

**Ejercicio Físico en Personas Mayores con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.****Motivación hacia su Práctica en Pacientes de una Clínica Privada**

Díaz Gonzalo, Universidad Nacional de Avellaneda (UNDAV) <sup>1</sup>,

Renzi Gladys, Universidad Nacional de Avellaneda (UNDAV), grenzi@undav.edu.ar

**Resumen**

La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica es una enfermedad no transmisible que afecta a las personas mayores, quienes suelen tener un estilo de vida sedentario. Como proceso psicológico, la motivación permite explicar los factores que llevan a iniciar, mantener o abandonar la actividad física. El objetivo fue caracterizar la motivación hacia el ejercicio físico de personas mayores con EPOC pacientes de una clínica privada en el oeste del Conurbano Bonaerense.

Fue un diseño cuali-cuantitativo, descriptivo, transversal y observacional. Como variables, se indagaron: oferta terapéutica; factores motivacionales hacia el ejercicio físico, niveles de actividad física e impacto de la enfermedad, usando como técnicas la encuesta y la entrevista y como instrumentos de registro: un cuestionario, y tres escalas: BREQ 3, IPAQ y TAC respectivamente, administrados al médico tratante y a una muestra de 22 pacientes mayores, en modalidad virtual, durante el confinamiento por COVID-19. Se analizaron los datos con análisis temático y estadística descriptiva.

Se halló que la EPOC tenía un impacto medio a muy alto en 72% de la muestra; 50% presentaba bajo nivel de actividad física, y predominaron los tipos de regulación motivacional extrínseca. Se observaron diferencias y distintos tipos de correlación positiva y negativa entre las variables estudiadas y las intervinientes. Se relevó que la clínica ofrece un programa propio de ejercicio físico específico.

Se espera favorecer al manejo y control de la EPOC y contribuir a: diseñar estrategias para promover el ejercicio físico y la adherencia de pacientes mayores hacia hábitos de vida activos y saludables.

**Palabras clave:** Personas mayores, Enfermedad pulmonar obstructiva crónica, Ejercicio físico, Calidad de vida, Motivación

---

<sup>1</sup>Esta ponencia se elaboró en base al Informe final de la tesina de grado de la Licenciatura en Actividad física y Deporte de la UNDAV del estudiante Gonzalo Díaz (2022), cuya directora fue la Dra. Renzi. Se inscribió en una de las líneas de investigación sobre la motivación hacia la práctica del ejercicio físico de las personas mayores, del Grupo de Estudios sobre Envejecimiento Activo y Saludable (GEsEAS) del Departamento de Salud y Actividad física de la UNDAV. Se presenta post mortem y en homenaje al Lic. Díaz (12/1/2025).

## Introducción

Las personas mayores (PM) son más propensas a padecer enfermedades crónicas no transmisibles, entre ellas las bronco-obstructivas, como el asma y la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), que generan una alta carga de morbilidad, malestar, discapacidad y mortalidad. Otra problemática que las afecta es la inactividad física y el estilo de vida sedentario. Actualmente, existe suficiente evidencia de que el ejercicio físico es la forma de intervención más eficaz para ralentizar el envejecimiento biológico y contrarrestar el impacto de las enfermedades crónicas y sus efectos adversos (Izquierdo et al., 2025).

### *La EPOC y las Personas Mayores*

La EPOC es una condición pulmonar heterogénea caracterizada por síntomas crónicos (disnea, tos, producción de esputo, exacerbaciones, cansancio), debido a anormalidades en la vía aérea (bronquitis, bronquiolitis) y/o alveolar (enfisema), que provoca obstrucción del flujo aéreo persistente. A menudo, es progresiva y el riesgo de desarrollarla aumenta con la edad (Penizzotto et al., 2024). Es la tercera causa de muerte en el mundo. Según el estudio EPOC.AR (Echazarreta et al., 2018), en Argentina, tiene una prevalencia de 15% en mayores de 65 y asciende al 26% en las personas de 85 años. Además, es la 2ª causa de muerte entre los mayores de 60 (22,4%) y llega casi al 25% de mayores de 75 (INDEC, 2024).

Las personas con EPOC presentan bajos niveles de actividades cotidianas y de actividad física (AF), para evitar la sensación de disnea que les producen. Esa inactividad puede disminuir la masa, fuerza y función muscular limitando el rendimiento físico, que empeora progresivamente, impactando negativamente en el bienestar de los pacientes. También, se asocia con enfermedades cardiovasculares, osteoporosis, ansiedad y depresión, lo que complica aún más el manejo de la enfermedad (Echazarreta et al., 2018; Sepúlveda Loyola et al., 2019).

Si bien es una enfermedad prevenible y tratable, uno de los mayores desafíos es la adhesión al tratamiento, es decir, el grado en que los pacientes siguen las indicaciones médicas. En Argentina, existen múltiples consensos y recomendaciones sobre su manejo, cuyo tratamiento debe incluir el control de: adhesión terapéutica, comorbilidades, AF, preferencias del paciente y otras intervenciones (Penizzotto et al., 2024). Sin embargo, a pesar de la mejora que generan los tratamientos en la tolerancia al ejercicio físico, la transferencia de dichos logros al incremento de la actividad física diaria sigue siendo un tema controvertido.

Por otra parte, aun se carece de información sobre los comportamientos de pacientes con EPOC en general, y PM con EPOC en particular. Se desconocen: el impacto en su calidad de

vida, sus niveles de AF, intereses, necesidades y motivos por los que realizan ejercicio físico (EF). Diferentes autores (Deci y Ryan, 1985; Gonzalez Cutre et al., 2010) afirman que la motivación es un factor central en la adherencia hacia la AF y la adopción de estilos de vida saludable, porque es un proceso psicológico muy complejo que actúa como determinante a la hora de activar, dirigir y/o mantener el comportamiento humano, e incitar a actuar. Respecto de la AF y deportiva, la motivación es clave para lograr el compromiso y continuidad pues permite explicar la adherencia a su práctica como también, el rendimiento o abandono (Gonzalez Cutre et al., 2010; Moreno y Martínez, 2006).

### ***La Motivación hacia el Ejercicio Físico de Pacientes con EPOC***

Para conocer cómo influye la motivación hacia la práctica de EF en las PM que padecen EPOC, se eligió como marco conceptual la Teoría de la Integración Orgánica -que es una subteoría de la Autodeterminación (Deci y Ryan, 1985)-. Esta subteoría establece una estructura motivacional que abarca distintos grados de autodeterminación de la conducta en un continuo, que va desde las conductas más voluntarias / autodeterminadas hasta las involuntarias / no autodeterminadas.

Así, reconoce tres tipos de motivación: la *intrínseca*, la *extrínseca* y la *desmotivación*. Cada tipo de motivación tiene una estructura propia, que se regula por el sujeto de forma interna o externa, y está determinado por una serie de procesos, factores, valores, intereses, recompensas, diversión, y fuentes de satisfacción, etc. (Moreno y Martínez, 2006). En uno de los extremos de la estructura motivacional, se encuentra la *desmotivación* que refleja la ausencia total de motivación, con el grado más bajo de autodeterminación, la persona no tiene intención de realizar una acción por no sentirse hábil, siente que logrará buen resultado, y que el esfuerzo a realizar es demasiado grande, entonces, no quiere implicarse entre otras razones. Otro tipo de motivación es la *extrínseca*, -determinada por algún agente externo- que se presenta con cuatro tipos de regulación: *externa*, *introyectada*, *identificada* e *integrada*. En la regulación *externa*, se actúa para satisfacer una obligación o demanda externa, evitar castigo o por una recompensa, es la menos autodeterminada de los tipos extrínsecos. La regulación *introyectada* -también condicionada por un agente externo- actúa en base a la autoaprobación, como son el reconocimiento social o sentimientos de culpa, y la persona se autoimpone sanciones. En la regulación *identificada*, se actúa porque la acción se califica relevante y se realiza libremente, con un alto grado de autonomía percibida, porque la persona es consciente de los beneficios, aunque la tarea no le agrada (Molinero et al., 2011). En la regulación *integrada*, se elige actuar de manera libre porque la persona evalúa la situación, reconoce su

importancia y que esta acción responde a sus valores y necesidades, entonces, se identifica e integra de forma coherente con aspectos de sí mismo; entonces la persona realiza ejercicio físico porque forma parte de su estilo de vida activo (González Cutre et al., 2010).

Wilson et al., (2006, como se citó en González Cutre et al., 2010) consideran a la regulación *integrada* como la más positiva para la promoción de comportamientos saludables, dado que es la que mejor garantiza el mantenimiento de un comportamiento en el tiempo, especialmente, cuando la persona se enfrenta a obstáculos o diferentes niveles de dificultad para sostener una conducta, y vuelve al comportamiento voluntario más coherente porque genera menos conflictos con la regulación de otros comportamientos valiosos para esa persona (por ejemplo: la persona sale a correr regularmente, porque valora sus beneficios y lo hace inclusive en los días fríos o lluviosos aunque no le cause placer) (González Cutre et al., 2010).

Por último, la motivación *intrínseca* es la más autodeterminada, pues se realiza una actividad por placer, disfrute, diversión, la acción es un fin en sí mismo, pues se experimentan sensaciones positivas de autorrealización y competencia, asociadas al propio bienestar (Moreno y Martínez, 2006).

La importancia de indagar los factores motivacionales: intereses, necesidades y motivos que regulan la práctica de AF y EF de las PM con EPOC radica en que podrían ser clave para el manejo, control y adherencia terapéutica. También, permitirían planificar programas, diseñar guías, y crear herramientas que despierten el interés y motivación, generar adherencia, y convirtiendo al EF en un hábito de vida saludable en PM afectadas por EPOC (Moreno y Martínez, 2006; Salgado Cruz, 2017).

En este sentido, las preguntas que expresaron la problemática a indagar fueron ¿Cuál es el impacto de la EPOC en las PM en una clínica privada del Conurbano Bonaerense? ¿Qué niveles de actividad física presentan las PM con EPOC? ¿Cuáles son los motivos que tienen las personas mayores que padecen de EPOC para realizar o no ejercicio físico? ¿Qué ofrece la clínica a los pacientes como parte del tratamiento? ¿Dispone de algún programa, estrategia y/o actividad para el tratamiento del EPOC?

El objetivo general que guió esta investigación fue: Caracterizar la motivación hacia la práctica de ejercicio físico de los pacientes adultos mayores con EPOC que asistían a una clínica privada en el Conurbano Bonaerense. Los objetivos específicos para lograrlo fueron:

- a) Reconocer el impacto de la EPOC en la calidad de la vida pacientes mayores encuestados.
- b) Identificar los niveles de actividad física que presentaban
- c) Describir los factores motivacionales hacia la práctica de EF
- d) Releva la existencia de programas o estrategias en

la clínica privada del Conurbano Bonaerense que fomenten la práctica de ejercicio físico en las personas mayores que padecen EPOC.

### Metodología

Se realizó una investigación mixta cuanti-cualitativa, descriptiva, transversal y observacional focalizada en pacientes mayores de una clínica privada en el oeste del Conurbano Bonaerense. La muestra fue no probabilística, intencional y por conveniencia, compuesta por quienes cumplieron estos criterios de inclusión: ser persona mayor de 60 o más años, ser paciente con EPOC de la clínica privada, responder al cuestionario y brindar su consentimiento informado de participación.

Para relevar los datos cuantitativos, se utilizó la encuesta y un cuestionario estructurado que incluyó variables sociodemográficas: género, edad, estudios alcanzados, ocupación, años de EPOC y comorbilidades para caracterizar la muestra y tres instrumentos de registro validados que midieron las siguientes variables:

**Niveles de Actividad Física.** Cuestionario Internacional de Actividad Física IPAQ. Permitió caracterizar: intensidad, frecuencia y duración de la AF en la última semana. Se calcula en METS (Unidades de Índice Metabólico) por minuto y semana. Obtener un puntaje alto o medio implica cumplir las recomendaciones de AF (OMS, 2020).

**Impacto de la EPOC y la Calidad de Vida.** Test de CAT. Se clasificó el impacto de la enfermedad en cuatro puntajes: a)  $<10$  = bajo; b) entre 10 y 20 = impacto medio; c)  $>20$  = impacto alto. d)  $>30$  = impacto muy alto. Incrementos del puntaje evidencian mayor impacto de EPOC en la calidad de vida.

**Tipo de Motivación.** Cuestionario de regulación de la conducta en el ejercicio. BREQ 3. (Gonzalez-Cutre *et al.*, 2010). Permitió identificar el tipo de regulación motivacional predominante en cada paciente.

El cuestionario estructurado se transcribió a un formulario digital, elaborado con Google Forms. Se administró en modalidad virtual, enviándolo por redes sociales y/o correo electrónico, a los pacientes que aceptaron participar del estudio. El trabajo de campo se realizó durante la vigencia del Aislamiento y Distanciamiento social preventivo y obligatorio durante la pandemia por COVID-19. Se efectuó el análisis estadístico de los datos cuantitativos obtenidos a través del cuestionario, expresándolos en tasas porcentuales, tablas y gráficos.

Además, se entrevistó al jefe del Departamento de Neumología de la Clínica con un cuestionario semiestructurado para recabar información sobre la existencia y descripción de

programas y estrategias usadas por el servicio para fomentar la práctica del ejercicio físico en los pacientes y se realizó una observación con una guía a las instalaciones disponibles para tal fin. Se efectuó un análisis temático y se codificaron las respuestas de la entrevista.

## Resultados

La *muestra* se conformó con 22 personas mayores pacientes con EPOC de la clínica privada que cumplieron con los criterios de inclusión.

### *Características Sociodemográficas*

**Género.** 68% de la muestra fueron adultas mayores mujeres (AMM) y 32% adultos mayores varones (AMV).

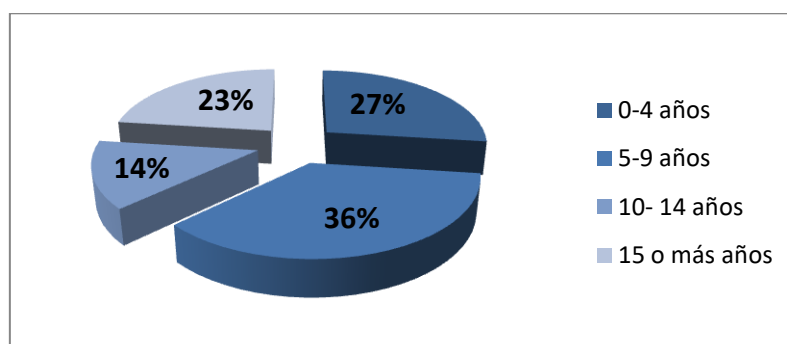
**Edad.** Osciló entre los 60 y los 74 años, con una media de 64,8 años. La muestra se dividió en tres quintiles. Se observó que: 55% tenía entre 60 y 64 años, 27% entre 65 a 69 años, y 18% 70 y 74 años.

**Nivel de Escolaridad Alcanzado.** 59% accedió al superior (terciario o universitario completo e incompleto); 41% al nivel básico (primario y/o secundario, completo e incompleto).

**Ocupación.** 59% estaban jubilados, 36% empleados, solo un desempleado.

**Años de Vida con EPOC.** Para analizar esta variable, se dividió la muestra en 4 subgrupos según los años transcurridos desde que la PM fue diagnosticada con esta enfermedad (Ver Figura 1).

Figura 1. Distribución de años con EPOC de la muestra. (Elaboración propia).



Se observó que 73% de la muestra llevaba más de 5 años padeciendo esta enfermedad.

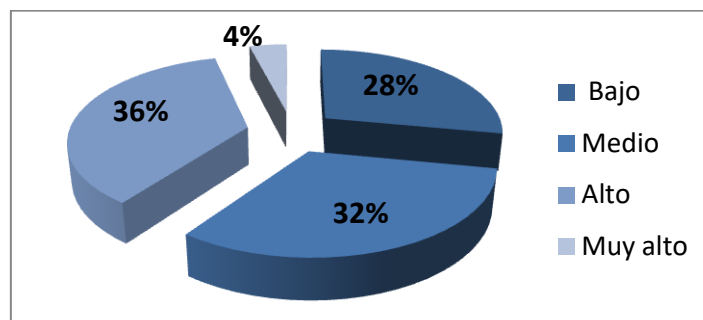
**Comorbilidades.** 59% presentaban otras enfermedades entre ellas: hipertensión arterial, hipotiroidismo, diabetes tipo 2, colesterol alto y depresión; 41%, no presentaba otras comorbilidades.



### *Impacto de la EPOC en la Calidad de Vida de los Pacientes Mayores*

Para 72% de las PM, la EPOC tenía un impacto medio a muy alto, por los síntomas crónicos que los afectaban: tos recurrente, flema, opresión en el pecho, falta de energía y aliento al esforzarse, insomnio, comprometiendo su calidad de vida y bienestar. (Ver Figura 2).

Figura 2: Impacto de la EPOC en la calidad de vida de los pacientes. (Elaboración propia).



### *Relación entre Impacto de EPOC y Variables Intervinientes*

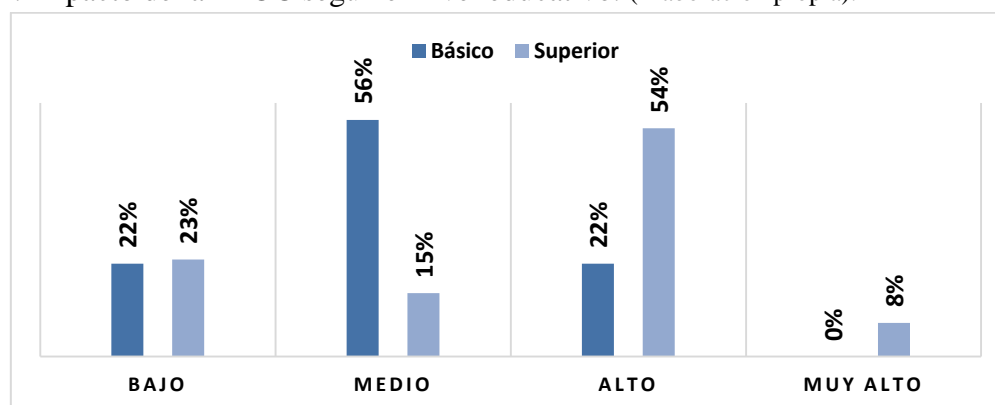
A continuación, se analiza cómo varió la percepción del impacto de la EPOC en la calidad de vida de las PM encuestadas, según su edad, género y nivel educativo.

**Impacto y Edad.** 50% de las PM de 65 años y más reconoció que sufrían un alto impacto, confirmando que el impacto es de la EPOC mayor a medida que las personas aumentan su edad cronológica.

**Impacto y Género:** 57% de los AMV reconocieron un impacto alto y muy alto (sin desconocer que su % en la muestra era menor y la distribución en quintiles no uniforme). En cambio, solo 40% de AMM reconoció alto impacto, y ninguna registró un impacto muy alto.

**Impacto y Nivel Educativo.** Se observó mayor impacto en PM con nivel educativo superior (62% alto y muy alto). El impacto fue menor en las nivel educativo básico (56% moderado). (Ver Figura 3).

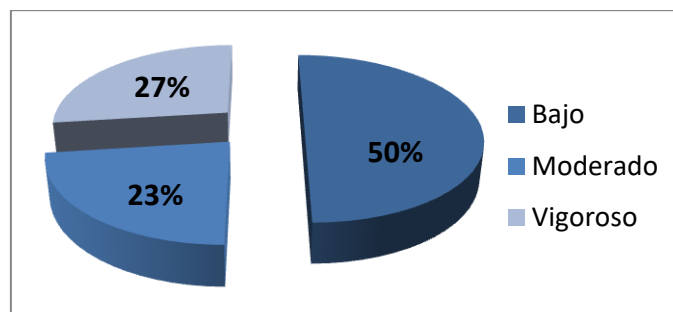
Figura 1: Impacto de la EPOC según el nivel educativo. (Elaboración propia).



### *Niveles de Actividad Física de las PM con EPOC*

El 50% de las PM de la muestra reconoció bajo nivel de AF. (Ver Figura 4).

Figura 4: Niveles de actividad física de las personas con EPOC. (Elaboración propia).

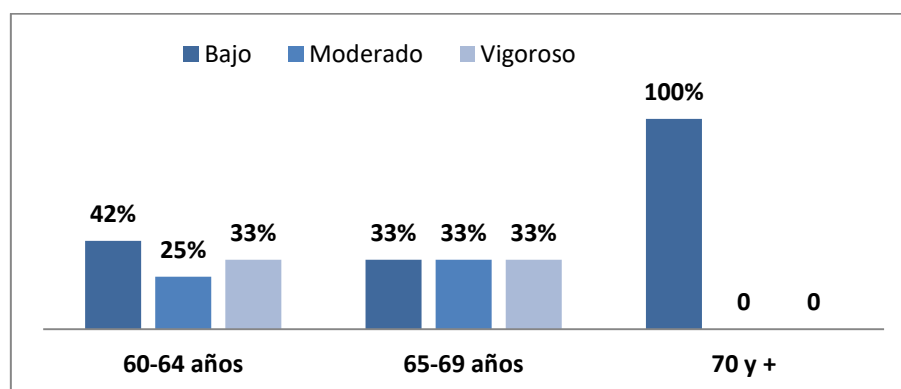


### *Relación entre Nivel de AF y Variables Intervinientes*

A continuación, se analiza el nivel de AF informado por las PM encuestadas, según su edad, género y nivel educativo.

**Nivel de AF y Edad.** Las PM de todos los quintiles reconocieron un bajo nivel de AF. En las PM de 70 y + años, el 100 % tenía bajo nivel de AF. (Ver Figura 5).

Figura 2: Niveles de actividad física y edad en la EPOC. (Elaboración propia).

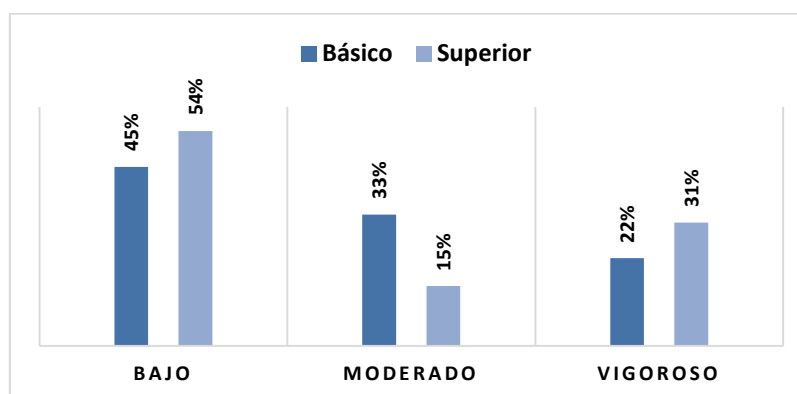


**Nivel de AF y Género.** En ambos géneros predominó el nivel bajo de AF, aunque los AMV se mostraron más inactivos (57% nivel AF bajo) que las AMM (47%).

**Nivel de AF y Nivel Educativo.** 54% de las PM con nivel educativo superior y 45% de nivel educativo básico presentaron un nivel de AF bajo, (contrariamente a lo que podría suponerse, que un nivel educativo superior actuase como variable promotora de la AF). (Ver Figura 6).



Figura 6: Niveles de actividad física y nivel educativo en la EPOC. (Elaboración propia).



### *Motivación hacia el Ejercicio Físico en Pacientes con EPOC*

Entre las PM con EPOC prevaleció la motivación extrínseca, pues 68% presentó algún tipo de regulación no autodeterminada. Entre esos tipos, predominó la regulación identificada (27%): es decir que esas PM realizaban EF libremente, con alto grado de autonomía percibida porque lo consideraban relevante, y aunque no les agradaba, eran conscientes de sus beneficios.

18% de las PM presentó regulación integrada (la más autodeterminada de las extrínsecas) quienes elegían hacer EF porque identificaban su importancia y actuaban de acuerdo a sus valores y/o necesidades, siendo coherentes con otros aspectos de sí mismo, como su estilo de vida activo.

Solo 32% realizaban EF por motivación intrínseca: 23% porque les producía disfrute y diversión, como un fin en sí mismo, experimentando sensaciones positivas y mayor competencia; 9% presentó una motivación mixta integrada e intrínseca (asignaron igual valor para ambas variables). (Ver Tabla 1).

Tabla 1. Motivación hacia el ejercicio físico en pacientes con EPOC. (Elaboración propia)

	Tipos de motivación	Cantidades	Porcentaje	%
Extrínseca	Externa	2	9%	68%
	Introyectada	3	14%	
	Identificada	6	27%	
	Integrada	4	18%	
Intrínseca	Integrada/Intrínseca <sup>2</sup>	2	9%	32%
	Intrínseca	5	23%	
	Total	22	100%	100

<sup>2</sup> Se agruparon las respuestas que asignaron igual puntaje a los ítems de regulación integrada e intrínseca.

### ***Relación entre Tipos de Motivación y Variables Intervinientes***

A continuación, se analiza el tipo de motivación hacia la práctica de EF de las PM encuestadas, según su edad, género y nivel educativo.

**Motivación y Edad.** Entre las PM de 60 a 64 años predominó la regulación intrínseca (33%), de 65 a 69 la regulación identificada (50%), en las PM de 70 y +, la motivación extrínseca (100%). Se infiere que los tipos de regulación de la motivación se vuelven más extrínsecos y controlados con la edad.

**Motivación y Género.** En ambos géneros, prevalecieron tipos de regulación extrínseca. Aunque, la regulación extrínseca fue mayor en AMV, lo que se infiere al sumar los porcentajes de los diferentes tipos de esta regulación ( $57\% = 29\%$  externa +  $14\%$  introyectada +  $14\%$  identificada). Por su parte, las AMM, priorizaron formas de regulación más autodeterminadas, según se infiere al sumar los porcentajes de estos tipos de regulación ( $54\% = 27\%$  intrínseca +  $14\%$  integrada-intrínseca +  $13\%$  integrada).

**Motivación y Nivel Educativo.** Entre PM de nivel educativo básico predominaron formas de regulación más autodeterminada ( $66\% = 44\%$  intrínseca +  $11\%$  integrada +  $11\%$  Integrada/Intrínseca). En cambio, PM de nivel educativo superior priorizaron la regulación extrínseca ( $61\% = 23\%$  identificada +  $23\%$  Introyectada +  $15\%$  externa).

### ***Estrategias terapéuticas para pacientes con EPOC en la clínica privada***

El médico neumonólogo entrevistado, a cargo de la atención de los pacientes con EPOC informó que la clínica ofrece un programa de ejercicio físico supervisado por kinesiólogos, dado que es esa institución sanitaria los profesionales de la Educación física y Licenciados en actividad física no están considerados como personal del equipo de salud. Además, se informa a las PM con EPOC sobre el programa e incentiva para que concurran regularmente. Sin embargo, como la asistencia es voluntaria, la participación de los pacientes es escasa. En la observación de las instalaciones, se observó que la clínica tiene un pequeño gimnasio en el primer piso con una bicicleta fija y una cinta caminadora; además, cuentan con oxígeno suplementario y Bipap<sup>3</sup> para el caso que se necesite. Se comprobó la baja o nula participación, debido a que el gimnasio estaba vacío en las diferentes oportunidades en que se asistió a la clínica.

---

<sup>3</sup> Bipap: Bilevel Positive Airway Pressure (en inglés) significa presión positiva bilateral en las vías respiratorias. El Bipap es un sistema de ventilación mecánica utilizado como soporte respiratorio de forma temporal en pacientes que refieren algún trastorno de dificultad respiratoria.

## Discusión

Si bien se realizó un estudio a pequeña escala y localizado, los resultados confirmaron que la EPOC tiene un impacto medio a muy alto en la calidad de vida de quienes los padecen (Echazarreta et al., 2018; Sepúlveda Loyola et al., 2019), porque más del 70% de las PM que asistían a la clínica privada reconocieron que los síntomas crónicos y las limitaciones progresivas comprometían su bienestar. Además, se reafirmó que el impacto aumenta con la edad cronológica, pues era mayor en PM de 70 años. También, influyó el género y el nivel educativo, porque el impacto fue mayor en los AMV, y en PM con nivel educativo superior. Asimismo, se ratificó la tendencia sedentaria observada en PM con EPOC (Penizzotto et al., 2024), pues 50% de ambos géneros, reconoció bajo nivel de AF. Las PM de 70 años presentaron los índices más bajos de AF, y además, 75% reveló un alto o muy alto impacto de enfermedad.

De este modo, se identificaron correlaciones entre algunas variables:

**Edad e Impacto de EPOC.** Correlación positiva: mayor edad – mayor impacto;

**Edad y Nivel de AF.** Correlación negativa: mayor edad - menor nivel de AF;

**Nivel de AF e Impacto de EPOC.** Correlación negativa: mayor nivel de AF – menor impacto de EPOC.

**Nivel Educativo e Impacto de EPOC.** Correlación: mayor nivel educativo – mayor impacto.

**Nivel Educativo y Nivel de AF.** Correlación: mayor nivel educativo – menor nivel de AF.

Las correlaciones halladas en relación con el nivel educativo requieren ser revisadas, porque, contrariamente a lo investigado (Amadasi et al., 2024), el nivel educativo de las PM encuestadas no actuó como un factor que contrarrestara el impacto de la EPOC, ni incentivase a realizar AF de las PM encuestadas.

Un hallazgo relevante fue que predominó la motivación extrínseca hacia el EF, porque la mayoría de las PM con EPOC practicaban EF por motivos ajenos a sus intereses. Particularmente, los AMV hacían EF por obligación (regulación externa) para lograr la aprobación de otros y no sentirse culpables (regulación introyectada) o porque reconocían los beneficios, aunque no les gustaba hacerlo (regulación identificada), solo 30% lo hacía por regulación integrada. Entre AMM, predominó la regulación identificada (extrínseca). Pero, al considerar las formas de regulación integrada e intrínseca (más autodeterminadas) se observó

una mayor predisposición y tendencia a realizar EF según sus intereses, necesidades y satisfacción personal por sobre motivos externos.

## Conclusiones

Los resultados antes mencionados permiten dar respuesta a los objetivos específicos planteados para esta investigación. En cuanto al modo en que la *EPOC incide en la calidad de vida* de las personas mayores que asisten a la clínica privada, se comprobó que más del 70% se ven afectada significativamente por la enfermedad, dado que la enfermedad tiene un impacto medio a muy alto en su calidad de vida. Esto implica que las PM presentan síntomas crónicos que generan severas limitaciones en su vida cotidiana e inseguridad al tener que salir de sus casas, por lo cual, se vuelven más inactivos y sedentarios, comprometiendo cada vez más su calidad de vida y bienestar, aumentando el a medida que envejecen.

El análisis de los *niveles de actividad física* de las personas mayores que padecen EPOC en la clínica privada confirmó que la mitad de las PM encuestadas presentaba un bajo nivel de actividad física en ambos géneros. Además, la tendencia a la inactividad física, se incrementa con la edad, y se asocia a un mayor el impacto de la EPOC.

El estudio de los *factores motivacionales hacia la práctica de ejercicio físico* de las personas mayores que padecen EPOC, permitió reconocer que el tipo de regulación que predominaba entre los pacientes encuestados era la motivación extrínseca identificada de la conducta, lo que implica que practicaban EF por los beneficios que les generaba en el bienestar y la calidad de vida y lo reconocían como un aspecto muy importante a nivel personal, aunque hacer EF no les gustase. No obstante, dado que se encontraron diferencias por género, con conductas más autodeterminadas para las AMM, y por nivel educativo, se infiere que es necesario seguir investigando la motivación como factor determinante de la práctica de EF en las PM con EPOC.

En relación con la existencia de *programas o estrategias que fomenten la práctica de ejercicio físico* en las personas mayores que padecen EPOC en la clínica privada, se detectó que más allá de contar con un programa, personal, gimnasio y recursos específicos, la participación de los pacientes era escasa, lo que da cuenta de la necesidad de seguir indagando los motivos por los pacientes con EPOC adhieren o no a la práctica de EF.

Por último, se espera que los hallazgos de esta investigación sobre los factores motivacionales que guían la conducta de las personas con EPOC hacia la práctica del ejercicio físico, puedan ser utilizados como un insumo necesario para la planificación de futuros programas y estrategias que incorporen el ejercicio físico como hábito dentro del tratamiento de esta

enfermedad, para favorecer la adherencia y disminuir el impacto de la EPOC, contribuyendo así a promover un envejecimiento saludable.

## Referencias

- Amadasi, E., Rodríguez Espínola, S., Garófalo, C. y Soler, J. (2024). *Desafíos y oportunidades en el envejecimiento. Un balance de la última década en la Argentina*. Barómetro de la Deuda Social con las Personas Mayores. 1ª ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. EDUCA. <https://repositorio.uca.edu.ar/handle/123456789/18958>
- Deci, E. y Ryan, M. (1985). The general causality orientations scale: Self-determination in personality. *Journal of Research in Personality*. 19(2), 109-134. <https://www.scirp.org/reference/referencespapers?referenceid=2956899>
- Echazarreta, A., Arias, A., del Olmo, R., Giugno, E., Colodenco, F., Arce, S., Bossio, J., Armando, G., y Soriano, J. (2018). Prevalencia de EPOC en seis conglomerados urbanos de Argentina: el estudio EPOC.AR *Archivos de Bronconeumología*, 54(5), 260-269. <https://doi.org/10.1016/j.arbres.2017.09.018>
- González Cutre, D., Sicilia, Á. y Fernández, A. (2010). Hacia una mayor comprensión de la motivación en el ejercicio físico: medición de la regulación integrada en el contexto español. *Psicothema*. 22(4), 841-847 <https://www.psicothema.com/pdf/3810.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística y Censos (2024). *Informe estadístico de las personas mayores*. Dirección de Estadísticas Sectoriales y Dirección de Estadísticas e Información de Salud del Ministerio de Salud de la Nación. [https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/poblacion/dosier\\_personas\\_mayores\\_2024.pdf](https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/poblacion/dosier_personas_mayores_2024.pdf)
- Izquierdo, M., de Souto Barreto, P., Hidenori, A., Bischoff Ferrari, H., Cadore, E., Cesari, M., Chen, L., Coen, P., Courneya, K., Duque, G., Ferrucci, L., Fielding, R., García Hermoso, A., Gutiérrez Robledo, L., Harridge, S., Kirk, B., Kritchevsky, S., Landi, F., Lázaro, N., Liu Ambrose, T. y Fiatarone Singh, M. (2025). Global consensus on optimal exercise recommendations for enhancing healthy longevity in older adults. *J Nutr Health. Aging*. 29(1), 1-58. <https://doi.org/10.1016/j.jnha.2024.100401>
- Molinero, O., Salguero del Valle, A. y Márquez, S. (2011). Autodeterminación y adherencia al ejercicio: estado de la cuestión. *Rev. int. cienc. deporte*. 25(7), 287-304. doi:10.5232/ricyde2011.02504

- Moreno, J. y Martínez, A. (2006). Importancia de la Teoría de la Autodeterminación en la práctica físico-deportiva: Fundamentos e implicaciones prácticas. *Cuadernos de Psicología del Deporte*. 6(2), 39-54. <https://revistas.um.es/cpd/article/view/113871>
- Organización Mundial de la Salud. (2020). *Directrices de la OMS sobre actividad física y hábitos sedentarios: de un vistazo*. Ginebra. <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240014886>
- Penizzotto, M., López, A., Wustten, C., Abratte, V. y Arias, S. (2024). Consenso Delphi de neumólogos argentinos sobre el manejo de los pacientes con EPOC en la vida real. *Open Respiratory Archives*. 6(2). 2-7. doi.org/10.1016/j.opresp.2024.100302
- Salgado Cruz, O. (2017). Factores de motivación de los adultos mayores que promueven la participación en un programa de actividad física [Tesis de Doctorado], Universidad Internacional de Catalunya. <https://www.tesisenred.net/handle/10803/544131#page=1>
- Sepúlveda Loyola, W., Paulo, S. y Probst, V. (2019). Mecanismos fisiopatológicos de la Sarcopenia en la EPOC. *Revista chilena de enfermedades respiratorias*, 35(2), 124-132. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-73482019000200124>