

“Perspectiva subjetiva de la calidad de vida que presentan los adultos mayores de 60 a 75 años de edad de 21 centros diurnos a nivel nacional durante el año 2000”



Autora: Lic. Mónica Mora Mora

Universidad Nacional
Sistema de Estudios de Posgrado en
Salud Integral y Movimiento Humano

Perspectiva subjetiva de la calidad de vida del adulto mayor, diferencias ligadas al género, edad y a la práctica de actividad físico recreativa en 21 centros diurnos costarricenses

Lic. Mónica Mora Mora

Heredia, 2002

Tesis sometida a consideración del Tribunal Examinador de Posgrado Ciencias del Deporte en con mención en Salud Integral y Movimiento Humano para optar al grado de Magíster Scientie en Salud Integral y Movimiento Humano

Perspectiva subjetiva de la calidad de vida del adulto mayor, diferencias ligadas al género, edad y a la práctica de actividad físico recreativa en 21 centros diurnos costarricenses

Lic. Mónica Mora M

Tesis presentada para optar al grado de Magíster Scientiae en Salud Integral y Movimiento Humano con énfasis en salud. Cumple con los requisitos establecidos por el Sistema de Posgrado de la Universidad Nacional. Heredia. Costa Rica.

Miembros del Tribunal Examinador

MsC. José Rodríguez
Presidente del SEP UNA

MsC. Felipe Araya
Coordinador del Programa de Posgrado

Tutora: MsC. Delia Villalobos

Lectora: MsC. María Antonieta Ozols

Lector: MsC. Gerardo Araya

Lic Mónica Mora

RESUMEN

El propósito de este estudio fue conocer la relación entre las variables (soporte social, autonomía, salud mental, actividad físico recreativa) que integran la perspectiva subjetiva de la calidad de vida, ligadas al género y edad. Además, conocer el principal motivo para realizar la actividad física y el beneficio de acuerdo al género. En este estudio participaron 152 sujetos (92 mujeres y 60 hombres) con edades entre los 60 a 75 años, de 21 centros diurnos a los cuales se les aplicó dos instrumentos: un cuestionario de calidad de vida (INISA,1994) y una encuesta sobre actividad física recreativa.

Los resultados mostraron relación significativa entre las variables autonomía y soporte social; entre autonomía y estado mental; entre autonomía y frecuencia de la actividad; entre autonomía y duración. Asimismo en lo que respecta al género y a la edad; la depresión geriátrica fue superior en las mujeres ($p=0.01$). La salud fue el motivo principal para realizar la actividad física y los beneficios principales de ésta para ambos géneros, fueron el sentirse más reanimados, el alivio de dolores, el sentirse más alegres y con energía.

Se concluye que la calidad de vida percibida por el adulto mayor no difiere en lo que respecta a la edad, género; e incluso en el motivo o beneficio para hacer actividad física; excepto en lo que respecta a la depresión la cual se presenta con mayor frecuencia en las mujeres. Se comprueba que la actividad física recreativa le permite obtener al adulto mayor resultados positivos al dedicarle mayor cantidad de veces y tiempo por semana.

Palabras claves: adulto mayor, actividad física, autonomía, soporte social, salud mental, calidad de vida

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios por poner en mi camino a personas tan valiosas como la Sra. Delia Villalobos, Gerardo Araya y Antonieta Ozols. En mi corazón siempre tendrán un lugar importante.

También agradezco a todos y a cada uno de los centros diurnos visitados donde fui amablemente atendida.

Agradezco a las personas que estuvieron apoyándome de una u otra manera en cada una de las facetas de este estudio.

DIOS LOS BENDIGA HOY Y SIEMPRE

DEDICATORIA

A Dios y a la virgen de los Ángeles, y en especial a mis padres que siempre me han apoyado y procurado que de lo máximo de mí en procura de mi especialización no sólo de calidad profesional sino también humana. A mis hermanos, amigos y familiares. Los amo.

Mónica Mora

TABLA DE CONTENIDOS

PAGINA

Miembros del Tribunal Examinador.....	ii
Resumen.....	iii
Agradecimiento.....	iv
Dedicatoria.....	vi
Tabla de contenidos.....	vii
Lista de cuadros.....	viii
Lista de esquemas.....	ix
Lista de gráficos.....	x

Capítulos

1. INTRODUCCIÓN.....	1
2. MARCO CONCEPTUAL.....	
Proceso de envejecimiento.....	
Aspecto biopsicosocial del proceso de envejecimiento.....	
Calidad de vida género y edad.....	
Actividad física recreativa y calidad de vida en el adulto mayor.....	
Objetivo general.....	
Objetivos específicos.....	
3. METODOLOGÍA.....	
Sujetos.....	
Instrumento.....	
Procedimiento.....	
Análisis estadístico.....	
4. RESULTADOS.....	
Cuadros, esquemas y gráficos.....	
5. DISCUSIÓN.....	
6. CONCLUSIONES.....	
Recomendaciones.....	

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....

ANEXOS

A. Cuestionario.....	
B. Encuesta.....	
C. Escalas de calificación.....	

LISTA DE CUADROS

Cuadros	PAGINA
1. Resumen de estadística descriptiva.....	
2. Resumen de las pruebas t de Student según género.....	

LISTA DE ESQUEMAS

Esquemas	PAGINA
1. Matriz de correlaciones de las variables de calidad de vida y actividad físico recreativa semanal en hombres.....	
2. Matriz de correlaciones de las variables de calidad de vida y actividad físico recreativa semanal en mujeres.....	
3. Matriz de correlaciones de las variables de calidad de vida horas diarias de práctica o actividad físico recreativa en hombres.....	
4. Matriz de correlaciones de las variables calidad de vida horas diarias de práctica o actividad físico recreativa en mujeres.....	

LISTA DE GRAFICOS

Gráficos	PAGINA
1. Gráfico comparativo de género del motivo para realizar actividad físico recreativa en adultos mayores.....	
2. Gráfico comparativo de género de los beneficios percibidos por los adultos mayores para realizar actividad físico recreativa.....	

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

Planteamiento del Problema

¿Existirán diferencias significativas entre las variables (soporte social, autonomía, salud mental, frecuencia semanal y cantidad de horas diarias dedicadas a hacer actividad física recreativa) que integran la perspectiva subjetiva de la calidad de vida ligadas al género y edad en los adultos mayores costarricenses?

Justificación

La esperanza de vida en las sociedades avanzadas como producto de la estabilidad y el bienestar tecnológico alcanzado, ha ocasionado un cambio radical en las pirámides demográficas, produciéndose una transformación global en los planes y programas gubernamentales con el propósito de enfrentar el reto del ascenso del envejecimiento en la población mundial. (Ríos,L., Ríos,I. y Padial, P., 2000)

Por lo tanto; en la actualidad son muchas las personas en el mundo que dedican su esfuerzo y estudio a lo que podría denominarse como **la nueva cultura de la longevidad**; refiriéndose como el intento de vivir más y en mejores condiciones físicas, sociales y mentales en búsqueda de un modelo de envejecimiento competente, en un sentido útil y productivo capaz de fortalecer, desde un punto de vista genérico de la salud, su calidad de vida (Ríos y col, 2000).

En el campo de la salud cada vez se tiene más en cuenta el concepto de calidad de vida, centrándose generalmente en la salud general, tanto psíquica como en la funcional a partir de la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (1993) como un estado de bienestar físico, psíquico y social.

La calidad de vida en su forma global se define como un estado de bienestar; sin embargo esta noción tomará diferentes énfasis, según el contexto del cual parte su valoración (Faden y German,1994).

Garay (1996) por su parte expresa que la calidad de vida es el bienestar psicológico que se basa en el estado de ánimo y bienestar subjetivo que integra los aspectos de autoestima y salud percibidos por la persona.

Para Leturia (1998) la calidad de vida es la “valoración multidimensional tanto con criterios intra personales o subjetivos como socio normativos u objetivos del sistema persona-ambiente de un individuo con relación al pasado, presente y futuro. La competencia comportamental, el entorno físico y social, la propia calidad de vida percibida, el bienestar psicológico y la satisfacción vital serán las dimensiones que completan el concepto de calidad de vida (p.11)”.

Giusti (1991), define la calidad de vida como un estado de bienestar físico, social, emocional, espiritual, intelectual y ocupacional que le permita al individuo satisfacer apropiadamente sus necesidades individuales y colectivas. Para efectos de este estudio este es el concepto operacional de calidad de vida.

Como se puede observar, la calidad de vida es un complejo concepto cuya definición operacional y dimensional resulta francamente difícil. No obstante, hay acuerdo en cuanto a la necesidad de abordar la calidad de vida desde una dimensión subjetiva; es decir, lo que la persona valora de calidad de vida sin restringirla a la dimensión objetiva (opinión de otras personas o terceros) porque lo fundamental es la percepción propia (Rojas,1999; Rojas,1997). Esta auto percepción es importante determinarla dado que representa la satisfacción global con la vida, que muestra un individuo y representa propiamente un componente esencialmente cognitivo, que expresa la valoración que el sujeto tiene con relación a las discrepancias entre sus expectativas y los logros alcanzados, así mismo contempla la percepción de la felicidad, componente que posee una mayor connotación emocional capaz de expresar el grado de afectividad positiva (alegría y regocijo como un estado actual en la vida).(Grau, 1997).

Autores como Faden y German, (1994); Leturia, (1998) y Hernández, (2000) visualizan la importancia de la valoración subjetiva en la calidad de vida. Sin embargo, usualmente las propuestas dirigidas a las personas mayores se orientan hacia una evaluación de los efectos que producen sobre la calidad de vida los medicamentos o la enfermedad. La perspectiva subjetiva de calidad de vida del adulto mayor será el foco de atención de este estudio y para lo cuál se considerará la propuesta de Giusti (1991), INISA (1994) y Lawton (1991). De estos trabajos se considerarán cuatro variables (autonomía, soporte social, salud mental y frecuencia semanal y duración diaria de actividad física recreativa) para delimitar operacionalmente la perspectiva subjetiva de la calidad de vida en este estudio.

Tomando en cuenta las propuestas de los autores antes mencionados, las variables que involucran la perspectiva subjetiva de la calidad de vida se entenderán de la siguiente forma: **autonomía** estará definida como capacidad funcional, que se refiere a si puede o no realizar actividades básicas e instrumentales el adulto mayor; el **soporte social** que se refiere a las estrategias (prestar ayuda, colaboración) que permiten relacionar a los adultos mayores con los demás; **salud mental** el cual involucra el grado de armonía psicoemocional presente en el adulto mayor y la **actividad física recreativa** como la frecuencia semanal y cantidad de horas diarias dedicadas a hacer actividad física recreativa del adulto mayor.

Así pues, tanto la actividad física como recreativa en un contexto social se ha convertido en parte importante e integrante de la cultura de las sociedades actuales, conduciendo a que se promuevan programas de estímulo de la actividad físico recreativa entre los adultos mayores; por su carácter colectivo, social, relacional y de movimiento (Abrante,1996).

Varios estudios, recientemente, han analizado los índices de calidad de vida, basados en una amplia gama de dimensiones y aspectos en los que se involucra la edad, el género y el nivel de actividad física.

Fujisawa (1994), comparó los índices de calidad de vida de adultos mayores de dos pueblos rurales japoneses y encontró que la calidad de vida era influenciada por el estilo de vida, aspectos sociales, ambiente cultural. En el caso de las mujeres presentaron índices de calidad de vida superiores, debido a que en términos generales por el tipo de función social se encontraban menos propensa a agentes externos, enfermedades o por trabajos pesados como a los que generalmente se exponen los hombres. Es decir que de acuerdo con este estudio se podrían encontrar diferencias en los índices de calidad de vida (apoyo social, autonomía, salud mental, relaciones familiares) con respecto al género.

Roy y Fitz (1996), examinaron la relación entre el apoyo social, composición familiar, comportamiento de la salud y mortalidad en adultos mayores urbanos, en Cleveland, Ohio. Los resultados señalaron que conforme la edad avanzada los riesgos de tensión, depositados en los adultos mayores como el cuidado personal, mantenimiento o aporte económico por parte de la familia, aumentan su mortalidad. Los autores se refieren a la importancia del soporte social adecuado y recomiendan otros estudios que identifiquen predictores de mortalidad como el sedentarismo.

Esquivel y Jiménez (1997), analizaron la relación entre el bienestar subjetivo y la auto percepción de salud de un grupo de adultos mayores mexicanos con promedio de edad de 71 años quienes realizaban actividad física en centros sociales. Se aplicaron 4 instrumentos para valorar subjetivamente el bienestar, salud, actividad física y salud bucal. De esta investigación fue posible concluir que las evaluaciones que los individuos hacen sobre su salud y su asociación con el bienestar subjetivo son importantes, y que este puede ser decisivo en su estado de salud. Así mismo se determinó que la práctica deportiva mejora la percepción de la salud y el bienestar (www.iztacala.unam.mx.)

Por su parte, Hernández (2000), realizó un estudio sobre la calidad de vida en los adultos mayores mexicanos tanto en centros gerontológicos como en centros diurnos con 362 adultos mayores con promedio de edad de 70 años. Los resultados mostraron que las personas que presentaron mejor calidad de vida contaban con edades menores al promedio y eran asistentes a centros diurnos. Pudiéndose esperar diferencias en la calidad de vida de los adultos mayores ligadas a la edad. Sin embargo no se encontraron diferencias significativas en cuanto al género.

En estudios realizados por el Rose Medical Center y el Rose Health Care System en Colorado (2001) se determinó beneficios en la calidad de vida presentada en las personas mayores involucradas en los programas de actividad físico recreativa entre los cuáles sobresalen, el aumento de la sensación de utilidad, la disminución de riesgos a sufrir enfermedades crónico-degenerativas y depresión; asimismo se genera un aumento de los niveles de movilidad, independencia y auto concepto lo que finalmente contribuye a un aumento en los índices de apreciación de vida. (www.colware.com.)

En conclusión, los hallazgos de Fujisawa (1994); Roy y Fitz (1996) y Hernández (2000); entre otros, permiten suponer que existe un efecto de la edad, el género y el nivel de actividad física sobre los índices de calidad de vida, medidos a través de variables de estado de salud mental y de factores sociales.

En el caso específico de Costa Rica entre las investigaciones realizadas en calidad de vida y adulto mayor se destacó el elaborado por Céspedes (1987), sobre la influencia de los factores socioeconómicos en la pérdida de autonomía en 61 adultos mayores costarricenses del área metropolitana; a los cuáles se les aplicó un cuestionario sobre el nivel de autonomía (actividades del diario vivir, actividad social). Los resultados mostraron que la salud es el problema principal del grupo estudiado, aunque se desenvuelven adecuadamente y con algún grado de independencia dentro de su grupo de convivencia. Además esta autora señaló que existen carencias de tipo afectivo por falta de interacción social, falta de contacto social y problemas de movilización bastante acentuados. Es decir, que de este estudio se desprende que los niveles de actividad física son importantes predictores de los índices de calidad de vida de este grupo etario, pues la actividad física no se menciona como variable; siendo ésta imprescindible para el mantenimiento físico, social y mental de acuerdo con múltiples estudios Agüero (1993), Ureña y Delgado (1998); Bolaños y Mora (1999).

Asimismo, Villalobos (1989) enfocó su investigación en los problemas de salud y los obstáculos que debían superar para llevar una vida satisfactoria con su familia en 30 adultos mayores residentes de un centro diurno y de 20 que vivían con su familia pero asistían regularmente a un centro diurno. Los datos recolectados se obtuvieron mediante una encuesta precodificada. Los resultados mostraron que las personas mayores del hogar no cuentan con suficientes recursos económicos para satisfacer en forma adecuada sus necesidades básicas; experimentan sentimientos de soledad por encontrarse separados de su núcleo familiar, se mostraron apáticos, poco participativos en las actividades programadas por los centros y presentan mayores factores de riesgo como sedentarismo y aislamiento. Además evidencian discapacidades más visibles y requieren mayor ayuda para realizar actividades de la vida diaria; en el caso de los asistentes al centro diurno aportaron ayuda económica o de intervención en alguna tarea doméstica agrícola entre otras. Estos sujetos se mostraron más activos, participativos y se mantuvieron ocupados en diferentes tareas.

Agüero (1993), determinó el impacto de la actividad física en el funcionamiento del sistema cardiovascular específicamente la frecuencia cardiaca (Fc) y la presión arterial (PA) en reposo en 24 adultos mayores de 70 años durante cuatro meses. Se utilizó un programa individualizado de caminata a intensidad moderada tres veces por semana, con mediciones de cada una de las variables fisiológicas antes mencionadas, procediéndose a realizar evaluación tanto al inicio como posterior a la actividad. Los resultados evidenciaron que el grupo sometido al programa de actividad física presentó una disminución de Fc en reposo (3 lat/min) en comparación con el grupo control cuya Fc se mantuvo al mismo nivel; en cuanto a su PA en reposo también se redujo hasta 9 MnHg a diferencia del grupo control que fue únicamente de 2 MnHG únicamente. Se desprende finalmente que la persona mayor que realiza actividad física, mejora su condición cardiovascular.

Aragón y Salas (1996) en su estudio sobre Factores de Envejecimiento físico-funcional y psico-social en 93 adultos mayores asistentes a centros diurnos, albergues y clubes del cantón de San José; determinaron que los problemas físico-funcionales se relacionaron con la pérdida de fuerza muscular, pérdida de flexibilidad, equilibrio, vista, memoria y audición; mientras que los problemas psicosociales respondieron a la pérdida de salud, tristeza, deterioro de las capacidades funcionales y discriminación familiar, entre otros.

Quirós, (1996) determinó la Calidad de Vida en 182 personas de 60 años y más en pro de un modelo de salud comunitaria geronto-geriátrico en el cantón de Desamparados de áreas rurales y urbanas para el cuál se utilizó el instrumento realizado por INISA (1994). Los resultados mostraron que las áreas urbanas presentaron más autonomía, estimulación y proyectos de vida, por lo que se hace aún más necesario dicho modelo en las áreas rurales.

Por su parte Ureña y Delgado (1998) analizaron la relación entre ejercicio físico y la percepción subjetiva de la persona mayor en 90 adultos con edad promedio de 71.4 años; divididos en tres grupos: un grupo de actividades acuáticas, otro de manualidades y un grupo control. Se les aplicó el cuestionario de cambios en la vivencia y comportamiento (Zielke y Kopf-Mehnert,1978). Los resultados mostraron que el grupo de actividades acuáticas mostró una percepción más positiva de sí mismos, aunque difieren poco de los reportes del grupo de manualidades; caso contrario al presentado por el grupo control. El ejercicio físico implicado en las actividades acuáticas y la atmósfera que se genera en este contexto, visualizan positivamente esta actividad como opción importante para desarrollar una posición optimista en el adulto mayor.

Bolaños y Mora (1999), determinaron los beneficios que ofrece la actividad física sobre el estado emocional en 90 adultos mayores de dos centros gerontológico (San José – Heredia). Se utilizaron dos instrumentos: una encuesta pre – codificada, y una escala de sensaciones posteriores al ejercicio. Se encontró que los sujetos participantes eran activos físicamente y su principal motivación es su estado de salud integral; así mismo se determinó que de acuerdo a la actividad física practicada los

estados emocionales resultaron beneficiados y con respecto al medio acuático se lograron determinar mejores sensaciones que en el medio terrestre.

Rojas, (1999), determinó la percepción de calidad de vida de las personas mayores de 70 años con base en su autonomía psicológica y conducta funcional. Los resultados mostraron que en general los adultos perciben un sentimiento de bienestar desde los diferentes ámbitos físico, social, espiritual, ocupacional, intelectual y psicoemocional; el cuál se fortalece por ser personas autónomas y funcionales.

De conformidad con lo antes expuesto se destaca que en el país se cuenta con pocas investigaciones sobre la calidad de vida que involucren aspectos subjetivos que relacionen las variables autonomía, soporte social, salud mental y la frecuencia semanal y cantidad de horas diarias dedicadas a la actividad físico recreativa referidos exclusivamente a la población de personas mayores costarricenses. Por lo cual la importancia de esta investigación; que permitirá recopilar información respecto a la percepción subjetiva de la población de estudio, buscando el logro de un envejecimiento pleno y realizador. Así mismo, ofrecerá a los niños y jóvenes una opción más de promoción de la salud; ya que es en edades tempranas donde es más factible la implementación y concientización de estilos de vida saludables en pro de futuros ciudadanos comprometidos con el bienestar de la salud en todas sus dimensiones. Para los profesionales, instituciones y demás sectores comprometidos con el área de la salud y el movimiento humano en las personas mayores, se instará a fomentar e implementar programas y servicios pertinentes a orientar políticas en el plano psicosocial y físico recreativo que permitan a los adultos mayores vivir mejor.

Por otra parte, para los profesionales que se forman en la Escuela Ciencias del Deporte como futuros promotores de la salud y del movimiento humano, necesitarán herramientas, directrices y pautas que les permitirán además de ser agentes multiplicadores de una vida con calidad, ampliar el horizonte laboral mediante la implementación y especialización de programas integrales para la población adulta mayor.

El propósito del presente estudio fue conocer la relación entre las variables autonomía, soporte social, salud mental (depresión, estado mental) y actividad física (frecuencia semanal de actividad física recreativa, tiempo diario de la actividad, disfrute de la actividad que realiza); considerando diferencias que se puedan presentar en esas relaciones por género y edad. Asimismo, se pretende determinar cuál es el principal motivo para que realicen la actividad física recreativa y cuáles son los beneficios que esta población presenta según el género.

Objetivo general

Explorar la percepción de calidad de vida con base en la autonomía, salud mental, soporte social y actividad físico recreativa (aspectos subjetivos que tiene el adulto mayor costarricense de 60 a 75 años) que asiste a 21 centros diurnos.

Objetivos específicos

a) Analizar la influencia del género en las variables autonomía, salud mental, soporte social y actividad físico recreativa.

b) Determinar el motivo y los beneficios de la actividad físico recreativa que realiza el adulto mayor que asiste a los distintos centros diurnos.

c) Establecer si la cantidad de horas de práctica y la frecuencia de la actividad físico recreativa son factores influyentes en la percepción de la calidad de vida.

CAPÍTULO II

MARCO CONCEPTUAL

En este capítulo se describen a continuación una serie de temas que analizan a la población adulta mayor, su calidad de vida y variables que intervienen en éstas.

Proceso de Envejecimiento

El envejecimiento se conceptualiza como un proceso continuo en la vida de las personas. Empieza en el momento mismo de nacer y está determinado por la interacción de actores biológicos, psicológicos, sociales y culturales (Rojas, 1999).

Para Sthreler el envejecimiento es un proceso biológico, universal, endógeno, intrínseco, progresivo e irreversible, que se caracteriza por un deterioro bioquímico y fisiológico que conduce a una disminución de las capacidades del organismo para adaptarse tanto en su medio interno como al medio ambiente externo, a la detención de nuestros sistemas autorregulados y que lleva inevitablemente como destino final la muerte (González, 1994). El envejecimiento da tres puntos característicos fundamentales que son:

El envejecimiento es individual: Toda persona envejece en forma distinta de acuerdo a diferentes factores.

Los órganos no envejecen a la misma velocidad dentro de un mismo individuo: Depende de la interacción con el medio ambiente, del trabajo. De las emociones, la nutrición y otros.

El envejecimiento es un proceso dinámico que empieza con la concepción, es decir con la unión del óvulo y espermatozoide y acaba con la muerte (González, 1994).

Por su parte Langarica (1985) menciona que el envejecimiento es un fenómeno universal, irregular y asincrónico. Al decir universal, se plantea que todos envejecemos; es irregular y asincrónico porque todo ser humano envejece a su propio ritmo y no se pueden hacer generalizaciones respecto a la velocidad del proceso.

Para la Organización Mundial de la Salud, un adulto mayor o persona mayor es aquella de 60 años o más ya que es la edad promedio de expectativa en el mundo, así como de retiro de la vida laboral (González, 1994).

Además de que Rojas (1999) agrega que los efectos del envejecimiento se hacen más evidentes a partir de los 60 años; pues es cuando se manifiesta con más claridad un declinar progresivo en el funcionamiento del organismo y de la actividad social.

Se destaca además, que en el envejecimiento intervienen múltiples factores como el biológico, social y psicológico por lo que en los siguientes párrafos se describirán algunas referencias sobre éstos en el proceso de envejecimiento.

Aspecto biopsicosocial del proceso de envejecimiento

Cuando las personas envejecen aumenta el riesgo de enfermarse y de tener dificultades funcionales motoras y sensoriales entre otras. Las personas mayores se sienten más fatigados y sus movimientos son más lentos (Salvarezza, 1998). Por los aspectos anteriormente mencionados se citarán algunas consideraciones destinadas a establecer la respuesta social al deterioro del envejecimiento.

El envejecimiento obedece a la acción del tiempo sobre los seres vivos (Roquier, 1996). Es la suma de todos los cambios que ocurren en el organismo a través del tiempo, que llevan a su deterioro funcional y preparan para la muerte (Timiras, 1996).

Todo ser humano pasa por las etapas evolutivas de la vida, la infancia, adolescencia, madurez y vejez. Por lo cual podría decirse que el envejecimiento es un proceso dinámico, el que inicia desde el mismo momento en que inicia nuestra vida. Este periodo viene determinado por una reducción progresiva; que presenta las siguientes consecuencias; reducción de la capacidad de adaptación, de reacción ante cualquier conflicto y pérdida de la capacidad de respuesta ante cualquier esfuerzo (Mañós, 1998).

Los individuos se diferencian más a medida que envejecen; dado que la limitación funcional de cada sistema orgánico parece ocurrir a diferente velocidad y de forma independiente a los cambios de otros sistemas, de forma variable para un mismo órgano entre individuos, y supeditada a la dieta, el ambiente, las enfermedades y los hábitos personales (Bernkow, 1996; Timiras, 1996). Las funciones fisiológicas muestran un declive gradual, que conforme avanza la edad, compromete los mecanismos compensatorios provistos para mantener la estabilidad funcional ante las demandas o estímulos externos e internos que se enfrentan continuamente, de modo que el envejecimiento podría contemplarse como una disminución en la habilidad para sobrevivir al estrés (Timiras, 1996).

El paso de los años produce en el ser humano envejecido una serie de modificaciones internas y externas, ocasionadas básicamente por un proceso natural y por un envejecimiento de células, tejidos y órganos.

Algunas de las modificaciones internas son las siguientes: las estructuras internas del organismo enfrentan un progresivo desgaste, tanto en su aspecto morfológico como fisiológico que afecta directamente sobre la funcional del organismo del sujeto. En este sentido se observan reducidas las posibilidades motrices durante la vejez, son menos ágiles y dinámicos, su cuerpo se anquilosa y su marcha es aún más

difícil; además se cansan más fácilmente ante un menor esfuerzo y su respiración es más irregular y dificultosa. Así mismo sobreviene una dificultad en la digestión de los alimentos, reducción en las percepciones sensoriales y dificultad para mantener el sueño continuamente, así como una mayor lentitud en las respuestas genitales. Por otra parte, las funciones nerviosas se ven reducidas, el individuo presenta menos agilidad mental, su reacción frente a cualquier situación es aún más lenta y difícil, se pierde la memoria y su capacidad de aprendizaje es menor y más lento (Febrer, 1996).

Asimismo, el sistema nervioso presenta una ligera atrofia de la masa cerebral, con la siguiente reducción de su peso, así mismo, se disminuye el número de neuronas y de interconexiones neuronales, la intensidad de los estímulos eléctricos, la capacidad de propagación de los estímulos, con el consiguiente aumento del tiempo de reacción, se reduce el aporte sanguíneo al cerebro y paralelamente hay un menor consumo por parte del mismo. Finalmente se atenúan los reflejos y se dan alteraciones en la regulación del sentido cinestésico.

Todas estas modificaciones provocan una serie de perturbaciones que condicionan la vida cotidiana de los adultos mayores e inciden directamente en las otras capacidades sumamente importantes para enfrentar las actividades de la vida diaria; es posible mencionar: primero, las aptitudes psicomotrices; dado lo anteriormente citado, en este punto se genera una menor seguridad y confianza para caminar, se torna difícil mantener el equilibrio en la bipedestación, realizar dos acciones al mismo tiempo o elaborar una seriación de respuestas motrices. Adicionado a lo anterior la persona que se enfrenta al envejecimiento presenta dificultad en reconocer su propio cuerpo, produciéndose una desestructuración del esquema corporal, también se le dificulta orientarse en el tiempo y el espacio, lo que condiciona enormemente su relación con el exterior, le es difícil ejecutar correctamente los actos voluntarios; aún conociendo lo que quiere o debe hacer, no siempre la respuesta motriz ejecutada es la adecuada, al aumentarse el tiempo de reacción ante una situación dada enfrenta dificultades para la transmisión rápida de una acción a otra, por otra parte presenta temblores seniles, sobre todo en los miembros superiores y en la cabeza, los que de forma directa o indirecta inciden sobre la escritura, tornándola discontinua, menos segura y firme, por último las perturbaciones en el lenguaje le producen una pérdida de vocabulario y de ideas. Segundo la capacidad de aprendizaje; a pesar de que el ser humano es capaz de aprender a cualquier edad; existen varios estudios que han comprobado que existen diferencias entre la capacidad de aprendizaje de los ancianos en comparación con los adultos; estas principales diferencias se concretan en que se reduce la capacidad global de aprendizaje, se da una generalización de todos los procesos, se altera la capacidad de atención y concentración, la velocidad de asimilación y reacción y la memoria inmediata la planificación y otras áreas intelectuales complejas, aunque parece ser que la disminución en la velocidad del procesamiento cognitivo y la conducción nerviosa, así como los reflejos y la velocidad de respuesta muscular serían lo más destacable en este nivel (Timiras, 1996). Ahora bien a pesar de lo anteriormente citado, también es importante conocer que a pesar de que se envejezca y se vea afectado el sistema nervioso, los adultos mayores mantienen la capacidad de

comprensión y raciocinio, así como los conocimientos generales y la memoria de evocación o sea los recuerdos del pasado

Por otro lado también se presentan modificaciones externas, que se afectan producto de las modificaciones funcionales mencionadas anteriormente. La imagen externa del ser humano también sufre una serie de cambios: el cuerpo de un adulto mayor no presenta las características de ser un cuerpo erguido, firme y predispuesto en todo momento a realizar cualquier acción. Por el contrario sus movimientos se tornan lentos, en ocasiones imprecisos, temblorosos y rutinarios. Se presentan las arrugas muy marcadas en la cara, los ojos se hundén, los cabellos se tornan ralos y blancos, la voz se hace temblorosa y se produce una pérdida progresiva de la dentadura. Pese a lo anterior, sus rostros continúan siendo expresivos, aunque no siempre sea posible interpretar el significado de la expresión facial, por no presentar el carácter efusivo.

Si bien es cierto que el envejecimiento va acompañado por un deterioro biológico, las condiciones sociales de carencia de servicios de salud y la ideología del modelo médico tradicional son las que restan estímulos para que las personas mayores se mantengan activos. Se genera de este modo una actitud fatalista frente a las circunstancias de la vida de los adultos mayores. (Salvarezza, 1998)

A continuación se presentan algunas referencias de lo antes mencionado:

La mayoría de los varones japoneses de más de 60 años siguen trabajando mientras que los países occidentales lo hacen la mitad de ellos, solo tiene una explicación cultural. Similarmente las diferencias biológicas no pueden explicar porque los países occidentales siguen trabajando durante la vejez mucho más hombres que mujeres, solo es entendible tomando en cuenta los roles sociales diferentes asignados a hombres y mujeres en la cultura occidental. (Salvarezza, 1998)

En las sociedades prehispánicas de América los adultos mayores tenían un lugar destacado. Los Aztecas por ejemplo, todos aquellos que llegaban a una edad avanzada formaban parte del consejo de ancianos del Calpulli o barrio y desempeñaban un papel muy importante en la vida familiar y política, pudiendo disfrutar durante sus últimos años de vida apacible y llena de honores. (Salvarezza, 1998)

En las sociedades caracterizadas por escaso desarrollo tecnológico, este trato preferencial se basa en los conocimientos adquiridos por los adultos mayores, son altamente valorizados por dos razones: la primera, debido a que con base en su experiencia vivida, sólo éste posee ciertas experiencias que son transmitidas por vía oral; la segunda porque en un sistema que evoluciona y cambia lentamente, la experiencia del adulto mayor es valadera para la nueva generación, ya que ésta vive prácticamente bajo las mismas circunstancias que las generaciones anteriores.

En las sociedades cultural y tecnológica más evolucionadas, como la contemporánea en occidente, encontramos dos factores que pueden explicar la desvalorización otorgada a las personas mayores. En primera instancia, en sistemas sociales y tecnológicos de cambio rápido, de evolución constante y veloz, las experiencias acumuladas por el adulto mayor proporcionan menos soluciones aplicables a problemas y situaciones de la generación posterior y menos aún de las siguientes. (Salvarezza, 1998)

Como segundo punto la capacidad de transmitir los conocimientos por otros medios como los imperios audiovisuales y electrónicos, no requiere la presencia del adulto mayor.

En las sociedades altamente desarrolladas, la valoración de las personas mayores está determinada por la posibilidad de transmitir a la siguiente generación los bienes materiales que pueden haber acumulado previamente. Pero la transmisión de los bienes ocurre después de la muerte de éste, lo que acentúa su desvalorización mientras vive.

Las personas mayores en el mundo contemporáneo han visto innumerables cambios en un tiempo relativamente corto: la urbanización y la arquitectura urbana, la electrificación masiva, el cine, la televisión y los viajes espaciales entre otros. Ante tantos cambios producidos en sentido con mayor preocupación que su propio envejecimiento, tiene una respuesta habitualmente ambivalente, mezcla de admiración y resentimiento.

En lo que respecta a la familia, el adulto mayor actual ha pasado desde un modelo de familia casi inmutable por siglos, a otro muy diferente. De la familia extensa a la nuclear, aislada, con escaso número de hijos. En este tipo de familias ha cambiado el papel de las personas de edad. (Salvarezza, 1998)

Anteriormente las personas mayores tenían funciones claras que cumplir dentro de la economía hogareña, sobre todo con relación a la formación de las nuevas generaciones. En la actualidad, dicha función se ha perdido, siendo reemplazadas por instituciones tales como guarderías, jardines infantiles y escuelas.

Las nuevas relaciones de la familia contemporánea y el tipo de hábitat que le corresponde han sido en gran parte responsables de la, cada vez más numerosa, de residencias geriátricas, que por ello mismo cumplen una función necesaria, pero que a la vez o dejan de ser lugar de confinamiento. (Salvarezza, 1998)

Los cambios mencionados están comprendidos dentro de una orientación muy amplia del sistema de valores y normas de la sociedad, por lo que el adulto mayor encuentra que las pautas y valores internalizados ya no se adecuan a las situaciones y condiciones actuales.

Por tanto, en las sociedades actuales, el lugar que ocupan las personas mayores no está bien definido. La forma como es vista la persona que envejece, las relaciones que establece con otro grupo de edad y el papel que juega dentro de los mismos,

están determinados por los valores culturales socialmente difundidos (Rojas, 1999).

No es posible hacer generalizaciones sobre la realidad social que enfrenta los adultos mayores y el papel que socialmente ocupan. Algunos experimentarán abandono, maltrato o explotación por parte de los familiares; otros la oportunidad de tener amor y el respeto de ellas.

Dichos aspectos se pueden ver concretados en teorías sociológicas, las que explican la situación de las personas mayores desde diferentes perspectivas (Hidalgo,1994):

- Teoría de la estratificación etárea: cada año surgen grupos que van a tener la misma edad cronológica, permitiendo una estratificación social basada en criterio de edad. Se destaca diferencias significativas en los diferentes grupos en lo que respecta a estatus, prestigio y actitudes.
- Teoría del lapso de vida: el envejecimiento se presenta desde el nacimiento hasta la muerte. Lo que implica que la interrelación de factores sociales, psicológicos y biológicos, además de la experiencia individual se conforma de aspectos históricos y generacionales.
- Teoría de la actividad social: entre más activa sea la persona, tendrá mayor satisfacción con la vida. El envejecer implica la pérdida de papeles sociales, de ahí la importancia de que la persona, al llegar a esta etapa de desarrollo, sustituya estos papeles.
- Teoría económica del envejecimiento: en sociedad, las relaciones están determinadas por los intereses del Estado en cuanto a ganancias materiales. Las personas mayores pierden su lugar en la medida que el sistema requiere de mayores ganancias y ellas ya no puedan darlas.
- Teoría de la modernización: el prestigio de la persona mayor depende inversamente de la modernización de la sociedad en que vive. Se indica que entre más desarrollo en una sociedad, mayor será la pérdida de estatus de las personas mayores.

Existen una gran cantidad de factores que inciden sobre la psicología del envejecimiento, a partir de los 60 – 65 años los factores cambian un poco y afectan el equilibrio emocional del individuo. De esta manera el grado de incidencia dependerá de la relación del adulto mayor con su entorno, o sea, con sus amigos y su familia, así mismo del rol social que desempeñe y de sus expectativas de vida.

Los factores fundamentales son, las pérdidas, la autoestima e imagen corporal y la sexualidad, dado que son los que pueden incidir más en la personalidad de los adultos mayores y por tanto, los que debemos tener presentes si se quiere conocer las personas con las que se va tratar (Febrer, 1996)

Respecto a las pérdidas y la depresión, si se analizan algunas de las diferentes definiciones existentes respecto a la palabra perder es posible concluir que durante el proceso de envejecimiento se vive en un estado constante de pérdidas.

Una de las primeras que debe enfrentar el adulto mayor es la de la jubilación, durante esta se debe enfrentar el vacío que genera el perder el espacio laboral, ocasionándose en el sujeto un estado de profundo desequilibrio emocional, ocasionado básicamente porque han dedicado su vida entera al trabajo, lo que les ha impedido aprender a organizar las horas libres y a disfrutar del tiempo de ocio. En gran cantidad de ocasiones el incremento en el tiempo libre, supone para muchas personas la pérdida de tiempo ocupado y organizado. Generándose más ansiedad en los hombres que en las mujeres dado que aunque éstas hayan salido del hogar para desempeñar una actividad laboral, tendrán la oportunidad de seguir realizando las tareas domésticas y seguirán haciéndolo mientras sus capacidades físicas y mentales se lo permitan (Febrer, 1996). En sí al no trabajar, aumenta su sentimiento de inutilidad y confusión en cuanto a su función social con frecuencia los conduce a la depresión (O.P.S, 1985). Otra de las pérdidas importantes es la de los amigos, dado que un alto porcentaje de las mismas las establecieron en el trabajo. La separación de éste supone, en la mayoría de las ocasiones, el rompimiento con los amigos, iniciándose en ese momento un proceso de aislamiento del individuo. La tercera pérdida importante consiste en perder algún miembro de la familia, pero no únicamente por la muerte como tal, si no, más bien al llegar a la vejez se teme perder los lazos familiares, ya que muchos familiares “depositan” a sus ancianos en instituciones gerontológicas (Febrer, 1996)

En este período de la vida, se debe enfrentar a una triple pérdida, el rol familiar, la marcha de los hijos y en el peor de los casos, de su casa (personas que son institucionalizadas). En sí la vejez es un periodo de la vida que se caracteriza por las constantes pérdidas, por lo tanto la forma de asumir estas pérdidas determina una forma de estar y vivir la etapa. La superación de estas pérdidas está en función de la importancia y la preparación que se haya tenido para asumir esa pérdida, así mismo de la integración psicosocial del sujeto y de la forma que se haya producido la misma. (Febrer, 1996)

Respecto a la autoestima y la imagen corporal que manejan los adultos mayores; en este sentido la sociedad representa un papel muy importante, al igual que la aceptación de las pérdidas y la proyección de sus intereses hacia objetos y personas nuevas que pueden facilitar o no la recuperación de la autoestima; dado que estas dan o no la posibilidad de realizar nuevas tareas, establecer nuevas relaciones y adquirir nuevos roles sociales y afectivos. Todo individuo tiene una noción de su propia imagen, la cual se va elaborando a lo largo de la vida a partir de sus vivencias afectivas, relacionales y físicas y que le permiten o no proyectarse hacia los demás de una manera equilibrada. En este sentido, si la imagen real concuerda con la imagen que se considera poseer, el individuo es capaz de conseguir un estado equilibrio, generándole seguridad, autonomía y posibilidad de evolución, o sea, le permitirá alcanzar una adaptación positiva. Si no es así, se producirá una descompensación que

hará que entre en crisis la personalidad del sujeto, y en consecuencia le impedirá adaptarse en forma positiva (Febrer, 1996)

En el adulto mayor se van a presentar cambios psíquicos que traen consigo la involución física del organismo, aquello que viene como consecuencia de la declinación de las capacidades de actividad y recreatividad, que originan el carácter tan especial de los adultos mayores con tendencia franca a la depresión y a las actividades negativas que a su vez se convertirán en factores aceleradores del envejecimiento (González, 1994).

En el desarrollo de la persona según Riegel (1978), se presenta la interacción de cuatro dimensiones o esferas en las que ocurren progresiones o cambios, entre las que están: la esfera interna biológica, la esfera individual-psicológica, la esfera cultural-sociológica y la esfera externa-física. A continuación se describen con su aplicación al proceso de envejecimiento:

- a) Esfera interior –biológica: Constituida por los cambios en los órganos y sistemas del cuerpo humano. Esto en las personas mayores puede verse una gran incidencia de cambios en esta esfera producto proceso de envejecimiento.
- b) Esfera individual-psicológica: Se destacan todos los cambios psicológicos de la persona, relacionados con sus motivaciones o necesidades personales. Con el envejecimiento, esta esfera estaría referida a la percepción y a los sentimientos respecto de los cambios en su imagen, estructura y funciones corporales.
- c) Esfera cultural-sociológica: Esta esfera se refiere según Riegel, en Arce y otras (1994), al medio en que las personas viven, retoma los elementos o aspectos de la cultura que facilitan o limitan la satisfacción de necesidades de desarrollo y personales. Entre los aspectos culturales que afectan a la persona que envejece, están los mitos, los prejuicios, los estereotipos y los miedos, que limitan a la persona a desarrollarse plenamente en dicha etapa.
- d) Esfera externa-física. Aquí se incluyen todos los acontecimientos no controlables por la persona, se presentan en forma externa a ella, en forma impredecible. En la vejez puede haber una alta incidencia de pérdida bienes o accidentes que afectan la condición funcional, pérdidas por muerte de amigos y familiares, entre otros.

Calidad de vida, género y edad.

El envejecimiento obedece a la acción del tiempo sobre los seres vivos (Roquier, 1996); en los aspectos biológicos, psicológicos y sociales; pudiendo influir en la calidad de vida de los adultos mayores en cuanto a su género y edad.

La calidad de vida se define como un estado de bienestar; sin embargo esta noción tomará diferentes énfasis, según el contexto del cual parte su valoración (Faden y German, 1994).

George y Bearon (1980), describen cuatro dimensiones del concepto, dos de las cuales son objetivas: salud general y capacidad funcional, así como estatus socioeconómico, y dos subjetivas: satisfacción vital y autoestima.

Garay (1996) por su parte expresa que la calidad de vida es un concepto que engloba el bienestar social y el “confort”, el bienestar psicológico que se basa en el estado de ánimo y bienestar subjetivo que integra los aspectos de autoestima y salud percibidos por la persona.

Leturia (1998) entiende como calidad de vida la “valoración multidimensional tanto con criterios intra personales o subjetivos como socio normativos u objetivos del sistema persona-ambiente de un individuo con relación al pasado, presente y futuro. La competencia comportamental, el entorno físico y social, la propia calidad de vida percibida, el bienestar psicológico y la satisfacción vital serán las dimensiones que completan el concepto de calidad de vida (p.11)”.

Hernández (2000) menciona que calidad de vida es el estado biológico, psicológico, social y económico en que se encuentra la persona y está relacionada significativamente con la autonomía e independencia de la persona.

Además, Díaz y col (1987) desde un enfoque médico, proponen que la calidad de vida no sólo debe incluir los signos contrarios de la enfermedad y la función o capacidad real de la persona; si no que debe ampliarse para abarcar el componente subjetivo, tal como sería la percepción que tiene la persona del impacto de su afección o del efecto de los medicamentos, sobre su bienestar o forma de vida.

Giusti (1991), define la calidad de vida como un estado de bienestar físico, social, emocional, espiritual, intelectual y ocupacional que le permita al individuo satisfacer apropiadamente sus necesidades individuales y colectivas. Para efectos de este estudio este es el concepto operacional de calidad de vida. Además de éstas consideraciones se toma como una variable importante dentro del concepto calidad de vida, el nivel de actividad física de los sujetos basándose en Abrante y col.(1996); Santana, J.(1991); García, D.,(1990); entre otros.

Diversos estudios han analizado los índices de calidad de vida en lo que se involucra el género y la edad relacionado con las variables aquí analizadas:

Stephens (1988) en su estudio sobre la salud mental y la actividad física en adultos mayores estadounidenses y canadienses encontró que el bienestar general y los síntomas infrecuentes de depresión y ansiedad eran más frecuentes en las mujeres y en personas de 40 años o más que en los hombres de la misma edad.

Asimismo, Hasegawa (1989) en su estudio sobre demencia asociada a la edad en Japón realizada en 1800 adultos mayores de 65 años reveló que la prevalencia de la demencia fue ligeramente superior en las mujeres que en los hombres y aumentaba con la edad.

La edad es el factor más claro de la prevalencia de demencia, según Eastwood (1989); duplicándose la demencia cada 5,1 años hasta los 95 años de edad. Destaca además éste autor que la demencia no está claramente relacionada con el sexo, aunque en diversos estudios han descubierto que afecta en más cantidad a las mujeres.

Con la edad según Ferris (1989), se produce una alteración cognitiva global y la pérdida de la memoria asociada a la edad.

Fujisawa, (1994), comparó los índices de calidad de vida de adultos mayores de dos pueblos rurales japoneses y encontró que la calidad de vida era influenciada por el estilo de vida, aspectos sociales, ambiente cultural y diferencias ligadas al género. Es decir que de acuerdo con este estudio se podrían encontrar diferencias en los índices de calidad de vida (apoyo social, autonomía, salud mental, relaciones familiares) con respecto al género.

Faden, R ; Germán, P.(1994), después de revisar múltiples estudios manifiesta la existencia de una lentitud generalizada en el procesamiento de información conforme se avanza en edad.

Mahan y Arlin, (1995), destacan que los principales factores de riesgo son la predisposición genética, el consumo de alcohol y el sexo femenino, además de la edad.

Por otro lado, Quirós, 1996 en su estudio realizado en Costa Rica a un grupo de personas mayores sobre tendencias clínicas psicopatológicas en hombres y mujeres, encontrándose curiosamente que los estereotipos asignados a la mujer de “histérica”, “deprimida” y “ansiosa”, en la escala depresiva puntuaron más alto los hombres; siendo asociados con situaciones de pérdidas múltiples y soledad.

Roy y Fitz (1996), examinaron la relación entre el apoyo social, composición familiar, comportamiento de la salud y mortalidad en adultos mayores urbanos, en Cleveland, Ohio. Los resultados señalaron que con la edad avanzada los riesgos de tensión depositados en los adultos mayores por parte de la familia aumentan (su mortalidad). Los autores se refieren a la importancia del soporte social adecuado y

recomiendan otros estudios que identifiquen predictores de mortalidad como el sedentarismo.

En el adulto mayor la entrada de datos y recuerdos es más lenta (Confort, 1992; citado en Villalobos,1997)

Por su parte, Hernández (2000), realizó un estudio sobre la calidad de vida en los adultos mayores mexicanos tanto en centros gerontológicos (hogares de larga estancia) como en centros diurnos (adultos mayores que viven en sus casas). Se contó con una población de 362 adultos mayores de 60 a 80 años. Los resultados mostraron que las personas que presentaron mejor calidad de vida contaban con edades entre 60 y 69 años y eran asistentes a centros diurnos a diferencia de la población interna en un hogar. Es decir, de acuerdo con este estudio se podrían esperar diferencias en la calidad de vida de los adultos mayores ligadas a la edad. Sin embargo no se encontraron diferencias significativas en cuanto al género.

Marín, y col (2000), realizaron un estudio hacer de la actividad física y depresión en el adulto mayor en el que encontraron que existen diferencias entre hombres y mujeres; siendo éstas últimas las que se ven más afectadas por ésta enfermedad. Sin embargo se recalca que esta enfermedad no depende del sexo, sino de la problemática social en la que el adulto mayor esté inserto (abandono, abuso y falta del soporte afectivo necesario).

Es importante destacar que de acuerdo con Lawton,1991, George y Bearon, 1980, Leturia, 1998, entre otros autores; la calidad de vida se aborda desde dos dimensiones: la subjetiva y la objetiva.

Dimensión Subjetiva

Esta dimensión se fundamenta en los criterios de Giusti (1991) quien define la calidad de vida como el estado de bienestar físico, social, emocional, espiritual, intelectual y ocupacional que permite a la persona satisfacer sus necesidades individuales y colectivas, sin contradicción con lo establecido por la sociedad y por la cultura. De acuerdo a lo anterior se establece:

- El ámbito ocupacional permite a la persona seleccionar una ocupación, prepararse, progresar y finalmente retirarse del mundo laboral. Incluye el uso del tiempo libre y la selección de actividades recreativas que le den esparcimiento.
- El ámbito social: incluye las estrategias que permiten a la persona relacionarse con los demás; dicho componente permite a la persona internalizar valores, costumbres y maneras de convivir en grupo.
- El ámbito físico- funcional: incluye la satisfacción de las necesidades básicas (hambre, sueño, abrigo, sexo) y el logro de un estado de salud física y la disponibilidad de un entorno que permita al ser humano la interacción

adecuada con su ambiente (dieta, ejercicio, visitas al médico, abstención de drogas).

- El ámbito psicoemocional: incluye el vivir bien consigo mismo, disfrutar de sus logros como resultado de la autocrítica. Implica reconocer que como persona, es responsable de sus sentimientos, emociones y pensamientos.

La calidad de vida desde una dimensión subjetiva; es lo que la persona valora de calidad de vida sin restringirla a la dimensión objetiva, es decir la opinión de otras personas o terceros. (Rojas,1999; Rojas,1997).

En esta dimensión, la percepción de la persona sobre su estado de bienestar es lo fundamental, ya que es ella quien tiene los argumentos para externar si su calidad de vida le satisface o no; debido a que usualmente las propuestas dirigidas a las personas mayores se orientan hacia una evaluación de los efectos que producen sobre la calidad de vida los medicamentos o la enfermedad.

En cuanto a la percepción propia es importante determinarla dado que esta representa la "satisfacción" global con la vida, que muestra un individuo; por representar propiamente un componente esencialmente cognitivo, que expresa la valoración que el sujeto tiene con relación a las discrepancias entre sus expectativas y los logros alcanzados, así mismo contempla la percepción de la "felicidad", componente que posee una mayor connotación emocional capaz de expresar el grado de afectividad positiva (alegría y regocijo como un estado actual en la vida) (Grau, 1988).

Autores como (Díaz, 1987; Faden y German,1994; Hernández, 2000; Leturia, 1998) visualizan la importancia de la valoración subjetiva en la calidad de vida.

La perspectiva subjetiva de calidad de vida del adulto mayor será el foco de atención de este estudio y para lo cuál se considerará la propuesta de Giusti (1991), INISA (1994) Y Lawton (1991). De estos trabajos se considerarán cuatro variables (autonomía, soporte social, salud mental y actividad física recreativa) para delimitar operacionalmente la perspectiva subjetiva de la calidad de vida en este estudio.

A continuación se describen las variables que integran la dimensión subjetiva:

Autonomía

La autonomía es considerada como una de las bases en las cuales se posibilita el desarrollo de la persona y la óptima calidad de vida. Sin embargo, en las personas mayores, la capacidad de ser autónoma se ve afectada por el proceso del envejecimiento, por la incidencia de padecimientos crónicos y de enfermedades. (Rojas, 1999)

Las calidad de vida está relacionada significativamente con la autonomía y la independencia (Hernández, 2000). Según Rowe, J. y Kanh, R. (1987) las conductas positivas disminuyen el riesgo de inmovilidad y dependencia.

El proceso de desarrollo humano supone la adquisición de habilidades, destrezas, fortalezas que permitirán a la persona hacer frente a las diferentes etapas de la vida. Cada etapa plantea tareas de desarrollo que harán a la persona asumir compromisos consigo mismo, su grupo de pares, la familia y con la sociedad.

Para Rojas (1999), la autonomía comprende dos posiciones: la psicológica, como la autonomía para tomar decisiones sobre la propia vida; y la conducta funcional para llevar a cabo actividades de la vida diaria básicas e instrumentales.

Autonomía psicológica

Esta posición se refiere a la capacidad de la persona de opinar, decidir y actuar ante situaciones que le atañen, y que esta capacidad se ha de conservar y acrecentar a lo largo de la vida. En este aspecto se incluyen elementos como “sentido de vida” y de “proyecto de vida, debido a que una persona autónoma es aquella que puede definir lo que quiere para sí misma en la vida.

Conforme se crece en edad la toma de decisiones se vuelve más compleja, se decide sobre un trabajo, retirarse del mismo, continuar estudios o elegir una pareja; en última instancia, este sentido de control de sí mismo permitirá a la persona desenvolverse en la búsqueda de su autorrealización. (Rojas, 1999)

El puede ser una persona autónoma y verse como tal influirá significativamente en la autoestima y, a la vez, la autoestima tiene efecto sobre la autonomía de la persona.

Conducta Funcional

Esta posición de la autonomía se concreta en la capacidad de llevar a cabo actividades de la vida diaria. Esta conducta funcional influye la condición del estado de salud, en la que se incluyen los cambios propios del proceso de envejecimiento y de los trastornos agudos o crónicos que afectan la salud.

(Fernández, 1994).

Céspedes,(1987), analizó la influencia de los factores socioeconómicos en la pérdida de autonomía de los adultos mayores costarricenses entre los 65 y 80 años; se seleccionó un grupo de 61 pacientes del área metropolitana que asistían a consulta en el Hospital Blanco Cervantes, a los cuáles se les aplicó un cuestionario, se les observó y se les suministró entrevistas estructuradas y no estructuradas para medir el nivel de autonomía (actividades del diario vivir, actividad social). En general los resultados mostraron que la salud es el problema principal del grupo estudiado y su condición se agrava por las deficiencias en visión y audición, las que limitan sus posibilidades de integración social, aunque se desenvuelven adecuadamente y con algún grado de independencia dentro de su grupo de convivencia. Además estas autoras señalan que existen carencias de tipo afectivo por falta de interacción social,

falta de contacto social y problemas de movilización bastante acentuados. Es decir, que los niveles de actividad física son importantes predictores de los índices de calidad de vida de este grupo etario.

Rojas, (1999), en su investigación sobre Calidad de Vida y autonomía en personas mayores, desde un enfoque cualitativo y en el cuál realizó un estudio de 8 casos de personas de 70 años (4 hombres y 4 mujeres) y cuyo objetivo fue explorar la percepción de calidad de vida de las personas mayores con base en su autonomía psicológica y conducta funcional. Los resultados mostraron que en general los adultos perciben un sentimiento de bienestar desde los diferentes ámbitos físico, social, espiritual, ocupacional, intelectual y psicoemocional; el cuál se fortalece por ser personas autónomas y funcionales.

Para comprender la dinámica de la autonomía, es necesario retomar el ambiente donde la persona se desenvuelve, es decir, su medio natural-cultural. (Fernández, 1994)

Soporte Social

La permanencia de las personas mayores con sus familias y comunidades son la principal fuente de sostén, ya que cumple funciones de socialización, cuidado, protección, cooperación económica y satisfacción de necesidades básicas (Quirós, 1996).

Se destaca, sin embargo que en la mujer adulta mayor no siempre se presenta lo anterior, producto de las actitudes negativas de la familia, comunidad y sociedad en general como rechazo, sobreprotección y abuso contra ellas (Villalobos, 1989);

Lo ideal dentro de las familias y comunidades es exigir en el adulto mayor la participación, la opinión y la toma de decisión; que favorezca el desarrollo de su independencia.

Las familias e integrantes de sus comunidades son los protagonistas principales de la acción social tienen la vivencia de las situaciones que confrontan, y desarrollan hacia estas, percepciones, sentimientos y valores que les son propios y que constituyen las variables más importantes en el proceso de planificación del bienestar (Ramírez, 1987). Asimismo un buen soporte social es un factor de protección frente a la depresión (Finch, E.; Ramsay, R. y Katona, D., 1992)

Quirós, (1996) en su estudio sobre Calidad de Vida de personas de 60 años y más en pro de un modelo de salud comunitaria geronto-geriátrico en el cantón de Desamparados, involucró una población de 182 sujetos de áreas rurales y urbanas del cantón antes mencionado y para el cuál se utilizó el instrumento realizado por Proinve y la colaboración de un bioestadístico con una consistencia interna de 0.77, lo cual se considera apropiado estadísticamente (Thomas y Nelson, 1990). Los resultados mostraron que las áreas urbanas presentaron más autonomía, estimulación

y proyectos de vida, por lo que se hace aún más necesario dicho modelo en las áreas rurales.

Salud Mental

La salud mental o bienestar psíquico, es una de las áreas más importantes para el conocimiento real del adulto mayor. Se destaca que la salud mental debe considerarse como un estado de bienestar autopercebido, que los hace enfrentar de manera exitosa y satisfactoria la realidad (Quirós, 1996).

En el campo de la salud mental en lo que respecta al adulto mayor la depresión y el deterioro cognitivo, al ser alterados son altamente perturbadores, problemas de baja autoestima, sentimiento de odio y agresividad durante periodos largos, soledad, falta de deseos y pocas alternativas familiares y sociales pueden acrecentar una depresión y fomentar la pérdida de funcionalidad como puede ser la capacidad para aprender y recordar, movilizarse orientadamente, poder tomar decisiones y hacer uso de su libertad (Quirós, 1996).

La depresión en el adulto mayor es una de las condiciones más frecuentes y de mayor cuidado en las personas mayores (Quirós, 1996); detacándose de acuerdo con Schmand, B.; Kuipers, T. y Jellema, M., 1994) que la depresión y la ansiedad fundamentalmente influyen negativamente sobre el procesamiento de la información.

Entre las investigaciones en torno a este tema se destacan el realizado en Costa Rica a un grupo de personas mayores sobre tendencias clínicas psicopatológicas en hombres y mujeres, encontrándose curiosamente que los estereotipos asignados a la mujer de “histérica”, “deprimida” y “ansiosa”, en la escala depresiva puntuaron más alto los hombres; siendo asociados con situaciones de pérdidas múltiples y soledad (Quirós, 1996).

Faden, (1994), después de revisar múltiples estudios manifiesta la existencia de una lentitud generalizada en el procesamiento de información conforme se avanza en edad.

En el adulto mayor la entrada de datos y recuerdos es más lenta (Confort, 1992; cit. Villalobos,1995)

Mahan y Arlin, (1995), destacan que los principales factores de riesgo son la predisposición genética, el consumo de alcohol y el sexo femenino, además de la edad.

Asimismo, Hasegawa (1989) en su estudio sobre demencia asociada a la edad en Japón realizada en 1800 adultos mayores de 65 años reveló que la prevalencia de la demencia fue ligeramente superior en las mujeres que en los hombres y aumentaba con la edad.

Stephens (1988) en su estudio sobre la salud mental y la actividad física en adultos mayores estadounidenses y canadienses encontró que el bienestar general y los síntomas infrecuentes de depresión y ansiedad es más frecuente en las mujeres y en personas de 40 años o más que en los hombres de la misma edad.

Marín, C.; Espinoza, P.; Frez, G., 2000; rechazan el mito de que la depresión es una enfermedad característica de la mujer y comprender que los factores que contribuyen al desarrollo de la depresión no dependen del género sino de la problemática social en el que él está inserto (abandono, abuso)

La edad es el factor más claro de la prevalencia de demencia, según Eastwood (1989); duplicándose la demencia cada 5,1 años hasta los 95 años de edad. Destaca además éste autor que la demencia no está claramente relacionada con el sexo, aunque en diversos estudios han descubierto que afecta en más cantidad a las mujeres.

Con la edad según Ferris (1989), se produce una alteración cognitiva global y la pérdida de la memoria asociada a la edad.

Asimismo, Villalobos (1989) en su estudio Problemas de Salud que presenta la población de tercera edad en la ciudad de Heredia, enfocó su investigación en determinar los problemas de salud presentados por las personas mayores y los obstáculos que deben superar para llevar una vida acorde con su familia. La población involucrada fue de 30 sujetos residentes en un Hogar y 20 adultos mayores que vivían con su familia pero asistían regularmente a un Centro Diurno. Los datos recolectados se obtuvieron mediante una encuesta precodificada. Los resultados mostraron que las personas mayores no cuentan con suficientes recursos económicos para satisfacer en forma adecuada sus necesidades básicas; en contraparte los adultos mayores institucionalizados, experimentan sentimientos de soledad por encontrarse separados de su núcleo familiar, mostrándose apáticos, poco participativos en las actividades programadas por los centros y presentan mayores factores de riesgo como sedentarismo y aislamiento. Además evidencian discapacidades más visibles y requieren mayor ayuda para realizar actividades de la vida diaria; en el caso de las personas mayores que vivían con su familia y eran atendidos en el centro diurno aportaron ayuda económica o de intervención en alguna tarea doméstica agrícola entre otras. Estos sujetos se mostraron más activos, participativos y se mantuvieron ocupados en diferentes tareas.

Aragón y Salas (1996) en la investigación sobre Factores de Envejecimiento físico-funcional y psico-social en la persona mayor de 60 a 85 años, del cantón Central de San José, involucraron 93 adultos mayores asistentes a centros diurnos, albergues y clubes del cantón de San José. Para la recolección de la información se utilizó una encuesta precodificada. De acuerdo con los resultados obtenidos se encontró que los problemas físico-funcionales se relacionaron con la pérdida de fuerza muscular, pérdida de flexibilidad, equilibrio, vista, memoria y audición; mientras que los problemas psicosociales respondieron a la pérdida de salud, tristeza, deterioro de las capacidades funcionales y discriminación familiar, entre otros.

Actividad física recreativa y calidad de vida en el adulto mayor

La actividad física recreativa es un factor indispensable en el desarrollo integral del individuo producto de la vida moderna con sus adelantos tecnológicos. Cada y especialmente los adultos mayores tienen mayor tiempo libre disponible, el que tiene que ocupar en otras actividades. Por tal motivo, la recreación física juega un papel preponderante en el desarrollo armónico de las personas (AGECO, 1988).

De acuerdo con Aztarain y Beorlegui, (1994), consideran de manera orientativa que una persona tiene buena calidad de vida, cuando se encuentra libre de cualquier trastorno psíquico o físico y mantiene el máximo de autonomía, acorde con su edad y el medio socioeconómico y cultural en el que vive. Para conseguir este estado, el ejercicio físico puede ser un medio excelente, tanto por su influencia en los aspectos físicos como en los psíquicos, siempre que se realice en condiciones favorables.

Según resultados mostrados por IDESPO en 1985, las personas adultas mayores mantenían dos principales atracciones: la televisión y la radio. La mayor parte del tiempo pasaban inactivos física y mentalmente lo que contribuye a acelerar su deterioro orgánico y emocional (Porras, 1989).

Precisamente para evitar ese deterioro acelerado del organismo y de las emociones es que se considera la actividad física recreativa como elemento terapéutico preventivo.

En general, las personas de 60 y más años manifestaron interés en participar en actividades productivas, la motivación que genera este tipo de actividades también aumentan el autoconcepto, la autoestima y sus emociones, al hacer algo en lo que se sienten útiles, ocupados y con lo cual se distraen (Idespo, 1985).

Sonstroem y Morgan (1989) argumentan que la actividad física promueve el desarrollo del autoconcepto corporal, lo cual aumenta la sensación de valor propio y en general del autoconcepto global (cit. Vargas, 1997).

Por su parte Kenyon, (1980) con el modelo multidimensional propuso que la actividad física se visualizó como experiencias ascéticas, caracterizadas por aquellas actividades que requieren entrenamiento largo y cansado, condicionamiento y gratificaciones a largo plazo; además requieren de una alta dedicación y mucho sacrificio personal, con la mente puesta en los altos niveles de rendimiento y excelencia.

Por otra parte González (1994), considera que la persona con actividad física va a sentirse más joven, más capaz, hábil y se podrá enfrentar con más gusto a los problemas de la vida diaria. La actividad física puede mejorar la calidad de vida, hace a la persona más independiente, más saludable mental y físicamente que aquel que es sedentario.

Según Schwenkmezger (1993), la motivación para la práctica deportiva está en estrecha relación con la edad, es decir, que el motivo salud en personas mayores tiene un valor preponderante y especialmente en las mujeres, que el motivo salud considerando la parte somática y la dimensión psicosocial (sentirse bien, disfrutar, relajarse, eliminar tensión) adquiere un rol importante comparado con otros motivos (cit. Ureña, 1996).

Los avances médicos y la mejoría en el nivel de vida han contribuido a un aumento de la calidad de la misma y a una esperanza de vida más prolongada y con mayor calidad. En este sentido, Borth, gerontólogo norteamericano ha llegado a concluir y a afirmar que la mayoría de achaques de la vejez son producto del desuso corporal que se presenta, principalmente luego de los 30 años de edad.

Al igual que Borth gran cantidad de investigadores se han dado la tarea de demostrar los efectos de la actividad física o ejercicio físico sobre aspectos relevantes en la manutención de una buena calidad de vida de los sujetos que la practican; entre muchos estudios es posible mencionar un estudio realizado por la universidad de Stanford, en individuos entre los 50 y 72 años de edad. Este reveló que el ejercicio físico regular produce un nivel de incapacitación muy inferior en los individuos que practicaban ejercicio físico regular con relación a los que no lo hacían. (Arquer y Pujol, 1996)

Por otra parte, en Chile se realizó otro estudio en personas de la tercera edad, donde se concluyó que el entrenamiento físico aeróbico, es determinante en la reducción de la T.A, estos resultados fueron idénticos para ambos sexos.(Molina y Muñoz, 1993). De acuerdo a un estudio realizado por Molina (1994), en adultos mayores se encontró que el ejercicio físico dinámico, regular y bien controlado reduce el riesgo aterogénico en el adulto mayor. Al igual Laukkanen y cols, (1998), en su estudio aplicado a personas de 75 a 85 años de edad observó que los niveles habituales de actividad física son un importante predictor de la salud y habilidad funcional con la que pueda contar un individuo a lo largo de su vida.

Por otro lado, Aztarain, F.; Beorlegui, M. (1994); demostraron que los cambios que se presentan en el organismo producto de la edad, son similares a los producidos por la inactividad física. Además de los efectos beneficiosos del ejercicio físico sobre el aspecto físico propiamente dicho, existe evidencia de la eficacia del ejercicio físico en la reducción de factores propiamente psicológicos tales como; la ansiedad, así mismo, en el control del estrés, y la reducción y retardo de la depresión, al respecto. Destacaron además que el ejercicio físico es efectivo en el tratamiento de formas leves y moderadas de depresión y ansiedad; apoyando las investigaciones anteriores Cortés (1993) concluyó que la actividad física proporciona conductas positivas para la salud y evita la ociosidad improductiva que podría embargar a las personas que enfrentan esta etapa de la vida.

Así mismo, Moore (1999), demostraron en un estudio realizado que la actividad física se encuentra íntimamente relacionada con reducción en los síntomas depresivos presentados por este tipo de población.

La actividad física orientada a este tipo de población ha demostrado una gran benignidad en cuanto a la consecución de notables mejoras con relación a la calidad de vida del adulto mayor. La actividad física constante, metódica y programada, en este tipo de población genera mejoras en cuanto la reducción de los efectos patológicos; producción de placer y bienestar corporal y mental y en la conservación y consecución de independencia y autonomía tanto física como psíquica (Ramos, 1992).

Agüero (1993), realizó un estudio sobre Programa de actividad física sistemática y controlada en personas mayores de 70 años en el que participaron 24 adultos mayores (de los cuáles 12 fueron grupo control) durante cuatro meses con el propósito de determinar el impacto de la actividad física en el funcionamiento del sistema cardiovascular específicamente la frecuencia cardiaca (Fc) y la presión arterial (PA) en reposo. Se utilizó un programa individualizado de caminata moderada tres veces por semana, con mediciones de cada una de las variables fisiológicas antes mencionadas, procediéndose a realizar evaluación tanto al inicio como posterior a la actividad. Los resultados evidenciaron que el grupo sometido al programa de actividad física presentó una disminución de Fc en reposo (3 lat/min) en comparación con el grupo control cuya Fc se mantuvo al mismo nivel; en cuanto a su PA en reposo también se redujo hasta 9 MnHg a diferencia del grupo control que fue únicamente de 2 MnHG únicamente. Se desprende finalmente que la persona mayor que realiza actividad física, mejora su condición cardiovascular.

Por su parte Ureña y Delgado (1998) analizaron la relación entre ejercicio físico y la percepción subjetiva de la persona mayor en 90 adultos con edad promedio de 71.4 años de los cuáles 30 eran integrantes de un grupo de actividades acuáticas, 30 de un grupo de manualidades y 30 que no integraban grupo organizado alguno (control). Se les aplicó el cuestionario de cambios en la vivencia y comportamiento (Zielke & Kopf-Mehnert, 1978). Los resultados mostraron que el grupo de actividades acuáticas mostró una percepción más positiva de sí mismos, aunque difieren poco de los reportes del grupo de manualidades; caso contrario al presentado por el grupo control. El ejercicio físico implicado en las actividades acuáticas y la atmósfera que se genera en este contexto, visualizan positivamente esta actividad como opción importante para desarrollar una posición optimista en el adulto mayor.

Bolaños y Mora, (1999) en su investigación sobre actividad física recreativa y estado emocional en dos grupos Gerontológico del área Central (San José y Heredia), contemplaron una población de 90 sujetos. Este estudio fue de tipo exploratorio, de medición múltiple, cuyo propósito fue determinar beneficios que ofrece la actividad física sobre el estado emocional. Se utilizó dos instrumentos: una encuesta pre – codificada donde se involucró características sociodemográficas, actividad semanal, tipo y duración, motivo de práctica, estado general después de la actividad y su permanencia en la actividad física elegida, en segundo plano se empleo la escala de sensaciones posteriores al ejercicio, que evalúa la motivación pre y post a la actividad. Se encontró que los sujetos participantes eran activos físicamente y su principal motivación es su estado de salud integral; así mismo se determinó que de acuerdo a la actividad física practicada los estados emocionales resultan beneficiados

y respecto al medio acuático se lograron determinar mejores sensaciones que el medio terrestre.

De conformidad con los estudios antes planteados se desprende que a pesar de que estudios como el de Ureña y Delgado, (1998), Bolaños y Mora, (1999), en los que se relaciona la actividad física con una variable subjetiva (salud mental); no se profundiza o se relacionan otras variables como la autonomía y el soporte social; variables imprescindibles en la calidad de vida en la percepción subjetiva del adulto mayor según Rojas, (1999); Quirós (1996); Villalobos (1989), entre otros; de allí relevancia del presente estudio la cuál pretende no sólo dar a conocer las relaciones entre las variables subjetivas de la calidad de vida sino de propiciar estudios que refuten la necesidad de realizar actividad físico recreativa en las personas en general como medio para alcanzar la óptima calidad de vida.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

En este capítulo, se describirá el método utilizado en la elaboración de la investigación, que incluye la caracterización de los sujetos, de la población y de la muestra. Se describen los instrumentos y el procedimiento que permitirá recolectar la información. Por último se describirá el tratamiento que se dará a los resultados que generará este estudio.

Sujetos: Para la elaboración de la investigación se contó con la participación de 92 mujeres y 60 hombres adultos mayores de 60 a 75 años de edad que asistían regularmente a 21 centros diurnos registrados por el IMAS, a saber: Alajuela: Palmas de Alajuela, Centro Integral de San Carlos, San Mateo; Cartago: la Unión, Oreamuno, San Diego; Guanacaste: Carrillo, Santa Cruz; Heredia: Francisca Valerio, Santa Bárbara; Limón; Puntarenas: Parrita, Luz de Amor; San José: Aserri, Goicoechea, Guadalupe, Hatillo distribuidos en todo el país.

La muestra que se utilizó fue seleccionada obedeciendo a los siguientes criterios:

- Personas con edades de 60 a 75 años
- Personas que acuden regularmente a los diferentes centros diurnos
- Personas orientadas en tiempo, espacio y personal social; es decir, capaces de poder contestar coherentemente.

La selección de los sujetos se hizo por el método aleatorio simple. Con la tabla de números aleatorios se realizó la selección al azar de los sujetos del estudio en cuestión.

Instrumento: Para la recolección de datos se utilizaron como base dos instrumentos; el primero fue el cuestionario de calidad de vida elaborado en Costa Rica por el Instituto de Investigación en Salud (INISA), mediante el Programa de Investigación Sobre el Envejecimiento en 1994 con una consistencia interna de 0.77, lo cual se considera apropiado estadísticamente (Thomas y Nelson, 1990).

Este cuestionario se aplicó para medir las variables Autonomía, Soporte Social y Salud Mental, parte del constructo calidad de vida, es decir la valoración subjetiva. Dicho instrumento consta de 5 partes de las que se destacan:

1. Una primera parte de identificación, que contiene datos generales como nombre, lugar o centro al que pertenece, el número de persona o identificación;
2. Una segunda parte que agrupa las características sociodemográficas en las que se indaga el género, la fecha de nacimiento, el estado civil, el grado de escolaridad alcanzado, el tipo de pensión y seguro (éstos dos últimos no se tomaron en cuenta, debido a que no era importante para efectos de este estudio);

3. La tercera parte contiene información acerca de soporte social; se pregunta sobre tiempo de radicar en la vivienda, número de personas que conviven en ésta, parentesco, desempeño dentro del seno familiar, participación en la comunidad, tomándose en cuenta solamente éstos dos últimos (ítem 14 y 15 ver anexo 1), los cuáles permitieron una mayor facilidad para cuantificar las respuestas de los sujetos;
4. La cuarta parte contiene datos sobre actividades del diario vivir en la que se le indaga al adulto mayor con preguntas cerradas sobre su alimentación, algunas actividades de higiene y cuidado personal (si requiere ayuda para ellas) y finalmente;
5. Una quinta parte sobre salud mental donde se examina al adulto mayor sobre algunos rubros psicológicos básicos permitiendo descubrir su nivel de funcionamiento mental y de depresión geriátrica. Se aplicaron completos todos los ítems de éstas dos últimas partes como la versión final INISA (1994). (Ver Anexo 1)

En cuanto a la calificación de cada ítem, se le asignó un cero (0) a la respuesta “NO” o negativa y un punto (1) a la respuesta “ SI” o afirmativa en cada uno de las partes. Exceptuando la cuarta parte (salud mental) donde cada ítem tiene un puntaje diferente, el cual osciló de tres (3) hasta seis (6) puntos, dependiendo del número de preguntas por ítem.(ver escalas en anexo 3)

El segundo instrumento fue una encuesta sobre actividad físico recreativa para adulto mayor, construida adaptando información por parte de la investigadora, y la tutora del estudio y tomando variables del cuestionario de Actividad Física de Zutphen (Capersen, C. J.; Bloemberg, B. P. M.; Saris, W. H. M.; Merrit, R. K. y Kromhout, D., 1991); el cuál reporta una validez de 0.78 y una confiabilidad de 0.89 y del cuestionario modificado de Baecke de adultos mayores (Voorrips, L. E.; Ravelli, A. C. J.; Dongelmans, P. C. A.; Deurenberg, P. y Van Staveren, W.A., 1991) con una validez de 0.61, y una confiabilidad de 0.93. En ésta encuesta se indaga sobre la frecuencia de la actividad y la duración. Se destaca que para el adulto mayor la actividad física se conceptualiza como actividades como caminatas, subir y bajar gradas; es decir actividades que involucran grados mínimo de movilidad y esfuerzo. En lo que respecta a la calificación se le asignó el puntaje de acuerdo a lo realizado, oscilando entre 0 a 5 según el caso. (Ver Anexo 4)

Para la aplicación de los instrumentos se contó con la participación de dos encuestadores estudiantes de Educación Física de la Escuela Ciencias del Deporte de la Universidad Nacional, a los cuáles se les dio la capacitación requerida.

Procedimiento: Este estudio, se ubica en la investigación ex-post facto exploratorio-diagnóstica según Kerllinger (1985), debido a que proporcionó información valiosa para llevar a cabo posteriormente estudios y promueve la generación de múltiples interrogantes.

Para ejecutar el estudio se hizo el siguiente procedimiento: se contactó a los 21 centros diurnos de atención al adulto mayor que el IMAS tiene registrados. Posteriormente se solicitó permiso a la administración de cada centro y se procedió a entrevistar a los adultos mayores; se les pidió primero, su anuencia a participar y luego se les explicó el propósito del estudio antes de aplicar las escalas. Después de aceptada la propuesta se procedió a capacitar durante una semana a los encuestadores en el uso de los instrumentos para la recolección de datos; ya que fueron éstas personas las encargadas de aplicar los instrumentos de forma personal a cada adulto mayor. La duración del proceso de recolección de datos por sujeto fue de aproximadamente 20 minutos.

La perspectiva subjetiva de calidad de vida, fue medida mediante cuatro variables: autonomía, soporte social, salud mental y actividad físico recreativa. Las tres primeras fueron medidas por el cuestionario de calidad de vida INISA (1994) y la cuarta por la encuesta sobre actividad física para adulto mayor.

Análisis Estadístico

El tratamiento estadístico de los datos se realizó con el paquete estadístico SPSS, y se aplicó el promedio (\bar{X}), desviación estandar (S) para cada variable dependiente. También se aplicaron análisis de correlación utilizando el coeficiente r de Pearson para determinar la relación entre autonomía, soporte social, salud mental (depresión, estado mental) y actividad física (frecuencia semanal de actividad física recreativa, tiempo diario de la actividad, disfrute de la actividad que realiza y la Edad de los sujetos) y se calculó el Coeficiente de Determinación (r^2) para cada r . Además se aplicó la t de Student de grupos independientes, para conocer el efecto del género sobre esas mismas variables dependientes. Luego se procedió al cálculo de la Chicuadrada (X^2), con el fin de determinar si existían diferencias en los motivos para hacer actividad física recreativa y en los beneficios que aporta esta actividad ligados al género de los participantes en este estudio.

Capítulo IV

RESULTADOS

Con base en el análisis estadístico anteriormente se presenta el Promedio (X) y la Desviación Estandar (S) de las variables dependientes analizadas en el estudio:

Cuadro 1. Resumen de Estadística Descriptiva

VARIABLE	Hombres (n=60)		Mujeres (n=92)	
	X	S	X	S
Autonomía	12.21	2.94	11.93	2.52
Soporte Social.	2.96	1.72	3.07	1.64
Depresión	15.58	3.59	17.13	4.11
Estado Mental	21.71	6.06	21.69	4.86
Frecuencia Actividad Física R.	3.13	1.61	3.01	1.40
Duración Actividad Física R.	2.26	1.11	2.21	0.73
Edad	69.86	4.66	69.97	4.11

En el cuadro 1 se pudo observar que tanto en hombres como en mujeres el promedio de autonomía fue similar; considerando la escala de calificación según INISA (1994), se clasificaron como Independientes. Es decir, que ambos realizaron actividades básicas e instrumentales por sí mismos, sin ayuda externa. (Ver en Anexo1)

Por otra parte, en cuanto al soporte social, el promedio obtenido tanto por los hombres y las mujeres estuvo ubicado en el puntaje intermedio de la escala (ver escala en Anexo 1). Por tanto, el puntaje en ambos géneros fue regular. Es decir, que las mujeres como los hombres adultos mayores prestaron colaboración y apoyo de manera parcial.

En lo que respecta a la depresión en el caso de las mujeres fue superior a la que presentaron los hombres; sin embargo de acuerdo al puntaje obtenido, ambos se clasificaron con depresión leve. Lo que significa que en términos generales se presentaron complicaciones que se observan en los adultos mayores por múltiples factores.

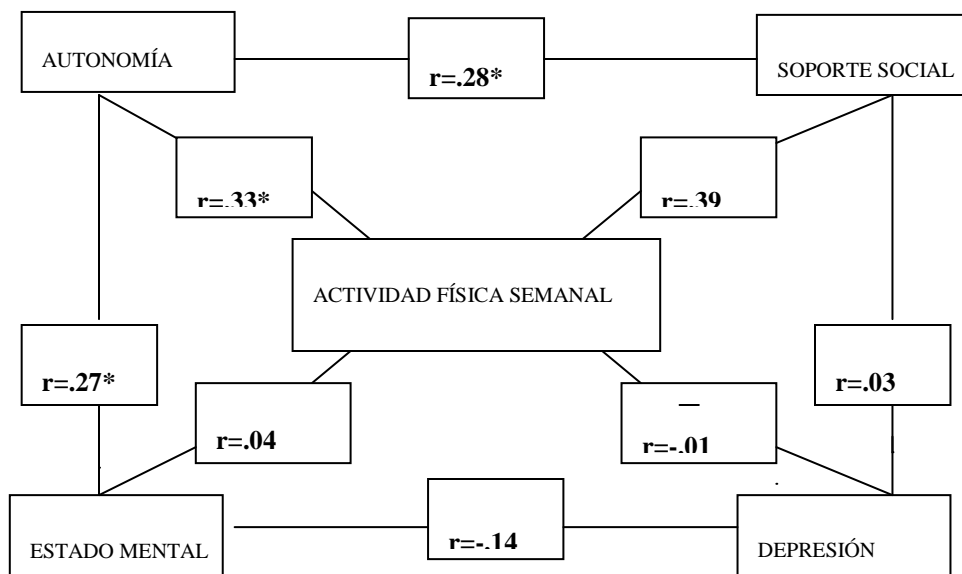
Se pudo apreciar como los sujetos tanto hombres como mujeres tuvieron un promedio de estado mental que les ubicó en la categoría de trastornos depresivos y alteraciones cognitivas (según INISA, 1994). Es decir, ocurre lo que se describió anteriormente los problemas de orden mental producto del propio envejecimiento.

Con respecto a la frecuencia semanal con que los sujetos practicaron actividad físico recreativa se pudo observar que en ambos casos fue de 3 y 4 veces a la semana. Lo que significó que en ambos casos los adultos mayores eran activos físicamente (ver escala de este tipo en Anexo 1)

Con respecto a la duración de la actividad física recreativa diaria se apreció que tanto hombres como mujeres tienden a realizar actividad física más de una hora (ver escala en Anexo2) diaria, aunque menos de una hora y media. Es decir, dedicaron un tiempo prolongado para la realización de la actividad físico recreativa.

Finalmente, el promedio de edad fue tanto en hombres como en mujeres de 69 años.

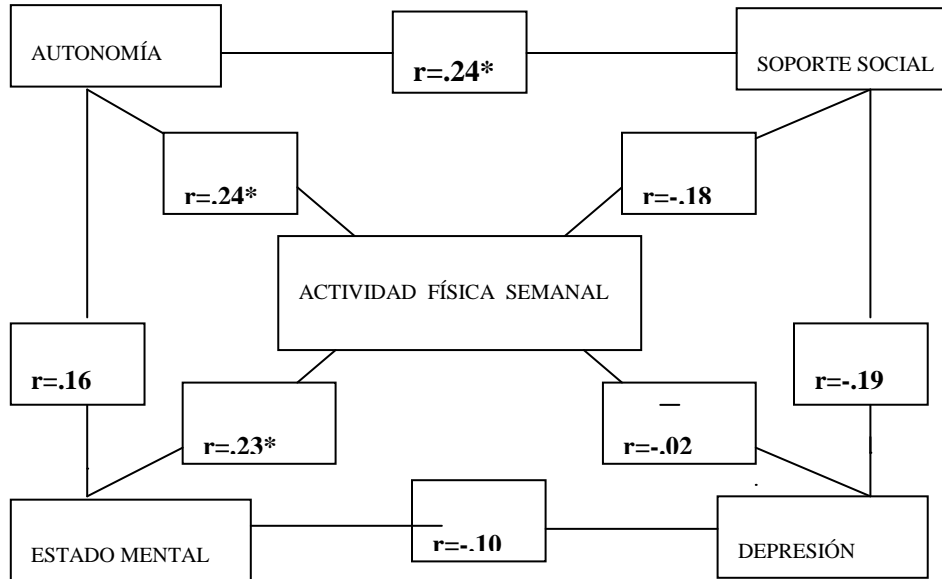
Esquema No.1 Matriz de correlaciones de las variables calidad de vida y actividad físico recreativa semanal en hombres



Este esquema muestra la relación entre las variables de calidad de vida y la actividad física semanal en hombres; en el cuál se presentó correlación significativa entre autonomía y soporte social ($r = .28$; $p < 0.05$; coeficiente de determinación $r^2 = 7.84\%$ de varianza compartida); entre autonomía y estado mental ($r = .27$; $p < 0.05$; $r^2 = 7.29\%$).

Se presentó una correlación significativa entre autonomía y actividad física semanal ($r = .33$; $p < 0.05$; $r^2 = 10.89\%$). Es decir que entre mayor era la frecuencia de actividad físico recreativa; mayores niveles de autonomía presentaban los adultos mayores.

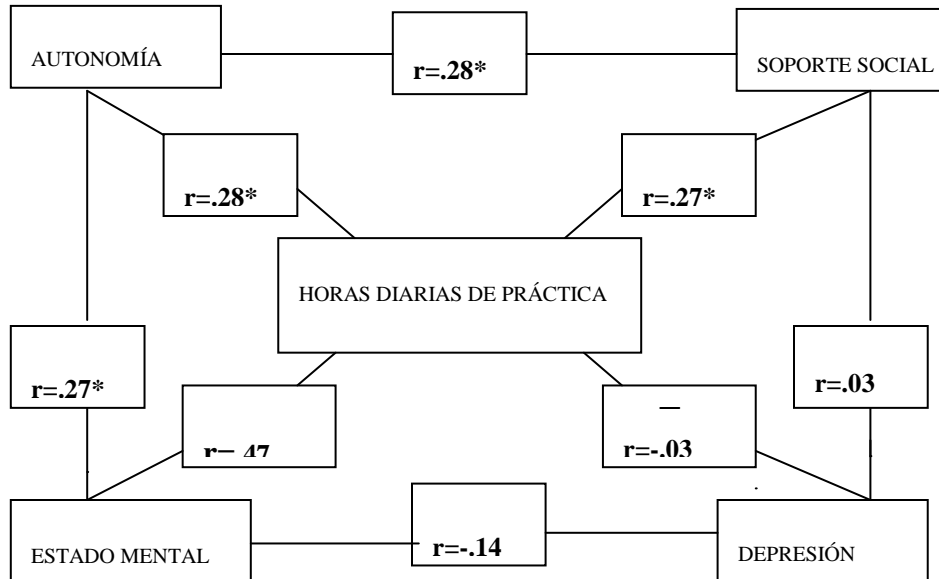
Esquema No.2 **Matriz de correlaciones de las variables calidad de vida y actividad física semanal en mujeres**



De la misma manera que en el esquema anterior pero en mujeres se determinó la relación entre las variables de calidad de vida y la actividad física semanal; en donde se presentó una correlación significativa entre autonomía y soporte social ($r = .24$; $p < 0.05$; el coeficiente de determinación $r^2 = 5.76\%$ de varianza compartida).

Por otra parte, se puede presentar una correlación significativa entre autonomía y frecuencia de la actividad física ($r = .24$; $p < 0.05$; $r^2 = 5.76\%$ de varianza compartida) y entre estado mental y actividad física semanal ($r = .23$; $p < 0.05$; $r^2 = 5.29\%$). Es decir que entre mayor sea la frecuencia con que se practica la actividad física mayores serán los niveles de autonomía y salud mental.

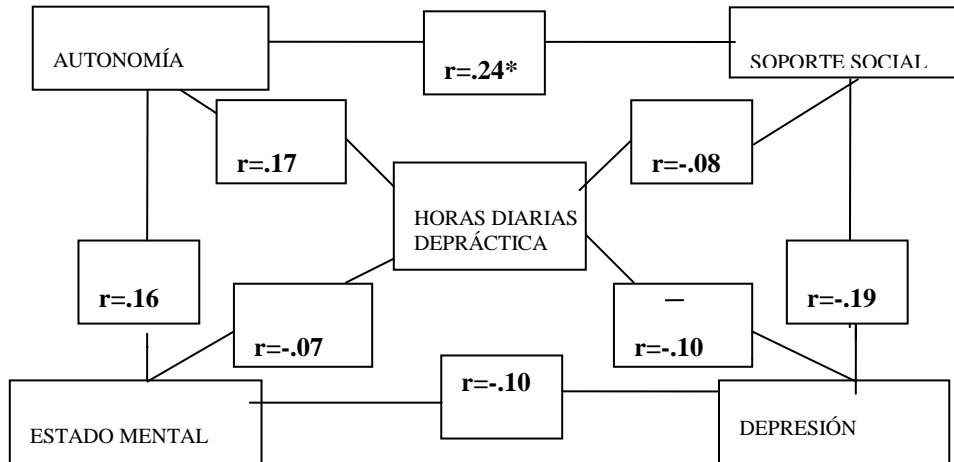
Esquema No.3 Matriz de correlaciones de las variables calidad de vida horas diarias de práctica o actividad físico recreativa en hombres



De acuerdo con el esquema anterior se determinó la relación entre las variables de calidad de vida y las horas diarias de práctica de actividad física en hombres; se pudo apreciar que existe una relación significativa entre autonomía y soporte social ($r = .28$; $p < 0.05$; $r^2 = 7.84\%$); entre autonomía y estado mental ($r = .27$; $p < 0.05$; $r^2 = 7.29\%$). Se presentó relación significativa entre autonomía y horas diarias de práctica de la actividad física ($r = .28$; $p < 0.05$; $r^2 = 7.84\%$) y entre el soporte social y horas diarias de actividad física ($r = .27$; $p < 0.05$; $r^2 = 7.29\%$).

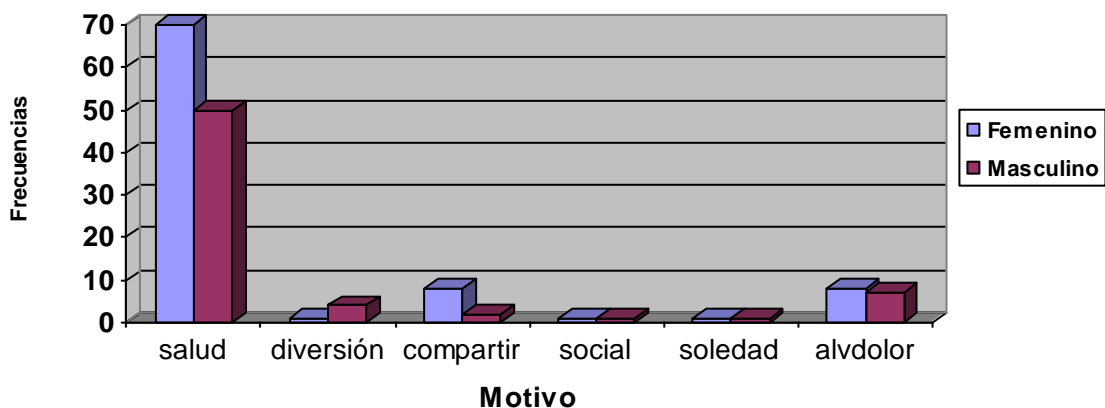
Es decir que entre mayor tiempo se realiza de actividad físico recreativa; mayores niveles de autonomía y soporte presentaron los adultos mayores.

Esquema No.4 Matriz de correlaciones de las variables calidad de vida horas diarias de práctica o actividad físico recreativa en mujeres



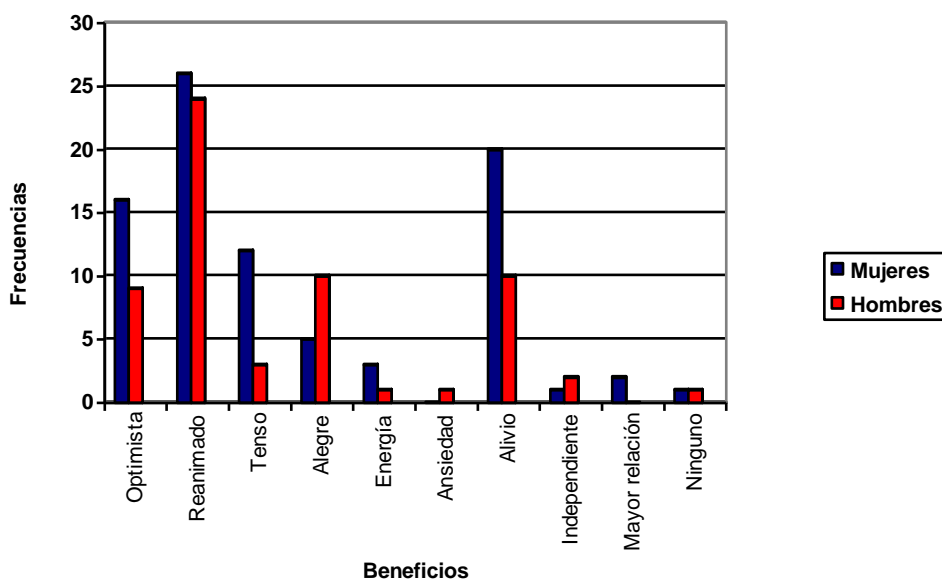
De igual forma que en el esquema anterior de relaciones de las variables de calidad de vida con las horas diarias de práctica en mujeres; se presentó una relación significativa sólo entre autonomía y soporte social ($r = .24$; $p < 0.05$; $r^2 = 5.76\%$). Es decir que entre mayor tiempo de práctica de la actividad físico recreativa; mayores niveles de autonomía y soporte presentaron las adultas mayores.

Gráfico No.1 Gráfico: Motivo para realizar actividad físico recreativa en adultos mayores según género.



En cuanto al motivo para hacer actividad física recreativa, no se encontraron diferencias significativas ($X^2=4.59$, $p>0.05$) de acuerdo al análisis estadístico; tanto hombres como mujeres reportaron motivos similares como mejoras en la salud, alivio de dolores, compartir entre otros, y coinciden en señalar principalmente la salud como lo fundamental para hacer actividad físico recreativa.

Gráfico No. 2 Gráfico: Beneficios percibidos por los adultos mayores al realizar Actividad físico recreativa



El análisis estadístico arrojó una $X^2 = 22,49$, $p < 0.05$ que indicó que los hombres y las mujeres percibieron beneficios similares de la actividad físico recreativa. Los hombres expresaron que la actividad física recreativa los hace sentirse más reanimados y sienten que se alivian los dolores. Las mujeres por su parte expresaron que la actividad físico recreativa les hacía sentirse menos tensas, más alegres y con energía

La t de Student para grupos independientes, se aplicó con el fin de conocer si existía diferencia entre hombres y mujeres para cada una de las variables de calidad de vida (autonomía, soporte social, depresión, estado mental) y las relativas al ejercicio (frecuencia semanal de la actividad físico recreativa, duración de la actividad física recreativa).

Los resultados de cada una de las t se observan en el siguiente cuadro (ver cuadro 2).

Cuadro 2. Cuadro resumen de las pruebas t de Student de cada variable dependiente según el género

Variable Dependiente	t	p
Autonomía	0.39	0.53
Soporte Social	-0.20	0.84
Depresión	-2.48	0.014*
Estado Mental	0.02	0.98
Frec. Act.fis.	0.46	0.65
Durac. Act. Fis.	0.33	0.74

*p< 0.05

Como se pudo observar la depresión es la única variable dependiente en la que se observó diferencias significativas por género.

De acuerdo con los resultados del análisis anterior se destacó que el X de depresión en mujeres (17,13) fue significativamente superior $p= 0.014$ ($p < 0.05$) al de los hombres ($X=15,18$). En todos los demás casos no hubo diferencias significativas.

Además se aplicó el análisis de chi-cuadrada (X^2), para determinar diferencias entre los hombres y las mujeres en los beneficios que perciben al realizar la actividad física. Se obtuvo un $X^2=22,49$, $p < 0.05$, lo que indica que los hombres y las mujeres percibieron beneficios similares en la actividad física.

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

El propósito del presente estudio fue conocer la relación entre las variables autonomía, soporte social, salud mental (depresión y estado mental) y actividad físico recreativa (frecuencia semanal, tiempo diario de la actividad), considerando diferencias de género y edad. Asimismo, se determinó el motivo principal para realizar la actividad física y el beneficio de acuerdo al género.

En lo que respecta a la relación entre las variables de calidad de vida (autonomía, soporte social, salud mental (depresión y estado mental) y actividad física (frecuencia semanal, tiempo diario de la actividad), con el género y de acuerdo con el cuadro 1; no se encontraron diferencias significativas; destacándose que para el caso de la variable autonomía tanto hombres como mujeres se clasificaron de acuerdo con la calificación de INISA (1994) como independientes; siendo congruente con el estudio realizado por Rojas (1999), en el cuál se indicó que la autonomía era una de las bases que posibilita el desarrollo de la persona y la óptima calidad de vida; se deduce que los adultos mayores que asisten regularmente centros diurnos tienen mayor independencia según Céspedes (1987), además de que los adultos mayores al ser parte de las familias y las comunidades tienen mayor participación, opinión y toma de decisión, lo que favorece al desarrollo de su independencia según Quirós (1996).

En cuanto al soporte social, en ambos géneros fue parcial; siendo congruente con lo apuntado por Quirós (1996), que los adultos mayores al permanecer con sus familias y comunidades encuentran protección, socialización y satisfacción de necesidades básicas, logrando en los adultos mayor participación y espacio social, siendo clave para su inserción activa en la sociedad. Además según Ramírez, 1987; éstos mismos entes (familia y comunidad), contribuyen en el proceso de bienestar, debido a que les permiten desarrollar percepciones, sentimientos y valores, necesarias para una vida con calidad. Sin embargo, los resultados no fueron del todo satisfactorios; debido a que los adultos mayores presentaron un soporte social parcial lo que pudo deberse a lo que expone Salvarezza (1998), que anteriormente las personas mayores tenían funciones claras, sobre todo con relación a la formación de las nuevas generaciones, siendo actualmente reemplazadas por instituciones tales como guarderías, jardines y escuelas; lo que se pudo evidenciarse con los resultados.

En relación con el estado mental en la población estudiada se pudo comprobar que tanto en hombres como en mujeres se presentan los trastornos depresivos y alteraciones cognitivas; postulado congruente con Timiras, (1996) el cuál destaca que con el envejecimiento del sistema nervioso central ve reducidas las funciones nerviosas y por ende los mayores presentan menos agilidad mental, pérdida de la memoria y su capacidad de aprendizaje es menor y más lento; por tanto se produce la disminución del procesamiento cognitivo. Se debe destacar además que los datos son congruentes con Quirós (1996) que al presentarse un deterioro cognitivo se producen perturbaciones, las cuáles provocan problemas de baja autoestima, soledad, falta de deseos; acrecentándose la depresión y con ella la pérdida en la capacidad para aprender y recordar. Además según Ferris (1989), conforme se avanza la edad se produce una alteración cognitiva global, y la pérdida de memoria. Siendo congruente también con lo descrito por Schumand, (1994) de que la depresión y la ansiedad influyen negativamente sobre el procesamiento de información, evidenciándose en los resultados.

Por otra parte, según Maños, (1998) con la edad avanzada se producen perturbaciones en el lenguaje, los que provocaban una pérdida de vocabulario y limitaciones para expresar ideas, adicionado a lo anterior, el adulto mayor presenta dificultad en reconocer su propio cuerpo, produciéndose una desestructuración del esquema corporal y dificultades para orientarse en tiempo y en espacio, lo que condiciona enormemente su relación con el exterior, alterándose además la capacidad de atención y concentración. Además, los problemas físico-funcionales se relacionaron con la pérdida de memoria (Aragón y Salas ,1996) pues la entrada de datos y recuerdos es más lenta (Confort, 1992; cit.en Villalobos,1995); Faden y col., (1994).

Con respecto a la depresión, en las mujeres fue más frecuente que en los hombres, caso similar al estudio de Stephens (1988), que mencionó que la depresión y la ansiedad eran más frecuentes en las mujeres; siendo producto de las actitudes de la familia, la comunidad y la sociedad en general como rechazo, sobreprotección o abuso contra ellas; relacionándose además con lo descrito por Finch y col, (1992) de que el adulto mayor al no tener un buen soporte social no presenta protección frente a la depresión; evidenciándose con los resultados antes mencionados.

Sin embargo, debe de anotarse que en los resultados tanto hombres como mujeres se clasificaron con depresión leve, siendo coherente con lo apuntado por Quirós (1996), que plantea que la depresión es una de las condiciones más frecuentes y de mayor cuidado en las personas mayores; además de que se rechaza el mito de que la depresión es una enfermedad característica de la mujer.

Según Marín y col, (2000), los factores que contribuyen al desarrollo de la depresión no dependen del género sino de la problemática social en el que se esté inserto (abuso, abandono y otros).

Con respecto a la frecuencia semanal de actividad física, se pudo observar que tanto hombres como mujeres la practican entre 3 y 4 veces a la semana, es decir, que eran físicamente activos. Con respecto a la duración de la actividad física recreativa diaria se comprobó que ambos géneros hacen actividad física más de una hora diaria pero menos de una hora y media; resultados congruentes por lo descrito según Rose Medical Center y el Rose Health Care System en Colorado (2001). Que al estar involucrados en programas de actividad físico recreativa aumentaban los niveles de movilidad, independencia y autoconcepto, contribuyendo a un aumento en los índices de apreciación de vida y de actividad física

Cabe destacar que en general y de acuerdo con Rojas, (1999), los adultos mayores perciben un sentimiento de bienestar al practicar actividad física desde los diferentes ámbitos: físico, social, espiritual, ocupacional, intelectual y psicoemocional

Por otra parte, al relacionar la variable frecuencia de la actividad física semanal con todas las variables de calidad de vida subjetiva (autonomía, soporte social, depresión, estado mental) se encontró que hay relación significativa con autonomía en los hombres y relaciones significativas con autonomía y estado mental en mujeres (esquema 1 y 2); siendo congruente con Ramos y cols, 1992; los cuáles mencionaron que la actividad física orientada a este tipo de población ha demostrado una gran benignidad en cuanto a la consecución de notables mejoras con relación a la calidad de vida del adulto mayor; destacándose que la actividad física constante, metódica y programada, en este tipo de población en particular, generó mejoras en la reducción de los efectos patológicos del envejecimiento; producción de placer y bienestar corporal y mental y en la conservación y consecución de independencia y autonomía tanto física como psíquica. Los resultados además, fueron similares con los descritos por Rowe y col, (1987) debido a que la actividad física genera conductas positivas lo que permite disminuir el riesgo de inmovilidad y dependencia.

De igual manera la Rose Medical Center y el Rose Health Care System en Colorado (2001) comprobó que con la actividad física contribuyó a un aumento en los índices de apreciación de vida; además de que recalcaron los adultos mayores al estar involucrados en programas de actividad física recreativa, que aumentaron los niveles de movilidad e independencia (autonomía).

La autonomía según Rojas (1999) es una de las bases que posibilita el desarrollo de la persona y la óptima calidad de vida, por consiguiente, hay una la lógica relación en ambos géneros, de acuerdo a la calificación de INISA, 1994.

Se evidencia en el estudio de Céspedes (1987), que las personas que asisten a centros diurnos, tienen mayor grado de independencia; además de que los adultos mayores al ser miembros de familias y comunidades exigen en éstas mayor participación, opinión y toma de decisión (soporte social), lo que favorece al desarrollo de su independencia según Quirós (1996).

La relación entre frecuencia de la actividad física semanal al ser cruzado con estado mental en mujeres; permitió demostrar que ésta contribuyó a aumentar el autoconcepto; los índices de apreciación de vida y de actividad física; tal y como se mencionó en el estudio de la Rose Medical Center y el Rose Health Care System en Colorado (2001).

Se destacó entonces, que por las razones antes mencionadas en ambos géneros la frecuencia semanal de actividad físico recreativa fue predictor de autonomía en hombres y por otro lado fue predictor de autonomía y de salud mental en mujeres.

Al relacionar la variable duración de la práctica de actividad física diaria con las variables de autonomía, soporte social, estado mental y depresión; presentaron relaciones significativas con autonomía y soporte social en hombres; en las mujeres no se presentó relación significativa con esta variable (esquema 3 y 4); resaltándose que al estar involucrados los mayores en programas de actividad física recreativa aumentaron los niveles de movilidad e independencia, así como de autoconcepto según el estudio de la Rose Medical Center y el Rose Health Care System en Colorado (2001). Por otra parte estos adultos mayores como ya se anotó exigen mayor participación, opinión y toma de decisión (soporte social); según Quirós. Además de que Villalobos (1989) mencionó que los adultos mayores atendidos en centros diurnos son más participativos y activos; con lo que se justificó claramente en hombres la disposición y el tiempo para realizar la actividad física, no así en las mujeres. Sin embargo, en términos generales tanto hombres como mujeres tienden a hacer actividad física más de una hora diaria pero menos de una hora y media; siendo congruente con el modelo multidimensional propuesto por Kenyon, (1980) en el que se menciona la actividad física como experiencias ascéticas que se caracterizan por aquellas actividades que requieren un entrenamiento largo y cansado, condicionamiento y gratificaciones a largo plazo; evidenciándose en el caso del presente estudio en hombres.

Por tanto, se desprendió que la duración de la práctica de actividad física diaria es predictor de autonomía y de soporte social en hombres.

En lo que respecta al motivo para realizar actividad física (gráfico 1); tanto hombres como mujeres coinciden en señalar la salud, siendo congruente con los resultados del estudio sobre actividad física y estado emocional (Bolaños y Mora, 1999) donde el principal motivo para hacer actividad física es salud; además es congruente con Schwenkmezger (1993) (cit. en Ureña, 1996), que destaca que el motivo salud tiene un valor preponderante considerando la parte somática y la dimensión psicosocial; puesto que la actividad física recreativa permite al adulto mayor manifestar sus emociones y sentimientos, permitiéndoles desahogarse o relajarse ante una tensión, manifestar alegría y felicidad; lo que se traduce en un estado general de salud.

En cuanto a los beneficios de la actividad física (cuadro 2); los valores para ambos géneros fueron elevados; los hombres expresaron que la actividad física los hacía sentirse más reanimados y se les aliviaban los dolores y en el caso de las

mujeres les hacía sentirse menos tensas, más alegres y con energía, siendo congruente por lo planteado por Ureña y Delgado (1998), sobre la percepción subjetiva de la persona mayor en relación con el ejercicio físico, mostrando una percepción más positiva de sí mismos y un mayor disfrute.

Además, es coherente con Ramos y cols, (1992) que conciben la actividad física genera mejoras en cuanto a la reducción de efectos patológicos; producción de placer y bienestar corporal y mental; además aumenta el autoconcepto, la autoestima y sus emociones; así como aumento de la forma física, estimulante del optimismo; de la estabilidad emocional, una conciencia social y una participación en la vida del grupo a que pertenece, lo que aumenta la sensación de valor propio y por tanto la calidad de vida según Sonstroem y Morgan, (1989). Es por ello que la actividad física ha demostrado múltiples beneficios para la población adulta mayor; por lo que los resultados encontrados en este estudio evidencian congruencia con lo esbozado por múltiples investigadores y especialistas en el campo.

Por otra parte, se destaca que la depresión fue la única variable que presentó diferencias significativas $p= 0.014$ ($p< 0.05$) en cuanto al género de acuerdo al cuadro 2. Estos datos concuerdan con los expresados por Stephens (1988), que menciona que la depresión y la ansiedad es más frecuente en las mujeres; pudiendo esto ser producto de las actitudes de la familia, la comunidad y la sociedad en general que se traducen en rechazo, sobreprotección o abuso contra ellas. Es sabido que el envejecimiento está marcado por el contexto sociocultural donde se desenvuelve el adulto mayor. Estos resultados son congruentes con el estudio de Hasegawa (1989) sobre la prevalencia de demencia la cuál fue ligeramente superior en las mujeres que en los hombres y aumentaba con la edad. Por su parte Eastwood (1989); mencionó que la demencia no está claramente relacionada con el sexo, aunque en diversos estudios han descubierto que afecta con más frecuencia a las mujeres.

Sin embargo, hay que mencionar que en cuanto a los resultados tanto hombres como mujeres se clasificaron con depresión leve, siendo congruente con lo apuntado por Quirós (1996), que expone que la depresión en el adulto mayor es una de las condiciones más frecuentes y de mayor cuidado en ellas; además de que se rechaza el mito de que la depresión es una enfermedad característica de la mujer.

Según Marín y col, (2000), los factores que contribuyen al desarrollo de la depresión no dependen del género sino de la problemática social en el que esté inserto (abuso, abandono y otros).

Finalmente a pesar de todas las complicaciones propias del envejecimiento se destaca en términos generales que los adultos mayores participantes en este estudio presentaron un nivel de calidad de vida que puede calificarse como bueno al cruzarlo con lo descrito por Aztarain y Baeorlegui, (1994) que plantean que para que una persona tenga calidad de vida se debe de encontrar libre de cualquier trastorno psíquico o físico y mantener el máximo de autonomía, acorde con la edad y el medio socioeconómico y cultural en el que viva; y para conseguir este estado, el ejercicio físico puede ser un medio excelente, tanto por su influencia en los aspectos físicos como en los psíquicos, proporcionando según Cortés (1993), conductas positivas para la salud y evitando la ociosidad improductiva que podría embargar a las

personas que enfrentan esta etapa de la vida siempre que se realice en condiciones favorables y cuidando factores como: instructores capacitados, adaptaciones según deficiencias que presentan los adultos mayores. La actividad física que realice el adulto mayor debe ser conforme a la predilección de éstos, incluyendo elementos rítmicos y llamativos con una intensidad de media a baja y preferiblemente en contacto con la naturaleza.

CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES

El estudio perspectiva subjetiva de la calidad del adulto mayor, diferencias ligadas al género, edad y a la práctica de actividad físico recreativa en 21 centros diurnos costarricenses de vida permitió concluir lo siguiente:

1) No se presentaron diferencias significativas en las variables de calidad de vida (autonomía, soporte social, salud mental, frecuencia y duración de la actividad físico recreativa semanal) en lo que respecta al género, debido a que ambos grupos presentaron: a) soporte social parcial; b) niveles intermedios de depresión y demencia, c) son personas activas físicamente y realizaban la actividad físico recreativa durante un tiempo prolongado. No obstante, existen diferencias ligadas al género en cuanto a las relaciones entre frecuencia semanal, cantidad de horas dedicadas a la actividad físico recreativa y la autonomía, salud mental y el soporte social.

2) Las mujeres presentaron diferencias significativas en la variable depresión; sin embargo se destacó que en ambos géneros se presentaron niveles de depresión propias del envejecimiento que se traducen como vacío, aburrimiento y soledad.

3) La salud en ambos géneros fue el principal motivo por el cuál los adultos mayores realizaban la actividad físico recreativa y los beneficios principales que percibieron de ella fueron sentirse reanimados, aliviados; más alegres y con energía. Es decir, que con dicha actividad los niveles en la calidad de vida del adulto mayor mejoraron.

4) Para los hombres, la cantidad de horas dedicadas a la actividad físico recreativa fue predictor importante de la autonomía y el soporte social, a diferencia de las mujeres, que no dedican una jornada de tiempo adecuada a la práctica de actividad física y por ende esta no predice de manera significativa calidad de vida. Es decir, que entre mayor cantidad de horas dedicadas a la actividad físico recreativo, mayores niveles de autonomía y soporte social y por tanto, mejor calidad de vida.

RECOMENDACIONES

Para mejorar un estudio de esta naturaleza es necesario:

- 1- Promover estudios sobre los aspectos subjetivos de la calidad de vida relacionados con la actividad física, que contemplen muestras más grandes de personas adultas mayores.
- 2- Fomentar estudios que analicen más profundamente los beneficios psicológicos de la actividad físico recreativa con la realización de programas dirigidos por educadores físicos especializados en el campo de la gerontología y la actividad físico recreativa.
- 3- Promover la sistematización de programas de actividad física en el adulto mayor, que permitan documentar y generar hipótesis para profundizar en el estudio de otras variables.

BIBLIOGRAFÍA

- Abrante, C., Brito, O. y García, C. (1996) “El deporte en edad avanzada”. Programa de actividades físicas y deportivas para personas mayores. Gran Canaria: Nogal
- AGECO (1988). Algunos consejos prácticos en la tercera edad. San José
- Agüero, J. (1993). Cambios fisiológicos en personas mayores de 60 años inducidos un programa de actividad física. Tesis de licenciatura en Educación Física. Facultad. Ciencias de la Salud UNA: Heredia. Costa Rica.
- Aragón, L. y Salas, X. (1996). Factores de envejecimiento físico-funcional y psico-social que presenta la persona mayor de 60 a 8 años, del cantón central de San José. Tesis de licenciatura en Educación Física. Facultad Ciencias de la Salud. UNA: Heredia. Costa Rica.
- Arquer, G. y Purjol, A. (1996). Ejercicio físico y adulto mayor *Intervención Psicosocial*, 1997, Vol. 3 No 1, 25-35.
- Aztarain, F. y Beorlegui, M. (1994). Sesenta minutos a la semana para la salud. Archivo medicina del Deporte. Vol.XI No. 41 49-54
- Bolaños, A.y Mora, M. (1999). Actividad físico recreativa y estado emocional que presentan los adultos mayores de 55-7 años de edad de 2 grupos gerontológico del área central (San José- Heredia). Tesis de licenciatura en Educación Física. Facultad Ciencias de la Salud UNA: Heredia. Costa Rica.
- Bernkow, J. (1996). Vida en forma plena. New York. Editorial Mc. Graw Hill.
- Capersen, C. J.; Bloemberg, B. P. M.; Saris, W. H. M.; Merrit, R. K. y Kromhout, D. (1991). Physical activity questionnaires for older adults. Journal Sport Medicine.29 (6) 141-145.
- Céspedes, A. (1987). Influencia de los factores socioeconómicos en la pérdida de autonomía de los adultos mayores costarricenses entre los 65 y 80 años. Programa de Investigación sobre el envejecimiento. San José.: UCR.

- Cortes, F. (1993) Envejecimiento y salud. México, D.F.:Interamericana.
- Díaz, P., Puente, G. y García, T. (1994, Enero-Febrero). “Resultados de la aplicación de una escala de Valoración socio familiar en Atención Primaria”. Geríátrica Gerontológico. 29:239-245.
- Faden R.y Germán, P. (1994).“ Calidad de Vida. Consideraciones en Geriátria”.Clínica de Medicina Geriátrica. México, D.F.: Interamericana.
- Finch, E.; Ramsay, R. y Katona, C. (1992). Depression and physical illness in elderly. Clin Geriatr Med. 8:275-287.
- Fujisawa, M. (1994). Comparative study of quality of life in the elderly between in Kahoku and in Yaku. Kochi Medical School Journal. Japón. Oct; vol 31.No. 1 10:790-799.
- Eastwood, W. (1989). Investigación en Ciencias Sociales: una guía sobre envejecimiento. Michigan, U.S.A.
- Esquivel, R. y Jiménez, F. (1997) “ Evaluación Subjetiva de Bienestar y la Salud en Ancianos.”<http://www.iztacala.unam.mx/coloquio/saludcartel/145.html>.
- Faden, A.(1994).Deterioro cognitivo y físico en el adulto mayor. Geríátrica Gerontológico. 26:83-88.
- Febrer, A. (1996) Cuerpo, Dinamismo y Vejez. Barcelona, España. Edit: INDE.
- Fernández, B.(1994). Evaluación e intervención psicológica en la vejez. España. Editorial Martínez Roca.
- Ferris, A. (1989).Psicología: reto del envejecimiento. Washington. U.S.A.
- Fujisawa, M. (1994). Comparative study of quality of life in the elderly between in Kahoku and Yaku. Kochi Medical School journal. Japón. 31. 10:790-9 Oct.
- Garay, F. (1996). Bienestar Psicológico del adulto mayor. Madrid: Herder.
- García, D. (1990). Deporte en edad avanzada. Canarias: Nogal.
- Giusti, L. (1991). Calidad de vida, estrés y bienestar. San Juan: Psicoeducativa.
- George, L.; Bearon, L (1980). Quality of life in older persons: meaning and measurement. New York. Human Scienes Press.

- González, J. (1994). Aprendamos a envejecer sanos. Manual de autocuidado y salud en el envejecimiento. México 3ra. Edición.
- Grau, J. (1988) “Calidad de Vida y Salud: Problemas Actuales en su Investigación.” San Juan: Psicoeducativa.
- Hasegawa, K. (1989). Demencia asociada a la edad. Revista Clínica Española. Vol.185, Supl. 1 Dic.
- Hernández, Z. (2000) Elaboración de un índice de calidad de vida para personas de la tercera edad. México.
- Hidalgo, J. (1994). “Apuntes para el curso Sociología del envejecimiento. Antología. Costa Rica. Maestría en Gerontología , Universidad de Costa Rica.
- IDESPO (1985). Universidad Nacional. Costa Rica.
- INISA, (1994). Validación de un instrumento para la medición de la calidad de Vida de personas de 60 años y más. Programa de Investigación sobre el envejecimiento. San José: UCR.
- Langarica, M. (1985). Las treinta y tres preguntas sobre la tercera edad. Argentina
- La Salud en las Américas. (1998). Revista científica OPS. 1(569)84.
- Lawton, M. (1991). “ Medio ambiente y satisfacción de las necesidades de envejecimiento”. Gerontológico clínica: Intervención psicológica y social.33:11
- Leturia,F (1998). “ Jubilación y calidad de vida” Geriátrica Gerontológico 33:9- 16.
- Levi y Anderson (1980). La tensión psicoemocional. Población, ambiente y calidad de vida. España: Vitoriagasteiz.
- Mahan, L. y Arlin, H. (1995). La dietoterapia. New York. Editorial Mc. Graw Hill.
- Molina, R. (1994).Actividad física en la tercera edad Madrid. Edit: Claret.
- Marín, C.; Espinoza, P.; Frez, G. (2000). Actividad física y depresión en el adulto mayor . México. Ed.Psicología del Desarrollo III.
- Mañós, Q. (1998) Animación Estimulativa para Personas Mayores Discapacitadas. Madrid. Edit: Claret.
- Moore, G. (1999). The quality of American life. New York: Sage: 24-230.

- Organización Mundial de la Salud. (1993). Encuentro Latinoamericano de Gerontología. Acapulco. México.
- Organización Para la Salud. (1985). La salud de las personas de edad. Informe técnico. No.779. Ginebra.
- Porras, D. (1989).La tercera edad. Madrid. España: Editorial Tecnos.
- Quirós, M. (1996) Elaboración de un modelo de salud comunitaria Geronto – Geriátrico, basado en la Calidad de Vida. Tesis para optar por el grado de magíster en Gerontología. San José: UCR
- Ramírez,L. (1987). Tercera edad sana. Madrid. España.
- Ramos, H. (1992).Psicogeriatría. Cuba. Editorial Ciencias Médicas.
- Ríos,L., Ríos,I. y Padial, P.(2000) “La actividad física en la Tercera Edad” Digital 5 (18 febrero): 1-2.
- Rojas, L (1999) .Calidad de vida y autonomía en personas mayores. Tesis para optar por el grado de magíster en Gerontología. San José: UCR.
- Rojas ,M. (1997). Bienestar General Subjetivo y Depresión en ancianos Crónicos: un estudio de Casos. Tesis para optar por el grado de magíster en Gerontología. San José: UCR.
- Roquier, M. (1996).Effects of physical. Exercise program on selected mood. States in a group of women over age. Michigan.
- Rowe, J. y Kahn, R. (1987). Human agins: usual and successful. Science.237:143-9.
- Roy, A.y Fitz, P. (1996 Marzo). Social Support, Household composition, and Heald Behaviors as Risk Factors four Year Mortality in an Unrban Elderly Cohort.Journal of Applied Gerontology. 15,1:73-78.
- Salvarezza, L. (1998). Psicogeriatría: teoría y clínica. Argentina, Editorial Paidós
- Santana, J. (1991).Programa de actividades físicas para adulto mayor. Gran Canaria: Nogal.
- Schumand, A. (1994). Physical activity and health. Illinois: Human kinetics books.
- Stephens, R. (1988). Actas Congreso Científico Olímpico. Actividad Física Adaptada, Psicología y Sociología. Bible, S.

Thomas, J.R. & Nelson, J.K. (1990) Research methods in physical activity. Illinois: Human kinetics books.

Timiras, P.S. (1996).Psicology of aging: Standards for age-related funtional comperence. In Greger R, Windhorst U Eds: Comprehensive Human Physiology. Vol.2 Berlin-Heidelberg: Springer- Verlag, 2391-2404.

Ureña, P. (1996). Práctica deportiva y salud. Perspectiva Psicológica. Heredia Editorial UNA.

Ureña, P. y Delgado, L. (1998). Actividad física y Percepción subjetiva de la persona mayor. Revista Ciencias del Deporte. Vol 1. No. 2 :22-33.

Vargas, R. (1997). “Calidad de vida y envejecimiento.” Madrid. España.

Villalobos, D. (1989). Problemas de Salud que enfrenta la Población de la Tercera edad en la Ciudad de Heredia. Tesis de magíster Scientiae U.C.R.; San José, Costa Rica.

Villalobos, D. (1995). Factores de envejecimiento de 60 años residentes en la Provincia de Heredia.Universidad Nacional. Heredia, Costa Rica.

Voorrips, L. E.; Ravelli, A. C. J.; Dongelmans, P. C. A.; Deurenberg, P. y Van Staveren, W.A. (1991). Physical activity questionnaires for older adults. Journal Sport Medicine.29 (6) 117-121.

Citas de Internet

www. colware.com. (2001). Reporte Medical Center.

www.iztacala.unam.mx.(1997). Bienestar subjetivo y la auto percepción en adultos mayores.

ANEXOS

Anexo 1

UNIVERSIDAD NACIONAL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA CIENCIAS DEL DEPORTE
SALUD INTEGRAL Y MOVIMIENTO HUMANO

Cuestionario Calidad de vida Adulto Mayor INISA (1994)

I. IDENTIFICACIÓN

Nombre:

Centro:

1. Número de persona

2. Fecha de entrevista
DIA
MES
AÑO

3. Sexo 1. Masculino
2. Femenino

4. Fecha de nacimiento
DIA
MES
AÑO

II. SOPORTE SOCIAL

5. De los siguientes aspectos que le voy a mencionar en cuál (es) contribuye o presta ayuda usted, entre sus familiares, amigos o vecinos:

PRESTA AYUDA...

	NO	SI	
a. en la preparación de alimentos	0	1	<input type="checkbox"/>
b. en los quehaceres domésticos	0	1	<input type="checkbox"/>
c. en el cuidado de los niños	0	1	<input type="checkbox"/>
d. en la toma de decisiones	0	1	<input type="checkbox"/>
e. dando información y consejos	0	1	<input type="checkbox"/>

6. Participa en alguna organización de su comunidad?

1. Si
0. No

III. AUTONOMIA

A continuación le voy a leer una lista de actividades que realizamos todos los días. Le agradecería me indicara si Ud. Puede desarrollar las siguientes actividades:

PUEDE UD.

	NO	SI	
a. comer sus alimentos?	0	1	<input type="checkbox"/>
b. vestirse o desvestirse por su cuenta?	0	1	<input type="checkbox"/>
c. peinarse o rasurarse?	0	1	<input type="checkbox"/>
d. caminar en un plano parejo?	0	1	<input type="checkbox"/>
e. acostarse y levantarse en la cama?	0	1	<input type="checkbox"/>
f. bañarse y lavarse por su cuenta?	0	1	<input type="checkbox"/>
h. salir lejos de la casa?(visitas, paseos)	0	1	<input type="checkbox"/>
i. salir cerca de la casa? (comprar alimentos)	0	1	<input type="checkbox"/>
j. subir escalera?	0	1	<input type="checkbox"/>
k. prepararse sus alimentos?	0	1	<input type="checkbox"/>
l. hacer labores de la casa? (ordenar cosas)	0	1	<input type="checkbox"/>
m. tomarse sus medicinas?	0	1	<input type="checkbox"/>
n. tomar el bus?	0	1	<input type="checkbox"/>
o. usar el servicio sanitario a tiempo?	0	1	<input type="checkbox"/>

IV. SALUD MENTAL

“MINI” EXAMEN DEL ESTADO MENTAL

ORIENTACIÓN	PUNTAJE OBTENIDO
Cual es el (año) (época) (fecha) (día) (mes)?	___ (5)
Donde estamos ahora (país) (provincia) (ciudad) (lugar) (barrio)	___ (5)

REGISTRO

De el nombre de tres objetos: uno cada segundo. Pida que la persona los repita. Si no lo hace bien, repítaselos hasta que los aprenda. Registre el número de intentos	___ (3)
---	----------

ATENCIÓN Y CALCULO

Si a ¢150 se le quita ¢50, cuanto le queda; y si quita ¢25 cuanto le queda... y así sucesivamente, Deténgase en la quinta respuesta...de un punto por Cada respuesta correcta;	___ (5)
--	----------

EVOCACIÓN

Pregunte por los tres objetos antes usados. Cada respuesta correcta equivale a un punto	___ (3)
---	----------

LENGUAJE

Muéstrele (y que la persona los nombre), un bolígrafo y un reloj (2 puntos) Que repita la frase “ Tres Tristes Tigres...” (1punto) Siga este orden en tres tiempos: Tome un papel en su Mano derecha, dóblelo a la mitad y entréguemela (3 puntos)	___ (6)
---	----------

PUNTAJE TOTAL ___|___|

Nivel de conciencia ALERTA-EMBOTADO-ESTUPOROSO-COMATOSO
(1) (2) (3) (4)

ESCALA DE DEPRESIÓN GERIATRICA

Conteste las siguientes preguntas:

0.No 1. Si

- 1.Está usted básicamente satisfecho con su vida? |
- 2.Han dejado de interesarle cosas y actividades que antes si le interesaban? |
- 3.Siente que su vida está vacía? |
- 4.Se aburre usted con frecuencia? |
- 5.Tiene usted planes para el futuro? |
- 6.Tiene usted preocupaciones que no puede quitar de la cabeza? |
- 7.Está usted de buen humor la mayor parte del tiempo? |
- 8.Teme que algo malo le suceda? |
- 9.Se siente contento la mayor parte del tiempo? |
- 10.A menudo se siente indefenso? |
- 11.Se siente a menudo nervioso e inquieto? |
- 12.Prefiere quedarse en casa antes de salir y hacer cosas nuevas? |
- 13.Se preocupa frecuentemente por el futuro? |
- 14.Cree que tiene menos memoria que el resto de la gente? |
- 15.Piensa que es maravilloso estar vivo ahora? |

16. A menudo se siente descorazonado? |
17. Se siente inútil? |
18. Se preocupa por el pasado? |
19. Encuentra su vida interesante? |
20. Le cuesta empezar nuevas actividades o proyectos? |
21. Se siente lleno de energía? |
22. Cree que su situación es desesperante? |
23. Cree la mayoría de la gente está mejor que usted? |
24. A menudo se entristece por pequeñas cosas? |
25. Tiene usted a menudo ganas de llorar? |
26. Le cuesta concentrarse? |
27. Disfruta usted al levantarse todas las mañanas? |
28. Evita relacionarse con otras personas o estar con gente? |
29. Es fácil para usted tomar decisiones? |
30. Su mente está tan clara como siempre? |

Anexo 2

UNIVERSIDAD NACIONAL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA CIENCIAS DEL DEPORTE
SALUD INTEGRAL Y MOVIMIENTO HUMANO

Fecha _____

Encuesta sobre Actividad Física-Recreativa para Adultos Mayores

Instrucciones: Marque con una (X) dentro del paréntesis la opción que corresponda a su caso.

1- ¿Cuántas veces por semana hace actividad físico recreativa?:

- a. nunca
- b. una vez a la semana
- c. dos veces a la semana
- d. tres veces a la semana
- e. cuatro o más veces a la semana

2- Los días que usted hace actividades físico recreativa, ¿Cuánto tiempo invierte en hacerla?:

- a. Nada
- b. menos de una hora
- c. una hora
- d. una hora y media
- e. dos hora
- f. tres horas o más

3- ¿Cuál es el motivo principal por el que usted realiza actividad física recreativa?:

- a. por salud
- b. por diversión
- c. por compartir
- d. por socialización
- e. por evitar estar sol
- f. para cambiar la rutina
- g. para aliviar dolores

4- ¿Cómo se siente usted luego de hacer actividad física recreativa?

- a. aliviado
- b. satisfecho
- c. con energía
- d. alegre
- e. reanimado
- f. tenso
- g. cansado
- h. adolorido

5- ¿Qué beneficios o cambios cree usted ha tenido al realizar actividad física recreativa?

- a. me siento más optimista
- b. me siento más reanimado
- c. me siento menos tenso
- d. me siento más alegre
- e. me siento con más energía
- f. se me quita la ansiedad
- g. se me alivian los dolores
- h. me siento más independiente
- i. me relaciono más con otros
- g. ninguno

Anexo 3

A continuación se presentan las escalas utilizadas para la calificación en cada uno de las partes del instrumento (Según INISA, 1994).

SOPORTE SOCIAL:

Se calificó de acuerdo con el número de puntos obtenidos:

6 puntos = Excelente

5-4 puntos = Bueno

3 puntos = Regular

2 o menos puntos = Bajo.

AUTONOMÍA:

En el instrumento aparecen una lista de 15 actividades que se realizaban cotidianamente de la “a” la “o”. Sin embargo para la calificación se le asignó un punto a las actividades: a,b,c,d,e,f,o, por ser las actividades de mayor peso. Es decir suman 7 puntos. Por tanto la clasificación fue la siguiente:

Independiente: si pudo realizar todas las actividades 7 puntos

Parcialmente independiente: si pudo realizar de 5 o 6.

Dependiente: si no pudo realizar más de 4.

SALUD MENTAL:

ESTADO MENTAL

La escala de calificación de acuerdo a los puntos obtenidos por cada sujeto:

Normal : 25-27 puntos

Transtornos depresivos y alteraciones cognitivas funcionales: 20-24 puntos

Cuadros cerebrales: 11-19 puntos

Demencias: ≤ 10 puntos

DEPRESIÓN GERIÁTRICA

La escala de calificación de acuerdo a los puntos obtenidos por cada sujeto:

Normal: 0-10 puntos

Depresión leve: 11-20 puntos

Depresión moderada a severa: 21-30 puntos

Anexo 4

A continuación se presentan las escalas que se utilizaron para la calificación en lo que respecta a la encuesta sobre actividad físico recreativa:

Frecuencia de la actividad semanal:

- a. Nunca = 0 puntos
- b. Una vez a la semana =1 punto
- c. Dos veces a la semana =2 puntos
- d. Tres veces a semana =3 puntos
- e. Cuatro o más veces a la semana =4 puntos

Duración de la actividad física recreativa realizada diariamente:

- a. Nada =0 puntos
- b. Menos de una hora =1 punto
- c. Una hora =2 puntos
- d. Una hora y media =3 puntos
- e. Dos horas =4 puntos
- f. Tres horas o más =5 puntos

Motivo principal por el que realiza actividad físico recreativa:

- a. por salud
- b. por diversión
- c. por compartir
- d. por socialización
- e. por evitar estar sólo
- f. para cambiar la rutina
- g. para aliviar dolores

Sensación luego de hacer actividad física recreativa:

- a. aliviado
- b. satisfecho
- c. con energía
- d. alegre
- e. reanimado
- f. tenso
- g. cansado
- h. adolorido

Beneficios al realizar actividad físico recreativa:

- a. me siento más optimista
- b. me siento más reanimado
- c. me siento menos tenso
- d. me siento más alegre
- e. me siento con más energía
- f. se me quita la ansiedad
- g. se me alivian los dolores
- h. me siento más independiente
- i. me relaciono más con otros
- j. ninguno

