

Percepciones y experiencias de los adultos mayores con respecto a la actividad *Sit-to-stand*: Un estudio etnográfico de viabilidad previa*

Uirá Duarte Wisnesky^{1,2,3}

 <https://orcid.org/0000-0002-0643-6097>

Joanne Olson²

 <https://orcid.org/0000-0002-8702-3605>

Pauline Paul²

 <https://orcid.org/0000-0002-7535-6250>

Sherry Dahlke²

 <https://orcid.org/0000-0001-6599-3101>

Puntos destacados: **(1)** La atención provista a los adultos mayores también debería considerarse dentro del contexto cultural. **(2)** Los planes de atención para los adultos mayores deben considerar sus experiencias. **(3)** Los enfermeros deben apoyar a los adultos mayores a mantener su independencia. **(4)** Este estudio permite comprender los motivos para participar en la intervención.

Objetivo: el propósito de este estudio de viabilidad previa fue examinar percepciones y experiencias con respecto a la actividad *Sit-to-stand* entre los adultos mayores de Brasil que viven en sus hogares en comunidades urbanas. **Método:** el método de exploración se enfocó en la etnografía. Se utilizó muestreo intencional para reclutar 20 adultos mayores. Se emplearon cinco medios para generar datos, a saber: encuestas sociodemográficas, observaciones participantes, entrevistas informales, entrevistas formales semiestructuradas y notas de campo. Para el análisis de los datos se recurrió a análisis de contenido cualitativo. **Resultados:** la experiencia de los adultos mayores con problemas de movilidad en relación con la actividad *Sit-to-stand* dependió de sus expectativas en torno a la movilidad, las cuales implicaron muchos factores que actuaron en conjunto para influenciar sus creencias y actitudes con respecto a la actividad, al igual que preferencias, conductas y percepciones culturales. Aparentemente, a los participantes de este estudio la actividad les resultó amena; sin embargo, los inconvenientes más notorios para adoptar la actividad *Sit-to-stand* surgió en la forma de déficits en sus necesidades personales e intrapersonales. **Conclusión:** las recomendaciones resultantes de los hallazgos del estudio indican la necesidad de diseñar estrategias de implementación para la intervención *Sit-to-stand* a la medida de las necesidades de este grupo poblacional específico.

Descriptores: Anciano; Limitación de la Movilidad; Estudios de Factibilidad; Etnografía; Investigación Cualitativa; Brasil.

* Artículo parte de la tesis de doctorado "Perceptions and experiences of functional mobility for community-dwelling older people: A focused ethnography", presentada en la University of Alberta, Faculty of Nursing, Edmonton, Alberta, Canadá. Apoyo financiero del Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), proceso nº GDE 232826/2014-5, Brasil.

¹ University of Alberta, Faculty of Medicine and Dentistry, Edmonton, Alberta, Canadá.

² University of Alberta, Faculty of Nursing, Edmonton, Alberta, Canadá.

³ Becaria del Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Brasil.

Como citar este artículo

Wisnesky UD, Olson J, Paul P, Dahlke S. Older people's perceptions and experiences of older people with the Sit-to-stand activity: An ethnographic pre-feasibility study. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2023;31:e3813. [Access   ]; Available in:  . <https://doi.org/10.1590/1518-8345.6128.3813>

Introducción

La mayor longevidad forma parte de la transición demográfica en la mayoría de los países, y Brasil no es la excepción. El proceso de envejecimiento concentra la atención en las patologías de los adultos mayores porque dicho fenómeno está acompañado por un mayor riesgo de discapacidades y morbilidades⁽¹⁾. A medida que las personas envejecen se registran ciertos cambios fisiológicos, psicológicos y sociales⁽²⁻³⁾. Estos cambios pueden derivar en diversos síndromes y problemas, que a su vez pueden ocasionar desenlaces de salud más desfavorables⁽⁴⁾. Por ejemplo: las patologías en estado crítico y las enfermedades crónicas conllevan sustanciales riesgos de reducción en la capacidad funcional para los adultos mayores⁽⁵⁾. Además, la discapacidad funcional puede empeorar desenlaces de salud ya desfavorables.

La capacidad funcional es un indicador relevante del estado de salud de los adultos mayores y está estrechamente relacionado con la calidad de vida⁽⁶⁾. La capacidad y la discapacidad funcional se consideran en términos del grado en el que se preserva la autonomía, que, en el caso de los adultos mayores, pueden conceptualizarse como la habilidad para realizar tareas de autocuidado y automantenimiento y actividad física⁽⁷⁾. En consecuencia, los problemas de movilidad pueden indicar deterioro funcional y representan un problema relevante para muchos adultos mayores.

Simplemente definida como la capacidad para desplazarse en forma segura de un lugar a otro, la movilidad es fundamental para realizar actividades cotidianas⁽⁸⁾ y permitir que los adultos mayores lleven una vida independiente. En un reconocido marco de referencia se describieron cinco componentes inter-relacionados de la movilidad: los dominios físico, cognitivo, psicosocial, ambiental y financiero⁽⁹⁾. En este marco de referencia, la movilidad es "la capacidad para desplazarse en ambientes comunitarios más allá del propio hogar, en el vecindario y a otras áreas más alejadas". Para sustentar este estudio recurrimos a un marco de referencia similar, la Clasificación Internacional de Funcionalidad, Discapacidad y Salud⁽¹⁰⁾, que indica que la movilidad influencia y es influenciada a la vez por determinantes contenidos en distintas dimensiones como ser patologías, funciones y estructuras corporales y factores contextuales (es decir, ambientales y personales). Ambos marcos de referencia incluyen tanto el desplazamiento en lugares bajo techo como al aire libre, al igual que la utilización de dispositivos y medios de transporte de asistencia⁽⁹⁻¹⁰⁾. Sin embargo, el marco de referencia llamado Clasificación Internacional de Funcionalidad, Discapacidad y Salud⁽¹⁰⁾ enfatiza la participación en diversas actividades como una dimensión crucial, ya que desempeña un importante

rol en la movilidad. Además, dicho marco⁽¹⁰⁾ sustenta factores contextuales como fuertes determinantes de los desenlaces funcionales, ya sean elementos facilitadores u obstaculizantes. Incluyen factores ambientales externos como la comunidad, el nivel socioeconómico y el acceso a servicios de salud, al igual que factores personales como las características demográficas, la cultura y la crianza, las preferencias con respecto al estilo de vida, la motivación y los rasgos de personalidad.

La prevalencia de los problemas de movilidad entre los adultos mayores en Brasil es elevada. De acuerdo con los hallazgos de los investigadores, los problemas de movilidad afectan al 15%-24% de las personas de al menos 60 y 70 años de edad, respectivamente⁽¹¹⁾. Una encuesta realizada en el año 2013 en Brasil en la que se midió la movilidad a través de un enfoque jerárquico utilizando actividades de la vida cotidiana corrobora lo antes indicado⁽¹²⁾. Con respecto a realizar actividades básicas e instrumentales de la vida cotidiana, el 30,1% de los adultos mayores (al menos 60 años de edad) de Brasil informó tener dificultades en ese sentido. Además, la prevalencia tiende a surgir con la edad: el 16,4% de los adultos mayores de 60 a 64 años de edad informa que enfrenta desafíos para desarrollar actividades de la vida cotidiana, en contraste con un 48,3% entre quienes tienen al menos 75 años⁽¹²⁾.

En términos de pautas globales, la movilidad se ha destacado como una meta para envejecer saludablemente: el proceso de desarrollo y mantenimiento de la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez⁽¹³⁾. Por ejemplo, la Década de Envejecimiento Saludable de la Organización de las Naciones Unidas (2021-2030)⁽¹³⁾ y los Objetivos de Desarrollo Sustentables⁽¹⁴⁾ reúnen a gobiernos, sociedades civiles, agencias internacionales, profesionales, universidades, medios de comunicación y al sector privado para mejorar la vida de los adultos mayores, de sus familias y de las comunidades en las que viven a fin de promover la movilidad de los adultos mayores, indispensable para la capacidad funcional⁽¹⁵⁾.

En la práctica se ha desarrollado una amplia variedad de intervenciones para promover la movilidad. Se presta especial atención a las intervenciones fundadas en el principio de que ciertos predictores críticos del deterioro en la movilidad pueden modificarse⁽¹⁶⁾. En consecuencia, la actividad física surge como una posible intervención para mejorar o preservar la movilidad de los adultos mayores remodelando determinantes críticos⁽¹⁷⁻¹⁸⁾. Se dispone de evidencia que indica que los adultos mayores con problemas de movilidad se benefician con intervenciones dirigidas a la fuerza muscular, la flexibilidad y el equilibrio⁽¹⁹⁾, como ser la actividad *Sit-to-stand*.

El movimiento propio de sentarse y ponerse de pie es de transición, además de uno de realizados con mayor

frecuencia por los seres humanos⁽²⁰⁾. Erguirse de una posición sentada y ponerse de pie se considera un requisito previo para caminar y para otras actividades funcionales. La actividad *Sit-to-stand* es una simple acción que implica la secuencia de sentarse y levantarse reiteradamente de una silla, y que se realiza frecuentemente en el contexto de la vida cotidiana. Dada la relevancia de la capacidad para erguirse de una posición sentada para ponerse de pie y viceversa, la actividad sentarse y ponerse pie surge como una probable intervención para mejorar o mantener la movilidad con efectividad de los adultos mayores. Diversos estudios de países de la Región Norte Global en los que se sugiere que la actividad reiterada de sentarse y ponerse de pie puede preservar o mejorar la movilidad en los adultos mayores corroboran lo antes indicado⁽²¹⁾.

Si bien se han documentado extensamente algunos de los beneficios y las ventajas de la intervención *Sit-to-stand*, la mayoría de estos trabajos de investigación se ha realizado en países de la Región Norte Global. Esto hace que la identificación del efecto de determinantes modificables (obstáculos y facilitadores) para adoptar la actividad *Sit-to-stand* no quede claro para las personas que viven en la Región Sur Global, lo que a su vez dificulta aún más implementar esas intervenciones en estos ámbitos⁽²²⁻²⁴⁾. En consecuencia, intervenciones adecuadas y efectivas para mejorar la movilidad no están al alcance de muchas de las personas que las necesitan. Rara vez la traducción del conocimiento de una intervención prioriza a las personas, naciones o comunidades que más necesitan dicho conocimiento, lo que perpetúa brechas en la alfabetización en materia de salud y desigualdades entre los investigadores y los sujetos investigados⁽²⁵⁾. En la producción de sistemas de conocimiento, una investigación sin relevancia o aplicación práctica carece de mérito o valor. Nuestro estudio contribuye a la relevancia de considerar los factores contextuales durante el proceso de traducción del conocimiento.

Habiendo considerado lo anterior, no basta con solo transferir intervenciones exitosas de un país o entorno a otro. Antes de realizar un estudio de intervención, es importante examinar el contexto en el que se la incorporaría⁽²⁴⁾. Particularmente en el caso de los adultos mayores de Brasil que viven en la comunidad y presentan problemas de movilidad, esta implica elementos culturales; es un componente integral de su sentido de la propia existencia y está fuertemente relacionada con factores contextuales⁽²⁶⁾. En consonancia con una perspectiva de traducción del conocimiento, este trabajo de investigación de viabilidad previa es el primer paso para vincular la actividad *Sit-to-stand*, una exitosa intervención de la Región Norte Global, con conocimientos de relevancia cultural producidos durante la investigación sobre lo que conocen de los adultos mayores de Brasil

sobre la movilidad y la actividad física. El objetivo de este estudio de viabilidad previa fue examinar percepciones y experiencias con la actividad *Sit-to-stand* entre adultos mayores brasileños que viven en sus hogares.

Método

Diseño del estudio

Muchos factores pueden afectar la exitosa implementación y validez de una intervención. En consecuencia, el propósito principal de emplear un enfoque de viabilidad previa (y de viabilidad) es evaluar las posibilidades para una exitosa implementación de una potencial intervención y reducir la cantidad de amenazas a la validez de estas intervenciones. La etnografía enfocada fue el método cualitativo elegido para estudiar las experiencias de los adultos mayores de Brasil que viven en comunidades urbanas con respecto a una actividad *Sit-to-stand*⁽²⁷⁾. El Constructivismo fue el supuesto que sustentó este estudio, que adhirió a los Criterios consolidados para el informe de estudios cualitativos (*Consolidated criteria on Reporting Qualitative research*, COREQ)⁽²⁸⁾.

Sede y participantes

Como sede del estudio se seleccionó la unidad de la Estrategia Salud de la Familia de un centro de atención médica situado en Paquetá, una isla de Río de Janeiro, Brasil. En Brasil, las unidades de la Estrategia Salud de la Familia brindan atención de la salud de nivel primario a través del Sistema de Salud Pública. Tienen equipos multidisciplinarios que incluyen trabajadores comunitarios de la salud, responsables de responder a las necesidades de atención médica de aproximadamente 1000 hogares de una determinada área geográfica.

Una vez otorgado el acceso a la unidad de la Estrategia Salud de la Familia e identificados los posibles participantes, los prestadores de atención médica del centro de salud actuaron como recepcionistas y les preguntaron a los participantes si aceptaban incluir sus detalles de contacto en una lista para que pudieran ser invitados a participar en un estudio de investigación en salud. La primera autora (enfermera con maestrías tanto en Ciencias Sociales como en Historia y estudiante de Doctorado en Enfermería al momento de desarrollarse la investigación) entró en contacto con los posibles participantes para informarles más detalles sobre el estudio, al igual que para debatir los motivos para realizar la investigación.

Se empleó muestreo intencional para seleccionar a los participantes⁽²⁹⁾. El tamaño final anticipado de nuestra muestra era de 20 participantes, puesto que se condecía con los tamaños de muestra medios de dos

estudios de ejercicio/actividad física con la población de edad avanzada utilizando la etnografía⁽³⁰⁻³¹⁾. El muestreo se interrumpió al alcanzarse redundancia en términos de información⁽³²⁾.

Se incluía a los adultos mayores si cumplían estas condiciones: (1) sufrir algún problema de movilidad como ser dificultad para moverse al realizar cualquier actividad básica o instrumental de la vida cotidiana, o no poder participar en actividades sociales; (2) vivir en la comunidad; (3) tener 60 años de edad o más; (4) comprender y poder comunicarse en portugués; (5) estar en condiciones de proporcionar su consentimiento informado por escrito en portugués; y (6) no presentar ningún diagnóstico previo de problemas cognitivos y que sus prestadores de atención médica consideraran que poseían su competencia cognitiva preservada, decisión que se basó en sus historias clínicas y en el criterio de los proveedores de servicios de salud. Los criterios de exclusión para los adultos mayores fueron los siguientes: (1) incapacidad autodeclarada para sentarse y ponerse de pie; y (2) el hecho de que la investigadora notara que el participante no podía sentarse y/o ponerse de pie.

Procedimientos

Se obtuvo la debida aprobación ética del Comité de Revisión institucional de la Universidad de afiliación de los autores (N.º Pro00081957) y en el país en el que se desarrolló el estudio (N.º 2.878.399 y CAAE N.º 95969318.4.0000.5650). Los datos se generaron durante las visitas domiciliarias. Se emplearon cinco medios para generar datos, a saber: encuestas sociodemográficas, observaciones participantes, entrevistas informales, entrevistas formales semiestructuradas y notas de campo. La autora principal tuvo a su cargo las observaciones y entrevistas. Una vez que los participantes dieron su consentimiento verbal para participar en el estudio se planificaron seis visitas domiciliarias con cada uno de ellos. En la primera visita se repasó la información del estudio con los participantes y se obtuvo su consentimiento informado por escrito. Subsiguientemente, la investigadora les solicitó que respondieran la encuesta sociodemográfica. Al finalizar la primera visita domiciliaria, la investigadora les enseñó la actividad Sentarse y levantarse.

Entre la segunda y la quinta visita, la investigadora realizó observaciones participantes y condujo entrevistas informales a modo de actividades para generar datos. Una vez a la semana durante cuatro semanas, la investigadora observó el desempeño de los participantes en la actividad *Sit-to-stand* y condujeron entrevistas informales sobre temas relacionados con sus experiencias y percepciones en relación con la actividad. Predefinimos este período de 4 semanas para realizar las observaciones participantes y

entrevistas informales porque creímos que una cuidadosa estrategia de muestreo y notas de campos detalladas, junto con el enfoque reflexivo de la investigadora, bastarían para observar tanto los patrones de movilidad de los participantes como su desempeño en la actividad *Sit-to-stand*. No obstante, las actividades para generar datos solo se interrumpirían al alcanzar redundancia en términos de información.

En lo que respecta a la entrevista etnográfica informal, "tiene lugar cada vez que un investigador le formula una pregunta a una persona durante la observación participante"⁽³³⁾. El enfoque de estas entrevistas informales fue permitir que la investigadora interactuara con los participantes mientras desarrollaban sus actividades cotidianas y transmitiera información por medio de patrones culturales. Durante estas entrevistas informales, la investigadora principalmente hizo preguntas para ampliar sus observaciones de campo.

Finalmente, la sexta y última visita estuvo destinada a la entrevista formal enfocada en la siguiente pregunta de investigación: ¿De qué manera los adultos mayores de Brasil que tienen problemas de movilidad experimentan la actividad *Sit-to-stand*? La última visita también estuvo destinada a la fase de "salida" o retirada, en la cual la investigadora repasó las metas preestablecidas y los logros del estudio (por ejemplo: objetivos, plazos). Esta fase finalizó con la promesa de enviar un informe sobre los hallazgos de la investigación a los participantes al momento de terminar de redactarlo⁽³⁴⁾. Ninguno de los autores conocía a los participantes antes del estudio. Los datos se generaron entre junio y octubre de 2018.

Las visitas domiciliarias tuvieron lugar por la mañana y por la tarde de acuerdo con la disponibilidad de los participantes. Las observaciones se realizaron empleado registros de observación específicos para tal fin. Estos registros incluyeron los siguientes temas relacionados con la movilidad de los participantes: advertir la disposición de su espacio físico; presencia y disposición de las personas en el interior de dicho espacio; y apuntar las actividades y los movimientos específicos de las personas.

Para la entrevista formal se utilizó una guía semiestructurada (Figura 1). Estas preguntas se desarrollaron en forma colaborativa entre todos los integrantes del equipo de investigación y se las sometió a una prueba piloto con tres personas con características similares a las del grupo de participantes incluidos en este estudio, a fin de garantizar que las preguntas fueran claras y fáciles de entender. Ninguna de las personas que participó en la prueba piloto de las preguntas de la entrevista formó parte del estudio real. Después de someter las preguntas de la entrevista a la prueba piloto se implementaron cambios en las preguntas orientadoras utilizadas.

Preguntas
¿Puede contarme con la mayor cantidad posible de detalles sobre la actividad Sentarse y levantarse que realizó durante las últimas 4 semanas?
¿Habló con algún integrante de la comunidad sobre efectos positivos o negativos de la intervención? Si lo hizo, ¿puede indicarme parte del contenido de la conversación?
¿Qué sensación tiene con respecto a su movilidad después de haber terminado la actividad?
¿Tiene intención de seguir realizando la actividad una vez que finalice el estudio?
¿Tiene algún comentario sobre el contenido y el diseño de la actividad Sentarse y levantarse? ¿Hay algo que podríamos hacer mejor? ¿Puede pensar en algo que lo alentaría a realizar la actividad?
Ya no tengo más preguntas para hacerle en esta entrevista. Antes de finalizar esta entrevista, ¿le gustaría agregar algo o decir algo que cree importante pero sobre lo que no hablamos?

Figura 1 - Guía de la entrevista correspondiente a las percepciones y experiencias sobre una actividad *Sit-to-stand* realizada con los adultos mayores de Brasil que viven en comunidades urbanas. Río de Janeiro, RJ, Brasil, 2018

La entrevistadora dirigió todas las entrevistas en portugués, que es el idioma que hablan los participantes y el idioma materno de la investigadora. En ocasiones y ante la solicitud de los participantes, los familiares estuvieron presentes mientras se generaban los datos; sin embargo, no respondieron por los participantes ni se los incluyó en el proceso de investigación. Las entrevistas se grabaron en audio y se tomaron notas de campo después de las observaciones y entrevistas informales. Cuando fue necesario, se utilizaron estas notas para aclarar cualquier fragmento que no pudiera oírse bien en las grabaciones, a fin de considerar los patrones de la actividad *Sit-to-stand* realizados por los participante y de promover de mejor manera la reflexión durante el análisis de datos. Las sesiones de observación pasiva a moderada⁽³³⁾ duraron un promedio de 15-20 minutos por participante y se realizaron durante los seis encuentros, totalizando una media de 33 horas de observación. Cada entrevista formal semiestructurada duró entre 30 minutos y una hora. A fin de establecer y mantener prácticas responsables de "protección de datos", todos los componentes del registro etnográfico se digitalizaron y cifraron. Los datos se almacenaron, administraron, y se accedió a ellos y se los analizó en un entorno SharePoint asegurado.

Se realizó un proceso de revisión por los participantes (*member checking*) durante cada entrevista, cuando la entrevistadora resumió las conversaciones y preguntó a los participantes si lo que habían entendido se condecía con la realidad y si era fiel y representativo a fin de minimizar distorsión de los hallazgos. Posteriormente, se empleó *member checking* como modalidad reflexiva de producción de conocimiento⁽³⁵⁾. De esta manera se garantizó concordancia en la representación, ya que los participantes tuvieron la oportunidad de debatir y negociar los significados durante las entrevistas.

Análisis de datos

La primera autora transcribió todas las audiograbaciones de las entrevistas. El análisis de datos consistió en un proceso iterativo que se realizó simultáneamente con la generación de datos. Los datos se tradujeron (portugués e inglés) porque los participantes del estudio y algunos de los investigadores hablaban distintos idiomas. Los procedimientos para traducir los datos se describen en otro material⁽²⁶⁾. Las transcripciones se importaron al programa de administración de datos NVivo 11 (*QSR International Pty Ltd*, Victoria, Australia). Se realizó un análisis de contenido en forma inductiva y se generaron temas clave. Se siguieron estos pasos: (1) codificación y categorización; (2) elaboración de memos; y (3) tematización⁽³⁶⁾.

La codificación se inició releando las transcripciones para familiarizarse con los datos y captar un sentido del todo. Subsiguientemente, se destacaron palabras y frases clave línea por línea con notas analíticas en los márgenes. Posteriormente, cuando se identificaron y etiquetaron palabras y frases importantes, se crearon códigos basados en palabras e ideas contenidas en los datos (también conocido como "codificación abierta"). En un primer momento, los códigos fueron abarcadores y genéricos para ayudarnos a comprender los datos; se desarrollaron códigos más abstractos a medida que avanzó el análisis. Con cada concepto nuevo que aparecía se revisaban los datos anteriores para añadir códigos adicionales cuando correspondiera.

A medida que avanzó el proceso de codificación se crearon categorías, vinculando las relaciones entre códigos e ideas en los datos. A fin de facilitar el desarrollo de la categorización, los datos fueron reorganizados agrupando códigos relacionados en lugar de por orden cronológico. Se utilizó NVivo 11 para generar una matriz con el objetivo de resumir los datos y comparar y contrastar las experiencias

de cada participante. Las categorías finales fueron aquellas con frecuente coaparición en las entrevistas y/o las que representaron conceptos centrales en las respuestas a las preguntas de la investigación. Posteriormente, se redactó un resumen para cada categoría, que fue luego revisado para verificar la homogeneidad.

Se crearon temas a partir de las relaciones entre códigos, categorías y los patrones más grandes que se establecieron entre los datos y conformaron la “escena cultural”⁽³⁷⁾. Mediante un análisis continuo de las entrevistas, los temas en desarrollo se incorporaron a las preguntas de la entrevista de seguimiento. Eso nos ayudó a identificar patrones entre los participantes y a considerar o rechazar los conceptos generados.

Se formularon memorandos analíticos durante la totalidad de este proceso. Se trató de registros de estilo sin restricciones de las ideas o conclusiones que tenía la investigadora sobre los datos. Esta estrategia se utilizó para ayudar a que la investigadora realizara saltos conceptuales desde datos sin procesar hacia las abstracciones que explican fenómenos de investigación en el contexto en el que se los estudia. El análisis fue iniciado y dirigido por la primera autora, y se analizó y debatió en mayor profundidad entre todos los autores hasta llegar a un consenso a fin de mejorar la fiabilidad de los hallazgos. A los participantes se les asignaron seudónimos para preservar su anonimato.

Fiabilidad

El rigor de un trabajo se caracteriza cuando los métodos de investigación están justificados, el proceso es transparente, los desenlaces son defendibles y los consumidores del trabajo de investigación consideran que los hallazgos son aplicables. Para este estudio adoptamos los criterios de Tracy⁽³⁸⁾ para operacionalizar la fiabilidad de los datos cualitativos. A través de este artículo demostramos que este estudio: (1) trata un tema digno de análisis que es relevante, oportuno, significativo e interesante, además de que realiza un aporte único al campo de la salud; (2) posee resonancia gracias a su

transferibilidad, que es el potencial del estudio para ser relevante en otros contextos y con otras poblaciones; (3) realiza un aporte significativo porque genera un debate más profundo y fomenta la investigación a futuro; y (4) presenta integridad ética, la cual se alcanzó respetando requisitos éticos y evitando revelaciones deductivas, es decir, identificar la identidad de una persona recurriendo a características conocidas de la misma.

Además, con fines de sinceridad en el material, la primera autora redactó un diario reflexivo en el que registró los detalles de la posible influencia de sus suposiciones y reacciones personales sobre los resultados de cada entrevista y observación, su agenda como investigadora, sus presunciones personales, su proceso de investigación, las intersubjetividad de los hallazgos, y sus propias auto-interrogaciones. Además, la primera autora llevó un registro de auditoría para controlar sus decisiones, intuiciones e interpretaciones. Con igual grado de importancia para la credibilidad, se intentó lograr la máxima exactitud posible en las representaciones cristalizando significados entre los autores. Según Tracy⁽³⁸⁾, “el objetivo [de la cristalización] es no ofrecer una verdad singular más válida a los investigadores, sino abrir el horizonte a una comprensión más compleja y profunda, pero aun así parcial, del asunto”.

Resultados

La lista de posibles participantes que accedieron al contacto estuvo conformada por 51 personas. Al iniciar el proceso para generar los datos, cinco de los 51 posibles participantes habían fallecido, cuatro se rehusaron a participar, tres se habían mudado, dieciséis no reunían los requisitos para participar al momento del contacto debido a patologías, y tres se rehusaron a participar alegando no estar en condiciones de hacerlo debido a deterioro físico. Eventualmente, 20 participantes finalizaron la actividad *Sit-to-stand* de 4 semanas de duración. En la Figura 2 se indican las características de las 20 personas que participaron en este estudio.

Seudónimo	Sexo biológico	Edad	Raza	Estado civil	Vive solo(a)	Personas que viven en el mismo domicilio*	Con quién vive	Usa algún dispositivo de movilidad	Necesita ayuda con la actividad	Religión
Acacia	Mujer	89	Blanca	Viuda	No	2	Hijos	Sí	Sí	Católica
Luz	Mujer	60	Parda	Soltera	No	1	Sobrina	Sí	Sí	Espiritismo
Florián	Hombre	81	Negra	Viudo	No	2	Hijas	Sí	No	Católica
Mariposa	Mujer	68	Blanca	Viuda	No	1	Hija	No	No	Pentecostal
Roble	Hombre	89	Blanca	Casado	No	5	Esposa e hijos	No	Sí	Pentecostal

(continúa en la página siguiente...)

Seudónimo	Sexo biológico	Edad	Raza	Estado civil	Vive solo(a)	Personas que viven en el mismo domicilio*	Con quién vive	Usa algún dispositivo de movilidad	Necesita ayuda con la actividad	Religión
Zorro	Hombre	75	Blanca	Casado	No	3	Esposa e hijos	Sí	No	Pentecostal
Juliette	Mujer	88	Negra	Viuda	No	3	Hija y nietos	Sí	Sí	Católica
Lirio	Mujer	98	Blanca	Viuda	No	1	Hija	No	Sí	Católica
Rosa	Mujer	97	Blanca	Viuda	No	1	Hija	No	Sí	Espiritismo
Clavel	Mujer	77	Parda	Viuda	No	1	Hermano	Sí	Sí	Pentecostal
Lavanda	Mujer	83	Negra	Casada	No	2	Esposo e hijo	Sí	Sí	Umbanda
Margarita	Mujer	74	Parda	Divorciada	No	2	Hijo y yerno	No	No	No informada
Cielo	Mujer	71	Parda	Soltera	No	1	Hijo	Sí	Sí	Católica
Pétalo	Mujer	83	Blanca	Viuda	No	2	Cuidador(a)	Sí	No	Católica
Flora	Mujer	81	Blanca	Viuda	Sí	0	–	Sí	Sí	Católica
Ella	Mujer	82	Blanca	Viuda	No	3	Hija, yerno y nieto	No	No	Católica
Eva	Mujer	70	Parda	Viuda	No	2	Hijos	Sí	Sí	Espiritismo
Jade	Mujer	83	Blanca	Viuda	No	2	Hijo y yerno	Sí	Sí	Pentecostal
Primavera	Mujer	87	Blanca	Viuda	No	3	Hija, yerno y nieto	No	No	Católica
Sonata	Mujer	93	Blanca	Soltera	No	1	Hija	Sí	Sí	Católica

*Sin incluir al participante

Figura 2 - Datos demográficos de los adultos mayores brasileños que viven en comunidades urbanas. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2018

En esta sección se presenta el análisis de los datos de las observaciones participantes y de las entrevistas. Se elaboraron dos temas durante el análisis. El primero, “sumarse o no sumarse: esa es la cuestión”, comenzó a prepararse después de la primera visita domiciliaria, cuando la primera autora presentó la actividad *Sit-to-stand* a los participantes. Si los participantes sentían curiosidad acerca de la actividad, la investigadora les preguntaba sobre sus primeras impresiones, además de prestar atención a las reacciones iniciales de los participantes después de presentar la actividad. Se preguntó acerca de los aspectos de la actividad que les habían interesado a los participantes al principio mientras trataba de comprender sus motivaciones y razones para sumarse a la actividad. Sentarse y levantarse o no. Los subtemas relacionados con las primeras impresiones de los participantes de la actividad *Sit-to-stand* fueron los siguientes: “aspectos estructurales” e “influencia individual”. Las categorías vinculadas al subtema “aspectos estructurales” fueron las siguientes: “tener un horario flexible”, “probar algo nuevo”, “cambiar la rutina” y “tener alguien con quién hacerlo”. Las categorías vinculadas con el subtema “influencia individual” fueron las siguientes: “tener limitaciones

físicas”, “estigma asociado con ejercicios físicos para adultos mayores”, “definir intenciones” y “tener metas”.

El segundo tema “¿qué le pareció?”, se elaboró durante las visitas semanales de seguimiento. Los participantes y la investigadora mantuvieron una conversación sobre la actividad *Sit-to-stand*, su progreso, sus impresiones, y si se había registrado algún evento inesperado durante la semana anterior. En las entrevistas formales e informales, la investigadora se interesó por conocer las experiencias de los participantes con la actividad *Sit-to-stand*. En consecuencia, la última entrevista formal representó una oportunidad para resumir y presentar un breve informe a los participantes acerca del progreso de la actividad de cuatro semanas de duración. Esta entrevista también permitió que la investigadora comunicara sus intuiciones e ideas a los participantes para que pudieran debatir y negociar significados. Los subtemas relacionados con haber finalizado la actividad de cuatro semanas de duración fueron “factores de motivación” y “obstáculos”. Las categorías vinculadas al subtema “factores de motivación” fueron las siguientes: “costo”, “privacidad”, “beneficios que se perciben en la salud mental y física”, “avanzar a un ritmo propio y

adaptar las actividades”, “sensación de logro”, “contar con un sistema de apoyo” y “fácil de integrar a la rutina diaria”. Las categorías vinculadas al subtema “obstáculos” fueron las siguientes: “sufrir alguna patología”, “no percibir ninguna necesidad”, “fatalismo”, “temor a un peor desenlace”, “falta de compañía”, “falta de motivación”,

“exigencias conflictivas”, “desafío en la rutina/disciplina”, “preocupación por la seguridad” y “clima”. En la Figura 3 se describe cada uno de estos temas, al igual que sus respectivos subtemas y categorías, con pasajes de apoyo extraídos de las transcripciones y notas de campo de las entrevistas con los participantes.

Tema	Subtemas	Categorías	Pasajes extraídos
Sumarse o no sumarse: esa es la cuestión	Aspectos estructurales	Tener un horario flexible	<i>Creo que no me será difícil hacer este ejercicio. ¿Dijo una vez por día durante algunos minutos? Creo que puedo hacerlo. Puedo hacerlo después de almorzar, o tal vez después del desayuno. Veremos. Veremos. A veces voy al gimnasio pero no es fácil hacerlo siempre. Siempre surge algo y, al final, voy cada vez menos. Quizás con este ejercicio en casa me será más fácil (Ella).</i>
		Probar algo nuevo	<i>Si me va a ayudar, lo hago. Me lo propondré como un desafío, así de simple. Me duele mucho la espalda, pero lo voy a probar. Probé tantas cosas durante tantos años, distintos medicamentos, calcetines de compresión, incluso fui al fisioterapeuta un par de veces. Para ser honesta, mi vida es bastante aburrida ahora. Antes hacía de todo, de principio a fin. Entonces, siempre es bueno probar cosas nuevas (Sonata).</i>
		Cambiar la rutina	<i>Florián: Ya tengo mis cosas, todo lo que hago durante el día. No estoy seguro de que me guste [la actividad]. No la necesito para vivir.</i> <i>Entrevistadora: ¿En serio? Solo le tomaría algunos minutos. Podría hacerla al levantarse, antes de ducharse.</i> <i>Florián: No estoy seguro, tengo mi vida programada, me gusta hacer mis cosas, ya me organicé la vida con otras cosas.</i>
		Tener alguien con quien hacerlo	<i>Tengo miedo, tengo miedo de caerme y volver a quebrarme el fémur. Necesito alguien que lo haga conmigo. No me siento bien, vengo usando el andador desde hace un tiempo, mi hijo me acompaña. Antes de irse a trabajar, lo pone en la sala de estar. Tal vez mi hijo pueda ayudarme cuando vuelva a casa del trabajo. Si se lo explico lo hará conmigo. Vengo usando el andador desde hace un tiempo, no me siento segura haciéndolo sola (Eva).</i>
	Influencia individual	Tener limitaciones físicas	<i>Tengo dudas sobre este ejercicio. El problema es mi pierna. Me duele mucho, mucho, Dios santo, la rodilla. Me duele cuando me muevo, cuando me levanto, cuando me agacho por esta artrosis, artrosis muy fuerte. Todavía siento un poco de dolor por las várices. Las várices me duelen un poco. Cuando sube la temperatura comienzan a calentarse, me queman. Es difícil. Siento que no voy a poder, ¿y si trastabillo y me caigo? (Rosa)</i>
		Estigma asociado con ejercicios para ancianos	<i>Pero esto [actividad Sentarse y levantarse] es para personas que no caminan ni nada, es para ancianos o gente que ya está muy enferma. Muchas gracias pero no quiero robarle el tiempo. No es para mí. Soy viejo. Tengo 80 pero todavía me siento bien (Verano).</i>
		Definir intenciones	<i>Voy a tratar de hacerlas [actividades físicas] porque el doctor de la Estrategia Salud de la Familia me lo pide. Y el otro médico también dijo: “tiene que caminar, caminar hace bien, sus músculos se lo agradecerán, ya lo verá”. Entonces creo que puedo empezar con este ejercicio como me dijo (Acacia).</i>
		Tener metas	<i>Ah, realmente quiero poder sentarme y levantarme sin que me duela, sin problemas. A veces cuando me siento, me levanto, me siento, me levanto, siento que me explotan las piernas. Pero ya lo sentí antes, hace un tiempo [que siento eso]. Creo que sigue así, por ahora ... Pero digamos, cuando voy al baño, para subir ese escalón que hay en el baño, digo: “ah, me explotó la rodilla. Escuché un crack”. Pero es normal. Lo cierto es que hago el ejercicio como me dijo. Ya vendrán tiempos mejores, lo sé. Sentarme, levantarme, volver a sentarme, ¿se entiende? Tengo que buscar algo, aferrarme a algo y seguir adelante (Juliette).</i>
		Costo	<i>En realidad lo disfruté, lo hice cada vez que pude y siempre que me acordé. A veces me olvido de hacerlo y ya es hora de dormir cuando me acuerdo. Pero eso de solo usar una silla fue muy bueno. Si voy a las clases del gimnasio de la playa tengo que pagar. Si voy al gimnasio del centro de salud no tengo que pagar pero para llegar tengo que gastar dinero en el bicitaxi [medio de transporte]. Pero esta actividad de sentarse y levantarse la puedo hacer en casa, eso es genial. La hago en casa (Estrella).</i>
		Privacidad	<i>No tengo que vestirme ni salir de casa. Lo hago incluso con mi ropa vieja y desgastada. La gente te mira en el gimnasio. Es más fácil hacer ejercicio porque no tengo que preocuparme por la ropa, vestirme, todo eso. Cuando estoy en casa, no hay nadie más (Ella).</i>

(continúa en la página siguiente...)

Tema	Subtemas	Categorías	Pasajes extraídos
Sumarse o no sumarse: esa es la cuestión	Influencia individual	Beneficios que se perciben en la salud mental y física	<i>Sonata: Esta semana no fue fácil porque a veces siento este dolor por la mañana y durante la noche. Durante el día el dolor cede un poco porque también tengo mucho para hacer. Dios santo! Entonces, tengo que hacerlo según mis posibilidades, estoy haciendo algo.</i> Entrevistadora: ¿Notó algún beneficio después de hacer ejercicio? <i>Sonata: Claro que sí. Porque no me era fácil levantarme de la silla. Tenía que detenerme allí. Si me sentaba en una banqueta me era difícil levantarme. Entonces tuve que ayudarme con las manos sobre la silla, y a veces me tomaba más tiempo por el dolor. Me duele todo el cuerpo. Ah, pero mi hija está tan contenta. La sorprendí, ¿se entiende? Vino a casa, porque siempre tengo que esperarla para que me ayude. Entonces vino y le dije: "Quédate cerca mío, cierra los ojos". Entonces ella dijo: "¿Qué sucedió?" Le dije: "Algo muy bueno". Ella dijo: "¿Estuvo la chica [investigadora]?" Le dije "Sí". "¿Qué pasó?", me preguntó. Le dije: "Espera". Y después "Puedes darte vuelta". Entonces me levanté sola. "¿Cómo? No te frenaste allí", me dijo. Entonces lo hice una vez, dos veces, incluso tres, no podía ponerme de pie. No fue fácil pero gracias a Dios lo estoy logrando.</i>
		Avanzar a un ritmo propio y adaptar las actividades	<i>El ejercicio es fácil. Me está saliendo, me está saliendo. Lo estoy haciendo. Cada tanto, no es fácil levantarse, está bien. Puedo sentarme... Lo hago lento y seguro. Realmente quería sentarme sin que me doliera, ¿se entiende? Y a veces, a veces duele más que otras, ¿se entiende? El ejercicio es bueno, no quedan dudas. Es fácil. No es incómodo, no. Hago un poco todos los días. Me siento en esa silla. Lo hice ayer. Sentarme, levantarme, sentarme, levantarme. A veces necesito que me ayude mi hija o mi yerno, y también uso las manos para levantarme. Pero lo hago. Cuando no tengo ganas de hacerlo en esa silla lo hago aquí en el sofá. Pero lo hago. Lo importante es que lo estoy intentando (Juliette).</i>
		Sensación de logro	Entrevistadora: ¿Notó algún beneficio después de hacer el ejercicio? ¿Nota alguna diferencia? ¿Está caminando más? <i>Cielo: No, todavía no estoy caminando. Ahora voy a empezar a caminar un poco aquí. No estoy caminando todavía. Solo me pongo de pie, pero ya estoy elongando más. Después de que me consiguió el andador empecé a hacer eso de sentarme y levantarme. Lo probé y como me sentí segura lo hago todos los días. Ya estoy elongando más. Creo que seguiré mejorando. Antes no podía elongar tanto. Paso a paso.</i>
		Contar con familiares como sistema de apoyo	Entrevistadora: Clavel, ¿qué la alentaría a hacer esta actividad con más frecuencia? ¿Su hijo la está alentando? <i>Clavel: Mi hijo no es fácil, cuando me ve me dice: "Tienes que hacerlo y punto". A veces, cuando me visita y yo estoy afuera me dice: "Estás saliendo, por fin, vieja. Bien hecho". Yo le digo: "OK, OK". Entonces se pone loco de contento, por eso hago cosas cuando está en casa Pero cuando no está no hago nada.</i> Entrevistadora: ¿Entonces la alienta a que haga más ejercicio? <i>Clavel: Mucho, quiere que vaya al gimnasio. ¿Qué voy a hacer yo en un gimnasio? Nada de gimnasio. Mi hijo me apoya. Soy yo la que no se lo toma en serio; no solo eso, como ese ejercicio es muy bueno, aunque prácticamente todo lo que se hace por la salud es bueno. Incluso hablé con mi hija, me dijo: "Mamá, está bien, haz el ejercicio ¿Lo estás haciendo?" Cada tanto no lo hago, y mi hija me dice: "Mamá, tienes que hacerlo todos los días, siempre". No siempre, no puedo. Pero eso [la actividad Sentarse y levantarse] me hizo bien, me levantó el ánimo. Mi familia me apoya.</i>
		Contar con el sistema de atención de la salud como sistema de apoyo	<i>La semana pasada las chicas [enfermeras] estuvieron aquí, vinieron a cambiarme el vendaje de la pierna. Todo salió bien. Realmente me agradan; son geniales. Cambiaron el vendaje. Lo hacen muy bien. Son adorables. A decir verdad, tenía un callo muy grande, del tamaño del dedo, justo aquí. Entonces le pedía la enfermera que lo limpiara un poco. Sacó las tijeras y lo cortó y limpió. Ya no siento nada. Pero era un callo grande y ni siquiera podía ponerme los zapatos o caminar erguida. Fue un milagro, ¡realmente! Cortó aquí y lo limpió Aplicó muchísima medicación. Está seco. Cortó todo. No sé si lo cortó con una navaja o con unas tijeras. Pero me dolía mucho antes. Apoyo el pie en el piso y me duele. Después de que limpiaron todo y removieron el callo, me dejó de doler; entonces me sentí más cómoda para eso de sentarme y levantarme (Juliette).</i>
		Fácil de integrar a la rutina diaria	Entrevistadora: Cuénteme sobre la actividad, ¿qué le pareció? ¿cómo la hizo? <i>Clavel: La hice y me fui a caminar. Lo que hice fue ir a caminar por la mañana, para no olvidarme esto de sentarme y levantarme, lo hago antes de caminar. Me levanto perezosa, pero me levanto. Me tomo un café, hago la actividad y me voy a caminar. Fue fácil [actividad Sentarse y levantarse] porque la hago antes de ir a caminar, pero si no camino me olvido.</i>
	Obstáculos	Sufrir alguna patología	<i>La pasé mal el jueves pasado. Me enfermé como nunca. Sentí mucho dolor, no tenía fuerza para nada, nada de nada. Ya no tenía [fuerza] pero siguió empeorando. Me fui a la cama y no podía dormir, me costaba respirar. No tenía fuerza para nada. Ya no tenía, ¿me entiende?, tuve siete cirugías, y tengo escoliosis. No podía hacer nada la semana pasada. El doctor me dijo que ese Tandrilax que me saca el dolor cuando es muy malo para mí. Entonces no tomé Tandrilax ayer, hoy tampoco, y me duele más, más la rodilla; ah, chicas, la columna, los hombros. Ni siquiera pienso en hacer nada de lo que pidieron con todo esto, ni siquiera lo pienso (Acacia).</i>
		No percibir ninguna necesidad	Entrevistadora: ¿Y qué lo motiva a hacer ejercicio? ¿O qué lo motivaría más a hacer la actividad Sentarse y levantarse? <i>Florián: No me duele la rodilla, no siento nada. No siento nada, tengo esto en la rodilla, camino con un bastón, pero no me duele. La rodilla está prácticamente normal. No tengo que hacer nada más, ¿se entiende? Estoy en esta fase en la que no me duele nada, no siento nada, lo único que hago es caminar en la casa, no salgo, casi no hago nada. No, no necesito hacer este ejercicio Estoy ... Estoy bien, no tengo nada. No hay ninguna trampa, no, no creo que tenga que hacerlo.</i>

(continúa en la página siguiente...)

Tema	Subtemas	Categorías	Pasajes extraídos
¿Qué le pareció?	Obstáculos	Fatalismo	Juliette: <i>Honestamente, al principio [de la actividad] no tenían ninguna esperanza. No sabía si iba a lograrlo, pero ... tiene que ser así. Tengo que aceptar todo. No sabía si iba a poder hacerlo, porque no puedo sentarme y levantarme por la rodilla, ¿se entiende? Eso es lo que creía.</i> Entrevistadora: ¿Cómo está ahora, Sra. Juliette? Juliette: <i>Lo estoy haciendo. Lo estoy haciendo. Es la vida.</i>
		Temor a un peor desenlace	<i>Hice muy poco. Por ejemplo: ahora no siento nada en la rodilla. Pero si [la actividad] comienza a molestar, entonces empiezo, empiezo a sentir la rodilla. Me digo: entonces no te exijas. No se me hincha la rodilla. No, no. Solo me duele. El jueves de la semana pasada, así de la nada, no sé qué sucedió, me apareció un pequeño desgarro aquí. Entonces prefiero no forzar ni hacer nada porque puede empeorar; entonces, ¿cómo voy a hacerlo? Tengo más de noventa, tengo que ser muy cuidadosa para no empeorar las cosas (Lirio).</i>
		Falta de compañía	<i>Ahhh, querida; ya hice tantas cosas, salí a correr, hice aerobics, corrí mucho. Con mi marido [esposo fallecido] salíamos a caminar todas las mañanas, temprano. Sí, sí, íbamos a caminar temprano por la mañana. Nos despertábamos y ni siquiera tomábamos café, pero cada tanto sí lo hacíamos. Caminábamos una hora. A ves él se sentaba en el banco de la playa y me decía: "Está bien", yo tenía algunos amigos que también caminaban por allí. Me quedé una hora, caminé una hora. Fue bueno, me sentí bien y me hizo bien a la salud. Después de que mi marido murió ya no fui a caminar, no hice nada más. Era una persona tan buena y maravillosa.. 63 años de alegría. Fue mi compañero en todo; si estuviera aquí lo haríamos juntos, los dos, ese ejercicio que me pasaron. Era muy bueno, lo extraño (Acacia).</i>
		Falta de motivación	<i>Ah, no hice el ejercicio. Me olvido ... Ah, no sé. Es pereza, es todo, todo junto. Todavía no lo hice. Estoy desanimada. Algunos días me siento así, ¿se entiende? Lo haré más tarde. Sí, pero mi pereza no me deja, pereza. Tengo que hacer mejor las cosas, estar más atenta y sentir que tengo que moverme, pero cuando me acuesto no me levanto para nada. Es lo mismo de siempre, querida, es solo pereza, tengo que deshacerme de eso. Tengo toda la pereza del mundo, es mi culpa, solo eso (Carnation).</i>
		Exigencias conflictivas	<i>Pero lo gracioso es que el medicamento recetado que me dieron en el hospital, Losartan, no llegó, parece que se les terminó. Entonces, hoy lo pedí [Losartan con gastos de bolsillo]. Me va a llegar pronto. Mandé [a alguien] que lo comprara en [el centro de] Río. Todavía me queda una nieta medio loca. Es que simplemente no puedo ... ¿Me voy a preocupar por ella sin motivo? No. Pero siempre me enoja a veces, ¿se entiende? Es mucho estrés, a veces me olvido de vivir, me olvido de hacer cosas. Me enoja cuando pasan estas cosas estresantes. Esos días me olvido de la actividad Sentarse y levantarse. Es demasiado para mi cabeza (Mariposa).</i>
		Desafío en la rutina/Disciplina	<i>Estoy bien. Hice el ejercicio solo un par de veces, es demasiado. Estoy sola. A veces me olvido. Lo hago cuando me acuerdo. Incluso me olvido de este ejercicio, realmente me olvido. A veces estoy en piloto automático, solo las hago sin pensar. Pero me cuesta recordar esta actividad Sentarse y levantarse (Flora).</i>
		Preocupación por la seguridad	<i>Es tal como le dije, cuando me levanto lo primero que noto es que me cuesta mucho el equilibrio, ¿se entiende? Es como si me fuera a caer, pero no, nunca me caí por eso, pero creo que me voy a caer, un golpe seco (Margarita).</i>
		Clima	<i>Lo hice. Hago el ejercicio y salgo a caminar, hoy no lo hice porque el sol está muy fuerte, hace mucho calor. Siempre lo hago a la mañana. Pero esta semana no, hace mucho calor, ahora mismo, hace mucho calor hoy. No se puede cuando hace calor (Clavel).</i>

Figura 3 - Temas y pasajes extraídos de las percepciones y experiencias sobre una actividad *Sit-to-stand* realizada con ancianos de Brasil que viven en comunidad urbanas. Río de Janeiro, RJ, Brasil, 2018

Sumarse o no sumarse: esa es la cuestión

Aspectos estructurales

Los aspectos estructurales estuvieron relacionados con los elementos de la actividad *Sit-to-stand*. En general, los participantes consideraron la actividad propuesta que se les ofreció porque les permitía flexibilidad para programarla de acuerdo con sus rutinas preestablecidas. Otro factor para quienes manifestaron interés en realizar la actividad fue el entusiasmo de probar algo nuevo. La mayoría de estos participantes estaban jubilados y sus vidas ya no eran tan ajetreadas. Sonata lo ilustró bastante bien, por ejemplo. Pasa sus días sola. Trabajó toda la vida fuera de su casa pero su vida cambió después de jubilarse. Cuando vivía con su hija, ella salía temprano por

la mañana y volvía a casa al anochecer. Según Sonata, algunos cambios le resultarían provechosos.

Por el contrario, algunos participantes dudaban en sumarse a la actividad debido a los cambios que impondría sobre su rutina previamente definida. Los rituales diarios preestablecidos fueron significativos para los participantes, y sugerir un cambio en la rutina generó incomodidad en algunos de ellos. Otra inquietud pertinente que mencionaron algunos participantes fue su temor de hacer la actividad solos. En general, quienes estaban solos durante el día tenían una peor percepción de su salud o pertenecían al grupo de edad más avanzada e indicaron que tener a alguien con quien hacer la actividad era un elemento importante.

Influencia individual

En esta sección se describen factores internos de las personas que afectan sus percepciones con respecto a la actividad *Sit-to-stand*, como las siguientes: forma de pensar, sentir y actuar cuando se los invitaba a la actividad *Sit-to-stand*. Cuando los participantes sintieron que tenían limitaciones físicas, presentaron más resistencia a realizar la actividad. Sin embargo, las suposiciones de los participantes con respecto a la actividad *Sit-to-stand*, no solo se vieron influenciadas internamente por sus limitaciones físicas y patologías, sino también por el estigma percibido con respecto a los ejercicios destinados a los adultos mayores.

Las derivaciones realizadas por prestadores de atención médica también influenciaron la intención de los participantes para realizar la actividad *Sit-to-stand*. Cuando los prestadores de salud de la Estrategia Salud de la Familia les habían hablado sobre realizar alguna actividad física o acerca de los beneficios de la actividad presencial, se mostraron más propensos a sumarse a la actividad. Es más, las familias de los participantes también fueron importantes en su intención realizar la actividad *Sit-to-stand*.

Además, cuando los participantes tenían metas, acordaron participar en la actividad de mejor manera. Por ejemplo: Juliette no salía de su casa y su hija y yerno la ayudaban con algunas actividades de la vida cotidiana. Después de que empezó con la actividad *Sit-to-stand*, indicó que sentía menos dolor en las piernas. Aunque el objetivo de la actividad propuesta no es reducir el dolor sino fortalecer los músculos y mejorar el equilibrio, sus propias perspectivas y metas ejercieron un efecto positivo sobre su nivel de adopción de la actividad *Sit-to-stand*.

¿Qué le pareció?

Durante las visitas semanales de seguimiento, los participantes y la investigadora conversaron sobre la actividad *Sit-to-stand*, su progreso y sus impresiones. También analizaron si se había registrado algún evento inesperado la semana anterior.

Factores de motivación

Los participantes destacaron diversos elementos de la actividad *Sit-to-stand*, que sustentaban su interés en participar. Es económica, lo que se traduce en no tener que pagar la cuota de un gimnasio ni equipos especializados o viajes; los participantes describieron estos factores como ventajas. Otro componente positivo de la actividad *Sit-to-stand*, fue la posibilidad de que los participantes la realizaran en sus propios hogares, lo que ofrecía cierta privacidad para realizar la actividad sin sentirse evaluados u observados.

Además, los participantes enfatizaron cómo les hacía sentir la actividad. Cuando pudieron imaginar o sentir una mejora en su salud mental o física, parecieron más dispuestos a seguir realizando la actividad *Sit-to-stand*. La sencillez de la actividad y la capacidad de los participantes para adaptarla a su realidad, junto con la oportunidad de realizar la actividad *Sit-to-stand* a su propio ritmo, también ejercieron una influencia positiva sobre el nivel de adhesión a la actividad. Otro elemento importante fue la sensación de logro de los participantes. Cuando notaron que habían cruzado metas autoimpuestas se sintieron más seguros con respecto al futuro.

Contar con un *sistema de apoyo* también influyó el nivel de adopción de los participantes con respecto a la actividad. En la mayoría de los casos, vivían con *familiares* que los apoyaban mucho en su participación en la actividad *Sit-to-stand*. Los familiares los ayudaban cuando necesitaban ayuda para realizar la actividad. Los alentaban y recordaban sobre la actividad. El apoyo por parte de los círculos sociales de los participantes también fue un componente importante de su experiencia positiva con la actividad. Sin embargo, la influencia de las redes de apoyo se extendió más allá de los amigos y familiares de los participantes. Un sistema de atención médica de apoyo también determinó sus experiencias positivas con la actividad *Sit-to-stand*. Cuando los participantes sintieron cuidados por los profesionales de la salud y que el sistema de salud los atendía bien, fueron más propensos a realizar la actividad *Sit-to-stand*. Finalmente, los participantes también se sintieron más cómodos cuando pudieron adaptar la actividad a sus rutinas diarias.

Obstáculos

Los participantes destacaron diversos elementos de la actividad *Sit-to-stand* que obstaculizaron su participación. Muchos describieron el efecto sobre sus patologías actuales y sus síntomas como falta de equilibrio, falta de fuerza, fatiga y dolor como factores que reducían su capacidad para realizar la actividad. En ocasiones no percibieron necesidad alguna de realizarla. Los participantes que no lograron visualizar los beneficios de la actividad la realizaron con menos frecuencia. Además, quienes creían que, independientemente de sus acciones o logros, algunos acontecimientos de la vida están predestinados, tuvieron más dificultades para realizar la actividad. Algunos participantes ilustraron esta clase de *fatalismo* mientras realizaban la actividad *Sit-to-stand*. De igual manera, cuando los participantes sintieron temor de un peor desenlace, tuvieron más dificultades al momento de realizar la actividad.

Otra queja recurrente fue la falta de compañía para hacer la actividad. La mayoría de los participantes vivían con familiares, o cerca de ellos, pero algunos pasaban sus

días solos debido a los horarios laborales de los familiares durante el día o por la ausencia de otros seres queridos. Por ejemplo: en una de nuestras entrevistas informales, Acacia reveló que su esposo fallecido la acompañaba en sus viajes y actividades físicas pero que, desde su muerte, había perdido a la persona que solía sumarse a sus actividades.

Algunos participantes mencionaron que la falta de motivación, las preocupaciones por la seguridad, el clima y las exigencias conflictivas en sus vidas les impedían tratar de realizar la actividad. Los inconvenientes variaron entre problemas familiares e inquietudes relacionadas con la salud. Sin embargo, uno de los motivos más citados que dificultaban el nivel de adopción de los participantes con respecto a la actividad fue su imposibilidad de incluirla en sus rutinas.

Discusión

Los hallazgos clave de este estudio indican que la experiencia de los adultos mayores con problemas de movilidad en relación con la actividad *Sit-to-stand* dependió de sus expectativas en torno a la movilidad, las cuales implicaron muchos factores que actuaron en conjunto para influenciar sus creencias y actitudes con respecto a la actividad, al igual que preferencias, conductas y percepciones culturales. Aparentemente, a los participantes la actividad les resultó amena; sin embargo, la mayoría de los inconvenientes para adoptar la actividad *Sit-to-stand* estuvieron relacionados con factores contextuales, específicamente diversos déficits en sus necesidades personales e intrapersonales. Se incorporan cuatro componentes clave al debate para elucidar las experiencias de los adultos mayores de Brasil con la actividad *Sit-to-stand*, a saber: (a) definir intenciones, (b) la experiencia con los componentes de la actividad, (c) la experiencia personal con la actividad; y (d) la experiencia interpersonal con la actividad.

Definir intenciones

Antes de adoptar la actividad *Sit-to-stand*, los participantes mencionaron obstáculos y beneficios percibidos con respecto a hacerlo. Los cambios en su rutina y la necesidad que perciben de tener alguien con quien hacer la actividad *Sit-to-stand* se observaron como obstáculos para realizarla. Sin embargo, contar con la flexibilidad de adaptar la actividad a sus horarios preferidos y la oportunidad de probar algo nuevo se percibieron como catalizadores de su participación en la actividad *Sit-to-stand*. Esta información nos ayudará a considerar de qué manera los elementos de la actividad en sí pueden haber influenciado el proceso de adopción. Esta actividad tiene importantes aplicaciones, ya que nos

informa sobre las posibles áreas de *Sit-to-stand* que deben perfeccionarse en el proceso de traducción del conocimiento.

Algunos participantes indicaron tener o sufrir estigmas negativos con respecto a envejecer y hacer ejercicio. Cada vez se dispone de más evidencia para sugerir que los adultos mayores son un grupo estigmatizado en todo el mundo⁽³⁹⁾. De hecho, la "discriminación etaria" revela el estigma y las actitudes negativas asociados con la edad avanzada vinculados con consecuencias para la salud mental y física, incluso un menor deseo de llevar un estilo de vida saludable⁽⁴⁰⁻⁴¹⁾. La literatura corrobora lo anterior en el estereotipo de las amenazas, sugiriendo que las personas estigmatizadas evitan la experiencia negativa de dichas amenazas alejándose de actividades importantes⁽⁴²⁾. El problema de la discriminación etaria es tan endémico que la Década de Envejecimiento Saludable de la ONU presenta una agenda con convocatorias para la acción, donde la primera es modificar la mentalidad, los sentimientos y las acciones de las personas con respecto a la edad y al envejecimiento⁽¹³⁾. Se argumenta que reducir la discriminación etaria es importante dado su extendido efecto sobre cómo se perciben los problemas a los que hacen frente a los adultos mayores, cómo se evalúan las prioridades y cómo se eligen las soluciones. La discriminación etaria relega a los adultos mayores ancianos a la marginalidad, disminuyendo la valorización de su capital social y restringiendo su acceso a diversos servicios.

Finalmente, demostrar interés en realizar la actividad *Sit-to-stand* y tener metas se percibieron como facilitadores para realizar la actividad. Ambos factores se condicen con varios modelos sociales y psicológicos, incluida la teoría de la acción razonada⁽⁴³⁻⁴⁴⁾, la teoría de actitud-conducta de Triandis⁽⁴⁵⁾ y la teoría de motivación para la protección⁽⁴⁶⁾. Estas teorías concurren con la propuesta de que el predictor más inmediato e importante de la conducta de una persona es su intención de llevarla a cabo y de tener metas.

La experiencia con los componentes de la actividad

Identificar los elementos estructurales de una futura intervención es un componente crucial para abrir la "caja negra de una intervención". El conocimiento sobre las percepciones de las personas con respecto a los elementos estructurales puede utilizarse para identificar prácticas específicas que promueven la adopción y optimizar las intervenciones. Tanto durante como después de realizar la actividad *Sit-to-stand*, los participantes de este estudio señalaron el bajo costo de la misma ya que se realiza en sus hogares, la posibilidad de hacerla a su propio ritmo y la facilidad para integrarla a una rutina diaria como componentes de la actividad que facilitaron su adopción.

Sin embargo, también es importante considerar otros componentes de la actividad que socavaron su adopción, como ser las preocupaciones por la seguridad y la falta de compañía.

Los resultados de este estudio indican que diversos factores contribuyeron al nivel de adopción de los participantes con respecto a la actividad *Sit-to-stand*. El bajo costo de la actividad se atribuyó a que no se necesitan equipos especializados ni desplazamientos, lo que a su vez está conectado con la facilidad para acceder a la actividad. Este resultado se basó en una meta-síntesis de estudios cualitativos sobre las experiencias de los adultos mayores independientes (al menos 65 años de edad) con respecto a intervenciones con actividades físicas en contextos no clínico, y se detectó que minimizar los costos fue un factor importante, ya que los ingresos de muchas personas de edad avanzada son limitados⁽⁴⁷⁾.

En este estudio, algunos de los participantes describieron que el ámbito domiciliario de la actividad *Sit-to-stand* respondía a sus necesidades, particularmente porque les permitía disfrutar de su privacidad mientras la realizaban. Este resultado se condice con trabajos de anteriores en los que también se descubrió que hacer ejercicio en su hogar permitía que los participantes disfrutaran de la privacidad necesaria sin sentirse evaluados u observados⁽⁴⁸⁾. Por el contrario, algunos participantes sintieron que el ámbito domiciliario de la actividad representó una desventaja porque les impedía la oportunidad de integrarse socialmente. Sin embargo, se ha sugerido que si bien los programas grupales son más efectivos a corto plazo, los domiciliarios parecen ser más eficientes en términos de mantener el nivel de actividad física en los adultos mayores⁽⁴⁹⁾.

Para estos participantes, la posibilidad de realizar la actividad *Sit-to-stand* a su propio ritmo, su adaptabilidad y la facilidad de integrarla a su rutina diaria representaron facilitadores. Este resultado también se condice con hallazgos de trabajos de investigación anteriores que señalan que "se debería alentar a los adultos mayores a que sigan su propio ritmo, aunque también se los debería apoyar para que aumenten la intensidad o la duración cuando están en condiciones de hacer más⁽⁴⁷⁾. Esto es importante porque es posible que tengan expectativas autolimitantes que deben resolverse pero que tienen que manejarse con sensibilidad". Además, la posibilidad de integrar la actividad *Sit-to-stand* a la rutina diaria de los participantes ya se había mencionado en otros estudios como un factor de motivación para adoptar la actividad (indicando que los adultos mayores parecen aceptar de mejor manera un enfoque de colaboración y atención plena a la actividad física)⁽⁵⁰⁾.

La experiencia personal con la actividad

Los beneficios que se perciben en la salud, tener metas, estar motivado y una sensación de logro fueron factores individuales que facilitaron la adopción de la actividad *Sit-to-stand*. En contrapartida, el efecto de las comorbilidades, el fatalismo, no percibir ninguna necesidad, el temor a un peor desenlace y la falta de motivación representaron factores individuales que obstaculizaron la actividad. Un facilitador clave para realizar la actividad *Sit-to-stand* fueron las observaciones de los participantes con respecto a beneficios personales como resultado de la actividad. Eso fue posible cuando definieron pequeñas metas alcanzables, lo que a su vez los motivó y les dio una sensación de logro. El rol de experimentar cierto beneficio personal como resultado de la actividad ya se debatió en estudios realizados con adultos mayores⁽⁵¹⁻⁵²⁾. Los autores han demostrado que mayores beneficios percibidos en términos de salud y un mejor nivel de autoeficacia se asociaron con la actividad física en los adultos mayores. En consecuencia, los posibles beneficios de adoptar un estilo de vida que incorpore actividad física periódica son mejorar la función física, la independencia y la calidad de vida⁽⁵²⁾. Se ha demostrado que estos cambios son beneficiosos incluso cuando la actividad física se inicia en una etapa más tardía de la vida⁽⁵²⁾.

En oposición, las comorbilidades de los participantes, los temores a un peor desenlace, la falta de motivación, las visiones fatalistas y no percibir ninguna necesidad fueron obstáculos clave para realizar la actividad *Sit-to-stand*. Aunque padecer comorbilidades probablemente fue el obstáculo mencionado con mayor frecuencia para adoptar la actividad *Sit-to-stand* entre los participantes, los beneficios que se perciben en la salud como resultado de realizar la actividad fueron los factores de motivación que se señalaron más frecuentemente. Este hallazgo se condice con la literatura, donde se revela que los beneficios que se perciben en la salud son un factor que puede actuar en ambas direcciones⁽⁴¹⁾. Pueden verse como un facilitador que motiva a realizar actividad física o como un obstáculo que aleja a las personas de la actividad física cuando no se espera ningún beneficio.

Además, cuando estos participantes del estudio habían definido metas por ellos mismos, se fomentó su participación en la actividad. Las metas se definen como representaciones internas de desenlaces, eventos o procesos deseados. Definir metas es una de las estrategias más aplicadas y universalmente aceptadas que se utilizan para aumentar el nivel de actividad física⁽⁵³⁾.

Con el paso del tiempo, sentimientos satisfactorios como la motivación y los logros parecieron ejercer una influencia positiva sobre el nivel de adopción de los

participantes con respecto a la actividad *Sit-to-stand*. Otros investigadores han demostrado que observaciones similares predicen niveles más elevados de adhesión a la actividad física y el ejercicio^(47,54-56). Además, la motivación de las personas es un factor clave que influencia el movimiento, especialmente si pueden caminar sin riesgos, ya sea solas o con familiares⁽⁵⁶⁾.

La experiencia interpersonal con la actividad

Los participantes de este estudio indicaron que contaban con un sistema de apoyo y con compañía, además de no tener exigencias conflictivas como factores intrapersonales que influenciaran su experiencia con la actividad. La familia y los amigos desempeñaron un rol en alentar la participación y en el nivel de adhesión a la actividad *Sit-to-stand*. Se enfatizó tanto la importancia del apoyo concreto, como poder alentar y ayudar a los participantes, como el apoyo emocional. Otros investigadores han demostrado que el apoyo de familiares, amigos, compañeros y cuidadores se considera crucial para promover y mantener el compromiso con cualquier intervención relacionada con ejercicios/actividad física^(48,57). La decisión de los participantes de aceptar en una actividad física se ve encuadrada por los efectos fisiológicos y psicosociales de la intervención, como así también por las estructuras sociales y culturales en las que vive una persona⁽⁵⁸⁾. En consecuencia, diversos factores sociales y culturales parecen moldear expectativas de adopción con respecto la actividad *Sit-to-stand*.

El significado de las redes sociales también se hizo evidente por medio de sentimientos de obligación en relación con la familia. Las obligaciones percibidas para con la familia derivaron en exigencias conflictivas que obstaculizaron el nivel de adopción de los participantes con respecto a la actividad *Sit-to-stand*. Describen que diversas dificultades en el equilibrio y para priorizar factores importantes en la vida y la falta de apoyo de la familia despiertan sentimientos de culpa y deber, que a menudo derivan en menor adhesión y abandono de las actividades físicas⁽⁵⁹⁾. Se destaca que en numerosos estudios, un obstáculo comúnmente informado por grupos de adultos mayores menos privilegiados fueron las responsabilidades familiares conflictivas⁽⁵⁹⁾.

Se debe notar que este estudio es el primero en su clase que registra percepciones y experiencias sobre la actividad *Sit-to-stand* en los adultos mayores de Brasil que viven en comunidades urbanas. A medida que otros investigadores comiencen a evaluar poblaciones de adultos mayores con problemas de movilidad en países de la Región Sur Global y en aquellos que manejan varias comorbilidades, los datos de este estudio podrán utilizarse como un medio de comparación. Los hallazgos de este estudio son provechosos porque hubo gran variación en

las características sociodemográficas de los participantes. En consecuencia, este estudio podrá ayudar a comprender de qué manera los factores relacionados con los entornos cultural, psicosocial, físico y de salud de los adultos mayores facilitan u obstaculizan la pertinencia y utilidad de intervenciones relacionadas con la actividad física en su vida cotidiana. Los hallazgos también apoyan la Clasificación Internacional de Funcionalidad, Discapacidad y Salud para comprender a la movilidad dentro de la continuidad Funcionalidad – Discapacidad.

La movilidad funcional es vital para la actividad y la participación y reduce el nivel de dependencia. Específicamente en la Región Sur Global, los adultos mayores con importantes problemas de movilidad corren el riesgo de tener peores desenlace de salud relacionados con la movilidad⁽¹¹⁻¹²⁾. Los enfermeros se encuentran en una posición privilegiada para facilitar cambios en la práctica y la educación que podrían reducir la discapacidad, mejorar la movilidad y aumentar el nivel de confianza entre pacientes y prestadores de atención médica. Los hallazgos de este estudio pueden utilizarse para mejorar la salud de los adultos mayores, ya que proporcionan importantes indicios sobre cómo perfeccionar las estrategias que utilizan los enfermeros para ayudarlos a manejen sus problemas de movilidad.

Reconocer y comprender los obstáculos percibidos para la movilidad en los adultos mayores es un primer paso importante en el desarrollo de conciencia clínica y para minimizar los problemas de movilidad. En Brasil, entre las tareas de los equipos de la Estrategia Salud de la Familia, las visitas domiciliarias son uno de los pilares del programa. Permiten que los prestadores de atención médica conozcan el contexto social e identifiquen las necesidades de salud de los pacientes a fin de sustentar acciones destinadas a prevenir enfermedades y promover la salud comunitaria. En consecuencia, un hallazgo importante de este estudio consistió en que los enfermeros fueron una de las categorías profesionales del equipo de atención de la salud que realizaba visitas domiciliarias con frecuencia. Estos enfermeros especializados en salud comunitaria del programa Estrategia Salud de la Familia tuvieron mayor acceso a los domicilios de los pacientes, lo que les permitió realizaron frecuentes observaciones de su contexto. El nivel de acceso del que disfrutaron los enfermeros al contexto de los adultos mayores les brindó la oportunidad de profundizar su rol como defensores del paciente.

Además, el carácter holístico de la atención de Enfermería prepara correctamente a los enfermeros para que actúen como enlaces entre los pacientes y los servicios de salud, facilitando así la integración entre todos los dominios de la atención. Los enfermeros no deberían subestimar su capacidad para influenciar el acceso a

una atención adecuada, eficiente, efectiva y de buena calidad. Se encuentran en una excelente posición para compartir con diversos sectores la importancia de contar con servicios de salud adecuados disponibles.

El presente estudio sugiere la necesidad de producir más trabajos de investigación sobre preferencias y normas culturales en relación con los facilitadores y los obstáculos para la actividad física en la Región Sur Global. Los valores y las normas de los adultos mayores con respecto a las conductas relacionadas con la actividad física son primordiales para implementar la actividad *Sit-to-stand* como una intervención, lo que sugiere que futuros trabajos de investigación sobre grupos marginados y estigmatizados deberán evitar reunir diferentes grupos etnoculturales para comprender mejor la influencia de distintas culturas sobre la conducta. En consecuencia, considerando estos hallazgos, creemos que debería iniciarse un estudio completo de viabilidad ahora que ya se conocen mejor los entornos cultural, social, físico y de salud que afectan la movilidad de los ancianos y la actividad física en los domicilios.

Pese a los valiosos hallazgos de este estudio en relación con las percepciones y experiencias de los adultos mayores con respecto a la actividad *Sit-to-stand*, tiene limitaciones como cualquier estudio de investigación. El reclutamiento se limitó a adultos mayores que padecen problemas de movilidad y que aceptaron participar. Las percepciones y experiencias de los adultos mayores que se rehusaron a participar pueden diferir de las de quienes aceptaron participar voluntariamente. El efecto Hawthorne podría haber influenciado este estudio, ya que realizamos una observación participante y, a ante la solicitud de los participantes, otros familiares o los cuidadores de los participantes estuvieron presentes durante algunas de las interacciones con la investigadora, los hijos⁽⁶⁰⁾. Además, debido a limitaciones de tiempo y recurso, no se estudiaron las percepciones y experiencias de los prestadores de atención médica, familiares y encargados de definir políticas. Es necesario seguir investigando las percepciones de otros interesados con respecto a la actividad *Sit-to-stand* al igual que determinar si hay percepciones compartidas.

Conclusión

Este estudio proporciona nueva información al campo de la investigación sobre la *Sit-to-stand* de los adultos mayores porque se enfoca en las percepciones de un grupo etario específico, además de contemplar las interrelaciones entre las patologías y los factores contextuales que afectan la movilidad de los adultos mayores en Brasil. A medida que la población envejece es cada vez más imperioso comprender las percepciones y experiencias

del grupo poblacional. Al obtener las perspectivas de los adultos mayores con esta innovadora intervención *Sit-to-stand* en países de la Región Sur Global, este estudio aporta una visión muy necesaria del entendimiento, las expectativas y los motivos autodeclarados individuales de la asimilación o no adopción de la intervención. Definir intenciones y conocer experiencias personales e intrapersonales, al igual que la experiencia con los componentes de la intervención, fueron consideraciones clave para la asimilación y adopción por parte de los participantes del estudio. Los adultos mayores probablemente seguirán requiriendo atención diferenciada, en la que se consideren las intervenciones que mejor resuelvan las necesidades de este segmento de la población. Estos novedosos hallazgos, que acumulan perspectivas de los adultos mayores representan el primer paso para resolver las necesidades de este grupo poblacional.

Agradecimientos

Los autores están en deuda con todos los participantes por su tiempo y participación en este estudio. También nos gustaría agradecer a Marie Pawluk por su crítica constructiva del manuscrito.

Referencias

1. Franceschi C, Garagnani P, Morsiani C, Conte M, Santoro A, Grignolio A, et al. The continuum of aging and age-related diseases: common mechanisms but different rates. *Front Med*. 2018;5:61. <https://doi.org/10.3389/fmed.2018.00061>
2. Jeste DV, Koh S, Pender VB. Perspective: Social determinants of mental health for the New Decade of Healthy Aging. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2022;30(6):733-6. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2022.01.006>
3. Ng TP, Zhong X, Gao Q, Gwee X, Chua DQL, Larbi A. Socio-environmental, lifestyle, behavioural, and psychological determinants of biological ageing: the Singapore longitudinal ageing study. *Gerontology*. 2020;66(6):603-13. <https://doi.org/10.1159/00051121>
4. Westbury LD, Syddall HE, Fuggle NR, Dennison EM, Harvey NC, Cauley JA, et al. Relationships between level and change in sarcopenia and other body composition components and adverse health outcomes: findings from the health, aging, and body composition study. *Calcif Tissue Int*. 2021;108(3):302-13. <https://doi.org/10.1007/s00223-020-00775-3>
5. Fong JH. Disability incidence and functional decline among older adults with major chronic diseases. *BMC Geriatr*. 2019;19(1):323. <https://doi.org/10.1186/s12877-019-1348-z>

6. Machón M, Larrañaga I, Dorronsoro M, Vrotsou K, Vergara I. Health-related quality of life and associated factors in functionally independent older people. *BMC Geriatr.* 2017;17(1):19. <https://doi.org/10.1186/s12877-016-0410-3>
7. Tornero-Quñones I, Sáez-Padilla J, Espina Díaz A, Abad Robles MT, Sierra Robles A. Functional ability, frailty and risk of falls in the elderly: relations with autonomy in daily living. *Int J Environ Res Public Health.* 2020;17(3):1006. <https://doi.org/10.3390/ijerph17031006>
8. Lin SI, Lee HC, Chang KC, Yang YC, Tsauo JY. Functional mobility and its contributing factors for older adults in different cities in Taiwan. *J Formos Med Assoc.* 2017;116(2):72-9. <https://doi.org/10.1016/j.jfma.2016.01.011>
9. Webber SC, Porter MM, Menec VH. Mobility in older adults: A comprehensive framework. *Gerontologist.* 2010;50(4):443-50. <https://doi.org/10.1093/geront/gnq013>
10. World Health Organization. The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) [Internet]. Geneva: WHO; 2007 [cited 2022 Jun 27]. Available from: <https://www.who.int/standards/classifications/international-classification-of-functioning-disability-and-health>
11. Andrade FB, Duarte YAO, Souza PRB Junior, Torres JL, Lima-Costa MF, Andrade FCD. Inequalities in basic activities of daily living among older adults: ELSI-Brazil, 2015. *Rev Saude Publica.* 2018;52(Suppl 2):14s. <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2018052000617>
12. Lima-Costa MF, Peixoto SV, Malta DC, Szwarcwald CL, Mambrini JVM. Informal and paid care for Brazilian older adults (National Health Survey, 2013). *Rev Saude Publica.* 2017;51(suppl 1):6s. <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2017051000013>
13. World Health Organization. UN Decade of Healthy Ageing: plan of action [Internet]. Geneva: WHO; 2020 [cited 2022 Jun 27]. Available from: <https://www.who.int/initiatives/decade-of-healthy-ageing>
14. United Nations. Transforming our world: the 2030 agenda for sustainable development [Internet]. New York, NY: UN; 2015 [cited 2022 Jun 27]. Available from: <https://sustainabledevelopment.un.org/post2015/transformingourworld/publication>
15. World Health Organization. Decade of healthy ageing: baseline report [Internet]. Geneva: WHO; 2020 [cited 2022 Jun 27]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240017900>
16. Kuspinar A, Verschoor CP, Beauchamp MK, Dushoff J, Ma J, Amster E, et al. Modifiable factors related to life-space mobility in community-dwelling older adults: results from the Canadian Longitudinal Study on Aging. *BMC Geriatr.* 2020;20(1):35. <https://doi.org/10.1186/s12877-020-1431-5>
17. Kleinke F, Penndorf P, Ulbricht S, Doerr M, Hoffmann W, van den Berg N. Levels of and determinants for physical activity and physical inactivity in a group of healthy elderly people in Germany: baseline results of the MOVING-study. *PLoS One.* 2020;15(8):e0237495. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0237495>
18. Stehr P, Rossmann C, Kremer T, Geppert J. Determinants of physical activity in older adults: Integrating self-concordance into the theory of planned behavior. *Int J Environ Res Public Health.* 2021;18(11):5759. <https://doi.org/10.3390/ijerph18115759>
19. Brahms CM, Hortobágyi T, Kressig RW, Granacher U. The interaction between mobility status and exercise specificity in older adults. *Exerc Sport Sci Rev.* 2021;49(1):15-22. <https://doi.org/10.1249/JES.0000000000000237>
20. Hansen J, Pedersen AR, Sørensen H, Nielsen JF. Analysis of 15 different pelvis marker protocols during Sit-to-stand. *J Biomech.* 2022;130:110875. <https://doi.org/10.1016/j.jbiomech.2021.110875>
21. Wisnesky UD, Olson J, Paul P, Dahlke S, Slaughter SE, Lopes VF. Sit-to-stand activity to improve mobility in older people: a scoping review. *Int J Older People Nurs.* 2020;15(3):e12319. <https://doi.org/10.1111/opn.12319>
22. Malla C, Aylward P, Ward P. Knowledge translation for public health in low- and middle-income countries: a critical interpretive synthesis. *Glob Health Res Policy.* 2018;3:29. <https://doi.org/10.1186/s41256-018-0084-9>
23. Engebretsen E, Sandset TJ, Ødemark J. Expanding the knowledge translation metaphor. *Health Res Policy Syst.* 2017;15(1):19. <https://doi.org/10.1186/s12961-017-0184-x>
24. Squires JE, Hutchinson AM, Coughlin M, Bashir K, Curran J, Grimshaw JM, et al. Stakeholder perspectives of attributes and features of context relevant to knowledge translation in health settings: a multi-country analysis. *Int J Health Policy Manag.* 2021. <https://doi.org/10.34172/ijhpm.2021.32>
25. Jull J, Giles A, Graham ID. Community-based participatory research and integrated knowledge translation: advancing the co-creation of knowledge. *Implement Sci.* 2017;12(1):150. <https://doi.org/10.1186/s13012-017-0696-3>
26. Wisnesky UD, Paul P, Olson J, Dahlke S. Perceptions and experiences of functional mobility for community-dwelling older people: a focused ethnography. *Int J Older People Nurs.* 2022:e12464. <https://doi.org/10.1111/opn.12464>
27. Roper JM, Shapira J. *Ethnography in nursing research.* Thousand Oaks, CA: Sage; 2000.

28. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): A 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care*. 2007;19(6):349-57. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>
29. Campbell S, Greenwood M, Prior S, Shearer T, Walkem K, Young S, et al. Purposive sampling: complex or simple? Research case examples. *J Res Nurs*. 2020;25(8):652-61. <https://doi.org/10.1177/1744987120927206>
30. Graham LJ, Connelly DM. "Any movement at all is exercise": a focused ethnography of rural community-dwelling older adults' perceptions and experiences of exercise as self-care. *Physiother Can*. 2013;65(4):333-41. <https://doi.org/10.3138/ptc.2012-31>
31. Bruner B, Chad K. Physical activity attitudes, beliefs, and practices among women in a Woodland Cree community. *J Phys Act Health*. 2013;10(8):1119-27. <https://doi.org/10.1123/jpah.10.8.1119>. PMID: 23223757
32. Aldiabat KM, Le Navenec CL. Data saturation: the mysterious step in grounded theory methodology. *Qual Rep*. 2018;23(1):245-61. <https://doi.org/10.46743/2160-3715/2018.2994>
33. Spradley JP. Participant observation. New York, NY: Holt, Rinehart and Winston; 1980.
34. Batty E. Sorry to say goodbye: the dilemmas of letting go in longitudinal research. *Qual Res*. 2020;20(6):784-99. <https://doi.org/10.1177/1468794120905737>
35. Cho J, Trent A. Validity in qualitative research revisited. *Qual Res*. 2006;6(3):319-40.
36. Elo S, Kyngäs H. The qualitative content analysis process. *J Adv Nurs*. 2008;62(1):107-15. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x>
37. Spradley JP. The ethnographic interview. New York, NY: Holt, Rinehart and Winston; 1979.
38. Tracy SJ. Qualitative quality: Eight big-tent criteria for excellent qualitative research. *Qual Inq*. 2010;16(10):837-51. <https://doi.org/10.1177/1077800410383121>
39. World Health Organization. Global report on ageism [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2021 [cited 2022 Jun 27]. Available from: <https://www.who.int/teams/social-determinants-of-health/demographic-change-and-healthy-ageing/combating-ageism/global-report-on-ageism>
40. Robertson G. Ageing and ageism: the impact of stereotypical attitudes on personal health and well-being outcomes and possible personal compensation strategies. *Self Soc*. 2017;45(2):149-59. <https://doi.org/10.1080/03060497.2017.1334986>
41. Levy BR, Chang ES, Lowe SR, Provolo N, Slade MD. Impact of media-based negative and positive age stereotypes on older individuals' mental health. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2022;77(4):e70-e75. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbab085>
42. Lu Q, Wang D, Fu L, Wang X, Li L, Jiang L, et al. The effect of stigma on social participation in community-dwelling Chinese patients with stroke sequelae: a cross-sectional study. *Clin Rehabil*. 2022;36(3):407-14. <https://doi.org/10.1177/02692155211050558>
43. Fishbein M. A theory of reasoned action: some applications and implications. In: How H, Page M, editors. *Nebraska Symposium on Motivation*. 27. Lincoln, NB: University of Nebraska Press; 1980. p. 65-116.
44. Fishbein M, Ajzen I. Belief, attitude, intention, and behavior: An introduction to theory and research. Reading, MA: Addison-Wesley; 1975.
45. Triandis HC. Values, attitudes, and interpersonal behavior. In: Howe H, Page M, editors. *Nebraska Symposium on Motivation*. 27. Lincoln, NB: University of Nebraska Press; 1980. p. 195-259.
46. Rogers RW. Cognitive and physiological processes in fear appeals and attitude change: A revised theory of protection motivation. In: Cacioppo BL, Petty LL, editors. *Social Psychophysiology: A Sourcebook*. London: Guilford Press; 1983. p. 153-77.
47. Devereux-Fitzgerald A, Powell R, Dewhurst A, French DP. The acceptability of physical activity interventions to older adults: a systematic review and meta-synthesis. *Soc Sci Med*. 2016;158:14-23. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.04.006>
48. Jansons PS, Robins L, Haines TP, O'Brien L. Barriers and enablers to ongoing exercise for people with chronic health conditions: participants' perspectives following a randomized controlled trial of two interventions. *Arch Gerontol Geriatr*. 2018;76:92-9. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2018.02.010>
49. Ashworth NL, Chad KE, Harrison EL, Reeder BA, Marshall SC. Home versus center based physical activity programs in older adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005;2005(1):CD004017. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004017.pub2>
50. Beauchamp MR, Ruissen GR, Puterman E, Sheel AW, Dunlop WL, Estabrooks PA, et al. Group-based physical activity for older adults (GOAL) randomized controlled trial: exercise adherence outcomes. *Health Psychol*. 2018;37(5):451-61. <https://doi.org/10.1037/hea0000615>
51. McMullan II, Bunting BP, Blackburn NE, Wilson JJ, Deidda M, Caserotti P, et al. The mediating role of self-regulation and self-efficacy on physical activity change in community-dwelling older adults (≥ 65 Years): an experimental cross-lagged analysis using data from SITLESS. *J Aging Phys Act*. 2021;29(6):931-40. <https://doi.org/10.1123/japa.2020-0322>
52. Shaikh AA, Dandekar SP. Perceived benefits and barriers to exercise among physically active and non-active elderly people. *DCID*. 2019;30(2):73-83. <https://doi.org/10.5463/dcid.v30i2.839>

53. Swann C, Rosenbaum S. Do we need to reconsider best practice in goal setting for physical activity promotion? *Br J Sports Med.* 2018;52(8):485-6. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2017-098186>
54. Bethancourt HJ, Rosenberg DE, Beatty T, Arterburn DE. Barriers to and facilitators of physical activity program use among older adults. *Clin Med Res.* 2014;12(1-2):10-20. <https://doi.org/10.3121/cmr.2013.1171>
55. Irizarry T. The role of mobile health in individually tailored self-management interventions to promote adherence to an exercise program for older adults with osteoarthritis of the knee and hypertension [Dissertation]. Pittsburgh: University of Pittsburgh; 2017.
56. Graf CL. Patient, nurse, and hospital factors that influence the mobility of hospitalized older adults [Dissertation]. San Francisco, CA: University of California; 2013.
57. Bunn F, Dickinson A, Barnett-Page E, McInnes E, Horton K. A systematic review of older people's perceptions of facilitators and barriers to participation in falls-prevention interventions. *Ageing Soc.* 2008;28:449-72. <https://doi.org/10.1017/S0144686X07006861>
58. Child S, Goodwin V, Garside R, Jones-Hughes T, Boddy K, Stein K. Factors influencing the implementation of fall-prevention programmes: a systematic review and synthesis of qualitative studies. *Implement Sci.* 2012;7:91. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-7-91>
59. Spiteri K, Grafton K, Bekhet AH, De Caro JX, Laventure B, Broom D. Barriers and motivators of physical activity participation in middle-aged and older adults – a systematic review. *J Aging Phys Act.* 2019;27(4):929-44. [10.1123/japa.2018-0343](https://doi.org/10.1123/japa.2018-0343)
60. Stacy RN. Hawthorne Effect. Ipswich, MA: Salem Press; 2019.

Paul, Sherry Dahlke. **Revisión crítica del manuscrito en cuanto al contenido intelectual importante:** Uirá Duarte Wisnesky, Joanne Olson, Pauline Paul, Sherry Dahlke.

Todos los autores aprobaron la versión final del texto.

Conflicto de intereses: los autores han declarado que no existe ningún conflicto de intereses.

Contribución de los autores

Concepción y dibujo de la pesquisa: Uirá Duarte Wisnesky, Joanne Olson, Pauline Paul, Sherry Dahlke.

Obtención de datos: Uirá Duarte Wisnesky. **Análisis e interpretación de los datos:** Uirá Duarte Wisnesky, Joanne Olson, Pauline Paul, Sherry Dahlke. **Obtención de financiación:** Uirá Duarte Wisnesky. **Redacción del manuscrito:** Uirá Duarte Wisnesky, Joanne Olson, Pauline

Recibido: 22.03.2022
Aceptado: 18.08.2022

Editora Asociada:
Rosalina Aparecida Partezani Rodrigues

Copyright © 2023 Revista Latino-Americana de Enfermagem
Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY.

Esta licencia permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de su obra, incluso con fines comerciales, siempre que le sea reconocida la autoría de la creación original. Esta es la licencia más servicial de las ofrecidas. Recomendada para una máxima difusión y utilización de los materiales sujetos a la licencia.

Autor de correspondencia:
Uirá Duarte Wisnesky
E-mail: uira.wisnesky@ualberta.ca
 <https://orcid.org/0000-0002-0643-6097>