

Romel Jonathan Velasco Yanez^{1,*}
 Julio César Cajape Quimis²
 Jesús Alberto Cunaalema Fernández¹
 Germania Marivel Vargas Aguilar³

1. Licenciado en Enfermería. Investigador. Miembro de la Red de Enfermería en Salud del Adulto Mayor Ecuador. Universidad de Guayaquil. Guayaquil, Ecuador.
2. Licenciado en Enfermería. Investigador. Universidad de Guayaquil. Guayaquil, Ecuador.
3. Licenciada en Enfermería. Magíster en Diseño Curricular. Directora de la Red de Enfermería en Salud del Adulto Mayor Ecuador. Docente de la Universidad de Guayaquil. Guayaquil, Ecuador.

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jonathan.velascoy@ug.edu.ec (Romel Jonathan Velasco Yánez).

Recibido el 1 de diciembre de 2020; aceptado el 13 de enero de 2021.

Significado del autocuidado en el adulto mayor desde el modelo de promoción de salud

The significance of self-care in the elderly from the health promotion standpoint

RESUMEN

Introducción: Durante la vejez, el propósito de los adultos mayores se basa en alcanzar un estado de bienestar; por ello, es importante comprender los factores que benefician o afectan el logro de esta meta. **Objetivo:** Deconstruir el significado del autocuidado en el adulto mayor. **Metodología:** Investigación cualitativa con un enfoque interpretativo sociocrítico, humanista. En la recolección de datos se realizó una entrevista abierta estructurada a un grupo focal, los sujetos fueron elegidos a conveniencia mediante la técnica bola de nieve. **Resultados:** El significado del autocuidado esta originado por: influencias situacionales, ya sean internas o externas, ligadas a su proceso de salud-enfermedad, el hecho del conocimiento que estos poseen sobre su cuidado; este proceso de cognición ha modificado la concepción del autocuidado y de salud que poseen, siendo estas emociones positivas, lo que les ayuda y origina una conciencia de cuidado. El entorno juega un papel muy importante en la construcción de este significado, evidencia que los vínculos entre vecinos son importantes, incluso los comparan con su familia. **Conclusiones:** El autocuidado en el adulto mayor es vivido en el contexto del medio que lo rodea: familia, amigos, vecinos, comunidad, y es percibido como la capacidad de hacer cosas que originen satisfacción en su vivir diario.

PALABRAS CLAVE: Autocuidado, cuidado, salud, enfermedad, conocimiento.

ABSTRACT

Introduction: During old age, the purpose of older adults is based on achieving a state of well-being; therefore, it is important to understand the factors that benefit or affect the achievement of this goal. **Objective:** To deconstruct the meaning of self-care in the elderly. **Methodology:** Qualitative research with a sociocritic, humanistic interpretive approach; in the data collection an open interview structured to a focal group was conducted, subjects were chosen at convenience by the snowball technique. **Results:** The meaning of self-care is originated by: Situational influences whether internal or external are linked to their health-disease process, the fact of the knowledge they possess about their care; this process of cognition has modified the conception of self-care and health that they possess, being these positive emotions that helps them and creates a consciousness of care. The environment plays a very important role in the construction of this meaning, they show that the links between neighbors are important, even comparing them with their family. **Conclusions:** Self-care in the elderly is lived in the context of the environment around them: Family, friends, neighbors, community, and is perceived as the ability to do things that originate satisfaction in their daily living.

KEYWORDS: Self-care, care, health care, disease, knowledge.

■ INTRODUCCIÓN

Desde los comienzos de la civilización, los adultos mayores (AM), senectos, vetustos o vulgarmente llamados viejos han sido una parte estereotipada y estigmatizada en la sociedad, esto nace por inherencia al hecho de la pérdida parcial de las capacidades funcionales a la que los seres humanos nos enfrentamos a medida que avanzan los años; el hecho de envejecer no es evitable, pero, sin duda, el envejecer bien o envejecimiento exitoso se puede lograr cumpliendo todos los parámetros que engloba el bienestar social.

Al hablar de envejecimiento, Cruz Soto¹ menciona que es un proceso ineludible y gradual que se manifiesta principalmente en cambios morfológicos y fisiológicos como consecuencia de la acción del tiempo sobre los organismos vivos, premisa que se alinea con la plan-

teada por la Organización Mundial de la Salud (OMS)², en la que se menciona que el envejecimiento se origina como la consecuencia de la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares a lo largo del tiempo. En los seres humanos, este proceso resulta en el aumento de problemas de salud, la disminución de la independencia y adaptabilidad, el deterioro de los aspectos biopsicosociales, la jubilación, la disminución en la capacidad económica, y de las facultades físicas y mentales³.

Según varios autores^{4,5}, el envejecimiento actualmente se considera un problema de salud pública, ya que el cambio en la pirámide poblacional se ha volcado hacia el aumento de esta población y, desafortunadamente, los gobiernos no están preparados para abordar las consecuencias sanitarias que esto implica, motivo por el cual se requiere ahondar en el conocimiento de este fenómeno desde múltiples perspectivas. A su

vez, esta crisis se agudiza con lo presentado por la Comisión Económica para Latinoamérica y el Caribe (CEPAL)⁶, que manifiesta que nos encontramos ante un continente que envejece como consecuencia de su transición demográfica, tanto es así que para el año 2025 las personas AM alcanzarán los 101,1 millones y para el año 2050 se estima que la población de esta edad podría llegar a los 186,0 millones de latinoamericanos y caribeños, superando ampliamente las cifras observadas hacia fines del cuarto de siglo anterior.

En Ecuador el proceso de envejecimiento está ocurriendo mucho más rápido que en países desarrollados, este se muestra como un país en plena fase de transición demográfica, este fenómeno demuestra que los AM en el año 2010 representaban el 7% de la población ecuatoriana y que para el año 2050 representarán el 18%. Según un portal de noticias⁷, en el año 2017 el Instituto Ecuatoriano de Estadística y Censos publicó que en Ecuador hay 1.180.944 de AM, de esa cifra, 632.436 son mujeres, mientras que 548.508 son hombres.

Dada la importancia de cómo la población de AM se está incrementando, es necesario que los organismos de salud desarrollen propuestas con alternativas y espacios que permitan mejorar las condiciones de vida de este grupo a través de planes, programas y proyectos en los que las personas AM sean participantes activos en un proceso de inclusión social con la familia y la sociedad, logrando que los propios adultos sean entes activos en la búsqueda del autocuidado.

Dentro del marco referencial de enfermería, Orem define al autocuidado como las actividades que realiza un individuo independientemente a lo largo de su vida para promover y mantener su bienestar personal⁸, es decir, las acciones que una persona ejerce para el cuidado de sí mismo; a pesar de lo relevante de su teoría para el desarrollo del autocuidado, resulta necesario contar con un escenario de aplicación donde cobre mayor relevancia y es aquí donde juega un papel fundamental el modelo de promoción de salud (MPS) definido por Pender, donde sus principales postulados señalan que las personas buscan crear condiciones de vida mediante las cuales puedan expresar su propio potencial de la salud humana y que tengan la capacidad de poseer una autoconciencia reflexiva, incluida la valoración de sus propias competencias⁸.

Partiendo de estas definiciones, el escenario de elección es la Atención Primaria de Salud (APS), en la que el autocuidado debería considerarse un pilar fundamental en las estrategias de salud, ya que permite lograr que las personas se vuelvan capaces de cuidarse, ser conscientes de su estado de salud y propicien actividades que ayuden al mejoramiento de su calidad de vida y la de los demás. Pero no debemos alejarnos de la realidad de que como seres humanos somos únicos e indivisibles, con maneras de vivir, pensar y sentir diferentes, inmersos en contextos diferentes y en una interacción constante con el entorno que nos rodea, por lo tanto, la concepción y el significado que cada persona le da a este fenómeno es diferente.

Diferenciar esta concepción es trascendental en el ejercicio del cuidado del AM, ya que permite planificar intervenciones de salud eficaces encaminadas a la modificación de su conducta de autocuidado o, a su vez, a la potenciación de esta mediante estrategias de salud direccionadas por el profesional de enfermería.

■ OBJETIVO

En la presente investigación se planteó como objetivo deconstruir el significado del autocuidado en el AM. Esta investigación tiene su origen en el estudio realizado por Velasco Yanez y Cajape Quimis⁹, por lo que, en el presente artículo se pretende resumir los datos más relevantes.

■ METODOLOGÍA

Se realizó una investigación de tipo cualitativa con un enfoque interpretativo socio-crítico-humanista, con el objetivo de deconstruir el significado del autocuidado en el AM. Para la recolección de datos se planteó una entrevista abierta no estructurada a un grupo focal constituido por 5 informantes clave elegidos a través de la técnica bola de nieve, luego se decidió realizar entrevistas adicionales en profundidad a 2 de los informantes que participaron en el grupo focal con el motivo de saturar los datos obtenidos; las entrevistas se realizaron en su comunidad. Para el análisis del contenido se utilizó el método de comparación constante y la teoría fundamentada, en primera instancia se obtuvieron los códigos del discurso, después estos se agruparon en las subcategorías para, finalmente, dar paso a las grandes categorías definidas por la teoría. Como aspectos del rigor científico en investigaciones cualitativas se utilizó la credibilidad, la adecuación y la confirmabilidad.

Dentro de las consideraciones ético-legales para proteger la identidad de los participantes se les otorgaron pseudónimos y se realizó la firma del consentimiento informado y de confidencialidad.

■ RESULTADOS Y DISCUSIÓN

A partir del proceso de codificación desarrollado con el material extraído de las entrevistas, se generaron las categorías que a continuación se comentan.

Influencias situacionales

La investigación reveló que la mayoría de personas modifican su manera de pensar en relación con las situaciones a las que se enfrentan según lo señalado por el interaccionismo simbólico; en el contexto de salud, Pender señala que las influencias situacionales del entorno pueden hacer aumentar o disminuir el compromiso o la participación en la conducta promotora de salud¹⁰.

El significado del autocuidado en los AM es el resultante de varios componentes, uno de ellos son las situaciones de salud previas, ya sean propias o de personas de su medio social, las cuales han moldeado su conducta y han originado en estos sujetos una concepción distinta del autocuidado: *“yo soy diabética pues sin embargo yo me cuido porque yo sé lo que me hace daño (...) mi madre también es diabética”* (Nachita, 62 años).

Estas influencias situacionales han ocasionado la necesidad de aprender a autocuidarse. Esto concuerda con lo reportado en un estudio¹¹ que concluye que los AM que perciben algún riesgo para su salud se cuidan más que los que se perciben sanos.

Desde el punto de vista sistémico y cualitativo debemos entender que cada persona integra conceptos de forma individual, cada persona tiene formas de pensar, analizar y de enfrentar los problemas de forma diferente, pero estos a su vez están mediados por su entorno, por ejemplo: *“lo que pasó conmigo es que cuando falleció mi esposo me descontrolé en su totalidad”* (Nachita, 62 años).

Esta concepción también puede contraponerse con el hecho del significado que cada AM le da a las situaciones vividas y concuerda con una de las premisas descritas por Pender en el MPS: *“es más probable que las personas se comprometan a adoptar conductas de promoción de la salud cuando los individuos importantes para él/ella modelan su conducta, esperan que se produzca la conducta y ofrecen ayuda y apoyo para permitirla”*¹⁰.

Conocimientos de salud

Este estudio nos permitió confirmar que los comportamientos de una persona responden a condiciones actitudinales-intrínsecas o a situacionales-extrínsecas, como señala Myers¹², las intrínsecas están sujetas a aprendizajes por experiencias vividas o por enseñanzas recibidas de manera formal o informal. Los AM por aprendizajes en las unidades de salud frente al autocuidado logran adoptar comportamientos tan propios, los hacen suyos y responden con responsabilidad, esto evidencian cuando mencionan: *“me controlo en la comida, camino bastante (...) si uno no come a la hora que es eso le perjudica bastante”* (Lupe, 67 años).

Estas prácticas cotidianas constituyen prácticas esenciales de autocuidado. Los AM consideran que la alimentación es un pilar muy importante en su autocuidado y, claro, esta a su vez tiene una influencia situacional basada en el contexto de salud en el que se encuentra el AM, conocen que de acuerdo con su enfermedad deben llevar un régimen alimenticio adecuado; en este orden de ideas manifiestan: *“los diabéticos no debemos de comer una sola fruta sino que un pedacito de cada fruta y eso ya después hasta eso de las 4 de la tarde”* (Lupe, 67 años).

En este comentario se puede notar que el significado del autocuidado que cada AM tiene es proporcional a los conocimientos de salud que posee, es decir, que el hecho de conocer es una parte muy influyente en su autocuidado, por lo tanto se puede conjeturar que el conocimiento determina su autocontrol.

Percepción de estar saludable

La OMS¹³ define la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”; enfatizando el texto anterior, las percepciones de los AM concuerdan con lo mencionado: *“estar saludable es que no tenga ni una enfermedad, que esté bueno, que esté activo (...) es sentirse bien, tener ánimos”* (Lupe, 67 años).

Es importante mencionar que, dentro del contexto del envejecimiento, ningún AM está sano, ya que, debido a las modificaciones a las que se enfrentan de forma natural sus procesos biológicos, psicológicos y sociales están sujetos a una variedad de cambios que impiden el completo bienestar, lo que afecta a su calidad de vida¹⁴. La calidad de vida se relaciona con factores económicos, sociales y culturales en el entorno en que se desarrolla y, en gran medida, con la escala de valores de cada individuo^{15,16}.

Los AM relacionan la salud con estar activos, con la funcionalidad, con la capacidad de hacer las cosas y, en nuestro estudio, la mayoría de los AM coinciden en que: *“estar saludable es estar activo (...), estar saludable es estar caminando, hacer sus cosas y estar en la atención de la familia”* (Nachita, 62 años; Lupe, 67 años; Charlie, 71 años; Juan, 76 años).

Estos resultados coinciden con un estudio realizado en México, en el que los autores mencionan que el significado de salud en los AM se manifiesta en la capacidad de poder hacer cosas; así, la salud se concibe como un medio útil para obtener un beneficio, ya sea material, moral o físico. Los vínculos familiares son importantes, incluso los comparan con la salud; también identifican la salud con la ausencia de dolor y de enfermedad¹⁷.

Percepción del autocuidado

Orem¹⁰ al definir el autocuidado se refiere a las acciones que realiza una persona con el fin de promover y mantener la vida, la salud y el bienestar personal, es decir, la acción inherente del cuidado de uno mismo. Parte de la postura filosófica de Orem señala que los seres humanos son seres

dinámicos, unitarios, que viven en sus entornos, que están en proceso de conversión y que poseen libre voluntad, así como otras cualidades humanas esenciales. Partiendo de esta premisa, cada AM es diferente junto con su manera de concebir el autocuidado, sus percepciones se evidencian indicando: *“O sea prevenir, autocuidarse es prevención (...), no comiendo cosas que me hagan daño para mi organismo, este... tomando las medicinas que manda el médico, caminando (...)”* (Lupe, 67 años; Juan, 76 años).

Aunque entre los participantes las respuestas se aproximan, estas están conectadas a sus experiencias de salud previas, concordando con Quandt et al.¹⁸, quienes relatan que para la realización de acciones de prevención de enfermedades y promoción de la salud a la población, es necesario considerar la percepción de los individuos acerca del proceso salud-enfermedad y del cuidado a la salud realizados.

Influencias del entorno

Para resumir esta categoría es necesario citar a Bertalanffy, que define el entorno como el contexto en el cual se encuentra inmerso el ser humano; como parte de este, el microsistema es su contexto más próximo y en él está la familia, el cuidador y la pareja; el mesosistema abarca las relaciones sociales entre individuos, y el exosistema engloba las influencias del país, la región, la cultura. Todos estos sistemas se encuentran en un estado de interacción e interdependencia y su influencia es mutua, dinámica y continua. Los AM señalan la influencia de su microsistema: *“mi familia sí, creo... porque... estamos, es una unión (...) si le pasa algo a uno estamos todos ahí reunidos”* (Lupe, 67 años; Nachita, 62 años).

Entendiendo la importancia del entorno en la promoción de la salud, Pender, en una de sus premisas teóricas del MPS escribió: “las personas interactúan con el entorno teniendo en cuenta toda su complejidad biopsicosocial, transformando progresivamente el entorno y siendo transformados a lo largo del tiempo”¹⁰.

Como parte de su mesosistema, es importante mencionar las relaciones sociales definidas como el grado en que las personas están interconectadas e integradas en las comunidades¹⁹ y tienen tanto aspectos estructurales como funcionales. En este contexto, los participantes identificaron como parte esencial de su mesosistema a sus vecinos, a quienes los catalogaron como un pilar en su autocuidado y lo manifestaron en frases como: *“ellos (referencia a sus vecinos) me cuidan, me sacan a andar, al sol, porque yo no puedo caminar, me sacan a mirar, sino, no tendría a nadie quien me sacara”* (Sol, 89 años).

Estos discursos dejan notar que los AM han creado un vínculo afectivo con sus vecinos, tanto es así que llegan a identificarlos como a su familia y ellos son fundamentales en su cuidado, señalan: *“sí, mis vecinos también son mi familia (...)”* (Lupe, 67 años); *“si no hubiera sido por mis vecinos, quizás que me hubiese pasado algo malo”* (Charlie, 71 años).

Esto coincide con lo reportado en un estudio realizado en una zona rural de Polonia²⁰, en el que los resultados fueron que los AM se benefician del cargo de autoridad, acompañado de la disposición de las personas para ayudar a sus vecinos; asimismo, otro estudio²¹ señala que las relaciones informales con los vecinos podrían afectar los comportamientos de salud individuales a través de vías tales como el apoyo social.

También se analizaron los discursos de los participantes en relación con su exosistema, en los que, en breves rasgos, podemos identificar vínculos emocionales influenciados por su lugar de nacimiento, cultura, alimentación, costumbres y la relación que estos tienen con su significado de autocuidado, manifestado por frases como: *“yo, sin embargo, yo me voy a mi tierra allá, a ese campito (...)”*. *“Nací en el campo, mi padre trabajaba mucho en la agricultura (...) él trabajaba tenía sus propias vacas, su leche estaba allí, por ejemplo, el pollo era de ahí mismo, el arroz, el maíz todo, sin químicos sin nada, porque eso también nos ha de ayudar”* (Lupe, 67 años; Nachita, 62 años).

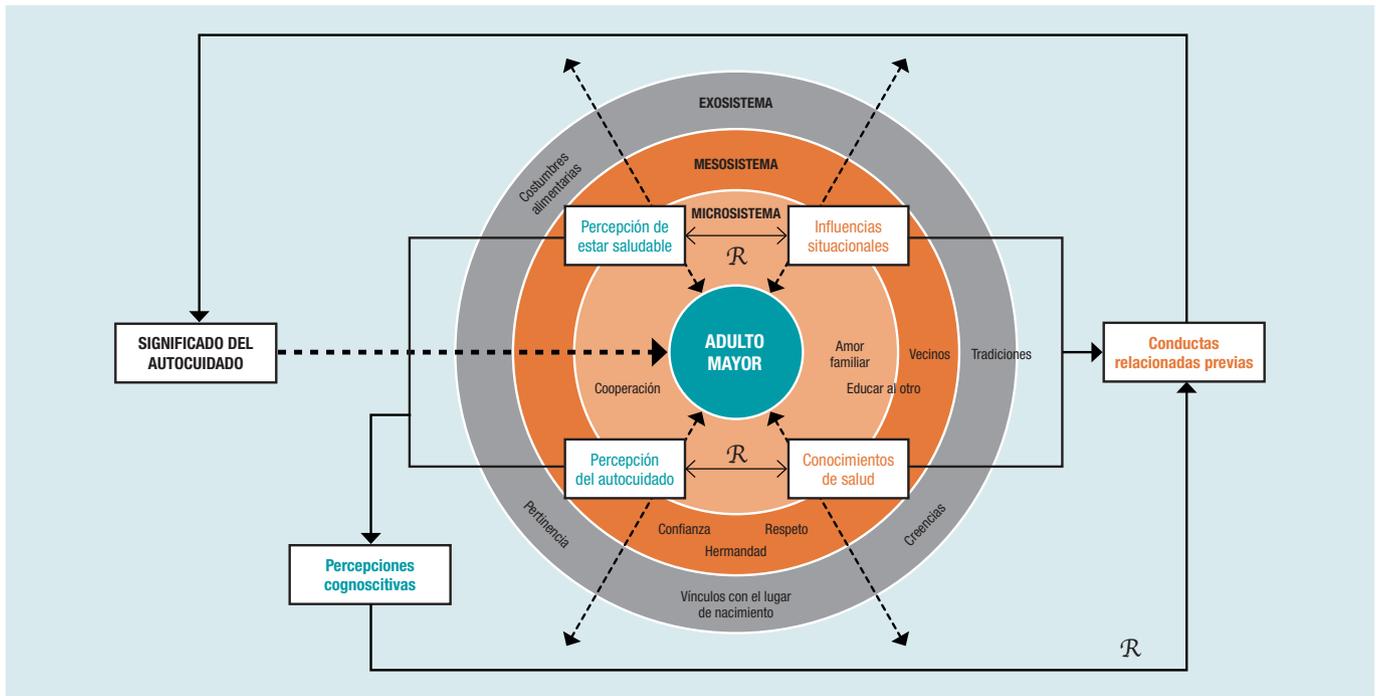


Figura 1. Modelo teórico como representación del significado del autocuidado en el adulto mayor.

Los relatos tomados revelan los vínculos emocionales antes descritos, pero solo podemos ligar la percepción que tienen de la alimentación en cuanto a su cultura con el significado de autocuidado. Según Troncoso Pantoja²², la relación que se establece entre una persona y los alimentos se define como conducta o comportamiento alimentario. Se identifica que este se adquiere a través de la vida, con influencia familiar y social, además de otros factores que la condicionan como la disponibilidad de alimentos, el valor simbólico de estos, su selección o la forma en que se preparan.

CONCLUSIONES

El significado que los AM tienen del autocuidado es el resultante de un proceso de transición mental originado por influencias situacionales, ya sean internas o externas, ligadas al proceso de salud-enfermedad y al hecho del conocimiento que estos poseen sobre su cuidado. Este proceso cognoscitivo ha modificado la concepción del autocuidado y de salud que poseen, y estas emociones son positivas, lo que les ayuda y origina una conciencia de cuidado (fig. 1).

En este proceso es importante la participación que el entorno tiene en el AM, un entorno dinámico y en constante interacción, en el que

se encuentran inmersos los demás procesos. Los AM ven en su familia (microsistema) un pilar fundamental para la práctica de su autocuidado, también en sus cuidadores. En su mesosistema, consideran a los vecinos como parte de su familia mostrando vínculos emocionales entre ellos, que les permiten encajar en la sociedad y potenciar la práctica del autocuidado. Asimismo, en su exosistema identifican lazos culturales que ligan su conducta de autocuidado, especialmente en la alimentación. Todos estos aspectos moldean el significado que el AM tiene del autocuidado y cada uno influye el otro (fig. 1).

Los trabajos de Orem y Pender constituyen modelos teóricos esenciales para el ejercicio del quehacer enfermero en la APS, ya que, mediante sus postulados se presentan pautas para la promoción del autocuidado en las diferentes poblaciones y son de particular interés para los AM. El profesional de enfermería debe ser capaz de discernir este conocimiento y aplicarlo a la gestión del cuidado en este grupo prioritario ■

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

A la Fundación Jesús Obrero (ONG).

BIBLIOGRAFÍA

- Cruz Soto LI. Percepción del adulto mayor en atención a enfermedades crónicas recibida en Centro de Salud "Pedro Altamirano", enfocado en el Modelo de Salud Familiar Comunitario, Managua, III Trimestre 2015. Managua: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua; 2016. Disponible en: <http://repositorio.unan.edu.ni/1235/1/art%C3%ADculo%2005.06.16.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento y salud. OMS; 2018. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>
- De Snyder VNS, González-Vázquez TT, Jáuregui-Ortiz B, Bonilla-Fernández P. «No hacen viejos los años, sino los daños»: envejecimiento y salud en varones rurales. *Salud Pública de México*. 2005;47(4):294-302.
- Alvarado García AM, Salazar Maya AM. Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos*. 2014;25(2):57-62.
- Carrasco-Peña KB, Fariás-Moreno K, Trujillo-Hernández B. Frecuencia de envejecimiento exitoso y fragilidad. Factores de riesgo asociados. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2018;53(1):23-5.
- CEPAL-Naciones Unidas. El envejecimiento y las personas de edad: indicadores sociodemográficos para América Latina y el Caribe. UN; 2009.
- El Tiempo. En Ecuador hay 7 adultos mayores por cada 100 habitantes. *El Tiempo*. 2017. Disponible en: <http://www.eltiempo.com.ec/noticias/ecuador/4/415284/en-ecuador-hay-7-adultos-mayores-por-cada-100-habitantes>
- Berman A, Snyder S. *Fundamentos de enfermería*. 9.ª ed. Madrid: Pearson Educación; 2012.

9. Velasco Yáñez RJ, Cajape Quimis JC. Significado del autocuidado en el Adulto Mayor. Tesis de grado. Universidad de Guayaquil; 2019. <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/44819>
10. Alligood MR, Tomey AM. Modelos y teorías en enfermería. 8.ª ed. Elsevier Health Sciences Spain; 2014.
11. Millán Méndez EI. Evaluación de la capacidad y percepción de autocuidado del adulto mayor en la comunidad. *Rev Cubana Enfermer*. 2010;26(4):202-34.
12. Myers DG. Psicología social. 8.ª ed. México: McGraw-Hill/Interamericana de España, S.A.U.; 2003.
13. Organización Mundial de la Salud. Preguntas más frecuentes. WHO; 2018. Disponible en: <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>
14. Araya Gutiérrez A. Autocuidado de la Salud. Santiago de Chile: Salesianos Impresores S.A.; 2012.
15. Guerrero Castañeda RF, Lara Pérez R. Nivel de autotranscendencia en un grupo de adultos mayores mexicanos. *Revista CUIDARTE*. 2017;8(1):1476.
16. Varela Pinedo LF. Salud y calidad de vida en el adulto mayor. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*. 2016;33(2):199.
17. Vargas Santillán M de L, Arana-Gómez B, García-Hernández M de L, Ruelas-González MG, Melguizo-Herrera E, Ruiz-Martínez AO. Significado de salud: la vivencia del adulto mayor. *Aquichan*. 2017;17(2):171-82.
18. Quandt Xavier S, Ceolin T, Echevarría-Guanilo ME, Da Costa Mendieta M. Concepción de salud y autocuidado de la población masculina de una Unidad Básica de Salud. *Enfermería Global*. 2015;14(40):44-54.
19. Berkman LF, Kawachi I, Glymour M. *Epidemiología social*. 2ª ed. Oxford: Oxford University Press; 2014. p. 234-89.
20. Cwirlej-Sozanska AB, Sozanski B, Wisniowska-Szurlej A, Wil-mowska-Pietruszynska A. Quality of life and related factors among older people living in rural areas in south-eastern Poland. *Ann Agric Environ Med*. 2018;25(3):539-45.
21. Seino S, Kitamura A, Nishi M, Tomine Y, Tanaka I, Taniguchi Y, et al. Individual- and community-level neighbor relationships and physical activity among older Japanese adults living in a metropolitan area: a cross-sectional multilevel analysis. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2018;15(1):46.
22. Troncoso Pantoja C. Alimentación del adulto mayor según lugar de residencia. *Horizonte Médico*. 2017;17(3):58-64.