayor se caracteriza por una decadencia general del funcionamiento de todos los sistemas del cuerpo. Diversas partes del cuerpo comienzan a desgastarse y los diferentes sistemas son incapaces de tolerar el deterioro que soportaron cuando la persona era más joven; el cuerpo del adulto mayor necesita atención esmerada y cuidados preventivos para asegurar que todos los sistemas sigan funcionando en las mejores condiciones y por el mayor tiempo posible (1).

La OMS considera en los países desarrollados que la etapa de Vida Adulto Mayor inicia a los 65 años, sin embargo para los Países en Vías de Desarrollo es a partir de los 60 años de edad. Estas diferencias cronológicas obedecen a las características socioeconómicas que tienen unos y otros países (2).

En el Perú, mediante Resolución Ministerial N° 729-2003 SA/DM, elaborado para el periodo 2002 – 2012, vigente aun en la actualidad, considera la etapa de Vida Adulto Mayor a partir de los 60 años. La presente clasificación se utilizó para identificar al adulto mayor en la siguiente investigación (3).

Aranibar y Ortiz comparten que la edad adulta mayor es sinónimo de envejecimiento. El envejecer es una parte del ciclo vital y si fuéramos estrictos deberíamos considerar que se empieza a envejecer desde el momento de nacer. Este es un fenómeno evolutivo, universal, natural, gradual, de cambios y transformaciones a nivel biológico, psicológico y social, que se estructuran de acuerdo al tiempo (4) (5).

En el ámbito de la Salud Pública, el aumento de la población envejecida debe tratarse como problema, dado que este grupo requiere asistencia sanitaria con mayor frecuencia y necesita de más cuidados para evitar consecuencias futuras. El cuidado y la atención de las personas adultas mayores se convierten en una responsabilidad exclusiva de las familias, ya que estas continúan siendo la principal fuente de bienestar y apoyo para mantener un buen nivel de vida en las personas adultas mayores, el envejecimiento de la población tendrá un impacto en el crecimiento económico, el ahorro, la inversión, el consumo, los mercados de trabajo, las pensiones, los impuestos y las transferencias intergeneracionales (6).

El envejecimiento es un proceso de deterioro progresivo, intrínseco, natural y universal que afecta a todos los seres vivos con el paso del tiempo. El deterioro de las funciones del cuerpo humano y la muerte son inevitables. (7).

El proceso de envejecimiento produce deterioro de todos los sistemas responsables del control de la postura corporal. La atrofia general de los músculos, las deficiencias neuromusculares y las insuficiencias biomecánicas

que ocurren en esta etapa contribuyen a los cambios en la silueta. Numerosas investigaciones demuestran que la falta de actividad física en los ancianos causa un deterioro en la estabilidad postural y el control del equilibrio. El progreso de la cifosis postural relacionada con la edad es un proceso bien establecido, influido por la morfología de los cuerpos vertebrales (8).

Con el envejecimiento también se disminuye la percepción sensorial, de tal modo que el adulto mayor ya no está tan alerta al peligro, estando susceptible a caídas. Además, aumenta la fragilidad ósea por la pérdida de cartílago y, así mismo, de su material calcáreo originando con ello desgaste de los huesos, y en consecuencia las personas de edad avanzada tienen mayor probabilidad de fracturas cuando sufren caídas y es esto justamente lo que en muchos de los casos produce alguna deformidad en la columna como es la cifosis postural (9).

En el presente siglo se vive una etapa de envejecimiento global, debido a que en todos los continentes del planeta, con mayor o menor desarrollo tecnológico, económico y social, se observa un aumento progresivo de la esperanza de vida (entre 70 y 80 años), disminución de la fecundidad (2,41 hijos por mujer) y mortalidad (41% entre 1990 y 2013: de 87 a 51 muertes por cada 1000 nacidos vivos) (10).

El mundo vive una "revolución demográfica", el grupo poblacional de adultos mayores en todo el mundo se duplicará, pasando del 10% (580 millones) al 15% (1200 millones) entre los años 2000 y 2025, llegando a

2000 millones en el año 2050 representando el 25% de la población. Este impacto demográfico y el rápido crecimiento de la población en la primera mitad del siglo XX significa que el número de personas de más de 60 años, que eran alrededor de 600 millones, llegarán a casi 2000 millones en el año 2050, es decir un incremento del 10% desde el año 1998 al 15% en el año 2025, que será más notable en los países en desarrollo. A nivel mundial Japón es el país con el mayor porcentaje de adultos mayores 22% de su población total; China es el país que sigue con 106 millones de adultos mayores; India con 59,6 millones, seguido por Estados Unidos y Rusia. El 62% de la población mundial mayor de 65 años reside en países en vías de desarrollo (11).

En América Latina, y en el Caribe, el proceso de envejecimiento se caracteriza por ser más rápido que en los países desarrollados, debido principalmente a la transición de población mayormente joven a una población en proceso de envejecimiento en un contexto de pobreza y de inequidades socioeconómicas que en algunos países de la región se acentúan más que en otros. El Perú no es ajeno a estos cambios, así se evidencia que en el año 2000 el porcentaje de adultos mayores fue del 7% (1'848,000 adultos mayores), en el 2005 la población adulta mayor fue de 2 millones 146 mil lo que representó el 7,7% de la población del país, con una tasa de crecimiento anual de 3,1%. Según el Censo de población y vivienda del 2007, la población adulta mayor aumentó a 2 millones 495 mil 643, alcanzando el 9,1% de población total del país, y se prevé que en el 2025, representará el 13,27% de peruanos. Es decir el Perú tendrá más de 3 millones de adultos mayores, con características diferenciadas en el caso de hombres y mujeres debido a profundas

inequidades estructurales, con un Sistema Público de Pensiones, que no les permite el acceso al mercado laboral (11).

En casi todos los países del mundo el índice de envejecimiento se duplicará en los próximos dos decenios, debido mayormente al avance de la medicina, mejora y aumento de cobertura de servicios de salud y educación lo que representa un cambio poblacional sin precedentes, caracterizado por el aumento de la esperanza de vida y en consecuencia el incremento de la población adulta mayor. Asimismo, la expectativa de vida de la población peruana ha cambiado en los últimos años; en 1970, era de 53 años; en el 2004, es de 70 años y se estima que alcanzará los 75 años en el 2025 (12).

El envejecimiento de la población es considerado un problema social en tanto que plantea la necesidad de respuestas sociales, exige un aumento del gasto en pensiones, hace crecer inevitablemente el gasto sanitario y genera la demanda de nuevos servicios de atención. Además, influye en la composición familiar y vital, la demanda de vivienda, las tendencias de la migración, la epidemiología y la necesidad de servicios de salud, y supone el riesgo de pérdida de capacidades físicas que limitan muchas veces las actividades de los adultos mayores, como la cifosis postural que al deformar la columna vertebral, limita la movilización correcta de la musculatura (12).

En Perú, El Instituto de Rehabilitación (INR, 2010) reporta que entre los principales daños que ocasionaron discapacidades en los pacientes atendidos, según su FRECUENCIA INR – 2010, se registró que 4933 personas

presentaron trastornos posturales (25.70%), siendo su mayor población afectada los niños y adolescentes y una porción considerada de adulto mayores. Entre los daños que ocasionan discapacidad en los pacientes atendidos, según GRAVEDAD DE DISCAPACIDAD INR – 2010, se registró que el 0.25% de ellos, presentaron trastornos posturales (13).

Entre las causas principales de esta alteración de la columna vertebral a nivel nacional, encontramos que se reportan mayor incidencia en personas que han sufrido osteoporosis infantil, inadecuadas posturas, caídas, cáncer, entre otros. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define las caídas como acontecimientos involuntarios que hacen perder el equilibrio y que el cuerpo caiga al suelo u otra superficie firme. Según su informe global de la OMS publicado en el 2012, las personas mayores de 65 años son quienes sufren más caídas mortales (14).

El Ministerio de Salud (MINS) dentro de sus Lineamientos de Política refiere que es muy importante atender de manera integral las necesidades de salud de la población adulta mayor, a fin de lograr el bienestar físico, funcional, mental y social, de esta población, promoviendo el envejecimiento activo y saludable sin alteraciones físicas, ni psicológicas (15).

Tomando en consideración las causas que generan alteraciones de la columna vertebral, reportamos que en el Centro de Salud Tablada de Lurín de Lima, en el año 2010 se ha registrado que del total del 100% de personas que acuden al servicio de Traumatología, el 36.18% son adultos mayores y de

estos el 27% ingresan principalmente por malformaciones del sistema osteomuscular; causadas en la mayoría de casos por caídas o enfermedades degenerativas (artritis, osteoporosis, etc.) y especialmente en mujeres (16).

Asimismo, en nuestra localidad, en el Hospital Eleazar Guzmán Barrón de Nuevo Chimbote, en el año 2015 se ha registrado que del total del 100% de personas que acuden a terapia física, el 17% son adultos mayores y de estos el 5% presentan problemas en la columna vertebral (17).

En el ámbito internacional se reportaron las siguientes investigaciones relacionadas con el presente estudio.

En España, MARTINEZ, N. (2007). En su trabajo de investigación "Prevención de las caídas en personas mayores a partir del tratamiento fisioterápico del desequilibrio postural", concluyó que la aplicación de los ejercicios de equilibrio sobre la población de personas adultas mayores independientes es viable y se adecua a su capacidad funcional, resultando ser un complemento óptimo dentro de los programas de Revitalización Geriátrica (18).

En Colombia, MOLANO, T., PÉREZ, M., VIDAL, Y., YASNÓ, P. (2008). En su trabajo de investigación "Análisis de la postura humana de los ancianos de sexo masculino del Asilo Hogar Divino Niño Jesús de la ciudad de Popayán", concluyó que hay elevación de la cadera izquierda en un 50%, desviación hacia el lado derecho de la vértebra cervical 7 en un 50%, así mismo la vértebra

torácica 10 se encuentra desviada hacia el lado derecho en un 58,33%; resultados que llevan a inferir que al haber elevación de la cadera izquierda el tronco se inclina hacia el lado derecho para conservarse en la línea media, esta inclinación del tronco produce desviación de la columna vertebral que posiblemente genere alteraciones en su estructura y función (19).

En España, CARMONA, P. (2012). En su trabajo de investigación “Análisis de la postura ortostática y su incidencia en el equilibrio del adulto mayor del grupo “Asociación de Jubilados de Albornoz” de la ciudad de Salgolqui. Propuesta alternativa”. Realizado en 30 adultos mayores comprendidos en las edades de 65 a 75 años, se concluyó que existió una mejoría, esto quiere decir que la aplicación del programa de ejercicios posturales de 11 semanas en sedestación y bipedestación ha sido favorable para mejorar el equilibrio y postura en el adulto mayor (20).

En el ámbito nacional se reportó la siguiente investigación relacionada con el presente estudio.

En Trujillo, CASTRO, D.; ISLA, W. (2008). En su trabajo de investigación “Efectividad de Programa Educativo Envejecimiento Saludable en el Autocuidado del Adulto Mayor. Pueblo Nuevo, Chepén. 2008”. Realizado en un grupo de 40 adultos mayores pertenecientes al programa del adulto mayor del centro de Salud Materno pueblo Nuevo-Chepén, con la finalidad de determinar la efectividad del programa educativo "Envejecimiento Saludable" en el autocuidado del Adulto Mayor, concluyeron que al aplicar el pretest, según el

nivel de autocuidado en nutrición, el 88% presentó un nivel de autocuidado regular y el 5% un nivel de autocuidado alto; según el nivel de autocuidado en ejercicio, el 88% presentó un nivel de autocuidado regular y el 10% un nivel de autocuidado alto; y según el nivel de autocuidado en el estrés, el 88% presentó un nivel de autocuidado regular y el 10% un nivel de autocuidado alto. Luego de aplicar el Programa Educativo, se obtuvo en el post test que tanto en el nivel de autocuidado en nutrición, en el ejercicio y en el estrés, el 100% presentó un nivel de autocuidado bueno, mientras que ningún adulto mayor (0%) presentó nivel de autocuidado deficiente (21).

En el ámbito local no se conocen cifras exactas de índice porcentual sobre números de casos de pacientes con cifosis postural por escasa o nula difusión de investigaciones.

Las alteraciones musculoesqueléticas de la columna vertebral, representan en la actualidad un problema de salud debido a su poder invalidante, el alto índice de ausentismo laboral, su elevada incidencia, pasando de un 13.4% en el año 2000 a un 27.8% en el 2015, y los altos costos sociales que generan, viéndose más afectados las poblaciones en edad: escolar, adolescente y adulto mayor (22).

La preservación de la salud es de gran importancia en todas las etapas de la vida y aun mayor en la etapa del adulto mayor, donde si tomamos medidas preventivas podemos evitar la presencia de alteraciones musculoesqueléticas que muchas veces pueden desencadenar problemas discapacitantes, que

pueden afectar su autoestima y autopercepción. Si bien es cierto, las alteraciones musculoesqueléticas de la columna vertebral, no son afecciones principales que afectan a la población adulta mayor, a lo contrario, más afecta a nuestros adolescentes y escolares según las nuevas investigaciones, es un tema de preocupación global y abren espacio para estudiar a otras poblaciones vulnerables, tal es el caso de los adultos mayores (22).

Los adultos mayores por su misma etapa, es un ser en envejecimiento que sufre desgaste físico, debido a la disminución de la masa muscular y la descalcificación que inicia a partir de los 20 a 40 años, que va en aumento conforme transcurre los años llevándole a la osteoporosis; asimismo el aumento de los depósitos de grasa en muchos de ellos producto de la obesidad curvan y desvían la línea recta e incurvada de una buena salud postural, todo lo mencionado hacen susceptible a la aparición de cifosis postural (23).

Las alteraciones posturales como lordosis, escoliosis y cifosis producen discapacidad que tienen muchas y diversas etiologías, pero la mayoría presenta un denominador común de dolor y alteración, afectando la calidad de vida (24).

La Encuesta Nacional de Hogares (ENAH), realizada por el Instituto Nacional de Estadística e Informática del Perú (INEI, 2013), en su informe ha revelado que en el área de salud, el 73,6% de la población de 60 y más años de edad, presentó algún problema de salud; mientras que, el 26,4% no presentó problemas de salud, observándose que en el área urbana, padecen

más las mujeres (83,2%) de problemas de salud degenerativas que los hombres (71,8%). Considerando, que el envejecimiento del ser humano es un proceso natural, progresivo, irreversible y continuo durante todo el ciclo de vida y que toda persona adulta mayor tiene derecho a una calidad de vida, se concluye que la salud en los adultos mayores depende no sólo de la presencia o ausencia de enfermedad objetivable, sino también de la capacidad del sujeto para adaptarse a cualquier eventualidad que pueda ocurrir. Por esta razón, a partir de 1982 se introduce el concepto de funcionalidad en este grupo etario, definiendo el estado de salud entre los adultos mayores, no en términos de déficit, como se solía definir anteriormente, sino de mantenimiento de la capacidad funcional. Esto quiere decir, que un adulto mayor no debe ser considerado como carga o falta de capacidad física para cubrir sus actividades personales como mínimo, sino que se busca la individualización de las personas adultas mayores con base en la prevención temprana de enfermedades degenerativas que atenten contra la calidad de vida de estas personas (25).

La cifosis es una de las deformaciones más comunes de la columna vertebral, caracterizada por una curvatura anormal mayor o igual de 45 grados, lo que causa un arqueamiento en la espalda vista como una mala postura implicando la limitación de la movilización correcta de la musculatura. Los síntomas de la cifosis que pueden presentarse o no, dependiendo del tipo y extensión de la deformidad, incluyen dolor de espalda, fatiga y dificultad para respirar, en casos severos pueden causar mucha incomodidad e inclusive la muerte. Mientras que la cifosis puede ocurrir a cualquier edad, es más común

en las mujeres mayores, a menudo se produce después de que la osteoporosis debilita los huesos de la columna vertebral hasta el punto que se agrietan y comprimen (26).

Los tipos de cifosis son: primaria y secundaria, dentro de la cifosis primaria está la cifosis congénita y la enfermedad de Scheuermann.

La cifosis congénita es causada por defectos de nacimiento en la columna vertebral. Un número de las vértebras se fusionan juntas y causan una curvatura excesiva de la columna vertebral. La enfermedad de Scheuermann, por lo general, afecta a personas jóvenes (entre 10 y 15 años de edad). Las vértebras se suponen que deben ser de forma rectangular. Se produce cuando la parte delantera y posterior de las vértebras se desarrollan a ritmos diferentes, lo que hace que se conviertan en forma de cuña (27).

Respecto a la cifosis secundaria, está la cifosis postural en los adultos mayores generados por cambios anatómicos propios del envejecimiento o por alguna otra condición médica como la osteoporosis, la artritis degenerativa, la espondilitis anquilosante, enfermedades del tejido conectivo, la parálisis y el cáncer (27).

La inclinación del cuerpo hacia delante es a menudo uno de los signos visibles de envejecimiento. Se produce como consecuencia de un proceso involutivo complejo en los músculos y sistema nervioso. El mantenimiento de la postura fisiológica extensora es un proceso de coordinación complicado,

condicionado por el correcto desempeño muscular y por el funcionamiento efectivo de los sistemas de control (28).

Junto con el proceso de envejecimiento, los cambios en los sistemas nervioso central y periférico producen una reducción en el tiempo de respuesta y en la velocidad de conducción neural. La información sensorial incorrecta parece ser el factor que produce el deterioro de la postura corporal: empieza a desaparecer la sensación de que el cuerpo está inclinado hacia delante. Este deterioro se produce principalmente en el plano frontal. La pérdida de fuerza y de masa muscular relacionada con la edad es más visible en los músculos extensores que flexores. Las personas alcanzan la máxima fuerza extensora en los músculos espinales en la cuarta década de vida, y para la octava década esta fuerza está disminuida en un 64% (29).

Los ancianos que realizan ejercicios tienen cambios en la curvatura de la columna vertebral. Un estilo de vida activo reduce significativamente el riesgo de incapacidad relacionada con la edad y los factores de riesgo que llevan a caídas. Además de esto no hay que olvidar que la osteoporosis condiciona también la morfología vertebral de la curvatura torácica (30) (31).

El siguiente trabajo está orientado a los adultos mayores; ya que en las prácticas pre profesionales se observa que se está empezando a enfatizar en la promoción y prevención de enfermedades en los adultos mayores; es por ello, que se considera de vital importancia seguir promoviendo estilos de vida

adecuados que favorezcan una vejez activa y saludable; y junto con ello se prevenga deformidades de la columna vertebral, como lo es la cifosis postural.

Las razones o motivos por la que se ha elegido este tema de investigación es la necesidad existente de algún mecanismo que conlleve a prevenir la enfermedad de la cifosis postural en los adultos mayores de 60 años de edad de la Asociación de Mormones “La Iglesia de Jesucristo de los Santos de los últimos días” del Pueblo Joven 2 de mayo, ya que en la actualidad se puede notar que no hay trabajos de investigación basados en la prevención de este tipo de enfermedades y tampoco la aplicación en este tipo de instituciones.

La mayoría de los profesionales de salud hacen proyectos de investigación en instituciones ya conocidas y bastante visitadas como lo son: los hospitales, los colegios, las municipalidades e inclusive en los comedores y wawawasis de diferentes comunidades, sin embargo, existen otras instituciones más en las que también se puede visitar y aplicar como lo son las iglesias, parroquias, capillas y/o templos de diferentes religiones. Debemos tomar en cuenta que en estos lugares la mayoría de adultos mayores se concentran y que por tanto, sería una buena oportunidad para poner en práctica lo que se ha aprendido en el transcurso de la carrera como futuros profesionales de salud, aparte es una oportunidad para motivar a estas personas a llevar una vida feliz y saludable que promueva a las nuevas generaciones a tener una mejor calidad de vida y que esta sea llevada de generación en generación.

Ante esta problemática nació el interés de identificar el nivel de conocimiento preventivo sobre cifosis postural, ya que la mejor estrategia de autocuidado y de gran relevancia significativa es la prevención. Esta situación que vive el adulto mayor y que muchas personas ignoran, debe ser de preocupación de enfermería, participando en su prevención.

Frente a este marco descrito, nos hemos motivado a realizar el presente estudio de investigación planteando la siguiente interrogante:

**¿CUÁL ES LA EFECTIVIDAD DEL PROGRAMA EDUCATIVO “VEJEZ ACTIVA, VIDA FELIZ” EN EL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE PREVENCIÓN DE CIFOSIS POSTURAL EN EL ADULTO MAYOR DEL PUEBLO JOVEN 2 DE MAYO, CHIMBOTE 2014?**

## **1.1. OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL**

Conocer la efectividad del programa educativo “Vejez activa, vida feliz” en el nivel de conocimiento sobre prevención de cifosis postural en adultos mayores del Pueblo Joven 2 de Mayo, Chimbote 2014.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Identificar el nivel de conocimiento sobre prevención de cifosis postural antes de aplicar el programa educativo “Vejez activa, vida feliz” en adultos mayores del Pueblo Joven 2 de Mayo, Chimbote 2014.
- Identificar el nivel de conocimiento sobre prevención de cifosis postural en adultos mayores después de aplicar el programa educativo “Vejez activa, vida feliz” del Pueblo Joven 2 de mayo, Chimbote 2014.
- Determinar la efectividad del programa educativo “Vejez activa, vida feliz” en el nivel de conocimiento sobre prevención de cifosis postural en adultos mayores del Pueblo Joven 2 de Mayo, Chimbote 2014.

## 1.2. HIPÓTESIS

Se plantea las siguientes:

**H<sub>i</sub>:** El programa educativo “Vejez activa, vida feliz” será efectivo, si se incrementa significativamente el nivel de conocimiento sobre prevención de cifosis postural en adultos mayores del Pueblo Joven 2 de mayo.

**H<sub>o</sub>:** El programa educativo “Vejez activa, vida feliz” no será efectivo, si se mantiene o no se incrementa significativamente el nivel de conocimiento sobre prevención de cifosis postural en adultos mayores del Pueblo Joven 2 de mayo.

Por consiguiente el presente trabajo de investigación es de suma importancia e interés puesto que sus resultados permitirán conocer la efectividad del programa educativo “Vejez activa, vida feliz” en el nivel de conocimiento sobre prevención de cifosis postural en adultos mayores del Pueblo Joven 2 de mayo que será de utilidad para futuros proyectos de intervención de enfermería teniendo como fin prevenir daños a la salud y mejorar la calidad de vida de los adultos mayores.

Para el profesional de enfermería, la presente investigación es de gran importancia; por ser la enfermera(o) uno de los responsables en el manejo de programas y estrategias preventivas, por tanto es necesario que conozcan aquellos factores de riesgo que generan cifosis para evitar dicha enfermedad y

de esta manera mantener la salud a través del autocuidado, y a partir de ellos plantear alternativas de solución y modelos de atención individualizados para mejorar la calidad de vida de los adultos mayores.

Para las instituciones formadoras de profesionales de la salud, como la Universidad Nacional del Santa, los resultados obtenidos permitirán que, se incorporen en los contenidos sobre autocuidado de la cifosis en el adulto mayor, para garantizar la formación de profesionales con una visión preventiva promocional hacia los adultos mayores.

En los adultos mayores pertenecientes a la asociación de mormones, la investigación les será importante, ya que les permitirá conocer medidas preventivas sobre cifosis postural, impulsando a adoptar estas medidas de autocuidado en la mejora de su calidad de vida.

Para los estudiantes de enfermería, es de suma importancia pues permitirá fortalecer los conocimientos para el cuidado de la salud, en el primer nivel de prevención y contribuir en la búsqueda y aplicación de nuevas estrategias y medidas para prevenir enfermedades como la cifosis postural en el adulto mayor.

## II. MARCO TEÓRICO

El presente trabajo de investigación se sustenta en la Teoría El Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender (1987).

La promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla. Consiste en proporcionar a las personas los medios necesarios para mejorar la salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a aumentar las habilidades y capacidades de las personas, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas que tienen impacto en los determinantes de salud. La existencia de un proceso de capacitación de personas y comunidades puede ser un signo para determinar si una intervención es de promoción de salud o no (32) (33).

El modelo de promoción de la salud propuesto por Pender, es uno de los modelos más predominantes en la promoción de la salud en enfermería; se basa en la educación de las personas, sobre cómo cuidarse y llevar una vida saludable. Este modelo identifica los factores cognitivos-perceptuales del individuo, los cuales son modificados por las características situacionales, personales e interpersonales, dando como resultado la participación en conductas favorecedoras de salud (34).

La educación para la salud comprende las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente destinadas a mejorar la alfabetización sanitaria que incluye la mejora del conocimiento de la población y el desarrollo de habilidades personales que conduzcan a la mejora de la salud. Es un proceso

educativo que tiene como finalidad responsabilizar a los ciudadanos en la defensa de la salud propia y colectiva. Es un instrumento de la promoción de salud y por tanto una función importante de los profesionales sanitarios, sociales y de la educación. Implica no sólo conseguir un cambio cuantitativo de conocimientos, sino también un cambio cualitativo en las actitudes que lleven a un cambio real de las conductas. No se trata de disponer muchos conocimientos, sino de disponer de capacidades y habilidades que permitan comportarse de manera diferente (35) (36).

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) en 1998 resalta la labor de la enfermera quien cuenta con armas fundamentales en lucha contra los problemas de la salud en el ser humano, promoviendo la creación de entornos saludables y conductas positivas (37).

El Modelo Promoción de la Salud, según la Doctora Nola Pender, identifica en la persona los siguientes factores:

Los factores cognitivo-perceptuales, son mecanismos motivacionales primarios para la adquisición y mantenimiento de la salud. Cada factor ejerce una influencia directa en la probabilidad de compromiso de acciones de promoción de la salud, se identificaron los siguientes factores:

- Importancia de la salud, es el valor dado a la salud relacionado directamente con las conductas de salud. Las personas que conceden gran importancia a su salud es más probable que traten de

conservarla. Por ejemplo se refleja desde el momento en que asumieron el compromiso de participar voluntariamente del Programa educativo, además participaron en el 100% de las sesiones educativas.

- Control de la salud percibido, es la percepción que la persona tiene de su propia capacidad para modificar su salud, puede motivar su deseo de salud. Por ejemplo los adultos mayores están en riesgo de presentar cifosis postural.
- Autoeficacia percibida, es la convicción individual de saber efectuar exitosamente las conductas necesarias para producir un efecto deseado. El hecho de que una persona esté firmemente convencida de que una conducta es asumible, puede influir en que alcance dicha conducta. Puede determinar la probabilidad de que se inicien conductas favorecedoras de la salud. Por ejemplo los adultos mayores se sienten capaces de adquirir algunas conductas promotoras de salud a partir del conocimiento; para disminuir el riesgo de presentar cifosis postural.
- Beneficios percibidos de las conductas, los individuos pueden sentirse más inclinados a iniciar o mantener conductas promotoras de la salud cuando consideran que los beneficios de dichas conductas son altos. Por ejemplo los adultos mayores le dan importancia a las medidas preventivas siendo el beneficio la conservación de la salud y su entorno.

Factores modificantes, se consideran aquellos que tienen influencia a través de los mecanismos cognitivos perceptuales, por ello se consideran con una influencia indirecta sobre la conducta, en la presente investigación identificamos los siguientes:

- Influencias interpersonales, considera a los elementos que pueden hacer variar las conductas promotoras de salud como la interacción que tienen los adultos mayores con el personal de salud a cargo del programa educativo.
- Factores conductuales, considera que una experiencia previa con acciones de promoción de la salud incrementa la habilidad de las personas para adoptar estas conductas promotoras. El conocimiento y habilidades previamente adquiridas facilitan la implementación de las conductas promotoras de salud. Por ejemplo podemos mencionar que los adultos mayores presentan un nivel de conocimiento inicial, el cual va a influir de manera indirecta en los factores cognitivos perceptuales (38).

Según este modelo, las personas buscan crear estilos de vida mediante las cuales puedan expresar su propio potencial de la salud humana, su capacidad de autoconciencia reflexiva, incluida la valoración de sus propias competencias, y su intento de conseguir un equilibrio personalmente aceptable entre el cambio y la estabilidad, así como la capacidad de regular de forma activa su propia conducta e interactuar con el entorno teniendo en cuenta toda

su complejidad biopsicosocial, transformando progresivamente el entorno, y siendo transformado a lo largo del tiempo (38).

Nola Pender también resalta la función de los profesionales sanitarios, ya que forman parte del entorno interpersonal, que ejerce influencia en las personas a lo largo de su vida (39).

El modelo de promoción de la salud integra tres categorías: características y experiencias individuales, cogniciones y afecto específico de la conducta y el resultado conductual.

Características y experiencias individuales: cada persona tiene características y experiencias personales únicas que afectan las acciones subsecuentes. La importancia de su efecto dependerá de la conducta objetivo.

La conducta previa relacionada es propuesta como una variable con efectos tanto directos como indirectos en la probabilidad de realizar las conductas promotoras de la salud. El efecto directo de la conducta pasada en la conducta promotora de la salud actual puede deberse a la formación del hábito, predisponiendo a la persona a realizar la conducta. Se propone que la conducta previa moldea todas estas cogniciones y efectos específicos de la conducta.

Los factores personales predicen una conducta dada, son moldeados por la naturaleza de la conducta objetivo. Se propone que los factores personales influyen directamente en las cogniciones específicas de la conducta y el afecto,

así como la conducta promotora de la salud. Los factores personales son clasificados como biológicos, psicológicos y socioculturales.

- a) Cogniciones y efecto específico de la conducta: esta categoría de variable dentro del Modelo de Promoción de la Salud es considerada de mayor significancia motivacional, constituyen el núcleo crítico para la intervención, ya que son sujetas a modificación a través de las acciones de enfermería.
  
- b) Resultado conductual: esta categoría incluye los siguientes conceptos: el compromiso con un plan de acción que inicia un evento conductual e impulsa al individuo hacia la acción, implica los procesos cognitivos subyacentes específicos en un tiempo y lugar dados y con personas específicas o solos. Sin importar las preferencias contrarias, identifica estrategias definitivas para despertar, llevar a cabo y reforzar la conducta. La conducta promotora de salud es el punto final o resultado de la acción en el Modelo de Promoción de Salud, está básicamente dirigida al logro de resultados de salud positivos para el cliente, dando como resultado, una experiencia de salud positiva durante la vida (39).

Al igual que el modelo de Nola Pender, el esquema planteado por las investigadoras representa la interrelación de las teorías de cambio en la conducta del adulto mayor y las categorías que promuevan al estilo de vida como un patrón multidimensional de acciones que se proyecten en beneficio de la salud, y por lo tanto se aplicó el programa educativo “Vejez activa, vida feliz”.

El programa educativo, es un proceso ordenado, lógico e integra que se basa en principios y leyes de aprendizaje, tiene su origen en necesidades individuales y colectivas de contexto de salud integral, también incorpora criterios educativos de planteamiento, desarrollo, evaluación y realimentación del proceso educativo, proporciona mayor seguridad a quien participa en ella porque parte de una experiencia previa y la capacita para un desempeño específico (40).

Después de aplicar el programa educativo “Vejez activa, Vida feliz”, existe la probabilidad de obtener como resultado que el programa educativo sea efectivo y no efectivo.

Es efectivo si el adulto mayor incrementa su nivel de conocimiento sobre la prevención de la cifosis postural generando una probabilidad de realizar conductas promotoras de salud; y no es efectivo si el adulto mayor no incrementa su nivel de conocimiento sobre la prevención de la cifosis postural, lo cual no genera una probabilidad de conductas promotoras de salud.

El adulto mayor debe continuar con un proceso de incremento de conocimiento sobre la prevención de la cifosis postural sea el resultado efectivo y no efectivo se hará la retroalimentación, para mantener o mejorar la conducta promotora de salud.

El nivel de conocimiento, se define como el grado de conocimiento o conjunto de información que se adquiere a lo largo de la vida como resultado de las experiencias y el aprendizaje del sujeto, siendo capaz de recordarlos para el cuidado de su salud y bienestar (41).

**FACTORES  
COGNITIVOS  
PERCEPTUALES**

Importancia de la salud

Control de la salud  
percibido

Autoeficacia percibida

Beneficios percibidos de  
las conductas

**FACTORES  
CONDUCTUALES**

Influencias  
interpersonales

Factores conductuales

**PROGRAMA  
EDUCATIVO  
"VEJEZ  
ACTIVA,  
VIDA FELIZ"**



**PARTICIPACIÓN DE UNA CONDUCTA  
PROMOTORA DE LA SALUD**

Incrementa el  
nivel de  
conocimiento

Adopción de  
conducta  
promotora de  
salud

**EFFECTIVO**

No  
incrementa el  
nivel de  
conocimiento

No adopción  
de conducta  
promotora de  
salud

**NO EFFECTIVO**

**RETROALIMENTACIÓN**

**ESQUEMA DEL MODELO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD DE LA  
DRA. NOLA PENDER ADAPTADO A LA PRESENTE INVESTIGACIÓN**

### III. MATERIAL Y MÉTODO

#### 3.1. MÉTODO DE ESTUDIO

El presente estudio de investigación es de tipo cuasi experimental y de diseño pre y post test, contó para efectos de este estudio con una sola población, manipulando deliberadamente la variable independiente, para observar efecto sobre la variable dependiente. Es decir, se aplicó el programa educativo, para observar si afectó en el nivel de conocimiento sobre prevención de cifosis postural en adultos mayores mormones del pueblo joven 2 de mayo.

#### 3.2. DISEÑO DE ESTUDIO

El presente estudio es de tipo cuasi experimental, hizo uso de diseño pre y pos test, se caracterizó por la aplicación de una prueba previa al tratamiento experimental; después se realizó la intervención y finalmente se aplicó una prueba posterior a la intervención que responde al siguiente esquema:



DONDE:

**GE** = Adulto mayor de la Asociación de Mormones “La Iglesia de Jesucristo de los Santos de los últimos días” del Pueblo Joven 2 de mayo.

**O<sub>1</sub>** = Medición del nivel de conocimiento (Pre test).

**X** = Aplicación del programa educativo “Vejez activa, vida feliz”.

**O<sub>2</sub>** = Medición del nivel de conocimiento (Post test).

### **3.3. POBLACIÓN**

Estuvo constituida por el total de adultos mayores de 60 años sin diagnóstico de cifosis pertenecientes a la Asociación de Mormones “La Iglesia de Jesucristo de los Santos de los últimos días” del Pueblo Joven 2 de mayo. N=30

#### **a) Unidad de análisis:**

Adultos mayores de 60 años pertenecientes a la Asociación de Mormones “La Iglesia de Jesucristo de los Santos de los últimos días” del Pueblo Joven 2 de mayo.

#### **b) Marco muestral:**

Registro de adultos mayores de 60 años inscritos en la Asociación de Mormones “La Iglesia de Jesucristo de los Santos de los últimos días” del Pueblo Joven 2 de mayo.

**c) Criterios de inclusión:**

- Adulto mayor de 60 años de edad pertenecientes a la Asociación de Mormones “La Iglesia de Jesucristo de los Santos de los últimos días” del Pueblo Joven 2 de mayo.
- Adulto mayor de ambos sexos.
- Adulto mayor orientado en tiempo, espacio y persona.
- Adulto mayor que no presente alteraciones que impidan la comunicación y el aprendizaje.
- Adulto mayor que acepte participar voluntariamente.
- Adulto mayor que no presente cifosis.

**d) Diseño muestral:**

Se llevó en adultos mayores de 60 años pertenecientes a la Asociación de Mormones “La Iglesia de Jesucristo de los Santos de los últimos días” del Pueblo Joven 2 de mayo, que hayan cumplido con los criterios de inclusión. n=30

**e) Principios éticos**

En el presente estudio de investigación se consideró los siguientes principios éticos:

- **Principio de Autonomía:** se entiende como la capacidad que tenemos de tomar decisiones o imponemos normas sin la influencia de presiones externas e internas. En el ámbito de la salud, el consentimiento informado es la máxima expresión de

este principio, ya que las preferencias y valores del participante son primordiales desde el punto de vista ético y deben ser respetadas sin excepciones. En la presente investigación todos los participantes fueron tratados como personas capaces de entender y tomar decisiones, pudiendo aceptar su participación.

- **Principio de Beneficencia:** Principio ético que comprende la máxima “sobre todo no dañar”. El investigador debe estar en cualquier momento del estudio para detenerlo si hay un indicio de que continuar puede resultar en daño, impedimento, peligro o muerte, sobre todo cuando los estudios requieren de la parte física del sujeto. La presente investigación permitió evaluar el nivel de conocimiento e implementar nuevas estrategias con el único propósito de prevenir factores de riesgo que predisponen a contraer la cifosis postural, beneficiando a los adultos mayores pertenecientes a la Asociación de Mormones “La Iglesia de Jesucristo de los Santos de los últimos días” del Pueblo Joven 2 de mayo.
- **Principio de No maleficencia:** Este principio significa actuar de forma que se evite cualquier daño físico, psíquico o moral al participante , lo que implica conocer la buena práctica clínica, no actuar imprudentemente, ni negligentemente, minimizar los riesgos tratando de conseguir una buena relación riesgo-

beneficio. La presente investigación no presentó riesgos de vulnerabilidad para los participantes.

- **Principio de Justicia:** Este principio incluye el derecho a un trato justo (en la selección de los sujetos y durante el estudio) y el derecho a la intimidad. Este puede mantenerse a través del anonimato o de procedimientos formales de confidencialidad. En la presente investigación los participantes recibieron un trato igualitario con consideración y respeto, sin diferencias entre ellos, así mismo nuestro estudio incluyó el consentimiento informado la cual nos permitió registrar la decisión voluntaria de participar en nuestro programa educativo.
- **Principio de anonimato:** “Privacidad de la identificación de la persona”. En el presente estudio de investigación se tuvo en cuenta la privacidad de los datos personales de los adultos mayores, garantizando el anonimato de los mismos.
- **Principio de confidencialidad:** “Garantizar que la información es accesible solo para aquellos autorizados a tener acceso”. En el presente estudio de investigación se reservaron todos los datos obtenidos de los adultos mayores y solo fueron usados con fines exclusivamente académicos (42).

### 3.4. DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

#### A. VARIABLE INDEPENDIENTE

Programa educativo “Vejez activa, vida feliz”

##### **Definición Conceptual:**

Es un conjunto ordenado y coherente de temas que se orienta a la atención de problemas específicos, es la herramienta, que incentiva la participación para la reflexión y análisis de un tema, estos son capaces de motivar un cambio de conducta, haciendo uso de estrategias de aprendizaje de fácil comprensión.

##### **Definición Operacional:**

Se midió con la escala nominal y se operacionalizó de la siguiente manera:

- **Efectividad del programa educativo:** El programa educativo “Vejez activa, vida feliz” será efectivo, si se incrementa significativamente el nivel de conocimiento sobre prevención de cifosis postural en adultos mayores del Pueblo Joven 2 de mayo.
- **No efectividad del programa educativo:** El programa educativo “Vejez activa, vida feliz” no será efectivo, si se mantiene o no se incrementa significativamente el nivel de conocimiento sobre prevención de cifosis postural en adultos mayores del Pueblo Joven 2 de mayo

## **B. VARIABLE DEPENDIENTE**

Nivel de conocimiento del adulto mayor sobre la prevención de cifosis postural

### **Definición Conceptual:**

Es el aprendizaje o entendimiento de los conocimientos básicos que la persona debe poseer sobre definición, signos, síntomas y tratamiento de la cifosis postural además de los aspectos preventivos que poseen los adultos mayores en el momento de la aplicación de los instrumentos.

### **Definición Operacional:**

El nivel de conocimiento se midió con escala ordinal y se operacionalizó de la siguiente manera:

- **Nivel de conocimiento alto:** Cuando el adulto mayor alcanza una calificación de 14 - 20 puntos en el test de evaluación del nivel de conocimiento acerca de cifosis postural.
- **Nivel de conocimiento medio:** Cuando el adulto mayor alcanza una calificación de 6 - 12 puntos en el test de evaluación del nivel de conocimiento acerca de cifosis postural.
- **Nivel de conocimiento bajo:** Cuando el adulto mayor alcanza una calificación de 0 - 4 puntos en el test de evaluación del nivel de conocimiento acerca de cifosis postural.

### 3.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

En el presente estudio de investigación se empleó como técnica la entrevista; los instrumentos que se utilizó para la recolección de datos fue:

- **Cuestionario**

El instrumento fue elaborado por las autoras tiene como objetivo conocer

el nivel de conocimiento de los adultos mayores sobre cifosis postural.

El cuestionario consta de dos partes, la primera son datos informativos del adulto mayor, la segunda parte está conformada por 10 preguntas de tipo cerrada y de respuesta única.

Cada alternativa tuvo un valor de 2 puntos si la respuesta es correcta y 0 puntos si es incorrecta, siendo en su totalidad 20 puntos. Se determinó los siguientes criterios para el establecimiento del nivel de conocimiento.

<b>Nivel de conocimiento</b>	<b>Puntaje</b>
Alto	14 - 20
Medio	6 - 12
Bajo	0 - 4

El presente cuestionario presenta una fiabilidad de 0,773 mediante el coeficiente de Alfa de Cronbach.

- **Programa educativo “Vejez activa, vida feliz”**

El programa educativo tiene como base al Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender. Se organizó en 4 sesiones con una duración de 45 minutos cada una. El modelo de Nola Pender se basa en la educación de las personas sobre cómo cuidarse correctamente y llevar una vida saludable.

Las experiencias de aprendizaje fueron transmitidas siguiendo una estrategia metodológica activa y participativa.

### **3.6. VALIDACIÓN Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO**

- **Cuestionario**

**Validez:** Se aplicó una prueba piloto a 10 adultos mayores que no se encuentren incluidos en la población de estudio. Incluyéndose la validación por juicio de expertos.

**Confiabilidad:** Se utilizó el coeficiente de Alfa de Cronbach.

- **Programa Educativo**

Se validó a través de juicio de expertos.

### **3.7. PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS**

La recolección de datos se realizó de la siguiente manera:

- A través de la Dirección de Escuela se coordinó con la directiva de la Asociación de Mormones “La Iglesia de Jesucristo de los Santos de los últimos días” del Pueblo Joven 2 de mayo, para la autorización y apoyo en el desarrollo de la presente investigación.

- Teniendo la aprobación y lista de participantes, se convocó para iniciar las sesiones educativas, previamente se les aplicó el pre test en un tiempo promedio de 25 minutos, en el ambiente donde se realizó la ejecución del programa educativo.
- El desarrollo del programa educativo se realizó en 3 sesiones, teniendo en cuenta el cronograma de actividades.
- El post test fue aplicado al finalizar el programa educativo en un tiempo promedio de 25 minutos.

### **3.8. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS**

Los datos recolectados se ordenaron y codificaron para fines de la investigación, utilizando el Software de estadístico SPSS versión 18.

El análisis estadístico se realizó en dos niveles:

**Nivel descriptivo:** Se presentaron los resultados en tablas unidimensionales y bidimensionales. Las figuras se realizaron en Software Microsoft Excel según las variables de estudio.

**Nivel analítico:** Para determinar la efectividad del programa educativo se utilizó la prueba estadística paramétrica T- Student, con un nivel de significancia de  $p < 0,05$ .

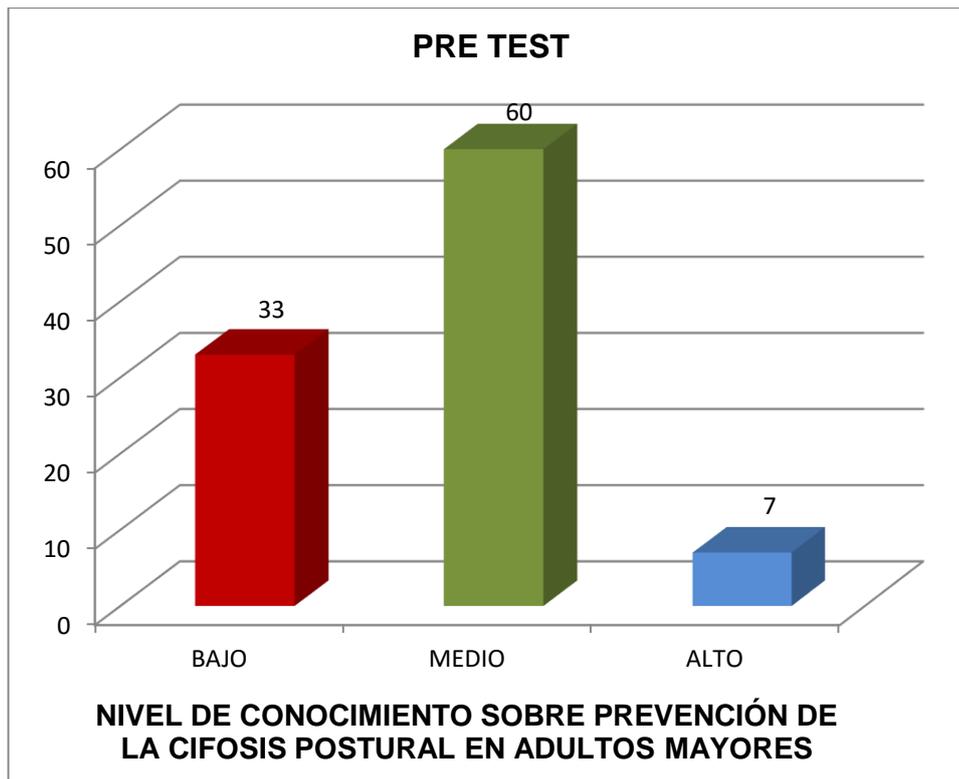
## IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

### 4.1. RESULTADOS

**TABLA N° 01:**

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE PREVENCIÓN DE LA CIFOSIS POSTURAL EN ADULTOS MAYORES ANTES DE APLICAR EL PROGRAMA EDUCATIVO “VEJEZ ACTIVA, VIDA FELIZ” DEL PUEBLO JOVEN 2 DE MAYO, CHIMBOTE 2014.

NIVEL DE CONOCIMIENTO	PRE TEST	
	fi	hi
BAJO	10	33.0
MEDIO	18	60.0
ALTO	2	7.0
<b>TOTAL</b>	<b>30</b>	<b>100.0</b>



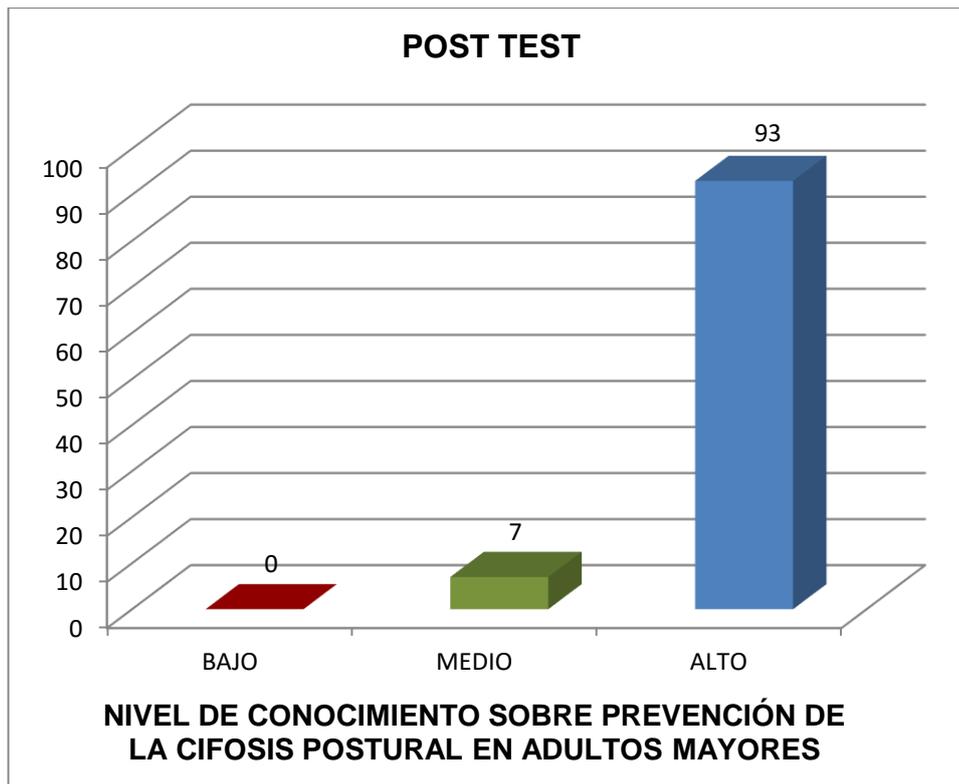
**FIGURA Nº 01:**

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE PREVENCIÓN DE LA CIFOSIS POSTURAL EN ADULTOS MAYORES ANTES DE APLICAR EL PROGRAMA EDUCATIVO “VEJEZ ACTIVA, VIDA FELIZ” DEL PUEBLO JOVEN 2 DE MAYO, CHIMBOTE 2014.

**TABLA N° 02:**

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE PREVENCIÓN DE LA CIFOSIS POSTURAL EN ADULTOS MAYORES DESPUÉS DE APLICAR EL PROGRAMA EDUCATIVO “VEJEZ ACTIVA, VIDA FELIZ” DEL PUEBLO JOVEN 2 DE MAYO, CHIMBOTE 2014.

NIVEL DE CONOCIMIENTO	POST TEST	
	fi	hi
BAJO	0	0.0
MEDIO	2	7.0
ALTO	28	93.0
<b>TOTAL</b>	<b>30</b>	<b>100.0</b>



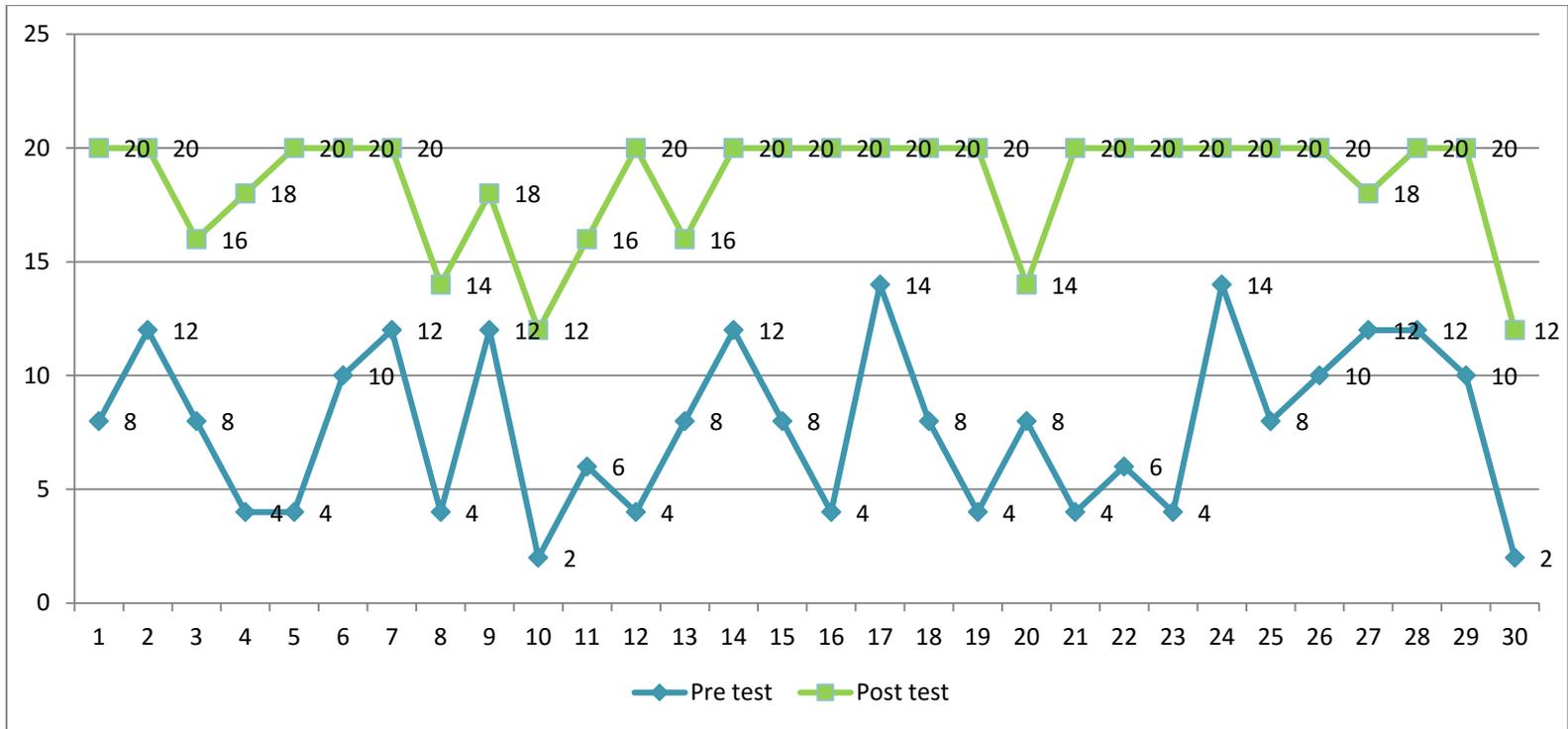
**FIGURA Nº 02:**

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE PREVENCIÓN DE LA CIFOSIS POSTURAL EN ADULTOS MAYORES DESPUÉS DE APLICAR EL PROGRAMA EDUCATIVO “VEJEZ ACTIVA, VIDA FELIZ” DEL PUEBLO JOVEN 2 DE MAYO, CHIMBOTE 2014.

**TABLA N° 03:**

EFFECTIVIDAD DEL PROGRAMA EDUCATIVO “VEJEZ ACTIVA, VIDA FELIZ” EN EL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE PREVENCIÓN DE CIFOSIS POSTURAL EN ADULTOS MAYORES DEL PUEBLO JOVEN 2 DE MAYO, CHIMBOTE 2014.

Comparación	Puntaje	Promedio	Hipótesis	Prueba T Student	Significancia	Decisión
PRE TEST	P.max.=14 P.min.=2	6.8	$H_i: \mu_{pre} < \mu_{post}$ $H_o: \mu_{pre} \geq \mu_{post}$		$p < \alpha$ $\alpha = 0.05$	$p < \alpha$
POST TEST	P.max.=20 P.min.=12	18.4	Se acepta $H_i$	$t = 11,932$	$P = 0.00$ (Significativo)	Se rechaza $H_o$



**FIGURA N° 3:**

EFFECTIVIDAD DEL PROGRAMA EDUCATIVO “VEJEZ ACTIVA, VIDA FELIZ” EN EL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE PREVENCIÓN DE CIFOSIS POSTURAL EN ADULTOS MAYORES DEL PUEBLO JOVEN 2 DE MAYO, CHIMBOTE 2014.

## 4.2. DISCUSIÓN:

En la **tabla N°01 y figura N°01**, se muestran los resultados de la aplicación del pre-test para medir el nivel de conocimiento que tienen los adultos mayores miembros de la Asociación de Mormones “La Iglesia de Jesucristo de los Santos de los Últimos Días”, antes de la aplicación del programa educativo “Vejez activa, vida feliz”, en el pre-test se evidencia que el 60% de los adultos mayores tiene un nivel de conocimiento medio, el 33% tiene un nivel de conocimientos bajo y solamente un 7% presenta un nivel de conocimiento alto.

Los resultados obtenidos no se pueden contrastar con un estudio específico sobre este tema, dado que no se han reportado estudios sobre este tipo de enfermedad.

De lo anteriormente mencionado con los resultados obtenidos en esta investigación se puede apreciar que los adultos mayores tienen algún tipo de conocimiento sobre la prevención de la cifosis postural, ya sea por el medio que sea para la obtención de este conocimiento, se puede observar también que un buen porcentaje de adultos mayores reciben mejor los conocimientos mediante charlas educativas o programas educativos

El nivel de conocimiento es el grado de conocimientos o el conjunto de información que se adquiere a lo largo de la vida como resultados de

las experiencias y el aprendizaje del sujeto, siendo capaz de recordarlos para el cuidado y bienestar de su salud (43).

El desconocimiento puede subestimar al adulto mayor, predisponiéndolo a descuidar su salud, mientras que un conocimiento adecuado es fundamental para el comportamiento y la toma de decisiones apropiadas en beneficio de la salud.

La educación para la salud y la aplicación del programa educativo en esta investigación, son oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente con vistas a facilitar cambios de conducta encaminados hacia una meta predeterminada; se trata fundamentalmente de una actividad educativa diseñada para ampliar el conocimiento de la población en relación con la salud y desarrollar la comprensión y las habilidades personales que promueven la salud (44).

El envejecimiento hoy en día ha provocado que la cifosis postural sea una de las afecciones más prevalentes en los adultos mayores, con el consiguiente aumento de las deformaciones músculoesqueléticas, pasando de un 13.4% en el año 2000 a un 27.8% en el 2015 (22).

Para gran parte de la población la conocida “joroba” es parte del envejecimiento, por lo tanto no hay una actitud preventiva ante esta enfermedad. De allí la importancia de incrementar el conocimiento de los adultos mayores sobre la prevención de la cifosis postural mediante el

desarrollo de programas educativos que permitan impartir conocimientos teóricos y prácticos tendientes a producir cambios de la conducta a fin de mejorar la salud.

Cabe recalcar, que la cifosis postural no es reconocida como un problema de salud pública, a pesar de sus graves consecuencias, lo cual representa una amenaza para la calidad de vida del adulto mayor.

En la **tabla N°02 y figura N°02**, se muestran los resultados de la aplicación del post-test para medir el nivel de conocimiento que tienen los adultos mayores miembros de la Asociación de Mormones “La Iglesia de Jesucristo de los Santos de los Últimos Días”, después de la aplicación del programa educativo “Vejez activa, vida feliz”, en el post-test se evidencia que el 93% tiene un nivel de conocimiento alto, el 7% tiene un nivel de conocimiento medio, y ninguno presentó nivel de conocimiento bajo.

Se puede observar que después de la aplicación del programa educativo “Vejez activa, vida feliz” los adultos mayores miembros de la Asociación de Mormones “La Iglesia de Jesucristo de los Santos de los Últimos Días”, incrementaron su nivel de conocimientos en prevención sobre cifosis postural.

Uno de los campos que desempeña el profesional de enfermería como proveedora de cuidados en salud es la educación, en la cual usa procedimientos y técnicas generadas de varias disciplinas científicas; a la vez desarrolla estrategias de aprendizaje como son los programas educativos en enfermería, con el objetivo de promover el mantenimiento, ajuste o cambio de conducta de las personas en forma voluntaria, logrando un estado de salud favorable (45)

La OMS, considera a la educación como algo más que una simple transmisión de información y memorización, ya que debe existir una participación para modificar ideas, creencias, actitudes erróneas, y crear nuevos hábitos que garanticen la promoción de la salud, como la enfermera debe poner en práctica (46).

Uno de los principales objetivos de la Organización Panamericana de la Salud es el control de enfermedades, a través de la promoción de programas educativos que sean técnica y económicamente viables y socialmente aceptables para que tengan un impacto positivo sobre la salud (47).

En la **tabla N°03 y figura N°03**, se muestra la efectividad del programa educativo “Vejez activa, vida feliz” en el nivel de conocimiento sobre prevención de cifosis postural en adultos mayores, observándose como promedio general del pre test 6.8 a 18.4 en el post test. La prueba de comparación de promedios del pre test y post test resultó significativa

( $P < 0.00$ ), es decir el resultado de esta prueba permite concluir que el Programa Educativo “Vejez activa, vida feliz” ha sido efectivo en el nivel de conocimiento sobre medidas preventivas sobre cifosis postural, del mismo modo se acepta la hipótesis planteada en la siguiente investigación.

Los resultados obtenidos concuerdan con MARTINEZ, N. (2007) quien en su trabajo de investigación “Prevención de las caídas en personas mayores a partir del tratamiento fisioterápico del desequilibrio postural”, concluyó que la aplicación de los ejercicios de equilibrio sobre la población de personas adultas mayores independientes es viable y se adecua a su capacidad funcional, resultando ser un complemento óptimo dentro de los programas de Revitalización Geriátrica (18).

Los resultados encontrados demuestran la importancia de la información recibida a través de las sesiones educativas, y del proceso enseñanza – aprendizaje en el fomento de la salud de la persona, familia y comunidad; porque va a permitir la adopción de conductas de salud para prevenir la enfermedad.

A su vez estos resultados demuestran que la estrategia educativa incorpora la colaboración activa del educador en el autocontrol del proceso salud – enfermedad para el educando. Los temas desarrollados en el programa Educativo “Vejez activa, vida feliz”, buscaron incrementar en los adultos mayores su nivel de conocimiento sobre cifosis postural,

siendo efectivo al observar el incremento del conocimiento del pre test al post test. Por ello se consideró los factores cognitivos – perceptuales del Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender, como mecanismos principales de motivación, pues tiene una influencia para la adquisición y mantenimiento de conductas promotoras de salud (36).

En España, CARMONA, P. (2012). En su trabajo de investigación “Análisis de la postura ortostática y su incidencia en el equilibrio del adulto mayor del grupo “Asociación de Jubilados de Albornoz” de la ciudad de Salgolqui. Propuesta alternativa”. Realizado en 30 adultos mayores comprendidos en las edades de 65 a 75 años, se concluyó que existió una mejoría, esto quiere decir que la aplicación del programa de ejercicios posturales de 11 semanas en sedestación y bipedestación ha sido favorable para mejorar el equilibrio y postura en el adulto mayor (20).

El aprendizaje es la adquisición de conocimientos, aptitudes y experiencias, la enseñanza en el proceso educativo es inminentemente activo, pues se realizó en el programa educativo a través de la participación del personal de enfermería y el adulto mayor para lograr el fin deseado, que es un cambio en el nivel de conocimiento y la conducta, enseñándole a los adultos mayores como poner en práctica sus conocimientos para evitar la cifosis postural (36).

Con los resultados encontrados después de aplicar el programa educativo “Vejez activa, vida feliz” se demuestra su efectividad

significativa dentro del objetivo trazado, determinar la efectividad del programa educativo “Vejez activa, vida feliz” en el nivel de conocimiento sobre prevención de cifosis postural en adultos mayores con la asistencia en las sesiones educativas con interés y participación activa.

## V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

### 5.1. CONCLUSIONES

El presente trabajo de investigación es de diseño Cuasi experimental realizado a 30 adultos mayores de la Asociación de Mormones “La Iglesia de Jesucristo de los Santos de los últimos días” del Pueblo Joven 2 de mayo, Chimbote 2014, llegándose a las siguientes conclusiones:

- El 60% de los adultos mayores presentaron un nivel de conocimiento medio sobre medidas preventivas de cifosis postural, el 33% bajo y el 7% alto antes de aplicar el Programa educativo “Vejez activa, Vida feliz”.
- El 93% de los adultos mayores presentaron un nivel de conocimiento alto sobre medidas preventivas después de aplicar el Programa educativo “Vejez activa, Vida feliz”.
- El Programa Educativo “Vejez activa, Vida feliz”, obtuvo una efectividad altamente significativa, al incrementar el nivel de conocimiento sobre medidas preventivas de cifosis postural ( $P=0.000$ ); rechazándose la hipótesis nula ( $H_0$ ) y se acepta la hipótesis alternativa ( $H_i$ ).

## 5.2. RECOMENDACIONES

- ✓ Considerar los resultados como parte de la justificación para la implementación de más programas educativos sobre prevención de cifosis postural priorizando en este tipo de instituciones ya que es el lugar donde mayor concurrencia de público hay.
- ✓ Realizar trabajos multidisciplinarios e intersectoriales, especialmente con el sector Educación, sobre prevención de cifosis postural a fin de afianzar las estrategias de enseñanza-aprendizaje hacia un nivel teórico-práctico, secuencial, continuo y permanente con el objetivo de que la persona sea agente de su propio autocuidado y el de su familia.
- ✓ Motivar a los profesionales de enfermería que dirigen programas del adulto mayor a organizar e implementar talleres o programas educativos dirigidos a la prevención de este tipo de enfermedades.
- ✓ Motivar a la realización de investigaciones similares al presente estudio, estratificando el nivel educativo, socioeconómico y cultural de la población en estudio.
- ✓ La Escuela Académica Profesional de Enfermería debe continuar participando en campañas de promoción de la salud y prevención sobre cifosis postural en los adultos mayores.

## VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1985). Hacia el bienestar de los ancianos. Washington DC, Estados Unidos. (Consultado: 30 de octubre del 2014). Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v11n2/art04.pdf>
2. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, ASOCIACIÓN MUNDIAL DE PSIQUIATRÍA – OMS, AMP (2002). Declaraciones de Consenso de la OMS y WPA sobre Psiquiatría Geriátrica. Rev. Psicogeriatría 2002; 2: 6:2
3. MINISTERIO DE SALUD - MINSA (2003). Salud integral: compromiso de todos. Modelo de Atención Integral de Salud. Lima, Perú. (Consultado: 13 de abril del 2015). Disponible en: <http://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2003/RM729-2003.pdf>
4. ARANIBAR, P. (2001). Acercamiento conceptual a la situación conceptual del adulto mayor en América Latina. Santiago, Chile.
5. ORTIZ, D. (2003). Aspectos Psicológicos del Envejecimiento. (Consultado: 14 de julio del 2014). Disponible en: <http://www.drscope.com/pac/mg2t7p77.htm>.
6. LORENZO, L., (2009). Consecuencias del envejecimiento de la población: el futuro de las pensiones. 3era Ed., Edit. Iberoamérica, España.
7. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, (2003). PLAN NACIONAL PARA LAS PERSONAS ADULTAS

MAYORES 2002-2006. Aprobado por DECRETO SUPREMO N° 005-2002-PROMUDEH. Ministerio Promoción de la Mujer y de Desarrollo Humano. Lima, Perú.

8. MISHARA, B., RIEDEL, G. (2012). El Proceso de Envejecimiento. 3ra. Ed., Edit. Morata. Barcelona, España.
9. PÉREZ, A. (1995). Enfermería Geriátrica. 1era ed., Edit. Síntesis S.A. Madrid, España.
10. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2014). Envejecimiento. Temas de Salud. (Consultado: 30 de marzo del 2015).  
Disponible en: <http://www.who.int/topics/ageing/es/>
11. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2013). Estadísticas Sanitarias Mundiales. (Consultado: 30 de marzo del 2015).  
Disponibile en:  
[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/82218/1/9789243564586\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/82218/1/9789243564586_spa.pdf)
12. REV. FAC.MED. UNAM (2012). Envejecimiento. 4ta ed., Edit. Salvat, España. (Consultado: 30 de marzo del 2015).  
Disponibile en:  
<http://med.unne.edu.ar/revista/revista100/envejecimiento.htm>
13. EL INSTITUTO DE REHABILITACIÓN – INR (2011). Análisis situacional del instituto nacional de rehabilitación 2010 (ASIS - INR). Oficina de epidemiología – INR. Lima, Perú.

14. DIARIO EL COMERCIO (2014). Adulto mayor: Tres de cada diez sufren una caída al año. Diario Noticia. Lima, Perú. (Consultado: 13 de abril del 2015). Disponible en: <http://elcomercio.pe/lima/ciudad/adulto-mayor-tres-cada-diez-sufren-caida-al-ano-noticia-1746848>
15. MINISTERIO DE SALUD - MINSA (2005). Lineamientos para la Atención Integral de Salud de las Personas Adultas Mayores. Lima – Perú; 2005. Pp. 31
16. CAMINO, M. (2012). Capacidad de autocuidado en la prevención de caídas que tienen los adultos mayores que acuden al centro de salud Tablada de Lurín, 2011. Tesis para optar el Título de Licenciada en Enfermería. Universidad Nacional Mayor de San Marcos\_UNMSM. Lima, Perú. (Consultado: 13 de abril del 2015). Disponible en: [http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/1440/1/camino\\_sm.pdf](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/1440/1/camino_sm.pdf)
17. OFICINA DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA DEL HOSPITAL ELEAZAR GUZMÁN BARRÓN (2015). Informe mensual de morbilidad general según grupo etáreo y sexo. Primer trimestre. 2015. Nuevo Chimbote, Perú.
18. MARTINEZ, N. (2007). Prevención de las caídas en personas mayores a partir del tratamiento fisioterapéutico del desequilibrio postural. Tesis Doctoral, Universidad de Salamanca - Área de Fisioterapia. (Consultado: 07 de julio del 2014). Disponible en:

[http://gredos.usal.es/jspui/bitstream/10366/68540/1/DFI\\_RM\\_Preencion\\_caidas\\_personas\\_mayores.pdf](http://gredos.usal.es/jspui/bitstream/10366/68540/1/DFI_RM_Preencion_caidas_personas_mayores.pdf)

19. MOLANO, T., PÉREZ, M., VIDAL, Y., YASNÓ, P. (2008). Análisis de la postura humana de los ancianos de sexo masculino del Asilo Hogar Divino Niño Jesús de la ciudad de Popayán. Colombia. (Consultado: 07 de julio del 2014). Disponible en:  
<http://www.analisis/postura/humana/ancianos-sexo-masculino-asilo-hogar/divino/niño/jesús.pdf>
20. CARMONA, P. (2012). Análisis de la postura ortostática y su incidencia en el equilibrio del adulto mayor del grupo “Asociación de Jubilados de Albornoz” de la ciudad de Salgolqui. Propuesta alternativa. España. (Consultado: 08 de julio del 2014). Disponible en: <http://www.analisispostura-ortostatica-incidencia-equilibrio-adulto-mayor-asociacion-jubilados-albonoz-salgolqui-pdf>
21. CASTRO, D.; ISLA, W. (2008). Efectividad de Programa Educativo Envejecimiento Saludable en el Autocuidado del Adulto Mayor. Pueblo Nuevo, Chepén. 2008. Tesis para Optar Título Profesional de Licenciada en Enfermería. Facultad de Ciencias. E.A.P de Enfermería. UNT. Trujillo, Perú.

22. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA – INEI (2015). Características demográficas de la población de la tercera edad. Perfil sociodemográfico de la tercera edad. Lima, Perú.
23. MARTINEZ L. (2005). Cambios estructurales y funcionales del envejecimiento. Edit. Masson. Barcelona, España.
24. HOWARD. B. (2000). Afecciones de la Columna Vertebral y de la Medula Espinal. Facultad de Medicina de la Universidad de Texas. Edit. Mosby Doyma Libros. Houston, Texas.
25. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA – INEI (2013). Perú: Demanda de Atención del Adulto Mayor por Problemas de Salud 2013. Biblioteca Nacional del Perú. Lima, Perú.
26. RODRIGUEZ P. (2002). Alteraciones de la Columna Vertebral. Edit. Herder. Barcelona, España.
27. SÁNCHEZ, B., FERRERO, M., (1999). Manual SERMEF de Rehabilitación y Medicina Física. 2da ed., Edit. Médica Panamericana. Buenos Aires, Argentina.
28. ESPINOZA, J. (2005). Acciones educativas para prevenir la Cifosis Dorsal. Venezuela. (Consultado: 09 de julio del 2014). Disponible en:  
<http://www.monografias.com/trabajos89/acciones-educativas-pervenir-cifosis-dorsal.shtml>.

29. SOCIEDAD IBEROAMERICANA DE INFORMACIÓN CIENTÍFICA (2010).  
Postura Corporal en Hombres Ancianos Físicamente  
Activos. (Consultado: 18 de julio del 2014). Disponible  
en:  
<http://www.bago.com/BagoArg/Biblio/traumaweb181.htm>
30. MARÍN, P. y COLS. (2000). Valoración geriátrica de 2116 Adultos Mayores  
pobres. Revista Médica de Chile. Santiago, Chile.
31. GIRALDO, A. y Colab. (2010). La promoción de la salud como estrategia  
para el fomento de estilos de vida saludable.  
(Consultado: 12 de marzo del 2015). Disponible en:  
[http://promocionsalud.ucaidas.edu.com/downloads/REVISTAS15\(1\)\\_9.pdf](http://promocionsalud.ucaidas.edu.com/downloads/REVISTAS15(1)_9.pdf)
32. DAVIES, J. K.; MACDONALD, G. (1998). Calidad, evidencia y eficacia en la  
promoción de la salud. Ed. Routledge. Londres,  
Inglaterra.
33. Ministerio de Sanidad y Consumo (2000). La evidencia de la eficacia de la  
promoción de la salud. UIPES. Madrid, España.
34. MARRINER, T. (2005). Modelos y teorías de Enfermería. 3era. ed. Edit.  
Mosby Doyma Libros. Madrid, España.
35. SPITZER, H. (2006). Diagnóstico de la situación del Adulto Mayor en el  
Perú y Propuesta para su mejoramiento de su Calidad  
de Vida. (Consultado: 25 de junio del 2014). Disponible  
en:

<http://www.aafeliz.org/doc/PropuestasdeCalidaddeVida/adelAM.pdf>

36. MARQUÉS F., SÁEZ S., GUAYTA R. (2004). Métodos y medios en promoción y educación para la salud. Barcelona, España.
37. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS) (1998). La enfermera en el amplio contexto de la práctica asistencial. Revista Educación Médica y Salud. Washington D.C., Estados Unidos.
38. SUAZO, I. (2009). Modelo de atención de enfermería de Promoción de la Salud de Nola Pender. (Consultado: 20 de agosto de 2014). Disponible en:  
<http://www.cmp./documentos/modelo.de.atencion.de.enfermeria./Cap17.pdf>
39. PENDER N., MURDAUGH C., PARSON M. (2002). Health Promotion in Nursing Practice. 3° ed. Edit. Appleton & Lange. New Jersey, Estados Unidos.
40. MORMONTOY, W. (1993). Elaboración de protocolo de investigación en ciencias de la salud de las conductas y áreas a fines. 1ra Ed. Edit. Universidad Cayetano Heredia. Lima, Perú.
41. HERMINA, C. (1993). La administración del conocimiento como orientación estratégica médica de salud. Ginebra, Suiza.
42. INFORME BELMONT (1976). Principios éticos y directrices para la protección de sujetos humanos de investigación.

Estados Unidos. (Consultado: 5 de enero del 2015).

Disponible en:

<https://www.etsu.edu/irb/Belmont%20Report%20in%20>

[Spanish.pdf](https://www.etsu.edu/irb/Belmont%20Report%20in%20Spanish.pdf)

43. POTTER, G. (2004). Fundamentos de Enfermería. Teoría y Práctica. 5ta. ed. Edit. Mosby Doyma Libros. Madrid, España.

44. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS) (1996). Promoción de la salud: Una antología. Publicación científica N°557. (Consultado: 05 de enero del 2015).

Disponible en:

[http://www.msc.es/biblioPublic/publicaciones/recursos\\_](http://www.msc.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_)

[propios/resp/revista\\_cdrom/VOL71/7\\_3\\_317.pdf](http://www.msc.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL71/7_3_317.pdf)

45. DUGAS (2000). Tratado de enfermería práctica. 4ta. ed., Edit. Mc. Graw. Hill. México.

46. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1989). Educación para la Salud. Manual sobre educación sanitaria en atención primaria de salud. (Consultado: 10 de marzo del 2015).

Disponible en:

[http://www.who.int/dg/speeches/2010/educationandhealth\\_20100920/es/](http://www.who.int/dg/speeches/2010/educationandhealth_20100920/es/)

47. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS) (2008). Vigilancia sanitaria y prevención y control de enfermedades en la OPS. (Consultado: 08 de enero del 2015). Disponible en:

<http://www.paho.org/spanish/ad/dpc/dpc-page.htm>

## ANEXOS

### ANEXO N° 01

#### PRESUPUESTO ANALÍTICO

<b>CÓDIGO POR ASIGNACIÓN</b>	<b>DESCRIPCIONES ESPECÍFICAS</b>	<b>SUB TOTAL S/.</b>	<b>TOTAL</b>
<b>01.00</b>	<b>REMUNERACIONES</b>		2500.00
<b>01.01</b>	<b>BÁSICA DEL TRABAJADOR PERMANENTE (INVESTIGADOR)</b>	2500.00	
<b>02.00</b>	<b>BIENES</b>		1100.00
	<b>MATERIALES Y ÚTILES DE ESCRITORIO</b> <ul style="list-style-type: none"><li>✓ Papel Bond a-04</li><li>✓ Fólderres</li><li>✓ Lapiceros y lápices</li><li>✓ Borrador y tajador</li><li>✓ Regla</li><li>✓ Engrapador y grapas</li><li>✓ Perforador</li><li>✓ Plumones</li><li>✓ Resaltador</li><li>✓ Cartulina</li><li>✓ Materiales de procesamiento de datos.</li></ul>	740.00	
<b>02.14</b>	<b>MATERIALES DE PROCESAMIENTO DE DATOS</b> <ul style="list-style-type: none"><li>✓ Memoria USB</li><li>✓ CD</li></ul>	60.00	
<b>02.15</b>	<b>MATERIALES DE IMPRESIÓN</b> <ul style="list-style-type: none"><li>✓ Recarga de cartucho</li><li>✓ Cartuchos HP</li></ul>	200.00	
<b>02.27</b>	<b>OTROS MATERIALES</b> <ul style="list-style-type: none"><li>✓ Bienes no considerados en otras asignaciones específicas (imprevistos)</li></ul>	100.00	
<b>03.00</b>	<b>SERVICIOS</b>		1900.00

<b>03.01</b>	<b>PASAJES, VIÁTICOS Y ASGINACIONES</b> ✓ Gastos por movilidad ✓ Gasto por alimentación y refrigerio.	700	
<b>03.03</b>	<b>MOVILIDAD LOCAL</b> ✓ Gastos por desplazamiento interurbano	400	
<b>03.05</b>	<b>PROCESAMIENTO AUTOMÁTICO DE DATOS</b> ✓ Alquiler de computadora	100	
<b>03.16</b>	<b>IMPRESIONES</b> ✓ Fotocopias ✓ Material bibliográficos ✓ Impresión por computadora	400	
<b>03.27</b>	<b>SERVICIOS NO PERSONALES</b> ✓ Gastos de empastado del informe final	300	
	<b>TOTAL</b>		<b>5500.00</b>



4. ¿Solamente los(as) mayores de 80 años presentan deformación en la columna?  
a) Sí b) No
5. ¿Consumir una dieta saludable ayuda a mantener el buen estado de los huesos?  
a) Sí b) No
6. ¿La actividad física ayuda a mantener la columna en buen estado?  
a) Sí b) No
7. ¿La cifosis lleva a la incapacidad física?  
a) Sí b) No
8. ¿La cifosis produce dolor intenso y problemas para respirar?  
a) Sí b) No
9. ¿La osteoporosis favorece a la deformación de la columna?  
a) Sí b) No
10. ¿Cifosis afecta el desempeño laboral de la persona?  
a) Sí b) No

## RESPUESTAS:

1. a	6. a
2. b	7. a
3. a	8. a
4. b	9. a
5. a	10. a

Nivel de conocimiento	Puntaje
Alto	14 - 20
Medio	6 - 12
Bajo	0 - 4



# UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA

## FACULTAD DE CIENCIAS

### ESCUELO ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

#### ANEXO N° 03

#### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Se me ha comunicado que el título de esta investigación es ***Efectividad del programa educativo “Vejez activa, vida feliz” en el nivel de conocimiento sobre prevención de la cifosis postural en adultos mayores del Pueblo Joven 2 de Mayo, Chimbote 2014***, el propósito de este estudio es ***“Conocer la efectividad del programa educativo “Vejez activa, vida feliz” en el nivel de conocimiento sobre prevención de cifosis postural en adultos mayores del Pueblo Joven 2 de Mayo”***.

El presente proyecto investigación está siendo conducida por ***Bach. Enf. Castro Huaccha Yardenia Marilyn y Bach. Enf. Vega Arteaga Milagros Rocío***, con la asesoría de la profesora ***Dra. Morgan Zavaleta Ysabel*** de la Universidad Nacional del Santa.

Si accedo a participar en este estudio, deberé responder una entrevista (encuesta o lo que fuera pertinente), la que tomará 25 minutos de mi tiempo. La conversación será grabada, así el investigador o investigadora podrá transcribir las ideas que haya expresado. Una vez finalizado el estudio las grabaciones serán destruidas.

Mi participación será voluntaria. La información que se recoja será estrictamente confidencial y no se podrá utilizar para ningún otro propósito que no esté contemplado en esta investigación.

En principio, las entrevistas o encuestas resueltas serán anónimas, por ello serán codificadas utilizando un número de identificación. Si la naturaleza del estudio requiriera su identificación, ello solo será posible si es que doy consentimiento expreso para proceder de esa manera.

Si tuviera alguna duda con relación al desarrollo del proyecto, soy libre de formular las preguntas que considere pertinentes. Además puedo finalizar mi participación en cualquier momento del estudio sin que esto represente algún perjuicio. Si sintiera incomodidad, frente a alguna de las preguntas, puede ponerlo en conocimiento de la persona a cargo de la investigación y abstenerse de responder.

Gracias por su participación.

Yo,

---

\_ doy mi consentimiento para participar en el estudio y soy consciente de que mi participación es enteramente voluntaria.

He recibido información en forma verbal sobre el estudio mencionado anteriormente y he comprendido la información y las explicaciones alcanzadas por el equipo investigador. He tenido la oportunidad de discutir sobre el estudio y hacer preguntas.

Al firmar este consentimiento estoy de acuerdo con que mis datos personales, incluyendo datos relacionados a mi salud física y mental o condición, y raza u

origen étnico, podrían ser usados según lo descrito en la hoja de información que detalla la investigación en la que estoy participando.

Entiendo que puedo finalizar mi participación en el estudio en cualquier momento, sin que esto represente algún perjuicio para mí.

Entiendo que recibiré una copia de este formulario de consentimiento e información del estudio y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo comunicarme con:

**Nombre del investigador:**

Dirección:

Institución:

Teléfono:

Email:

**Nombre del asesor:**

Dirección:

Institución:

Teléfono:

Email:

Como prueba de consentimiento voluntario para participar en este estudio, firmo a continuación:

.....

.....

Firma del participante y fecha

Nombre del participante

.....

.....

Firma del investigador y fecha

Nombre del investigador



# PROGRAMA EDUCATIVO

## VEJEZ ACTIVA, VIDA FELIZ



**AUTORAS:**

- ✓ **BACH. CASTRO HUACCHA, Yardenia Marilyn**
- ✓ **BACH. VEGA ARTEAGA, Milagros Rocío**

**CHIMBOTE – PERÚ**

**2014**

## **SUMARIO**

**Presentación**

**Agradecimiento**

**Introducción**

### **I. DATOS INFORMATIVOS**

### **II. PLANIFICACIÓN**

2.1. Marco Referencial

2.2. Objetivos

2.3. Marco conceptual

2.4. Marco estructural

2.5. Estrategia Metodológica

### **III. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS Y LOGÍSTICOS**

### **IV. EJECUCIÓN**

### **V. EVALUACIÓN**

5.1. Evaluación de Estructura

5.2. Evaluación de Proceso

5.3. Evaluación de Resultado

### **VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

## **PRESENTACIÓN**

La Promoción de la Salud es una responsabilidad de todos los sectores a nivel local, regional, nacional y mundial; pero sobre todo es una prioridad para el sector salud y por ende para el Profesional de Enfermería, debida a la importancia en proporcionar a la gente los medios necesarios para mejorar la salud y ejercer un mayor control sobre la misma, teniendo como elemento fundamental la Educación en Salud.

En este contexto presentamos el Programa Educativo titulado:

### **“VEJEZ ACTIVA, VIDA FELIZ”**

El cual expone diversos temas relacionados a la Prevención de la Cifosis Postural a manera de sesiones educativas basadas en el proceso de enseñanza – aprendizaje con la participación activa de los miembros y teniendo como eje metodológico el “aprender haciendo”, convirtiéndonos en orientadoras y guías y no solamente en transmisoras de conocimiento.

Esperamos que este Programa Educativo contribuya a alcanzar nuevos comportamientos saludables en los miembros de la Asociación de Mormones del Pueblo Joven 2 de mayo en relación a la Prevención de la Cifosis Postural y que estos sean incorporados eficazmente en sus prácticas cotidianas, en provecho de su salud.

Atentamente:

Las Autoras

## **AGRADECIMIENTO**

A todos los miembros de la Asociación de Mormones del Pueblo Joven 2 de mayo quienes nos brindaron su confianza y apoyo en el desarrollo de este Programa Educativo.

Por ello es para nosotras un verdadero placer utilizar este espacio para ser justas y consecuentes con estas personas, expresándoles nuestros más sinceros agradecimientos.

Las Autoras

## **INTRODUCCIÓN**

Una de las principales preocupaciones de los profesionales de la salud es el envejecimiento de nuestras poblaciones. Sabemos que tanto en los países desarrollados como los que están en vías de desarrollo existe una tendencia a aumentar la expectativa de vida al nacer y que se tenga cada vez personas mayores de 60 años de edad.

El envejecimiento es un proceso universal, continuo, irreversible, dinámico, progresivo, declinante, heterogéneo e inevitable, en donde se dan cambio a nivel biológico, psicológico y social; resultante de la interacción de factores genéticos, sociales, culturales, del estilo de vida y la presencia de enfermedades. Una de estas enfermedades con mayor incidencia en los adultos mayores y que representa un problema de salud pública es la cifosis.

Por fortuna, la cifosis es prevenible y existen medidas para evitarla, las cuales son sencillas y pueden ser aplicadas en la vida diaria. Es indispensable entonces, que el adulto mayor de la Asociación de Mormones “La Iglesia de Jesucristo de los Santos de los últimos días”, conozca cómo prevenir esta enfermedad con el fin de asegurar un buen nivel de calidad de vida. Por tal motivo, es necesario fortalecer los conocimientos sobre prevención de la cifosis aplicando un Programa Educativo a través de un proceso enseñanza – aprendizaje no como un tema académico que se puede enseñar enfocándose en teoría y en exámenes escritos, sino en un “enfoque de habilidad para toda la vida” que busca el logro de cambios positivos de actitudes y conductas aplicables a su salud.

Este programa consta de cuatro sesiones educativas sobre los siguientes temas:

- Actividad Física y Salud
- Dieta saludable
- Posturas Adecuadas

Las sesiones educativas están destinadas en principio a atender las necesidades de aprendizaje del adulto mayor de la Asociación de Mormones “La Iglesia de Jesucristo de los Santos de los últimos días”, pero por su contenido se estima que sea una fuente de consulta sobre los temas para prevenir la cifosis, contribuyendo a mantener una adecuada postura y permitiendo actuar como agente de cambio para la inducción de transformaciones radicales que fortalezcan la adopción de nuevas conductas saludables.

## I. DATOS INFORMATIVOS

- **DIRIGIDO:** Adultos mayores de la Asociación de Mormones “La Iglesia de Jesucristo de los Santos de los últimos días” del Pueblo Joven 2 de Mayo.
- **RESPONSABLES:** Bach. Enf. Castro Huaccha, Yardenia Marilyn.  
Bach. Enf. Vega Arteaga, Milagros Rocío
- **ASESORA:** Dra. Morgan Zavaleta, Ysabel
- **DURACIÓN:**
  - **Inicio:** 1era semana de Febrero
  - **Término:** 4ta semana de Febrero

## II. PLANIFICACIÓN

### 2.1. MARCO REFERENCIAL

#### **JUSTIFICACIÓN:**

En la medida que las personas envejecen se enfrentan a problemas y situaciones adversas, en la cual si no se logra tener la capacidad de afrontarlos e intervenir oportunamente puede desencadenar consecuencias lamentables para la salud, por lo que amerita la intervención de la enfermera como profesional de salud, ya que una de sus responsabilidades primarias es cuidar la salud de la persona en cualquier etapa de la vida para ayudarlo a sentirse seguro, apoyar su confianza y respeto en sí mismo, para

ello debe hacer uso de metodologías como puede ser un Programa Educativo (1).

Un componente esencial de la atención de enfermería es la educación en salud del paciente y una de las formas de brindarla es a través de los Programas Educativos, los cuales son instrumentos que constituyen una táctica global de la profesión. Todo Programa Educativo transmite educación, imparte nuevos conocimientos, desarrolla un sentido de responsabilidad, crea un clima favorable y ayuda a modificar ciertos comportamientos de riesgo en las personas.

Por ello, hemos optado por realiza el presente programa educativo está orientado a la tercera edad; ya que consideramos la educación como prioridad en el ámbito de la salud preventiva además que para nosotras es de mucha importancia promover estilos de vida adecuados que favorezcan una vejez activa y saludable y junto con ello se prevenga deformidades de la columna vertebral, como lo es la cifosis postural.

La cifosis es una deformidad de la columna vertebral caracterizada por una curvatura anormal mayor o igual de 45 grados, lo que causa un arqueamiento en la espalda vista como una mala postura implicando la limitación de la movilización correcta de la musculatura. Los síntomas de la cifosis que pueden

presentarse o no, dependiendo del tipo y extensión de la deformidad, incluyen dolor de espalda, fatiga y dificultad para respirar, en casos severos pueden causar mucha incomodidad e inclusive la muerte. Mientras que la cifosis puede ocurrir a cualquier edad, es más común en las mujeres mayores, a menudo se produce después de que la osteoporosis debilita los huesos de la columna vertebral hasta el punto que se agrietan y comprimen (2) (3).

Ante todo esto, como futuras profesionales en salud nos hemos preocupado por atender esta situación que quizás muchas personas ignoran pero que a la larga inquieta a la sociedad, ya que para nosotras es de suma importancia prevenir la cifosis en el adulto mayor ante la necesidad e importancia de mantener una buena postura corporal y que adquiera estilos de vida saludable promoviendo su autocuidado y que le permita disfrutar de su vejez de forma activa.

## **2.2. OBJETIVOS:**

### **OBJETIVO GENERAL**

Fortalecer el nivel de conocimiento en el adulto mayor de la Asociación de Mormones “La Iglesia de Jesucristo de los Santos de los últimos días” del Pueblo Joven 2 de Mayo para prevenir la cifosis postural.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Al finalizar el programa educativo, el adulto mayor de la Asociación de Mormones “La Iglesia de Jesucristo de los Santos de los últimos días” del Pueblo Joven 2 de Mayo, será capaz de:

- Realizar acciones de promoción y prevención para la cifosis postural.
- Enunciar la importancia de una rutina diaria de ejercicios y de una alimentación balanceada.
- Describir cuales son los factores de riesgo que debemos evitar para prevenir la cifosis postural.
- Identificar la necesidad de poner en práctica las medidas preventivas para evitar la cifosis postural.
- Redemostrar los ejercicios aprendidos durante la explicación.

### **2.3. MARCO CONCEPTUAL**

El presente trabajo de intervención de Enfermería cuenta con los siguientes aspectos conceptuales:

Los factores cognitivos perceptuales presentados por Nola Pender en su Modelo de Promoción de la Salud dentro de ellos consideramos para el presente estudio: importancia de la Salud, percepción del control de la salud, percepción de la propia eficacia, percepción de los beneficios de las conductas promotoras de la salud.

Dentro de los factores modificantes tenemos: características demográficas, influencias interpersonales, factores de situación y factores conductuales (4).

### **2.4. MARCO ESTRUCTURAL**

El Programa Educativo “Vejez activa, vida feliz” fue desarrollado en cuatro sesiones educativas dirigidos a los adultos mayores de la Asociación de Mormones “La Iglesia de Jesucristo de los Santos de los últimos días” del Pueblo Joven 2 de Mayo, el contenido educativo está basado en el Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender.

Las actividades indicadas en el programa estuvieron a cargo de las Tesistas en coordinación con los adultos mayores del Pueblo Joven 2 de Mayo (5).

## **2.5. ESTRATEGIA METODOLÓGICA**

Las sesiones de aprendizaje serán transmitidas, siguiendo una estrategia metodológica, deductiva, inductiva, activa y colectiva. Los métodos que se utilizarán en cada uno de los temas estarán centrados y enfocados de acuerdo a las necesidades de la población objetivo.

### **MÉTODOS**

- **MÉTODO DEDUCTIVO**

Se presentarán conceptos o principios, definiciones o afirmaciones sobre los temas de los cuales se extraerán conclusiones o se examinarán casos particulares sobre la base de las afirmaciones generales propuestas.

- **MÉTODO INDUCTIVO**

Se presentarán temas por medio de casos particulares para llegar al todo general.

- **MÉTODO ACTIVO**

Las sesiones educativas se desarrollarán con la participación del adulto mayor de la Asociación de Mormones “La Iglesia de Jesucristo de los Santos de los últimos días” del Pueblo Joven 2 de Mayo.

- **MÉTODO COLECTIVO**

El proceso de enseñanza aprendizaje se llevará a cabo de manera masiva y al mismo tiempo con la participación del adulto mayor de la Asociación de Mormones “La Iglesia de Jesucristo de los Santos de los últimos días” del Pueblo Joven 2 de Mayo.

### **TÉCNICAS**

Las técnicas que se empelarán para el desarrollo de las sesiones educativas serán las siguientes:

- Técnicas vivenciales.
- Técnicas audiovisuales.
- Técnicas escritas.
- Técnicas gráficas.

## **III. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS Y LOGÍSTICOS**

### **1. RECURSOS HUMANOS**

- Tesistas.
- Adultos mayores de la Asociación de Mormones “La Iglesia de Jesucristo de los Santos de los últimos días” del Pueblo Joven 2 de Mayo.

### **2. RECURSOS MATERIALES**

Elaboración de materiales educativos y desarrollo del tema:

- Papel Bond Formato A-04
- Papel sábana
- Fólderes
- Lapiceros y lápices
- Borrador y tajador
- Corrector
- Regla
- Engrapador y grapas
- Plumones y resaltadores
- Tijera
- Cinta masking
- Cartulinas
- Cámara fotográfica
- Láminas.

### **3. RECURSOS INSTITUCIONALES**

- ✓ Universidad Nacional del Santa
- ✓ Universidad Privada Los Ángeles de Chimbote
- ✓ Universidad Privada San Pedro
- ✓ Universidad Privada Cesar Vallejo
- ✓ Universidad Nacional de Trujillo
- ✓ Asociación de Mormones “La Iglesia de Jesucristo de los Santos de los últimos días” del Pueblo Joven 2 de mayo

#### **IV. EJECUCIÓN**

Se inició en la fecha programada y los contenidos fueron desarrollados por las investigadoras en coordinación con los adultos mayores de la Asociación de Mormones “La Iglesia de Jesucristo de los Santos de los últimos días” del Pueblo Joven 2 de mayo, de acuerdo al cronograma previamente estructurado. Todas las sesiones se desarrollaron en la iglesia del Pueblo Joven 2 de mayo.

En cada una de las sesiones se contó con la asistencia de los adultos mayores de nuestro grupo de estudio.

## CRONOGRAMA DE SESIONES EDUCATIVAS

FECHA	ACTIVIDADES	METODOLOGÍA		RESPONSABLE	TIEMPO
		MÉTODOS	TÉCNICAS		
3 de febrero del 2015	Aplicación del pre test	Activo participativo	<ul style="list-style-type: none"> <li>Escrita</li> </ul>	Yardenia Marilyn Castro Huaccha	25 min.
6 de febrero del 2015	Exposición del tema: Actividad física y salud.	Expositivo Activo participativo	<ul style="list-style-type: none"> <li>Discusión</li> <li>Juego de roles</li> </ul>	Milagros Rocío Vega Arteaga	45 min.
11 de febrero del 2015	Exposición del tema: Dieta saludable	Expositivo Activo participativo	<ul style="list-style-type: none"> <li>Discusión</li> </ul>	Yardenia Marilyn Castro Huaccha	45 min.
18 de febrero del 2015	Exposición del tema: Posturas Adecuadas	Activo Demostrativo	<ul style="list-style-type: none"> <li>Discusión</li> </ul>	Milagros Rocío Vega Arteaga	30 min.
25 de febrero del 2015	Retroalimentación	Activo participativo Demostrativo	<ul style="list-style-type: none"> <li>Discusión</li> <li>Juego de roles</li> </ul>	Yardenia Marilyn Castro Huaccha	30 min.
27 de febrero del 2015	Aplicación del post test	Activo participativo	<ul style="list-style-type: none"> <li>Escrita</li> </ul>	Milagros Rocío Vega Arteaga	25 min.

## **V. EVALUACIÓN**

### **5.1. EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA**

Se realizará el inicio del programa educativo para identificar el nivel de conocimiento del adulto mayor de la Asociación de Mormones “La Iglesia de Jesucristo de los Santos de los últimos días” sobre la prevención de la cifosis postural

### **5.2. EVALUACIÓN FORMATIVA**

Se realizará durante el desarrollo de las sesiones educativas mediante evaluaciones orales y demostrativas, contenidos en las respectivas sesiones del programa educativo, con el propósito de determinar el avance en el logro de los objetivos, teniendo la participación activa de los asistentes.

### **5.3. EVALUACIÓN SUMATIVA**

Este tipo de evaluación se realizará al término del programa educativo, para evaluar el logro de los objetivos.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. REMUZGO A. (2002). “Nivel de satisfacción del paciente Adulto Mayor respecto a los cuidados que recibe de las enfermeras (os) en el servicio de geriatría del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen 2001-2002” Tesis para optar el Grado de Licenciado en Enfermería. Lima-Perú.
2. MORIN. L. (2011). “Estudio de la Cifosis Torácica y Lordosis Lumbar mediante un dispositivo electro-mecánico computarizado no invasivo”. Influencia del género, la edad y la masa corporal. Ed. Universidad de Granada. Granada.  
Disponible en:  
<http://digibug.ugr.es/bitstream/10481/17581/1/19710859.pdf>
3. XIMENA G. (2013). “Anatomía Funcional”. Escoliosis, Lordosis y Cifosis. Universidad Técnica Particular de Loja.  
Disponible en:  
<http://www.slideshare.net/PauloGranda10/curvaturas-de-la-columna-vertebral-escoliosis-lordosis-y-cifosis>
4. SUAZO, I. (2009). “Modelo de atención de enfermería de Promoción de la Salud de Nola Pender”. Consultado: 20 de junio de 2014.  
Disponible en:

<http://www.cmp./documentos/modelo.de.atencion.de.enfermeria./Cap17.pdf>

5. MARRINER, Ann y Col. (2007). "Modelos y Teorías de Enfermería". Madrid-España. Edit. Harcourt. Página 455. Disponible en: [http://www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2010/jauregui\\_cj/pdf/jauregui\\_cj.pdf](http://www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2010/jauregui_cj/pdf/jauregui_cj.pdf)

# SESIONES



# EDUCATIVAS

## SESIÓN EDUCATIVA N°01

# “EJERCÍTATE, NO NECESITAS SUERTE, NECESITAS MOVERTE”

### I. DATOS INFORMATIVOS:

1.1. **LUGAR:** “La Iglesia de Jesucristo de los Santos de los últimos días”  
del Pueblo Joven 2 de Mayo.

1.2. **FECHA:** 06 de Febrero del 2015

1.3. **DURACIÓN:** 45 min.

1.4. **DIRIGIDO:** Adultos mayores de la Asociación de Mormones “La  
Iglesia de Jesucristo de los Santos de los últimos días” del Pueblo  
Joven 2 de Mayo.

1.5. **RESPONSABLES:** Bach. Enf. Castro Huaccha, Yardenia Marilyn.  
Bach. Enf. Vega Arteaga, Milagros Rocío

II. **TEMA:** Actividad física y salud

### III. OBJETIVOS:

#### OBJETIVO GENERAL:

Promover el ejercicio saludable a través de la educación y práctica del  
mismo.

## **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

Al finalizar la sesión educativa los adultos mayores estarán en condiciones de:

- ✓ Conocer los cambios musculoesqueléticos normales en el envejecimiento.
- ✓ Conocer los beneficios de la realización de ejercicios en su vida cotidiana.
- ✓ Conocer aquellos ejercicios que evitarán la cifosis postural.
- ✓ Redemostrar los ejercicios expuestos.
- ✓ Contribuir a reducir el estrés a través de las actividades físicas y deportivas.

## **IV. MATERIALES Y RECURSOS EDUCATIVOS:**

- ✓ Láminas ilustradas
- ✓ Papelógrafos
- ✓ Plumones
- ✓ Palos de escoba
- ✓ Pelotas

## **V. CONTENIDO:**

### **1. CAMBIOS MUSCULOESQUELÉTICOS NORMALES EN EL ENVEJECIMIENTO**

- Reducción de la elasticidad o endurecimiento de los tejidos produciendo rigidez en articulaciones y músculos de cadera, rodilla, codos, muñecas, cuello y vértebras.

- Disminución de la fuerza muscular, tono, velocidad de contracción y movimiento, especialmente en brazos, manos y piernas.
- La oxigenación y nutrientes a los músculos está reducida, esto ocasiona un descenso en la velocidad de contracción del músculo, por lo cual los movimientos son más lentos.
- La masa y la absorción de minerales están disminuidas, los huesos se vuelven débiles y secos aumentando el riesgo de caídas.
- Pérdida de estatura debida a la reducción en la altura de las vértebras y el progresivo estrechamiento de los discos intervertebrales.

## 2. BENEFICIOS DEL EJERCICIO



- Disminución del riesgo de enfermedades cardiovasculares (infarto agudo de miocardio, hipertensión arterial) disminuyendo el riesgo de cardiopatía isquémica.
- Mejora la función pulmonar (consumo de oxígeno).
- Disminuye la fatiga mejorando la capacidad respiratoria.
- Disminuye el riesgo de trombosis y embolias.
- Mejora la fuerza, sincronización muscular.
- Aumenta la densidad ósea, previniendo la osteoporosis.
- Disminuye también el estreñimiento y el riesgo de obesidad.
- Mejora el control fisiológico de metabolismo de la glucosa.
- Mejora la calidad del sueño.
- Mantiene el equilibrio y coordinación de los huesos y articulaciones, reduciendo riesgo a caídas.
- Desarrolla la seguridad en sí mismo, mejora los estados de depresión y ansiedad.
- El ejercicio en grupo facilita las relaciones sociales y autoestima.
- Conserva más ágiles y atentos nuestros sentidos.
- Refuerza la actividad intelectual al favorecer la buena oxigenación cerebral.
- Mejora la capacidad intelectual (memoria, estrés, etc.).

### 3. MEDIDAS DE AUTOCUIDADO PARA PREVENIR COMPLICACIONES

- La persona adulta mayor debe consultar con el médico antes de adoptar cualquier programa físico. Se debe tener en cuenta: la edad, el sedentarismo y estado de salud.
- Movilizar las articulaciones limitadas antes de practicar ejercicios más intensos.
- Evitar ejercicios sobre superficies duras.
- Evitar cambios de temperaturas extremas.
- Examinar los pies antes y después de cada sesión de ejercicios en busca de lesiones.
- Hay que vigilar muy especialmente la respuesta cardiaca al esfuerzo.
- Fragmentar los ejercicios en períodos cortos, intercalando momentos de actividad fuerte y descanso. Los ejercicios deben ser realizadas con constancia, regularidad y moderación.
- Concluir con una ducha.

### 4. ¿CUÁNDO DEBO REALIZAR LOS EJERCICIOS?

- Espere al menos 2 horas después de las comidas.
- Trate de hacer ejercicios de Amplitud de movimiento todos los días.
- No haga ejercicios extenuantes antes de dormir y después de las comidas.

- Los ejercicios de resistencia y fortalecimiento hágalos dejando un día.

## 5. EJERCICIOS PARA EVITAR LA CIFOSIS

- **Ejercicio 1**

Entrelaza las manos por detrás y junta los omóplatos, intenta estirar los codos y eleva los brazos (mantener medio minuto).



- **Ejercicio 2**

Sentada o de rodillas, sobre los talones, lleva un brazo por encima del mismo hombro y por detrás de la espalda, el otro por debajo y hacia detrás de la espalda también. Entrelaza los dedos, si no llegas, utiliza una cuerda, una toalla, o una servilleta, a la altura de los omóplatos, manteniendo las manos lo más cerca que se puedan entre sí. Mantén la posición medio minuto o cuentas hasta treinta. Repite llevando los brazos al contrario.



- **Ejercicio 3**

En posición parada, los codos junto al tórax lateral, antebrazos horizontales y manos hacia delante, tirar de las escápulas hacia atrás y sostener, mantener cinco segundos

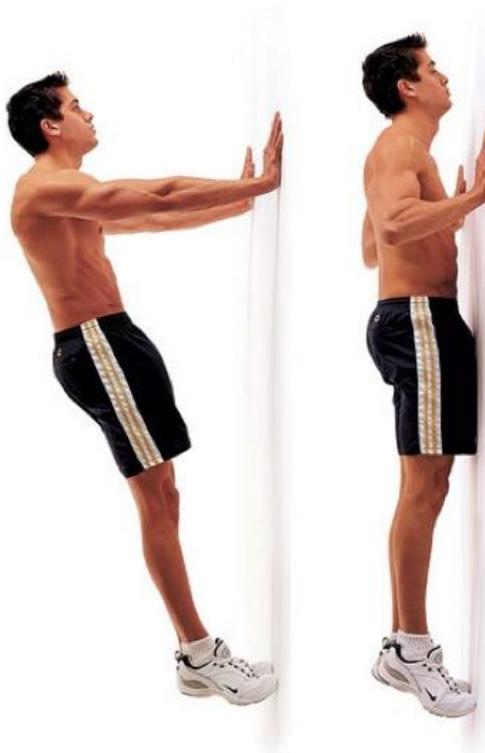
Con este ejercicio se podrá fortalecer los extensores de la espalda, estimular la respiración profunda, estirar los pectorales.



- **Ejercicio 4**

En posición parada, las manos hacia delante, flexionar los brazos hacia atrás y adelante, repetirlo durante 30 segundos.

Con este ejercicio se podrá relajar los extensores de la espalda.



## SESIÓN EDUCATIVA N°02

# "VIVE Y DISFRUTA COME SANO"

### I. DATOS INFORMATIVOS:

1.1. **LUGAR:** "La Iglesia de Jesucristo de los Santos de los últimos días"  
del Pueblo Joven 2 de Mayo.

1.2. **FECHA:** 11 de Febrero del 2015

1.3. **DURACIÓN:** 45 min.

1.4. **DIRIGIDO:** Adultos mayores de la Asociación de Mormones "La  
Iglesia de Jesucristo de los Santos de los últimos días" del Pueblo  
Joven 2 de Mayo.

1.5. **RESPONSABLES:** Bach. Enf. Castro Huaccha, Yardenia Marilyn.  
Bach. Enf. Vega Arteaga, Milagros Rocío

### II. TEMA: Dieta saludable

### III. OBJETIVOS:

### **OBJETIVO GENERAL:**

Definir una dieta apropiada y/o personalizada que se ajuste a las necesidades y apetencias del adulto mayor, cuidando un equilibrio que mantenga su peso óptimo y evite la cifosis postural.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

Al finalizar la sesión educativa los adultos mayores estarán en condiciones de:

- ✓ Conocer la importancia de una buena alimentación.
- ✓ Realizar una alimentación variada.
- ✓ Adecuar la ingesta calórica al gasto energético y al mantenimiento del peso corporal.
- ✓ Poner en práctica lo expuesto.

### **IV. MATERIALES Y RECURSOS EDUCATIVOS:**

- ✓ Pirámide alimenticia
- ✓ Láminas ilustradas

### **V. CONTENIDO:**

#### **1. DEFINICIÓN DE NUTRICIÓN**

La nutrición es un proceso complejo, mediante el cual los seres vivos utilizan e incorporan los nutrientes, para desarrollar y mantener sus tejidos, obteniendo la energía necesaria para realizar sus funciones.



## **2. FACTORES QUE AFECTAN LA NUTRICIÓN**

- Nivel económico bajo.
- Aislamiento, depresión y soledad, especialmente después de la muerte de un ser querido.
- Problemas personales, familiares o sociales, el estrés.
- La disminución del gusto y el olfato afectan el apetito.
- Factores culturales y religiosos.
- La enfermedad dental y periodontal lleva a preferir alimentos blandos que muchas veces son ricos en carbohidratos y bajos en nutrientes.
- También la dentadura postiza (que cubre el techo de la boca y las áreas gustativas secundarias) contribuye a la pérdida sensorial.

## **3. IMPORTANCIA DE LOS ALIMENTOS**

- Proporcionan sustancias que son necesarias para el funcionamiento de su cuerpo.

- El ser humano necesita alimentarse para crecer y tener la energía necesaria para realizar sus actividades, como jugar, estudiar y/o trabajar.
- En los alimentos se encuentran todas las sustancias nutritivas que necesitamos para crecer, para reparar nuestros tejidos y para obtener energía.
- Los alimentos que consumimos diariamente proporcionan sustancias necesarias para crecer, estar activos y conservar la vida.

#### 4. REQUERIMIENTOS NUTRICIONALES DEL ADULTO MAYOR

Se debe considerar las necesidades de calorías, grasas, carbohidratos, proteínas y vitaminas, teniendo en cuenta los cambios del envejecimiento y la individualidad. A continuación mencionaremos los requerimientos necesarios.

- **CALORÍAS:** Los requerimientos energéticos varían, las necesidades en calorías reducen aproximadamente en un 20%, por lo que las cantidades requeridas oscilan entre 2000 kcal/día en el varón de años y 1500-2000 kcal/día en mujeres de la misma edad.
- **GRASAS:** Comprenden el 20 a 25% de las calorías de la dieta. Sin ellas no es posible la absorción de las vitaminas liposolubles. Hay que reducir las grasas “malas” que contiene ácidos grasos saturados y consumir grasas “buenas” que contengan ácidos

grasos mono y polisaturados. Éstas se encuentran en mayor cantidad en las grasas vegetales y en el pescado. Si no se limitan los alimentos ricos en calorías como dulces, legumbres (moderado), azúcar, grasas y alcohol, corremos el peligro de que caigan en la obesidad, con aumento de colesterol y otras grasas, que seguramente son la causa de las enfermedades cardiovasculares.

- **HIDRATO DE CARBONO (AZÚCARES):** Que deben representar el 50%-60% de las calorías de la dieta. Se encuentran en vegetales, cereales, frutas, legumbres y papas, principalmente.
- **PROTEÍNAS:** No se reducen con la edad, sino que más bien se eleva su aporte y lo recomendado por América Latina es de 0.8 g/k a 1g/k equivalente a 10%-20% de la dieta.
- **AGUA:** Se recomienda un promedio de 1-1.5 L/d., si no hay contraindicación, para mantener una buena diuresis, prevenir la deshidratación y mejorar el aspecto de la piel.
- **VITAMINAS:** La mayoría recomienda para la persona adulto mayor un aumento de ellas:
  - ✓ La vitamina A es esencial para las funciones de la visión, mejora la piel, crecimiento, proliferación celular, reproducción y sistema inmunológico, previniendo las infecciones. Se recomienda de 300 ER/1000 Kcal. Se encuentra en la zanahoria, melón, yema de huevo.

- ✓ La demanda de vitamina B6 aumenta, con la finalidad de mantener adecuada la tolerancia a la glucosa, la función cognitiva y mejorar la respuesta inmune.
- ✓ El complejo vitamínico B (las vitaminas B1, B6 y B12) interviene en el metabolismo de los glucósidos, aminoácidos y ácidos grasos esenciales; y se encuentra en los cereales, semillas, requesón, carnes rojas y vegetales verdes.
- ✓ La vitamina C, antioxidante, se encuentra en los cítricos: limones, fresas, kiwis, meones, tomates y pimientos.
- ✓ La vitamina E es antioxidante y mejora la respuesta inmune deteriorada con la edad. Se encuentra en el aceite de oliva, de maíz, frutos secos y vegetales verdes. Se puede tomar en comprimidos.
- ✓ La vitamina D debe ser ingerida en una dosis de 600 (UI) para hombres y mujeres, porque el envejecimiento disminuye la capacidad de la piel para sintetizar vitamina D, además, interviene en el metabolismo del calcio imprescindible en la prevención de la osteoporosis. Se encuentra en la leche, mantequilla, yema de huevo, aceite de hígado de bacalao.

- **MINERALES**

- ✓ El zinc se debe ingerir de 15 a 12 mg para hombres y mujeres respectivamente. Ayuda a mantener los niveles sanguíneos de la vitamina A, mejora la calidad del cabello, le da brillo, fuerza y favorece la circulación superficial. Se encuentra en la avena, maíz, carne y huevos. Puede tomarse en comprimidos.
- ✓ El calcio, es fundamental para el adulto mayor y no parece reducir con los años. El calcio, es esencial para el funcionamiento del sistema óseo-muscular (especialmente en la reducción de la osteoporosis) y del músculo cardiaco. La dosis varía de 850 a 1020 mg/d. y se encuentran principalmente en leche, queso, yogurt, soya y brócoli.
- ✓ El magnesio, regula la temperatura corporal y ayuda a conciliar el sueño. Se encuentra en la leche, queso, pan negro y vegetales.

## **5. RECOMENDACIONES**

- Comer carnes blancas (pollo, pavo, pescado) 3 a 4 veces por semana.
- Comer carnes rojas 1 ó 2 veces a la semana.
- Consumir pescado de carne oscura (jurel, bonito, caballa).
- No debe comer más de dos yemas de huevo por semana.
- Consumir alimentos ricos en calcio: Queso, 2 a 3 vasos de leche descremada o 2 vasos de yogurt al día.

- Consumir legumbres (soya, lentejas, etc.) 2 a más veces por semana. Cuando se come legumbres no es necesario consumir ese día proteínas animales (carnes, pescados o huevos).
- Tomar suplementos de calcio o vitamina D (píldoras, pastillas) según indicaciones médicas.
- Evitar el exceso de frituras.
- Consumir soya, que contiene lecitina (sustancia capaz de solubilizar el colesterol).
- Tomar de 6 a 8 vasos de agua al día.
- Reducir el consumo de azúcar refinada o sustituirla por miel de abeja, chancaca o miel de caña.
- Consumir más cereales (avena, quinua, kiwicha). Sustituir el pan blanco por el pan de harina integral.
- Proteja los jugos de la luz y tómelos recién hechos (la vitamina C se destruye con la luz).
- Cocine bajo de sal.
- Consuma alimentos de la temporada, frescos, integrales y sin conservantes.
- Controle su peso periódicamente.
- Mantenga su boca en buen estado de higiene y mantenimiento.
- Lávese las manos siempre antes de manipular, preparar e ingerir los alimentos.

## SESIÓN EDUCATIVA N°3

# "LA BUENA POSTURA TU VIDA PERDURA"

### I. DATOS INFORMATIVOS:

- **LUGAR:** "La Iglesia de Jesucristo de los Santos de los últimos días" del Pueblo Joven 2 de Mayo.
- **FECHA:** 25 de Febrero del 2015
- **DURACIÓN:** 30 min.
- **DIRIGIDO:** Adultos mayores de la Asociación de Mormones "La Iglesia de Jesucristo de los Santos de los últimos días" del Pueblo Joven 2 de Mayo.
- **RESPONSABLES:** Bach. Enf. Castro Huaccha, Yardenia Marilyn.

Bach. Enf. Vega Arteaga, Milagros Rocío

### II. TEMA: Posturas adecuadas

### III. OBJETIVOS:

## **OBJETIVO GENERAL:**

Promover el ejercicio saludable a través de la educación y práctica del mismo.

## **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

Al finalizar la sesión educativa los adultos mayores estarán en condiciones de:

- ✓ Conocer la importancia de la realización de ejercicios en su vida cotidiana.
- ✓ Conocer aquellos ejercicios que evitarán la cifosis postural.
- ✓ Redemostrar los ejercicios expuestos.

## **IV. MATERIALES Y RECURSOS EDUCATIVOS:**

- ✓ Láminas ilustradas
- ✓ Sillas

## **V. CONTENIDO:**

### **1. DEFINICIÓN.**

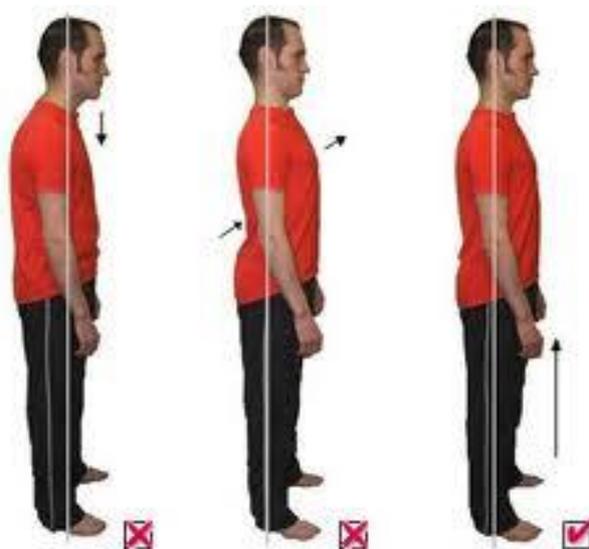
El término postura corporal es tan amplio y ambiguo que para definirlo deberemos conocer y diferenciar tres conceptos básicos:

- ✓ **Posición:** es la relación de la totalidad del cuerpo y el medio que le rodea.
- ✓ **Postura:** etimológicamente proviene de la palabra latina positura, que significa planta, acción, figura, situación o modo en que está colocada una persona, animal o cosa. Si

atendemos a criterios funcionales, podrían entenderse como la tensión que nuestro cuerpo desarrolla para conseguir la posición ideal con una eficacia máxima y un gasto energético mínimo.

- ✓ **Actitud:** es el resultado final de un complejo proceso (mental y físico) de equilibrio muscular llevado a cabo por el conjunto de posturas que adoptan todas las articulaciones del cuerpo en un momento determinado. Abarca tres dimensiones: orientación, mantenimiento y expresión. Cuando el proceso es educado y llega a estar tan automatizado que se realiza de forma natural y correcta, ya sea en un ejercicio estático o dinámico, se dice que es un hábito postural.

Se puede definir postura corporal como la alineación simétrica y proporcional de todo el cuerpo o de un segmento corporal, en relación con el eje de gravedad.



## 2. MODELO POSTURAL CORRECTO

Se entiende por modelo o estándar postural correcto el equilibrio y la alineación ideal de todos los músculos, las articulaciones y los segmentos corporales en base a una serie de principios científicos y anatómicos que sirven de guía.

En posición bípeda se establece el modelo postural correcto observando a la persona desde cuatro posiciones: de frente, desde el lado izquierdo, desde el lado derecho y de espalda. Para ello se utiliza como referencia una línea de plomada, es decir, una línea vertical suspendida desde un punto fijo, que sirve para medir las posibles desviaciones.

Es necesario aproximarse lo más posible a este estándar para conseguir la máxima eficacia del cuerpo con la mínima tensión y rigidez y con un gasto energético pequeño. No se debe olvidar que las leves desviaciones del modelo ideal son fruto de la actitud postural de cada persona.

### **Postura correcta:**

- ✓ **Cabeza:** Se debe colocar en posición recta, en equilibrio, sin que la barbilla esté demasiado alta (cabeza hacia atrás) ni demasiado baja (cabeza hacia abajo).
- ✓ **Hombros:** Deben colocarse nivelados y, en una visión lateral, ninguno debe estar ni hacia delante ni hacia atrás. Los brazos

se deben dejar relajados, colgando perpendiculares al cuerpo con las palmas mirando hacia éste. Las escápulas deben permanecer planas, sin los omóplatos demasiado hacia atrás ni demasiado separados.

- ✓ **Pecho:** Se debe colocar hacia delante y hacia arriba, y se debe mantener la espalda alineada. Como referencia, la posición debe estar entre la inspiración completa y espiración forzada.
- ✓ **Columna y pelvis:** Debe respetar las cuatro curvas naturales (cuello y lumbares hacia delante y dorsales y sacro hacia atrás) y las caderas han de estar niveladas. Influyen el lado hábil, o lateralidad, de la persona.
- ✓ **Abdomen:** Lo que más influencia tiene en esta parte del cuerpo, es la edad de la persona. En edades tempranas el abdomen es prominente en los niños mayores y los adultos es más liso.
- ✓ **Rodillas y piernas:** Deben mirar hacia delante y estar rectas de arriba hacia abajo. Si las miramos de lado, no deberá estar una más adelantada que la otra.
- ✓ **Pies:** Se deben colocar paralelos, con las puntas de los dedos hacia fuera y hacia delante y deben soportar el peso por igual.



### 3. FACTORES QUE INFLUYEN EN LA POSTURA

- **Factores externos.** Se denominan así a los factores de tipo ambiental que influyen en el desarrollo y en el mantenimiento de la adecuada postura corporal, dentro de este grupo se pueden distinguir factores de tipo intrínseco y de tipo extrínseco:
  - ✓ **Intrínsecos:** son aquellos que recibimos del exterior y que mediante un proceso interno (actitud) ajustamos y modificamos a nuestra realidad para que contribuyan positivamente en nuestra vida diaria, como, por ejemplo los conocimientos para sentarse correctamente.
  - ✓ **Extrínsecos:** son aquéllos provenientes del exterior que se refieren a los objetos con los que el cuerpo interactúa, como, por ejemplo, las sillas, la cama, la mochila.

- **Factores internos.** Son aquéllos que posee la persona. Se caracterizan por ser particulares e individuales y se pueden dividir en dos tipos:
  - ✓ **Fisiológicos-hereditarios:** son los principales factores que influyen en la postura corporal, entre ellos cabe destacar: el tono muscular, la columna vertebral, el centro de gravedad, la longitud y las particularidades de las extremidades, de los músculos posturales, de la flexibilidad y de la lateralidad.
  - ✓ **Psicológicos-emocionales:** el sistema nervioso central es el encargado de controlar, y de regular los movimientos a través de los esquemas motores, lo que implica que el estado de ánimo también influye en nuestra postura. Por ejemplo, si estamos alegre, confiados, nuestra postura será más erguida y segura, mientras que si, por el contrario, nos encontramos abatidos, la postura será más agarrotada y tímida.

#### **4. EDUCACIÓN FÍSICA Y POSTURA CORPORAL**

El conocimiento de unas actitudes posturales correctas en nuestra vida diaria es el primer paso de la prevención postural. Estas actitudes son educables y, convertidas en hábitos, tienen un efecto positivo para la salud.

La mejor manera de llevar estos contenidos a la práctica será a través del área de Educación Física. Si se fomenta en edades

tempranas la preocupación y la responsabilidad por el cuidado del cuerpo, para aprender a valorarlo, mejorarlo y disfrutarlo, puede llegar a constituir la primera medida higiénica postural.

### **Educación postural en la vida diaria.**

Se refiere a la postura correcta que se debe adoptar en acciones tanto estáticas como dinámicas. Se describirán a continuación los principios higiénicos de las posiciones básicas: de pie, sentado y de transporte de objetos.

#### **1. Posición bípeda (estar de pie).**

La posición bípeda se refiere a la verticalidad de las personas. Se debe buscar un equilibrio estable y no estar sometido a ninguna aceleración. Para conseguir esta situación, todas las fuerzas de nuestro cuerpo deben neutralizarse y el centro de gravedad del mismo debe proyectarse sobre la base de sustentación.

Todo esto significa que debe tomarse una postura que se aproxime al modelo postural correcto, visto anteriormente, y mantener la forma natural de la columna vertebral, lo que se puede conseguir con las siguientes reglas:

Llevar los hombros hacia atrás suavemente con el cuello recto.

Mantener la cabeza levantada, con el cuello recto.

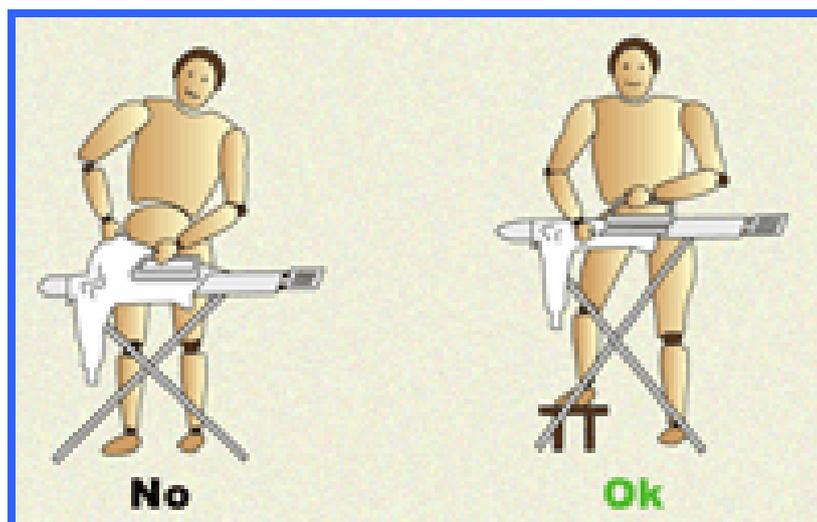
Mantener los músculos del abdomen contraídos.

Evitar la inclinación de tronco (por ejemplo, al cepillarnos los dientes).

Pero el hecho de estar de pie durante mucho tiempo puede provocar dolores en la espalda originados por la fatiga de entrenamiento de esta postura, para evitarlo se debe:

Cambiar de posición, cuando se tenga ocasión es necesario moverse (andar o sentarse).

Descargar el peso, para ello se puede apoyar la espalda contra la pared, posar una pierna en una pequeña elevación (escalón de poca altura), etc.



En la estabilidad del tronco tiene gran importancia los músculos de la espalda, que se tiende a acortar, y los de la región abdominal, que tienden a relajarse. Para mejorar dicha estabilidad, los primeros deben ser estirados y los segundos reforzados.

Tampoco hay que olvidar el papel fundamental que la pelvis desempeña en la estabilización y en equilibrio del tronco. En él destacan dos grupos musculares, los flexores de la cadera (situados en la parte delantera) y los glúteos (sus antagonistas), por lo que el equilibrio se conseguirá estirando los flexores y reforzando los glúteos.

## **2. Posición yacente (estar acostado).**

En este apartado se analizarán las posturas que hay que adoptar al acostarse, mientras se está acostado y al levantarse.

Para acostarse y levantarse de la cama hay que ponerse al lado de la misma y ayudarse con los brazos, tanto para incorporarse como para acostarse, y sentarse primero en el borde para no realizar giros bruscos de cintura. Al despertarse es conveniente tomarse un tiempo y desperezarse poco a poco, tomando conciencia de que el cuerpo ha estado varias horas inactivo y debe prepararse para la actividad diaria.

## Las posiciones más comunes durante el sueño



Las posturas más habituales para dormir son:

- ✓ **Boca arriba:** es la más adecuada, aunque no todas las personas pueden adoptarla. La máxima eficacia se consigue manteniendo la alineación ideal de la columna, al igual que en bipedestación, para lo que debe utilizarse una almohada cuyo grosor no incline ni desvíe la cabeza. La colocación de un cojín debajo de las rodillas ayudaría a reducir la lordosis lumbar.
- ✓ **De lado:** no debe existir rotación cervical, para evitarlo la almohada debe ser más gruesa que en el caso anterior, así la cabeza tendrá la misma alineación lateral que la columna y se asemejará a la alineación ideal.
- ✓ **Boca abajo:** esta postura sólo debe utilizarse si no se es capaz de dormir de otra manera. Si es así, conviene que se haga con una inclinación hacia uno de los costados o en posición fetal, ya que aumenta exageradamente la hiperlordosis lumbar.

Las características de los accesorios y complementos (factores extrínsecos) también son importantes. La cama deberá tener medidas acordes con el tamaño de la persona, tanto en longitud como en anchura, y se empleará un colchón firme, recto y flexible, que pueda adaptarse a las formas de nuestro cuerpo sin deformarse.

Es preferible dormir sobre superficies más duras y estables (por ejemplo, con un tablero de madera entre el somier y colchón) que en superficies blandas y deformadas.

### **3. Posición sedente (estar sentado).**

En la sociedad actual, esta posición adquiere especial importancia ya que las personas cada vez pasamos más tiempo sentados.

La postura correcta se obtiene equilibrando la masa corporal sobre el asiento, o sobre el suelo. Hay que conseguir que el tronco se sitúe en posición vertical, con los hombros hacia atrás y con la columna vertebral recta (sin que el cuerpo se doble hacia delante y sin arquear la espalda). Los muslos debe estar horizontales, las piernas verticales (formando con la articulación de la rodilla un ángulo de 90º) y los pies deben descansar en el suelo.



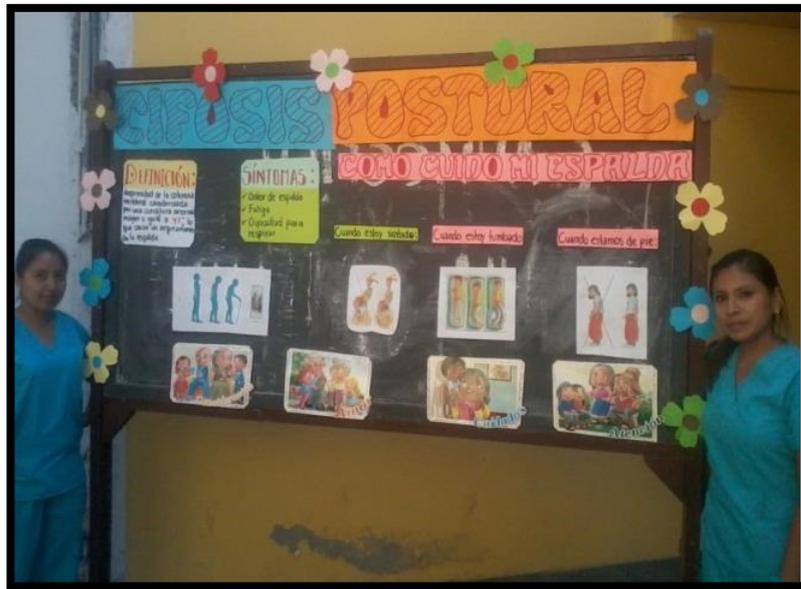
Al sentarnos se debe tener siempre un pie delante de otro e inclinarse de modo que los brazos queden pendientes hacia abajo, de tal forma que nos sentemos como si nos cayéramos por nuestro propio peso, pero de manera relajada, sin que exista brusquedad. Lo mismo sucede al levantarse, hay que hacerlo con un pie delante del otro y se debe deslizar el trasero hasta el borde; luego hay que inclinarse hacia delante, mantener la espalda vertical y ayudarse con los brazos, si es posible, de forma que nos levantemos por nuestra propia fuerza.

En este caso, también hay una influencia de los factores extrínsecos. El tamaño de la silla ha de ser acorde con el de la persona, y si cuenta con respaldo, éste no debe ser ni más alto ni más bajo de que la longitud de la espalda. Es aconsejable que exista una inclinación hacia atrás de  $110^{\circ}$  entre el respaldo y el asiento, además de contar con un apoyo a nivel lumbar, aunque si no lo tiene puede servir un pequeño cojín.

Si no es posible utilizar estos complementos, otra opción es cruzar las rodillas, lo que permite que la pelvis no bascule y que la cadera y la región lumbar se mantengan estables.

En ocasiones se considera, erróneamente, que la mejor postura para estar sentado es la más recta y rígida, pero lo cierto es que el mantenimiento de esa posición requiere un cierto esfuerzo y representa una fatiga innecesaria para los músculos de la espalda, ya que produce hiperlordosis en la región lumbar.

# REPORTE



# FOTOGRAFICO

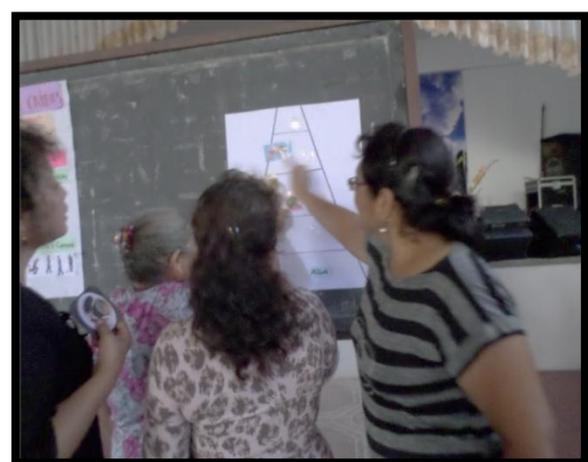
SESIÓN EDUCATIVA N°01

**“EJERCÍTATE, NO NECESITAS SUERTE,  
NECESITAS MOVERTE”**



**SESIÓN EDUCATIVA N°02**

**“VIVE Y DISFRUTA  
COME SANO”**



**SESIÓN EDUCATIVA N°04**

# **"LA BUENA POSTURA TU VIDA PERDURA"**

