EHLE PROJECT

Empowering Health Learning for Elderly

Capacitación para el Aprendizaje sobre la Salud "Mayores activos: vida saludable":

Manual

Education and Training

Education and Culture DG

Lifelong Learning Programme

SOCIOS:

ULSS [Unidad Local Socio-Sanitaria] (*PCT* [*Primary Care Trust* –Consorcio de Atención Primaria–]) Padua (Italia),
Uncass – Unión Nacional de Centros Comunales para la Acción Social (Francia),
UPUA – Universidad Permanente de la Universidad de Alicante (España)
Instituto *EMGO* [Institución de Investigación Médica Extramural], Centro Médico Universitario de la *Vrije Universiteit* [Universidad Libre] de Amsterdam (Holanda).

Editores: Chiara Petrolito, Dra. Maria Chiara Corti, Claudio Casotto, Concepción Bru, Nuria Ruiz, Giel Nijpels, Giorgio de Gobbi, Laura Welschen, Kristine Stempien.

Autores de los textos por áreas: Nutrición y Gerontología (Carlos Puerta & Alfonso Soler); Educación Física (Lylian Vega, Juan Tortosa & Juan M. Cortell); Psicología (Alberto Plaza & Antonio Vallés); Farmacología (Encarna Gómez & Myriam Cano); Tratamiento Estadístico y Gráfico (Antonio López, Víctor Sarrión & Abel Villaverde).

Traducción al español: Víctor M. Pina

El proyecto europeo *Empowering Health Learning for the Elderly (EHLE)* ha sido cofinanciado por la Comisión Europea como parte del Programa Grundtvig de Aprendizaje a lo largo de la Vida.

Las opiniones expresadas en este documento no han sido adoptadas ni aprobadas por la Comisión Europea y no reflejan la postura oficial de la Comisión. La Comisión Europea declina toda responsabilidad por los usos que se le puedan dar al presente documento.

Este trabajo ha sido editado bajo la licencia Creative Commons Attribution- Noncommercial-No Derivative Works 2.5 Spain. Para poder leer un ejemplar de la licencia, visite el sitio web http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.5/it/ o envíe una carta a Creative Commons, 171 Second Street, Suite 300, San Francisco, California, 94105, USA.

Cómo Usar el Manual

Índice

1. PREFACIO 4
2. EL PROYECTO 5
3. ACTIVIDADES 7
4. CONTEXTO DEL ANÁLISIS DE PERCEPCIÓN 8
5. EL CONCEPTO DE FORMACIÓN 13
   a. Marco de referencia Conceptual 13
   b. Técnicas Metodológicas 15
6. FORMAR A LOS PROFESIONALES DE LA SALUD: 19
   a. La Comunicación con las Personas Mayores 20
   b. Las Relaciones Personales y la Salud Emocional 22
   c. La Nutrición y las Personas Mayores 26
   d. El Uso de las Medicinas entre las Personas Mayores 28
   e. El Consumo de Tabaco entre los Mayores 31
   f. La Actividad Física entre las Personas Mayores 33
7. ENSEÑAR A LAS PERSONAS MAYORES A LLEVAR ESTILOS DE VIDA SALUDABLES 36
   a. Salud Emocional 37
   b. La Nutrición y los Mayores 37
   c. El uso de Medicinas entre las Personas Mayores 38
   d. El Consumo de Tabaco y Alcohol entre las Personas Mayores 38
   e. La Actividad Física entre las Personas Mayores 39
   f. Comunicación 39
8. PLANIFICACIÓN DEL CURSO 40
   a. Sugerencias para la Programación del Curso 40
   b. Sugerencias para los Formadores que trabajan con Grupos de Personas Mayores 41
9. CONCLUSIONES 44
10. BIBLIOGRAFÍA 47

1. PREFACIO

Este Manual es una guía para utilizar el Paquete de Formación elaborado a través del Proyecto EHLE (Empowering Health Learning for the Elderly), que fue desarrollado entre 2008 y 2009 en cuatro países europeos —Italia, España, Francia y Holanda— en el marco del Programa Grundtvig de Aprendizaje a lo largo de la Vida de la Comisión Europea.

El manual va dirigido a todas aquellas personas que desarrollan su labor profesional en los ámbitos sanitario y social y que, durante su trabajo, entran en contacto e interactúan con personas mayores intentando promover la buena salud y el bienestar social dentro de este colectivo.

Figuran, pues, entre ellos médicos, farmacéuticos, terapeutas de rehabilitación, expertos en dietética y nutrición, psicólogos, asistentes sociales y trabajadores de los servicios sociales y sanitarios. No excluiríamos a los voluntarios, ni a quienes trabajan en organizaciones sin ánimo de lucro, ni tampoco a los formadores que participan en tareas de preparación formal e informal de adultos y personas mayores.

Éstas son las personas a las que va dirigido este Paquete de Formación, diseñado para ser un instrumento multimedia flexible en la comunicación de mensajes sobre salud y estilos de vida dentro de un proceso de aprendizaje a lo largo de la vida, aprovechando nuestra capacidad innata para aprender durante toda la vida de diferentes maneras y con diferentes efectos. La educación constituye una ruta sólida hacia la promoción social, una herramienta indispensable en la promoción de la salud y la calidad de vida cuyo valor ha sido confirmado por muchos estudios.

Con la esperanza de haber creado un instrumento que les resulte útil a todas las personas mencionadas anteriormente, deseamos que todos tengan el mayor éxito posible en su trabajo continuado.

Nos gustaría agradecer su aportación a todos los Socios del Proyecto. La Región del Veneto y la ULSS (PCT) 6 de Padua (Italia), la Unión Nacional de Centros Comunales para la Acción Social (Francia), la Universidad Permanente de la Universidad de Alicante (España), y el Instituto EMGO, Centro Médico de la Universidad VU de Amsterdam (Holanda).

Igualmente damos las gracias a la Comisión Europa (Dirección General de Cultura) por haber cofinanciado el proyecto dentro del Programa Grundtvig de Aprendizaje a lo largo de la Vida.

Les invitamos a visitar el sitio web del proyecto www.ehle-project.eu desde donde se pueden descargar todos los materiales del proyecto.

2. EL PROYECTO

EL PROGRAMA GRUNDTVIG: **Nunca es demasiado tarde para aprender...**

Los cambios demográficos que se han producido en Europa, donde los mayores de 65 años representan hoy el 16,9% de la población y se situarán por encima del 30% para el 2025, suponen un desafío para todos los países europeos y requieren la puesta en práctica cada vez más urgente de políticas de "envejecimiento activo" centradas en la vida de los ciudadanos antes y después de la jubilación.

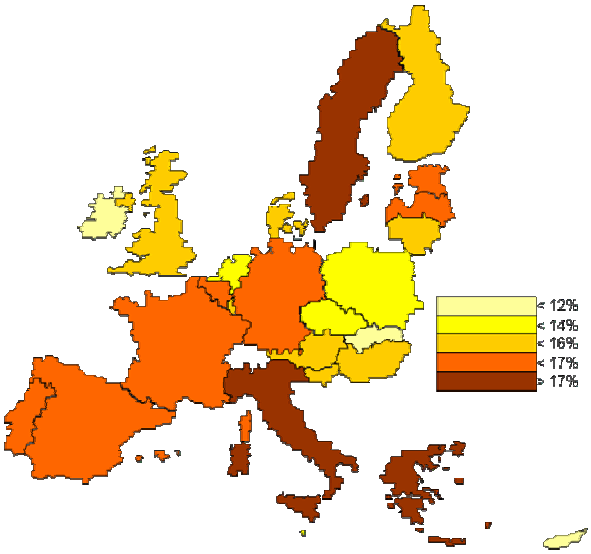


Fig. 1: Proporción de ciudadanos ≥ 65 años en la UE
Fuente: Base de datos europea "Salud para Todos", OMS/Europa, varios años (1997-2004)

La Comisión Europea estableció como prioridad del ***Programa Grundtvig*** la creación de nuevas oportunidades educativas para los adultos y las personas mayores que se enfrentaban al riesgo de marginación social debido a su salida prematura del ámbito de la educación y la formación oficiales. Entre las ventajas que comporta la inversión en la educación de adultos se encuentran el aumento de las posibilidades de acceder a empleos más profesionales y un incremento a nivel general de los beneficios sociales por lo que respecta a la mejora de la salud y el bienestar individual. Las investigaciones llevadas a cabo con las personas mayores de edad más avanzada han demostrado que quienes toman parte en actividades de aprendizaje gozan de más salud, con la consiguiente reducción en el gasto sanitario.

Nunca es demasiado tarde para aprender: de hecho, cuanta mayor capacidad tiene uno para aprender, mayor es su calidad de vida en general. Más y mejores oportunidades laborales, reducción del gasto en subsidios de desempleo, un mejor estado de salud, etc.

El aprendizaje para conseguir estilos de vida saludables es un factor clave en la promoción de la salud y la calidad de vida entre los mayores. Es esencial ayudar a las personas mayores a escoger mejor en materia de nutrición y estilo de vida y transmitirles mensajes claros y sencillos que les ayuden a mantener un buen estado de salud. Según datos aportados por la Organización Mundial de la Salud, un 50% de las discapacidades en los países europeos se podrían evitar con medidas de prevención apropiadas.

EL PROYECTO EHLE: **Qué actividades queremos llevar a cabo...**

Financiado como parte del Programa Grundtvig de Aprendizaje a lo largo de la Vida de la Comunidad Europea, el **Proyecto Europeo EHLE -** *Empowering Health Learning for the Elderly* **–** surge de la estrecha colaboración entre cuatro países europeos (Italia, Francia, España y Holanda). Concretamente, el proyecto se marca como objetivos…

- Mejorar la formación de las personas que trabajan con los mayores,
- Crear un modelo de formación innovador que tenga validez en toda Europa,
- Promover la difusión mediante la producción y distribución de materiales de aprendizaje
- Fomentar el intercambio de conocimientos y experiencias con el fin de obtener resultados válidos en el ámbito del aprendizaje a lo largo de la Vida en su conjunto.

RESULTADOS: **Lo que queremos conseguir…**

La meta del proyecto es desarrollar un **concepto de formación estandarizado** para los cuatro países socios y la posterior creación de una **caja de herramientas de formación.** Esto debería estar a disposición de todos los trabajadores y los profesionales de la atención sanitaria y social para ayudarlos a comunicarse directamente con las personas mayores. Se trata, por tanto, de una caja de herramientas de formación "dual" estructurada alrededor de cinco áreas temáticas clave: alimentos y nutrición, uso de medicinas, actividad física, hábitos de vida (fumar, consumo de alcohol y otros factores de riesgo) y salud emocional.

Como parte de las actividades del proyecto se diseñó una sesión de formación que prepara a los participantes para:

- Capacitar a los mayores para que adopten decisiones informadas (con conocimiento de causa) en los ámbitos de la salud y el estilo de vida.
- Desarrollar y comunicar mensajes sencillos acerca de la alimentación y los estilos de vida saludables.

EL GRUPO "DIANA" (OBJETIVO): **A quién estamos intentando llegar…**

Para capacitar a las personas mayores, EHLE se plantea trabajar fundamentalmente a través de los profesionales (médicos de cabecera/de medicina general, enfermeras y farmacéuticos) pero también a través de personas dedicadas a la atención sanitaria y de voluntarios que trabajan a diario con los mayores. Estos son los destinatarios a los que se desea hacer llegar este juego de herramientas de formación multiprofesional que el proyecto pretende crear.

LA SOCIEDAD: **Los Socios del Proyecto EHLE...**

Participan en el proyecto cuatro países europeos —Francia, Italia, Holanda y España— representados por:

- ✓ **Gobierno Regional del Veneto - ULSS (PCT) 16**, Padua (Italia);
- ✓ **Unión Nacional de Centros Comunales para la Acción Social** - UNCCAS, París (Francia);
- ✓ **Universidad Permanente de la Universidad de Alicante**, Alicante (España);
- ✓ **Instituto EMGO, Centro Médico Universitario de la VU de Amsterdam**, Amsterdam (Holanda).

3. ACTIVIDADES

ANÁLISIS DE PERCEPCIÓN – Esta fue la primera actividad del Proyecto y fue llevada a cabo por los cuatro países participantes. Revela características sociodemográficas y sanitarias a través de un cuestionario administrado a 1.200 sujetos: pacientes de 65 o más años de edad en el Distrito 1 de la ULSS (PCT) 16 en el Veneto, alumnos de 55 o más años de edad en la Universidad Permanente de la Universidad de Alicante en España, los mayores de 65 años que reciben atención social de la UNCCAS en Francia y, en Holanda, personas mayores que ya estaban participando en un estudio longitudinal de la Universidad VU de Amsterdam.

CONCEPTO DE FORMACIÓN – Tomando como base los resultados obtenidos a partir del Análisis de Percepción, los socios españoles y holandeses crearon un sistema de preparación diseñado para proporcionar nuevos conocimientos y destrezas, tanto técnicas como comunicativas, a quienes trabajan con los mayores. Estas destrezas permitirán que las personas que trabajan en la atención sanitaria y social interactúen mejor con las personas mayores y les ofrezcan un mejor asesoramiento, proporcionándoles los instrumentos para que puedan tomar decisiones responsables en materia de nutrición y estilo de vida.

FORMACIÓN PILOTO – El Sistema de Formación EHLE fue puesto a prueba después en Italia y Francia en cuatro cursos piloto de formación (dos en cada país). El objetivo general del curso era promover metodologías efectivas para comunicar mensajes relacionados con la salud a las personas mayores. Más concretamente, a la conclusión del curso, los participantes conocían las evidencias científicas relevantes acerca de la promoción de la salud entre los mayores y estaban en condiciones de emplear el método de comunicación más apropiado para promover la salud dentro del grupo “diana” u “objetivo”.

CAJA DE HERRAMIENTAS DE FORMACIÓN – Todo los materiales científicos, metodológicos y comunicativos elaborados durante el desarrollo del transcurso del proyecto y perfeccionados durante la Formación Piloto forman parte de la Caja de Herramientas de Formación, que se ha diseñado para dar un apoyo concreto y práctico a aquellas personas que, profesionalmente o como voluntarios, trabajan con personas mayores.

4. CONTEXTO DEL ANÁLISIS DE PERCEPCIÓN

El Análisis de Percepción sobre la salud y el bienestar propios se llevó a cabo con 1.200 personas (el 59,33% mujeres y el 39,92% hombres) de más de 55 años de edad. En el cuestionario que se les administró aparecían preguntas pensadas para extraer datos de índole social y demográfica así como datos sobre el estilo de vida, entre ellos los relativos al consumo de alcohol, el uso de medicinas, los hábitos alimentarios (la dieta), el consumo de tabaco, la actividad física y la percepción de los sujetos acerca de su propio bienestar emocional.

Existe una gran diversidad de características entre los sujetos encuestados en los cuatro países. La distribución por edad y el nivel cultural varían enormemente y ello se refleja en las variables analizadas. Estas diferencias se deben al hecho de que las poblaciones sometidas a estudio son distintas desde un punto de vista estructural: alumnos de la Universidad Permanente de la Universidad de Alicante en España, pacientes de un distrito concreto en el caso de la Región del Veneto en Italia, participantes en un estudio longitudinal para la Universidad de Amsterdam en Holanda, y usuarios de servicios sociales de la UNCASS en Francia.

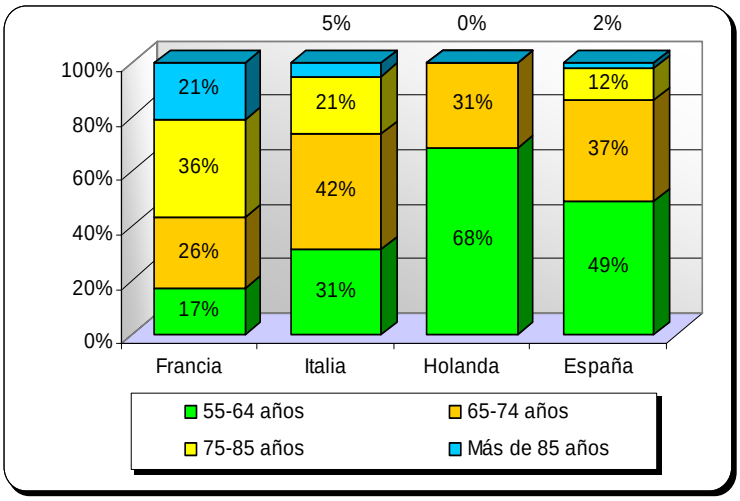


Fig. 2: Distribución por edad de los entrevistados en los cuatro países

Si nos fijamos en la **edad**, llama mucho la atención en el caso de Holanda que la franja de edad de 55 a 64 años representa casi un 70% del total, mientras que las personas de más de 85 años son el 0%. Por el contrario, en Francia, las personas entre 55 y 64 años suponen un 17% y "los mayores de edad más avanzada" se sitúan en un 21% del total.

Los niveles culturales son mucho más altos en la muestra española (aproximadamente un 43% de los encuestados son licenciados), intermedios en Holanda y bajos en Francia e Italia, donde la población de licenciados no supera el 10% del total de la muestra.

Otro factor que incide en el estilo de vida es el **lugar de residencia** de los entrevistados. En España y Holanda más o menos un 80% de los sujetos proceden de ciudades relativamente grandes (> 50.000 habitantes) y sólo un 3-4% de pueblos y zonas rurales. En Francia, casi un 25% de los entrevistados proviene de zonas rurales menos pobladas.

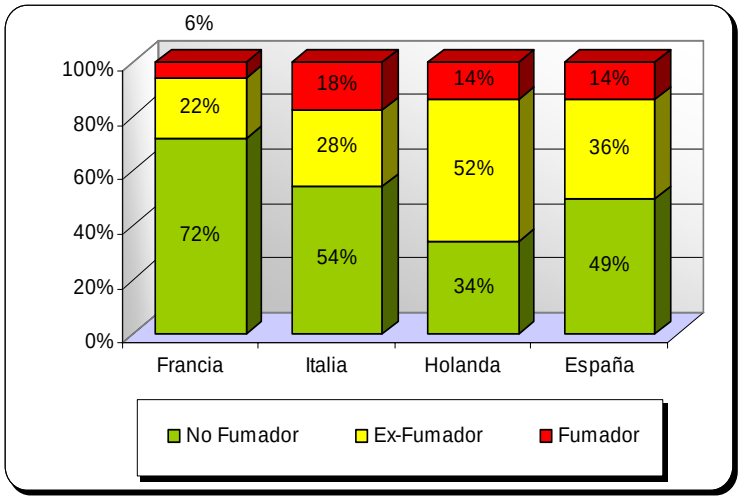


Fig. 3: Hábitos fumadores por país de residencia.

En general, los sujetos **duermen** de 6 a 8 horas cada noche (aunque aproximadamente la mitad no consideran satisfactorio su sueño). La mayoría **no fuma** o ha dejado de fumar, si bien Italia destaca por el porcentaje más elevado de fumadores activos (18%, Figura 3). El **alcohol** se consume con niveles de frecuencia que difieren entre los cuatro países (Figura 4). Cuando la actividad física se ha medido con arreglo al nivel diario de actividad, las respuestas obtenidas fueron diferentes (Figura 5).

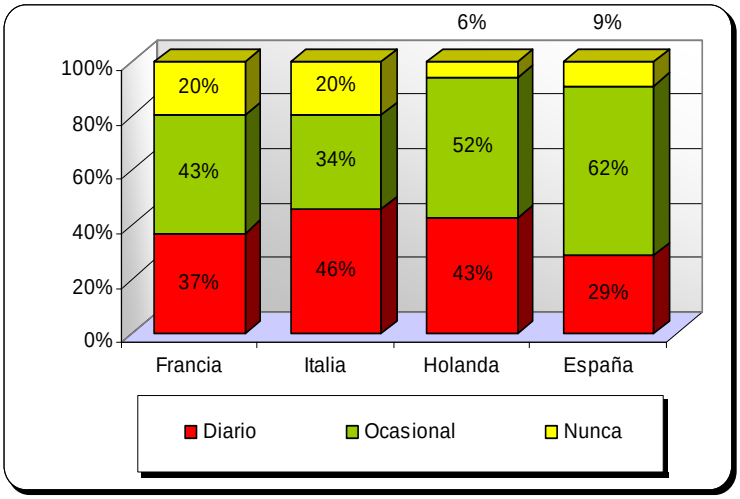


Fig. 4: Consumo de alcohol estratificado por frecuencia y país de residencia.

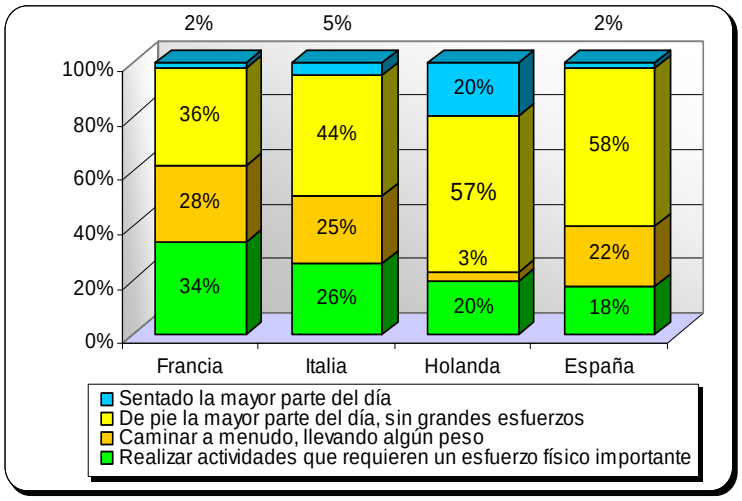


Fig. 5: Frecuencia de Actividad Física estratificada por países.

La **percepción de la salud física propia** es, en conjunto, buena (en un 60% de los casos positiva o muy positiva y sólo en un 5% en declive), un factor que viene condicionado probablemente por el hecho de que los entrevistados provienen de segmentos seleccionados de la población: alumnos de una universidad para mayores y los que acuden a un centro de salud. De hecho, sólo un 5% de los sujetos tiene **dificultad para realizar sus Actividades Diarias Básicas (ADB)**, una proporción muy baja en comparación con la población general en esa misma franja de edad.

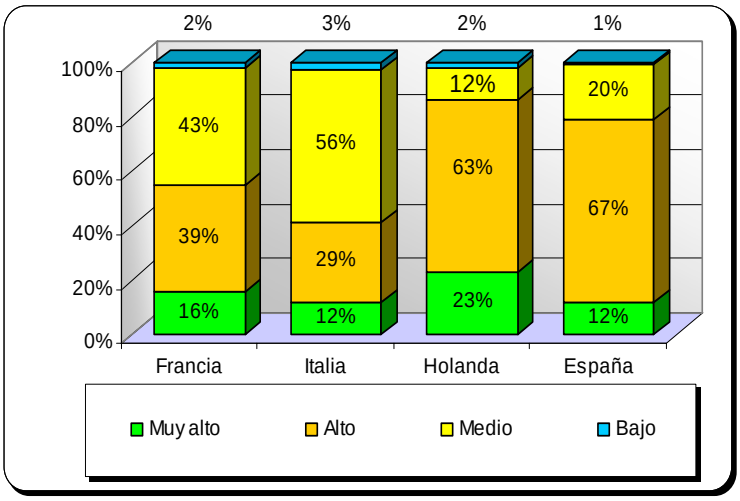


Fig. 6: Satisfacción con la dieta propia por países

Los entrevistados se muestran satisfechos con su **dieta** y proporcionan las siguientes respuestas a propósito del grado de satisfacción con su propia dieta:

- La mayoría de los encuestados toman tres comidas al día;
- Comen al menos una porción de fruta y verdura al día y
- Comen carne o pescado dos o tres veces por semana.

Aparecen también estadísticas "inesperadas", por ejemplo, que un 14% toman comidas frías a diario y que el 23% come pudding todos los días.

El **consumo de medicinas** es el apartado en el que los resultados difieren de manera más clara y donde se dan las situaciones más diferentes en cada país. Aproximadamente una cuarta parte del total de medicinas consumidas no habían sido recetadas por el médico (las personas se automedican o toman medicamentos que les han recomendado amigos o parientes). Sólo el 50% de los sujetos cree que una medicina comprada en una farmacia sin receta podría resultar perjudicial y aproximadamente un 20% no cree que eso sea posible.

Aparecen diferencias notables entre los cuatro países europeos estudiados en cuanto a la cantidad y la clase de medicinas que se consumen. El grupo francés, el de más edad y el que posee un nivel cultural más bajo, resulta ser el que consume más medicinas (las más frecuentes, los analgésicos, los medicamentos contra la hipertensión y las pastillas para dormir). El grupo holandés, el más joven, consume una cantidad considerablemente menor de medicinas, mientras que los grupos de Italia y España muestran un consumo muy similar en términos cuantitativos. Una posible hipótesis sería que estas diferencias en el consumo pueden atribuirse también a los distintos niveles de accesibilidad y facilidad de prescripción de estos medicamentos en los diferentes países y no sólo a las características de la población.

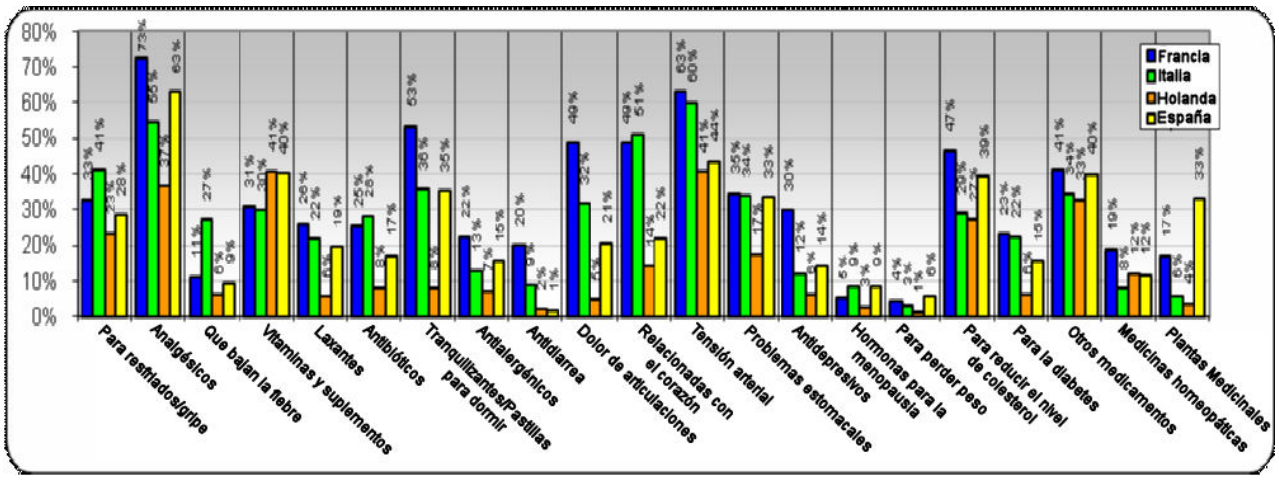


Fig. 7: Consumo porcentual de medicinas por tipo de medicina y por país.

La percepción de las **capacidades mnemotécnicas y cognitivas propias** es muy diferente entre los países, aunque donde más claramente se aprecia esto es entre los distintos grupos de edad. En términos generales, los sujetos mencionaron que tenían dificultades para recordar las palabras correctas que correspondían a las cosas, para recordar nombres de personas o los lugares dónde habían puesto cosas, pero sólo raras veces declararon haber olvidado transmitir mensajes importantes o haberse encontrado alguna vez desorientados fuera de casa. El sujeto de mayor edad fue el que mencionó estos síntomas con más frecuencia.

Con el fin de evaluar la **percepción del bienestar emocional propio** se creó una escala que pudiera resumir las respuestas a todas las preguntas dentro de este ámbito. Esta escala mide el bienestar emocional de manera acumulativa (por ejemplo, sentirse uno mismo útil, lleno de vida, con deseos de aprender y reuniéndose a menudo con amigos y con la familia). En términos promedio, los holandeses y los españoles son los que registran los niveles más altos de bienestar emocional (con una valoración de 3,12 y 3,10 puntos, respectivamente), mientras que los italianos y los franceses se sitúan en una media de 2,75 y 2,76.

Estas diferencias, de las cuales se desprende que los holandeses y los españoles gozan de un mayor bienestar emocional en comparación con los italianos y los franceses se pueden explicar en parte por las características diferentes en cuanto a edad, estatus social y salud que existen en los distintos grupos, y no sólo por factores geográficos o culturales. Un análisis más profundo en el que se eliminen los efectos de estos elementos susceptibles de crear confusión podría demostrar si existen de hecho estas diferencias entre las distintas poblaciones o si en realidad se relacionan con diferentes grupos de sujetos.

Resumiendo, se han identificado algunos determinantes importantes para los cuatro países en lo que a bienestar emocional se refiere. Entre los indicadores de que se siguen buenos estilos de vida figuran: la intensidad de la actividad física, la satisfacción con la dieta propia y la calidad de la salud física percibida. La correlación entre los estilos de vida saludables y un mejor nivel de salud emocional se puede seguir en las cuatro poblaciones con un efecto significativo y creciente a medida que aumenta la variable que se está analizando (por ejemplo, en la Fig. 8).

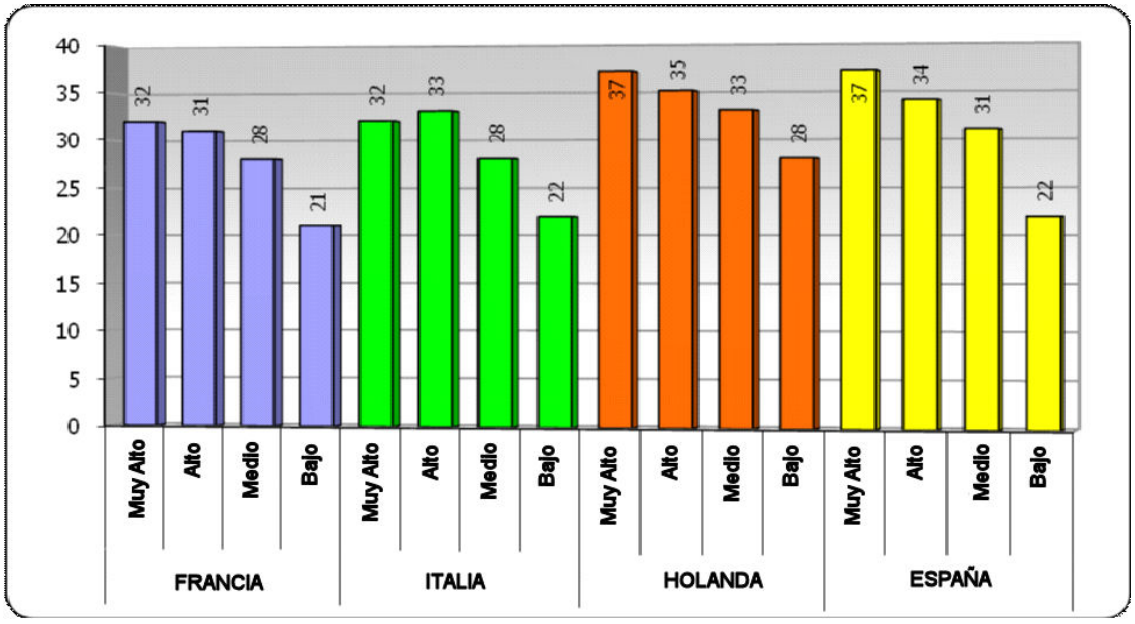


Fig. 8: Correlación entre los valores medios de salud emocional y el nivel de satisfacción con la dieta propia

En conclusión, incluso dentro de la variedad de las poblaciones estudiadas, de los datos se deduce un mensaje de salud importante para los adultos y las personas mayores. Seguir un estilo de vida saludable se asocia con un bienestar emocional medible y permanente en los cuatro países pese a los distintos niveles de partida, que quizá se relacionan con diferencias geográficas y culturales.

Nuestra tarea, promover iniciativas diseñadas para mejorar los estilos de vida y los hábitos de las personas mayores, se encuentra plenamente apoyada por los datos recogidos entre nuestros ciudadanos de más edad. Como veremos, adoptar un estilo de vida saludable resulta eficaz no sólo para reducir el riesgo de que se produzcan adversidades sino también para aumentar el bienestar personal y emocional de los individuos, vivan éstos en Italia, Francia, Holanda o España.

5. EL CONCEPTO DE FORMACIÓN

a. Marco de referencia Conceptual

La meta del proyecto EHLE es capacitar a las personas mayores para que tomen decisiones con conocimiento de causa dentro de los ámbitos de la salud y los estilos de vida y desarrollar mensajes claros y sencillos sobre alimentación y estilos de vida. Esta meta se basa en el "método de capacitación del paciente": lograr que el paciente (o, en este proyecto, los mayores) sepan utilizar sus propios recursos y capacidades para gestionar su salud por sí mismos.

El Método de Capacitación del Paciente adquirió fama en la pasada década de los 90 y se ha definido como una intervención diseñada para "ayudar a los pacientes a descubrir y emplear sus propias capacidades para asumir el control de su salud por sí mismos". Este planteamiento surge de la idea de que, aunque los médicos, las enfermeras, los trabajadores sanitarios y los cuidadores son expertos en curas, el individuo es sin duda el experto en su propia vida, por lo que a él le debería corresponder la responsabilidad de tomar la primera decisión. Fruto de la provisión de atención sanitaria surge una colaboración entre la persona y el trabajador sanitario. El papel tradicional de este último como asesor o consejero experto ya no resulta tan evidente.

Existen varias estrategias para aumentar el nivel de capacitación de los pacientes. En este proyecto creemos que se puede capacitar a los mayores en tres pasos: 1) comunicándoles los riesgos asociados a determinadas conductas, 2) dándoles motivación para que cambien; y 3) enseñándoles a fijarse metas "*SMART*" (siglas inglesas que significan Específicas, Medibles, Alcanzables, Relevantes y Oportunas –en Tiempo–) en relación con la posibilidad de cambiar su estilo de vida. Estas herramientas se explicarán con más detalle posteriormente.

Pero, ¿por qué creemos que se puede ayudar a las personas mayores a adoptar un estilo de vida saludable mediante la aplicación de estos tres pasos? La respuesta la podemos encontrar en nuestro marco de referencia teórico. El uso de un marco de referencia conceptual es importante en proyectos y estudios orientados hacia la promoción de estilos de vida saludables por varias razones. En primer lugar, un marco de referencia ayuda a diseñar el concepto del proyecto en tanto en cuanto resulta útil a la hora de reflexionar sobre qué elementos deberían incluirse en el proyecto y por qué. En segundo lugar, proporciona una buena base para realizar una evaluación de la eficiencia de la intervención, la metodología y la puesta en práctica. En tercer lugar, permite a otras personas llevar a cabo y mejorar la misma intervención para utilizarla en su contexto específico propio.

Nuestro marco de referencia teórico se basa en tres teorías: La Teoría del Comportamiento Planificado (TCP), la teoría de la autorregulación y la teoría social de redes.

1) **La Teoría del Comportamiento Planificado (TCP)** nos ayuda a comprender de qué manera interviene el constructo cognitivo en el comportamiento relacionado con el equilibrio de la energía.

De acuerdo con la TCP, las acciones humanas se guían por tres tipos de consideraciones: a) creencias comportamentales: creencias acerca de las consecuencias probables del comportamiento y la evaluación de dichas consecuencias; b) creencias normativas: creencias acerca de las expectativas normativas de otras personas y la motivación para cumplir esas expectativas; c) creencias de control: creencias acerca de la presencia de factores que pueden facilitar, o impedir, la realización del comportamiento, y la percepción sobre la fuerza de esos factores. Estas creencias pueden llevar, respectivamente, a una actitud favorable o desfavorable hacia una cierta conducta, una presión social percibida y un control comportamental percibido y, combinadas, pueden determinar la intención comportamental. Por último, si se les da un grado suficiente de control real sobre su propio comportamiento, cabe esperar que las personas plasmen en la realidad sus intenciones cuando surja la oportunidad.

2) **Modelo de Autorregulación**: esta teoría la elaboraron Leventhal y sus colegas y sugiere que los individuos van a utilizar estrategias que se basan en los conocimientos que tienen acerca de su enfermedad y en experiencias nuevas. La teoría perfila cuatro dimensiones centrales en la representación de la enfermedad (las percepciones y las creencias de la gente con respecto a una enfermedad):

   - Identificación de la enfermedad
   - Causa
   - Cronología
   - Consecuencias
   - Controlabilidad en términos de prevención y cura.

   La teoría plantea la hipótesis de que las representaciones de la enfermedad son importantes, ya que proporcionan nexos de unión entre las amenazas para la salud y las reacciones de las personas ante esas amenazas. Se trata de un proceso dinámico que cambia respondiendo a los cambios que se producen en las percepciones de los pacientes: a través de la experiencia y los mecanismos de "feedback" (o "retroalimentación") se puede influir en las percepciones. Las intervenciones en las que se consigue incorporar con éxito un mecanismo de feedback a corto plazo y se establece un vínculo con planes de actuación resultan más fructíferas que las intervenciones donde ese feedback se demora en gran medida o simplemente no se produce. Este modelo se diferencia de otras teorías por el hincapié que hace en el papel de la emoción a la hora de afrontar y superar la enfermedad. El modelo relaciona la percepción que las personas tienen de una enfermedad con los comportamientos de autogestión.

3) La **Teoría Social de Redes** ve las relaciones sociales en términos de nodos y lazos. Los nodos son los actores individuales que hay dentro de las redes y los lazos son las relaciones entre los actores. Pueden existir muchas clases de lazos entre los nodos. De acuerdo con la teoría social de redes, los atributos de los individuos son menos importantes que sus relaciones y sus lazos con otros actores que están dentro de la red. Desde este planteamiento, se considera que los comportamientos individuales dependen de la red que rodea el contexto donde están insertados los individuos en

cuestión. Por tanto, el centro del interés de los análisis no es el actor individual y sus atributos sino el patrón de la red, es decir, su tamaño, su estructura y su composición. Además, los miembros de una red social se controlan y sancionan sus comportamientos mutuamente. En las redes densas caracterizadas por fuertes lazos, los miembros se controlan mutuamente en mayor medida que en redes abiertas o escasamente conectadas en las que los lazos son más débiles, en parte porque en las redes con lazos más fuertes existen más posibilidades de sanciones.

Las dos primeras teorías describen la importancia de capacitar a las personas para que adopten un estilo de vida saludable. Si se proporciona información accesible acerca de los riesgos sanitarios, es probable que los pacientes modifiquen sus percepciones, de acuerdo con el modelo de autorregulación de Leventhal. Como consecuencia de ello, las personas modificarán su actitud con respecto al cambio de comportamiento, que forma parte de la Teoría del Comportamiento Planificado. Por ultimo, los individuos podrían encontrar una mayor motivación para cambiar su estilo de vida de forma que reducirán el riesgo de contraer enfermedades graves. Finalmente, la teoría social de redes resalta la importancia que reviste prestar atención a la red social de la que forma parte la persona mayor (la red de amistades, social y de relaciones familiares).

b. Técnicas Metodológicas

La base metodológica del proyecto EHLE es el enfoque del **Cambio de Comportamiento** de acuerdo con el cual es posible inducir a un paciente a modificar su conducta peligrosa o poco saludable interviniendo en tres niveles:

1. **COMUNICACIÓN DE LOS RIESGOS** conectados con el estilo de vida (aumentar o mejorar el conocimiento y la comprensión del problema por parte del paciente).
2. **MOTIVACIÓN** para cambiar;
3. **FIJACIÓN DE METAS: DEFINICIÓN DE OBJETIVOS "SMART" (Específicos, Medibles, Alcanzables, Relevantes, Oportunos en Tiempo)**. Por ejemplo, "caminar durante treinta minutos tres veces a la semana". Se empieza por objetivos a corto plazo para pasar después a objetivos a más largo plazo.

A continuación ofrecemos una descripción de algunas técnicas metodológicas que se pueden utilizar para ayudar a las personas mayores a cambiar su comportamiento. Todas las técnicas descritas se pueden adoptar por separado, pero son todavía más eficaces si se usan formando parte de una intervención en tres fases: **Comunicación de Riesgos, Motivación, Fijación de Metas.**

- **Comunicación de Riesgos**

  Se ha demostrado que las personas infravaloran el riesgo de desarrollar complicaciones graves. Además, la explicación de los riesgos por parte del profesional de la salud a menudo resulta ineficaz porque estos riesgos se presentan haciendo referencia al porcentaje de personas que tendrán esas complicaciones. Como consecuencia de esta mala comunicación, no se anima a la gente a que cambie su estilo de vida. Esta idea ocupa ya un lugar central en el modelo de autorregulación de

Leventhal (1997), basándose en la hipótesis de que los conocimientos que tiene un paciente, por ejemplo, acerca de la diabetes y su tratamiento, pueden determinar su conducta asociada con la gestión de la salud. Conocer la evolución, las causas, las consecuencias y la identidad exacta de una enfermedad aumenta la capacidad de controlarla. Para este fin, es importante emplear métodos eficaces de comunicación de riesgos, por ejemplo, usar representaciones visuales en lugar de estadísticas escritas y datos científicos. También conviene centrarse en los beneficios que reporta el cambio de comportamiento y no en las consecuencias negativas que tiene no hacerlo (pérdida de salud/años de vida).

- **La Entrevista Motivacional**

  La Entrevista Motivacional (EM) es una breve sesión de orientación diseñada para aumentar la motivación y para explorar y resolver cualquier ambigüedad que pueda existir. En estos últimos años, las entrevistas motivacionales han constituido una técnica importante utilizada en intervenciones relacionadas con la conducta. Los cuatro principios por los que se rigen las entrevistas motivacionales son: expresar empatía, descubrir discrepancias, desafiar la resistencia y apoyar la autosuficiencia. Expresar empatía consiste en proporcionar temas dentro de una atmósfera de respeto y aceptación. La técnica empleada se denomina “escucha reflexiva” –está considerada generalmente como el pilar fundamental de las entrevistas motivacionales– y se recomienda para el proceso de orientación en su conjunto.

  El segundo principio de la EM es resaltar la “brecha” que separa las convicciones actuales de la persona de sus ambiciones en un sentido más amplio. Cuando el paciente reconoce estas discrepancias, a menudo experimentan un sentimiento de descontento que hace más probable que cambien. Las diferencias se descubren a través de la exploración de los valores de la persona y de la manera en que estos valores y estas conductas contribuyen a la consecución de su estilo de vida ideal.

  El tercer principio, trabajar sobre la resistencia, parte de la base de que un desafío directo a la resistencia de una persona es contraproducente porque, por lo general, hace que ésta se ponga más a la defensiva y sea más reacia al cambio. La idea es invitar a la consideración de un punto de vista nuevo, no imponerlo desde arriba.

  Deben apoyarse siempre tanto la autosuficiencia de la persona como su confianza en la capacidad para modificar un comportamiento concreto incluso en circunstancias difíciles, porque son dos de los mejores indicadores a la hora de anticipar que el tratamiento va a producir resultados positivos. Se puede dar apoyo a la persona enfatizando éxitos pasados (refuerzo positivo) presentando ejemplos de éxitos cosechados por otras personas (remodelación) y expresando la convicción de que la persona puede cambiar.

- **Fijación de metas: Tratamiento de la Resolución de Problemas**

El Tratamiento de la Resolución de Problemas (TRP) es la construcción de una serie de actividades prácticas para abordar los problemas. Esta técnica fue descrita originalmente por D'Zurilla & Godfried y desarrollada y perfeccionada posteriormente por D'Zurilla & Nezu. El TRP se puede definir como el proceso auto-cognitivo-comportamental a través del cual una persona busca soluciones efectivas adaptadas a su situación específica. El TRP se ha mostrado eficaz con pacientes que tienen depresión, pero es potencialmente útil en el tratamiento de cualquier enfermedad en la que la persona ha de enfrentarse a múltiples problemas en su vida diaria y no está seguro de cómo hacerlo.

Por ejemplo, las personas que tienen situaciones médicas complicadas pueden encontrar muy útil el TRP, ya que tienen que afrontar muchos problemas complejos. Este tipo de pacientes suelen verse obligados a tener cuidado con su dieta, su estilo de vida, y los niveles de actividad física y consumo de medicinas para poder regular sus problemas de salud. Los problemas psicológicos también son muy comunes entre estos pacientes. El TRP puede ayudar a incrementar la capacidad de los pacientes para resolver los problemas psicológicos de una manera estructurada, a aumentar su fe en que serán capaces de abordar los problemas en el futuro y, por tanto, a mejorar su nivel de autogestión de su estado de salud.

El TRP se puede concebir como una serie de pasos:

1. Explicación de la intervención y de la lógica en la que se sustenta
2. Definición y "desempaquetado" del problema
3. Selección de objetivos alcanzables para la resolución de problemas ("SMART")
4. Identificación de diversas soluciones posibles
5. La evaluación y la elección de una solución
6. Puesta en práctica de la solución preferida
7. Evaluación de los resultados

Un Ejemplo de aplicación del Tratamiento de la Resolución de Problemas

Con el fin de ayudar a los pacientes diabéticos a cambiar su estilo de vida, un grupo de nutricionistas y enfermeras holandeses han usado un cuestionario en el que se resumen las fases del TRP: comunicación de riesgos, motivación, definición de objetivos. Los pacientes pudieron adoptar esta técnica para definir sus propios objetivos.

1. ***DEFINICIÓN DEL PROBLEMA****: ¿Cuál es el problema? Por ejemplo, fumar, el sobrepeso, los niveles bajos de actividad física, etc.*
2. ***DEFINICIÓN DE OBJETIVOS ALCANZABLES****: Por ejemplo, "me gustaría realizar más actividad física: al menos 30 minutos de actividad física (objetivo medible) cada día (objetivo oportuno – en tiempo–)".*
3. ***BRAINSTORMING ("LLUVIA DE IDEAS"):*** *¿Cuáles son las posibles soluciones? Ir al gimnasio, ir en bicicleta al supermercado o al trabajo, ir a correr con un amigo, etc.*
4. ***EVALUACIÓN DE LAS SOLUCIONES:*** *¿Cuáles son las ventajas y las desventajas que tiene cada solución? Hay que buscar la mejor solución: ir al gimnasio es caro, ir en bicicleta al supermercado es posible pero no es realista porque la compra abulta demasiado, e ir pedaleando al trabajo es factible, pero no cuando llueve, y correr con un amigo depende del amigo, etc.*
5. ***PONER EN PRÁCTICA LA SOLUCIÓN:*** *El paciente va a casa e intenta alcanzar el objetivo escogido o el "mensaje que llevarse a casa".*
6. ***EVALUAR EL RESULTADO:*** *¿Se ha obtenido el resultado? Si se comprueba que los objetivos elegidos son demasiado difíciles de alcanzar, es posible redefinirlos? Si, por el contrario, resultaba demasiado fácil, se puede aumentar el esfuerzo, por ejemplo añadiendo una actividad extra (como puede ser correr con un amigo).*

6. FORMAR A LOS PROFESIONALES DE LA SALUD:

El Público Diana: en términos ideales se sitúa entre 30 y 35 trabajadores o profesionales de diferentes ámbitos laborales.

La Estructura viene dada por las fases clave del Tratamiento de la Resolución de Problemas:

1. COMUNICACIÓN DE RIESGOS (de los riesgos que entrañan los estilos de vida poco saludables)
2. MOTIVACIÓN (para modificar el comportamiento)
3. FIJACIÓN DE METAS (crear objetivos SMART)

Equipo: Un ordenador, un proyector y altavoces, recursos multimedia, artículos de papelería y suficiente espacio tanto para las clases tradicionales como para el trabajo en grupos multidisciplinares y actividades prácticas.

Otros Materiales de Apoyo:

- Presentaciones en PowerPoint
- Vídeos relevantes para el módulo
- Folletos (Panfletos)
- Diario de Salud u otro soporte
- Bibliografía

Organización de Cada Módulo:

Cada módulo dura en total 1 hora aproximadamente, que se divide en dos secciones diferenciadas: una **clase teórica** (30 minutos aprox.) y una **actividad de grupo multidisciplinar** (30 minutos aprox.). La presentación del contenido se hace como sigue:

- Introducción (5 minutos)
- Conceptos de base (5 minutos)
- Contenido:
  - Los riesgos y las ventajas que tiene reducirlos (5 minutos)
  - Mensajes básicos de refuerzo (5 minutos)
  - Objetivos y técnicas para el cambio (5 minutos)
  - Vídeo (2 minutos)
- Actividad Práctica con dramatizaciones o ejercicios (20 minutos)
- Debate, comprobación y conclusiones en grupos o en sesión plenaria (10 minutos)

a. La Comunicación con las Personas Mayores

Objetivos – *Esclarecer cuáles son las estrategias comunicativas que facilitan la comunicación con los mayores y la hacen más eficiente.*

Herramienta – Presentación en PowerPoint "LA COMUNICACIÓN CON LOS MAYORES"

Contenido Teórico:

Para educar a una persona mayor en materia de salud es necesario entender las dificultades que entraña este tipo de comunicación: la atención no se puede mantener por períodos prolongados y el nivel de conocimiento del lenguaje técnico es limitado, como también lo es el tiempo del que se dispone para la consulta; además está la presencia de prejuicios o conocimientos preexistentes que resultan difíciles de cambiar, la escasa motivación para el cambio –o lo contrario, es decir, unas expectativas demasiado elevadas sobre lo que puede hacer el profesional, etc. –.

La persona mayor que está delante del asistente social o del trabajador sanitario no es una "hoja de papel en blanco" o una "pizarra limpia", sino que tiene prejuicios, convicciones, información, hábitos y recuerdos con los que interpreta y filtra los mensajes que se le envían. Para poder tener éxito a la hora de comunicarse con una persona mayor hace falta tener en cuenta algunas estrategias específicas:

El lenguaje debe adaptarse a la persona que está escuchando, pero no simplificarse necesariamente. Si es preciso emplear lenguaje técnico, no olvide utilizarlo contextualizado y pregunte siempre: "¿Ha oído hablar alguna vez de esto?" "¿Sabe lo que significa?"

Cuando nos comunicamos con una persona mayor, debemos tener en cuenta que todo lo que digamos va a producir un efecto en su **familia**, que puede representar una ayuda o un obstáculo para alcanzar los objetivos marcados.

La actitud ganadora es la de una **comunicación profesional con conocimiento de causa**, evitando las respuestas espontáneas (en el sentido de "automáticas"). Si nos pudiéramos imaginar una cámara de video que registrara nuestra interacción con la persona mayor, nos daríamos cuenta de que la comunicación "espontánea" da por hecho que la persona con la que hablamos nos ha entendido. Esta suposición abona el terreno para que surjan malentendidos, insinuaciones, malas interpretaciones y se produzca un empeoramiento general del estándar de comunicación.

La comunicación profesional con conocimiento de causa se caracteriza por la presencia de **objetivos claros y alcanzables.**

En la transmisión de la información, uno debe tomar en consideración el "bagaje" de una persona mayor, incluida una capacidad de concentración limitada, y dar información que sea aceptable, comprensible, alcanzable, concreta y susceptible de transformarse en acciones. Dar demasiada información supone un riesgo, el de desencadenar una especie de "sordera" que, paradójicamente, refuerza la idea negativa original.

Para derribar el muro que a veces separa al profesional de la atención sanitaria o social del paciente hay que empezar preguntando **qué piensa el paciente mayor** –con esto se envía una señal inequívoca de que al profesional le interesa tanto la persona como la información previa relacionada con ella.

Se debe hacer el mejor uso posible del tiempo teniendo mucho cuidado con **la apertura o el momento inicial de la comunicación**, facilitando la narrativa de la persona mayor con preguntas estructuradas que hagan posible una comprensión mejor del punto de vista del paciente, además de estar al tanto de sus conocimientos previos, evitándose así las repeticiones sin sentido.

"Morir Feliz" - Un posible apoyo para la enseñanza en el modulo de la comunicación es la simulación de una consulta entre un médico de medicina general y una paciente de 65 años que fuma, tiene sobrepeso y dislipidemia, así como antecedentes familiares de enfermedades cardíacas. La paciente va al medico para hacerse un chequeo con los últimos resultados de su última analítica, en la que queda claro que sus niveles de colesterol son incluso más elevados que antes.

Transcripción de la consulta:

MÉDICO: Me temo que su colesterol está todavía más alto que la última vez que la vi: ¿no le aconsejé que tomara estatinas?
PACIENTE: Pero usted sabe que me hacen sentirme enferma.
MÉDICO: Bien, ¿está usted intentando seguir la dieta entonces?
PACIENTE: (irritada) Perdone, pero ¿qué dieta?
MÉDICO: Hemos hablado de ello muchas veces: debe usted reducir la ingesta de grasas animales, usar aceite y no mantequilla…
PACIENTE: Pero… usted sabe que cocino, soy chef. Mi restaurante es el que está cerca de la iglesia. Incluso vino usted una vez…Lo recuerdo muy bien…pidió…sí, pidió lenguado frito y su esposa pidió pescado rebozado y después me parece que los dos tomaron el tiramisú.
MÉDICO: Bueno, ya sabe usted que su restaurante es famoso por su pescado rebozado…de vez en cuando… Pero volvamos a su caso. Usted no hace ningún ejercicio, fuma, su dieta no es la adecuada…
PACIENTE: Doctor, Mi hermano John, usted lo recuerda bien, él estaba muy flaco, tomaba todas las medicinas que USTEDES los médicos le recetaban, no volvió a comer ni fritos ni salchichas desde el momento en que USTEDES le dijeron que no lo hiciera y murió hace tres años, a los 45. Y yo…yo no voy a acabar como él.
Si tengo que morir, al menos moriré feliz.

Instrucciones para el trabajo de grupo.
Comentario: El paciente le ha hecho jaque mate.
Pregunta: ¿Cómo reaccionaría usted en este momento?
Piensa en posibles respuestas…

b. Las Relaciones Personales y la Salud Emocional

Objetivos:

- Llegar a conocer el impacto de las emociones en la salud así como concienciarse de la importancia que tiene la regulación emocional.
- Identificar los fenómenos emocionales básicos (las emociones, los sentimientos y los estados de ánimo).
- Percibir la salud emocional como parte de un estilo de vida que se puede desarrollar a través del conocimiento y la aplicación práctica de estrategias de afrontamiento.

Herramientas – Presentación en PowerPoint "LAS RELACIONES PERSONALES Y LA SALUD EMOCIONAL"

Contenido Teórico:

¿Cuáles son los riesgos?

Es importante saber cómo puede uno ayudar a una persona mayor a expresarse por sí misma. Esto es así porque a menudo estos individuos padecen una depresión oculta o subyacente que hace que les resulte difícil expresarse o verbalizar sus problemas; algunos incluso se sienten avergonzados. Por esta razón, el profesional sanitario o social debe buscar un punto de contacto, un nexo de unión que les ayude a hablar, por ejemplo utilizando preguntas "neutrales" de encuadre (acerca de su familia, sus hijos, etc.): estas preguntas pueden parecer neutrales pero de hecho constituyen una forma muy útil de acceder a la información deseada. La relación entre la persona mayor, su familia, y los profesionales de los servicios sociales y sanitarios es una parte fundamental de cualquier estrategia de éxito. También tenemos que recordar que la resistencia al cambio es un aspecto psicológico que se asocia con el hecho de ser humanos (cada uno de nosotros determina una estrategia de éxito para gestionar nuestra vida diaria y somos reacios a cambiar eso) y que dicha resistencia, y los efectos negativos que conlleva, se muestran con más fuerza en una persona mayor.

Como Motivar para un Cambio de Comportamiento

Un método fructífero es el que se orienta hacia la capacitación y está diseñado para proporcionarle a la persona poder y control sobre su propia vida. El profesional sanitario o social ha de seguir los siguientes pasos hasta el cambio: 1) conocer y entender el problema y localizar los recursos para afrontarlo; 2) ayudar a la persona a cambiar el comportamiento de que se trate y a vivir asumiendo las consecuencias de ese cambio; 3) reforzar y enfatizar el éxito y la experiencia adquirida; y 4) darle conocimientos a la persona. La comunicación con la persona mayor no es ni una confesión ni un consuelo, sino una

comunicación profesional que cuenta con unos objetivos y recursos específicos. El diálogo paciente-profesional debería seguir el patrón de Pregunta (del profesional), Respuesta (del paciente), Parafraseado estratégico que resume la respuesta recibida y verifica la comprensión (del profesional).

Es igualmente importante **hacer las preguntas de la forma correcta** con el fin de asegurarse de que el paciente mayor pueda comprender la información que se le da y estar plenamente informado acerca del cambio que se pretende llevar a cabo. Por este motivo, es preciso encontrar un punto de contacto y animar así al paciente a que converse, usando "preguntas neutrales de encuadre con la ilusión de una alternativa", por ejemplo: "¿Toma usted tres comidas diarias o a veces se salta comidas?" en lugar de "¿Está usted comiendo?". La primera pregunta parece neutral, pero es una manera de llegar hasta la información deseada. Si la persona mayor sigue siendo incapaz de dar una respuesta clara, se debe empezar otra vez, formulando la pregunta en términos más sencillos con el propósito de descubrir sus síntomas.

El próximo paso es **encontrar excepciones positivas** al problema planteado, excepciones que se han de encontrar empleando los recursos propios de la persona mayor (por ejemplo, "¿Hay veces en las que esto no le ocurre?"). La meta es prescribir una solución que sea un fiel reflejo de las excepciones positivas e invitar a la persona mayor a volver y contar sus experiencias –de esa manera se mantiene la motivación, se promueve el diálogo, etc.

El **parafraseado** le permite a uno simplificar la conversación, comprobando que ambas partes han entendido todo y ayudando a "dibujar un mapa" del problema. Evite hacer más preguntas tras escuchar las primeras respuestas, ya que es importante sintetizar lo que uno ha oído utilizando los mismos términos tal como se los dio la persona mayor (minimizando de esta manera la resistencia al cambio a medida que los pacientes sientan que la solución es "la suya"). No debemos olvidar la frase clave: "Por favor, corríjame si me equivoco", para fomentar el diálogo y asegurarse de que el paciente siente que le escuchan –y de que usted lo ha entendido todo correctamente.

La **técnica reflexiva** se sitúa en el centro del proceso de informar a una persona mayor: ayudar al paciente a descubrir sus propias estrategias y soluciones empleando su lenguaje propio, persuadiéndolos a usar sus argumentos propios. La intervención debe ajustarse a la persona y a sus recursos, involucrándola de esta manera y guiándola en el camino hacia el descubrimiento de su propia solución.

Qué objetivos fijar

Las preguntas de encuadre y las paráfrasis son autocorrectivas: el terapeuta no llega con concepciones previas y soluciones "precocinadas" o "listas para consumir" sino que adapta su propia visión a la expresada por la persona mayor mirando el problema desde la perspectiva de ésta. Este es el método que se conoce como "el locus ("punto de encuentro") del control interno", donde el control se sitúa con la persona y, por tanto, se orienta hacia la capacitación –se empuja a la persona a que vea los problemas como internos de cara a poder resolver estos problemas con soluciones que sean igualmente internas.

Actividad de Grupo Multidisciplinar:

- Grupos de aprox. 10 personas
- El tiempo es unos 20 + 10 minutos
- Un líder para cada grupo (un médico, una enfermera, un farmacéutico u otro profesional)
- Materiales de apoyo

Una vez divididos en grupos, a los participantes se les anima a que reflexionen sobre una conversación simulada entre médico y paciente y a que analicen las estrategias comunicativas que se han empleado. El ejercicio está basado en el contenido impartido previamente:

- En la primera parte de la actividad, los individuos rellenan una hoja acerca de las técnicas comunicativas utilizadas y después compararán sus respuestas en los grupos.
- En la segunda parte, el grupo elaborará el diálogo, añadiendo cualquier cosa que les parezca que falta e identificando las estrategias utilizadas.
- Al final de la sesión de grupos, la sesión plenaria permitirá que los grupos comparen las respuestas con el formador. El formador se irá moviendo entre los grupos para aclarar cualquier duda y responder cualquier pregunta que pueda surgir.

Sandra es una mujer de 76 años que vive sola; su marido murió hace dos años, tiene un hijo llamado Alex. Suele ser activa y está siempre llena de energía pero durante el último mes se ha quejado de que se siente cansada y tiene dificultades para dormir.

Profesional Sanitario: Hola, Sandra.
Sandra: Hola
Profesional Sanitario: Vamos a ver, ¿qué problema le trae aquí?
Sandra: Últimamente me he sentido muy cansada porque me cuesta mucho dormir por la noche.
Profesional Sanitario: ¿Qué quiere decir cuando dice que le cuesta mucho dormir por la noche?
Sandra: No duermo tan bien como antes.
Profesional Sanitario: ¿Significa "no dormir bien" que duerme unas cuatro horas por noche?
Sandra: Ahora que lo pienso, me voy a la cama a las 10 de la noche y me despierto a las 4 de la mañana.
Profesional Sanitario: Así que duerme seis horas.
Sandra: Sí.
Profesional Sanitario: De acuerdo, o sea que más de cuatro horas por noche.
Sandra: Sí.
Profesional Sanitario: ¿Hay noches en las que duerme más tiempo?
Sandra: Mm… quizá los sábados cuando cuido de mis nietos me despierto un poco más tarde.
Profesional Sanitario: Así que, corríjame si me equivoco: me ha dicho usted que por lo general duerme seis horas cada noche y que los sábados, cuando cuida de sus nietos, duerme más tiempo y se siente más descansada?

Sandra: Sí, probablemente me canso más de lo normal. Son unos niños muy buenos pero también muy dinámicos.
Profesional Sanitario: ¡Inteligentes y dinámicos como su abuela!
Sandra: ¡ja, ja! ¡Oh! Se me había olvidado que he dejado de dormir la siesta porque me preocupa que me quite el sueño por la noche.
Profesional Sanitario: ¿Y eso ha cambiado algo?
Sandra: No.
Profesional Sanitario (Introducir una frase de restructuración aquí): …
Sandra: Entonces, ¿puedo dormir mi siesta de la tarde?
Profesional Sanitario: No evite dormir la siesta por la tarde (cambiar esto por una afirmación positiva) …
Sandra: ¡Oh! ¡fantástico! porque siempre tengo sueño en ese momento del día.
Profesional Sanitario: Muy bien, así que si incluimos su siesta de la tarde disfruta usted de siete horas de sueño en total: ¿cuántas horas dormía antes?
Sandra: 8 o 9 horas, pero seguidas.
Profesional Sanitario: Y ¿qué quiere decir "antes": hace algunos meses o hace algunos años?
Sandra: En realidad no recuerdo cuándo, quizá cuando era joven, pero la verdad es que ha ido disminuyendo desde hace años.
Profesional Sanitario: Entonces, corríjame si la he entendido mal, pero ¿me está usted diciendo que durante los últimos años ha ido durmiendo cada vez menos y que antes dormía esas horas de forma consecutiva?
Sandra: Sí, quizá es sólo porque ya soy muy mayor.
Profesional Sanitario: Tiene razón al decir que las personas tienden a dormir menos a medida que van envejeciendo, y es verdad que a veces se despiertan en mitad de la noche: esa es la razón por la que recomendamos dormir una siesta por la tarde y hacer mucho ejercicio, como hace usted los sábados con sus nietos. Y aparte de la actividad, le hacen compañía.
Sandra: Tiene razón, cuando estoy con ellos no tengo pensamientos tan negativos.
Profesional Sanitario: Bueno, Sandra, durante las próximas semanas me gustaría que empezara a dormir la siesta por las tardes otra vez, y que pensara al menos en un tipo de actividad física que le haga sentirse bien –como cuando se queda con sus nietos–. Vuelva dentro de dos semanas para contarme cómo le ha ido.

Después de esto, las personas que están recibiendo formación llevan a cabo una dramatización (de unos 20 minutos) para poner a prueba las estrategias de comunicación descritas en la clase. Dentro de cada grupo, los papeles son los de Trabajador del Sector Sanitario, Persona Mayor y dos observadores con sus correspondientes hojas de observaciones.

- La persona que hace el papel de profesional sanitario deberá responder a la persona que interpreta el papel de la Persona Mayor usando las nuevas técnicas adquiridas y siguiendo la guía que hay en el guión de la dramatización.
- Quien haga de Persona Mayor debe responder como imagine que lo haría un paciente mayor en la vida real.

- Los observadores tomarán nota de las técnicas utilizadas.
- Posteriormente, el grupo hará una puesta en común sobre los resultados de la dramatización.

c. La Nutrición y las Personas Mayores

Objetivos

- *Mejorar los conocimientos sobre cómo crear una dieta variada y equilibrada y relacionar esto con la buena salud.*
- *Asegurarse de que los participantes saben que los alimentos son la fuente de energía para todas las actividades de la vida.*
- *Subrayar las propiedades antioxidantes de una buena dieta y los efectos positivos que esto tiene en el envejecimiento saludable.*

Herramientas – Presentación en PowerPoint "LA NUTRICIÓN Y LAS PERSONAS MAYORES"

Contenido Teórico:

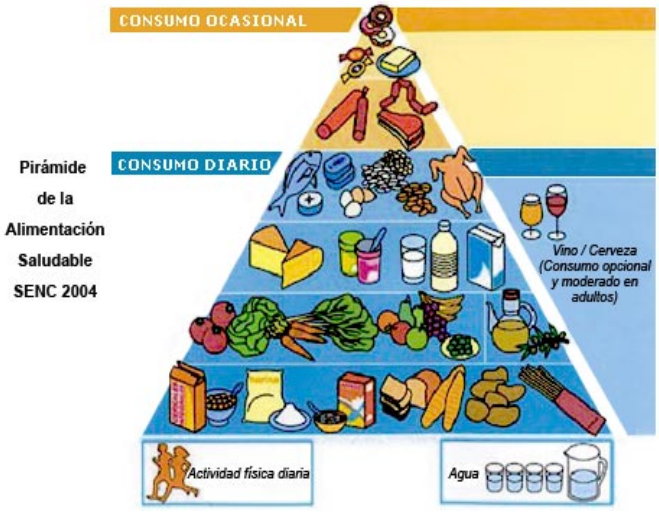
¿Qué riesgos hay?

Entre los riesgos que se asocian con una dieta inapropiada figuran:

- La malnutrición: tanto la malnutrición calórica como la proteica son muy comunes entre las personas mayores. Crean un círculo vicioso que puede traer consigo la pérdida de masa y función corporal, y del apetito, así como la discapacidad e incluso la muerte.
- La pérdida de actores o agentes nutricionales individuales como, por ejemplo, la vitamina D. La pérdida de vitamina D puede tener graves consecuencias para la salud de los huesos, entre ellas la osteoporosis, la osteomalacia y las fracturas, la miopatía y la discapacidad física. La ingesta de vitamina D puede controlarse a través de la dieta, por ejemplo, comiendo más pescado. La falta de vitamina B12 es igualmente importante y su ingesta se puede controlar también a través de la dieta.
- La obesidad: un problema creciente en muchos países europeos que se asocia con la disminución de la actividad física y una dieta inapropiada. La obesidad en la persona mayor lleva a una pérdida general de funciones (dificultad para levantarse de las sillas, subir las escaleras, caminar, etc.) y un mayor riesgo de caídas. Cuatro de las cinco causas de muerte más frecuentes (en todas las personas) están ligadas a la obesidad.

Como Motivar para un Cambio de Comportamiento

Las dietas de choque no son la respuesta. Hay que cambiar los hábitos alimentarios con el tiempo, incluyendo en el proceso tanto a la persona mayor como a la familia. Los hábitos alimentarios que están considerados como los más saludables son los del Mediterráneo en los años 50 del siglo pasado: una dieta basada en los cereales y los tubérculos, con poca carne, muchos pescados óseos, fruta y verdura y una cantidad menor de grasas y alimentos azucarados o dulces.



Qué Objetivos Fijar

Resulta esencial asegurarse de que la persona entiende la importancia de una dieta equilibrada en términos de nutrientes e ingredientes constituyentes. El desayuno y la comida deberían ser las fuentes de energía más importantes para la actividad diaria, mientras que la cena debería ser la comida con menos valor energético. La lista de alimentos recomendados incluye: cereales y tubérculos, fruta y verduras, carne, pescado, huevos, leche, yogur y queso. Entre los consejos figuran los siguientes: reducir las grasas al mínimo, intentar elegir grasas vegetales, evitar los fritos, usar poca sal, beber agua en abundancia, comer muchos alimentos antioxidantes (cacao, pan, cereales y verduras, etc.) y consumir una variada gama de alimentos diferentes. Se deben reforzar los mensajes clave: sobre todo, evitar el consumo excesivo de azúcares “simples”, limitar la ingesta de sal, tomar tres comidas al día siendo las más abundantes el desayuno y la comida, comer fruta y verdura en abundancia y limitar el consumo de alcohol. No olvidar los aspectos “olvidados” de la nutrición: cuánto azúcar se añade a las bebidas y qué bebidas se toman durante las comidas, qué cantidad de alimentos se come, y cuánto tiempo se tarda en comerlos (cuanto más se mastica, más lleno se sienta uno)

Actividad de Grupo Multidisciplinar:

- Grupos de unas 10 personas,
- Tiempo dividido en 3 secciones de diez minutos
- 1 “líder” para cada grupo que tenga alguna experiencia en el campo de la nutrición (médico, nutricionista, enfermera u otro experto)
- Materiales de apoyo

El objetivo del trabajo de grupo es recordar los alimentos que has consumido en las últimas 24 horas y conocer la opinión de otras personas acerca de tus hábitos alimentarios. Los participantes se dividen en grupos multidisciplinares y se les pide que rellenen la tabla (que aparece a la derecha) con los alimentos que han consumido el día anterior (10 minutos). Después, por parejas, los participantes intercambian sus tablas y cada uno expresa su opinión acerca de la cantidad y la clase de comida consumida (10 minutos). Al final, en una sesión plenaria, los líderes de grupos hacen comentarios sobre una dieta de su grupo, señalando los buenos y malos hábitos alimenticios (10 minutos).

HORARIO	6	8		10	12		16	18	20		22		24

d. El Uso de las Medicinas entre las Personas Mayores

Objetivos

- *Aumentar los niveles de conocimiento acerca de los riesgos asociados con la politerapia y con el mal uso de los medicamentos.*
- *Recordar que el farmacéutico es un profesional que está al servicio de la salud del paciente y que está a su disposición para contestar cualquier pregunta o aclarar cualquier duda acerca de las medicinas que está tomando un paciente.*

Herramientas – Presentación en PowerPoint "EL USO DE LAS MEDICINAS ENTRE LAS PERSONAS MAYORES"

Contenido Teórico:

¿Cuáles son los Riesgos?

La paradoja de las medicinas: son a la vez un "remedio" y un "veneno". La politerapia y el consumo de medicamentos inapropiados pueden causar graves reacciones adversas, especialmente entre los mayores. Este tipo de reacciones constituyen la quinta causa de muerte entre los pacientes ingresados en hospitales y se calcula que más de dos tercios de estos casos se pueden prevenir y evitar.

El envejecimiento lleva consigo importantes cambios fisiológicos que tienen una clara incidencia en el efecto de las medicinas: una función gástrica reducida, cambios significativos en el funcionamiento del hígado (cambios en el número de hepatocitos y una menor producción de albúmina) y de los riñones (una reducción de la cantidad de glomérulos activos y un flujo sanguíneo menor). Pese a que los

mayores son los principales usuarios de medicinas, este segmento de la población queda excluido sistemáticamente de los ensayos clínicos. Esto explica en parte por qué son tan escasos los conocimientos acerca de los posibles efectos adversos de los medicamentos nuevos entre las personas mayores.

La **politerapia crónica** (el consumo de más de una medicina al mismo tiempo) es una tendencia creciente entre los mayores y se debe esencialmente a la presencia de más de una patología y/o al uso generalizado de medicinas para las que no se necesita receta y de otros remedios. Se da con mucha frecuencia el "efecto iceberg", donde solo una proporción de los remedios que se consumen han sido recetados por un facultativo, el cual desconoce a su vez que el paciente está tomando estas medicinas "no oficiales". Estas últimas pueden provocar interacciones con otros tratamientos en los que se toman otros medicamentos. Conviene reconocer también que lo que no es más que un efecto secundario de un medicamento se ve a menudo como una "enfermedad" independiente, y así se empieza a formar una auténtica "bola de nieve" de tratamientos y prescripciones..

Cómo Motivar para un Cambio de Comportamiento

- **Preguntar siempre** al paciente si está tomando algún otro medicamento sin receta o remedios de hierbas, informar al paciente de que ciertos alimentos alteran los efectos de una medicina (por ejemplo, el zumo de pomelo modifica los efectos de las estatinas).
- Si el paciente necesita tomar un medicamento, aconsejarle que tome **medicinas conocidas** con un perfil riesgo/beneficio del que el paciente tenga constancia.
- Según Beers, **algunas medicinas están totalmente desaconsejadas** para las personas mayores o en combinación con algunas patologías en cuanto exista una alternativa más segura (por ejemplo, flurazepam y diazepam, ketorolac, naproxeno y piroxicam, ticlopidina).

Qué Objetivos Fijar

- Si un paciente presenta más de una patología será preciso **priorizar**.
- Plantearse, siempre que sea posible, el uso del **tratamiento no-farmacéutico para el paciente mayor** (consejos sobre la dieta, dejar de fumar, ejercicio).
- Recordar que el grado de seguimiento del tratamiento por parte de una persona mayor se reduce a medida que aumenta el número de medicinas. Para ayudar a que se cumpla el tratamiento, **escribir las instrucciones de dosificación**, sugerir al paciente que utilice un **pastillero** o que use una **agenda con días y horas** para escribir qué medicinas tiene que tomar y cuándo debe tomarlas. Este instrumento lo pueden emplear los médicos, las enfermeras y los farmacéuticos.

Actividad de Grupo Multidisciplinar:

- Grupos de unas 10 personas
- Tres sesiones de diez minutos (10+10+10)
- 1 líder para cada grupo con conocimientos en el campo de la medicina (farmacéutico, médico o enfermera)
- Materiales de apoyo

HORARIO / MEDICAMENTOS	7	8	9	11	12	13	16	19	20	21	22	23	24
Pantecta (pantoprazolo)	1 cpr												
Diamicron cpr (gliclazide)	1 cpr			1 cpr				1 cpr					
Lasix cpr (furosemide)		1 cpr					1 cpr						
Triatec cpr (ramipril)			1 cpr										
Seloken cpr (metoprololo)	½ cpr							½ cpr					
Norvasc cpr (amlodipina)						½ cpr							
Lanoxin cpr (digossina)							1 cpr						
Coumadin cpr (warfarin)								1 cpr					
Sivastin cpr (simvastatina)										1 cpr			
Halcion (triazolam)										1 cpr			

En la sesión plenaria se presenta una situación de la vida real: una mujer de 70 años que toma diez medicamentos en distintos momentos repartidos a lo largo de todo el día. Esta paciente acude al facultativo en busca de consejo sobre cómo tomar los medicamentos y sobre cómo tratar su dolor de rodilla. Con el fin de ayudarla a seguir todas sus prescripciones médicas, los participantes se dividen en grupos e, individualmente, tratan de rellenar el horario (que aparece a la derecha) incluyendo el nombre del medicamento y la hora a la que debería tomarse. Se han de utilizar tanto el nombre farmacológico como la denominación comercial (10 minutos). En el seno de sus grupos, los participantes reflexionarán después acerca del número de dosis, las posibles interacciones entre las medicinas, los productos de hierbas y los alimentos. También deberían plantearse el consejo que van a dar a la paciente con respecto al dolor de rodilla (10 minutos). Por último, los grupos se reúnen y todos los participantes intentan alcanzar un consenso sobre la agenda o diario y sobre el tratamiento sin receta apropiado.

e. El Consumo de Tabaco entre los Mayores

Objetivos

- Aumentar el grado de concienciación sobre el hecho de que fumar cigarrillos constituye un hábito destructivo y que, por consiguiente, debería evitarse.
- Capacitar a las personas mayores para que cambien su conducta y su estilo de vida: responsabilidad a través del autocontrol.

Herramienta - Presentación en PowerPoint "**EL CONSUMO DE TABACO ENTRE LAS PERSONAS MAYORES**"

Contenido Teórico:

¿Cuáles son los riesgos?

Se presentan los problemas asociados tanto con el tabaquismo activo como con el pasivo, así como los efectos negativos que produce el hábito de fumar en combinación con estilos de vida poco saludables. Concretamente, la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) es una de las afecciones más comunes entre los fumadores y tiene una frecuencia aún mayor entre los mayores (el 90% de los casos se da después de cumplidos los 65 años). Fumar se asocia con un elevado riesgo de muerte causada por enfermedades cardiovasculares, afecciones pulmonares y tumores. Fumar pasivamente también comporta un mayor riesgo de contraer enfermedades.

Cómo Motivar para un Cambio de Comportamiento

En la mayoría de los casos, la persona mayor sólo encuentra la motivación para dejar de fumar después de ponerse muy enfermo. Sin embargo, es importante ayudarles a entender que dejar el tabaco mejora la calidad de vida, tiene beneficios para la salud y aumenta la esperanza de vida.

- Sobre todo, es importante ayudar al paciente a que llegue a tomar la decisión de dejar de fumar mediante el uso de **mensajes positivos** (entre los beneficios figuran el ahorro de dinero, la mejora de la salud, una mayor autoestima, un mejor aspecto y el hecho de que se da un buen ejemplo a otras personas). También es muy recomendable que las estrategias se decidan conjuntamente con el paciente. La OMS proporciona estrategias útiles (las estrategias MPOWER).
- Esto implica el **asesoramiento planificado**: planificar chequeos regulares para llevar a cabo un seguimiento del comportamiento de los pacientes que han decidido dejar de fumar; escoger estrategias diferentes dependiendo del punto en que se encuentre el paciente si éste todavía no lo ha dejado; usar la "balanza de las decisiones" en la primera etapa (cuando se está considerando la idea de dejarlo); apoyar la autosuficiencia en aquellos que ya han avanzado y están en el buen camino para dejarlo de manera permanente.

- Es fundamental crear y **mantener una relación estable y un contacto regular** con el paciente para evitar recaídas. El trabajador sanitario debería ponerse al corriente del historial del paciente como fumador, ayudarlo a comprender las necesidades y los motivos que le llevaron a fumar para así poder idear una conducta alternativa. El profesional de la salud debería suministrar asimismo material informativo, ofrecer apoyo psicológico y cualquier medicación necesaria al fumador que se muestra comprometido a dejar de fumar. Si el paciente recae (lo que sucede en el 75-80% de los casos) el trabajador sanitario no debería echar la culpa al paciente sino, en vez de eso, apoyarlo de nuevo para que utilice la balanza de las decisiones.
- Cuando se está ayudando a un paciente a dejar de fumar, resulta esencial que el profesional de la salud mantenga una mentalidad abierta y positiva, adoptando el **"idioma del cambio"** (usar preguntas abiertas, reflexionar, sintetizar, confirmar y usar afirmaciones motivacionales). Resulta útil en particular el **Test de Fagerstrom** a la hora de descubrir la adicción a la nicotina y el cuestionario motivacional representa una gran ayuda para evaluar la motivación para el cambio.

Qué Objetivos Fijar

Algunas sugerencias SMART: la respiración diafragmática, los ejercicios de resistencia respiratoria (Máscara PEP) y las técnicas de distracción para dejar de pensar en los cigarrillos. Se pueden llevar a cabo otras intervenciones por parte de distintos profesionales de la atención sanitaria, dependiendo de si el paciente es "fácil" (una mínima orientación, la automedicación, cursos para ayudarlos a dejar de fumar), de "riesgo múltiple" (cursos para dejar el tabaco, medicación prescrita, terapia del comportamiento) o está gravemente enfermo (politerapia, terapia del comportamiento).

Actividad de Grupo Multidisciplinar: entrevista motivacional

- Grupos de unas 10 personas
- Tres secciones de 10 minutos (10+10+10 minutos)
- 1 líder por grupo (farmacéutico, médico, enfermera u otro experto)
- Materiales de apoyo

En cada grupo se escogen dos personas para que representen un diálogo entre el médico y el paciente/fumador. Al final de la entrevista, el resto del grupo comenta las etapas, la progresión y la conclusión que han visto, guiados por el líder del grupo (10 minutos). Después abordarán los próximos pasos posibles, como por ejemplo planificar una visita de seguimiento, y cómo se pueden planificar estos nuevos pasos conjuntamente con el paciente (10 minutos). A continuación se reparte el folleto "Aprender a Respirar Bien con los Años" –donde se explican diversas técnicas para apoyar a los pacientes en sus esfuerzos por dejar de fumar– y los participantes hablan sobre los contenidos (10 minutos).

f. La Actividad Física entre las Personas Mayores

Objetivos

- *Mejorar el nivel de concienciación sobre el hecho de que un buen nivel de actividad física mejora la calidad de vida y ayuda a prevenir enfermedades en el futuro.*
- *Proporcionar herramientas que ayuden a evitar los estilos de vida sedentarios y promover actividades seguras para las personas mayores y para quienes padecen enfermedades crónicas.*

Herramientas – Presentación en PowerPoint "LA ACTIVIDAD FÍSICA ENTRE LAS PERSONAS MAYORES"

Contenido Teórico:

¿Cuáles son los Riesgos?

Entre los problemas que se asocian con la disminución de la actividad física figuran: la obesidad, la pérdida de tono muscular, la diabetes y el envejecimiento prematuro. Los bajos niveles de actividad física son característicos de la edad moderna en Occidente, donde buena parte del trabajo está mecanizado y son pocas las personas que se desplazan a pie o en bici.

Cómo Motivar para el Cambio de Comportamiento

El profesional de los servicios de salud debería trabajar con el paciente para que éste cambie su estilo de vida. Un estilo de vida activo reporta muchos beneficios, especialmente por lo que respecta a la prevención primaria y secundaria (diabetes, cáncer de colon, cáncer de mama, osteoporosis, caídas y fracturas, deterioro cognitivo, etc.) además de ayudar en la gestión de las enfermedades crónicas (hipertensión, enfermedades coronarias, [ataques de] apoplejía y obesidad). A nivel general, resulta difícil aumentar el nivel de concienciación acerca del hecho de que la actividad física constituye una de las máximas prioridades para los adultos en general y para las personas mayores en particular. Un problema clave reside en el hecho de que suele haber un escaso nivel de motivación entre la población mayor. La tarea del trabajador sanitario es informar y mentalizar a los pacientes acerca de la importancia que tiene la actividad física y ayudarles a marcarse metas excitantes y estimulantes.

Qué Objetivos Fijar

PAR-Q & YOU

(A Questionnaire for People Aged 15 to 69)

Regular physical activity is fun and healthy, and increasingly more people are starting to become more active every day. Being more active is very safe for most people. However, some people should check with their doctor before they start becoming much more physically active.

If you are planning to become much more physically active than you are now, start by answering the seven questions in the box below. If you are between the ages of 15 and 69, the PAR-Q will tell you if you should check with your doctor before you start. If you are over 69 years of age, and you are not used to being very active, check with your doctor.

Common sense is your best guide when you answer these questions. Please read the questions carefully and answer each one honestly: check YES or NO.

YES	NO	
☐	☐	1. Has your doctor ever said that you have a heart condition and that you should only do physical activity recommended by a doctor?
☐	☐	2. Do you feel pain in your chest when you do physical activity?
☐	☐	3. In the past month, have you had chest pain when you were not doing physical activity?
☐	☐	4. Do you lose your balance because of dizziness or do you ever lose consciousness?
☐	☐	5. Do you have a bone or joint problem (for example, back, knee or hip) that could be made worse by a change in your physical activity?
☐	☐	6. Is your doctor currently prescribing drugs (for example, water pills) for your blood pressure or heart condition?
☐	☐	7. Do you know of any other reason why you should not do physical activity?

If you answered

YES to one or more questions

Talk with your doctor by phone or in person BEFORE you start becoming much more physically active or BEFORE you have a fitness appraisal. Tell your doctor about the PAR-Q and which questions you answered YES.

- You may be able to do any activity you want — as long as you start slowly and build up gradually. Or, you may need to restrict your activities to those which are safe for you. Talk with your doctor about the kinds of activities you wish to participate in and follow his/her advice.
- Find out which community programs are safe and helpful for you.

NO to all questions

If you answered NO honestly to all PAR-Q questions, you can be reasonably sure that you can:

- start becoming much more physically active – begin slowly and build up gradually. This is the safest and easiest way to go.
- take part in a fitness appraisal – this is an excellent way to determine your basic fitness so that you can plan the best way for you to live actively. It is also highly recommended that you have your blood pressure evaluated. If your reading is over 144/94, talk with your doctor before you start becoming much more physically active.

DELAY BECOMING MUCH MORE ACTIVE:

- If you are not feeling well because of a temporary illness such as a cold or a fever – wait until you feel better; or
- If you are or may be pregnant – talk to your doctor before you start becoming more active.

PLEASE NOTE: If your health changes so that you then answer YES to any of the above questions, tell your fitness or health professional. Ask whether you should change your physical activity plan.

Informed use of the PAR-Q: The Canadian Society for Exercise Physiology, Health Canada, and their agents assume no liability for persons who undertake physical activity, and if in doubt after completing this questionnaire, consult your doctor prior to physical activity.

No changes permitted. You are encouraged to photocopy the PAR-Q but only if you use the entire form.

NOTE: If the PAR-Q is being given to a person before he or she participates in a physical activity program or a fitness appraisal, this section may be used for legal or administrative purposes.

"I have read, understood and completed this questionnaire. Any questions I had were answered to my full satisfaction."

NAME _____

SIGNATURE _____ DATE _____

SIGNATURE OF PARENT or GUARDIAN (for participants under the age of majority) _____ WITNESS _____

Note: This physical activity clearance is valid for a maximum of 12 months from the date it is completed and becomes invalid if your condition changes so that you would answer YES to any of the seven questions.

© Canadian Society for Exercise Physiology Supported by Health Canada Santé Canada

continued on other side...

Los intervenciones cortas o intensivas, individualmente o en grupos, específicas o de gran alcance: estos factores se pueden modificar según las oportunidades y la necesidad. Asimismo, es importante explicar los riesgos que entraña el cambio de comportamiento y ayudar a las personas a definir objetivos SMART. Aún aceptando que no se puede alcanzar la perfección, hay que intentar definir metas razonables para la persona mayor, como utilizar las escaleras en vez del ascensor, hacer las tareas de la casa solos e ir andando a las tiendas (véase la pirámide de actividades sugeridas). El tipo de ejercicio (moderado/vigoroso), la frecuencia y la duración, al igual que la intensidad, deberían modificarse en función del cambio deseado (mejorar la resistencia cardiovascular, la fuerza, el equilibrio, etc.). A continuación se plantean varios esquemas o planes de ejercicio posibles que variarán de acuerdo con el nivel del paciente: principiante, intermedio o avanzado. Conviene siempre implicar a la familia y a los amigos en las estrategias para cambiar el comportamiento dentro de este ámbito de la actividad física.

Son varias las herramientas que se encuentran a disposición del profesional de la sanidad. Para evaluar la motivación del paciente mayor para cambiar los hábitos sedentarios está el cuestionario PAR-Q; la **escala de Borg** resulta útil para mantener un nivel apropiado de actividad física, así como los podímetros y los monitores del ritmo cardíaco.

La **Escala de Borg** se usa para hacer una estimación del nivel correcto de actividad físico de acuerdo con la experiencia subjetiva del paciente sobre lo agotadora que resulta cada actividad: cuando el paciente intenta realizar una actividad física, describe el nivel de esfuerzo necesario y el cansancio producido. Algunas personas podrían sentir un nivel de esfuerzo de 6 cuando caminan, otras cuando corren. Para desarrollar la **resistencia**, el paciente debería trabajar con vistas a llegar hasta un nivel de esfuerzo de 13, sintiendo así un nivel de esfuerzo razonable. Con el fin desarrollar la **fuerza**, los pacientes han de alcanzar un nivel de esfuerzo próximo al 15-17.

Actividad de Grupo Multidisciplinar:

- Grupos de unas 10 personas
- Tres sesiones de 10 minutos
- 1 líder por cada grupo con experiencia en el ámbito de la actividad física (médico, fisioterapeuta, enfermera u otro experto)
- Materiales de apoyo

En los grupos, los participantes abordan un caso de la vida real. Se les pide que decidan si el sujeto que aparece en el estudio de caso se encuentra en un nivel principiante, intermedio o avanzado. Distinguiendo cualquier factor de riesgo, deben preparar entonces un programa de ejercicios adaptado a sus necesidades, con objetivos, etapas, etc.

- ***Estudio de Caso A**: Una mujer de 65 años. Goza de buena salud y no toma ninguna medicina. Jugó regularmente al voleibol hasta que cumplió los 25 años y después fue reduciendo de manera gradual su nivel de ejercicio. En los últimos 20 años, apenas ha hecho ejercicio. Su motivación para comenzar a hacer ejercicio de nuevo es que se ha dado cuenta de que ha ido ganando peso progresivamente en los últimos cinco años.*
- ***Estudio de Caso B**: Un hombre de 72 años de edad. Tiene la tensión ligeramente alta, problema que trata con medicamentos. Siempre ha practicado deportes y se ha entrenado para ello y no ha hecho ejercicio con regularidad durante los últimos 20 años. Ha decidido iniciar un programa regular de ejercicio para poder controlar mejor su tensión arterial.*
- ***Estudio de Caso C**: Un hombre de 66 años de edad. Goza de buena salud y toma únicamente un fármaco hipoglucémico por vía oral para tratar un ligero aumento de la glucemia. Siempre ha practicado deportes de competición en el pasado y todavía entrena regularmente: va a nadar a la piscina (dos veces por semana) y al gimnasio (una vez a la semana). Está motivado para seguir un programa de ejercicios personalizado con vistas a mejorar los resultados obtenidos.*

Preguntas:

1. ¿Qué perfil de actividad muestra este sujeto?
2. ¿Situaría usted al sujeto en el grupo de principiantes, el intermedio o el avanzado?
3. ¿Qué preguntas haría para descubrir posibles factores de riesgo?
4. ¿Cuáles deberían ser los objetivos?
5. ¿Cómo aumentaría usted los niveles de actividad y en qué período de tiempo?

7. ENSEÑAR A LAS PERSONAS MAYORES A LLEVAR ESTILOS DE VIDA SALUDABLES

El siguiente apartado incluye **seis clases sugeridas** que se pueden usar cuando se esté trabajando con **grupos de personas mayores**. Las lecciones ofrecen información y herramientas útiles encaminadas a promover estilos de vida saludables. El material está diseñado para que lo utilicen profesionales (médicos, enfermeras, farmacéuticos y otros profesionales) dentro del contexto de la educación de adultos, seminarios o grupos de tratamiento/terapia.

Los materiales relevantes para cada módulo (disponible en su totalidad en el DVD que viene con este manual) se presentan aquí de manera resumida: con sólo hacer clic en cada título podrá usted tener acceso al contenido íntegro.

Equipo: PC, proyector y altavoces, recursos multimedia, artículos de papelería y espacio suficiente tanto para clases tradicionales como para el trabajo en grupo.

Otros Materiales de Apoyo:

- Presentaciones en PowerPoint
- Vídeos relevantes para cada Módulo
- Folletos
- Diario de Salud
- Tabla para completar
- Bibliografía

Organización de Cada Módulo: Cada modulo dura aproximadamente una hora y se divide en dos sesiones: la **introducción teórica** (unos 30 minutos) y la **actividad práctica** (unos 30 minutos).

a. Introducción (5 minutos)
b. Conceptos de Base (5 minutos)
c. Contenidos:
    - Riesgos y Beneficios (5 minutos)
    - Mensajes Clave y Refuerzo (5 minutos)
    - Objetivos y Herramientas para el Cambio (5 minutos)
d. Vídeo relevante para el módulo (2 minutos)
e. Actividades Prácticas, Ejercicios y Dramatizaciones (20 minutos)
f. Comprobación de las respuestas, debate y conclusiones, ya sea dentro de los grupos o en sesión plenaria (10 minutos)

a. Salud Emocional

Contenido Teórico: Aparte del contenido teórico del apartado 6b, puede remitirse a…

- **Presentación en PowerPoint**
- **Guía para el Módulo Teórico**
- **Guía para el Módulo Práctico**

Herramientas para las Actividades Prácticas:

- **Presentación en PowerPoint**
- **Vídeo 1** y **Vídeo 2** – documentales acerca de las emociones que debería dar paso a un debate sobre este tema.
- **Folleto** – se le da a los participantes y contiene los mensajes clave de la sesión.

b. La Nutrición y los Mayores

Contenido Teórico: Aparte del contenido teórico del apartado 6c, puede remitirse a…

- **Presentación en PowerPoint**

Herramientas para las Actividades Prácticas:

- **Presentación en PowerPoint**
- **Guía para el Módulo Práctico**
- **Vídeo 1** , **Vídeo 2** y **Vídeo 3** – Tres videos ilustrativos sobre el módulo.
- **Tabla para Completar Individualmente** – una tabla que usan los participantes para registrar sus hábitos alimentarios y para anotar cuáles son “buenos” y “malos”.
- **Diario de Salud –** una herramienta que utilizan los participantes para incorporar cinco de sus buenos hábitos en materia de salud a su rutina cotidiana.
- **Diario de Hábitos Cotidianos –** los participantes se dividen en tres grupos y cada uno de ellos analiza su dieta. Después se les pide que valoren si su dieta es saludable o no.
- **Folleto** – se le da a los participantes y contiene los mensajes clave de la sesión

c. El uso de Medicinas entre las Personas Mayores

Contenido Teórico: Aparte del contenido teórico del apartado 6d, puede remitirse a…

- Presentación en PowerPoint

Herramientas para la Actividad Práctica:

- Presentación en PowerPoint
- Guía para el Módulo Práctico
- Vídeo – un video ilustrativo sobre el módulo: una experiencia ejemplificadora y el mensaje de un ciudadano mayor que ha puesto en práctica hábitos correctos de consumo de medicamentos después de haber vivido ciertas experiencias.
- **Diario de Medicinas –** tablas en las que se puede escribir cuándo tiene uno que tomar cada medicamento y donde se hará una marca en el momento en que se toma (fomentando así el cumplimiento de la prescripción) con el fin de evitar olvidos o una administración errónea.
- **Cajas y Envoltorios –** Anotar en la caja o en el envoltorio cómo ha dicho el medico que se tome la medicación, para qué sirve y si se debe tomar con las comidas o no.
- **Pastillero –** cada lunes, rellenar el pastillero poniendo el medicamento correcto en cada sección de acuerdo con el Diario de Salud.
- Folleto – se le da a los participantes y contiene los mensajes clave de la sesión.

d. El Consumo de Tabaco y Alcohol entre las Personas Mayores

Contenido Teórico: Aparte del contenido teórico del apartado 6e, puede remitirse a…

- Presentación en PowerPoint

Herramientas para las Actividades Prácticas:

- Presentación en PowerPoint
- Guía para el Módulo Práctico
- Vídeo 1 – Un vídeo ilustrativo acerca del módulo.
- **Tabla para Completar Individualmente –** una tabla que rellenan los participantes, indicando los efectos positivos y negativos que tiene el hecho de que fumen y beban.
- **Diario de Hábitos Cotidianos –** los participantes se dividen en tres grupos y cada uno de ellos analiza sus hábitos relacionados con el consumo de tabaco y alcohol. Después se les pide que valoren si estos hábitos son saludables o no.
- Folleto – se le da a los participantes y contiene los mensajes clave de la sesión.

e. La Actividad Física entre las Personas Mayores

Contenido Teórico: Aparte del contenido teórico del apartado 6f, puede remitirse a…

- **Presentación en PowerPoint**

Herramientas para las Actividades Prácticas:

- **Presentación en PowerPoint**
- **Guía para el Módulo Práctico**
- **Vídeo 1** y **Vídeo 2** – Vídeos ilustrativos que muestran la experiencia de otras personas y el mensaje de una persona mayor que hace ejercicio con regularidad.
- **Diario de Salud** – una herramienta que los participantes utilizan para incorporar a su rutina diaria la actividad física que han escogido.
- **Tarjetas (de ayuda pedagógica)** – tarjetas con resistencia cardiovascular, fuerza y equilibrio y ejercicios de flexibilidad.
- **PAR-Q** – cuestionario diseñado para realizar una evaluación inicial de posibles contraindicaciones relacionadas con la realización de cualquier actividad física
- **Folleto** – se da a los participantes y contiene los mensajes clave de la sesión.

f. Comunicación

Contenido Teórico: Aparte del contenido teórico del apartado 6a, puede remitirse a…

- **Presentación en PowerPoint**
- **Guía para el Módulo Teórico**

Herramientas para las Actividades Prácticas:

- **Presentación en PowerPoint**
- **Guía para el Módulo Práctico**

8. PLANIFICACIÓN DEL CURSO

a. Sugerencias para la Programación del Curso

El curso de formación EHLE se estructura en torno a seis módulos: *La Nutrición Saludable entre las Personas Mayores; El Uso de la Medicación entre las Personas Mayores; El tabaquismo entre las Personas Mayores; La Actividad Física en las Personas Mayores; La Salud Emocional en las Personas Mayores; y La Comunicación con los Pacientes.*

Cada módulo dura en total aproximadamente una hora y se divide en dos secciones diferenciadas:

- **Clase Teórica** (30 minutos aprox.)
- **Actividades en Grupos Multidisciplinares** (30 minutos aprox.)

La parte de la clase se marca como objetivo proporcionar a los participantes conocimientos y evidencias científicas sobre el tema en cuestión, mientras que la parte práctica está pensada para mejorar las destrezas relacionadas con la comunicación de estos conocimientos y promover un cambio de comportamiento a través de estudios de caso, simulaciones, etc.

Teniendo en cuenta la densidad del material, el curso funciona bien repartido en **dos días de formación** (divididos por módulos y no en un día teórico y otro práctico).

ALGUNAS CONSIDERACIONES GENERALES:

- El trabajo de grupo es fundamental para mejorar los niveles tanto de atención como de implicación de los participantes –la parte práctica es indispensable para todos los módulos;
- Volver a reunirse en sesión plenaria tras el trabajo de grupo es importante para darles “feedback” a los participantes acerca del trabajo práctico (hay que estar siempre atento a la distribución del tiempo);
- El programa es muy denso – conviene mantener las clases dentro del límite de los 30 minutos y respetar la secuenciación correcta de los módulos.

b. Sugerencias para los Formadores que trabajan con Grupos de Personas Mayores

Todos los formadores deben principalmente hacerse dos preguntas esenciales antes de iniciar cualquier proceso pedagógico:

- ¿Qué tendrán que hacer los estudiantes para poner en práctica, de la mejor forma posible lo que aprendan de la formación recibida en los módulos EHLE?
- ¿Cómo se puede conseguir la máxima eficiencia a la hora de utilizar la formación modular de EHLE?

Deberíamos pararnos a evaluar las características de las personas que asisten a los módulos de formación de EHLE en las aulas de clase.

¿Quiénes son? ¿Son mayores? ¿Qué vocabulario conocen? ¿Qué conocimientos previos poseen? ¿Qué interés tienen en esta formación? ¿Cómo aprende un adulto?

Para poner a un adulto ante una situación de aprendizaje, debemos tener en cuenta los siguientes aspectos:

- Es posible que los adultos no hayan acometido ninguna tarea de aprendizaje en mucho tiempo, como consecuencia de lo cual surgirán dificultades derivadas de la falta de recursos, destrezas y estrategias para el aprendizaje, y también de la ausencia de hábitos de estudio consolidados;
- Los adultos buscan la utilidad y la aplicación práctica de la formación. Si tienen la impresión de que lo que están aprendiendo no sirve para nada, perderán su motivación, centrarán su interés en otra parte y dejarán de aprender;
- Los adultos realizan la formación en condiciones difíciles, con cansancio, preocupaciones relacionadas con el trabajo y la familia, etc. La formación no es algo esencial en sus vidas;
- Los adultos pueden tener una baja autoestima: cabe la posibilidad de que no se consideren lo bastante inteligentes o cualificados para tomar parte en el proceso de formación.

***La palabra clave en el éxito de un formador es: flexibilidad*.**

Aprender a aprender es tan importante para los formadores como para los estudiantes. El formador eficiente puede, por ejemplo…

- Descubrir el estilo que se adapta mejor a una situación y un momento concretos;
- Inventar la clase de conducta que puede proporcionar una respuesta mejor a las expectativas de los estudiantes;
- Introducir el comportamiento “adecuado” adaptándolo a las reacciones del grupo de estudiantes;
- Extraer lecciones de su experiencia pedagógica.

Todos los formadores son capaces de llevar a cabo acciones de formación con cuatro estilos al menos: el estilo del instructor (centrándose en los contenidos pedagógicos); el estilo del negociador (la pedagogía

se caracteriza por una reparto de poder entre el formador y los estudiantes); el estilo del facilitador (el formador presta atención a las necesidades de sus alumnos y les ayuda a aprender) y, por último, el estilo del asesor (en este caso, el formador tiene una actuación pasiva y está enteramente al servicio de los estudiantes para ofrecerles consejo sobre cualquier problema pedagógico). Cada estilo corresponde a una situación existente y el formador eficaz es capaz de cambiar el estilo de acuerdo con los requerimientos de los momentos pedagógicos específicos.

La escucha

Los participantes no son espectadores pasivos. Deben asumir un papel activo en su propio proceso de aprendizaje. En este punto nos referimos a la importancia que tiene escuchar y a cómo podemos/debemos escuchar y también a cómo es posible mejorar esta destreza.

En cualquier situación, los participantes piensan en problemas que les gustaría resolver y que, por tanto, les llevan a hacer preguntas. Las preguntas no sólo representan una demanda de información por parte de un participante, sino que también son indicadores del proceso de formación.

- Todas las preguntas son interesantes y deben ser tratadas con respeto y consideración. Esto implica que todas y cada una de las preguntas tienen una respuesta (aunque no sea la que buscaba específicamente el participante).
- Las preguntas deben ser pertinentes, relacionadas con el objeto de la formación. Cualquier otro aspecto ha de ser abordado fuera del espacio de formación (virtual o física).
- Las preguntas tienen que ser justamente eso: preguntas. No son comentarios; no son valoraciones. Debemos excluir esta posibilidad, a menos que esta exigencia la haga explícita el formador.
- Una pregunta no puede sembrar dudas acerca de los conocimientos del formador. Nadie sabe todo. Es preferible demorar la respuesta que dar una respuesta apresurada y posiblemente equivocada.
- En la formación, especialmente en la que se lleva a cabo fuera del aula, debemos responder lo más rápido posible. Si es necesario, el formador puede decir que están buscando una respuesta, pero los participantes deben tener un *feedback* o “respuesta” que les sirva para saber que la pregunta se ha tomado en consideración y que el formador está trabajando en ella. El participante no puede experimentar nunca una sensación de soledad.
- No responder con otra pregunta. Si bien es cierto que puede constituir un recurso interesante (hace que los participantes reflexionen sobre sus dudas), no deberíamos abusar de él: una pregunta es una demanda de una explicación.

Estos puntos se pueden materializar en la realidad haciendo un esfuerzo y practicando de tres maneras. ¿Cómo? Con ejemplos concretos:

- La **escucha activa:** El participante puede así confirmar que lo que el formador ha oído es lo que él y sus compañeros querían oír (o corregir la interpretación). Los formadores pueden dirigirse rápidamente al participante para que especifique el problema y proponga la solución.

- La **escucha comprensiva**, transmitiendo a los emisores las sensaciones de que estamos de acuerdo con lo que están diciendo mediante mensajes del tipo “es cierto”, “tiene usted razón”, etc.
- La **escucha selectiva**: formular preguntas abiertas acerca de los aspectos esenciales de la información que se nos está transmitiendo, orientando el mensaje hacia lo que estamos interesados en saber.

A fin de definir esta sección, indicamos las actitudes que se asocian con una buena escucha y las técnicas que permiten lograr ese objetivo.

Las destrezas de los buenos formadores no se distinguen únicamente por su capacidad para manejar grupos, para comunicar con eficacia o para ayudar a esos grupos a adquirir ciertas capacidades. Otras cualidades que se sitúan entre **la capacidad de improvisación, la creatividad o las destrezas para gestionar los recursos** en la clase son igualmente muy importantes y ayudan a hacer que la sesión sea más “sobresaliente”.

9. CONCLUSIONES

La Promoción de la Salud como la Promoción Social de los adultos más mayores: la perspectiva de UNCASS

En el ámbito de la salud pública es bien sabido que cuanto más elevado es el estatus social de una persona, en general, mejor es su estatus en lo que a salud se refiere. En la salud pública se sabe igualmente muy bien que promover la salud con educación e información mejora no sólo el estatus sanitario sino también el estatus social de la población diana. De la misma manera que la escolarización y la educación formal promueven el bienestar social y el éxito de una persona, la educación sanitaria "empuja" a la persona "objetivo" o al grupo "diana" de intervención hacia unos niveles mejores de calidad de vida. El estudio Whitehall demostró que la heterogeneidad social entre los funcionarios públicos del gobierno británico se asocia con la heterogeneidad en lo que a salud se refiere.

La Participación en Iniciativas de Educación en la Salud como una forma de promover la Salud Emocional: la contribución de la Universidad de Alicante

La investigación médica está proporcionando cada vez más descubrimientos acerca de la relación que existe entre el cuerpo y la mente. Parece que la mente desempeña un papel muy significativo en la salud y la calidad de vida. De ahí la gran relevancia de la promoción de la salud y de la participación en actividades ligadas a la salud emocional para mantener un estilo de vida saludable, un bienestar emocional, unas buenas funciones cognitivas y un envejecimiento saludable.

El aprendizaje regulado y sistemático dentro de las iniciativas de promoción de la salud permite la localización de experiencias vitales de personas mayores en un marco de directrices, propuestas y sugerencias para vivir de forma saludable. Crear un buen hábito requiere la repetición de comportamientos y, si estos comportamientos están regulados por los conocimientos adquiridos en los periodos de formación, resultará más fácil crear esos buenos hábitos y mejorar el nivel general de calidad de vida de los mayores.

La promoción de la salud emocional se puede materializar a través del aprendizaje y la aplicación práctica de estrategias de afrontamiento que permitan desarrollar hábitos emocionales saludables. De esta manera, los individuos adultos pueden aplicar los conocimientos adquiridos para conseguir una vida diaria saludable en un contexto tanto personal como interpersonal, lo que les ayudará a mejorar su condición física, a prevenir los riesgos de contraer enfermedades, a protegerse contra la depresión, a manejar eficazmente la ansiedad y a reforzar su sistema inmunitario.

Además, en el caso de las personas mayores, se hace imprescindible frenar el deterioro de las capacidades cognitivas, siendo ésta una tarea de aprendizaje-para-la-salud que tiene incidencia en el bienestar emocional y resulta beneficiosa para la salud y la calidad de vida de los mayores, ya que la memoria y la atención son indispensables para la vida diaria.

Los marcos de referencia conceptuales como una herramienta con la que construir juegos de herramientas de formación de alta calidad: la contribución de la Universidad Libre (VU) de Amsterdam

Dentro del proyecto EHLE hemos desarrollado un juego de herramientas de formación con dos propósitos: capacitar a las personas mayores para que tomen decisiones informadas en los ámbitos de la salud y los estilos de vida; y desarrollar y comunicar mensajes claros y sencillos acerca de estos temas. El juego de herramientas contiene mucho material, todo centrado en estos dos propósitos y todo basado, también, en un marco de referencia teórico. El uso de un marco de referencia teórico como base del conjunto de herramientas es importante porque nos ha ayudado a designar el juego de herramientas y a escoger los módulos y su contenido. Desarrollar los temas dentro del marco de referencia conceptual significó que teníamos que hacernos la siguiente pregunta: ¿por qué iba este contenido o este tipo de materiales a ayudarnos a dotar a las personas de la capacidad de cambiar? con lo que se garantizaba la relevancia y la accesibilidad de todo el material que hemos incluido.

El marco teórico de nuestro proyecto se basa en la Teoría del Comportamiento Planificado y el Modelo de Autorregulación. En este último se sostiene que tenemos que informar a las personas acerca de los riesgos relacionados con la salud para poder conseguir cambios en el comportamiento. Así pues, suministrar información suficiente y clara constituiría una de las grandes prioridades por lo que respecta a todo el material incluido en el juego de herramientas.

La Teoría del Comportamiento Planificado sugiere que hemos de modificar la actitud de la gente y sus intenciones de cambiar. Esto se puede lograr motivándolos para que se planteen por qué es importante un cambio de comportamiento y proporcionándoles herramientas que les ayuden a cambiar. Las herramientas (como la entrevista motivacional o la fijación de metas) se han utilizado en muchos de los materiales que vienen en el Juego de Herramientas de Formación. Por ultimo, todas las herramientas se basan en el "método de la capacitación": ayudar a los mayores para que utilicen su propia capacidad de cambiar. Y eso es exactamente lo que pretendemos fomentar con el proyecto EHLE.

Observaciones finales del socio coordinador: la Región del Veneto

En conclusión, son muchos los retos que les esperan a los profesionales sanitarios que están trabajando para promover la salud y el bienestar de nuestros adultos mayores y para reducir el impacto de un estilo de vida poco saludable sobre el riesgo de que contraigan enfermedades asociadas con la discapacidad física o cognitiva.

Prevenir las enfermedades crónicas y las discapacidades implica la necesidad de un método integrado de fomento de la salud, un planteamiento que combine la promoción de los estilos de vida saludables con acciones encaminadas a abordar las desigualdades sociales y económicas. La educación es el instrumento más potente del que se tiene constancia en la salud pública a la hora de reducir las desigualdades sanitarias y es una de las "medicaciones" menos caras si se compara con medicamentos fuertes que se utilizan en la medicina preventiva y curativa.

Con este juego de herramientas esperamos haber proporcionado, tanto al lector como al profesional, un amplio conjunto de instrumentos con los que mejorar las capacidades de “aprendizaje a lo largo de la vida” de nuestros valiosos adultos mayores y de este modo mejorar su salud física y emocional y, en última instancia, su calidad de vida.

10. BIBLIOGRAFÍA

TEORÍAS Y HERRAMIENTAS

- ANDERSON RM, FUNNELL MM, HERNANDEZ CA (2005): Choosing and using theories in diabetes education research. Diabetes Educ, 31: 513, 515, 518-513, 515, 520.
- AJZEN I (1991): The theory of planned behavior. Organizational behavior and human decision processes, 50: 179-211.
- AJZEN I (1988): Attitudes, Personality and Behavior. Milton Keynes: Open University Press. BANDURA A: Social foundations of thought and action. Englewood Cliffs (NJ): Prentice-Hall. 1986.
- BRUG J, KREMERS SP, LENTHE F, BALL K, CRAWFORD D (2008): Environmental determinants of healthy eating: in need of theory and evidence. Proc Nutr Soc, 67: 307-316.
- BURKE BL, ARKOWITZ H, MENCHOLA M (2003): The efficacy of motivational interviewing: a meta-analysis of controlled clinical trials. J Consult Clin Psychol, 71: 843-861.
- CARROLL C, NAYLOR E, MARSDEN P, DORNAN T (2003): How do people with Type 2 diabetes perceive and respond to cardiovascular risk? Diabet Med, 20: 355-360.
- CHRISTAKIS NA, FOWLER JH (2007): The spread of obesity in a large social network over 32 years. N Engl J Med, 357: 370-379.
- CONROY RM, PYORALA K, FITZGERALD AP, SANS S, MENOTTI A, DE BG ET AL (2003).: Estimation of ten-year risk of fatal cardiovascular disease in Europe: the SCORE project. Eur Heart J, 24: 987-1003.
- DE VRIES H, DIJKSTRA M, KUHLMAN P (1988): Self-efficacy: third factor besides attitude and subjective norm as a predictor of behavioral interventions. Health Education Research, 3: 273-282.
- DE VRIES H (1993): Determinanten van gedrag. In Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering. Edited by Damoiseaux V, van der Molen HT, Kok GJ. Assen: Van Gorcum, :109-132.
- D'ZURILLA TJ, GOLDFRIED MR (1971): Problem solving and behavior modification. J Abnorm Psychol, 78: 107-126.
- D'ZURILLA TJ J. (1986) Problem Solving Therapy: a social competence approach to clinical interventions. New York, Springer. Ref Type: Report
- D'ZURILLA TJ, NEZU AM (2001): Problem-Solving Therapies. In Handbook of Cognitive Behavioral Therapies. Edited by Dobson KS. Guilford Press; 211-245.
- D'ZURILLA TJ, NEZU AM (1982): Social problem solving in adults. In Advances in cognitive-behavioral research and therapy. Edited by Kennedy PC. New York: Academic Press, :201-274.
- EDWARDS A, ELWYN G, MULLEY A (2002): Explaining risks: turning numerical data into meaningful pictures. BMJ, 324: 827-830.
- FUNNELL MM (2004): Patient empowerment. Crit Care Nurs Q, 27: 201-204.
- FUNNELL MM, ANDERSON RM (2004): Empowerment and self-management of diabetes. Clin Diabetes, 22: 123-127.
- FUNNELL MM, NWANKWO R, GILLARD ML, ANDERSON RM, TANG TS (2005): Implementing an empowerment-based diabetes self-management education program. Diabetes Educ, 31: 53, 55-56, 61.
- GURALNIK JM ET AL.(1993) *Educational status and active life expectancy among older blacks and whites* N Engl J Med. Jul 8;329(2):110-6
- GIGERENZER G, EDWARDS A (2003): Simple tools for understanding risks: from innumeracy to insight. BMJ, 327: 741-744.
- HAMPSON SE (1997): Illness representations and the self-management of diabetes. In Perceptions of health and illness. Edited by Petrie KJ, Weinman J. Amsterdam: Harwood Academic Publisher;:323-347.
- HARDEMAN W, JOHNSTON M, JOHNSTON DW, BONETTI D, WAREHAM NJ, KINMONTH AL (2002): Application of the theory of planned behaviour in behaviour change interventions: a systematic review. Psychology and Health, 17: 123-158.
- HARDEMAN W, SUTTON S, GRIFFIN S, JOHNSTON M, WHITE A, WAREHAM NJ ET AL. (2005): A causal modelling approach to the development of theory-based behaviour change programmes for trial evaluation. Health Educ Res, 20: 676-687.
- LAKERVELD J, BOT SD, CHINAPAW MJ, VAN TULDER MW, VAN OPPEN P, DEKKER JM ET AL (2008). Primary prevention of diabetes mellitus type 2 and cardiovascular diseases using a cognitive behavior program aimed at lifestyle changes in people at risk: Design of a randomized controlled trial. BMC Endocr Disord, 8: 6.

- LEVENTHAL L, BENYAMINI Y, BROWNLEE S, DIEFENBACH M, LEVENTHAL EL, PATRICK-MILLER L ET AL. (1997): Illness representations: theoretical foundations. In Perceptions of health and illness. Edited by Petrie KJ, Weinman J. Amsterdam: Harwood Academic Publisher; :19-45.
- LIPKUS IM, SAMSA G, RIMER BK (2001): General performance on a numeracy scale among highly educated samples. Med Decis Making, 21: 37-44.
- MICHIE S, ABRAHAM C (2004): Interventions to change health behaviours: evidence-based or evidence-inspired. Psychology and Health, 19: 29-49.
- MILLER WR, ROLLNICK S (2002): Motivational Interviewing, preparing people for change. The Guilford Press, New York.
- MISSELBROOK D, ARMSTRONG D (2001): Patients' responses to risk information about the benefits of treating hypertension. Br J Gen Pract, 51: 276-279.
- MISSELBROOK D, ARMSTRONG D (2002): Thinking about risk. Can doctors and patients talk the same language? Fam Pract, 19: 1-2.
- MYNORS-WALLIS LM (2001): Problem-solving treatment in general psychiatric practice. Advances in Psychiatric Treatment, 7: 417-425.
- MYNORS-WALLIS LM, GATH DH, DAY A, BAKER F (2000): Randomised controlled trial of problem solving treatment, antidepressant medication, and combined treatment for major depression in primary care. BMJ, 320: 26-30.
- MYNORS-WALLIS LM, GATH DH, LLOYD-THOMAS AR, TOMLINSON D: Randomised controlled trial comparing problem solving treatment with amitriptyline and placebo for major depression in primary care. BMJ 1995, 310: 441-445.
- NORRIS SL, ENGELGAU MM, NARAYAN KM (2001): Effectiveness of self-management training in type 2 diabetes: a systematic review of randomized controlled trials. Diabetes Care, 24: 561-587.
- KAMPHUIS CB, VAN LENTHE FJ, GISKES K, HUISMAN M, BRUG J, MACKENBACH JP (2008): Socioeconomic status, environmental and individual factors, and sports participation. Med Sci Sports Exerc, 40: 71-81.
- KNIGHT KM, DORNAN T, BUNDY C (2006): The diabetes educator: trying hard, but must concentrate more on behaviour. Diabet Med, 23: 485-501.
- JEFFERY RW (2004): How can Health Behavior Theory be made more useful for intervention research? Int J Behav Nutr Phys Act, 1: 10.
- PALING J (2003): Strategies to help patients understand risks. BMJ, 327: 745-748.
- PEYROT M, RUBIN RR (2007): Behavioral and psychosocial interventions in diabetes: a conceptual review. Diabetes Care, 30: 2433-2440.
- PETERS E, VASTFJALL D, SLOVIC P, MERTZ CK, MAZZOCCO K, DICKERT S (2006): Numeracy and decision making. Psychol Sci, 17: 407-413.
- PROCHASKA JO, VELICER WF (1997): The transtheoretical model of health behavior change. Am J Health Promot, 12: 38-48.
- ROTHMAN AJ (2004): "Is there nothing more practical than a good theory?": Why innovations and advances in health behavior change will arise if interventions are used to test and refine theory. International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity, 1.
- RUBAK S, SANDBAEK A, LAURITZEN T, CHRISTENSEN B (2005): Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. Br J Gen Pract, 55: 305-312.
- STEVENS RJ, KOTHARI V, ADLER AI, STRATTON IM (2001): The UKPDS risk engine: a model for the risk of coronary heart disease in Type II diabetes (UKPDS 56). Clin Sci (Lond), 101: 671-679. Erratum in: Clin Sci (Lond) 2002, 102: 679.
- THORNETT AM, MYNORS-WALLIS LM (2002): Credibility of problem-solving therapy and medication for the treatment of depression among primary care patients. Med Sci Monit, 8: CR193-CR196.
- VAN DER WT, VAN STEENKISTE B, STOFFERS HE, TIMMERMANS DR, GROL R (2007): Primary prevention of cardiovascular diseases in general practice: mismatch between cardiovascular risk and patients' risk perceptions. Med Decis Making, 27: 754-761.
- VAN STEENKISTE B, VAN DER WT, STOFFERS HE, KESTER AD, TIMMERMANS DR, GROL R (2007): Improving cardiovascular risk management: a randomized, controlled trial on the effect of a decision support tool for patients and physicians. Eur J Cardiovasc Prev Rehabil, 14: 44-50.
- VAN STEENKISTE B, VAN DER WT, TIMMERMANS D, VAES J, STOFFERS J, GROL R (2004): Patients' ideas, fears and expectations of their coronary risk: barriers for primary prevention. Patient Educ Couns, 55: 301-307.
- WEINMAN J, PETRIE KJ (1997): Perceptions of health and illness. In Perceptions of health and illness. Edited by Petrie KJ, Weinman J. Amsterdam: Harwood Academic Publisher, 1-17.

- WOLOSHIN S, SCHWARTZ LM, WELCH HG (2007): The effectiveness of a primer to help people understand risk: two randomized trials in distinct populations. Ann Intern Med, 146: 256-265.

SALUD EMOCIONAL
- ELFENBEIN, H. A., MARSH, A. & AMBADY, N. (2002). Emotional Intelligence and the recognition of emotion from the face. En L. F. Barrett & P. Salovey (eds.). *The wisdom of feelings: Processes underlying emotional intelligence*. New York: Guilford Press. pp. 37-59
- GOLEMAN, D. (1995a). *Emotional intelligence*. New York: Bantam Books.
- MAYER, J. D. AND COBB, C. D. (2000). Educational policy on emotional intelligence: the case for ability scales. In R. Bar-On & J.D.A. Parker (Eds.), *The handbook of emotional intelligence*. San Francisco. Jossey Bass.
- SALOVEY, P., MAYER, J.D., AND CARUSO, D. (2002). The positive psychology of emotional intelligence. In C.R. Snyder y S.J. Lopez (Eds.), *The handbook of positive psychology* (pp. 159-171). New York: Oxford University Press.
- VALLÉS, A. (2004). *Programa DIE. Desarrollando la inteligencia emocional.* Madrid. EOS.

MEMORIA Y ATENCIÓN
- BIRREN, J. & SCHAIE, K.W. (Eds.) (2001): Handbook of the psychology of ageing (5ª Edition). San Diego: Academic Press.
- LABOUVIE-VIEF, G (1985): Intelligence and cognition. In J, Birren & Schaie, W. (eds.): Handbook of the Psychology of Ageing. New York: Academic Press.
- LAWTON, M.P. (1977): The impact of environment and aging behavior. In J.E. Birren & K.W. Schaie (Eds.): Handbook of the Psychology of ageing. New York: Van Norstrand Reinhold.
- MOOS, R.H & LEMKE, S (1985): Specialized living environments for older people. In J.E. Birren & K.W. Schaie (eds.): Handbook of Psychology of Ageing. 2nd Edition. New York: Van Norstrand Reinhold.
- SMITS, C.H., DEEG, D.M. & SCHMAND, B. (1999): Cognitive functioning and health as determinants of mortality in an older population. American J. Epidemiology, 150 (9), 978-86.
- FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, R. & CALERO, M. D. (1995): Training effects on intelligence of older persons. Archives of Gerontology and Geriatrics, 20, pp. 135-148.
- EDELSTEIN, B. (2000): Clinical Geropsychology. Clinical Psychology Review, 20, 681-683.
- KANDEL, E.R., SCHWARTZ, J.H., & JESSELL (Eds.) (2000): Principles of Neural Science (4th Edition). New York: McGraw Hill.
- HARRIS Y GLEAVE (1984): Cuestionario de memoria de la vida diaria. Adaptado de Sunderland. Unidad de Memoria Ayuntamiento de Madrid (1994).
- MONTEJO, P. (1999): Programa de Memoria. Madrid. Unidad de Memoria del Ayuntamiento de Madrid.

SUEÑO Y DESCANSO
- MONTES RODRÍGUEZ, C.M.; RUEDA OROZCO, P.E.; ARTEAGA URÍAS, E.; AGUILAR ROBLERO, R.; PROSPERO GARCÍA, O.: De la restauración neuronal a la reorganización de los circuitos neuronales: una aproximación a las funciones del sueño. Revista de neurología, ISSN 0210-0010. Vol. 43, No. 7, pp. 409-415. 2006
- MALDONADO, E.F.; CARRANQUE, G. C. Med. Psicosom. No. 69/70. pp. 9-13. 2004
- LUPIEN S.; FIOCCO A.; Wan N. et al. Stress Hormones and Human Memory Function across the lifespan. Psychoneuroendocrinology 30(3): 225-242. 2005
- CARSKADON M. A; BROWN E. D;DEMENT WC Sleep fragmentation in the elderly: relationship to daytime sleep tendency *Neurobiol.Aging*.321-7.1982
- SOLER A. (2008) Una perspectiva psicosociobiológica aplicada a la Geriatría preventiva: salud, calidad de vida y edad biológica. Doctoral Thesis. 455-493
- GREENE G. (2008). Review of "Insomniac". *N.Engl.J.Med* 359:13.1412-13.September 2008.

CONSUMO DE MEDICAMENTOS
- Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. EL MEDICAMENTO ¡Conózcalo!. GUÍA PARA EL FARMACÉUTICO. TEXTO BASE DEL PROGRAMA DE EDUCACIÓN SOBRE EL MEDICAMENTO.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. EL ABECEDARIO DE LOS MEDICAMENTOS. Noviembre de 2003.
- Formación en Promoción y Educación para la Salud, disponible en: http://www.msc.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/formacion/formacionGrados.htm
- FORO DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA. DOCUMENTO DE CONSENSO. January 2008.
- Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat. "Consúltenos. Información sobre su medicación". November 2008.

NUTRICIÓN

- MASORO, E.J.; YU, B.P., BERTRAND, H.A. (1982) Action of food restriction in delaying the aging process. *Proc.Natl.Acad.Sci.USA.* Vol. 79. 4239-4241.
- HARRISON, D.E.; ARCHER, J.R.; ASTLE, C.M. (1984). Effects of food restriction on aging: separation of food intake and adiposity. *Proc. Natl. Acad. Sci. USA*. Vol. 81. No. 6. 1835-1838.
- DIMAURO, S. SPALLINA, G.; LEOTTA, C.; GIARDINA, M.; DIFAZIO, I.; MALAGUARNERA, M. ; DISTEFANO,A. (1998).The effects of caloric restriction and controlled physical exercise on hypertension in the elderly. *Archives of Gerontology and Geriatrics*.27:1-8.
- HAN, S.N.; MEYDANI, M.; WU, D.; BENDER, B.S.; SMITH, D.E.; VIÑA, J.; CAO, G.; PRIOR, R.L.; MEYDANI, S.N.(2000). Effect of long-term dietary antioxidant supplementation on Influenza Virus infection. *Journal of Gerontology. Biological Sciences*.Vol.55A, No.10.B496-B503.
- DE LA FUENTE M.;GUAYERBAS N.;CATALAN MP.;VICTOR V.M.,MIQUEL J. (2002).The amount of thiolic antioxidant ingestion needed to improve the immune functions is higher in aged than in adult mice. *Free Rad. Res*. 36:119-126.
- NEWBY, P. K., MULLER, D., HALLFRISCH, J., ANDRES, R., AND TUCKER, K. L., (2004): Food patterns measured by factor analysis and anthropometric changes in adults. *Am J Clin Nutr* 80: 504-13.
- NEWBY, P. K., MARAS, J., BAKUN, P., MULLER, D., FERRUCCI, L., & TUCKER, K. L. (2007): Intake of whole grains, refined grains, and cereal fiber measured with 7-d diet records and associations with risk factors for chronic disease. *Am J Clin Nutr* 86: 1745-53.
- SALVADOR-CARULLA, L.; HERNÁNDEZ- PIERA, E. (2004).Desarrollo a lo largo del ciclo vital. En: *Longevidad. Tratado integral sobre salud en la segunda mitad de la vida*. Ed. Médica Panamericana: 580-638.
- JOHNSON, M.L. (ed.) (2005). The Cambridge Handbook of Age and Ageing. Cambridge University Press: 78-88; 169-173.
- GÓMEZ CANDELA, C.; LORIA KOHEN, V.; LOURENÇO NOGUEIRA, T: Guía visual de alimentos y raciones. Sociedad Española de Dietética y Ciencias de la Alimentación. Sociedad Española de Nutrición básica y Aplicada 2007.

ACTIVIDAD FÍSICA

- BORTZ, W.M.(1991): We live too short. *Bantams Books*. New York.pp.217-223.
- CONONIE CC, GRAVESS JE, POLLOCK ML, PHILLIPS MI, SUMMERS C, HAGBERG JM. (1991): Efect of exercise training on blood pressure in 70- to 79-yr-old men and women. Med Sci Sport Exerc; 23:505-511.
- FLEG, J. L., MORRELL, C. H., BOS, A. G., BRANT, L. J., TALBOT, L. A., WRIGHT, J. G., AND LAKATTA, E. G.(2005): Accelerated longitudinal decline of aerobic capacity in healthy older adults. *Circulation* 112: 674-82.
- FRASER, G.E.; SHAVIK, D.J.(2000):Ten years of life: is a matter of choice?. *Arch. Intern. Med.*161: 1645-1652.
- GURALNICK JM, SIMONSICK E, FERRUCCI L. (1996): A short physical performance battery assessing lower extremity function: association with serf-reported disability and prediction of mortality and nursing home admission. J Gerontol Med Sci. ; 49: M85M94.
- LAWLOR, D.A.(2001): The effectiveness of exercise as an intervention in the management of depression: systematic review and meta-regression analysis of randomised controlled trials. *British Medical Journal.* 202-208.
- NIEMAN DC, WARREN BJ, O´DONNELL KA, DTSON RG, BUTTERWORTH DE, HENSON DA. (1993): Physical activity and serum lipids and lipoproteins in elderly women. J Am Geriatr Soc; 41:1.339-1.344.
- PAFFENBARGER RS, et al.(1993): Association of changes in physical activity level and other lifestyle characteristics with mortality among men. N Engl J Med;328.538-545.
- PATE RR, PRATT M, BLAIR N, et al.(1995): Physical activity and public health. Recommendatión from the Centers for Disease Control and Prevention and the American College of Sports Medicine. Jama 1995; 273: 402-407.
- POSNER JD, GORMAN KM, (1992): Windsor- Landsberg L et al. Low to moderate intensity endurance training in healthy older adults: Physiological responses after four months. J Am Geriatr Soc; 40:1-7.
- RODRÍGUEZ BL, CURB JD, BURCHFIEL CM, ET AL. (1994): Physical activity and 23 year incidente of coronary Herat disease morbidity and mortality among middle-aged med. The Honunlulu Heart Program. Circulation; 89:2.540-2544.
- RODRIGUEZ, A., MULLER, D. C., METTER, E. J., MAGGIO, M., HARMAN, S. M.; BLACKMAN, M. R., AND ANDRES, R.(2007): Aging, androgens, and the metabolic syndrome in a longitudinal study of aging. *J Clin Endocrinol Metab* 92: 3568-72
- SANDVICK L, ERIKSSEN J, THAULOW E, ERIKSSEN G, MUNDAL R, RODAHL K. (1993): Physical fitness as predictor of martality among healthy,middle-aged Norwegian men. N Engl J Med 1993; 328:533-537.
- SHERMAN SE, D´AGOSTINO RB, COBB JL, KANNEL WB. (1994): Does exercise reduce mortality rates in the elderly? Experience from Framingham Heart Study. Am Heart J; 128:965-972.

- SKELTON, N.K.; SKELTON, W.P.(1992): Medical implications of obesity. Losing pounds, gaining years. *Postgrad. Med*. 92:151-156.
- SNOW, C.M.; SHAW, J.M.; WINTERS, K.M.; WITZKE, K.A.(2000): Long-term exercise using weighted vest prevents hip bone loss in postmenopusal women. *Journal of Gerontology*. Medical Sciences. 9: M 489-M 491
- STRATTON JR, LEVY WC, CERQUEIRA MD, SCHWARTZ RS, ABRASS IB (1994): Cardiovasculr responses to exercise. Effects f aging and exercise training in the healthy men. Circulation 1994; 89: 1.648-1.655.
- U.S. DEPT. OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. HEALTHY PEOPLE 2000: National health promotion and disease prevention objectives. Washington, DC. U.S. Dept. Of Health and Human Services 1991. DHHS publication PHS 91-50212.
- ZHENG H; LUO M; SHEN Y; MA Y; KANG W.(2008): Effects of 6 months exercise training on ventricular remodelling and autonomic tone in patients with acute myocardial infarction and percutaneous coronary intervention. *J Rehabil Med*. Oct; 40(9):776-9.

TABACO

- AGENCY FOR HEALTH CARE POLICY AND RESEARCH (AHCPR). (1996): The Smoking Cessation Clinical Prectice Guideline Panel and Staff. The Smoking Cessation Guideline. 275. 1270-1280. JAME (1996).
- BMJ (1993); Imperial Cancer Research Fund General Practice Research Group. Effectiveness of a nicotine patch in helpin people stop smoking. Results of randomised trial in general practice. BMJ 1993; 306: 1304-1308.
- EDWARS G, ARIF, HODGSON R, (1982): Nomenclatura et classification des problemes liés à la consommation de drogue et alcool. Mémorandum OMS. Bulletin de l´Organisation Mondiale de la Santé 1982, 60: 499-520.
- FAGERSTROM KO.(1994): Measuring degree of physucal dependence to tobacco smoking with referente to individualitation of treatment. Addict Behav 1994, 3: 235-241.
- KENFORD SL, FIORE MC, JERENBY DE, SMITH SS, WETTER D, BAKER TB. (1994): Predicting Smoking Cessation. Who will quit with and without the nicotine path. JAMA 1994; 271: 589-594.
- MORROW, J.D.; FREI, B.; LONGMIRE, A.W.; GAZIANO, J.M.; LYNCH, S.M.; SHYR, Y.; STRAUSS, W.E.; OATES, J.A., ROBERTS, J.(1995): Increase in circulating products of lipid peroxidation(F2-Isoprostanes) in smokers- Smoking as a cause of oxidative damage. *The New England Journal of Medicine.*Vol 332: 1198-1203.nº18. May,4.
- PETO R, LOPÉZ AD, BOREHAM J, THUN M, HEALTH C.,(!992): Mortality from tobacco in devoloped countries: indirect estimation from national vital statistics. Lancet 1992; 339: 1268-1278.
- RAW M. (1993): Smoking module. In: Helping People Change. Health Educatión Authority, 1993.
- RICHMON RL, KEHOE LA, WEBSTER IW.(1993): Multivariate models for predicting abstention folowing intervention to stop smoking by general practitioners. Addiction 1993; 88: 1127-1135.
- RUSSELL MAH, STAPLETON JA, FEYERABEND C, WISEMAN SM, GUSTAVSSON G, ET AL.(1993): Targeting heavy smokers in general practice: randomised controlled trial of transdermal nicotine, BMJ 1993, 306: 1308-1312.
- RUSSELL MAH, WILSON C, TAYLOR C, BAKER CD.(1979): Effect of general practitioners advice against smoking. BMJ 1979; 2: 231-235.
- RUSSELL MAH. (1996): Motivatión and treatment in smoking cessation. Ponencia en : VI Congreso Internacional del Centro Internacional para la Medicina Familiar y XXI Congreso Nacional de Medicina Familiar y Comunitaria. Granada , 1996.
- SAMET J.(1992): The health benefits of smoking cessation. Med Clin North Am 1992; 76: 399-438.
- SCHWARTZ JL (1992): Methods of smoking cessation. Med Clin North Am 1992;76: 451-476.
- SUZUKI, K.; ITO, Y.; AUKI, K et al.(2003): The relationship between smoking habits and serum levels of 8-OhdG, oxidized LDL antibodies, levels of Mn-SOD and carotenoids in rural Japanese residents. *J. Epidemiol*. 13(1).29-37
- TATE JC, SCHMITZ JM.(1993): Aproposed revison of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire.Addict Bahav 1993; 18: 135 - 143

ALCOHOL

- BLOOMFIELD K: GRITTNER U: KRAMER S; GMEL G.(2006): Social inequalities in alcohol consumption and alcohol-related problems in the study countries of the EU concerted action 'Gender, Culture and Alcohol Problems: a Multi-national Study'. *Alcohol Alcohol Suppl*. Oct-Nov;41(1):26-36.
- BLOOMFIELD K, GRITTNER U; RASMUSSEN HB; PETERSEN HC.(2008): Socio-demographic correlates of alcohol consumption in the Danish general population.Scan*d.J Public Health* 36(6):580-8.
- HOUGAKU, H., FLEG, J. L., LAKATTA, E. G., SCUTERI, A., EARLEY, C. J., NAJJAR, S., DEB, S., AND METTER, E. J.(2005): Effect of light-to-moderate alcohol consumption on age-associated arterial stiffening. *Am J Cardiol* 95: 1006-10.

- MÄKELÄ P; GMEL G; GRITTNER U; KUENDING H; KUNTSCHE S; BLOOMFIELD K; ROMM R.(2006): Drinking patterns and their gender differences in Europe. *Alcohol Alcohol Suppl*. Oct-Nov;41(1):8-18.
- VESTAL, R.E.; MCGUIRE, E.A.; TOBIN, J.D.; ANDRES, J.D.; NORRIS, R.; MEZEY, E.(1977): Aging and ethanol metabolism. *Clinical Pharmacology and Therapeutics*. 21:343-354.

COMUNICACIÓN

- AJZEN ICEK (1991): *The theory of planned behaviour*. Organizational behaviour and human decision processes. 50: 179-211
- BANDURA A (1997): *Self-efficacy; Control (Psychology*), Edit W.H. Freeman (New York), 604 p.
- GD BISHOP (1994): *Health psychology*: integrating mind and body, Boston, MA: Allyn & Bacon. (*1994*).
- EUROBAROMETER: *Survey on Health and Food: http://ec.europa.eu/health/ph_publication/eb_food_en.pdf*
- LEÓN RUBIO JM. ET AL (2004): *Psicología de la salud y de la calidad de vida, Edit UOC 2004, 195 p.*
- LEVENTHAL H. ET AL (1997): Illness representations: theoretical foundations. In Perceptions of Health and Illness. Edited by Petrie KJ, WEINMAN J., AMSTERDAM: Harwood Academic Press; 19-46.
- PETRIE KJ ET AL. (2003): Self-regulatory interventions for improving the management of chronic illness. In The self-regulation of health and illness behaviour. Edited by Cameron LD, Leventhal H. London: Routledge; 257-277, 2003.
- GALLARDO CARRANZO, F (2004): Formación para formadores. Editorial Formación Alcalá. 2004.
- HEALTHY AGEING EU-funded project 2004-2007: http://www.healthyageing.nu/
- WHITE PAPER Together for Health: A Strategic Approach for the EU 2008-2013: http://ec.europa.eu/health/ph_overview/strategy/health_strategy_en.htm