

UNIVERSIDAD NACIONAL
SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD EN CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA CIENCIAS DEL MOVIMIENTO HUMANO Y
CALIDAD DE VIDA
MAESTRÍA EN SALUD INTEGRAL Y MOVIMIENTO HUMANO

PERFIL BIO-PSICO-SOCIAL DE LA
PERSONA ADULTA MAYOR QUE ASISTE A
PROGRAMAS INSTITUCIONALIZADOS

Tesis sometida a la consideración del Tribunal Examinador de Tesis de Posgrado en
Salud Integral y Movimiento Humano con mención en salud para optar por el título de
Magíster Scientiae

Mynor Rodríguez Hernández

Campus Presbítero Benjamín Núñez, Heredia, Costa Rica

2011

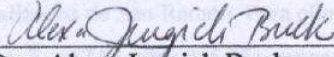
**PERFIL BIO-PSICO-SOCIAL DE LA PERSONA ADULTA MAYOR QUE
ASISTE A PROGRAMAS INSTITUCIONALIZADOS**

MYNOR RODRÍGUEZ HERNÁNDEZ

Tesis sometida a la consideración del Tribunal Examinador de Tesis de Posgrado en Salud Integral y Movimiento Humano con mención en salud, para optar por el título de Magíster Scientiae. Cumple con los requisitos establecidos por el Sistema de Estudios de Posgrado de la Universidad Nacional.

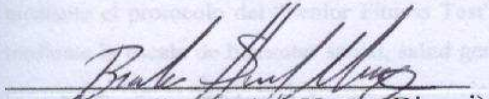
Heredia, Costa Rica

Miembros del Tribunal Examinador

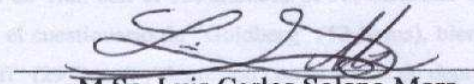


Dra. Alexá Jengich Buck

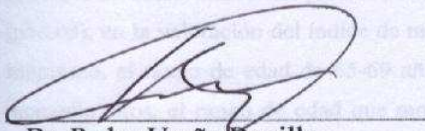
Presidente Consejo Central de Posgrado o representante



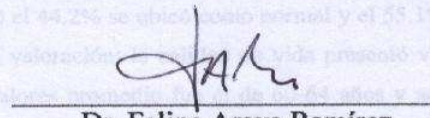
M.Sc. Braulio Sánchez Ureña (Dir. a.i)
Director de la Maestría en Salud Integral
y Movimiento Humano



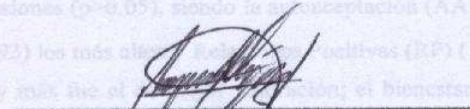
M.Sc. Luis Carlos Solano Mora
Tutor



Dr. Pedro Ureña Bonilla
Asesor



Dr. Felipe Araya Ramírez
Asesor



Mynor Rodríguez Hernández
Sustentante

Tesis sometida a la consideración del Tribunal Examinador de Tesis de Posgrado en Salud Integral y Movimiento Humano con mención en salud, para optar por el título de Magister Scientiae. Cumple con los requisitos establecidos por el Sistema de Estudios de Posgrado de la Universidad Nacional.

Heredia, Costa Rica

Resumen

El propósito del presente estudio se fundamentó en determinar el perfil bio-psico-social de la persona adulta mayor que asiste a programas institucionalizados de San Ramón. Para ello se analizó a 138 personas, mujeres y hombres, con edad entre 60 y 86 años ($\bar{X} = 67.94$ años ± 5.26), procedentes de grupos organizados de la Universidad de Costa Rica, el Instituto Costarricense del Deporte y la Recreación (ICODER) y la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) en San Ramón. Se atendió a las variables: capacidad física funcional mediante el protocolo del “Senior Fitness Test”, calidad de vida con el cuestionario SF36, bienestar social mediante la escala de bienestar social, salud general con el cuestionario de “Goldberg” (12 Items), bienestar psicológico con la escala de bienestar psicológico de “Ryff” (29 Items) y depresión con la escala de depresión geriátrica de “Yesavage”. Se utilizó el análisis estadístico descriptivo, la correlación de “Pearson” y el análisis de varianza (ANOVA) para establecer el perfil bio-psico-social. **Resultados:** en la capacidad física funcional el 97.8% se ubicó dentro del parámetro normal y excelente, solamente el 2.2% se catalogó como deficiente ($p > 0.05$), en la valoración del índice de masa corporal (IMC) el 44.2% se ubicó como normal y el 55.1% con sobrepeso, el rango de edad de 65-69 años fue el de mejor valoración; la calidad de vida presentó valores promedio altos, el rango de edad que mostró los mejores valores promedio fue el de 60-64 años y además presentó diferencias significativas ($p < 0.05$) en las dimensiones Función Física (FF) y Transición de la Salud (TS) con los rangos de edad de 70-74 años y 75 años y más; el bienestar psicológico mostró valores promedio altos en cada una de las dimensiones ($p > 0.05$), siendo la autoaceptación (AA) ($\bar{X} = 5.3 \pm 0.85$) y el Propósito en la Vida (PV) ($\bar{X} = 5.3 \pm 0.93$) los más altos y Relaciones Positivas (RP) ($\bar{X} = 4.4 \pm 1.1$) el valor más bajo, el rango de edad de 75 años y más fue el de mejor valoración; el bienestar social indicó valores promedio altos, la Integración Social (IS) mostró el mejor valor ($\bar{X} = 4.2 \pm 0.69$) y la Aceptación Social (AS) el valor más bajo ($\bar{X} = 2.9 \pm 1$), el rango de edad de 60-64 años como el rango de mejor bienestar social y se diferenció con los rangos 65-69 años, 70-74 años en las dimensiones actualización Social (AcS) y la Coherencia Social (ChS) ($p < 0.05$); la salud general mostró valores promedio altos ($p > 0.05$), siendo el rango de edad de 60-64 años el de mejor salud ($\bar{X} = 29.7 \pm 3.7$) y el de 70-74 años el grupo con la más baja percepción de salud ($\bar{X} = 28,5 \pm 5,3$); el 86.2% de las personas se encontraron con valores normales de depresión, el 5.8% en estado depresivo I y el 8% en estado depresivo II, el rango de edad de 60-64 años presentó niveles depresivos aceptables y el rango de 75 años y más fue el que presentó mayor presencia depresiva ($p > 0.05$). **Conclusión:** La persona adulta mayor que asiste a programas institucionalizados se caracteriza por un perfil bio-psico-social positivo, con una excelente capacidad física funcional y esto se asocia con una buena percepción del bienestar social, psicológico, salud general y la calidad de vida, además, de que no se presentan niveles depresivos importantes.

Palabras clave: Persona adulta mayor, calidad de vida, bienestar social, bienestar psicológico, salud general, depresión geriátrica, capacidad física funcional, programas institucionalizados.

Agradecimientos

En primer lugar quiero agradecer a Dios por las oportunidades que me brinda constantemente, por dejarme culminar este proceso de aprendizaje de manera satisfactoria, por la fortaleza que me ofrece en los momentos difíciles de la vida.

Quiero agradecer a mis padres por el ejemplo de lucha y constancia que me han brindado, a mi hermana Elia María por ofrecerme la oportunidad que cambió mi vida y apoyarme para que alcanzara la meta, a mi esposa y mis hijos por la paciencia y comprensión en todo momento, por el amor, el cariño y el apoyo que me ofrecen constantemente para que pueda culminar cada una de mis metas, por estar ahí siempre que los he necesitado. Por haberme influenciado positivamente para que saliera adelante a pesar de las adversidades.

También quiero ofrecer mi agradecimiento a los profesores que han estado presentes en todo el proceso, porque de cada uno de ellos aprendí cosas importantes, a mi tutor M.Sc. Luis Carlos Solano por su dedicación y colaboración en la creación de este proyecto. A mis lectores Dr. Pedro Ureña Bonilla por compartir sus conocimientos y sacrificar tiempo para el éxito de esta investigación y al Dr. Felipe Araya Ramírez por compartir sus conocimientos y ofrecerme una oportunidad invaluable que me ha abierto las puertas para mejorar en mi vida profesional y familiar. Asimismo agradezco al Doctor José Ángel Vargas y al Máster Gilberto Chavarría, por apoyarme, confiar en mí y ofrecerme la oportunidad de superación dentro de la Universidad de Costa Rica.

Y a todas aquellas personas que de una u otra forma, colaboraron o participaron en la realización de esta investigación, hago extensivo mi más sincero agradecimiento.

Dedicatoria

A DIOS Y A MI FAMILIA

Dedico la culminación y el éxito de esta investigación a Dios quien me regala los dones de la sabiduría y el entendimiento, a mí mamá y mí papá quienes con su ejemplo comprendí que la vida es de lucha y constancia y siempre han estado conmigo en todo momento. A mi hermana Elia por la gran oportunidad que me brindó para que estudiara y alcanzar todos mis logros. A mi esposa Fabiola y a mis hijos Kevin, Luis y Nahomy por su apoyo incondicional, el amor y la comprensión en cada momento y poder así llevar acabo la culminación de este proyecto con éxito.

Índice

Capítulo I

Introducción	
Planteamiento y delimitación del problema.....	1
Justificación.....	3
Objetivo General.....	8
Objetivos Específicos.....	9
Conceptos Clave.....	10

Capítulo II

Marco Conceptual	
El proceso de envejecimiento.....	12
Esperanza de vida de la persona adulta mayor.....	12
Consecuencias del aumento en la esperanza de vida.....	13
Calidad de vida en el envejecimiento.....	16
Estado de salud en la persona adulta mayor	18
La capacidad física funcional en las personas adultas mayores.....	22
Parámetros de la capacidad física funcional.....	24
El bienestar social en la persona adulta mayor.....	28
El bienestar psicológico en la persona adulta mayor.....	31
Rasgos depresivos en las personas adultas mayores.....	33

Capítulo III

Metodología	
Participantes.....	36
Instrumentos y materiales.....	36
Cuestionario Calidad de Vida SF-36.....	36
“Senior Fitness Test”.....	38
Escala de Bienestar Psicológico.....	42
Escala de Bienestar Social.....	44
Escala de Percepción de Salud de “Golberg”.....	45

Escala de depresión geriátrica de “Yesavage”.....	45
Procedimientos.....	45
Análisis estadístico.....	46

Capítulo IV

Resultados

Capacidad física funcional.....	48
Calidad de vida.....	52
Bienestar psicológico.....	54
Bienestar social.....	55
Salud general.....	57
Depresión geriátrica de “Yesavage”.....	58
Análisis de correlación.....	60
Contraste de indicadores en virtud del nivel de funcionalidad física.....	68

Capítulo V

Discusión

Capacidad física funcional.....	77
Calidad de vida.....	80
Bienestar psicológico.....	84
Bienestar social.....	86
Salud general.....	89
Depresión.....	90
Relación entre dimensiones.....	91
Particularidad.....	96
Contraste bio-psico-social por rango de edades.....	100
Diferencias entre niveles funcionales.....	103

Capítulo VI

Conclusiones.....	106
-------------------	-----

Capítulo VII

Recomendaciones

Teórico – Conceptuales.....	109
Prácticas.....	109
Metodológicas.....	110

Bibliografía.....	111
--------------------------	------------

Anexos.....	125
--------------------	------------

Descriptores

Persona adulta mayor

Capacidad física funcional

Calidad de vida

Bienestar psicológico

Bienestar social

Salud general

Depresión

Programas Institucionalizados

Capítulo I

INTRODUCCIÓN

Planteamiento y delimitación del problema:

El considerable aumento de la población adulta mayor a nivel mundial, ha provocado que la pirámide poblacional cambie de forma; poco a poco se está acumulando más personas mayores en la cúspide, lo que genera un cambio de percepción de la situación y se intenten tomar medidas para que esta población sea lo más saludable posible y no genere dependencia funcional y gastos innecesarios a los gobiernos. En Costa Rica, este escenario es similar, el fenómeno del envejecimiento poblacional se manifiesta de igual modo que en otros lugares del mundo y día con día hay un aumento exponencial de este grupo etario, lo que influye directamente sobre los programas de intervención, así como en las políticas gubernamentales. Bajo este concepto, se crean diversos programas de atención, se dictan políticas de protección enfocadas en los derechos de este grupo etario, se brindan estrategias en cuidados

médicos, sociales, psicológicos y físicos, pero por tratarse de un nuevo reto tanto económico, como social, no se está preparado y no se determina con certeza cuál es la condición real que experimentan estas personas diariamente, cómo es su funcionamiento dentro de la sociedad, y cuáles son sus necesidades. Se adolece de pautas adecuadas para la atención de estas personas que constantemente son olvidadas y no se toman en cuenta en las actividades diarias de la sociedad.

Además, se debe añadir un aspecto clave en el proceso de envejecimiento; se tiene certeza de la pérdida de algunas funciones básicas que acontecen con el paso de los años, los sistemas orgánicos tienden a perder su capacidad para realizar adecuadamente sus funciones. Bajo este complejo esquema en el que se ve inmersa la persona adulta mayor, se justifica el uso de diversas herramientas o medios que permitan evaluar en detalle las características bio-psico-sociales de esta población; así, desde una perspectiva integral, se busca demostrar la realidad de este grupo poblacional con el propósito de crear un espacio de reflexión que posibilite el uso de estrategias de intervención acordes con las necesidades de este grupo etario.

Existen algunos intentos por mediar en este grupo, sin embargo, no se tiene claro cuáles deberían ser los parámetros a utilizar en la intervención, ni el modo en que deben ser atendidas estas personas, ya que se carece de mediaciones integrales documentadas que fortalezcan el diagnóstico, la intervención y el seguimiento de estos grupos de acuerdo con sus necesidades.

Por consiguiente, se pretende evaluar de manera integral la situación real que está viviendo la persona adulta mayor de San Ramón y así determinar, aspectos importantes de su estado general que se experimentan diariamente, es por eso que implementó el uso de protocolos de evaluación (“Senior Fitness Test” (SFT), Calidad de vida SF-36, las escalas de bienestar social, psicológico, salud general y depresión geriátrica) que permiten visualizar y determinar aspectos como la calidad de vida, la salud, el bienestar psicológico, posibles estados depresivos, el bienestar social y su estado físico funcional. Esta evaluación integral conduce al establecimiento de un

perfil bio-psico-social para un mejor control e intervención de esta población que les permita vivir más a plenitud el proceso de envejecimiento.

Desde esta perspectiva, la evaluación de la persona adulta mayor, desde sus propias capacidades, es un tema que no ha sido abordado de manera integral, por lo general se ha investigado por separado cada componente de este perfil bio-psico-social. Implementar herramientas de corte holista se convertirá en un medio útil para proponer estrategias de intervención que le ayuden a ocupar un papel importante dentro de la sociedad. Por lo tanto, en la presente investigación se buscará dar respuesta al siguiente cuestionamiento: ¿Cuál es el perfil bio-psico-social de la persona adulta mayor que asiste a programas institucionalizados de atención en el área de San Ramón?

Justificación:

El aumento de la población adulta mayor a nivel mundial ha provocado en los últimos años un gran interés por parte de los investigadores respecto a realizar indagaciones exhaustivas relacionadas con la calidad de vida de esta población (Dorantes, Ávila, Mejía y Gutiérrez, 2007). Una de las principales preocupaciones es el mantenimiento de la capacidad funcional y la autonomía en las actividades de la vida diaria como parte fundamental de la calidad de vida de estas personas (Virtuoso y Oliveira, 2008).

Es importante hacer énfasis a las particularidades que envuelven el proceso de envejecimiento, en donde son diversas las variables que influyen para que haya un manejo adecuado de la realidad de la persona adulta mayor; entre ellas, el manejo psicológico, social y físico deben ser consideradas dentro de cualquier proceso de intervención integral con el propósito de mejorar el estado de calidad de vida de las personas adultas mayores (Avila, Gray, y Payette, 2006; Carbonell, Aparicio y Delgado, 2009).

Se debe mencionar que la calidad de vida en el envejecimiento es una de las variables más importantes y está determinada por el grado en que se puedan realizar las cosas que se quiere, sin dolor y durante el mayor tiempo posible; una larga vida tiene mucha relación con una buena condición física (Rikli y Jones, 2001). Sin embargo, el incremento de la vida sedentaria, los malos hábitos alimentarios, el uso inadecuado de la tecnología, entre otros factores, ha provocado un deterioro importante en esta dimensión del ser humano (CEPAL, 2006; Schwartzmann, 2003). Este nuevo estilo de vida ha dado paso al incremento de una serie de factores de riesgo asociados a la movilidad, morbilidad y mortalidad (Coronado, Díaz, Apolaya, Manrique y Arequipa, 2009). Las actividades de la vida diaria en muchas ocasiones se traducen en el mínimo esfuerzo para realizar las tareas cotidianas, sean físicas, mentales o de cualquier otra índole (Fernández, Clúa, Báez, Ramírez y Prieto, 2000). Además, se llevan a cabo tareas o actividades que generan un bajo requerimiento energético y de las capacidades de la persona adulta mayor por lo que se incrementan el deterioro de la salud y la pérdida de la capacidad funcional (Durstine, Moore, Lamonte y Franklin, 2008).

Bajo estas circunstancias, el proceso de envejecimiento conlleva cambios que se manifiestan paulatinamente y que tienen que ver con el mantenimiento de la calidad de vida tales como: la disminución en el funcionamiento de los órganos o sistemas, la pérdida de autonomía y la pérdida de estándares sociales relacionados con ser personas útiles y productivas (Carbonell y otros, 2009; Ortiz y Castro, 2009; Vera, 2007). Asimismo, se genera un descontrol psicológico acarreado por los cambios orgánicos y estructurales como por ejemplo en la jubilación (Fernández y Robles, 2008). En adición, las personas mayores de 65 años, manifiestan una serie de enfermedades crónicas no transmisibles, que acompañan a muchos hasta el final de su vida (Dorantes y otros, 2007; Fernández y otros, 2000). Es entonces donde la intervención integral encuentra sentido, a fin de tratar de preservar la salud y la buena calidad de vida, con el ideal de mantenerse funcional por el mayor tiempo posible (Fernández y Robles, 2008). En este caso se debe entender la funcionalidad como la capacidad para realizar

las actividades de la vida diaria sin fatigarse y de manera independiente; su pérdida con la edad se relaciona directamente con la disminución de la actividad física, el envejecimiento y los procesos fisiológicos naturales de esta etapa de vida, así como el deterioro psicosocial al que se ve sometido constantemente la persona adulta mayor (Kostić, Mladenović y Mikalački, 2007).

El envejecimiento, es un proceso cuya calidad está directamente relacionada con la forma como la persona satisface sus necesidades a través de todo su ciclo vital (Araujo, Pereira y Martín, 2009). En la actualidad se están alcanzando cada vez edades más avanzadas en mejor estado de salud; pero precisamente el hecho de que se viva más años, conlleva mayores probabilidades de tener enfermedades crónicas que limitan la independencia funcional y que conllevan a la disminución del nivel de Calidad de Vida (Maldonado y Mendiola, 2009). En este sentido, Collins, Rooney, Smalley y Havens (2004) indican que en Estados Unidos el 40% de las personas mayores de 65 años reportan limitaciones para realizar las actividades de la vida diaria, lo que implica el aumento en los gastos y las personas especializadas para su atención. Muchos de los adultos se han inclinado por una vida sedentaria y han visto como sus capacidades físicas, psicológicas y sociales han ido decreciendo hasta experimentar niveles de dependencia por pérdida de la capacidad física, compromiso de la salud y la funcionalidad, reflejando un deterioro de la calidad de vida.

Además, la calidad de vida está relacionada con una serie de variables que en conjunto determinan la situación real de una persona, tal como el bienestar psicológico, con especial atención en los últimos años de vida, los cuales pueden ser difíciles para las personas mayores, ya que están caracterizados por pérdidas, amenazas y adaptación a nuevos estados psico-sociales y físicos; estos acontecimientos pueden limitar la vida en términos cuantitativos y cualitativos en detrimento de la calidad de vida (Schwartzmann, 2003; Vera, 2007). A pesar de estos impedimentos, las personas adultas mayores se adaptan a todos estos nuevos cambios, replanteándose sus metas y desafíos, adecuándolas a sus nuevas capacidades sociales, psicológicas y físicas; es por esta razón que muchos de ellos informan altos niveles de

bienestar, pues ajustaron sus metas a sus posibilidades, éstas ya no son las mismas de hace 10 años, lo que disminuye la frustración al fracaso cuando no se puede llegar a concretar las metas propuestas a esta edad (Ortiz y Castro, 2009).

Por su parte, la Sociedad Americana de Geriátría (AGS por sus siglas en inglés) recomienda un enfoque biopsicosocial para la evaluación e intervención de las personas adultas mayores. El bienestar social se asocia directamente con la salud y la calidad de vida, se prevé que una persona con un buen bienestar social tiene un menor riesgo de mortalidad, de desarrollar enfermedades cardiovasculares, mortalidad por cáncer y el declive funcional. Asimismo, la salud deteriorada, también afecta el funcionamiento social, porque las personas que están confinadas a una cama o tienen graves problemas de movilidad por lo general, se retiraron de las actividades sociales afectando su estatus psicológico y de salud, en detrimento de la calidad de vida (Unger, McAvay, Bruce, Berkman, y Seeman, 1999).

Una óptima participación social de la persona adulta mayor corresponde a la realización de actividades de la vida cotidiana y funciones sociales, este proceso se puede ver interrumpido por una situación especial tal como, discapacidad, viudez, entre otros (Mella, González, D'Appolonio, Maldonado, Fuenzalida, y Díaz, 2004). En este sentido, las personas adultas mayores pueden generar dependencia funcional y de este modo ver disminuido su rendimiento en las actividades diarias y en las actividades fuera del hogar mostrando un mayor nivel de disfunción (Comisión Económica Para América Latina (CEPAL), 2006; Coronado y otros, 2009; Dorantes y otros, 2007). Las restricciones o deterioro en el rol social, pueden tener un mayor impacto en la calidad de vida, especialmente para las personas de moderada a severa disfunción física. La participación social de las personas con una alta discapacidad física es más complicada y podría influenciar negativamente la calidad de vida. Cuando se manifiesta un bienestar social positivo, se reporta un mejor logro de metas y una mejor calidad de vida (Lavasasseur, Desrosiers, y Noreau, 2004). Bajo el criterio anterior, Means, Sullivan y Rodell (2003) indican que la evidencia en la literatura demuestra la relación que existe entre situaciones psico-sociales tales como la depresión y el rendimiento físico en personas adultas mayores, o sea una situación de

deterioro psico-social influye negativamente en la salud y en las capacidades físicas.

Por su parte, el aislamiento social y la falta de apoyo social son probablemente factores mediadores de estrés agudo y crónico que afecta a los mediadores biológicos y de comportamiento, lo que produce efectos negativos a largo plazo sobre la salud, aumenta la susceptibilidad a la enfermedad e incrementa el riesgo de muerte. El insuficiente apoyo social y el aislamiento son factores productores de estrés lo que se asocia con efectos negativos sobre el sistema inmune, los procesos metabólicos y el sistema cardiovascular, así como los comportamientos relacionados con la salud (White, Philogene, Fine y Sinha, 2009).

Aunado a estas situaciones se desarrolla en algunos casos estados depresivos que arrastran a las personas a escenarios de deterioro de su calidad de vida entre otros aspectos (Dorantes y otros, 2007). Se calcula que para el año 2020, la enfermedad depresiva constituirá la segunda causa de discapacidad entre las personas adultas mayores (Jadresic, 2009). Esta particularidad revela que el estado integral de la salud de esta población debe ser evaluado exhaustivamente, ya que no sólo es importante determinar la capacidad física funcional, sino también la condición emocional, la actividad social y la calidad de vida entre otros aspectos (Redin, "s.f"). En el contexto comunitario, la depresión en las personas adultas mayores es difícil de definir claramente, pero su detección y manejo son instrumentos primordiales en la implementación de estrategias de intervención (Wada y otros, 2005).

Se hace imprescindible considerar que las diversas herramientas utilizadas para evaluar los cambios y particularidades que se manifiestan con la edad, asociados a un estilo de vida inactivo y que de un modo u otro determinan la capacidad de funcionamiento integral de una persona, en muchas ocasiones se omiten a pesar de que están a disposición del investigador. Sin embargo, en los últimos años se observa un interés real de valorar y atender profesionalmente al grupo de personas adultas mayores (Mella y otros, 2004). Este grupo etario hasta cierto punto ha sido descuidado y un tanto abandonado a su propia suerte, a pesar que día con día incrementa su

número de miembros exponencialmente y a nivel mundial. En este sentido, la persona adulta mayor se constituye muchas veces en una carga social y económica, sus posibilidades de ostentar una mejor calidad de vida en cualquiera de sus componentes se ven limitadas, esta situación genera la incertidumbre de cómo poder enfrentar esta fase de vida con las consideraciones y apoyo de la sociedad como realmente lo merecen (Martínez y Brenes, 2007).

Es importante destacar la escasa información relacionada con el manejo de un perfil integral en la persona adulta mayor; las investigaciones giran en torno a una u otra variable (estado psicológico, depresivo, social, físico, salud, calidad de vida), pero no se da un manejo integral desde el punto de vista de intervención bio-psico-social. Esta situación se puede interpretar desde la perspectiva de que se trata de un tema de abordaje relativamente nuevo y cuya importancia solamente se ve reflejada en la actualidad dado el interés social, económico y político relacionado con la problemática de una sociedad que envejece y un sistema que puede colapsar sino se toman las consideraciones necesarias. En Costa Rica, esta situación no es muy diferente, el abordaje investigativo se ha centrado en determinar algunas situaciones relacionadas con el proceso de envejecimiento, se han realizado estudios un poco más detallados, pero se adolece de una intervención holista que atienda a profundidad las características y necesidades de la persona adulta mayor. Esta misma situación acontece en el cantón de San Ramón, donde no es muy diferente la situación con respecto al resto del país. En este cantón, la Universidad de Costa Rica con sus programas de acción social, ha profundizado y ofrecido desde mediados de los años 80 proyectos destinados a la inclusión y atención de las personas adultas mayores, además de esta institución, otras organizaciones como la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) y el Instituto Costarricense del Deporte y la Recreación (ICODER), han propiciado espacios para la atención de estas personas. Dado estas razones las personas adultas mayores han contado con un espacio para la práctica de actividades de diversa índole en pro de mejorar la calidad de vida.

De acuerdo con la posición general presentada en este apartado, la creación o

la representación de un perfil integral de las personas adultas mayores de San Ramón, tendrá una gran relevancia en el campo profesional y de manejo de esta población a nivel nacional, pudiendo aplicar los conocimientos adquiridos en este estudio a otras poblaciones adultas mayores del país; los resultados obtenidos en esta investigación servirán para determinar con mayor claridad el estado bio-psico-social funcional de la persona adulta mayor del área de San Ramón, traducándose en una herramienta que ayuda a mejorar la intervención enfocada a atender todas las debilidades que amenazan con limitar las capacidades funcionales de estas personas. Se trata de detectar o enfocar aquellas variables que están siendo más afectadas y preparar la intervención para impedir de algún modo la pérdida de la independencia funcional.

Objetivo General:

1. Determinar el perfil bio-psico-social de la persona adulta mayor que asiste a programas institucionalizados en el área de San Ramón.

Objetivos específicos:

- 1.1 Establecer el estado físico de la persona adulta mayor del área de San Ramón, por medio de la aplicación del “Senior Fitness Test”.
- 1.2 Identificar los índices subjetivos de calidad de vida de la persona adulta mayor del área de San Ramón por medio de la aplicación del cuestionario de calidad de vida SF 36 en las escalas de función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental.
- 1.3 Identificar el nivel de bienestar psicológico de la persona adulta mayor del área de San Ramón a través de la aplicación de la escala de bienestar psicológico, en las dimensiones de autoaceptación, relaciones positivas, autonomía, dominio del entorno, propósito en la vida y crecimiento personal.
- 1.4 Identificar el bienestar social de la persona adulta mayor del área de San Ramón, a través de la aplicación de la escala de bienestar social con sus dimensiones integración social, aceptación social, contribución social,

actualización social y coherencia social.

1.5 Determinar cuál es la percepción de salud que ostentan las personas adultas mayores del área de San Ramón, con la aplicación del cuestionario de “Goldberg” de 12 ítemes.

1.6 Determinar el nivel de depresión que puede afectar a la persona adulta mayor del área de San Ramón, por medio de la aplicación de la Escala de Depresión Geriátrica de “Yesavage”.

1.7 Analizar la relación entre las distintas dimensiones bio-psico-sociales y contrastar el perfil bio-psico-social obtenido según rango de edades.

Conceptos Clave:

Calidad de Vida: Percepción subjetiva, influenciada por el estado de salud actual, de la capacidad para realizar aquellas actividades importantes para el individuo, esto se relaciona con la percepción de las personas sobre su estado de bienestar físico, psíquico, social y espiritual (Schwartzmann, 2003).

Capacidad funcional: Capacidad de ejecutar, de manera autónoma, aquellas acciones más o menos complejas, que componen nuestro quehacer cotidiano en una manera deseada a nivel individual y social (Larrión, 1999).

Bienestar Psicológico: Nivel de desarrollo de las capacidades para un funcionamiento positivo, esto incluye la auto-aceptación, aceptar a los demás, manejo del entorno, la autonomía y propósitos en la vida; el crecimiento personal, en este sentido es visto como el empeño para desarrollar las potencialidades, por seguir creciendo como persona y elevar al máximo sus capacidades (Díaz y otros, 2006).

Bienestar Social: La valoración que se hace de las circunstancias y el funcionamiento propio dentro de la sociedad y se divide en las dimensiones de integración social,

aceptación social, contribución social, actualización social y la coherencia social (Keyes, 1998).

Percepción de Salud: Estado de salud auto-percibida, evaluación que hace la persona de su estado de bienestar general, sobre todo a lo referente a la presencia de ciertos estados emocionales (García-Viniegras, 1999).

Depresión geriátrica: Enfermedad que afecta principalmente a la esfera afectiva, determina la tristeza patológica, el decaimiento, la irritabilidad o un trastorno del humor que puede disminuir el rendimiento en el trabajo o limitar la actividad vital habitual y por ende la calidad de vida. Amenaza la salud mental y la calidad de vida de las personas adultas mayores (Wada y otros 2005).

Perfil Bio-Psico-Social: Estado integral de la persona relacionado con aspectos sociales, mentales, psicológicos y biológicos (Labiano, 2004)

Persona Adulta Mayor: la Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, presidida por las Naciones Unidas, fijó al adulto mayor como aquella persona cuya edad oscila entre 60-80 años, y al mayor de 80 años lo clasificó como anciano. (Organización Mundial de la Salud, 1989).

Programas institucionalizados: Proyecto auspiciado por alguna institución gubernamental como la CCSS, ICODER, UCR, en el que participan personas adultas mayores que desean mejorar su vida integralmente para lograr un proceso de envejecimiento a plenitud.

Capítulo II

MARCO CONCEPTUAL

El proceso de envejecimiento

El envejecimiento es un proceso complejo que afecta no solo al individuo sino a la sociedad como un todo. En las últimas décadas hay un cambio en la estructura de la población producto de un aumento de la población mayor y una disminución en la tasa porcentual de los menores. Esta situación es el resultado tanto del aumento de la esperanza de vida, como de la disminución experimentada por la tasa de fecundidad. La baja de la mortalidad y el consiguiente incremento de la longevidad es el producto conjunto de una serie de factores que se confabulan para hacer que el grupo de mayor edad se incremente y se proyecte un cambio en la pirámide poblacional, más personas se agrupan en la cúspide piramidal y se reduce el número de los más jóvenes. El incremento en este segmento de la población total tiene dos motivos fundamentales: en primera instancia, la proporción de personas de 60 años y más es mayor y segundo, alcanzan a vivir más años (Ramírez, 2002).

El proceso de envejecimiento se caracteriza por el retiro de las responsabilidades laborales, acentuándose la dependencia cada vez más en la familia, la comunidad y la sociedad. La disminución de las capacidades biológicas propias del proceso, conducen a estas personas a depender cada vez más de sus familiares para su cuidado y atención. El cambio de rol (de jefes de familia a dependiente de otros miembros), el abundante tiempo libre disponible y los problemas de funcionalidad son circunstancias que pueden incrementar los estados depresivos y el aislamiento social, sino se está adecuadamente preparado (Ramírez, 2002).

Esperanza de vida de la persona adulta mayor

En Costa Rica al igual que muchos países vecinos, se encuentra en una fase avanzada del proceso de transición demográfica. La tasa de fecundidad ha venido disminuyendo, pasando de 3,9 en 1975 a 2,6 en 1999, mientras que la esperanza de vida ha aumentado. En el año 2000 la esperanza de vida al nacer fue de

aproximadamente 74,8 años en los hombres y 80,3 años en las mujeres, mientras que luego de cumplidos los 60 años la esperanza de vida fue de 20,1 años (80,1 años) más para los hombres y 23,7 años (83,7 años) más para las mujeres (Valverde, 2004).

Para el año 2002, la esperanza de vida al nacer en Costa Rica fue de 78,6 años: 76,3 para los hombres y 81,0 años para las mujeres. Esta es la esperanza de vida más alta de Latinoamérica, superior incluso a la de los Estados Unidos. Los datos más recientes muestran que en el 2002 la esperanza de vida a los 60 años de edad fue de 21,7 años (81,7 años) para los hombres y 24,5 años (84,5 años) para las mujeres (Organización Panamericana de la Salud (OPS), 2004). Estos datos sugieren un aumento de la población de 60 años y más; entre 1950 - 2000 y la población menor de 15 años pasó de un 42,9% a un 31,9% y se estima que disminuirá a un 22,9% para el año 2025. La población adulta mayor pasó de un 6,0% en 1975 a un 7,9% en el 2000, y se estima que representará un 14,2% en el año 2025. Esta situación produce paulatinamente un cambio en la pirámide poblacional (Valverde, 2004).

De acuerdo con el Instituto de Estadística y Censo de Costa Rica INEC (2002), la población adulta mayor incrementará rápidamente hasta alcanzar cifras significativas; en el año 2000 se contaba con una población de 297.349 (142.019 hombres – 155.330 mujeres), de igual forma se proyecta que este número crecerá a 440.420 personas adultas mayores en el año 2010 (208.888 hombres – 231.532 mujeres), esta cifra se duplicará a 893.415 en el año 2025 (427.477 hombres – 465.934 mujeres) y para el año 2050 habrá una cifra bastante alarmante de 1.690.790 personas adultas mayores (800.396 hombres – 890.394 mujeres), esto indica que la pirámide poblacional tenderá a invertirse o a ensancharse en la cúspide, con los sucesivos problemas que esto acarrea.

Consecuencias del aumento en la esperanza de vida

Según los datos mostrados, pasar de 300.000 a 2 millones de adultos mayores tendrá un tremendo impacto social y económico, especialmente en temas tan sensibles como aquellos relacionados con pensiones y servicios de salud, entre otros. La

atención integral especializada tendrá un papel primordial para tratar de atenuar los efectos contradictorios que provocará este fenómeno social (OPS, 2004). Este proceso de envejecimiento de la sociedad tiene consecuencias profundas en la estructura y funciones de la familia, en la fuerza de trabajo, en la organización de los servicios de salud, educacionales y sociales y en las políticas y prácticas de los gobiernos (Ramírez, 2002).

El incremento en los costos de atención médica y cuidados personales de esta población en creciente aumento, podría provocar un colapso en cualquier sistema de salud (OPS, 2004). Se hace preponderante una intervención oportuna que abarque la mayor cantidad de variables que intervienen en el proceso de envejecimiento, de modo que se puedan contrarrestar los efectos negativos del mismo. A pesar de esta importancia manifiesta de la atención integral, las intervenciones en el campo se fundamentan en las mejoras del estado clínico de las personas reduciendo así la morbilidad, pero esto a razón de terapia farmacológica. Sin embargo, se recomienda que para brindar una mejor atención y se puedan reducir la prevalencia de enfermedades como la hipertensión arterial, diabetes, tumores, entre otras observadas en este grupo etario, la atención debe ser integral, de modo que incluya mejoras en la atención nutricional, condiciones de vida y por supuesto una adecuada actividad física (Taylor y Jonson, 2007).

De acuerdo con Virtuoso y Oliveira (2008) el aumento en las expectativas de vida ha provocado el interés sobre los mecanismos de atención de la población mayor, ya que, a nivel mundial este fenómeno tiende a aumentarse cada vez más, esto ha provocado que los especialistas e investigadores intenten comprender esta situación para brindar una mejor atención en los aspectos sociales, psicológicos y físicos, y así mejorar la calidad de vida de esta población, sobre todo mantener la capacidad funcional integral que le permita realizar las actividades de la vida diaria.

Ciertamente la vejez es una vivencia, muy particular y por razones fisiológicas va a mostrar signos de deterioro. Sin embargo, esto no significa que no se pueda tener

una buena calidad de vida. Si actualmente la esperanza de vida es alta, es importante vivir con calidad, lo que implica considerar aspectos como salud, nutrición, medicina complementaria, ejercicio físico, descanso, sueño y recreación, entre otros (Alpízar, 2005).

De este modo, el abordaje de este tema se debe hacer profundizando sobre los atenuantes de la calidad de vida, incluyendo las variables que se relacionan directamente con la construcción de un perfil integral que incluya, la calidad de vida como componente central, la funcionalidad física, la salud general, el bienestar psicológico y el bienestar social; aspectos que se abordarán más profundamente en los siguientes apartados.

Para elaborar realizar el abordaje integral se admite que la salud y la enfermedad están multidimensionadas, o sea, las causas que interactúan en los procesos saludables y patológicos son de diversa naturaleza y origen según lo visualiza el modelo bio-psico-social. Esta idea contempla la integralidad del ser humano en sus componentes biológicos, psicológicos y sociales, como factores determinantes en el proceso de salud o de enfermedad. Si sólo se actúa sobre factores biológicos para intervenir las enfermedades esto no garantiza el éxito del tratamiento. El modelo bio-psico-social busca humanizar la actividad del especialista tratante y dirigir la atención a la persona que necesita de atención tomando en cuenta los múltiples factores que influyen en su expresión en un espacio y tiempo específico. La persona necesita ser atendida desde un punto de vista integral, ya que, esta teoría atiende al ser humano como un ser integral y como tal debe ser intervenido si se pretende mejorar su calidad de vida (Vanegas y Gil, 2007).

Debido a la frecuencia de múltiples condiciones crónicas (hipertensión arterial, diabetes, dislipidemia, artritis, otras) en las personas adultas mayores, la evaluación integral bio-psico-social de las necesidades de estas personas se convierte en la parte más importante en la mediación e inicio del proceso de intervención. La Sociedad Americana de Geriátrica (2005) recomienda un enfoque bio-psico-social para la

evaluación de los adultos mayores. En este sentido el abordaje teórico que se presenta en los siguientes apartados hace referencia a las variables que intervienen en el modelo planteado para la intervención integral de las personas.

Calidad de vida en el envejecimiento

La calidad de vida es la percepción que cada individuo tiene de su propia vida en el contexto cultural, valores, metas, expectativas, estándares y preocupaciones. Éste es un concepto amplio, del que forman parte elementos como la salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales de la persona y su relación con el ambiente que le rodea (OMS, 1996).

De acuerdo con la Comisión Económica para América Latina (CEPAL) (2006) la calidad de vida es un asunto trascendental que afecta no sólo a las personas mayores, sino también a sus familias y a la sociedad. Si bien este concepto es uno de los más utilizados en las ciencias sociales y en la planificación social en general, está adquiriendo nueva vigencia en relación con el envejecimiento y plantea nuevos retos en términos de desarrollo conceptual y aplicación práctica. A nivel teórico, el concepto de calidad de vida debe incluir las especificidades propias de la vejez, tanto fisiológicas como sociales, y considerar las diferencias respecto a las anteriores etapas del ciclo de vida. A ello se suma la necesidad de identificar los elementos de naturaleza objetiva (redes de apoyo, servicios sociales, condiciones económicas, entorno, entre otros) y subjetiva (satisfacción, autopercepción) intervinientes.

En resumen se puede asumir la posición de Schwartzmann (2003) quién manifiesta que “Es claro que calidad de vida es una noción eminentemente humana que se relaciona con el grado de satisfacción que tiene la persona con su situación física, su estado emocional, su vida familiar, amorosa, social así como el sentido que le atribuye a su vida, entre otras cosas” (p, 8). O sea, se puede decir que la calidad de vida es el principal componente en la vida de las personas.

Al observar el perfil bio-psico-social de la persona adulta mayor, la calidad de vida toma un rol sobresaliente, ya que, las demás variables van a tener una estrecha relación con ella (Register y Herman, 2010). La noción de calidad de vida es compleja, al igual que la salud, donde distintas dimensiones pueden ser identificadas. Es un concepto además en el que cobra preponderancia la valoración subjetiva de cada persona, pero que mantiene estrechos lazos con indicadores objetivos como el nivel socioeconómico, la edad, el medio ambiente y la salud, entre otras (Maldonado y Mendiola, 2009).

La calidad de vida de las personas adultas mayores está asociada con factores sociales, económicos y afectivos, que influyen sobre la posibilidad de enfrentar la vejez en forma sana y activa (Ramírez, 2002). En un estudio realizado por Elosua (2009) donde participaron 402 personas adultas mayores, 168 hombres y 234 mujeres con edades entre 65 y 94 años y a los que se les aplicó un cuestionario de calidad de vida, se encontró que la salud es la dimensión que más relacionan las personas adultas mayores con una buena calidad de vida, seguido por la autonomía, lo que refleja la importancia de estas dos dimensiones en el quehacer diaria de este grupo de personas.

Para comprender mejor los alcances de la calidad de vida en la persona adulta mayor Vera (2007) ofrece los resultados obtenidos en un estudio longitudinal con 16 personas adultas mayores y sus respectivas familias, como conclusiones de esta intervención se tiene que:

1. En el adulto mayor, en su vida cotidiana, a mayor nivel de paz, tranquilidad, protección familiar, digna y amorosa, sin perder su derecho a la libre expresión, comunicación y decisión; mayor será su calidad de vida;
2. En relación a la familia, cuanto menor considere el nivel de satisfacción de las necesidades de seguridad, estabilidad, posesión y pertenencia del adulto mayor, menor será el nivel de su 'calidad de vida'.
3. A diferencia de los jóvenes y adultos, la pirámide de necesidades para el adulto mayor requiere una especial consideración o adecuación, reubicando las necesidades de amor y afecto, principalmente, en el primer nivel, conjuntamente con las llamadas necesidades básicas.
4. La necesidad de

autorrealización no es solo un derecho del joven; el adulto mayor debe sentirse autorrealizado, si, y solo si, tiene el apoyo y ayuda familiar para el logro de sus metas y perspectivas, garantizando con ello su calidad de vida (p, 289).

Bajo este concepto, la buena calidad de vida se fundamenta en un conglomerado de situaciones necesarias en el diario vivir de la persona adulta mayor. La sociedad debe comprender que es importante prestar especial atención a este grupo etario para que tenga una sana convivencia y además aprovechar al máximo la sabiduría y experiencia que guardan estas personas.

La evaluación de la calidad de vida es fundamental desde un punto de vista social, porque permite planificar, asignar recursos, priorizar políticas y evaluar resultados para intervenciones oportunas y certeras (Register y Herman, 2010). El estudio de la calidad de vida en las personas adultas mayores tiene grados de especificidad en relación con las características diferenciales de ese proceso y con el contexto demográfico, histórico, político y social en el cual se experimenta la vejez. En este período cobran relevancia especial los aspectos relacionados con la salud y con las relaciones sociales tanto es así, que los componentes de independencia, seguridad socioeconómica y redes de apoyo social constituyen el 97% de la calidad de vida de la persona adulta mayor (Elosua, 2009).

Estado de salud en la persona adulta mayor

La salud es el completo estado de bienestar biológico, psicológico y social y no solamente la ausencia de enfermedad en una persona; la salud está relacionada al bienestar general y por ende a la calidad de vida (OMS, 1996). En la persona adulta mayor la salud es el componente de mayor importancia, ya que existe una gran preocupación por mantener un nivel de salud aceptable que permita realizar las actividades de la vida diaria de un modo satisfactorio. Sin embargo, en este período de vida es frecuente la presencia de patologías como las cardiovasculares, musculares, sanguíneas, entre otras, que limitan las posibilidades de una mejor calidad de vida.

Esto genera situaciones depresivas que aumentan el nivel patológico de la enfermedad e interfieren con el disfrute de la vida diaria (Mella y otros, 2004).

En este sentido, Cáceres (2004) realizó una encuesta en Costa Rica que midió el estado de salud de las personas de edad avanzada construyendo un indicador con base en la declaración de padecer una serie de patologías como hipertensión arterial, diabetes mellitus, cardiopatías, artritis y osteoporosis, así como la declaración de padecer una serie de síntomas. De este modo se elaboraron tres categorías de estado de salud: sano, enfermo y muy enfermo según el número de enfermedades reportadas y la presencia de síntomas, esto dio como resultado que el 23% de las personas adultas mayores se percibieran sanas, el 49% se ubicaran como enfermos y 28% muy enfermos.

Por su parte, en Cuba, el porcentaje de personas adultas mayores que percibieron positivamente su salud fue de 39,6%, la prevalencia de alguna enfermedad crónica representó el 73,2%, además la satisfacción con la vida se relacionó positivamente con la percepción de salud y el bienestar. O sea, una persona que tenga una buena salud autopercebida, va a manifestar una mejor satisfacción con la vida y un mejor bienestar general (Fernández y otros, 2000).

En el I Informe Estado de Situación de la Persona Adulta Mayor en Costa Rica se indica que la salud autorreportada mostró que las personas adultas mayores poseen una salud regular 39% y buena 32%. Solamente el 16% indicó tener una salud en extremo excelente o mala. De acuerdo a este informe el reporte de salud autopercebida va en detrimento con la edad, de este modo las personas ubicadas entre los 65-69 años reportan salud regular o mala en un 44% de los casos y, entre quienes tienen 70 años y más, el reporte de mala salud se da en el 50% de los casos (Fernández y Robles, 2008).

Así mismo, en el estudio Costa Rica: Estudio de Longevidad y Envejecimiento Saludable (CRELES) desarrollado por Fernández y Méndez (2007) se indica que en Costa Rica las personas adultas mayores dicen poseer una mejor salud que lo

reportado en el estudio “Salud Bienestar y Envejecimiento en América Latina y el Caribe” (SABE) realizado por Menéndez, Guevara, Arcia, León Díaz, Marín y Alfonso (2005) para otras ciudades de Latinoamérica. De acuerdo con el informe CRELES, en Costa Rica el 47,2% de los encuestados reportó una inadecuada salud, mientras que en el estudio SABE, se reporta que en ciudades como Bridgetown la inadecuada salud fue de un 49,1%, en Sao Pablo 53,4%, en Ciudad de la Habana 62,6%, en Santiago 63,2% y en México, DF 69,4%. De acuerdo con este estudio a pesar de que en Costa Rica se dio un alto porcentaje de salud reportada como inadecuada, se prevé un menor riesgo de morbilidad y mortalidad que en estas otras ciudades de Latinoamérica.

Por su parte, en un estudio realizado en Canadá por Sawatzky, Liu-Ambrose, Miller y Marra (2007) se analizó a 22.432 personas de 65 años o más, para tratar de determinar la situación de salud a partir de variables como la movilidad, la destreza, el dolor, la cognición y el bienestar emocional. Se encontró que el 79% de los adultos tenían al menos una de las condiciones crónicas (desórdenes respiratorios, desórdenes músculo-esqueléticos, diabetes, enfermedad cardiovascular, problemas urinarios, cáncer, Parkinson, esclerosis múltiple que fueron consideradas en este estudio, el 8% de las personas había una condición crónica que no se consideró en este estudio y solamente el 13% no tenían enfermedad crónica. Sólo el 25% de los adultos mayores alcanzó un nivel de actividad física con un gasto calórico de 1.000 Kcal/semana, el 64% no alcanzó el nivel de actividad física recomendada. Tener una enfermedad crónica se asoció con una disminución relativa de la salud y un aumento relativo en las limitaciones de movilidad, problemas de destreza, dolor, problemas emocionales y las limitaciones cognitivas. Se observó que las personas adultas mayores con enfermedades crónicas no transmisibles son menos propensas a participar en actividades físicas que demanden por lo menos un gasto energético de 1.000 kilocalorías por semana.

Según la OPS (2004) el 77% de las personas adultas mayores costarricenses presentan una calidad de vida disminuida por enfermedades crónicas no transmisibles

(hipertensión arterial, diabetes Mellitus, cardiopatías, artritis, osteoporosis, enfermedades pulmonares, derrame–trombosis, tumores, enfermedades del sistema nervioso) y solamente el 23% de los costarricenses adultos mayores dice tener buena salud, situación que se torna alarmante respecto al constate aumento en las cifras totales de dicha población. Es importante citar que el 22% de las personas adultas mayores reportó alguna discapacidad en el censo del 2000 (INEC, 2002). La discapacidad más comúnmente reportada fue la ceguera en 37% de los adultos mayores. La siguiente más común fue la sordera, que afecta más a los hombres (22%) que a las mujeres (15%). Mientras que la menor proporción de adultos mayores con alguna discapacidad reportó trastornos mentales. La prevalencia de alguna discapacidad aumenta con la edad, de 15% a los 60 años hasta alrededor de 50% en personas de 90 años y más (OPS, 2004).

De acuerdo con el informe del Ministerio de Salud (2010) las enfermedades que se presentan con mayor frecuencia en Costa Rica, son en primer lugar la hipertensión arterial que afecta al 50,4% de personas, hipercolesterolemia 37,1%, diabetes 20,6%, artritis 15,9%, osteoporosis 10,2 %, infarto 4,9% y cáncer 6,6%. Este panorama de morbilidad que se reporta en las personas adultas mayores ofrece una visión amplia de las causas de muerte que prevalecen en la persona adulta mayor en Costa Rica, de este modo, se indica que alrededor del 35,45% de las defunciones son de origen cardiovascular, el 23,04% se deben a tumores, el 11,39% a enfermedades del sistema respiratorio y el 30,12% a una variedad de condiciones, entre las que destacan la diabetes, enfermedades transmisibles, patologías sociales especialmente accidentes y la vejez.

De acuerdo con los argumentos anteriores, la salud autorreportada es un indicador que entraña claramente un concepto psicológico y es un excelente predictor de la salud física del individuo y aún de su morbi-mortalidad; está fuertemente asociada con otras condiciones psicológicas como la satisfacción en la vida, la autoestima, las habilidades funcionales, las actividades de la vida diaria, la depresión y además, el funcionamiento intelectual (Mella y otros, 2004). Además, el estado de

salud física tiene relación clara con el comienzo de cuadros depresivos en las personas adultas mayores ya que con frecuencia dos o tres meses después de una enfermedad importante suele aparecer el síndrome depresivo (Unsar y Sut, 2010).

La capacidad física funcional en las personas adultas mayores

Respecto a los procesos de envejecimiento, Taylor y Jonson, (2007) señalan que hay que comprender los cambios que paulatinamente se manifiestan en éste, como la disminución en el funcionamiento de los órganos o sistemas, dificultad para realizar las actividades de la vida diaria de manera normal, aumento en el peso corporal, entre otras. En adición a esto, el sedentarismo, cumple una función negativa en el mantenimiento de la calidad de vida, influye directamente en la aparición de enfermedades crónicas no transmisibles que pueden provocar dependencia y hasta la muerte. Es entonces donde la actividad física encuentra sentido y se hace primordial crear conciencia de lo importante que es el ejercicio físico para mantenerse funcional. Bajo esta hipótesis Kostić, Mladenović y Mikalački (2007) hacen referencia a la funcionalidad como la capacidad para realizar las actividades de la vida diaria sin fatigarse y su pérdida con la edad se relaciona directamente con la disminución de la actividad física, el envejecimiento y los procesos fisiológicos naturales de esta etapa de vida.

En un estudio de Sandoval y Varela (1998) se evaluaron pacientes hospitalizados y el 40% de ellos presentaron alguna dependencia funcional, además citan a McVey (1989) quién encontró en un grupo de pacientes internados, que el 60% tenían algún grado de discapacidad (entendiéndose por discapacidad, un deterioro de tal magnitud que se disminuye la función global), y un tercio tenían discapacidad funcional severa.

Warshaw y colaboradores, citados por Sandoval y Varela (1998) reportaron una tasa elevada de discapacidad en pacientes de 70 años y más; durante la admisión al hospital, el 66% de la población de estudio tenía dificultad con la movilidad, 21% sufría de incontinencia y el 53% tenían dificultad con actividades de autocuidado.

En Estados Unidos, por ejemplo, el 40% de las personas mayores de 65 años reportan limitaciones en su habilidad para realizar las actividades de la vida diaria, lo que involucra otro tanto en gastos y personas especializadas en su atención. Muchos de estos adultos se han inclinado por una vida sedentaria y han visto como sus capacidades funcionales han ido decreciendo hasta experimentar niveles de dependencia por pérdida de la capacidad física, mental u otra índole, lo que refleja un deterioro de la calidad de vida. (Collins, Rooney, Smalley y Havens, 2004).

En una investigación de Ávila, Gray y Payette, (2006) encontraron que las personas adultas mayores con un pobre desempeño en la ejecución de pruebas físicas, presentaron entre 4,2 a 4,9 más probabilidades de desarrollar discapacidades para realizar las actividades de la vida diaria (bañarse, comer, subir una escalera sin asistencia, caminar, entre otros) en un plazo aproximado de cuatro años, en comparación con aquellos que logran un mejor desempeño.

De acuerdo con lo expuesto en este apartado, la práctica de ejercicio físico cobra vital importancia, ya que se convierte en una herramienta indispensable para el mantenimiento de la funcionalidad y de la buena calidad de vida, sin embargo, se debe tener especial cuidado en que esta debe ser prescrita científicamente bajo los parámetros que se establecen con base a las características de cada persona, para ello se hace indispensable la evaluación diagnóstica de las capacidades que posee cada persona, qué actividades puede realizar y bajo qué parámetros. Esta se convierte en una tarea básica para que los resultados que se puedan obtener sean los idóneos (“American Collage Sport and Medicine” (ACSM), 2010).

En este sentido, se debe considerar los altos índices de sedentarismo que acompañan a esta población, por ejemplo en el estudio SABE sobre comportamiento de la población adulta mayor en varias ciudades de Latinoamérica (Menéndez y otros, 2005) se indica que el 75% de las personas adultas mayores reportaron no participar en actividad física regular. En Costa Rica el estudio de Fernández y Méndez (2007) indicó que el 69% de esta población es inactiva físicamente, esto, basados en la

prescripción recomendada por ACSM (2010).

Los años dorados que llegan luego de los 60 años de edad, se pueden convertir en una situación dolorosa y preocupante, sobre todo si se ha perdido capacidad funcional, si la calidad de vida se ha deteriorado y si las posibilidades de disfrutar a cabalidad de estos años se ven restringidas (Taylor y Jonson, 2007).

Los resultados obtenidos en un estudio realizado en la Universidad de Costa Rica, mostraron que un 21% del total de adultos mayores presentaron capacidad funcional intermedia, es decir que tenían entre 5 y 8 dificultades (de un total de 24). Un 16% presentó capacidad funcional baja, es decir que tenían 9 o más limitaciones (Cáceres, 2004). Estos resultados fueron similares a los reportados por la OPS (2004) en el Censo 2000 en donde se manifiesta que en Costa Rica el 22% de la población adulta mayor manifestaron alguna discapacidad.

La capacidad funcional se ha relacionado directamente con la edad, a mayor edad menor capacidad funcional. El porcentaje de personas con alta capacidad funcional está inversamente relacionado con la edad, a mayor edad menor porcentaje de personas con alta capacidad, y reportan que las personas ubicadas en el grupo de menores de 65 años la capacidad funcional alta es de 73% y en las personas mayores de 85 la capacidad funcional alta desciende a un 23% (Cáceres, 2004).

Parámetros de la capacidad física funcional

Para determinar la capacidad funcional de la persona adulta mayor, hay que comprender los diversos parámetros involucrados en su evaluación, pues cada uno de los componentes de la aptitud física funcional afines con la salud tienen una relación profunda con el mantenimiento, mejoramiento o pérdida de la funcionalidad, principal objeto de la evaluación de las personas adultas mayores (Ávila y otros, 2006).

Un método recomendado para evaluar la aptitud física para adultos mayores es el SFT, el cuál es uno de los métodos más utilizados en la evaluación de la capacidad

física funcional en la persona adulta mayor. Esta batería de pruebas se relaciona con la capacidad física funcional, definida como la capacidad física óptima necesaria para el desempeño de actividades cotidianas normales, de forma segura, independiente y sin fatiga. Se fundamenta en la evaluación rápida, sencilla y económica de la capacidad funcional de la persona adulta mayor. Su constructo está determinado de tal modo que todas las personas evaluadas estén en un rango de aptitud física de acuerdo a su edad (Collins y otros, 2004). El aspecto más importante es determinar la independencia con la que se puede desempeñar una persona de este grupo etáreo en sus actividades cotidianas y esto tiene gran relación con el mantenimiento de la salud. Se evalúan factores como la fuerza muscular, la flexibilidad, la resistencia aeróbica, la agilidad y la movilidad, determinantes de una vida activa, independiente como para cuidarse así mismo, ir de compras, participar en actividades sociales, recreativas y deportivas (Rikli y Jones, 2001).

La fuerza muscular es el factor físico más importante a conservar en personas adultas mayores, ya que, luego de los 50 años se da una pérdida importante de fuerza muscular en un 15 a 20% por década, lo que puede traer efectos devastadores en la capacidad para realizar actividades de la vida diaria (Rikli y Jones, 2001). Por ejemplo, se ha encontrado que adultos mayores después de los 70 años tienen dificultad para subir gradas, cargar pesos de 10 libras, caminar algunas cuadras, indicadores importantes de que su capacidad funcional se ha deteriorado. La fuerza tiene especial consideración en su relación con el riesgo de caídas, fracturas, desarrollo de osteoporosis, aumento en la utilización de glucosa, prevenir la obesidad y mantener un buen funcionamiento de los tejidos corporales (Bushman, 2011; McArdle, Katch y Katch, 2010).

Otro factor que no se debe dejar de lado es la resistencia aeróbica o capacidad aeróbica, la cual se relaciona con la capacidad de realizar una actividad continua por largo tiempo, esta es necesaria para realizar muchas actividades diarias, como caminar, ir de compras, participar en actividades recreativas, deportivas y de salud (Rikli y Jones, 2001). El consumo máximo de oxígeno (VO_2 máx.) indicador por excelencia de

la resistencia aeróbica declina entre un 5 a 15% por década después de los 30 años de edad, convirtiéndose en un 50% de pérdida de esta capacidad luego de los 70 años. Su mantenimiento se relaciona con la capacidad de movilidad e indirectamente con el control de los factores de riesgo de enfermedad cardiovascular tales como: obesidad, diabetes, hipertensión arterial (McArdle, Katch y Katch, 2010).

La flexibilidad es otro de los factores físicos importantes de mantener a través de los años, su pérdida se relaciona con la dificultad para moverse bien, inclinarse, flexionar la espalda, levantarse, extenderse, caminar y subir escaleras. El mantenimiento de una buena flexibilidad a nivel de isquiotibiales, ayuda a prevenir problemas de dolor de espalda baja, lesiones músculo esqueléticas, anormalidades al caminar, disminuye el riesgo de caídas (McArdle, Katch y Katch, 2010). En el tren superior la flexibilidad es importante en esta etapa para realizar actividades como subir o bajar cosas de gavetas, abrocharse la ropa en la espalda, entre otras. Su deterioro se relaciona con malas posturas corporales, dolor de espalda alta y discapacidad (Rikli y Jones, 2001).

La agilidad y el equilibrio dinámico son también componentes importantes en la capacidad física funcional de las personas adultas mayores, su mantenimiento e incremento físico se relaciona con la capacidad de realizar maniobras en determinadas situaciones, como atender rápidamente el teléfono, ir al baño, atender algo en la cocina, además esta capacidad es importante para poder participar en actividades recreativas y deportivas. La agilidad y equilibrio dinámico son necesarios para caminar rápido, esquivar un obstáculo y de este modo evitar caídas (Rikli y Jones, 2001).

Por último hay que analizar la importancia que tiene el índice de masa corporal en la población adulta mayor, ya que, ello tiene un gran impacto en el mantenimiento de la salud y la movilidad funcional. Personas con un índice de masa corporal (IMC) elevado tienen dificultades para mantener su capacidad física funcional, luego de los 30 años es común que las personas aumenten su peso corporal, sobre todo por la

acumulación de grasa. Este factor se complica luego de los 50 años en hombres y 60 en mujeres, ya que, hay reducción del peso corporal pero sobre todo por pérdida de masa muscular, lo que incrementa la situación de riesgo. El índice de masa corporal se incluye en el SFT por la estrecha relación de este factor con la movilidad; sobre todo en personas con sobrepeso y en personas con bajo índice de masa corporal la posibilidad de padecer enfermedades como la osteoporosis se incrementa (Rikli y Jones, 2001). Estudios realizados por Menéndez y otros (2005) reportan para siete ciudades de América Latina que más del 60% de las personas adultas mayores tienen sobrepeso u obesidad según su IMC. En Costa Rica, se reportó que el 68% de las personas que participaron en su investigación mostraron sobrepeso u obesidad, asimismo, el 44,6% de los encuestados presentó al menos tres limitaciones físicas relacionadas con la obesidad (Fernández y Méndez, 2007).

Con la aplicación del SFT en Estados Unidos, Rikli y Jones (2001) estratificaron la capacidad física funcional de las personas adultas mayores en ese país, de este modo determinaron que el 75 % de ellos se encontraban en una situación de independencia pero con niveles físicos bajos relacionados con pérdida funcional en años posteriores por lo que la implementación de cambios en el estilo de vida y un programa de actividad física se convertirían en herramientas de prevención y mejoría; este grupo se ubica en un rango normal (valores entre los percentiles 25 y 75). El 5% de esta población se encuentra en un nivel de alta capacidad física funcional, arriba del rango normal. El 25% de esta población mayor tienen un progresivo deterioro de su capacidad física funcional, necesitan asistencia para realizar sus actividades diarias o sea, son dependientes, lo que acrecienta el riesgo, este grupo se determina como abajo del rango normal.

En Costa Rica, Fernández y Méndez (2007) encontraron que el 67% de las personas analizadas tenían alguna limitación funcional instrumental y o física, siendo mayor la incidencia en mujeres que en hombres, esto muestra un riesgo aumentado de pérdida de independencia funcional. En otras ciudades de América Latina, Menéndez y otros (2005) informan que estas limitaciones funcionales se mostraron en cada

ciudad de la siguiente manera: Montevideo 33,8%, Buenos Aires 50,3%, Bridgetown 37,3%, Sao Paulo 64%, Santiago 54,1%, Ciudad de la Habana 48,3%, México DF 48%.

En otro estudio realizado en Costa Rica, se encontró que la población adulta mayor mostró mayor dificultad en la acción motora de subir escaleras en un 57%, y la que menos dificultad presentó, fue la de levantar los brazos con un 12%. Se indicó que entre 4% y 10% de las personas tuvieron dificultad para realizar actividades básicas y entre un 14% y un 23% mostraron dificultades instrumentales del diario vivir (Fernández y Robles, 2008).

El Bienestar Social de la Persona Adulta Mayor

Las personas adultas mayores, por sus limitaciones y por la implementación social de supuestos ideales de convivencia humana y de funcionamiento familiar son más vulnerables, además de la llegada de la jubilación y el cambio de tareas, son sometidas a un nuevo rol dentro de la sociedad, en donde son consideradas hasta cierto punto incapaces de realizar la mayoría de las tareas que años atrás podían realizar eficientemente; de este modo, las múltiples situaciones denigrantes a las que en muchas ocasiones se ven sometidas estas personas, provocan un deterioro de sus capacidades de socialización (Puga y otros, 2007).

Una situación importante resultante del planteamiento anterior es que la persona adulta mayor se ve sometida al abandono desde el punto de vista de soledad, aislamiento, deterioro físico y/o mental, disfunción en las redes de apoyo, familiares o comunitarias. Este abandono se convierte según la OPS (2004) en una trampa que poco a poco va restringiendo la funcionalidad de la persona adulta mayor, tornándola cada vez más dependiente. La soledad y la inactividad son enemigos acérrimos de la vejez. Cuando la persona mayor se queda sola, sobre todo sin sus seres queridos, la tristeza la embarga y las ganas de vivir disminuyen. En este sentido, Morales (2000) manifiesta que *“no es difícil de entender que la insuficiencia de apoyo social pueda originar carencias de todo tipo y hasta la muerte de la persona afectada”* (p.173).

Asimismo, los prejuicios y las actitudes sociales indican dos campos de acción absolutamente antagónicos: por un lado, la indiferencia y el olvido de las personas conlleva al desapego y así se da una autovaloración negativa; y por el otro, el compromiso y el respeto conducen al apego y a la autovaloración. La desvalorización del conocimiento y la experiencia son el producto directo del olvido social e implican la destrucción de la historia individual y colectiva que forjó la persona adulta mayor durante toda su existencia. La valorización positiva es un elemento imprescindible para la transmisión cultural y el aprovechamiento de esos recursos, así como el eslabón intergeneracional entre jóvenes y viejos, permitiendo que estos se sientan reconocidos y no marginados socialmente, aprovechando así ese cúmulo de experiencias y conocimientos enriquecedores (Buendía, 1997).

El bienestar social se puede relacionar directamente con la calidad de vida, por ejemplo, en un estudio realizado por Gallegos, García, Durán, Flores, y Salmerón, (2009) expresan que el apoyo social y la calidad de vida se incrementan juntos, a mayor apoyo social menor presencia de sintomatología depresiva. Los análisis mostraron que mejores niveles de apoyo social se asocian con mejor calidad de vida y menor presencia de sintomatología depresiva. En otro estudio similar se hace referencia a que la calidad de vida está altamente relacionada con el bienestar social. Se indica que la participación en las relaciones interpersonales, las responsabilidades, la aptitud y la recreación se asocia a una buena calidad de vida; además, la participación social puede contribuir significativamente a mejorar la calidad de vida de los adultos mayores con dependencia física (Lavasseur, Desrosiers y Noreau, 2004).

Por su parte, Means y otros (2003) encontraron relación directa entre un pobre estado psicosocial y la prevalencia de caídas en personas adultas mayores, esto porque un pobre bienestar psicológico y social está asociado a una deteriorada capacidad funcional. El ejercicio físico según ellos, ayudó a mejorar el estado psicosocial de las personas intervenidas. Estos investigadores realizaron también una revisión de 14 estudios similares y encontraron un patrón similar en el que se sugiere que el pobre

bienestar social y psicológico aumenta significativamente el riesgo de que una persona adulta mayor pierda su capacidad funcional por una caída.

En el estudio de White y otros, (2009) se indica que en Estados Unidos el 17% de la población adulta mayor reporta estar insatisfecha con el apoyo emocional, el 5% indicó no tener ningún apoyo emocional, el 59,6% si recibió apoyo emocional. El 62% mencionó tener buenos lazos sociales, mientras que el 32% dijeron tener al menos un número mínimo de amigos con los cuales compartir, lo preocupante es que el 3,7% no tenía ningún apoyo social, por lo que su bienestar social estaba deteriorado influyendo negativamente sobre su salud y calidad de vida. Estos investigadores al igual que Pennix, Leveille, Ferrucci, Van Eijk y Guralnik, (1999) indican que las personas con menor bienestar social autorreportado, tenían mayores problemas de salud, o sea, su salud era mala o regular y su funcionalidad física se veía comprometida. Se concluye en estos estudios que el bienestar social es un importante predictor del estado de salud de las personas adultas mayores; y tiene una fuerte relación con la calidad de vida. Las personas adultas mayores que tienen más y mejor apoyo social y muestran mejores resultados en el bienestar social, gozan de una mejor calidad de vida.

El bienestar social constituye una valoración que se hace de las circunstancias y del funcionamiento de la sociedad y está constituido por cinco componentes: la integración social, vista como la capacidad de relacionarse con la sociedad y la comunidad, la aceptación social, o sea que la persona se sienta parte de la sociedad en la que vive, de un grupo organizado o una comunidad; la contribución social, que se refiere a las posibilidades de ser útil dentro de la sociedad, de contribuir con el desarrollo de la comunidad, la actualización social, considerada como la capacidad de adaptación a los cambios que ocurren constantemente en la sociedad, la confianza que se ejerce o deposita en ese círculo; y la coherencia social, capacidad de ver y comprender el mundo que le rodea (Keyes, 1998). Estas dimensiones propuestas por Keyes, juegan un rol importante en el funcionamiento integral del ser humano; para la persona adulta mayor es de vital importancia construir un bienestar social que le

permita ser tomado en cuenta, sentirse útil y que además sea comprendido así como comprender los procesos que ocurren a su alrededor (Blanco y Díaz, 2005).

Es fundamental el hecho de que el adulto mayor pueda contar no sólo con el apoyo de los miembros de su familia, sino con otras personas que no sean sus parientes, y que puedan incluir amigos o vecinos. Los adultos mayores que tienen una red social amplia mantienen un nivel de bienestar mayor en relación con los adultos que sólo mantienen vínculos muy reducidos. Se señala que las relaciones unidireccionales de apoyo social dentro de los adultos mayores, generan sentimientos de soledad e insatisfacción, de modo que el mejor intercambio para el adulto mayor parece ser aquel en donde da y recibe apoyo (Salinas, Manrique y Téllez, 2008).

La participación social es un factor determinante de la calidad de vida. Existen relaciones significativas entre participación social y calidad de vida en personas adultas mayores. Las correlaciones entre algunas categorías de participación social, especialmente las relacionadas con los roles sociales, y dominios específicos de la calidad de vida fueron más altos. La satisfacción con la realización de adecuados hábitos de vida fue positiva y se asoció significativamente a la calidad de vida. Se demostró que los participantes con mejor salud y calidad de vida informaron mejor funcionamiento y estaban más satisfechos con su participación social. Estos hallazgos proporcionan información concluyente, ya que, algunos aspectos de la participación social pueden contribuir significativamente a mejorar la calidad de vida de los adultos mayores con discapacidades físicas (Lavasieur y otros, 2004).

El bienestar psicológico de la persona adulta mayor

Este es un aspecto meramente de valoración subjetiva que trata de determinar el estado psicológico actual en las personas adultas mayores, considerando que esta fase de vida significa en la mayoría de las situaciones, un espacio de difícil manejo para este grupo etario; es un periodo donde hay pérdidas de seres queridos, amenazas de dependencia y adaptación a nuevos estados psicosociales y físicos; estos acontecimientos pueden limitar la vida en términos cuantitativos y cualitativos. A pesar de estos impedimentos, las personas adultas mayores se adaptan a todos estos

nuevos cambios, se replantean metas y desafíos, adaptándolas a sus nuevas capacidades sociales, psicológicas y físicas, esto ayuda a eliminar la frustración que resulta de no poder alcanzar metas y elevan así el bienestar percibido (Ortiz y Castro, 2009).

El análisis del bienestar psicológico permite entre otras cosas determinar el estado de bienestar desde la perspectiva subjetiva de la persona en donde intervienen factores como: la autoaceptación, las relaciones positivas con otras personas, la autonomía, el dominio del entorno, el propósito de vida y el crecimiento (Mella y otros, 2004). A partir de estas dimensiones se refleja de manera intrínseca las limitaciones y fortalezas, el dominio que se tenga del medio y su interacción con la persona (Díaz y otros, 2006). En relación con esta temática Hardy, Concato y Gill (2004) reportaron que las personas con un mejor bienestar psicológico son las que mostraron una mejor capacidad de resiliencia y ésta se asocia con la mayor posibilidad de enfrentarse a las situaciones difíciles de la vida diaria de manera satisfactoria, o sea, sin afectar su calidad de vida. En este estudio las personas con independencia funcional tenían una mejor salud percibida, manifestaron mejores estados de salud, una mayor capacidad de resiliencia y una mejor calidad de vida.

Asimismo, Pennix y otros (1999) indican que el compromiso del bienestar psicológico, por ejemplo en una depresión, puede incidir en la morbilidad y la mortalidad de una persona con un buen estado de salud y adecuada funcionalidad física. Al analizar a un grupo de 10.294 personas, se determinó que había un riesgo elevado de dependencia funcional asociado a la depresión, sin embargo, los mecanismos por los que se da esa relación no están bien identificados. Según este estudio las personas con altos niveles depresivos presentaban mayor incidencia de afecciones de salud. Se encontró que la depresión incrementó la dificultad para realizar las actividades de la vida diaria en un 67% y la movilidad en un 73%. Además, se observó que las personas con mayores niveles de depresión eran los menos activos físicamente, lo que incrementaba el riesgo de pérdida de funcionalidad.

Por otra parte, en relación con el concepto de bienestar y su análisis, al menos las dimensiones de la autoaceptación, la autoestima y el propósito en la vida tienen que ver con muchos de los síntomas asociados comúnmente a depresión, así como el dominio del ambiente y las relaciones positivas con los demás se relacionan con el concepto de apoyo social percibido (Blanco y Díaz, 2005). El bienestar emocional de las personas adultas mayores se reduce cuando se manejan niveles bajos de ejercicio y salud física. Se ha observado que, la depresión se correlaciona fuertemente con limitaciones tales como la dificultad para preparar alimentos, comprar, salir, bañarse, entre otros. Más aún, un bajo sentido de control sobre la propia vida aumenta la depresión. Un ajuste de las funciones físicas y sentido de control, eliminaría algunas de las apariciones de depresión asociadas con esta edad (Mella y otros, 2004). En otro estudio, Cáceres (2004) menciona que el 52% de las personas adultas mayores analizadas presentaron un estado anímico normal, un 37,9% se encontraban en riesgo de depresión y el 10.1% presentaron estado de depresión.

El bienestar psicológico, constituye un elemento de gran importancia en el análisis de la situación de las personas adultas mayores. Es primordial comprender que durante el proceso de envejecimiento se manifiestan una serie de cambios físicos, sociales y psicológicos, que determinan el funcionamiento general de éstas personas y esto conlleva a la aplicación de estrategias de intervención en procura de que dicho proceso sea positivo y disminuya así la posibilidad de generar dependencia de otras personas para poder realizar las actividades diarias (Mella y otros, 2004).

Rasgos depresivos en las personas adultas mayores

Anteriormente se indicó que la depresión es de los factores probables que afecta a la calidad de vida de las personas adultas mayores, por lo que se torna importante tener información sobre los niveles de depresión que manifiestan las personas adultas mayores de manera que se pueda comprender integralmente la realidad psicoafectiva de éste grupo generacional. Según lo plantean en su estudio Wada y otros (2005) la depresión en las personas adultas mayores no sólo es una gran amenaza para la salud mental, sino también un motivo de preocupación en cualquier

campo de intervención en esta población. El envejecimiento exitoso, depende en gran medida de la atención integral y de la intervención oportuna de estas situaciones que afectan el buen vivir de una persona adulta mayor. En su estudio se determinó la existencia de estados depresivos entre el 17-32% de las personas evaluadas, además se encontró que esta patología se asocia fuertemente con una baja calidad de vida y con una reducida capacidad para realizar actividades de la vida diaria. En otros estudios como el de Menchetti, Cevenini, De Ronchi, Quartesan, y Berardi, (2006) se concluyó que la depresión es un factor de riesgo importante de morbi-mortalidad y que afecta negativamente, independientemente de otras patologías físicas y somáticas.

La depresión en las personas adultas mayores es una patología que se relaciona con múltiples situaciones que afectan la salud y la calidad de vida. La depresión, influye directamente sobre la capacidad social de la persona, el bienestar psicológico y sobre su funcionalidad física, esto se relaciona directamente con el aumento de la morbilidad y mortalidad de la población de personas adultas mayores. Además se reporta, que las mujeres comparadas con los hombres mostraron niveles depresivos mayores, además indican que su condición de salud es más mala y que su capacidad física funcional es más baja. Este reporte refleja un grave problema, ya que, si se considera que las mujeres tienen una mayor expectativa de vida, tendrán más años de vida pero de mala calidad (Orfila, Ferrer, Lamarca, Tebe, Domingo-Salvany, y Alonso, (2006); Heun y Hein, (2005). Sin embargo, Hays y otros (1997) encontraron que independiente de si se es hombre o mujer, la depresión afecta por igual a ambos géneros.

Datos de la OPS (2004) indican que alrededor de 121 millones de personas en el mundo sufrieron de depresión y que entre el 15-25% de la población mundial sufrirá de depresión al menos una vez en la vida. Según Runcan, Hategan, Barbat y Alexiu, (2010) la depresión llegará a ocupar en el 2020 el segundo lugar en las enfermedades después de la hipertensión arterial. En este estudio hay factores descritos como disparadores de la depresión; por ejemplo: el impacto negativo del retiro, hace que incremente el riesgo de depresión en un 15%, la pérdida de un ser querido genera esta

patología en el 90% de los casos, el 90% de las personas visualizan la pobreza como un factor que puede desarrollar depresión y entre el 32-40% indican que la soledad es un factor detonante de esta patología. Se menciona a la depresión como un factor que afecta las relaciones sociales, la capacidad para realizar las actividades de la vida diaria y la calidad de vida. En otro estudio, Heun y Hein (2005) mencionan algunos factores de riesgo asociados a la depresión, tales como; el sexo femenino, el bajo nivel educativo, la presencia de enfermedades físicas, las limitaciones funcionales, una red social pequeña y un bajo locus de control externo. Se plantea que una pobre red social es uno de los principales factores detonantes de estados depresivos.

Asimismo, Unsar y Sut (2010) reportaron que la depresión se relaciona directamente con el estado de salud de las personas adultas mayores y que a mayor depresión se da una menor calidad de vida. Además, el riesgo de padecer de depresiones incrementa en aquellas personas con enfermedades crónicas. En este estudio realizado con pacientes hospitalizados se encontró que el 64% de ellos padecían de depresión e indican que brindar apoyo dirigido a atender las necesidades psico-sociales, a la mejora de la capacidad física funcional, será de ayuda para mejorar la calidad de vida en pacientes de edad avanzada con estados depresivos presentes.

De acuerdo con lo planteado, el modelo biopsicosocial de evaluación e intervención integral de la persona adulta mayor es una herramienta que debe ser utilizada para determinar la situación real de un paciente. A partir de los resultados que se obtengan se puede planificar una intervención integral que abarque todos los campos de acción propuestos en esta teoría holista. La intervención en el proceso de envejecimiento de la persona adulta mayor debe ser cuidadosa, científica y responsable, para ello se deben considerar los múltiples aspectos tratados, físico funcional, social, psicológico, salud, depresión y calidad de vida. A partir de este insumo se puede proponer modelos de intervención integrales y acordes con las necesidades que se identifique.

Capítulo III

METODOLOGÍA

Participantes:

Los participantes del estudio son personas adultas mayores que asisten a programas institucionalizados del área de San Ramón. Se evaluó a 138 personas adultas mayores, con edades entre 60 y 86 años, entre ellos 120 mujeres y 18 hombres con un promedio de edad de $67,94 \pm 5,26$ años. Las personas evaluadas se ubicaron principalmente en los diferentes grupos organizados de San Ramón tanto por la Universidad de Costa Rica y la Caja Costarricense de Seguro Social. Los criterios de inclusión y exclusión para participar en este estudio indican que las personas debían tener una edad igual o mayor a 60 años, además de participar en algún proyecto organizado en la comunidad, finalmente se consideró que fueran personas funcionales físicamente.

Instrumentos y materiales:

1. Cuestionario de Calidad de Vida SF-36: Este cuestionario mide la calidad de vida relacionada con la salud, consta de 36 ítems situados en 8 dimensiones: función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental. Cada dimensión tiene un puntaje mínimo de 0 y máximo de 100 puntos y la consistencia interna de todas las escalas es muy alta con un alfa de Cronbach de $\alpha = 0,84$ a $0,95$. (Banegas, Rodríguez, Alonso, López, Pérez, Gutiérrez, 2003).

Contenido de las dimensiones del SF-36

Dimensión	# de ítemes	Ítem	Actitud de la puntuación más baja (0)	Puntuación más baja (100)
Función Física	10	3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12	Muy limitado para llevar a cabo todas las actividades físicas, incluido bañarse o ducharse, debido a la salud	Lleva a cabo todo tipo de actividades físicas incluidas las más vigorosas sin ninguna limitación debido a la salud
Rol Físico	4	13, 14, 15, 16	Problemas con el trabajo u otras actividades diarias debido a la salud física	Ningún problema con el trabajo u otras actividades diarias debido a la salud física
Dolor corporal	2	21, 22	Dolor muy intenso y extremadamente limitante	Ningún dolor ni limitaciones debidas a él
Salud General	5	1, 33,34, 35,36	Evalúa como mala la propia salud y cree posible que empeore	Evalúa la propia salud como excelente
Vitalidad	4	23, 27, 29, 31	Se siente cansado y exhausto todo el tiempo	Se siente muy dinámico y lleno de energía todo el tiempo
Función Social	2	32, 20	Interferencia extrema y muy frecuente con las actividades sociales normales, debido a problemas físicos o emocionales	Lleva a cabo actividades sociales normales sin ninguna interferencia, debido a problemas físicos
Rol Emocional	3	17, 18, 19	Problemas con el trabajo y otras actividades diarias debido a problemas emocionales	Ningún problema con el trabajo y otras actividades diarias debido a problemas emocionales
Salud Mental	5	24, 25, 26, 28, 30	Sentimiento de angustia y depresión durante todo el tiempo	Sentimiento de felicidad, tranquilidad y calma durante todo el tiempo
Transición de Salud	1	2	Cree que su salud es mucho peor ahora que hace 1 año	Cree que su salud general es mucho mejor ahora que hace 1 año

Adaptado de: Vilagut y otros, (2004).

2. “Senior Fitness Test” (SFT): Es un protocolo de aplicación de destrezas físicas, construido para evaluar la capacidad funcional de la persona adulta mayor. Las pruebas comprendidas en el SFT son: 1. Levantarse y sentarse de la silla (“**Chair – Stand test**”), 2. Flexiones de brazo (“**Arm Curl test**”), 3. Caminar 6 minutos (“**6-Minute Walk test**”), 4. Flexión de tronco en silla (**Chair Sit & Reach test**), 5. Juntar las manos tras la espalda (“**Back Scratch test**”), 6. Levantarse, caminar y sentarse (“**8-Foot Up –and- Go test**”), 7. Índice de masa corporal (“**Body Mass Index**”). Estas pruebas se enfocan en medir la capacidad física óptima para realizar las actividades de la vida diaria, de modo seguro, independientemente y sin fatiga. Cuenta con los requisitos esenciales que todo instrumento de evaluación debe cumplir, respecto a la validez, confiabilidad y objetividad. Bajo estas características el SFT fue diseñado para medir el rendimiento de las personas adultas mayores a través de rangos de grupos de edad y niveles de habilidad (Rikli y Jones, 2001).

Las normas del SFT fueron desarrolladas bajo estándares de rendimiento que permiten comparar el resultado individual de una persona con los resultados obtenidos en un grupo determinado, los datos obtenidos en este grupo se constituyen en normas, ya que, indican claramente los valores que deben mostrar otras personas que sean evaluadas con el mismo protocolo y el mismo rango de edad. Las normas del SFT se establecieron bajo estándares normativos que identifican las puntuaciones mínimas que una persona debe mostrar como elemento de prueba que se asocia con un riesgo de pérdida de la movilidad funcional. Los puntajes normativos fueron obtenidos a través de muchas mediciones un largo número de personas de una específica y definida población, para visualizar estas normas se utilizó tablas de percentiles. El percentil indica el rango equivalente asociado con el valor obtenido en la prueba, esto determina el nivel funcional específico en cada prueba y para cada persona. En este sentido, los valores alcanzados en una prueba menores al percentil 25, demuestran una capacidad física deficiente en dicha prueba, entre el percentil 25 y el percentil 75 su capacidad física funcional es normal y por arriba del percentil 75 su capacidad física funcional es excelente (Rikli y Jones, 2001).

El SFT describe puntualmente la habilidad funcional, provee una guía para identificar los parámetros físicos funcionales e ilustra la relación entre los parámetros físicos, las habilidades funcionales y las metas a cumplir con la actividad física en la población de personas adultas mayores, por esa razón se ha constituido en la principal herramienta en el campo de evaluación de este grupo etario, a pesar de que en países como Costa Rica se utilizan las normas de comparación implementadas en Estados Unidos (Rikli y Jones, 2001).

Las partes del protocolo del SFT se describen de la siguiente manera:

1. Levantarse y sentarse de la silla (“**Chair – Stand test**”): El participante se sienta en una silla y coloca sus manos cruzadas sobre el pecho, a la señal se pone de pie y se sienta el mayor número de veces posible en treinta segundos. Para validar este test se aplicó la medición de press de piernas utilizando 1-RM, y su correlación con el test de levantarse y sentarse en silla alcanzó un $r = 0.78$ en hombres y $r = 0.71$ en mujeres, lo cual hace que este test sea útil para evaluar la fuerza de la parte baja del cuerpo. Así mismo la confiabilidad reportada es de $\alpha = 0.86$ para hombres y de $\alpha = 0.92$ para mujeres (Rikli y Jones, 2001).

2. Flexiones de brazo (“**Arm Curl test**”): El participante se ubica sentado o sentada en una silla, ubica en una de sus manos una mancuerna de 5 libras en el caso de las mujeres y de 8 libras los hombres. Esta mancuerna se sostiene con el brazo extendido y con la cara anterior del antebrazo hacia el cuerpo, a la señal flexiona su brazo rotando la palma gradualmente y subiendo hasta el nivel del mentón, el peso es regresado hasta la extensión total del brazo y a la posición inicial. Se cuenta el número máximo de repeticiones en 30 segundos. El test se validó utilizando la poca literatura existente al respecto, se implementó la medida de 1-RM de bíceps, press de pecho y remos, se comparó con el test de flexión de brazo del SFT, el resultado obtenido arrojó una correlación de $r = 0.84$ en hombres y $r = 0.79$ en mujeres, lo que refleja una correlación moderadamente alta y le da validez a la aplicación de este test en personas adultas mayores. Así mismo la confiabilidad reportada por Rikli y Jones (2001), es de $\alpha = 0.81$ para hombres y de $\alpha = 0.80$ para mujeres.

3. Prueba de caminar 6 minutos (“**6- Minute Walk test**”): Esta prueba mide la mayor distancia en metros que puede recorrer una persona durante 6 minutos. Se traza un cuadrante de 50 metros, con un largo de 20 metros y un ancho de 5 metros, se ubican conos demarcadores en las esquinas y cada 5 metros un cono, para ubicar a las personas en el cono más cercano una vez finalizada la prueba. Las personas se ubican en la línea de salida y a la orden tratan de recorrer la mayor distancia posible caminando y siguiendo el espacio trazado, al finalizar los 6 minutos se ubican junto al cono más cercano del recorrido y se procede a contabilizar la distancia caminada. La validez se construyó comparando los resultados obtenidos en los 6 minutos de caminata con la medida obtenida en el test de Balke el cual mide de manera sub-máxima la capacidad aeróbica. Se obtuvo una correlación general entre ambas pruebas de $r = 0.78$. Una correlación de $r = 0.82$ en hombres y $r = 0.71$ en mujeres, lo que indica una correlación moderadamente alta para ambos casos. Además es importante indicar que el test tiene relación directa con la edad del participante, o sea, el resultado es acorde con la edad y la capacidad demostrada. La confiabilidad reportada en este test es de $\alpha = 0.97$ para hombres y de $\alpha = 0.91$ para mujeres (Rikli y Jones, 2001).

4. Flexión de tronco en silla (“**Chair Sit & Reach test**”): La persona se sienta en la silla en la parte externa del asiento, extiende una pierna al frente y la apoya sobre el talón, la otra pierna flexionada, se juntan ambas manos, dedos extendidos y ambos dedos medios, juntos y parejos en las puntas, se flexiona la cadera y se trata de llevar ambas manos a la punta del pie extendido tanto como se pueda sin flexionar la rodilla, se anota la cantidad de centímetros entre la punta del pie y la punta de los dedos medios. La amplia relación de realizar este test sentado en una silla con la flexibilidad de los isquiotibiales da paso a su validez, para ello se comparó los resultados obtenidos en el test de flexibilidad de isquiotibiales medida con goniómetro con los obtenidos en el test de sentarse en una silla y extenderse al frente, se obtuvo así una correlación de $r = 0.81$ para las mujeres y de $r = 0.76$ para los hombres. Además se determinó que este protocolo tenía una mejor correlación sentado en una silla que desde el piso, esto para personas adultas mayores. Así mismo la confiabilidad reportada es de $\alpha = 0.96$ para mujeres y de $\alpha = 0.92$ para hombres (Rikli y Jones, 2001).

5. Juntar las manos tras la espalda (“**Back Scratch test**”): el participante se ubica de pie, lleva una de sus manos por debajo del hombro tras la espalda, la otra mano la lleva por arriba de su otro hombro y busca juntar ambas manos con los dedos extendidos, la palma de la mano que está abajo se coloca en posición supina, y la otra en posición prono, el participante escoge el lado más confortable para él. Se procede a medir la distancia en centímetros desde ambas puntas de los dedos de ambas manos. El criterio de expertos da como válida la aplicación de este test para determinar la capacidad de movimiento de los hombros, flexión y extensión, abducción y aducción, rotación externa y rotación interna. Además, personas con buena capacidad funcional obtienen mejores resultados en el test y los resultados en la flexibilidad de hombros es menor cuanto mayor es la edad, estos dos términos hacen alusión a la validez de constructo y de contenido, sin embargo, hacen falta más estudios para verificar realmente la validez de constructo y de criterio. La confiabilidad de este test es de $\alpha = 0.96$ para hombres y $\alpha = 0.92$ para mujeres (Rikli y Jones, 2001).

6. Levantarse, caminar y sentarse (“**8-Foot Up –and- Go test**”): la persona a evaluar se sienta en una silla, se ubica un cono demarcador a 2,44 metros al frente de esta. La persona se sienta en el medio de la silla, a la señal, el participante se levanta y camina tan rápido como sea posible hasta el cono gira alrededor de este y regresa a la silla y se sienta. Se cronometra el tiempo que tarda en realizar el recorrido. La validez se construyó relacionando los resultados alcanzados en este test con los alcanzados en el Berg Balance Scale con una correlación de $r = 0.81$ y con el Barthel Index of ADLs una $r = 0.78$. La confiabilidad reportada es de $\alpha = 0.98$ para hombre y de $\alpha = 0.90$ para mujeres (Rikli y Jones, 2001).

7. Índice de masa corporal: Se procedió a medir el peso corporal en kilogramos y la talla en metros, para determinar el índice de masa corporal mediante la fórmula:

$$\text{IMC} = \frac{\text{Peso en Kg.}}{\text{Talla en m}^2}$$

Esta es una medida utilizada mundialmente para determinar posibles factores de riesgo de relacionados con la obesidad y las enfermedades cardiovasculares que degeneran la

capacidad funcional de las personas. En el estudio de Rikli y Jones (2001), establecieron que las personas con un IMC >26 Kg/m², se consideraban personas con sobrepeso.

Al SFT se le realizó validez de criterio utilizando criterios o mediciones de otros test similares a este, publicados previamente (Rikli y Jones, 2001).

Escala de bienestar Psicológico: Este protocolo es un cuestionario en español que consta de 29 ítems, en él se valora el estado subjetivo de bienestar psicológico de la persona en seis dimensiones: auto-aceptación $\alpha=0,84$, relaciones positivas con otras personas $\alpha=0,78$, autonomía $\alpha=0,70$, dominio del entorno $\alpha=0,82$, propósito en la vida $\alpha=0,70$ y crecimiento personal $\alpha =0.71$. Los valores de esta escala van de 1 punto como el valor más bajo y relacionado con un deficiente bienestar psicológico hasta 6 puntos como el valor más alto relacionado con un excelente bienestar psicológico (Díaz y otros, 2006).

Contenido de las dimensiones de la Escala de Bienestar Psicológico

Dimensión	# de ítems	Item	Definición de la dimensión
Autoaceptación	4	1 7 17 24	Uno de los criterios centrales del bienestar. Las personas intentan sentirse bien consigo mismas incluso siendo conscientes de sus propias limitaciones. Tener actitudes positivas hacia uno mismo es una característica fundamental del funcionamiento psicológico positivo
Relaciones Positivas	5	2 8 12 22 25	La gente necesita mantener relaciones sociales estables y tener amigos en los que pueda confiar. La capacidad para amar es un componente fundamental del bienestar y consiguientemente de la salud mental, el aislamiento social, la soledad, y la pérdida de apoyo social están firmemente relacionadas con el riesgo de padecer una enfermedad y reducen el tiempo de vida.
Autonomía	6	3 4 9 13 18 23	Para poder sostener su propia individualidad en diferentes contextos sociales, las personas necesitan asentarse en sus propias convicciones (autodeterminación), y mantener su independencia y autoridad personal. Las personas con autonomía son capaces de resistir en mayor medida la presión social y auto-regulan mejor su comportamiento
Dominio del Entorno	5	5, 10 14 19 29	La habilidad personal para elegir o crear entornos favorables para satisfacer los deseos y necesidades propias, es otra de las características del funcionamiento positivo
Propósito en la Vida	5	6, 11 15, 16,20	Las personas necesitan marcarse metas, definir una serie de objetivos que les permitan dotar a su vida de un cierto sentido
Crecimiento Personal	4	21, 26 27, 28	El empeño por desarrollar las potencialidades, por seguir creciendo como persona y llevar al máximo sus capacidades

Adaptado de: Días y otros, (2006); Keyes y otros, (2002).

Escala de bienestar social: Esta analiza mediante un cuestionario la valoración que cada persona hace de sí mismo acerca de las circunstancias y funcionamiento dentro de la sociedad. Se valora integración social $\alpha = 0.69$, la aceptación social $\alpha = 0.83$, la contribución social $\alpha = 0.70$, la actualización social $\alpha = 0.79$ y la coherencia social $\alpha = 0.68$. El valor más bajo que se puede obtener en cada una de estas dimensiones es de 1 reflejando un bienestar social deficiente y el mayor es de 5 e indica un excelente bienestar psicológico (Blanco y Díaz, 2005).

Contenido de las dimensiones de la Escala de Bienestar Social

Dimensión	# de ítems	Item	Definición de la dimensión
Integración Social	5	1 al 5	La evaluación de la calidad de las relaciones que se mantienen con la sociedad y con la comunidad. Las personas sanas se sienten parte de la sociedad, tienen el sentimiento de pertenencia, tienden lazos sociales con familia, amigos, vecinos.
Aceptación Social	6	6 al 11	Estar y sentirse perteneciente a un grupo, a una comunidad, dicha pertenencia se relaciona al menos con dos cualidades: a) confianza, aceptación y actitudes positivas hacia los otros y b) aceptación de los aspectos positivos y negativos de su propia vida.
Contribución Social	5	12 al 16	Sentimiento de utilidad, que se es un miembro importante de la sociedad, que se es útil para el mundo y que lo que se aporta es valorado.
Actualización Social	5	17 al 21	Concepción de que la sociedad y las instituciones que la conforman son entes dinámicos, se mueven en una determinada dirección a fin de conseguir metas y objetivos de los que hay beneficios (confianza en el progreso y en el cambio social). La sociedad controla su destino, sabe dónde va y traza intencionadamente el horizonte hacia donde quiere llegar en el futuro. La gente más saludable desde el punto de vista mental, confía en el futuro de la sociedad, en su potencial de crecimiento y de desarrollo, en su capacidad para producir bienestar.
Coherencia Social	4	22 al 25	La confianza depositada en la sociedad, la capacidad que se tiene para entender su dinámica. Es la percepción de la cualidad, organización y funcionamiento del mundo social, e incluye la preocupación por enterarse de lo que ocurre en el mundo. La gente sana no sólo se preocupa por conocer el tipo de mundo en el que vive, sino que tiene la sensación de que es capaz de entender lo que acontece a su alrededor. Se ve sentido a lo que pasa, y se encuentra una lógica a los acontecimientos cercanos.

Adaptado de: Blanco y Díaz (2005); Keyes, (1998).

Percepción de Salud de “Goldberg”: Este es un cuestionario de auto-reporte de salud general, o sea la valoración que hace de sí mismo cada persona respecto a su estado de bienestar general, especialmente a lo que se refiere a ciertos estados emocionales. Se reporta un valor de alfa de Cronbach $\alpha= 0,89$. Esta escala va desde 0 hasta 36 puntos, donde 0 corresponde a una muy mala salud general y 36 puntos corresponde a una excelente salud percibida (García – Viniegras, 1999).

Escala de depresión geriátrica de “Yesavage”: Es una herramienta breve de 30 puntos en el que los participantes deben responder *sí* o *no* con respecto a cómo se sintieron en la última semana. El GDS puede usarse con adultos mayores con buena salud, con enfermedad médica, y aquellos con deterioro cognitivo de leve a moderado. Se ha usado extensamente en entornos comunitarios, de atención de agudos y de cuidados de largo plazo. La sensibilidad del GDS es del 84% y la especificidad es del 95%. Las personas que obtienen menos de 11 puntos en esta escala se consideran con un nivel normal depresivo, las personas con puntajes entre 11 y 14 puntos en estado depresivo I y >14 puntos en estado depresivo II (Kurlowicz, 2007).

Procedimientos:

- 1) Los participantes de este estudio se ubicaron en los grupos de la comunidad ramonense.
- 2) Una vez ubicados los y las participantes se les explicó los detalles de la investigación y se firmó la hoja de consentimiento informado.
- 3) Se inició la recolección de información con la aplicación de los cuestionarios Goldberg, Yesavage
- 4) Luego se aplicó el SF-36
- 5) Se continuó con la administración de las escalas de bienestar psicológico y bienestar social.
- 6) Por último, se aplicó el Senior Fitness Test para determinar la capacidad física funcional

Para caracterizar un perfil integral de la persona adulta mayor se siguió las

recomendaciones o modelo de estratificación de Rikli y Jones, (2001) hasta donde fue posible, en donde las personas participantes se agruparon de acuerdo a su edad en cuatro subgrupos, como se explica a continuación:

- a) 60 – 64 años
- b) 65 – 69 años
- c) 70 – 74 años
- d) 75 – más

En cuanto al establecimiento del perfil bio-psico-social, se tomó como base los rangos de edad citados y se comparó la situación física funcional con los aspectos psicológicos evaluados a través de las escalas citadas. Para tales efectos se procedió a ubicar a las variables capacidad física funcional, calidad de vida, bienestar social, bienestar psicológico, depresión geriátrica y salud general de acuerdo a los grupos de edades antes mencionados y además se tomó de base los parámetros establecidos en cada uno de los instrumentos de medición y recolección, mencionados anteriormente.

Análisis Estadístico:

El desarrollo de este estudio está fundamentado en la investigación descriptiva-correlativa de corte transversal (Hernández, Fernández y Baptista, 2006). Se utilizó la estadística descriptiva para determinar la distribución de los datos y determinar los valores centrales, además de obtener un panorama general de cada una de las variables analizadas, mediante el promedio, los percentiles y los puntajes totales.

Se realizó un análisis de varianza (ANOVA de una vía) de una vía para comparar los valores obtenidos en cada variable y determinar si estos datos son significativamente distintos a los valores de otro o más conjuntos de datos. (Hernández y otros, 2006; Thomas y Nelsaon, 2007). Por su parte se realizó el análisis Post Hoc de comparación múltiple mediante el “Test de Scheffé”.

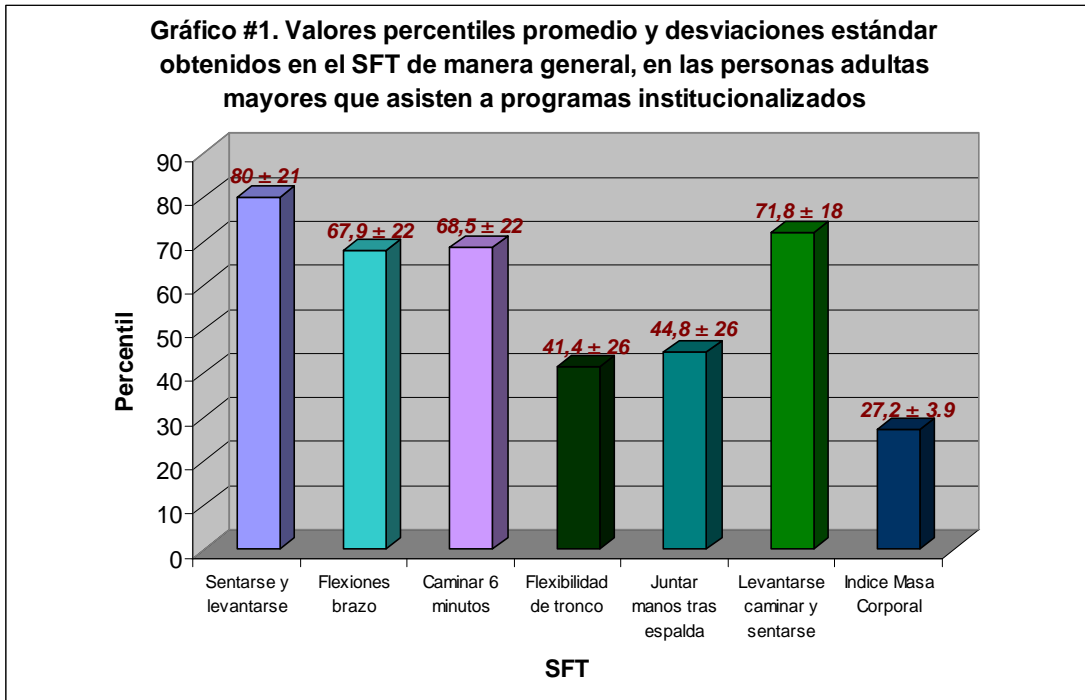
Además se utilizó el análisis de correlación de “Pearson” para determinar si existen relaciones entre las variables de estudio.

Se trabajó con un nivel de significancia de $p < 0,05$. El análisis estadístico se realizó mediante el uso del paquete estadístico para ciencias sociales “Predictive Analytics Software” PASW Statistics 18.0.

Capítulo IV RESULTADOS

1. Capacidad física funcional

En esta sección se presentan los resultados referentes a la capacidad física funcional.

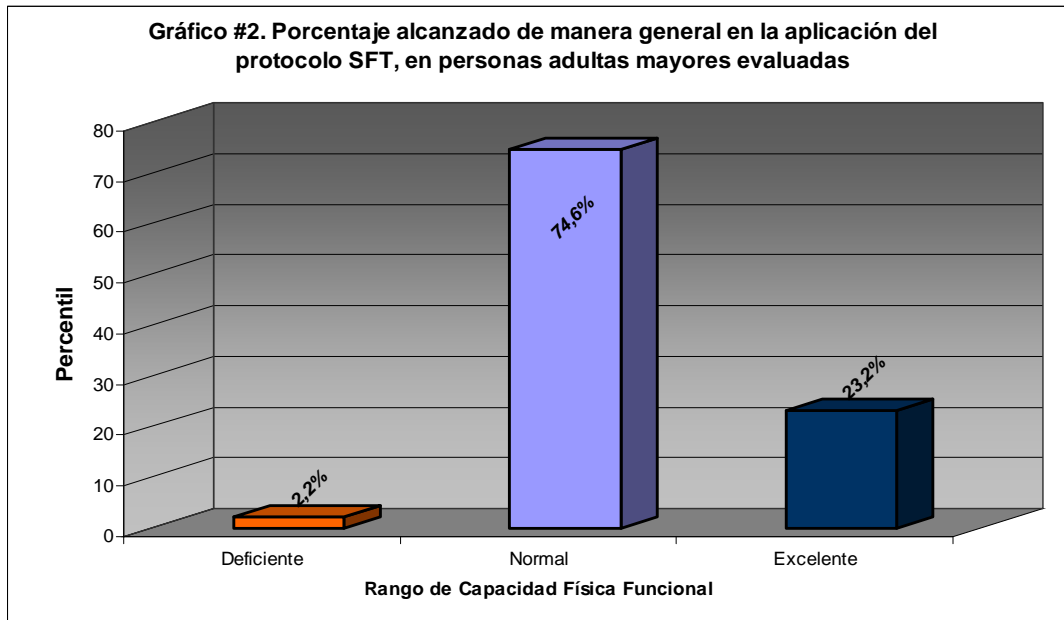


En las variables del SFT visualizadas en el gráfico #1, se observa que los valores promedio obtenidos en la prueba de flexiones de brazo, caminar 6 minutos, flexibilidad de tronco en silla, juntar las manos tras la espalda (flexibilidad de hombros) y levantarse, caminar y sentarse, se encuentran entre el percentil 25 y el 75, lo que demuestra que las personas evaluadas poseen un estado físico funcional normal. Por otra parte, en la prueba de sentarse y levantarse de una silla se obtuvo un valor percentil promedio de 80, por encima del percentil 75, indicando así que las personas analizadas tienen una capacidad física excelente en esa categoría. La última variable mostrada corresponde al IMC y presenta un valor promedio de $\bar{x} = 27,2 \text{ kg/m}^2$, por arriba del valor 26 considerado como peso normal.

Tabla #1. Valores promedios obtenidos en la aplicación de las pruebas del SFT, en las personas adultas mayores que asisten a programas institucionalizados.

SFT	Promedio	DS
Sentarse y levantarse	18.4 Rep	4.1
Flexiones brazo	18.5 Rep	4.2
Caminar 6 minutos	577.6 m.	73.4
Flexibilidad de tronco	0.01 cm	10.6
Juntar manos tras espalda	-6.0 cm	8.9
Levantarse caminar y sentarse	4.7 s	0.85
Peso	65.8 kg	10.7
Talla	1.6 m	0.08

Este cuadro muestra los valores obtenidos en cada una de las pruebas realizadas para evaluar la capacidad física funcional de las personas adultas mayores. Como se puede observar la prueba de caminar 6 minutos mostró un promedio de 577.61 ± 73.4 metros. Sin embargo, estos datos son traducidos a valores percentiles como se recomienda en el SFT, como se muestra en gráfico #1.

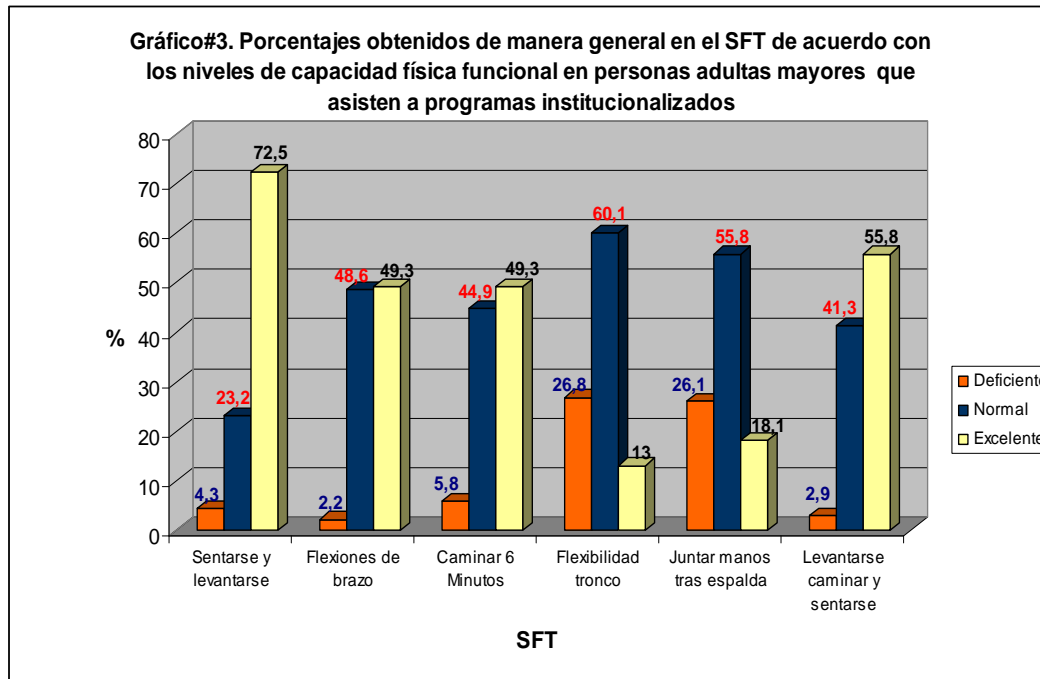


De acuerdo con la información expuesta en el gráfico #2 el 97,8% de las personas evaluadas presentaron una capacidad física funcional normal y excelente y solamente el 2,2% de las personas analizadas están en un nivel deficiente de su capacidad física funcional.

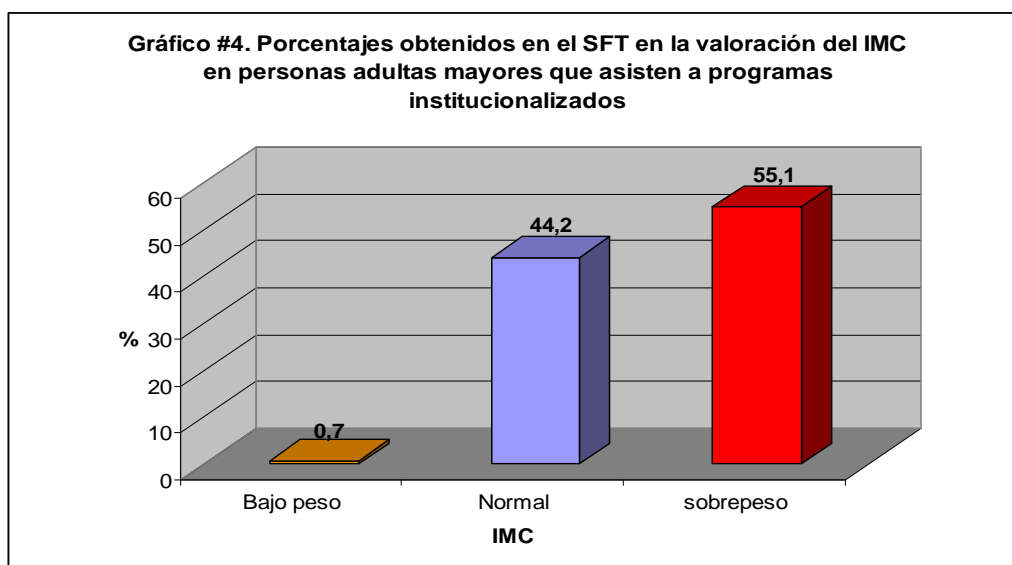
Tabla #2. Valores percentiles promedios obtenidos en el SFT por rango de edad, en las personas adultas mayores que asisten a programas institucionalizados.

SFT	Rango 60-64 años, N= 39	Rango 65-69 años, N= 48	Rango 70-74 años, N= 35	Rango 75 y más años, N= 16
	$\bar{X} \pm DS$	$\bar{X} \pm DS$	$\bar{X} \pm DS$	$\bar{X} \pm DS$
Sentarse y levantarse de una silla	77,31± 20,9	81,87± 22,2	80,43± 21,9	80,81± 16,2
Flexiones de brazo	65,51± 22,4	65,73± 24,4	73,57± 21,2	67,81± 16,1
Caminar 6 minutos	69,10± 20,9	68,85± 22	66,57± 24	70 ± 16,7
Flexión de tronco en silla	41,92±23,4	45,42±26,1	37,29±28,7	37,50± 24,5
Juntar las manos tras la espalda	43,08± 24	44,90± 27,6	48,29± 27	40,63± 24,9
Levantarse, caminar y sentarse	73,46± 14	73,44± 19,8	69,29± 18	68,44± 19,6
Indice de masa corporal	27,55± 3,4	27,2± 4,4	27,21± 4	26,39± 3,3

No se reportan diferencias significativas entre las variables del SFT, según rango de edad ($p>0.05$).



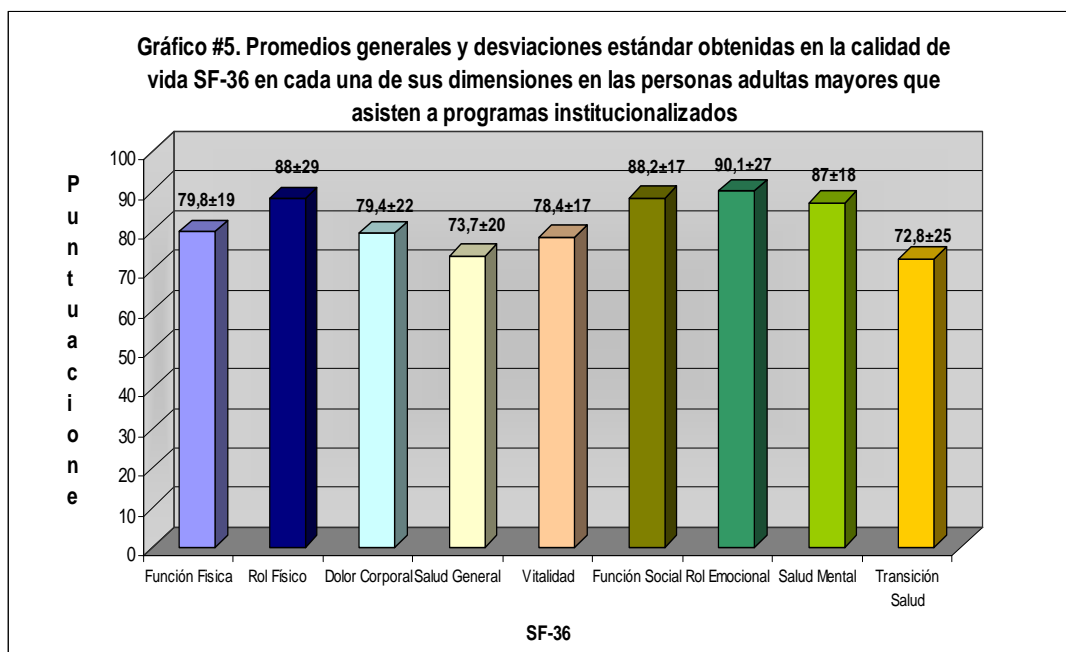
En las pruebas del SFT mostradas en el presente gráfico, se tiene que la capacidad física funcional en general se manifestó en porcentajes por encima del percentil 25 (normal y excelente). Sin embargo, en las 2 pruebas de flexibilidad (flexibilidad de tronco en silla y juntar las manos tras la espalda) se reporta un alto porcentaje de personas con valores promedio deficientes en esa aptitud (26,8 y 26,1%).



Llama la atención que el IMC, muestra valores normales (44,2%) en relación con el peso, pero el sobrepeso se encontró en el 55,1% de los casos.

2. Calidad de Vida

Los siguientes datos muestran los resultados relacionados con la calidad de vida.



En el gráfico #5 se observan los valores promedio registrados mediante el uso del SF-36 en sus respectivas dimensiones. Los datos reflejan que la calidad de vida percibida obtuvo puntuaciones promedio arriba de 70. El valor más bajo que se presentó corresponde a la dimensión de “transición de salud” con un $\bar{x} = 72,8$, mientras que el dato mayor corresponde al “rol emocional” con un $\bar{x} = 90,1$.

Tabla #3. Promedios obtenidos en el protocolo de calidad de vida SF-36 por rango de edad en cada una de sus dimensiones en las personas adultas mayores que asisten a programas institucionalizados.

	Rango 60- 64 años N= 39 $\bar{X} \pm DS$	Rango 65- 69 años N= 48 $\bar{X} \pm DS$	Rango 70- 74 años N= 35 $\bar{X} \pm DS$	Rango 75 y más años N= 16 $\bar{X} \pm DS$
SF-36				
Función Física (FF)	84,23±16,4†	82,42± 17,5 □	75,57± 18,4 †	70,31± 23,1 † □
Rol Físico (RF)	89,74±27,3	93,23± 23,5 □	85,71±31	73,44 ± 42,3□
Dolor Corporal (DC)	80,96±23,1	81,25±17,8	77,50±22,9	74,38±26,3
Salud General (SG)	75,38±23,4	73,88±16,5	73±20,2	70,63±26,3
Vitalidad (V)	80,51±15,1	79,58±17	77,14±18	72,42±22,2
Función Social (FS)	89,42±16,4	87,76±19,5	87,14±16,7	89,06±15
Rol Emocional (RE)	89,74±28,8	90,28±26,6	90,48±27,5	89,58±26,4
Salud Mental (SM)	89,74±12,8	86,25±17,8	85±18,8	86,88±28
Transición Salud (TS)	78,85±23 ‡	74,48±25	65,71± 24,5‡	68,75±21

† Significancia estadística $p < 0.05$ entre 60-64 Vs 70-75 y 75 años y más

□ Significancia estadística $p < 0.05$ entre 65-69 Vs 75 años y más

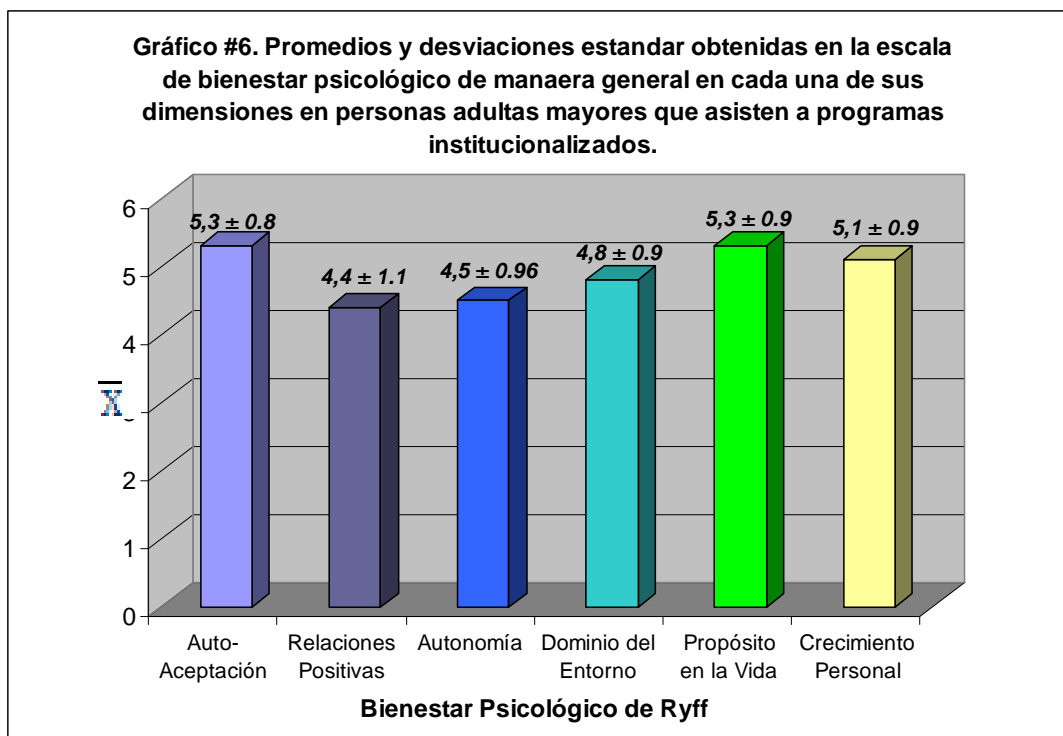
□ Significancia estadística $p < 0.05$ entre 65-69 Vs 75 años y más

‡ Significancia estadística $p < 0.05$ entre 60-64 Vs 70-75

En este cuadro se visualizan los resultados del SF-36 y su comportamiento con los rangos de edad. La dimensión FF presentó diferencias significativas entre los rangos de 60-64 años 70-74 años y 75 años y más, así como entre los rangos de edad de 65-69 años y el rango de 75 años y más ($p < 0.05$), además, el rango 60-64 años presentó el valor más alto. El RF mostró diferencias significativas ($p < 0.05$) entre los rangos de edad de 65-69 años y el de 75 años y más, siendo el rango 65-69 años donde se registra el mejor valor del RF. En la TS se encontró diferencias significativas entre los rangos de edad de 60-64 años y 70-74 años ($p < 0.05$). El rango 60-64 mostró el valor más elevado. En las demás dimensiones (DC, SG, V, FS, RE y SM) no se hallaron diferencias significativas. Asimismo, el rango de edad de 60-64 años es el que muestra los valores promedio más altos en la mayoría de las dimensiones de la calidad de vida.

3. Bienestar Psicológico

La siguiente información corresponde al análisis de la variable bienestar psicológico de manera general.



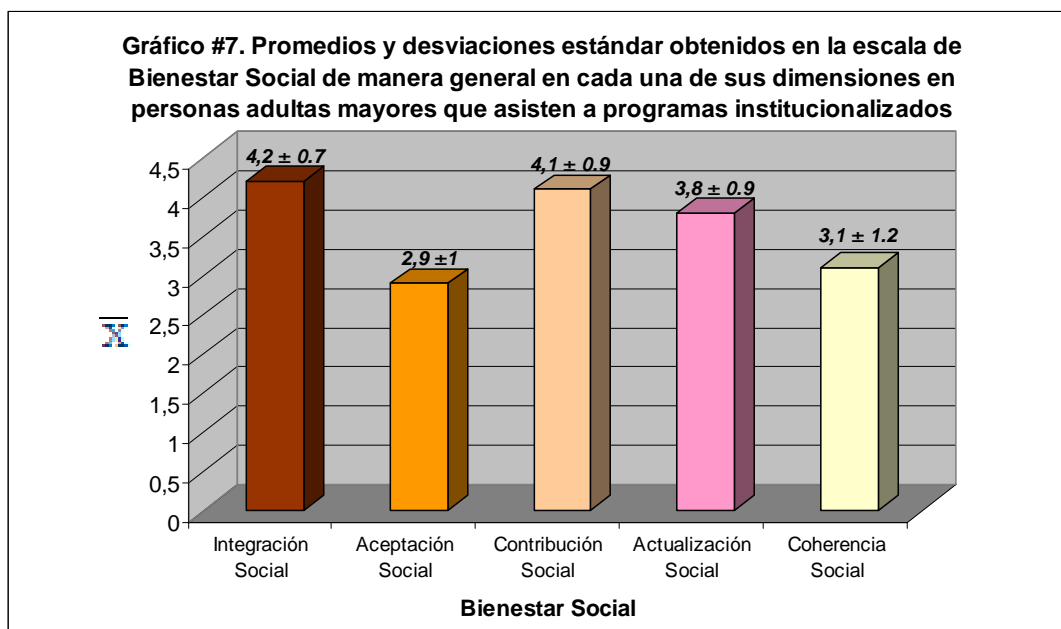
En el gráfico #6, se muestran los valores obtenidos en cada uno de los dominios de la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff. Los promedios obtenidos reflejan valores altos en cada una de las dimensiones estudiadas, siendo la auto-aceptación y el propósito en la vida las dimensiones con promedios más altos y las relaciones positivas y autonomía los valores más bajos.

Tabla #4. Promedios obtenidos en la escala de bienestar psicológico por rango de edad en cada una de sus dimensiones en personas adultas mayores evaluadas.

	60-64 años	65-69 años	70-74 años	75 y más años
Bienestar Psicológico	N= 39	N= 48	N= 35	N= 16
	$\bar{X} \pm DS$	$\bar{X} \pm DS$	$\bar{X} \pm DS$	$\bar{X} \pm DS$
Auto-aceptación	5,21±.73	5,29±.81	5,4±.91	5,11±1,1
Relaciones Positivas	4,6±.91	4,2±1,2	4,3±1,3	4,8±1
Autonomía	4,6±.65	4,4±1	4,3±1,2	4,65±.76
Dominio del Entorno	4,8±.71	4,81±.88	4,88±.89	4,99±1,1
Propósito en la Vida	5,3±.80	5,3±.87	5,2±1,1	5,25±1,1
Crecimiento Personal	5,1±.79	5,1±.98	5,1±.90	5,3±.79

No se observaron diferencias significativas en las dimensiones del bienestar psicológico con respecto a los rangos de edad ($p > 0.05$). El rango de edad de 75 años y más es el que muestra los valores más altos en la mayoría de dimensiones del bienestar psicológico.

4. Bienestar Social



En las distintas dimensiones se muestra datos promedio cercanos a 5, el valor superior de la escala; los datos más bajos se observaron en la dimensión de aceptación social, y el valor más alto se registró en la categoría de integración social.

Tabla #5. Promedios obtenidos en la escala de bienestar social por rango de edad en personas adultas mayores evaluadas.

	Rango 60- 64 años N= 39 $\bar{X} \pm DS$	Rango 65- 69 años N= 48 $\bar{X} \pm DS$	Rango 70- 74 años N= 35 $\bar{X} \pm DS$	Rango 75 y más años N= 16 $\bar{X} \pm DS$
Bienestar Social				
Integración Social	4,3±.58	4,14±.68	4,17±.67	4,26±.95
Aceptación Social	2,9±.91	2,9±1,1	2,8±1,1	2,75±.82
Contribución Social	4,22±.77	4,1±.90	4,01±1	4,24±.96
Actualización Social	4,17± .64†	3,75± .99†	3,4 ±.94† □	4,03± .79□
Coherencia Social	3,4± 1,1□	2,8 ±1,2□ ‡	2,9± 1,3‡	3,7 ±1,4‡

† Significancia estadística $p<0.05$ entre 60-64 Vs 65-69 y 70-74

□ Significancia estadística $p<0.05$ entre 70-74 Vs 75 años y más

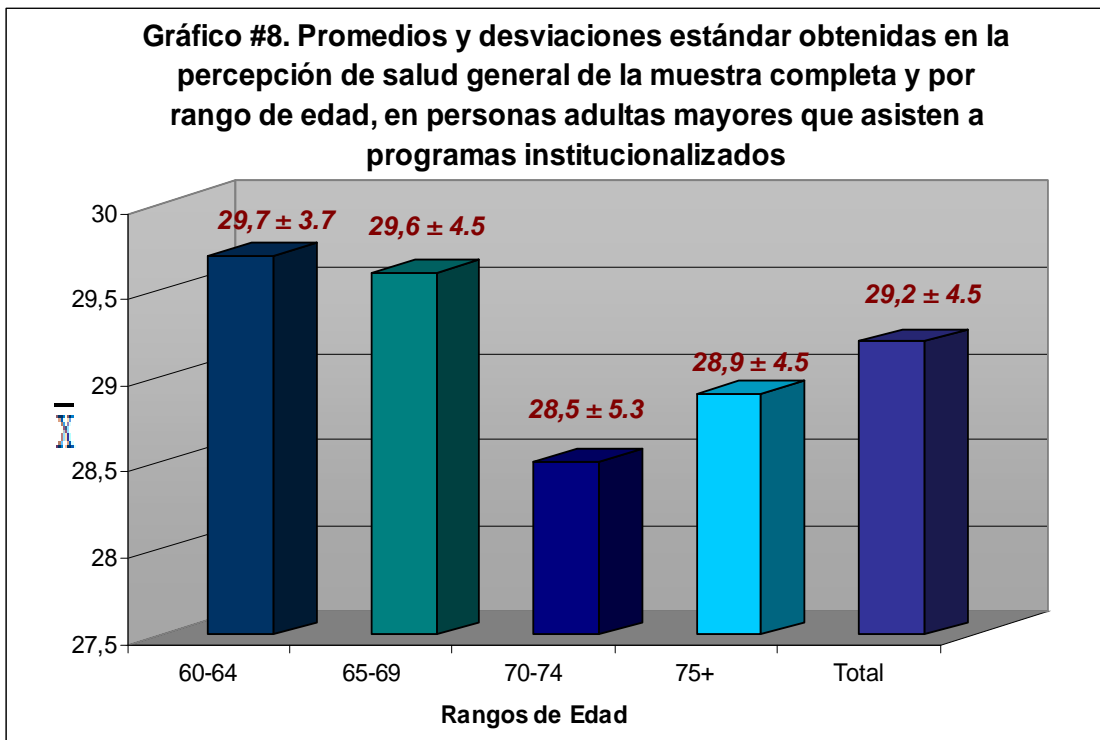
□ Significancia estadística $p<0.05$ entre 60-64 Vs 65-69s

‡ Significancia estadística $p<0.05$ entre 65-69 Vs 70-74 y 75 años y más

En la escala de bienestar social se encontraron diferencias significativas ($p<0.05$) por rango de edad en algunas dimensiones. La actualización social mostró diferencias significativas entre el rango de edad de 60-64 años versus el rango de edad 65-69 años y 70-74 años ($p<0.05$). En la dimensión coherencia social hubo diferencias significativas ($p<0.05$) entre los rangos de edad de 60-64 versus 65-69 años. El rango de edad de 65-69 años se diferenció con el rango de edad 70-74 años y 75 años y más ($p<0.05$). Por otra parte, el rango de 60-64 años se muestra como el grupo de edad con un mejor bienestar social.

5. Salud General

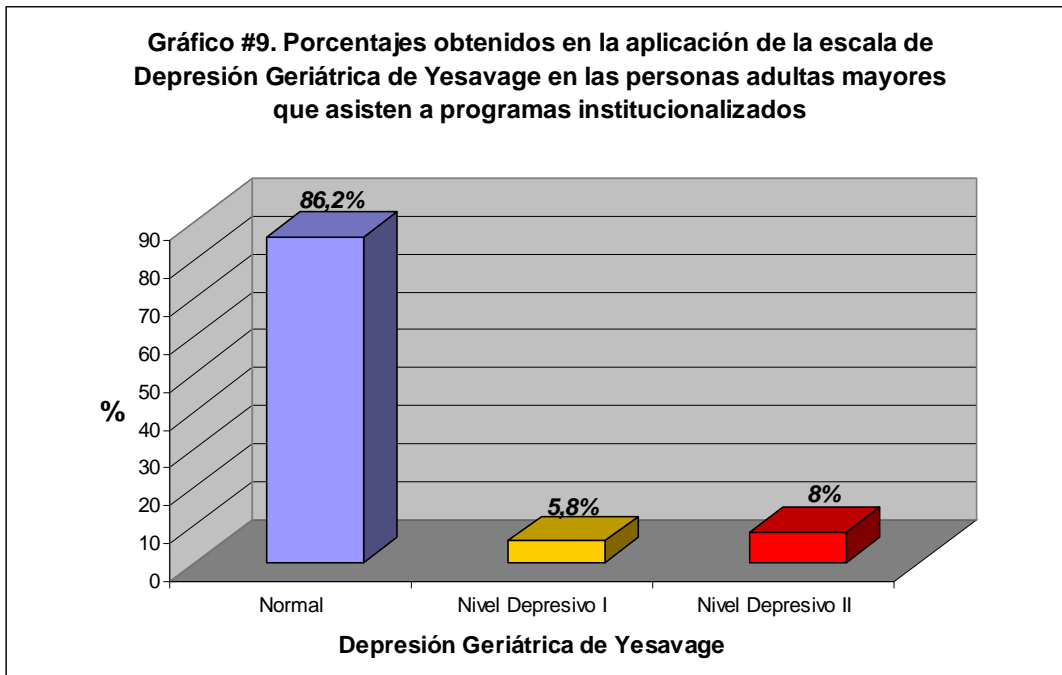
Se describe a continuación los resultados reportados en cuanto a la percepción de salud general que manifestaron las personas analizadas.



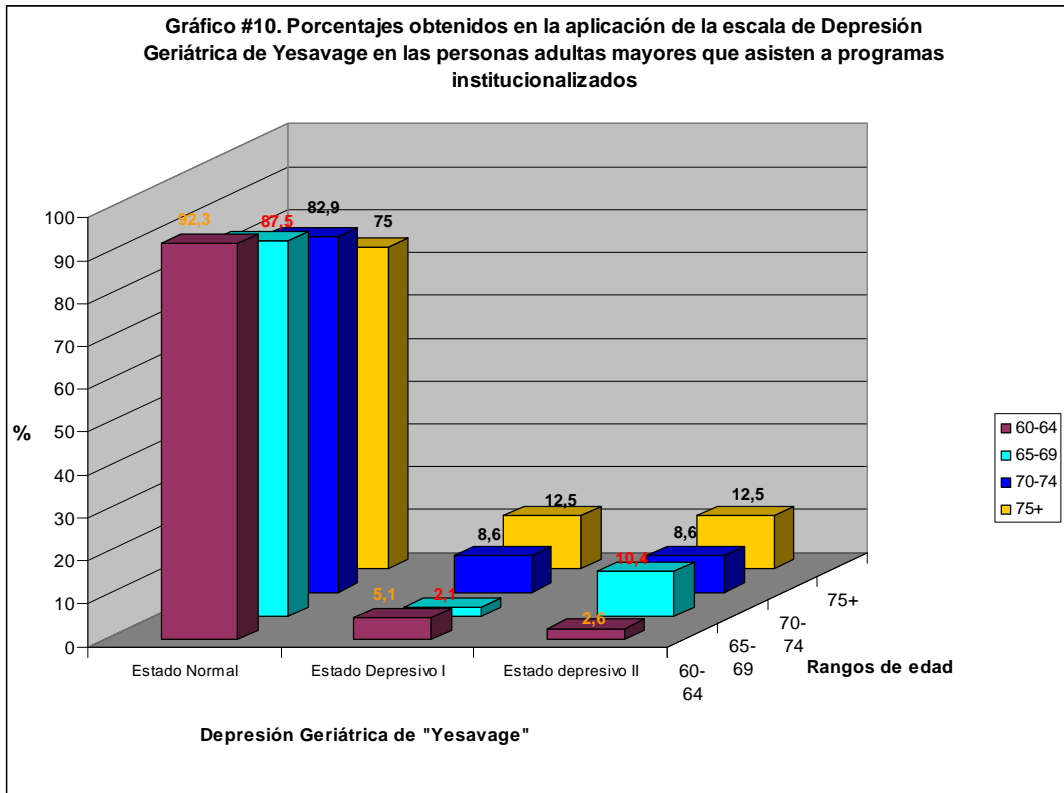
En el gráfico #8 se muestran valores bastante cercanos al valor máximo de 36 puntos, siendo el rango de edad de 60-64 años el de mejor percepción de salud y el rango de 70-74 años se convirtió en el grupo con la más baja percepción de salud. Sin embargo, en la escala de Salud General no se observaron diferencias significativas ($p > 0.05$) entre los rangos de edad.

6. Depresión Geriátrica de Yesavage

Los siguientes gráficos muestran el comportamiento de la variable depresión tanto de manera general, como por rango de edad.



Se muestran los tres niveles depresivos reportados en el protocolo de depresión Geriátrica de Yesavage, tanto en valores promedio absoluto como en porcentaje de personas que corresponden a cada nivel. El 86.2% de las personas se encuentran en valores normales de depresión con $\bar{X} = 3.54 \pm 2.9$; el 5.8% de las personas se ubicó en estado depresivo I con $\bar{X} = 11.5 \pm 1$ y el 8% restante se mostró como personas depresivas en nivel II con $\bar{X} = 18 \pm 2.9$.



Este gráfico muestra en porcentajes los niveles depresivos según rango de edad. Se observa que conforme avanza la edad se visualizan cambios en el estado depresivo de las personas, en el rango de 60-64 años se ubicó la mayor cantidad de personas en el estado normal de depresión, pero conforme avanza la edad los valores del estado normal se ven reducidos y se incrementa el porcentaje de personas con niveles depresivo I y II. De este modo, el rango de edad 60-64 años presenta niveles aceptables y el rango de 75 años y más indica la presencia de mayores porcentajes depresivos en las personas analizadas. No se reportan diferencias significativas ($p > 0.05$) entre los rangos de edad.

7. Análisis de Correlación

Tabla #6. Matriz de correlación entre el Senior Fitness Test y las variables del SF36, en personas adultas mayores estudiadas.

	SENIOR FITNESS TEST						IMC
	Levantarse sentarse en silla	Flexiones brazo	Caminar 6 minutos	Flexibilidad tronco-silla	Flexibilidad espalda	Levantarse caminar sentarse	
Calidad de vida							
Función Física (FF)	.36**	.24**	.49**	.24**		.49**	-.18*
Rol físico (RF)							
Dolor corporal (DC)	.24**	.21*					
Salud general (SG)	.39**	.31**	.24**			.28**	
Vitalidad (V)	.35**	.25**	.28**			.30**	
Función social (FS)	.25**						
Rol emocional (RE)	.19*						
Salud mental (SM)	.26**					.23**	
Transición salud (TS)	.25**						

** La correlación es significativa al nivel de $p < 0.01$

* La correlación es significativa al nivel de $p < 0.05$

En la prueba de levantarse y sentarse de una silla se obtuvieron correlaciones positivas en casi todas las dimensiones del SF-36 con FF, DC, SG, V, FS, SM, y TS, $p < 0.01$, y con RE $p < 0.05$. No hubo correlación con en la dimensión del RF. La prueba de flexiones de brazo se correlacionó positivamente con FF, SG y V = $p < 0.01$ y con DC = $p < 0.05$. La prueba de caminar 6 minutos correlacionó positivamente con FF SG y V = $p < 0.01$. Levantarse, caminar y sentarse tuvo correlación positiva con las dimensiones de FF, SG, V y SM = $p < 0.01$. El IMC obtuvo una correlación negativa con la dimensión de FF $p < 0.05$. La FF se correlacionó positivamente con todas las variables del SFT, excepto con la prueba de juntar las manos tras la espalda.

Tabla #7. Matriz de correlación entre el SFT y las variables de la escala de bienestar social, en personas adultas mayores estudiadas.

	Levantar -sentarse en silla	Flexiones brazo	Caminar 6 minutos	S F T Flexibilidad tronco-silla	Flexibilidad espalda	Levantarse caminar sentarse	IMC
Bienestar Social							
Integración Social	.19*					.22*	
Aceptación social						.22*	
Contribución social	.21*					.18*	
Actualización social	.17*					.24**	
Coherencia social		.17*	.25**		.17*	.25**	-.26**

** La correlación es significativa al nivel de $p < 0.01$

* La correlación es significativa al nivel de $p < 0.05$

En relación con las dimensiones de la Escala de Bienestar Social, la prueba de levantarse y sentarse de una silla muestra correlación positiva con las dimensiones Integración Social, Contribución Social y Actualización Social ($p < 0,05$). La prueba de levantarse caminar y sentarse correlaciona positivamente con las cinco dimensiones del bienestar social con Interacción Social, Aceptación Social y Contribución Social ($p < 0.05$), mientras que Actualización Social y Coherencia Social ($p < 0.01$). Por último la Coherencia Social correlacionó positivamente con las flexiones de brazo y flexibilidad de espalda ($p < 0.05$) y con la prueba de caminar 6 minutos y levantarse, caminar y sentarse ($p < 0.01$). El IMC obtuvo una correlación negativa con esta dimensión ($p < 0.01$).

Tabla #8. Matriz de correlación entre el Senior Fitness Test y las variables de la escala de bienestar psicológico, en personas adultas mayores estudiadas.

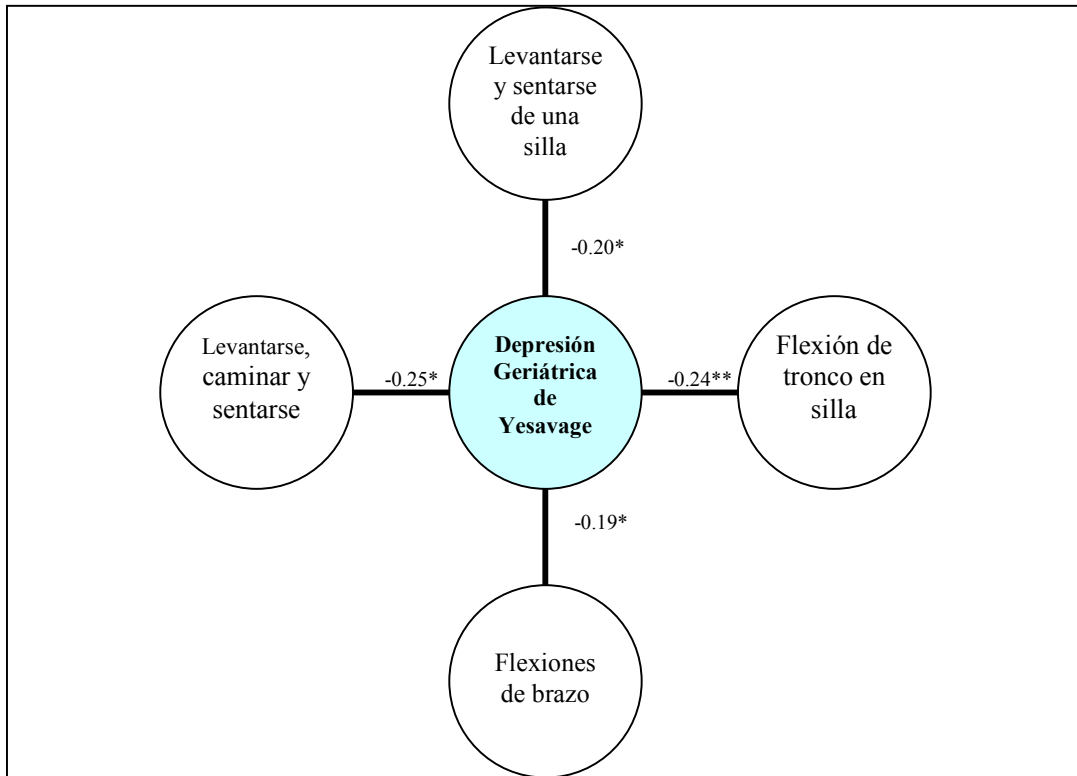
	SENIOR FITNESS TEST						IMC
	Levantarse sentarse silla	Flexiones brazo	Caminar 6 minutos	Flexibilidad tronco-silla	Flexibilidad espalda	Levantarse caminar sentarse	
Bienestar psicológico							
Auto-aceptación (AA)						.19*	
Relaciones positivas (RP)	.18*					.26**	
Autonomía (A)							
Dominio del entorno (DE)	.22*		.18*			.25**	
Crecimiento personal (CP)	.17*					.20*	
Propósito en la vida (PV)	.23**	.17*	.18*			.29**	

** La correlación es significativa al nivel de $p < 0.01$

* La correlación es significativa al nivel de $p < 0.05$

En este cuadro se muestran correlaciones significativas encontradas entre la prueba de levantarse y sentarse de una silla en relación con los dominios RP, DE, CP ($p < 0.05$) y PV ($p < 0.01$). La prueba de Levantarse, Caminar y Sentarse correlacionó significativamente con AA, CP ($p > 0.05$), RP, DE y PV ($p < 0.01$). No hubo correlación de la prueba del IMC con ninguna dimensión del bienestar psicológico ($p > 0.05$). Por su parte, PV fue la dimensión que más se correlacionó con las pruebas del SFT.

Diagrama #1. Coeficiente de correlación entre el SFT y la variable de Depresión Geriátrica de Yesavage, en personas adultas mayores analizadas.



** La correlación es significativa al nivel de $p < 0.01$

* La correlación es significativa al nivel de $p < 0.05$

En este diagrama se presentan las correlaciones entre la escala de depresión geriátrica y las dimensiones del SFT Levantarse y Sentarse de una silla, Flexiones de brazo, Levantarse caminar y sentarse ($p < 0.05$) y la prueba de flexión de tronco en silla ($p < 0.01$). En todos los casos se trata de correlaciones negativas significativas.

Por su parte, se reportan correlaciones entre la variable Salud General y las pruebas de sentarse y levantarse de una silla ($r = 0.16$; $p < 0.05$) y levantarse caminar y sentarse ($r = 0.22$; $p < 0.05$), pertenecientes al SFT.

Tabla #9. Matriz de correlación entre la calidad de vida (SF-36) y las variables de la escala de bienestar social, en personas adultas mayores evaluadas.

	Calidad de Vida SF 36								
	Función física	Rol físico	Dolor corporal	Salud general	Vitalidad	Función social	Rol emocional	Salud mental	Transición salud
Bienestar Social									
Integración Social	.21*			.24**	.33**	.23**		.36**	
Aceptación social					.19*				
Contribución social	.24**			.28**	.24**	.28**		.33**	.19*
Actualización social	.24**			.19*	.19*	.19*		.23**	.23**
Coherencia social									

** La correlación es significativa al nivel de $p < 0.01$

* La correlación es significativa al nivel de $p < 0.05$

En este cuadro se observan las correlaciones entre las dimensiones del protocolo calidad de vida SF-36 y el Bienestar Social. Se registraron correlaciones significativas entre la Integración Social y las dimensiones de Salud General, Vitalidad, Función Social y Salud Mental ($p < 0.01$) y con la Función Física ($p < 0.05$). La dimensión Contribución Social se relacionó con los dominios de Función Física, Salud General, Vitalidad, Función Social, Salud Mental ($p < 0.01$) y con Transición de Salud ($p < 0.05$). Por su parte la Actualización Social se correlacionó positivamente con la Función Física, Salud Mental y Transición de Salud ($p < 0.01$) y con la Salud General, Vitalidad y Función Social ($p < 0.05$).

Tabla #10. Matriz de correlación entre la calidad de vida (SF-36) y las variables de la escala de bienestar psicológico, en personas adultas mayores evaluadas.

	Calidad de vida SF 36								
	Función física	Rol físico	Dolor corporal	Salud general	Vitalidad	Función social	Rol emocional	Salud mental	Transición salud
Bienestar psicológico									
Auto-aceptación	.19*			.31**	.41**	.33**	.17*	.44**	
Relaciones positivas	.34**		.23**	.27**	.44**	.36**	.19*	.44**	.18*
Autonomía	.24**			.29**	.27**	.35**	.18*	.32**	.26**
Dominio del entorno	.25**			.31**	.31**	.40**	.17*	.37**	
Crecimiento personal	.23**		.17*	.36**	.25**	.32**		.27**	.24**
Propósito en la vida	.28**		.17*	.34**	.47**	.33**	.17*	.39*	

** La correlación es significativa al nivel de $p < 0.01$

* La correlación es significativa al nivel de $p < 0.05$

En este cuadro se muestran las correlaciones entre las variables de la calidad de vida y las dimensiones de la escala de bienestar psicológico de Ryff; solamente en la dimensión Rol Físico no se observan correlaciones significativas con las dimensiones del bienestar psicológico. Las variables Función Física, Salud General, Vitalidad, Función Social y Salud Mental, generaron correlaciones positivas con todas las dominios del bienestar psicológico de Ryff ($p < 0.01$). La variable Rol Emocional se correlacionó con todas las dimensiones del bienestar psicológico ($p < 0.05$), excepto con la dimensión Crecimiento Personal ($p > 0.05$).

Tabla #11. Matriz de correlación entre la Calidad de Vida (SF-36) y las variables de la escala de Depresión Geriátrica de Yesavage y la escala de Salud General, en personas adultas mayores analizadas.

	Calidad de Vida SF 36								
	Función física	Rol físico	Dolor corporal	Salud general	Vitalidad	Función social	Rol emocional	Salud mental	Transición salud
Depresión Geriátrica	-.37**		-.24**	-.41**	-.50**	-.56**	-.34**	-.55**	-.26**
Salud general	.30**	.19*	.28**	.45**	.51**	.43**	.31**	.50**	.24**

** La correlación es significativa al nivel de $p < 0.01$

* La correlación es significativa al nivel de $p < 0.05$

El SF-36 se correlacionó positivamente en cada una de sus dimensiones con la escala de Salud General al nivel de $p < 0.01$, en la dimensión rol físico se correlacionó de modo positivo al nivel de $p < 0.05$, se encontró correlación entre la salud general (GHQ12) la vitalidad y la salud mental.

En la tabla #11 se indica que la escala de Depresión Geriátrica se correlacionó de manera negativa con todas las dimensiones del SF-36 al nivel de $p < 0.01$, excepto en el rol físico donde no hubo correlación ($p > 0.05$). Se observan correlaciones entre la depresión geriátrica versus la salud mental y vitalidad.

Tabla #12. Matriz de correlación entre la escala de bienestar social y las variables de la escala de bienestar psicológico, la escala de depresión geriátrica de “Yesavage” y el cuestionario de salud general, en personas adultas mayores estudiadas.

	Bienestar social				
	Integración social	Aceptación social	Contribución social	Actualización social	Coherencia social
Bienestar psicológico					
<i>Auto-aceptación</i>	.43**		.4**		
<i>Relaciones positivas</i>	.48**	.32**	.48**	.46**	.38**
<i>Autonomía</i>	.28**	.24**	.39**	.38**	.34**
<i>Dominio del entorno</i>	.43**	.28**	.40**	.42**	.24**
<i>Crecimiento personal</i>	.35**	.27**	.24**	.28**	.23**
<i>Propósito en la vida</i>	.48**		.46**	.21*	
Depresión Geriátrica	-.33**	-.21**	-.39**	-.32**	-.27**
Salud general	.33**		.34**	.22**	.21*

** La correlación es significativa al nivel de $p < 0.01$

* La correlación es significativa al nivel de $p < 0.05$

En esta tabla se observan las correlaciones entre las dimensiones del bienestar social y el bienestar psicológico; se dan correlaciones positivas entre la mayoría de las variables ($p < 0.01$) de estas dos escalas de percepción. Excepto la auto-aceptación y el propósito en la vida que no mostraron correlación con todas las dimensiones de bienestar social.

Las dimensiones de bienestar social se correlacionaron de modo positivo con la percepción de salud, excepto la Aceptación Social que no mostró correlación ($p > 0.05$). Asimismo, la Depresión Geriátrica de “Yesavage” mostró correlación negativa con todas las dimensiones de la escala de Percepción Social ($p < 0.01$).

Tabla #13. Matriz de correlación entre la escala de bienestar psicológico y la escala de depresión geriátrica de “Yesavage” y el cuestionario de salud general, en personas adultas mayores analizadas.

	Bienestar Psicológico					
	Auto- aceptación	Relaciones positivas	Autonomía	Dominio del entorno	Crecimiento personal	Propósito en la vida
Depresión Geriátrica	-.42**	-.59**	-.44**	-.47**	-.38**	-.48**
Salud General	.45**	.43**	.36**	.35**	.33**	.43**

** La correlación es significativa al nivel de $p < 0.01$

Al observar las correlaciones indicadas en la tabla #13, se tiene que hubo correlaciones negativas ($p < 0.01$) entre la depresión geriátrica y las dimensiones de la escala de bienestar psicológico de Ryff. Se observa una correlación negativa entre depresión y la dimensión Relaciones Positivas. De igual modo, la Salud General percibida correlacionó positivamente ($p < 0.01$) con cada dominio del bienestar psicológico.

Por otra parte, la salud general se correlacionó negativamente con la depresión geriátrica ($r = -0.70$; $p > 0.05$)

8. Contraste de indicadores en virtud del nivel de funcionalidad física

Se indican las comparaciones realizadas entre los niveles deficiente y normal y el nivel excelente de acuerdo con cada una de las variables de capacidad física funcional evaluadas mediante el SFT. Las comparaciones se realizan con todas las dimensiones psicológicas evaluadas a través de las escalas de Calidad de Vida, Bienestar Social, Bienestar Psicológico, Salud General y Depresión Geriátrica. Hay que manifestar que por razones estadísticas el grupo deficiente y normal se unió en algunas comparaciones, dado el reducido número de participantes ubicados en estas categorías.

Tabla #14. Contraste de valores promedios y desviaciones estándar en la relación de la de prueba Levantarse y sentarse de una silla y las variables psicosociales establecidas, en personas adultas mayores que asisten a programas institucionalizados.

	Levantarse y Sentarse en una silla		T	P
	Deficiente y Normal N=38 $\bar{X} \pm DS$	Excelente N=100 $\bar{X} \pm DS$		
SF-36				
<i>Función Física</i>	70.9 ±20,4	83,16 ±16,8	-3.61	.00*
<i>Rol Físico</i>	84,21±32,1	89,50±28,5	-0.94	0.35
<i>Dolor Corporal</i>	72,8±25	81,95 ±19,8	-2.26	.025*
<i>Salud General</i>	62.76 ±23,2	77,86±16,6	-4.25	.00*
<i>Vitalidad</i>	71.8 ±17,6	80,89 ±16,8	-2.79	.006*
<i>Función Social</i>	83.22±19,6	90,12 ±16,1	-2.12	.036*
<i>Rol Emocional</i>	85.1±34,4	92±23,7	-1.34	0.182
<i>Salud Mental</i>	81.7 ±18,4	89 ±17,9	-2.13	.035*
<i>Transición Salud</i>	64.5±24,4	76 ±24,3	-2.13	.014*
Bienestar Social				
<i>Integración Social</i>	4,1±.72	4,3±.67	-1.6	0.10
<i>Aceptación Social</i>	2,8±.97	2,9±1	-0.43	0.67
<i>Contribución Social</i>	3,9±.85	4,2±.90	-2,2	0.33
<i>Actualización Social</i>	3,7±.81	3,8±.95	-0.58	0.57
<i>Coherencia Social</i>	2,9±1,2	3,2±1,2	-1.27	0.21
Bienestar Psicológico				
<i>Auto-aceptación</i>	5.12±.74	5,34±.89	-1.34	0.18
<i>Relaciones Positivas</i>	4,4±1,1	4,5±1,2	-0.45	0.65
<i>Autonomía</i>	4,4±.96	4,5±.96	-0.45	0.65
<i>Dominio del Entorno</i>	4,8±.82	4,9 ±.92	7	0.49
<i>Crecimiento Personal</i>	4,99±.84	5,2 ±.90	-1,1	0.29
<i>Propósito en la Vida</i>	5,04±.95	5,36±.92	-1.81	0.07
Depresión				
Geriátrica	5,8±5,1	4,9±5,1	0.87	0.39
Salud General	28,7±4,5	29,46±4,5	-0.88	0.38

Se encontraron diferencias significativas entre el grupo catalogado como deficiente y normal y el grupo que obtuvo calificación excelente en la prueba de ejecución de levantarse y sentarse en una silla, en las dimensiones de la escala de calidad de vida SF36, función física, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, salud mental y transición de salud ($p < 0.05$). En las demás variables no se reportan diferencias significativas ($p > 0.05$). El grupo con mejores valores promedio fue el de nominación excelente.

Tabla #15. Contraste de valores promedio y desviaciones estándar en la relación de la prueba de flexiones de brazo y las variables psicosociales establecidas, en personas adultas mayores que asisten a programas institucionalizados.

	Flexiones de Brazo		t	P
	Deficiente y Normal	Excelente		
	N=70	N=68		
	$\bar{X} \pm DS$	$\bar{X} \pm DS$		
SF-36				
<i>Función Física</i>	75.6±20,7	84,13±15,1	-2.77	.006*
<i>Rol Físico</i>	84.3±33,3	91,91±24,6	-1.53	0.13
<i>Dolor Corporal</i>	74.3 ±25,1	84,67±15,9	-2.88	.005*
<i>Salud General</i>	68.4 ±22	79,13 ±15,5	-3.29	.001*
<i>Vitalidad</i>	75.9±18	80,96 ±16,5	-1.74	0.09
<i>Función Social</i>	87±17,7	89,52±17	-.87	0.39
<i>Rol Emocional</i>	89.5±29,2	90,69±25	-.25	0.80
<i>Salud Mental</i>	86.6±18,8	87,43±17,7	-.28	0.78
<i>Transición Salud</i>	68.6 ±26,5	77,21 ±22,3	-2.1	.04*
Bienestar Social				
<i>Integración Social</i>	4.2±.68	4,3±.69	-.92	0.36
<i>Aceptación Social</i>	2,8±1	3,0±1	-.95	0.34
<i>Contribución Social</i>	4,1±.93	4,1±.87	.13	0.90
<i>Actualización Social</i>	3,7±.93	3,9±.88	-.94	0.35
<i>Coherencia Social</i>	3,0±.1,2	3,2±1,2	-.88	0.38
Bienestar Psicológico				
<i>Auto-aceptación</i>	5.23±.82	5,32±.89	-.60	0.55
<i>Relaciones Positivas</i>	4,4±1,1	4,4±1,2	.85	0.93
<i>Autonomía</i>	4,5±.92	4,4±1	.87	0.38
<i>Dominio del Entorno</i>	4,8±.88	4,9±.90	-.81	0.42
<i>Crecimiento Personal</i>	5,0±.91	5,2±.84	-1.4	0.16
<i>Propósito en la Vida</i>	5.18±1	5,36±.85	-1.1	0.28
Depresión Geriátrica				
	5.77±5,2	4,51±4,9	1.45	0.15
Salud General				
	28.9±4,6	29,59±4,4	-.86	0.39

Se encontraron diferencias significativas entre el grupo deficiente-normal y el grupo excelente en la prueba de flexiones de brazo con respecto a las dimensiones de calidad de vida función física, dolor corporal, salud general y transición de salud ($p < 0.05$). En las demás variables de las escalas bienestar social, bienestar psicológico, depresión geriátrica y salud general, no se reportan diferencias significativas ($p > 0.05$). El grupo que reporta los mejores valores promedio es el excelente en la prueba de flexiones de brazo.

Tabla #16. Contraste de los valores promedio en la relación de la prueba de caminar 6 minutos y las variables psicosociales establecidas, en personas adultas mayores que asisten a programas institucionalizados.

	Caminar 6 minutos		t	P
	Deficiente y Normal	Excelente		
	N=70	N=68		
	$\bar{X} \pm DS$	$\bar{X} \pm DS$		
SF-36				
<i>Función Física</i>	72.4±20,3	87,43±12,8	-5.2	.00*
<i>Rol Físico</i>	86.1±31,7	90,07±27	-.79	0.43
<i>Dolor Corporal</i>	77.4±23,7	81,54±19,2	-1.14	0.26
<i>Salud General</i>	68.7±20,1	78,84±17,3	-3.1	.002*
<i>Vitalidad</i>	74.1±17,6	82,79±16,2	-3.0	.003*
<i>Función Social</i>	86.1±17,2	90,44±17,2	-1.49	0.14
<i>Rol Emocional</i>	88.6±29,4	91,67±24,7	-.67	.50
<i>Salud Mental</i>	86.1±19,2	87,94±17,3	-.60	0.55
<i>Transición Salud</i>	71.4±27	74,26 ±22,4	-.67	0.50
Bienestar Social				
<i>Integración Social</i>	4.1±.72	4,3±.64	-1.4	0.16
<i>Aceptación Social</i>	2,8±.99	3,0±.1	-.98	0.33
<i>Contribución Social</i>	4,0±.97	4,3±.80	-2,06	0.04*
<i>Actualización Social</i>	3,8±.89	3,9±.94	-.71	0.48
<i>Coherencia Social</i>	2,8±1,2	3,4±1,1	-3.14	.002*
Bienestar Psicológico				
<i>Auto-aceptación</i>	5.2±.92	5,35±.78	-1.00	0.32
<i>Relaciones Positivas</i>	4,4±1,1	4,5±1,2	-.60	0.55
<i>Autonomía</i>	4,4±.99	4,5±.94	-.66	0.51
<i>Dominio del Entorno</i>	4,7±.87	5,0±.90	-2,14	.034*
<i>Crecimiento Personal</i>	5,0±.81	5,2±.95	-1.08	0.28
<i>Propósito en la Vida</i>	5.1±1	5,4±.81	-1.68	0.09
Depresión Geriátrica	5.6±5,4	4,66±4,8	1.12	0.27
Salud General	29.3±4,4	29,21±4,6	.12	0.90

Hubo diferencias significativas entre las dimensiones función física, dolor corporal, salud general y vitalidad ($p < 0.05$) del SF36, respecto a los niveles deficientes – normales y excelentes en la prueba de caminar 6 minutos. Además, también se reportaron diferencias significativas entre estos dos grupos con respecto a la contribución social y la coherencia social, ambas dimensiones del bienestar social. También se observaron diferencias significativas entre los dos niveles mencionados y el dominio del entorno como parte del bienestar psicológico ($p < 0.05$). Al observar estas correlaciones se tiene que el grupo de categoría excelente obtuvo mejores valores en las dimensiones psicológicas en mención. El grupo que reporta los mejores valores promedio es el excelente en la prueba de caminar 6 minutos.

Tabla #17. Contraste de valores promedio y desviaciones estándar en la relación de la prueba de flexibilidad en silla y las variables psicosociales establecidas, en personas adultas mayores que asisten a programas institucionalizados.

	Flexibilidad de tronco en silla				F	P
	Total $\bar{X} \pm$ DS	Deficiente N=37 $\bar{X} \pm$ DS	Normal N=83 $\bar{X} \pm$ DS	Excelente N=18 $\bar{X} \pm$ DS		
SF-36						
<i>Función Física</i>	79,8±19	73,41 ±23,8‡	81,6 ±16,5‡	84,7 ±11,6‡	3,306	.040*
<i>Rol Físico</i>	88±29,5	87,84±29,2	88,55±29,3	86,11±32,3	.051	.950
<i>Dolor Corporal</i>	79,4±22	74,59±25,8	82,47±19,2	75,28±21,3	2,108	.125
<i>Salud General</i>	73,7±20	71,89±22	73,87±18,8	76,67±19,6	.357	.700
<i>Vitalidad</i>	78,4±17	76,86±20,5	78,92±16	79,17±17,6	.197	.822
<i>Función Social</i>	88,2±17	88,18±17,9	87,65±17,7	90,97±14,7	.269	.765
<i>Rol Emocional</i>	90,1±27	86,49±31,9	90,76±25,7	94,44±23,6	.580	.561
<i>Salud Mental</i>	87±18	86,62±23,2	86,51±16,7	90±13,5	.280	.757
<i>Transición Salud</i>	72,8±25	70,27±29,4	73,80±22,4	73,61±26,4	.266	.767
Bienestar Social						
<i>Integración Social</i>	4,2±.69	4,2±.83	4,2±.66	4,2±.46	.004	.99
<i>Aceptación Social</i>	2,9±1	2,8±.1,1	2,9±.99	2,8±.87	.14	.86
<i>Contribución Social</i>	4,1±.89	4,1±.90	4,0±.94	4,3±.70	.38	.69
<i>Actualización Social</i>	3,8±.90	3,7±.87	3,9±.88	3,6±1,2	.72	.49
<i>Coherencia Social</i>	3,1±1,2	2,9±1,3	3,2±1,1	3,4±.94	1,4	.25
Bienestar Psicológico						
<i>Auto-aceptación</i>	5,3±.85	5,36±.92	5,24±.85	5,26±.75	.282	.755
<i>Relaciones Positivas</i>	4,4±1,1	4,3±1,3	4,5±1,1	4,5±1,1	.36	.7
<i>Autonomía</i>	4,5±.96	4,4±1,2	4,5±.90	4,6±.75	.19	.82
<i>Dominio del Entorno</i>	4,8±.89	4,8±1	4,9±.88	4,8±.75	.21	.81
<i>Crecimiento Personal</i>	5,1±.88	5,1±.92	5,1±.90	5,3±.73	.42	.66
<i>Propósito en la Vida</i>	5,3±.93	5,1±1,1	5,3±.92	5,4±.72	.79	.46
Depresión Geriátrica	5,2±5,1	6,51±6,4	4,92±4,5	3,44±3,9	2,475	.088
Salud General	29,2±4	28,57±4,8	29,23±4,5	30,78±3,9	1,482	.231

‡ Significancia estadística $p < 0.05$ entre deficiente Vs normal y excelente

En la tabla #17, se observan diferencias significativas entre los tres niveles de capacidad física funcional con respecto a la dimensión función física, en la prueba de flexibilidad de tronco en silla. Se tiene que el grupo deficiente se diferenció significativamente del grupo normal y excelente. El grupo que reporta los mejores valores promedio es el calificado como excelente en la prueba de flexibilidad de tronco en silla.

Tabla #18. Contraste de valores promedio y desviaciones estándar en la relación de la prueba de flexibilidad juntar las manos tras la espalda y las variables psicosociales establecidas, en personas adultas mayores que asisten a programas institucionalizados.

	Flexibilidad de hombros- juntar manos tras la espalda				F	P
	Total $\bar{X} \pm$ DS	Deficiente N=36 $\bar{X} \pm$ DS	Normal N=77 $\bar{X} \pm$ DS	Excelente N=25 $\bar{X} \pm$ DS		
SF-36						.05
<i>Función Física</i>	79,8±19	75,86±21,5	80,13±18,2	84,40±14	1,602	.205
<i>Rol Físico</i>	88±29,5	93,75±20,2	87,01±31	83±35	1,089	.339
<i>Dolor Corporal</i>	79,4±22	78,26±21,4	80,55±22,7	77,60±19	.243	.785
<i>Salud General</i>	73,7±20	67,92±20,3	77,22±18,9	71,20±20	3,052	.051
<i>Vitalidad</i>	78,4±17	75,42±18,5	80,18±16,7	77,20±18	.989	.374
<i>Función Social</i>	88,2±17	89,58±15,4	88,15±17,2	86,50±20,7	.232	.793
<i>Rol Emocional</i>	90,1±27	86,11±33,2	91,34±25	92±24	.527	.592
<i>Salud Mental</i>	87±18	85,42±25	88,25±13,8	85,40±19,3	.409	.665
<i>Transición Salud</i>	72,8±25	69,44±22,4	74,03±25,8	74±25,5	.449	.639
Bienestar Social						
<i>Integración Social</i>	4,2±.69	4,3 ±.66	4,3 ±.58	3,9 ±.94	2,5	.082
<i>Aceptación Social</i>	2,9±1	2,7±1	2,9±1	2,9±.83	.601	.55
<i>Contribución Social</i>	4,1±.89	4,0±.89	4,2±.88	4,0±.99	.61	.54
<i>Actualización Social</i>	3,8±.90	3,8±.89	3,8±.94	3,8±.87	.047	.95
<i>Coherencia Social</i>	3,1±1,2	2,7 ±1,3	3,2 ±1,2	3,3±1	2,89	.059
Bienestar Psicológico						
<i>Auto-aceptación</i>	5,3±.85	5,33±.86	5,33±.77	5,02±1,1	1,376	.256
<i>Relaciones Positivas</i>	4,4±1,1	4,3±1,4	4,6±1	4,2±1,2	1,74	.18
<i>Autonomía</i>	4,5±.96	4,4±1	4,6±.91	4,3±1	.805	.45
<i>Dominio del Entorno</i>	4,8±.89	4,8±.92	5,0 ±.80	4,5 ±1	2,29	.106
<i>Crecimiento Personal</i>	5,1±.88	5,1±.75	5,2±.81	4,97±1,2	.50	.607
<i>Propósito en la Vida</i>	5,3±.93	5,19±1	5,44 ±.83 □	4,86 ±1 □	4,017	.020*
Depresión						
Geriátrica	5,2±5,1	6,50±5,6	4,39±4,5	5,56±5,7	2,24	.110
Salud General	29,2±4	28,92±4,5	29,65±3,8	28,52±6,2	.732	.483

□ Significancia estadística $p < 0.05$ entre normal Vs excelente

De acuerdo a lo reportado en la tabla #18, solamente hubo diferencia significativa entre el grupo normal y excelente en la prueba de juntar las manos tras la espalda, respecto a la dimensión Propósito en la vida ($p < 0.05$). El grupo que reporta los mejores valores promedio es el definido como normal en la prueba de juntar las manos tras la espalda.

Tabla #19. Contraste de valores promedio y desviaciones estándar en la relación de la prueba de levantarse, caminar y sentarse y las variables psicosociales, en personas adultas mayores que asisten a programas institucionalizados.

	Levantarse, caminar y sentarse		t	P
	Deficiente – Normal N=61 $\bar{X} \pm DS$	Excelente N=77 $\bar{X} \pm DS$		
SF-36				
<i>Función Física</i>	72.3±20,8	85,73±14,2	-4.5	.00*
<i>Rol Físico</i>	85.2±33,3	90,26±26	-.99	0.32
<i>Dolor Corporal</i>	76.6±24,5	81,69±19	-1.39	0.17
<i>Salud General</i>	68.4±21,4	77,94±17,4	-2.9	.004*
<i>Vitalidad</i>	74.6±18,5	81,43±16	-2.34	.02*
<i>Función Social</i>	86.7±17,4	89,45±17,3	-.93	0.35
<i>Rol Emocional</i>	89.1±29	90,91±25,7	-.39	0.69
<i>Salud Mental</i>	85.1±20,9	88,51±15,8	-1.1	0.27
<i>Transición Salud</i>	69.7±25	75,32±24,5	-1.33	0.18
Bienestar Social				
<i>Integración Social</i>	4.00±.83	4,4±.49	-3.34	.001*
<i>Aceptación Social</i>	2,6±1	3,0±.95	-2.62	.01*
<i>Contribución Social</i>	4,0±.94	4,2±.86	-1.3	0.19
<i>Actualización Social</i>	3,7±.91	3,9±.89	-1.69	0.094
<i>Coherencia Social</i>	2,8±1,3	3,4±1,1	-3.07	.003*
Bienestar Psicológico				
<i>Auto-aceptación</i>	5.2±.93	5,4±.78	-1.47	0.14
<i>Relaciones Positivas</i>	4,1±1,1	4,7±1,1	-2.67	.009*
<i>Autonomía</i>	4,4±.84	4,5±1	-.89	0.38
<i>Dominio del Entorno</i>	4,6±.94	5,02±.81	-2.7	.007*
<i>Crecimiento Personal</i>	4,9±.94	5,3±.80	-2.38	.019*
<i>Propósito en la Vida</i>	5.05± 1,1	5,44± .77	-2.5	.014*
Depresión Geriátrica	6.23 ±5,4	4,3 ±4,7	2.24	.03*
Salud General	28.6±4,9	29,75±4,1	-1.48	0.14*

En la prueba de agilidad de levantarse, caminar y sentarse hubo diferencias significativas en los grupos con calificación de deficiente - normal y excelente, con respecto a las dimensiones Función Física, Salud General y Vitalidad ($p < 0.05$), Integración Social, Aceptación Social y Coherencia Social ($p < 0.05$), Relaciones Positivas, Dominio del Entorno, Crecimiento Personal, Propósito en la Vida ($p < 0.05$). También se encontró diferencias significativas con respecto a la escala de Depresión Geriátrica de “Yesavage” y la escala de Salud General ($p < 0.05$). Los mejores valores promedio observados en estas dimensiones se dan en el grupo calificado como excelente en la capacidad física funcional.

Tabla #20. Contraste de valores promedio y desviaciones estándar en la relación el Índice de Masa Corporal y las variables psicosociales establecidas, en personas adultas mayores que asisten a programas institucionalizados

	Índice de Masa Corporal		t	P
	Bajo peso y Normal N=55 $\bar{X} \pm DS$	Sobrepeso y Obesidad N=83 $\bar{X} \pm DS$		
SF-36				
<i>Función Física</i>	83.8±16,9	85,73±19,2	2.01	.04*
<i>Rol Físico</i>	88.6±29,6	90,26±29,6	.19	0.85
<i>Dolor Corporal</i>	80.9±21,3	81,69±22	.66	0.51
<i>Salud General</i>	76.4±21,8	77,94 ±18,2	1.3	0.19
<i>Vitalidad</i>	81±16,7	81,43±17,7	1.4	0.16
<i>Función Social</i>	90.7±17,5	89,45±17,1	1.4	0.18
<i>Rol Emocional</i>	93.3±21,7	90,91±30,2	1.14	0.26
<i>Salud Mental</i>	88.9±15,6	88,51±19,7	1.01	0.32
<i>Transición Salud</i>	76.4±22,8	75,32±25,9	1.37	0.17
Bienestar Social				
<i>Integración Social</i>	4.2±.60	4,2±.74	.22	0.82
<i>Aceptación Social</i>	3.00±.96	2,79±1	1.2	0.23
<i>Contribución Social</i>	4,3±.86	4,0±.92	1.8	0.082
<i>Actualización Social</i>	3,9±.94	3,8±.89	.80	0.42
<i>Coherencia Social</i>	3,5±.98	2,9±1,3	3.19	.002*
Bienestar Psicológico				
<i>Auto-aceptación</i>	5,2±.85	5,31±.86	-.59	0.56
<i>Relaciones Positivas</i>	4,5±1	4,4±1,2	.85	0.40
<i>Autonomía</i>	4,4±.98	4,5±.95	-.24	0.81
<i>Dominio del Entorno</i>	4,8±.94	4,9±.86	-.021	0.98
<i>Crecimiento Personal</i>	5,1±1	5,1±.80	-.22	0.82
<i>Propósito en la Vida</i>	5,3±.86	5,3±.98	.16	0.87
Depresión Geriátrica	4,71±5	4,3±5,1	-.83	0.40
Salud General	29,2±4,9	29,75±4,2	-.11	0.91

Las personas con un índice de masa corporal en sobrepeso u obesidad se diferenciaron significativamente de las ubicadas con peso normal en las dimensiones Coherencia Social, con un mejor valor promedio el grupo de peso normal y en la percepción de su función física, con un mejor promedio el grupo de sobrepeso ($p < 0.05$). Ambos grupos obtuvieron promedios similares, sin embargo el grupo catalogado como deficiente-normal fue el que mejores promedios mostró en las dimensiones psicológicas.

En relación con los rangos de edad se encontraron diferencias significativas entre algunas de las variables, así por ejemplo, se encontró diferencias significativas en la dimensiones de la calidad de vida Función Física entre los rangos de edades de 60-64 años con el rango de 70-75 años y el de 75 años y más, además el rango de edad de 65-69 años tuvo diferencias significativas con el rango de 75 años y más ($p < 0.05$). En la dimensión de Rol Físico sólo se encontró diferencia significativa entre los rangos de edad de 65-69 y 75 años y más ($p < 0.05$). En el dominio Transición de Salud se encontró diferencia significativa en el rango de 60-64 años con respecto al rango de 70-75 años ($p < 0.05$).

En la escala de bienestar social se encontró diferencias significativas en tres de sus dimensiones, en la Contribución Social hubo diferencias significativas entre los rangos de edad de 65-69 años y el rango de edad de 75 años y más, además este último también mostró diferencias significativas con el rango de edad de 70-75 años $p < 0.05$. En la dimensión de Actualización Social se mostraron diferencias significativas entre el rango de edad de 70-75 años y los otros tres rangos de edad ($p < 0.05$). Es importante mencionar que no se encontraron diferencias significativas en las demás variables estudiadas por lo que se omite su mención.

Capítulo V

DISCUSIÓN

La evaluación integral de la persona adulta mayor es un recurso de gran utilidad en los procesos de intervención realizados con esta población. En este sentido cualquier diagnóstico debe permitir visualizar el estado integral general e individual y de este modo preparar y proponer estrategias dirigidas a corregir aquellas situaciones que atentan contra una buena calidad de vida y un proceso de envejecimiento pleno. Asimismo, se ha propuesto una investigación enfocada en analizar las características más importantes de un grupo de personas adultas mayores con el propósito de determinar su perfil biopsicosocial que permita, plantear estrategias de intervención para atender las necesidades y potenciar las virtudes en la búsqueda de un proceso de envejecimiento a plenitud.

1. Capacidad física funcional

En relación con la capacidad física funcional, los resultados encontrados mostraron un estado físico funcional normal y por arriba de lo normal para el grupo de adultos mayores evaluados. Este buen estado físico se observó especialmente en las pruebas de caminar durante 6 minutos y la de levantarse y sentarse de la silla, lo que corresponde a un buen estado físico funcional de estas personas. Específicamente en la prueba de caminar durante 6 minutos el promedio general (577.6 ± 73.4 metros) indica que las personas adultas mayores evaluadas tienen una buena capacidad cardiovascular; esto equivale a una mejor capacidad de realizar movimiento por largos periodos de tiempo sin fatigarse, ya que hay una mayor capacidad de oxigenación de los tejidos y este es el soporte básico de la vida y de la calidad de vida, además provee una mejor salud cardiovascular, reduce la morbilidad y la mortalidad. Por otra parte, una baja capacidad cardiovascular (específicamente personas que caminan 300 metros o menos en 6 minutos) se relaciona directamente con un alto riesgo de desarrollar enfermedades crónicas no transmisibles y aumenta considerablemente la mortalidad (ACSM, 2010; Bushman, 2011; Durstine y otros, 2008; Durstine, Moore, Painter y Roberts, 2009; McArdle, Katch y Katch, 2010; Prentice, 2007).

El proceso fisiológico natural de la vida implica una reducción paulatina de las capacidades físicas que inicia aproximadamente luego de los 30 años de edad y con el paso de los años se acelera, sobre todo luego de la década de los 50 y en personas sedentarias es más visible esta situación (Kaupuz y Larins, 2008; McArdle, Katch y Katch, 2010). Sin embargo, según McArdle, Katch y Katch (2010) las personas adultas mayores que realizan actividad física tienen entre un 10 a un 50% más de capacidad aeróbica que sus contrapartes sedentarias. Esto podría explicar el buen rendimiento mostrado por las personas analizadas en las pruebas anteriormente mencionadas.

Por otra parte, los resultados más bajos, aunque siempre dentro del rango normal (Rikli y Jones 2001) se registraron en las pruebas de flexibilidad de tronco en silla y en la prueba de juntar las manos tras la espalda (mide flexibilidad de hombros), lo que sugiere que a pesar de que las personas evaluadas pertenecen a grupos organizados de actividad física, el desarrollo y mantenimiento de esta aptitud no ha sido el más importante. A pesar de que la flexibilidad se va perdiendo con el paso de los años, una rutina ordinaria de esta aptitud ayuda a disminuir esta pérdida y a mejorar la calidad de vida (Bushman, 2011). La disminución de la flexibilidad se relaciona directamente con la pérdida paulatina de la capacidad para realizar ciertas actividades de la vida diaria, con el aumento de la probabilidad de caídas, dolores musculares específicamente dolor en la espalda baja y el riesgo de lesiones en rodillas, hombros, cuello, caderas y otras articulaciones (ACSM, 2010; Bushman, 2011; Nelson y otros, 2007; Prentice, 2007; Rikli y Jones, 2001; Takeshima, 2007).

En cuanto al IMC, el promedio general del grupo mostró tendencia al sobrepeso en las personas adultas mayores evaluadas. Estudios similares reportaron una tendencia al sobrepeso en personas adultas mayores costarricenses (Cáceres, 2004). Por década se da un aumento de la masa grasa aproximadamente de un 7,5% y estas ganancias podrían ser mayores bajo estados de vida sedentarios (Carbonell, Aparicio y Delgado, 2009). El aumento en los porcentajes de grasa corporal tiene una alta relación con la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles de orden

cardiovascular y metabólico (ACSM, 2010; Bushman, 2011; Durstine y otros, 2008; Durstine y otros, 2009; McArdle, Katch y Katch, 2010;) y con estado depresivos (Al-Shair y otros, 2008). La obesidad constituye un problema de salud a nivel mundial y se relaciona directamente con el incremento de enfermedades crónicas degenerativas tales como, hipertensión arterial, diabetes, enfermedad renal, apnea del sueño, osteoartritis, cáncer, lípidos y lipoproteínas anormales, irregularidad menstrual, entre otros, generando así cuadros de calidad de vida deteriorados y riesgosos, altamente correlacionados con la morbilidad y la mortalidad (ACSM, 2010; Bushman, 2011; Durstine y otros, 2008; Durstine y otros, 2009; McArdle, Katch y Katch, 2010). Asimismo, los problemas de obesidad generalmente van acompañados de una enorme carga psicológica de estigmatización social y discriminación lo que genera cuadros depresivos (Bushman, 2011; McArdle, Katch y Katch, 2010).

El contraste de la capacidad física funcional, según rango de edad no mostró diferencias significativas. Esto tiene relación con la realización de actividad física diaria, la cuál mejora considerablemente las capacidades físicas de las personas indistintamente de su edad, o sea, las personas adultas mayores se benefician al participar en un programa de ejercicio físico y mejoran sus capacidades físicas en altos porcentajes significativos con respecto a niveles sedentarios. Sin embargo como se trata de personas activas físicamente, los niveles funcionales son similares en las personas evaluadas (ACSM, 2010; Bushman, 2011 y McArdle, Katch y Katch, 2010).

Los resultados en este estudio concuerdan con lo reportado por Cáceres (2004) y Kaupuz y Larins (2008) quienes en estudios similares al presente, reportan respectivamente que un 76%, 88% y 89% de las personas adultas mayores mostraron su capacidad física funcional dentro de la norma y por arriba de la misma. Es importante señalar que el grupo de personas adultas mayores evaluadas, pertenece a grupos organizados de la comunidad donde la realización de ejercicio físico periódico forma parte de sus actividades. Esta condición de población físicamente activa contribuye a que su estado físico funcional sea bueno según las normas reportadas por Rikli y Jones, (2001). En este sentido, los estudios reportados por Milton y otros

(2008) y Takeshima y otros (2007) confirman la importancia que tiene el ejercicio físico como determinante de la capacidad física funcional, especialmente en personas adultas mayores.

2. Calidad de vida

Al analizar los resultados del presente estudio de manera general esta condición muestra valores promedio elevados, lo que refleja una buena calidad de vida de las personas adultas mayores evaluadas. La función física la cual denota que conforma avanza la edad de las personas evaluadas el porcentaje obtenido va descendiendo, lo que hace que el grupo de edad de 60-64 años se diferencie significativamente de los otros. La percepción de una función física disminuida en las personas conforme avanzan en su edad se relaciona con los cambios fisiológicos que sobrevienen del proceso natural de envejecimiento a pesar de que las mismas se sometan a programas de actividad física. La práctica de ejercicio físico diario retarda los efectos del envejecimiento, no los elimina del todo, por lo que es de esperar que a mayor edad, haya un sentimiento de deterioro de la función física en las personas (ACSM, 2010; Bushman, 2011 y McArdle, Katch y Katch, 2010).

Asimismo, el dominio del rol físico mostró valores aceptables en este estudio y hubo diferencias significativas entre el rango de 65-69 años y el rango de 75 años y más. El rol físico, según Kaupuzs y Larins (2008) se relaciona con el proceso natural fisiológico del envejecimiento, ya que con el paso de los años cambia la apariencia, hay pérdida de masa muscular, masa ósea, hay disminución en la tasa metabólica, disminuye la capacidad de reacción, la función cerebral, las funciones del sistema inmune, la capacidad física y una serie de cambios endocrinos que van limitando el funcionamiento óptimo del organismo. En estas circunstancias es probable que se presente un deterioro importante de la salud, lo que limita el quehacer diario de las personas y la percepción de su capacidad o funcionamiento físico se deteriora (Vilagut y otros, 2004).

Por otra parte, en la dimensión de dolor corporal, los resultados encontrados reflejan que las personas participantes en este estudio no manifestaron niveles de dolor

que limitaran su funcionalidad, situación que puede tener relación directa con el hecho de pertenecer a grupos organizados que realizan actividad física periódica y que los obliga de cierta forma a mantenerse activos y activas. Tal y como lo indican Torre y otros (2008) la actividad física diaria representa una estrategia de afrontamiento del dolor efectivas; estos investigadores encontraron que las personas activas físicamente logran reducir su sensación de dolor de manera significativa, mientras que quienes se mantuvieron inactivos muestran niveles de dolor cada vez mayores; además las personas que disminuyen su dolor muestran menores niveles depresivos y mejor calidad de vida.

Por su parte, la dimensión de salud general, ocupa un lugar primordial en el bienestar general de la persona adulta mayor y es un factor determinante en la capacidad funcional e independencia de estas personas. En el presente estudio los resultados muestran promedios altos en la salud general y estos datos se relacionan con lo encontrado por otros investigadores (Coronado y otros, 2009; Kaupuzs y Larins 2008) donde se reporta que en países como Perú, Dinamarca, Estado Unidos, Francia, Japón, México, Australia, Holanda e Italia, las personas evaluadas manifestaron tener una buena salud general. Contrario a ello, los resultados que reportan Cáceres (2004) y Organización Panamericana de la Salud (2004) en sendos estudios con población adulta mayor costarricense, se encontró que un alto porcentaje de las personas analizadas manifestaron tener su salud en malas o muy malas condiciones. Es meritorio indicar que un factor que puede intervenir en la salud es el que se menciona en estudios como el de White y otros (2009) quienes encontraron una amplia relación entre las relaciones sociales positivas y la salud general; además indican que las personas con una relación familiar positiva tienen un mayor factor de protección de la salud que aquellas personas adultas mayores cuyos vínculos familiares son débiles.

Otro dominio de la calidad de vida analizado en este estudio es la vitalidad. Los resultados muestran valores promedio altos en la vitalidad de las personas adultas mayores con la particularidad de que conforme aumenta la edad de los participantes, la percepción de vitalidad es menor, aunque no a un nivel significativo. En el estudio de

Ramírez, Agredo, Jerez y Chapal (2008) se reportó que la vitalidad se percibió a un nivel moderado y de manera general encontraron que la calidad de vida estaba deteriorada en las personas que analizaron.

Al analizar la función social de las personas adultas mayores en este estudio, los valores indican que hay una buena función social percibida conectada con relaciones sociales positivas generadoras de un buen ambiente general en los grupos evaluados. En estudios realizados por Lavasseur, Desrosiers y Noreau (2004); Unger y otros (1999); Seeman y Chen (2002); Zimmer y House (2003) se encontró que la dimensión social es un fuerte determinante de la calidad de vida, muchos problemas de salud, desórdenes psicológicos y otros aspectos se derivan de una participación social negativa; además, la falta de relaciones sociales positivas fue uno de los factores relacionados con la aparición de enfermedades degenerativas y por ende, con el consecuente deterioro de la calidad de vida. En resumen, la integración social se asoció con mejores resultados de salud, tales como un menor riesgo de mortalidad, enfermedades cardiovasculares, mortalidad por cáncer y el declive funcional.

Por su parte, respecto al rol emocional, los resultados muestran que esta es la dimensión que presenta mejores puntajes promedio de manera general y por rango de edad. Similares resultados presentaron Coronado y otros (2009) quienes encontraron que en la calidad de vida en personas adultas mayores en Perú y España, el rol emocional era la dimensión que mostraba mejores resultados. Sin embargo, en Cali, Ramírez y otros, (2008) encontraron que el rol emocional estaba deteriorado, las personas adultas mayores reportaron promedios muy bajos en esta dimensión, lo que indicó una situación social anormal, generadora de una mala calidad de vida. Por su parte, Mella y otros (2004) indicaron que el bienestar emocional se presenta más disminuido en aquellas personas con niveles bajos de actividad física y salud. Estos hallazgos se relacionan con la posición de Prentice (2007) quién afirma que el ejercicio físico tiene como beneficio adicional la mejora del bienestar general y lleva a las personas a estilos de vida más saludables, con mayor seguridad y autoestima, esto hace que su función emocional mejore considerablemente, por lo que no es de extrañar

que las personas con estilos de vida sedentarios manifiesten estados emocionales deteriorados.

Es importante destacar que la salud mental presentó valores promedio altos, demostrando así que la actividad física regular no sólo mejora los aspectos biológicos de las personas adultas mayores, sino que también interviene positivamente sobre los procesos mentales. En este sentido, Ramírez y otros (2008) encontraron resultados promedio muy bajos en esta dimensión en personas sedentarias, lo que generó riesgos adicionales de presentar psicopatologías como depresión, ansiedad, pérdida del auto-control y el detrimento del bienestar general. En otras latitudes, Coronado y otros (2009) encontraron valores promedio más bajos que los encontrados en el presente estudio tanto en Perú como en España; dadas estas comparaciones, los resultados mostrados sugieren que en las personas adultas mayores evaluadas, la salud mental se muestra como una fortaleza en su calidad de vida.

Por último, la transición de salud surge como un factor que se relaciona con los cambios acaecidos de un año a otro en el estado de salud. Los resultados de este estudio muestran valores elevados en los primeros rangos, pero conforme avanza la edad, la transición de salud se ve disminuida significativamente. Para el ACSM (2010) la aparición de enfermedades se hace más frecuente a edades más avanzadas y esto lleva a dificultades mayores para participar activamente en los programas de ejercicio, disminuye la capacidad de ejecución y por supuesto disminuyen los beneficios generados. Esto se observa claramente en los resultados pues el rango de edad de 60-64 años fue significativamente mejor que el rango de 70-74 años; es decir, los cambios en la salud de un año a otro marcan diferencia y las personas sienten con mayor severidad el paso de los años y como se va comprometiendo la salud que se disfruta, a pesar de que se trata de personas activas físicamente. Según Hellström, Andersson, y Hallberg (2004); Vera (2007) y White y otros (2009) la creación y el mantenimiento de redes de apoyo social, ofrece la oportunidad de mejorar y conservar el estatus de salud y el bienestar a pesar del paso de los años; este apoyo social es un valor agregado que se asocia con la práctica de actividad física en grupos organizados ya

que las personas se relacionan e interactúan constantemente.

3. Bienestar Psicológico

En primera instancia se tiene que, el nivel de auto-aceptación de las personas analizadas es bueno (Díaz y otros, 2006). De manera general y en cada grupo de edad, las actitudes positivas hacia la vida se superponen y generan un ambiente psicológico efectivo, o sea, las personas se sienten mejor consigo mismas y se aceptan tal y como son. Dados estos resultados, Díaz y otros (2006) indican que la auto-aceptación es uno de los criterios centrales del bienestar, por naturaleza las personas intentan sentirse bien consigo mismas a pesar de que son conscientes de sus propias limitaciones. Keyes, Riff y Shmotkin (2002) señalan que el funcionamiento psicológico positivo genera actitudes positivas hacia uno mismo. Estas posiciones refuerzan la idea de que las personas evaluadas en este estudio poseen un bienestar psicológico adecuado y tienen una buena capacidad de auto-aceptación. El trabajo grupal, hace que se apoyen unos con otros y generen un entorno psicológico positivo.

Además de ello, las relaciones positivas con otras personas se convierten en un pilar fundamental del diario vivir, la gente necesita mantener relaciones estables y rodearse por amigos de confianza, además de poseer la capacidad de amar como lo indica Mella y otros (2004). Estos investigadores encontraron valores promedio elevados vinculados con relaciones positivas en las personas evaluadas y estas relaciones positivas se asociaron a una mejor auto-imagen y a una mejor autoestima. En el presente estudio el valor encontrado en esta dimensión indicó que las personas evaluadas poseen relaciones positivas fundamentadas en niveles de interrelación satisfactorios. Las relaciones con otras personas y las conexiones sociales son parte fundamental para un buen funcionamiento integral de la persona, ya que mejora la salud, el nivel de bienestar psicológico y la calidad de vida (Hellström, Andersson y Hallberg, 2004).

Asimismo, la autonomía se mostró con valores bastante buenos, sugiriendo que las personas evaluadas gozan de una adecuada independencia funcional; aunque según

la Organización Panamericana de la Salud (2004) con el paso de los años, las personas adultas mayores aumentan su dependencia de otras personas, sobre todo del mismo núcleo familiar. Por su parte Ramírez (2002) indica que a mayor edad en las personas adultos mayores hay mayor pérdida de la autonomía y mayor dependencia de otras personas. Esta es una situación fisiológica natural del envejecimiento que puede ser atenuada con la práctica de actividad física, ya que ésta, provee el mantenimiento y mejoramiento de la capacidad física funcional y por ende la autonomía (ACSM, 2010; Bushman, 2011; McArdle, Katch y Katch, 2010; y Prentice, 2007).

El dominio del entorno se mostró con valores promedio elevados por cada rango de edad, esto hace alusión a un buen dominio del ambiente que rodea a la persona adulta mayor, e indica que el grupo de personas evaluadas son capaces de generar control sobre su entorno y pueden dirigir su vida de acuerdo con las consideraciones que cada uno tenga para sí mismo. Según Díaz y otros (2006) las personas con un buen dominio del entorno tienen un funcionamiento más positivo, poseen un mayor control sobre su mundo y son capaces de influir sobre el contexto que les rodea.

Respecto al nivel de crecimiento personal visualizado en las personas adultas mayores de este estudio, se marca un nivel general bastante aceptable por rango de edad. En este sentido, Mella y otros (2004) mencionan que esta dimensión psicológica le permite a la persona desarrollar su propio potencial, crecer y expandirse como persona, por lo que se entiende que estas personas desarrollan constantemente sus potenciales y tienen mayores posibilidades de ser mejores personas sin importar la edad. Keyes y otros (2002) indican que un adecuado crecimiento personal se relaciona positivamente con la sensación de felicidad, satisfacción con la vida, autonomía, relaciones positivas con los demás y otras áreas que en detalle generan una mejor calidad de vida en las personas adultas mayores.

Respecto al propósito en la vida, Díaz y otros (2006) consideran que es la capacidad para visualizar metas y definir objetivos por los que se va a regir la vida de

cada quién, sin ello la vida no tendría sentido. Se trata de un factor que se relaciona con el crecimiento personal y la autonomía, por lo que valores elevados de esta categoría manifiestan una vida más definida y satisfecha (Keyes y otros, 2002). En este sentido, el presente estudio mostró valores positivos aceptables en todos los rangos de edad sin mostrar diferencias significativas, sugiriendo que las personas analizadas tienen un propósito de vida bien establecido. En alusión a ello, diversos estudios muestran que las personas con puntajes elevados en esta dimensión son personas bien definidas, con metas e intenciones claras y que mantienen un buen sentido de dirección en su vida (Díaz y otros, 2006; Keyes y otros, 2002; Mella y otros, 2004).

4. Bienestar Social

En primera instancia hay que indicar que la integración social es considerada un punto importante de apoyo para la persona adulta mayor, ya que si se tiene una buena percepción de la misma, las personas ostentan un buen estado de integración a la sociedad. En este sentido, el presente estudio mostró valores promedio elevados de manera general y por rango de edad en esta dimensión, lo que refleja que las personas evaluadas se sienten integradas socialmente, lo que se percibe como una fortaleza, generando una protección adicional contra situaciones de riesgo para la salud y la calidad de vida. El hecho de ser parte de relaciones sociales de calidad es tan importante como el efecto protector que produce el mismo ejercicio físico (Glass, Méndez de León, Marottoli y Berkman, 1999; Unger y otros, 1999). En este sentido, se ha demostrado que integrarse y participar en actividades sociales que requieren de ningún o poco esfuerzo físico, pueden resultar en una disminución del riesgo de mortalidad y este beneficio es tan importante como el obtenido en aquellas actividades que requieren esfuerzo físico más intenso. Esta situación es relevante, ya que personas con algún nivel de dependencia funcional y que por su condición no pueda realizar esfuerzos físicos importantes, se pueden beneficiar con la participación en dichas acciones (Berkman y otros, 2004; Glass y otros, 1999; Holtzman y otros, 2004).

Con frecuencia se señala el efecto de la integración y la participación social

sobre la salud (Berkman y otros, 2000; Glass y otros, 1999; Holtzman y otros, 2004; Otero y otros, 2006; Unger y otros, 1999); argumentando que las personas que tienen dificultades para integrarse a la sociedad y se aíslan, tienen mayores riesgos de sufrir efectos nocivos para la salud y están en riesgo aumentado de mortalidad.

En la dimensión de aceptación social, el resultado obtenido fue bueno, aunque éste factor mostró los promedios más bajos respecto al bienestar social, además no se encontró diferencias significativas entre rangos de edad. Para comprender esta situación Keyes (1998) indica que la aceptación social, se relaciona con el sentido de pertenencia al grupo y el disfrute de la misma en las cualidades, confianza, aceptación y actitudes positivas hacia los demás, así como la aceptación de los aspectos positivos y negativos propios. Además de ello, este resultado se relaciona con la presencia de algún grado de desconfianza e intranquilidad, provocado por la inseguridad social, la pérdida de valores, el abandono y otras situaciones que están sucediendo con la sociedad actual y que además, esto podría generar problemas de salud mental (Berkman y otros, 2004; Glass y otros, 1999; Puga y otros, 2007; Unger y otros, 1999). Asimismo, se reporta que la pertenencia a un grupo o red social (grupo de amigos, de trabajo, ejercicio), produce efectos positivos para la salud cognitiva; una persona adulta mayor que pertenece a un grupo y se siente segura en él, mantiene un buen estado emocional y de salud duradero (Holtzman y otros, 2004; Keyes, 1998). Por su parte, Lavasseur y otros (2004) reportaron una asociación positiva entre estos aspectos del bienestar social y la calidad de vida en las personas analizadas e indicaron que la participación y aceptación social constituyen un factor determinante de la calidad de vida.

Según se encontró en este estudio, los valores promedio obtenidos en cuanto al sentimiento de contribución con la sociedad son bastante buenos. Estos resultados refuerzan la tesis de Keyes (1998) y Lavasseur y otros (2004) quienes señalan que la contribución social se relaciona con el sentimiento de utilidad propio para la sociedad, que se es miembro de la sociedad y se tiene algo importante que ofrecer a la misma. Además de estos beneficios, la participación social produce efectos positivos para la

salud, contribuye a disminuir la depresión, aumenta la salud percibida y disminuyen los problemas funcionales e instrumentales que aparecen en las primeras etapas de la discapacidad (Puga y otros, 2007).

En relación con la dimensión actualización social, los resultados encontrados en este estudio son un reflejo de que las personas confían en el futuro de la sociedad, en su potencial de progreso y de desarrollo, en su capacidad para producir bienestar (Keyes, 1998). Esta situación según Blanco y Díaz (2005) se relaciona con el entendimiento del dinamismo de la sociedad y de las instituciones, esto permite el crecimiento social y personal; la gente que goza de más salud mental, tiene confianza en el futuro social, siente que puede crecer y desarrollarse y que esto le puede generar bienestar.

Con respecto a la coherencia social, esta mostró que en promedio los valores fueron buenos, manifestando relativamente la sensación de que se comprende bien lo que sucede con la sociedad, se entiende lo que pasa alrededor de cada quién, las personas entienden la lógica del porqué suceden cosas que no están dentro de lo normal; a pesar de la complejidad del mundo, no es difícil comprenderlo. En este sentido, Blanco y Díaz (2005) indican que *“La gente sana no sólo se preocupa por conocer el tipo de mundo en el que vive, sino que tiene la sensación de que es capaz de entender lo que acontece a su alrededor. Vemos un sentido a lo que pasa, y encontramos una lógica en los acontecimientos que nos rodean”*.

En resumen, el bienestar social comprende un sinnúmero de situaciones interesantes de considerar, cuando se trata de realizar intervenciones de corte integral en las personas adultas mayores, sobre todo por el alto riesgo de deterioro en que se encuentra este segmento de la población, en constante crecimiento y relativo abandono social.

5. Salud General

La salud general en el grupo personas adultas mayores de San Ramón mostró niveles elevados para cada uno de los rangos de edad, lo que indica que las personas evaluadas perciben que su salud general es bastante buena. Este resultado se contrapone al reporte del I Informe Estado Situación de la Persona Adulta Mayor presentado por Fernández y Robles (2008) ya que muestra que el 56% de las personas adultas mayores que viven fuera de la gran área metropolitana de Costa Rica y el 41% de los que viven en ella, percibieron su salud como regular o mala. A nivel general, el 47% de las personas encuestadas manifestaron que su salud era regular o mala. En otros lugares se obtuvieron valores inferiores a los obtenidos. Para el caso de Cuba se reporta que solamente el 39,6% de las personas adultas mayores coincidieron en que su salud es positiva, o sea, un 60,4% reportaron su salud como deficiente (Fernández y otros, 2000). En Letonia se encontró que el 19,3% de las personas manifestaron tener su salud deteriorada, el 9,7% indicaron que su salud era buena y el 71% indicó su salud como normal o en el promedio (Kaupuzs y Larins, 2008). Por su parte, en Costa Rica, en un estudio con grupos no organizados en el año 2000, se encontró que el 22,7% de las personas participantes reportaron su salud como buena, o sea un estado sano, mientras que el 77,3% indicaron una salud deteriorada (Cáceres, 2004).

En otro estudio, Puga y otros, (2007) reportaron para el caso de Costa Rica una salud auto-percibida mala o regular significativamente más elevada entre las personas adultas mayores en comparación con poblaciones de Inglaterra y España. Sin embargo, en la presente investigación se evidenció una mejor salud general, lo que según Bushman (2011) y Prentice (2007) tiene relación con la práctica de ejercicio físico cotidiano que realizan estas personas, además de pertenecer a grupos institucionalizados de la comunidad.

Este último punto constituye un aspecto fundamental en la intervención que se pueda desarrollar con estos grupos etarios, ya que, según lo muestran numerosos investigadores la práctica de ejercicio físico controlado, produce efectos positivos sobre las diversas dimensiones del ser humano, pero sobre todo, es un aliado perfecto

en la búsqueda de brindar mejores condiciones de vida para una población un poco descuidada y olvidada (ACSM, 2010; Bushman, 2011; McArdle, Katch y Katch, 2010). Además de ello, el sólo hecho de pertenencia que genera la participación en un grupo organizado de su misma generación, brinda enormes posibilidades de desarrollarse como persona y mantener o mejorar su bienestar social, psicológico, la salud y por supuesto la calidad de vida (Holtzman y otros, 2004; Keyes, 1998).

6. Depresión

La depresión es un factor importante que debe ser considerado en el establecimiento de la situación real de la persona adulta mayor, ya que esta enfermedad está proyectada como la segunda causa de discapacidad en el mundo para el año 2020; este escenario torna relevante su incorporación al análisis biopsicosocial de la persona adulta mayor, además, es importante destacar que esta enfermedad se relaciona directamente con la condición emocional, la actividad social, la salud y la calidad de vida de las personas adultas mayores (Wada y otros, 2005). Esta situación se relaciona con los datos del presente estudio, en donde se encontró que en el nivel normal se ubicaron el 86,2% de las personas analizadas, pero 13,8% de las personas se encontró en los niveles depresivos I y II. Estos hallazgos coinciden con los encontrados en otras latitudes, así por ejemplo en el estudio realizado por Wada y otros (2005) se encontraron niveles de depresión del 33.8% en Indonesia, 17.2% en Vietnam y 30.3% en Japón. En Estados Unidos, Whooley, Stone y Soghikian (2000) reportaron hallazgos del 14% de depresión en personas adultas mayores; en Estonia Saks, Tiit, Kaarik y Jaanson (2002) encontraron un 40,2% de personas con esta enfermedad. Mientras tanto, en Costa Rica la OPS (2004) encontró que el 38% de las personas adultas mayores estaba en riesgo de depresión y el 10% ya estaban deprimidas. Se encontró además que las personas con mayor nivel de actividad diaria son las que tienen más probabilidad de tener un estado de ánimo normal. Por su parte, en Costa Rica, Cáceres (2004) encontró que el 52% de las personas estaban en estado normal, el 37,9% en riesgo de depresión y el 10,1% estaban en estado depresivo.

En los resultados se observa un fenómeno interesante y es que conforme avanza la edad de las personas analizadas, aumenta el estado depresivo de las mismas. Por ejemplo en el rango de 60-65 años, se obtuvo un 92,3% de las personas adultas mayores en estado depresivo normal y un 7,7% de personas ubicadas en los niveles depresivos I y II, pero en el rango de edad de 75 años y más la situación cambia a un 75% de personas en estado normal y un 25% ubicadas en estados depresivos I y II. Este panorama lo describen Hays y otros (1997) como producto de una serie de situaciones que transcurren con el paso de los años, tales como la pérdida de los seres queridos, pérdida paulatina de la capacidad funcional o dificultad para realizar actividades que antes eran sencillas, entre otras cosas, afectando directamente el estado anímico y aumentando así los estados depresivos.

Se muestra la imperiosa necesidad de brindarle una atención integral a este segmento etario de la sociedad, pues de no ser así, cada vez más personas adultas mayores estarán en riesgo de comprometer su integridad biopsicosocial, enfermarse y posteriormente engrosar la lista de personas adultas mayores en condiciones de dependencia, mientras que si se logra disponer de programas de atención desarrollados para las personas adultas mayores, es probable que las condiciones de deterioro no sólo se estabilicen, sino que también disminuyan, de manera tal que la sociedad incurriría en gastos de atención mucho menores, producto de poseer personas adultas mayores funcionalmente independientes.

7. Relación entre dimensiones

El análisis de correlaciones entre las distintas variables muestra una serie de situaciones interesantes. La relación encontrada entre la capacidad física funcional analizada mediante la batería de pruebas de ejecución física del SFT y las diferentes variables psicológicas se presentan en este apartado.

En la prueba de levantarse y sentarse de la silla se mostró una estrecha relación con la calidad de vida y sus respectivas dimensiones, o sea, las personas que mostraron una capacidad física funcional elevada, indicaron también una buena calidad de vida.

Similares hallazgos encontraron Araujo, Pereira y Martín (2009) en mujeres adultas mayores, donde la calidad de vida estuvo ampliamente relacionada con la capacidad física funcional y ésta a su vez mejora como producto de la práctica de actividad física diaria. En otro estudio se indica que la actividad física, como mediadora de la capacidad funcional, interviene en el proceso de mantenimiento y mejoramiento de la salud y la calidad de vida. Estos autores reportaron que la actividad física basaba su relevancia clínica en la magnitud de su efecto sobre ciertas situaciones que afectan directamente a las personas adultas mayores. Mencionan que la actividad física ayuda a mejorar en un 27% la limitación de la movilidad, 12% en el dolor y un 16% en el bienestar emocional, todos ellos aspectos de la calidad de vida (Sawatzky y otros, 2007). Asimismo, Sánchez (2008) encontró que el rol físico en personas mayores de 60 años tenía relación directa con la capacidad física.

En otro aspecto de la capacidad física funcional, la prueba de agilidad y equilibrio dinámico presentó relación con todas las dimensiones del bienestar social, o sea, moverse rápido, de manera ágil y segura, se vinculó con un adecuado bienestar social, situación que se asocia con lo expuesto por Lavasseur y otros (2004) quienes indican que las personas con un buen estado físico que les permita movilizarse adecuadamente, ir y venir, compartir con sus amigos, entre otras actividades, tienen una buena calidad de vida y un excelente bienestar social.

Desde la perspectiva social, la coherencia social resultó ser la dimensión más relacionada con la capacidad física funcional. Las personas con una buena capacidad física funcional poseen una mayor capacidad de ver y comprender el mundo a su alrededor (Keyes, 1998). Estos hallazgos se relacionan con lo encontrado por Glass y otros (1999) en donde el buen funcionamiento físico es un complemento perfecto para el desarrollo del bienestar social, aparte que disminuye la morbilidad y la mortalidad en las personas. Las personas con un bienestar social elevado tienen ventajas orgánicas similares a las que tiene una persona que es activa físicamente. En este mismo sentido, Glass y otros (1999); Seeman, Kaplan, Knudsen, Cohen y Guralnik (1987) y Unger y otros (1999) indican que ser una persona activa y considerarse útil socialmente

produce efectos positivos para la salud y permite que las personas vivan más años. De la misma forma, Berkman y otros (2004) encontraron que las personas con un bajo bienestar social tenían mayores riesgos de morbilidad y mortalidad que aquellos con un bienestar social elevado. Por El bienestar social tiene efectos protectores fuertes sobre la funcionalidad de la persona, aunado al efecto protector sobre la salud y sobre las enfermedades cardiovasculares, estos investigadores hallaron que las personas con limitaciones físicas o impedimentos físicos y que fueron sometidos a programas de interacción social, mejoraron su condición y disminuyeron la morbilidad y la mortalidad (Unger y otros, 1999).

El bienestar social se relacionó con altos niveles de bienestar psicológico, determinándose así que el bienestar social es un componente esencial para mantener un buen estatus psicológico y una buena salud general (Mella y otros, 2004). El bajo bienestar o integración social se relaciona con algunas enfermedades crónicas no transmisibles, ya que las personas al sentirse solas desarrollaban estilos de vida insalubres, aumentaban el consumo de tabaco, alcohol y otras sustancias, presentaban una ganancia de peso corporal y esto generó aumentos significativos en la aparición de enfermedades cardiovasculares y cerebro-vasculares, enfermedades infecciosas, cáncer y problemas de funcionalidad (Berkman y otros, 2004).

Asimismo, el bienestar social se relacionó negativamente con manifestaciones depresivas, lo que denota que a mayor bienestar social hay menos probabilidad de padecer o sufrir desórdenes depresivos. Las personas que se sienten aisladas e inútiles para la sociedad desarrollan rasgos depresivos que pueden generarles la muerte de no atenderse a tiempo (Berkman y otros, 2004). Las intervenciones que mejoran el bienestar social de la persona, ayuda a elevar los niveles de salud, sobre todo en aquellas personas con alguna dolencia seria o impedimentos físicos que les dificulta la participación social. Por esto, recomiendan que en toda intervención para mejorar la vida de las personas se incorporen actividades que eleven las relaciones sociales y permitan generar redes de apoyo social donde la persona se sienta segura y protegida (Unger y otros, 1999).

El bienestar psicológico se relacionó de manera puntualizada con la capacidad física funcional en los ámbitos de fuerza de piernas, así como con la agilidad y equilibrio dinámico, relación que se puede determinar desde el punto de vista de la capacidad de movilizarse de manera segura. Este hallazgo es reforzado con el estudio de Carazo, Ballester y Araya (2002) quienes encontraron que la actividad física, específicamente el Taekwondo, mejoró los niveles de desempeño físico, la fuerza, la flexibilidad y la agilidad en los sujetos participantes y esto ayudó a mejorar los niveles cognoscitivos, además de beneficiar el bienestar psicológico en las personas de edad avanzada. En otro estudio se encontró que la actividad física regular no solo mejoró la capacidad funcional, también contribuyó a mejorar el bienestar psicológico en las personas adultas mayores en un 16% (Ruuskanen y Ruopilla, 1995; Sawatzky y otros, 2007).

Los rasgos depresivos se correlacionaron negativamente con la capacidad física funcional. Las personas deprimidas obtuvieron evaluaciones bajas en cuanto a su capacidad física en las dimensiones de flexibilidad, agilidad y equilibrio dinámico y la funcionalidad de sus piernas. Por otra parte, las personas en buen estado físico, manifestaron niveles depresivos bajos, por lo que el buen funcionamiento físico colabora positivamente para que las personas adultas mayores no presenten niveles depresivos dañinos. Similares resultados se muestran en algunos estudios, en donde las personas con niveles bajos de capacidad física funcional presentaron depresión crónica, además, el bajo nivel de actividad física fue predictor de niveles depresivos y al aumentar la actividad física, la depresión disminuyó (Hays y otros, 1997; Dunn, Trivedi y O'neal, 2001; Orfila y otros, 2006).

La salud general auto-reportada, se relacionó positivamente con la capacidad física funcional en las pruebas de fuerza y potencia en las piernas y la agilidad y equilibrio dinámico, reflejando de este modo la relación existente entre la capacidad física funcional y la salud. Aunque parece evidente, Orfila y otros (2006) indican que personas con una capacidad física funcional deteriorada manifestaron tener una pobre salud general; añaden que la capacidad física funcional se relaciona directamente con

el estado de salud de la persona, o sea, es un buen predictor de esa condición. Asimismo, Almeida, Leça, y Noia (2005) reportan que las personas adultas mayores obtienen mejores resultados en la salud auto-reportada, cuando realizan actividad física diaria. En este mismo sentido, Kaupuzs y Larins (2008) y Nelson y otros (2007) encontraron que las personas adultas mayores con condiciones de salud deterioradas y que participaron en programas de actividad física, lograron reducir el riesgo de desarrollar enfermedades crónicas no transmisibles.

Además de ello, la salud general, se relacionó positivamente con la calidad de vida; claro está que las personas que percibieron una buena calidad de vida ostentaron niveles altos de salud percibida. Similares hallazgos presentan Canbaz, Sunter, Dabak y Peksen (2003) encontraron que las personas que manifestaban problemas de salud obtenían niveles bajos en la percepción de su calidad de vida y las personas pertenecientes al grupo saludable registraban los niveles más altos en la calidad de vida.

En la calidad de vida, el rol físico solo tuvo relación significativa con la percepción de salud auto-reportada. En este sentido, Flores, Troyo y Vega (2010) reportaron relaciones significativas entre la percepción de salud y la calidad de vida en las personas adultas mayores; además quienes manifestaron tener su salud deteriorada, también indicaron tener una mala calidad de vida. Por otra parte, las otras dimensiones de la calidad de vida también manifestaron interacción con el bienestar psicológico, indicando de este modo que las personas adultas mayores que realizan actividad física regular, cuentan con una buena calidad de vida y poseen también un buen bienestar psicológico. Esta situación se relaciona con los hallazgos presentados por Sawatzky y otros (2007) quienes indican que las personas que realizaron actividad física, disminuyeron el dolor corporal, reportaron una mejor salud y estos aspectos se relacionaron con una buena calidad de vida y buenos niveles de bienestar psicológico. Asimismo, el bienestar psicológico, resultó tener una relación negativa con los rasgos depresivos en las personas adultas mayores, demostrando que las personas con rasgos depresivos elevados, presentan su capacidad psicológica en pleno deterioro, o sea, las

personas que presentan valores bajos en el bienestar psicológico, presentan rasgos elevados de depresión. En esta misma línea de investigación Mella y otros (2004) encontraron una relación negativa entre el bienestar psicológico y la depresión en personas adultas mayores. En otros estudios realizados se encontró que la depresión en personas adultas mayores estaba fuertemente asociada con una calidad de vida deteriorada, tal y como resultó ser en el presente estudio (Unsar y Sut, 2010; y Wada y otros, 2005).

La salud general elevada reduce la posibilidad de que aparezcan rasgos depresivos en las personas; quienes mostraron rasgos depresivos, manifestaron también que su salud percibida era deficiente, además, quienes percibieron su salud como buena, no indicaron padecer de depresión. Esto concuerda con lo reportado en varios estudios realizados por Mella y otros (2004); Orfila y otros (2006); Torre y otros (2008); y Wada y otros (2005) quienes indican que las personas con una percepción de salud deficiente influenciada por enfermedades como la artritis, o dolores de espalda, presentaron síntomas depresivos; además, mencionan que dos o tres meses después de aparecer una enfermedad importante en la persona adulta mayor, aparece la depresión.

7.1 “Particularidad”

Se debe comprender que la capacidad física funcional se mantiene como el eje fundamental en la determinación de claves que indiquen la realidad o el perfil de las personas adultas mayores evaluadas. Esto hace que se interpreten las interrelaciones suscitadas entre las variables de estudio de orden psicológico respecto a las de aplicación física práctica como lo son las que corresponden al SFT.

Al establecer un seguimiento en los patrones conductuales, se tiene que varias pruebas del SFT muestran correlaciones importantes con las dimensiones de la calidad de vida, entre ellas la prueba de levantarse y sentarse de la silla que involucra fuerza y resistencia de piernas, las flexiones de brazo (fuerza de brazo) y la prueba de levantarse, caminar y sentarse, que involucra equilibrio dinámico y agilidad, indicando así, que las personas con mejor capacidad física funcional en los aspectos de fuerza,

agilidad y equilibrio, perciben que su calidad de vida es mejor. Esto se relaciona con lo encontrado por Sawatzky y otros (2007) quienes mencionan que las personas con bajo nivel de actividad física presentan niveles funcionales deficientes y esto se asocia a una mala calidad de vida. Asimismo, expresan que el trabajo de fuerza y el balance, incrementaron los niveles funcionales y la calidad de vida.

Respecto a las dimensiones del Bienestar Social, estas se correlacionaron en mayor medida con las pruebas de levantarse y sentarse de una silla, así como con la prueba de levantarse, caminar y sentarse, o sea, las personas adultas mayores presentaron una mejor percepción de su situación social cuando su capacidad funcional de piernas fue mejor, o bien, podían caminar, desplazarse de un lado a otro sin problema alguno. Igualmente, la Coherencia Social se manifestó como la dimensión más ligada con la capacidad física funcional. En este sentido Blanco y Díaz (2005) mencionan que la gente sana es capaz de entender el mundo que le rodea de una mejor forma. Asimismo, Lavasseur y otros (2004) encontraron una fuerte correlación entre la Participación Social y la capacidad funcional en las personas de su estudio, lo que sugiere que las personas con alguna limitante funcional física tienen problemas para relacionarse con otras personas, para crear roles sociales, en fin, para tener una participación social adecuada.

Situación similar sucedió con las dimensiones de la escala de Bienestar Psicológico, ya que, las dos pruebas indicadas arriba (levantarse y sentarse de una silla - levantarse, caminar y sentarse), correlacionaron con dichas dimensiones. Además la dimensión Propósito en la Vida obtuvo correlación con varias pruebas del SFT, lo que muestra la relación que existe entre las metas y objetivos futuros con respecto a la posibilidad de vivirlos con una adecuada funcionalidad. Este hallazgo lo respalda Sawatzky y otros (2007) quienes encontraron una fuerte relación entre las personas activas físicamente y el bienestar psicológico; por el contrario, aquellas con impedimentos físicos y disminuida capacidad funcional tuvieron un bienestar social deteriorado.

Por otra parte, las pruebas de flexibilidad, levantarse, caminar y sentarse y levantarse y sentarse de la silla, correlacionaron negativamente con la depresión, lo que demuestra la necesidad de incrementar el ejercicio físico en las personas adultas mayores, para disminuir la probabilidad de desarrollar estados depresivos nocivos. En este sentido, Dunn y otros (2001) revisaron la evidencia científica de la relación entre la actividad física y la depresión, encontrando soporte suficiente para aseverar la relación que existe entre estas dos dimensiones. Determinaron que las personas con niveles bajos de actividad física o capacidad física tenían mayores posibilidades de deprimirse, asimismo, las personas que manifestaron niveles depresivos elevados e iniciaron con programas de actividad física, incrementaron su capacidad física y disminuyeron los niveles depresivos. Además de esto, Al-Shair y otros (2008); Torre y otros (2008) encontraron que la depresión estuvo asociada con una pobre capacidad física funcional, además, encontraron que la mejoría en la capacidad física funcional producía efectos positivos sobre la salud, la vitalidad, las actividades de la vida diaria y la depresión entre otros factores.

Además, la salud general correlacionó con ambas pruebas del SFT anteriormente citadas (levantarse y sentarse de una silla - levantarse, caminar y sentarse), relacionadas con la fuerza, agilidad y equilibrio dinámico, aspectos fundamentales en las personas adultas mayores para realizar actividades de la vida diaria como caminar, ir de compras, entre otras, además de mantener el control corporal y disminuir la posibilidad de caídas. Según Kaupuzs y Larins (2008) la capacidad física funcional en niveles adecuados tiene amplia relación con la salud percibida, ya que las personas con niveles de capacidad física bajos tuvieron niveles de salud deteriorada en mayor escala, además el riesgo de enfermar se relacionó directamente con la inactividad física. En otro estudio realizado en Costa Rica, se encontró que las personas adultas mayores que reportaron mejores condiciones de salud, ostentaban también mejores niveles de capacidad física funcional, además de un menor índice de sobrepeso y obesidad (Cáceres, 2004).

Los resultados indican que tanto la fuerza de piernas como la agilidad y el

equilibrio dinámico, son los factores más importantes para mantener niveles adecuados de bienestar social, psicológico, salud general, calidad de vida y niveles depresivos normales, o sea, es importante comprender que para todas las actividades de la vida diaria de las personas adultas mayores, mantener las piernas en una adecuada funcionalidad es trascendental. En este sentido, Soberanes, Gonzáles y Moreno (2009) encontraron que las personas con un buen funcionamiento físico, tuvieron niveles altos en su calidad de vida percibida; por su parte, las personas con menor funcionalidad física tuvieron también mayor deterioro de su calidad de vida general. Concluyeron que la incapacidad funcional o dependencia funcional puede generar un proceso multi-patológico que forme el detrimento de las capacidades sociales, psicológicas y por ende la calidad de vida de las personas adultas mayores. Es importante adjuntar, la posición que ostentan Barboza, Rodríguez, Hernández de Valera, Hernández y Herrera (2007) quienes manifiestan que a mayor edad, las personas muestran un detrimento en el desempeño funcional.

Las personas de mayor edad tienen mayor dificultad para realizar actividades de la vida diaria, como por ejemplo ponerse de pie luego de estar sentados, fueron menos fuertes, mostraron menos fuerza en las piernas y su masa magra en las extremidades inferiores fue menor que las personas de menor edad (Landers y otros, 2001). Del mismo modo, en los hallazgos de esta investigación se tiene que, las personas adultas mayores conforme avanzan en su edad, pierdan la funcionalidad física, sobre todo la capacidad de funcionamiento de sus piernas a niveles donde puedan manifestar un detrimento en sus capacidades generales, salud, bienestar social, psicológico y calidad de vida. La pérdida de la funcionalidad física es un proceso natural relacionado con el envejecimiento, es un factor de orden fisiológico natural que puede ser atenuado con el ejercicio físico diario (ACSM, 2010; Bushman, 2011; McArdle, Katch y Katch, 2010). De manera que, un proceso de intervención debe contemplar patrones actitudinales dirigidos al mantenimiento y mejoramiento de la capacidad física funcional sobre todo con fuerza, la agilidad y equilibrio dinámico. En este sentido, Fahlman, Topp, McNevin, Morgan, y Boardley, (2007) indican que luego de un programa de ejercicio de 16 semanas, las personas adultas mayores incrementaron su capacidad física

funcional en porcentajes significativos; la fuerza de piernas incrementó un 9% y eso se relacionó con un 27% de mejoría en la prueba de levantarse y sentarse de una silla y la fuerza de bíceps aumentó en un 6% lo que representó una mejoría del 30% en la prueba de flexiones de brazo.

Estos hallazgos son alentadores sobre todo para aquellas personas que tienen una capacidad funcional baja, ya que demuestran que los incrementos en la fuerza y la resistencia mejoran el funcionamiento físico en personas de edades avanzadas, además de evitar la dependencia funcional en esta etapa de la vida. Según lo exponen la ACSM, (2010); Bushman, (2011); Durstine y otros, (2008); McArdle, Katch y Katch, (2010); Prentice, (2007) las personas adultas mayores que participan en un programa de ejercicio físico, obtienen ganancias físicas, psicológicas, sociales, en salud y calidad de vida, tan importantes como las que obtienen personas jóvenes sometidas a procesos de entrenamiento similares.

8. Contraste del perfil bio-psico-social por rango de edades

Al observar los resultados se tiene que hubo un rendimiento físico bastante similar en todas las personas, puesto que los resultados reflejan que la capacidad física funcional estuvo ubicada en los estados normal y excelente. Dada la similitud de los resultados, no se reportaron diferencias significativas. Asimismo, el rango de edad en el que se registró el valor más alto que se podría catalogar como el más eficiente, en las pruebas del SFT fue el de 65-69 años. Esta situación se relaciona con los hallazgo presentados por Barbosa y otros (2007) quienes indican que las personas adultas mayores de menor edad presentaron mejores niveles de capacidad física funcional que aquellos de mayor edad. McArdle, Katch y Katch (2010) indican que fisiológicamente es una situación previsible, ya que, con el paso de los años, el organismo va perdiendo sus capacidades orgánicas por efecto de la sarcopenia, osteopenia y otros factores que disminuyen la fuerza, la agilidad, el equilibrio y la flexibilidad, aunado a estos cambios se da un aumento en la masa grasa. Sin embargo, Fahlman (2007) indica que a pesar de que se producen estos cambios fisiológicos, es posible atenuar los efectos del envejecimiento y devolver la capacidad física funcional sin importar la edad de la persona.

Por otra parte, en la determinación de la calidad de vida de las personas adultas mayores, se obtuvieron resultados importantes. El rango de edad que mostró un mejor nivel de calidad de vida fue el de 60-64 años, el cual tuvo el mejor promedio en casi todas las dimensiones del SF-36. Además, se encontraron diferencias significativas en la dimensión Transición de la Salud entre los grupos de 60-64 versus el de 70-74 años. La capacidad física funcional según lo expresan Orfila y otros (2006) es un predictor de la calidad de vida, por lo que se puede esperar que las personas con una buena funcionalidad física, tengan también una buena calidad de vida. Los resultados obtenidos en la presente investigación, concuerdan con esta teoría, ya que, las personas que obtuvieron porcentajes elevados en su funcionalidad física, también obtuvieron una buena calidad de vida en su valoración. Este resultado es congruente con los reportados por Brown y otros (2004) quienes manifestaron que la calidad de vida está directamente relacionada con la capacidad funcional de las personas, mientras que bajos niveles de calidad de vida se asociaron con bajos niveles de actividad física. Sin embargo, se advierte que el empeño desmedido por mejorar la capacidad física funcional puede afectar la calidad de vida, sobre todo en aquellas personas que exceden las recomendaciones diarias de actividad física, ya que, la práctica de actividad física en niveles extenuantes conlleva a la percepción de una pobre calidad de vida.

El bienestar psicológico mostró una situación similar a lo reportado en las otras dimensiones, en donde las personas evaluadas mostraron puntajes promedio elevados en cada dimensión. Según lo comentado por Wojtek y otros (2009) la mejora de la capacidad funcional, hace que haya un sentimiento de bienestar psicológico significativamente mejor, ya que la persona goza de una mejor auto-eficacia, auto-concepto y auto-estima; los beneficios en este sentido, son generalizados para las personas adultas mayores de todas las edades.

Por su parte, la relación social en las personas adultas mayores constituye una necesidad para la búsqueda de una mejor calidad de vida; el aislamiento social, la pérdida de la sensación de que se puede ser útil a la sociedad, son entre otros, factores

que van en detrimento del bienestar de la persona y poco a poco va deteriorando su calidad de vida y aparecen los problemas de salud, depresión y la incapacidad funcional. Asimismo, las personas adultas mayores que reportan ser socialmente activas tienen menos problemas de salud, mejor capacidad física funcional y mejor bienestar psicológico (Fernández y Méndez 2007). Dados estos reportes, no es de extrañar la diversidad de resultados encontrados en cuanto a la situación del bienestar social; sin embargo, es importante indicar que el rango de edad de 60-64 años mostró los mejores puntajes y por ende el mejor estado social en las personas adultas mayores analizadas. La dimensión que se mostró más frágil fue la de Aceptación Social en donde se obtuvieron los valores más bajos, esta situación está relacionada con la disminución en la confianza hacia la sociedad, las personas adultas mayores perciben que la sociedad ha disminuido su potencial de desarrollo y ya no produce el mismo nivel de bienestar (Blanco y Díaz, 2005; Keyes, 1998).

Los valores reportados indican que la percepción de la salud fue buena en la mayoría de las personas adultas mayores participantes en este estudio a pesar de su edad; concordando de esta forma con lo encontrado por Cáceres (2004) en donde la edad no se asoció con el estado de salud, sino más bien la enfermedad estuvo influenciada por otros factores como el ambiente, el estilo de vida y la genética, entre otros. Por otra parte, según los reportes de la OPS (2004) las personas adultas mayores con edades más avanzadas tienen mayor incidencia de problemas de salud.

Asimismo, la depresión es un tema importante de analizar en las personas adultas mayores, ya que, la edad, la soledad, el cambio de rol diario luego de la jubilación, las enfermedades, entre otros factores, producen efectos negativos sobre el bienestar de estas personas y los sentimientos depresivos se hacen presentes cada vez con mayor frecuencia. De acuerdo con algunas investigaciones las personas conforme avanzan en su edad tienen mayores probabilidades de sufrir los embates de la depresión, o sea, a mayor edad, más síntomas depresivos se hacen presentes (Heun y Hein, 2010; y Wada y otros, 2004). En este estudio se encontró que conforme aumenta la edad los niveles depresivos se van manifestando más, o sea, las personas de más

edad son quienes tienen mayor probabilidad de desarrollar depresión. A pesar de que no hubo diferencias significativas entre los rangos de edad, este hallazgo permite comprender la importancia de realizar una intervención oportuna para que los niveles depresivos no avancen a niveles significativos.

8.1 Diferencias entre niveles funcionales

El contraste de cada variable del SFT con cada dimensión psicológica estudiada es un aspecto importante de mencionar. Se encontró como hallazgo importante que las personas ubicadas en los grupos de mejor rendimiento físico o mejor capacidad física funcional, tuvieron una mejor percepción de los aspectos psicológicos relacionados con la calidad de vida, bienestar psicológico, bienestar social y salud general, además presentaron menos rasgos depresivos. Así por ejemplo, se tiene que en las pruebas donde se involucra la fuerza, las personas mostraron diferencias significativas en las dimensiones de la calidad de vida. Esta situación es respaldada por Wojtek y otros (2009) al indicar que el trabajo muscular en personas adultas mayores produce cambios positivos a nivel sensorial, mejora la fuerza y la resistencia y por ende la persona se siente mejor, tiene más confianza en sí misma y puede realizar las actividades de la vida diaria de manera más segura, como caminar, subir escaleras, bajar, cargar objetos entre otras. Estos beneficios a nivel fisiológico y funcional se traducen en la percepción de una mejor calidad de vida tal y como se observó en la presente investigación.

La capacidad aeróbica medida al caminar 6 minutos se diferenció con varias dimensiones, como la función física, salud general y vitalidad, contribución social y coherencia social, y con el dominio del entorno. Las personas con mejor capacidad aeróbica funcional poseen mejor percepción de los aspectos psicológicos relacionados con la calidad de vida el bienestar social y el bienestar psicológico. En numerosos estudios se explica la importancia de mantener o mejorar la capacidad cardiovascular, ya que, esta es la base que permite el mejoramiento de las demás funciones físicas, se indica además que una capacidad aeróbica deficiente, se relaciona directamente con la aparición de enfermedades crónicas no transmisibles que atentan contra la

independencia funcional de la persona adulta mayor (Durstine y otros, 2009). El trabajo físico que mejora la capacidad funcional aeróbica, mantiene y mejora la capacidad funcional del cerebro, se da la mejoría de otros aspectos de orden psicológico como el bienestar social, bienestar psicológico la salud y calidad de vida, revierte o retarda el proceso biológico del envejecimiento y disminuye la morbilidad y la mortalidad (ACSM, 2010; Bixby, y otros, 2007; Durstine y otros, 2008; Lee y Buchner, 2008; McArdle, Katch y Katch, 2010; Rikli y Jones, 2001; Wojtek y otros, 2009).

Por su parte, la flexibilidad en las personas adultas mayores es un aspecto de vital importancia ya que, conforme avanza la edad se produce una pérdida de fuerza, disminuye la capacidad aeróbica y se produce una reducción progresiva específica por articulación y movimiento articular de la flexibilidad (Carbonell, Aparicio y Delgado 2009). La falta de flexibilidad está asociada con problemas motores, como caminar, subir y cargar cosas, entre otros, las cuales son actividades necesarias de la vida diaria, además tiene una alta relación con el riesgo incrementado de caídas; estas particularidades se relacionan directamente con la calidad de vida de estas personas (Ozcan, Donat, Gelecek, Ozdirenc, y Karadibak, 2005). En el presente estudio se encontró que las personas con una mejor flexibilidad tienen una mejor percepción de su calidad de vida. Este escenario tiene relación con lo encontrado por Marzilli, Schuler, Willhoit y Stepp (2004) quienes indican que la flexibilidad se relacionó con la calidad de vida, ya que las personas que mejoraron su flexibilidad, optimizaron también la capacidad para realizar las actividades de la vida diaria, adquieren mayor independencia funcional y movilidad y esto va de la mano con una mejor calidad de vida.

En relación con la agilidad y el equilibrio dinámico, las personas adultas mayores con un buen manejo de la agilidad y el equilibrio son quienes mostraron promedios elevados y diferencias significativas en la mayoría de las dimensiones analizadas, función física, salud general y vitalidad, integración social, aceptación social y coherencia social, relaciones positivas, dominio del entorno, crecimiento

personal y propósito en la vida, además con la salud general y con la depresión geriátrica. Algunos estudios demuestran que las personas con mejor capacidad funcional particularmente con mayor agilidad y equilibrio, tienen una mejor percepción de los aspectos psicológicos relacionados con su estado general (Araujo y otros, 2009; Cáceres, 2004; Carbonell y otros, 2009). Existen cambios positivos relacionados con la práctica de actividad física en personas adultas mayores, tal y como se ha mencionado anteriormente, además, que esos cambios están asociados a la mejora del bienestar social, bienestar psicológico, la salud general y la calidad de vida (Carbonell y otros, 2009). Según lo expresan Bixby y otros (2007) y Wojtek y otros (2009) las personas sometidas a programas de ejercicio físico muestran mejorías importantes en estas dimensiones del diario vivir. La mejora de la capacidad de las piernas mediante el incremento de la fuerza y la resistencia muscular produjeron un aumento en la capacidad funcional y esto se relacionó con la mejora de la auto-percepción y el auto concepto, mejora la calidad de vida, permitiéndole a las personas adultas mayores la posibilidad de vivir más años y con una mejor calidad de vida.

Los hallazgos del presente estudio se relacionan con los encontrados en otras investigaciones. Se reporta que hay una relación negativa entre el sobrepeso y el bienestar social, bienestar psicológico, salud general y la calidad de vida (Wojtek y otros 2009). Aunque de acuerdo con Oliva (2009) la obesidad se asocia literalmente a una función física deteriorada, al extremo que puede generar incapacidad funcional. Asimismo, la OPS (2004) menciona que las personas con algún grado de obesidad en Costa Rica, manifestaron que su calidad de vida se encontraba en deterioro, su salud general se percibió como inadecuada por la presencia de enfermedades relacionadas con el sobrepeso; según este estudio la primera causa de muerte en las personas con edad de 60-79 años es la enfermedad cardiovascular originada por la inactividad física, el sobrepeso y la mala calidad de vida.

Capítulo VI

CONCLUSIONES

1. Se concluye que las personas adultas mayores evaluadas mostraron una funcionalidad física ubicada entre los parámetros normal y excelente, que les permite disfrutar de un buen estado físico y la capacidad de ser físicamente funcionales e independientes.
2. Los parámetros físicos en que las personas adultas mayores se mostraron más deficientes fueron en las pruebas de flexibilidad de tronco en silla y flexibilidad de hombros.
3. Un alto porcentaje de personas adultas mayores se ubicaron en niveles de sobrepeso u obesidad, lo que genera un riesgo incrementado de padecer enfermedades crónicas no transmisibles.
4. Los resultados mostraron que las personas que asisten a programas institucionalizados poseen una buena calidad de vida.
5. Las personas adultas mayores perciben que conforme avanza su edad, su Función Física, el Rol Físico, la Vitalidad y la Salud van disminuyendo. Además perciben bajos niveles de Dolor Corporal y los aspectos de Función Social, Rol Emocional y Salud Mental, mostraron estados generales positivos.
6. Las personas adultas mayores que pertenecen a un grupo institucionalizado tienen una buena percepción de su yo interior y un funcionamiento interno positivo; tienen una buena capacidad de auto-aceptación, han establecido relaciones sociales positivas generadoras de confianza y autoestima. Además poseen una autonomía adecuada, dominan las circunstancias que les rodean, visualizan adecuadamente sus metas y objetivos y tienen capacidad para desarrollarse como personas.

7. Las personas adultas mayores que asisten a programas institucionalizados, manifestaron un buen bienestar social lo que se concreta como una fortaleza en su diario vivir.
8. Se concluye que la integración y la participación de las personas adultas mayores en la sociedad que les rodea, es positiva; consideran que su aporte a la sociedad es de gran utilidad, razonan que tienen mucho que ofrecer a las nuevas generaciones y esta situación las hace sentirse importantes. Además, comprenden bien lo que sucede con la sociedad, a su alrededor y el porqué suceden cosas que no están dentro de lo normal. Asimismo, comprenden el dinamismo de la sociedad y de las instituciones, esto les permite ser mejores personas, a pesar de que sienten poca aceptación social.
9. Las personas adultas mayores analizadas mostraron un manejo satisfactorio de los niveles depresivos. Asimismo, se encontró que la depresión en estas personas incrementa conforme avanza la edad, o sea, la depresión se hizo más frecuente en las personas de mayor edad, aunque no significativamente.
10. Los resultados mostrados permiten concluir que las personas adultas mayores analizadas ostentan niveles de salud percibida muy buenos, mejores incluso que los reportados en otros lugares del mundo.
11. Se encontró que las personas que se ubicaron en los grupos de mejor capacidad física funcional, tuvieron una mejor percepción de los aspectos psicológicos relacionados con la calidad de vida, bienestar psicológico, bienestar social, salud general; además de la presencia de menos rasgos depresivos.
12. Las personas adultas mayores con buenas relaciones sociales experimentan importantes beneficios en sus organismos, mejoran su salud, disminuyen los niveles depresivos y disminuyen el riesgo de padecer enfermedades que

afectan la calidad de vida e incrementan la mortalidad.

13. Se determinó que el buen bienestar psicológico presentado es producto de la buena capacidad física funcional en las personas evaluadas y esta situación a su vez se relaciona con la práctica constante de actividad física y otras actividades que buscan mejorar de manera integral la situación real de la persona adulta mayor.
14. Se indica que las personas adultas mayores, ubicadas en los rangos de edad más bajos, poseen una mejor valoración física, una mejor calidad de vida, un mejor bienestar social, mejor salud y menores niveles depresivos, solamente las personas mayores de 75 años manifestaron mejor estado psicológico que las más jóvenes.
15. En resumen, la persona adulta mayor que asiste a programas institucionalizados, posee una buena capacidad física funcional, un buen bienestar social y psicológico, una buena salud general y una buena calidad de vida, además, no presenta niveles depresivos significativos.

Capítulo VII

RECOMENDACIONES

a. Teórico-conceptuales:

1. Realizar un abordaje más exhaustivo del modelo biopsicosocial para tener un panorama más amplio y recabar más información que pueda generar una propuesta de intervención holista en este grupo de personas.
2. Es importante que se considere la profundización en algunas otras dimensiones como por ejemplo, la elaboración de un perfil patogénico, la presencia de factores como la ira y la hostilidad, la imagen corporal, la autoestima, entre otras.

b. Prácticas

3. Se debe ampliar el concepto de intervención integral y atender aspectos que intervienen en el diario vivir de las personas adultas mayores como por ejemplo, los estilos de vida, las redes sociales, los estilos alimentarios, situación económica, participación social, entre otros, que puedan generar una mejor perspectiva de este grupo etario.
4. Elaborar programas de mediación que atiendan todas las particularidades de la persona adulta mayor, ya que, se trabaja con un ser integral que se va a beneficiar cuando las intervenciones consideran los factores orgánicos, los aspectos psicológicos, sociales. O sea, desarrollando una mediación que atienda todas las dimensiones del ser humano.
5. Proponer programas de intervención relacionados con la mejora de las capacidades físicas, sobre todo, enfocados en mejorar la flexibilidad corporal, reducir los niveles de obesidad y disminuir la independencia funcional, la morbilidad y la mortalidad.
6. Se debe considerar el manejo del sobrepeso en estos programas de intervención y así disminuir el riesgo de generar estados patológicos que atentan contra el bienestar y la calidad de vida.

c. Metodológicas

7. Evaluar a personas adultas mayores de otros lugares para que los resultados sean aplicables o generalizables a un mayor número de personas y éstas a su vez se puedan beneficiar de los resultados obtenidos, ya que, se amplía el conocimiento sobre esta población.
8. Realizar un estudio experimental donde se evalúe el efecto de una intervención determinada para determinar posibles cambios y relaciones.
9. Evaluar a personas adultas mayores no institucionalizadas para comparar resultados entre ambos grupos y determinar con más seguridad los beneficios de la participación en grupos organizados.
10. Registrar el criterio de terceras personas como dato que valore la percepción que se tiene de las personas adultas mayores que participan en un programa institucionalizado.
11. Utilizar los resultados de este estudio como parámetro de conocimiento de las particularidades en las personas adultas mayores, ya que, es una población de mayor riesgo y la intervención que se haga debe comprender todos esos detalles para mejorar la calidad de vida y disminuir el riesgo de sufrir un evento o accidente que atente contra el bienestar integral de estas personas.
12. Profundizar en la dimensión fenomenológica del diario vivir de la persona adulta mayor, para obtener sus vivencias y buscar la explicación de los aspectos cuantitativos generados.
13. Implementar estudios longitudinales que permitan valorar la evolución de perfiles bio-psico-sociales.
14. El SFT es una herramienta de evaluación de gran utilidad, por lo que se debe realizar la validación respectiva de sus normas de aplicación para Costa Rica.

BIBLIOGRAFÍA

- Almeida, M. Leça, L. y Noia, D. (2005). Physical Activity And Quality Of Life In Older Adults. *Medicine & Science in Sports & Exercise*. 37(5), 206. Consultado en: www.acsm.org.
- Alpizar, I. (2005). Prepararse para la Vejez. En: Instituto de Estudios Sociales en Población. Población adulta mayor: experiencia y sabiduría en nuestro presente. *Revista Aportes*. UNA. 4, 1659-1674 Consultado en www.conapam.go.cr/pdf/revista%20aportes.pdf
- Al-Shair, Dockry, Mallia-Milanes, Kolsum, Singh, y Vestbo (2008). Depression and its relationship with poor exercise capacity, BODE index and muscle wasting in COPD. ELSEVIER. *Journal of Respiratory Medicine*. 103, 1572-1579. Consultado en www.sciencedirect.com
- American College of Sport and Medicine. (2010). *ACSM's Guidelines for Exercise Testing and Prescription*. (8^oed). American College of Sports Medicine. USA. Lipincot
- American College of Sport and Medicine. (2010). *Resource Manual for Guidelines for Exercise Testing and Prescription*. Sixth Edition. USA.
- American Geriatrics Society. (2005). *Comprehensive geriatric assessment position statement*. Consultado en: www.reynolds.med.arizona.edu/IssuesAging
- Araujo, N. Pereira, J. y Martín, E. (2009). Evaluation of the levels of physical activity, functional autonomy and quality of life of elderly women members of the family health program. *Fitness & Performance Journal*. 8(5), 315-322. Consultado en: www.fjournal.org.
- Avila-Funes, J. Gray-Donald, K. y Payette, H.(2006). Medición de las capacidades físicas de adultos mayores de Quebec: un análisis secundario del estudio NuAge. *Salud Pública de México*. 48(6), 446-454. Consultado en www.medigraphic.com/pdfs/salpubmex/sal-2006/sal066b.pdf

- Banegas Banegas, JR. Rodríguez Artalejo, F. Alonso, J. López-García, E. Pérez-Regadera, A. Gutiérrez-Fisac, JL. (2003). Valores de referencia de la versión española del Cuestionario de Salud SF-36 en población adulta de más de 60 años. *Medicina Clínica*, 120(15), 568-573. Enviado por Alonso, J.
- Barbosa-Murillo, J. A. P. Rodríguez, N. G. Hernández H. de Valera, Y. M. Hernández H. R. A y Herrera, H. A. (2007). Masa muscular, fuerza muscular y otros componentes de funcionalidad en adultos mayores institucionalizados de la Gran Caracas-Venezuela. *Revista Nutrición Hospitalaria*. 22(5), 578-583. Consultado en scielo.isciii.es
- Blanco, A. y Díaz, D. (2005). El bienestar Social: su concepto y medición. *Revista Psicothema*. 17(4), 582-589. Consultado en: www.psicothema.com/pdf/3149.pdf
- Berkman, L. Glass, T. Brissette, I. Seeman, T. (2000). From social integration to health: Durkheim in the new millennium. *Social Science & Medicine* 51(6), 843-857: <http://www.sciencedirect.com/science>
- Berkman, L. Melchior, M. Chastang, J. Niedhammer, I. Leclerc, A. and Goldberg M. (2004). Social Integration and Mortality: A Prospective Study of French Employees of Electricity of France–Gas of France. *American Journal of Epidemiology*. 159(2), 167-174. Consultado en: www.oxfordjournals.org
- Bixby, W. R. Spalding, T.W. Haufler, A.J. Deeny, S.P. Mahlow, P.T. Zimmerman, J.B. y Hatfield. B.D. (2007). The Unique Relation of Physical Activity to Executive Function in Older Men and Women. *Medicine & Science in Sports & Exercise*. 39(8), 1408–1416. Consultado en www.acsm.org
- Brown, D. W. Brown, D.R. Heath, G.W. Balluz, L. Giles, W.H. Ford, E.S. y Mokdad, A.H. (2004). Associations between Physical Activity Dose and Health-Related Quality of Life. *Medicine & Science in Sports & Exercise*. 36(5), 890–896. Consultado en www.acsm.org.
- Buendía, J. (1997). *Gerontología y Salud*. Madrid. Editorial Biblioteca Nueva.

Bushman, B. (2011). *ACSM's Complete Guide to Fitness & Health*. Human Kinetics. USA

Cáceres, R. (2004). Estado de salud, físico y mental de los adultos mayores del área rural de Costa Rica, 2000. *Revista Electrónica Población y Salud en Mesoamérica: 1(2)*, 1-28. Consultado en: www.ccp.ucr.ac.cr/revista.

Canbaz, S. Sunter, A.T. Dabak, S. Peksen, Y. (2003). The Prevalence of Chronic Diseases and Quality of Life in Elderly People in Samsun. *Turkish Journal of Medical Sciences*. 33, 335-340. Consultado en: <http://journals.tubitak.gov.tr>

Carazo, P. Ballesteros, C. y Araya, G. (2002). Funcionamiento cognitivo y físico en adultas mayores que participan en un programa de taekwondo. *Revista de Ciencias del Ejercicio y la Salud*. 2(1), 1-13. Consultado en www.edufi.ucr.ac.cr/pdf/212002/Carazo%20et%20al%202002.pdf

Carbonell, A. Aparicio, V. Delgado, M. (2009). Evolución de las recomendaciones de ejercicio físico en personas mayores considerando el efecto del envejecimiento en las capacidades físicas. *Revista Internacional de Ciencias del Deporte*. 17(5), 1-18. Consultado en <http://www.cafyd.com/REVISTA/01701.pdf>

Comisión Económica Para América Latina (2006). *Manual sobre indicadores de calidad de vida en la vejez*. Santiago, Chile.

Collins, K. Rooney, B. Smalley, K. y Havens, S. (2004). Functional Fitness, Disease and Independence in Community – Dwelling Older Adults in Western Wisconsin. *Wisconsin Medical Journal*. 103(1), 41-49. Consultado en: <http://www.wisconsinmedicalsociety.org>

Coronado Gálvez, J. Díaz Vélez, C. Apolaya Segura, M. Manrique González L. Arequipa Benavides J. (2009). Percepción de la calidad de vida relacionada con la salud del adulto mayor residente en la ciudad de Chiclayo. *Revista Acta Médica Peruana* 26(4), 230-238. Consultado en: www.scielo.org.pe/pdf/amp/v26n4/a08v26n4.pdf

- Díaz, D. Rodríguez, R. Blanco, A. Moreno, B. Gallardo, I. Valle C. y Dierendonk, D. (2006). Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. *Psicothema*. 18(3), 572-577. Consultado en: www.psicothema.com
- Dorantes-Mendoza G, Ávila-Funes JA, Mejía-Arango S, Gutiérrez-Robledo LM. (2007). Factores asociados con la dependencia funcional en los adultos mayores: un análisis secundario del Estudio Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México, 2001. *Revista Panamericana de Salud Publica*. 22(1):1-11.
- Dunn, A. Trivedi, M. y O'Neal, H. (2001). Physical activity dose-response effects on outcomes of depression and anxiety. *Medicine & Science in Sports & Exercise*. 33(6), 587-597. Consultado en: journals.lww.com/acsm
- Durstine, L. Moore, G. LaMonte, M. Franklin, B. (2008). *Pollock's Textbook of Cardiovascular Disease and Rehabilitation*. Human Kinetics. USA
- Durstine, L. Moore, G. Painter, P. Roberts, S. (2009). *ACSM's Exercise Management for Persons with Chronic Diseases and Disabilities*. Third Edition. Human Kinetics. USA.
- Elosua P. (2009). Valores subjetivos de las dimensiones de calidad de vida en adultos mayores. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*. 10.008.
- Fahlman, M. Topp, R. McNevin, N. Morgan, A. y Boardley, D.(2007). Structured Exercise in older adults with limited functional ability. *Journal of Gerontological Nursing*. 36(3), 32-39. Consultado en www.slackjournals.com
- Fernández, X. Méndez, E. (2007). Estilos de Vida y Factores de Riesgo para la salud de las personas adultas mayores del proyecto CRELES-Costa Rica 2004-2006. *Revista electrónica Población y Salud en Mesoamérica*. 5(1). Número especial CRELES – Costa Rica: Estudio de Longevidad y Envejecimiento Saludable
- Fernández, X. y Robles, A. (2008). *I Informe estado de situación de la persona adulta mayor en Costa Rica*. Centro Centroamericano de Población. UCR. San José, C.R.

- Fernández Larrea, N. Clúa Calderín, A. Báez Dueñas, R. Ramírez Rodríguez, M y Prieto Díaz, V. (2000). Estilos de vida, bienestar subjetivo y salud de los ancianos. *Revista Cubana Medicina General Integral* 16(1), 6-12. Consultado en: bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol16_1
- Flores, M. Troyo, R. y Vega, M. (2010). Calidad de vida y salud en adultos mayores de viviendas multifamiliares en Guadalajara Jalisco México. *Procesos Psicológicos y Sociales* 6 (1 y 2). Consultado en: www.uv.mx/facpsi/revista
- Gallegos, K. García, M. Durán, C. Flores, y. Salmerón, J. (2009). Relación entre apoyo social y bienestar físico y mental del anciano con diabetes. *Revista de Investigación Clínica*. 61(5), 383-391. Consultado en: www.imbiomed.com.mx
- García-Viniegras, CV. (1999). Manual para la utilización del cuestionario de salud general de Goldberg, adaptación cubana. *Revista Cubana de Medicina General Integral*: 15(1), 88-89. Consultado en: www2.mdp.edu.ar/
- Glass, Méndez, Marottoli y Berkman (1999). Population based study of social and productive activities as predictor of survival among elderly Americans. *British Medical Journal*. 319, 478-483. Consultado en: www.bmj.com
- Hardy, S., Concato, J. y Gill, T. (2004). Resilience of Community_Dwelling Older Persons. *Journal of Geriatrics Society*. 52(2), 257-262. Consultado en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3514463>
- Hays, J. Krishnan, R. George, L. Pieper, C. Flintfd, E. y Blazera, D. (1997). Psychosocial and physical correlates of chronic depression. *Psychiatry Research* 72, 149-159. Consultado en: www.ncbi.nlm.nih.gov
- Hellström, Y. Andersson, M. y Hallberg, I. (2004). Quality of life among older people in Sweden receiving help from informal and/ or formal helpers at home or in special accommodation. *Health and Social Care in the Community*. 12(6), 504–516

- Heun, R y Hein, S. (2005). Risk factors of major depression in the elderly. *European Psychiatry* 20, 199–204. Consultado en: www.ncbi.nlm.nih.gov
- Hernández, R. Fernández, C. y Baptista, P. (2006). *Metodología de la Investigación*. (4ta Ed). México. Editorial McGraw-Hill.
- Holtzman, R. Rebok, G. Saczynski, J. Kouzis, A. Wilcox Doyle, K. and Eaton, W. (2004). Social Network Characteristics and Cognition in Middle-Aged and Older Adults. *Journal of Gerontology*. 59(6), 278–284. Consultado en: psychsocgerontology.oxfordjournals.org
- Instituto Nacional de Estadística y Censos (2002). *Estimaciones y Proyecciones de Población por sexo y edad (cifras actualizadas) 1950 -2050*
- Jadresic, E. (2009). Climaterio: Depresión y alteraciones del ánimo. *Revista Médica Clínica*. Condes. 20(1) 61 – 65 Consultado en: www.clc.cl/clcprod/media/contenidos/pdf/MED_20_1/08DEPRESION.pdf
- Kaupuzs, A. Larins, V. (2008). Self-perceived physical and Health condition of older persons (aged 65–75). *Acta Kinesiologiae Universitatis Tartuensis*.13. Consultado en: www.kk.ut.ee/orb
- Keyes, C. (1998). Social Well-Being. *Social Psychology Quarterly*, 61(2),121-140. Consultado en: www.jstor.org
- Keyes, C. Ryff, C., y Shmotkin, D. (2002). Optimizing well-being: the empirical encounter of two traditions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82: 1007-1022. Consultado en: www.midus.wisc.edu
- Kostić, R. Mladenović, I. Mikalački, M. (2007). The Relation Between Physical/Functional Fitness And The Blood Pressure Of Elderly Men And Women. *Physical Education and Sport*. 5(1), 75–84. Consultado en: facta.junis.ni.ac.rs

- Kurlowicz, L. (2007). *La escala de depresión geriátrica (GDS, por sus siglas en inglés)*. The Hartford Institute for Geriatric Nursing, New York University, College of Nursing. 4. Consultado en consultgerim.org/uploads/File/trythis/try_this_4_span.pdf
- Labiano, M. (2004). *Manual de psicología clínica y de la salud hospitalaria*. Bogotá
- Landers KA, Hunter GR, Wetzstein CJ, Bammaam MM, y Weinsier RL. (2001) The inter relationship among muscle mass, strength, and ability to perform physical task of daily living, in younger and older women. *The Journal of Gerontology Series A*. 56(10), 443-448. Consultado en: <http://biomedgerontology.oxfordjournals.org>.
- Larrión, J.L. (1999). Evaluación de la capacidad funcional del anciano. *ANALES San Navarra* 22 (1): 71-84. Consultado en: <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol22/suple1/pdf/06-val.pdf>
- Lavasseur, M. Desrosiers, J. y Noreau, L. (2004). Is social participation associated with quality of life of older adults with physical disabilities? *Revista Disability and Rehabilitation*. 26(20), 1206–1213. Consultado en: www.ncaop.ie/publications/research/
- Lee, I-M. y Buchner, D. M. (2008). The Importance of Walking to Public Health. *Medicien & Science in Sports & Exercise*. 40(7S), 512–518. Consultado en www.acsm.org
- Maldonado, G. y Mendiola, S. (2009). *Autopercepción de la calidad de vida en adultos mayores*. Contribución a las ciencias sociales. Eumed.net. Consultado en: www.eumed.net
- Martínez, J. y Brenes, Y. (2007). Maltrato, negligencia y abandono de la persona adulta mayor costarricense. Caja Costarricense de Seguro Social. Consultado en: www.gerontologia.org/portal/archivosUpload/maltrato_persona_adulta_mayor_costarricense.pdf.

- Marzilli, T. Schuler, P. Willhoit K. y Stepp, M. (2004). Effect of a Community-Based Strength and Flexibility Program on Performance-Based Measures of Physical Fitness in Older African-American Adults. *Californian Journal of Health Promotion*. 2(3), 92-98. Consultado en www.hawaii.edu
- McArdle, W. Katch, F. y Katch, V. (2010). *Exercise Physiology, Nutrition, Energy, and Human Performance*. Seventh Edition. Lippincott Williams & Wilkins. Philadelphia. USA.
- Means, K. Sullivan, P. y Rodell, D. (2003). Psychosocial effects of an exercise program in older persons who fall. *Journal of rehabilitation research and development*. 40 (1), 49-58. Consultado en: www.rehab.research.va.gov
- Mella, R. González, L. D'Appolonio, J. Maldonado, I. Fuenzalida, A. y Díaz, A. (2004). Factores asociados al bienestar subjetivo del adulto mayor. *Revista PSYKHE*. 13(1), 79-89. Consultado en: <http://www.scielo.cl>
- Menchetti, M. Cevenini, N. De Ronchi, D. Quartesan, R y Berardi, D. (2006). Depression and frequent attendance in elderly primary care patients. *General Hospital Psychiatry* 28 (2006), 119– 124. Consultado en: www.deepdyve.com
- Menéndez, J. Guevara, A. Arcia, N. León Díaz, E. Marín, C. y Alfonso, JC. (2005). Enfermedades crónicas y limitación funcional en adultos mayores: estudio comparativo en siete ciudades de América Latina y el Caribe. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 17(5-6), 353-361. Consultado en: www.scielosp.org
- Milton, D. Porcari, J. Foster, C. Gibson, M. Udermann, B. Greany, J. Murria, S (2008). The effect of functional exercise training on functional fitness levels of older adults. *Gundersen Lutheran Medical Journal*. 5(1). Consultado en: www.gundluth.org
- Ministerio de Salud. (2010). Memoria Institucional

- Morales, Fernando (2000). *Temas prácticos de Geriátría y Gerontología. Tomos I y II*. San José. Costa Rica. Editorial EUNED
- Nelson, M. Rejeski, J. Blair, S. Duncan, P. Judge, J. King, A. Macera, C. Castaneda-Sceppa, C. (2007). Physical Activity and Public Health in Older Adults. Recommendation From the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Journal of the American Heart Association. Circulation*. 116:000-000. Consultado en: circ.ahajournals.org/cgi
- Oliva, J. (2009). Obesidad y calidad de vida relacionada con la salud. Documentos de Trabajo Departamento de Análisis Económico y Finanzas. Universidad de Castilla-La Mancha. Consultado en www.uclm.es
- Orfila, F. Ferrer, M. Lamarca, R. Tebe, C. Domingo-Salvany, A y Alonso, J. (2006), Gender differences in health-related quality of life among the elderly: The role of objective functional capacity and chronic conditions. *Social Science & Medicine* 63, 2367–2380. Consultado en: www.ncbi.nlm.nih.gov
- Organización Mundial de la Salud (OMS), (1996). *Foro mundial de la Salud*. Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud (1989). *La salud de las personas de edad. Informe del comité de expertos de la OMS*. Informes técnicos 779. Ginebra, Suiza
- Organización Panamericana de la Salud. (2004). *La salud de las personas adultas mayores en Costa Rica* / Organización Panamericana de la Salud, Ministerio de Salud, Consejo Nacional del Adulto Mayor. -- San José, C.R.: OPS 56(16) (Serie Análisis de Situación de Salud. 12. Consultado en: www.bvs.sa.cr/php/situacion/adulto.pdf
- Ortiz, J. y Castro, M. (2009). Bienestar psicológico de los adultos mayores, su relación con la autoestima y la autoeficacia. Contribución de enfermería. *Revista Ciencia y Enfermería*. 15(1), 25-31. Consultado en: <http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v15n1/art04.pdf>

- Otero-Puime, A. Zunzunegui-Pastor, M. Béland, F. Rodríguez-Laso, A. García de Yébenes y Proas, M. (2006). Relaciones sociales y envejecimiento saludable. *Fundación BBVA*. España. Consultado en: www.imsersomayores.csic.es/documentos/.../otero-relaciones-01.pdf
- Ozcan, A. Donat, H. Gelecek, N. Ozdirenc, M. y Karadibak, D. (2005). The relationship between risk factors for falling and the quality of life in older adults. *BMC Public Health*. 5:90. Consultado en: www.ncbi.nlm.nih.gov
- Pennix, B. Leveille, S. Ferrucci, L. Van Eijk, J. y Guralnik, J. (1999). Exploring the effect of depression on physical disability: Longitudinal evidence from the established populations for epidemiologic studies of the elderly. *American Journal of Public Health*. 89(9), 1346-1352. Consultado en: www.ncbi.nlm.nih.gov
- Prentice, W. (2007). *Get Fit, Stay Fit*. Fourth Edition. McGraw Hill. USA
- Puga, B. Rosero-Bixby, L. Glaser, C y Castro, T. (2007). Red social y salud del adulto mayor en perspectiva comparada: Costa Rica, Inglaterra y España. *Revista Electrónica Población y Salud en Mesoamérica*. 5(1), 1-22. Consultado en: dialnet.unirioja.es/servlet/dfichero_articulo?codigo=2488413&orden=0
- Ramírez, O. (2002). *Arreglos de convivencia de la población adulta mayor*. Manuscrito presentado en el Simposio Costa Rica a la luz del Censo 2000. Academia Nacional de Ciencias, Centro Centroamericano de Población, Estado de la Nación, Instituto Nacional de Estadística y Censos. San José, Costa Rica.
- Ramírez-Vélez, R. Agredo, R. Jerez, A. y Chapal, L. (2008). Calidad de Vida y Condiciones de Salud en Adultos Mayores no Institucionalizados en Cali, Colombia. *Revista Salud Pública*. 10(4), 529-536. Consultado en: www.scielosp.org/pdf/rsap/v10n4/v10n4a03.pdf

- Redin, J.M. (“s.f.”). Abordaje integral de problemas prevalentes de salud del anciano. Servicio de Geriatría. Hospital de Navarra. Pamplona. Consultado en: www.medicinafamiliar.fcm.unc.edu.ar/
- Register, E y Herman, J. (2010). Quality of life revisited the concept of connectedness in older adults. *Advances in Nursing Science*. 33(1), 53–63. Consultado en: www.journals.lww.com
- Rikli, R. Jones, J. (2001). *Senior Fitness Test Manual*. Human Kinetics. USA
- Runcan, P. Hategan, M. Carmen Barbat, C. Alexiu, M. (2010). The emergence of depression in the elderly. *Procedia Social and Behavioral Sciences* 2(2), 4966–4971. Consultado en: <http://www.sciencedirect.com/science>
- Ruuskanen, J.M. y Ruopilla, I. (1995). Physical activity and psychological well-being among people aged 65 to 84 years. *Age and Ageing Journal*. Julio 1995 Issue. Consultado en: <http://findarticles.com>
- Saks, K. Tiit, E. Kaarik, E. Jaanson, K. (2002). Depressive symptoms in older Estonians: prevalence and models. *Journal of the American Geriatrics Society*. 50(6), 1164–1165. Consultado en: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12110085
- Salinas, A. Manrique, B. y Téllez, M. (2008). *Redes de apoyo social en la vejez: adultos mayores beneficiarios del componente para Adultos Mayores del Programa Oportunidades*. Instituto Nacional de Salud Pública de México. Consultado en www.alapop.org/2009/images/.../ALAP_2008_FINAL_281.pdf
- Sánchez, AV. (2008). *Efecto de un programa de educación y ejercicio físico sobre la capacidad física funcional e incidencia en el costo de atención en salud en un grupo de personas mayores de 60 años del área de Palmares*. (Tesis de maestría). Consultado en: www.una.ac.cr
- Sandoval, L. y Varela, L. (1998). Estudio comparativo de funcionalidad en pacientes adultos mayores ambulatorios y hospitalizados. *Revista Médica Herediana*. 9(4),

138-142. Consultado en: www.scielo.org/pe/pdf

Sawatzky, R. Liu-Ambrose, T. Millar, W. y Marra, C. (2007) Physical activity as a mediator of the impact of chronic conditions on quality of life in older adults. *Health and Quality of Life Outcomes*. 5(68). Consultado en: www.ncbi.nlm.nih.gov

Schwartzmann, L. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud: Aspectos Conceptuales. *Revista Ciencia y Enfermería*. 9(2), 9-21. Consultado en: <http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v9n2/art02.pdf>

Seeman, T., Chen, X., (2002). Risk and Protective Factors for Physical Functioning in Older Adults with and without Chronic Conditions: MacArthur Studies of Successful Aging. *Journal of Gerontology: Social Sciences*. 57B(3), 135-144. Consultado en: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11983740

Seeman, T. Kaplan, G. Knudsen, L. Cohen, R. Guralnik, J. (1987). Social network ties and mortality among the elderly in the Alameda County Study. *American Journal of Epidemiology*. 126:714-23. Consultado en: www.scielo.org.

Soberanes, S. Gonzáles, A. y Moreno, Y. (2009). Funcionalidad en adultos mayores y su calidad de vida. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas* 14(4), 161-72. Consultado en: www.nietoeditores.com.mx

Takeshima, N. Rogers, N. Rogers, M. Islam, M. Koizumi, D. y Lee, S. (2007). Functional Fitness Gain Varies in Older Adults Depending on Exercise Mode. *Medicine & Science In Sports & Exercise*. 39(11), 2036-2043. Consultado en: www.acsm.org

Taylor, A. y Johnson, M. (2007). *Physiology of Exercise and Healthy Aging*. Human Kinetics. USA

Thomas, J. y Nelson, J. (2007). *Métodos de Investigación en Actividad Física*. España. Editorial Paidotribo.

- Torre, F. Martín-Corra J. Callejo A. Gómez-Vega C. La Torre S. I. Esteban, Vallejo R.M. Arizaga A.(2008). Calidad de vida relacionada con la salud y estrategias de afrontamiento ante el dolor en pacientes atendidos por una unidad de tratamiento del dolor. *Revista Sociedad Española del Dolor*. 15(2), 83-93. Consultado en: <http://revista.sedolor.es/articulo.php?ID=539>
- Unger, J. B., McAvay, G., Bruce, M. L., Berkman, L., y Seeman, T. (1999). Variation in the impact of social network characteristics on physical functioning in elderly persons: MacArthur studies of successful aging. *Journals of Gerontology: Social Sciences*, 54B(5), 245-251. Consultado en: <http://psychsocgerontology.oxfordjournals.org>
- Unsar, S. y Sut, N. (2010), Depression and health status in elderly hospitalized patients with chronic illness. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 50(1), 6–10. Consultado en: [http://www.aggjournal.com/article/S0167-4943\(08\)00253-7/abstract](http://www.aggjournal.com/article/S0167-4943(08)00253-7/abstract)
- Valverde, JM. (2004). *Contexto y perfil de las instituciones de bienestar social para la atención de las personas adultas mayores*. CONAPAM
- Vanegas, J. y Gil, L. (2007). La discapacidad, una mirada desde la teoría de sistemas y el modelo biopsicosocial. *Revista Hacia la Promoción de la Salud*. 12(1), 51-61. Consultado en: <http://promocionsalud.ucaldas.edu.co>
- Vera, M. (2007). Significado de la calidad de vida del adulto mayor para si mismo y para su familia. *Anales de la Facultad de Medicina*. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú.
- Vilaguta, G., Ferrera, M., Rajmil, L., Rebollo, P., Permanyer-Miraldad, G., Quintana, J., Santeda, R., Valderasa, J., Riberad, A., Domingo-Salvanya, A., y Alonso, J. (2004). El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gaceta Sanitaria*.19(2),135-50. Consultado en: www.scielosp.org/pdf/gs/v19n2/revision1.pdf
- Virtuoso, J. Oliveira, R. (2008). Characterizing the level of functional fitness of

- female senior-citizens residing in low-income communities. Departamento de Ciências da Saúde, Universidade Estadual de Santa Cruz. Ilhéus, BA, Brasil. *Revista Salud Pública*. 10(5), 732-743. Consultado en: www.scielosp.org/scielo.php
- Wada, T. Ishine, M. Sakagami, T. Kita, T. Okumiya, K. Mizuno, K. Rambo, T.A Matsubayashi, K. (2005). Depression, activities of daily living, and quality of life of community-dwelling elderly in three Asian countries: Indonesia, Vietnam, and Japan. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 41(3). 271–280. Consultado en: [http://www.aggjournal.com/article/S0167-4943\(05\)00052-X/abstract](http://www.aggjournal.com/article/S0167-4943(05)00052-X/abstract)
- Wada, T. Ishine M. Sakagami T. Okumiya K. Fujisawa M. Murakami S Otsuka K. Yano S. Kita T. Matsubayashi K.(2004). Depression in Japanese community-dwelling elderly—prevalence and association with ADL and QOL. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 39, 15-23. Consultado en :www.aggjournal.com
- White, A. Philogene, S. Fine, L. Sinha, S. (2009). Social Support and Self-Reported Health Status of Older Adults in the United States. *American Journal of public health*. 99(10), 1872-1878. Consultado en: www.medscape.com/viewarticle
- Whooley, M.A., Stone, B., Soghikian, K., 2000. Randomized trial of case-finding for depression in elderly primary care patients. *Journal General Internal Medicine* 15(5), 293–300. Consultado en: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10840264
- Wojtek, J. Chodzko-Zajko, Proctor, D. Fiatarone M. Minson, C. Nigg, C. Salem, G. y Skinner, J. (2009). Exercise and Physical Activity for Older Adults. Position Stand. *Medicine & Science in Sports & Exercise*. 41(7), 1510-1530 .ACSM. DOI: 10.1249/MSS.0b013e3181a0c95c
- Zimmer, Z. House, J. (2003). Education, income, and functional limitation transitions among American adults: contrasting onset and progression. *International Journal of Epidemiology*. 32(6), 1089–1097. Consultado en: www.ije.oxfordjournals.org/cgi/content/full/32/6/1089

ANEXOS

CAPACIDAD FISICA FUNCIONAL / SENIOR FITNESS TEST

NOMBRE: _____

EDAD: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

TEST ITEM	RESULTADO OBTENIDO		ABAJO DEL PROMEDIO ←.....25%75%→	RANGO NORMAL	ARRIBA DEL PROMEDIO	N O T A	COM EN TA R I O S
	Intento 1	Intento 2					
LEVANTARSE Y SENTARSE DE LA SILLA (CHAIR STAND) (No. STANDS)			_____	_____			
FLEXIONES DE BRAZO (ARM CURL) (No. OF REPETITIONS)			_____	_____			
CAMINAR 6 MINUTOS (6- MINUTE WALK) (m)			_____	_____			
PASOS EN 2 MINUTOS (2- MINUTE STEP) (STEPS)			_____	_____			
FLEXIÓN DE TRONCO EN SILLA (CHAIR SIT -&- REACH (No. OF cm +/-)			_____	_____			
JUNTAR LAS MANOS TRAS LA ESPALDA BACK SCRATCH (No. OF cm +/-)			_____	_____			
LEVANTARSE, CAMINAR Y SENTARSE 8- FOOT UP - & - GO (No. SEG)			_____	_____			
INDICE DE MASA CORPORAL BODY MASS INDEX	PESO ____Kg TALLA ____m		SIGNIFICAR HUESO IMC ____ ENFERMEDAD	<input type="checkbox"/> 18 BAJO PESO, PUEDE PERDIDA DE MUSCULO O 19-26 RANGO SALUDABLE <input type="checkbox"/> 27 SOBREPESO, PUEDE INCREMENTAR LOS RIESGOS DE INCAPACIDAD /			

CUESTIONARIO DE SALUD SF-36

INSTRUCCIONES:

Las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre su salud. Sus respuestas permitirán saber cómo se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales.

Conteste cada pregunta tal como se indica. Si no está seguro/a de cómo responder a una pregunta, por favor marque con X la respuesta que le parezca más cierta.

EDAD: _____ **GENERO:** _____ **OCUPACION:** _____
REALIZA ACTIVIDAD FISICA: no() sí() **cuantas veces por semana:** () **menos de 3** () **más de 3**

1. En general, usted diría que su salud es:

- | | |
|-------------|-----|
| € Excelente | 100 |
| € Muy Buena | 75 |
| € Buena | 50 |
| € Regular | 25 |
| € Mala | 0 |

2. ¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?

- | | |
|--------------------------------------|-----|
| € Mucho mejor ahora que hace un año. | 100 |
| € Algo mejor ahora que hace un año. | 75 |
| € Más o menos igual que hace un año. | 50 |
| € Algo peor ahora que hace un año. | 25 |
| € Mucho peor ahora que hace un año. | 0 |

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A ACTIVIDADES O COSAS QUE USTED PODRIA HACER EN UN DIA NORMAL.

3. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados o participar en deportes agotadores?

- | | |
|-------------------------|-----|
| € Si, me limita mucho | 0 |
| € Si, me limita poco | 50 |
| € No, no me limita nada | 100 |

4. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasa la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora?

- | | |
|-------------------------|-----|
| € Si, me limita mucho | 0 |
| € Si, me limita poco | 50 |
| € No, no me limita nada | 100 |

5. Su salud actual, ¿le limita para coger o llevar la bolsa de la compra?

- | | |
|-------------------------|-----|
| € Si, me limita mucho | 0 |
| € Si, me limita poco | 50 |
| € No, no me limita nada | 100 |

6. Su salud actual, ¿le limita para subir varios pisos por la escalera?

€ Si, me limita mucho 0

€ Si, me limita poco 50

€ No, no me limita nada 100

7. Su salud actual, ¿le limita para subir un solo piso por la escalera?

€ Si, me limita mucho 0

€ Si, me limita poco 50

€ No, no me limita nada 100

8. Su salud actual, ¿le limita para agacharse o arrodillarse?

€ Si, me limita mucho 0

€ Si, me limita poco 50

€ No, no me limita nada 100

9. Su salud actual, ¿le limita para caminar un kilómetro o más?

€ Si, me limita mucho 0

€ Si, me limita poco 50

€ No, no me limita nada 100

10. Su salud actual, ¿le limita para caminar varias manzanas (varios centenares de metros)?

€ Si, me limita mucho 0

€ Si, me limita poco 50

€ No, no me limita nada 100

11. Su salud actual, ¿le limita para caminar una sola manzana (unos 100 metros)?

€ Si, me limita mucho 0

€ Si, me limita poco 50

€ No, no me limita nada 100

12. Su salud actual, ¿le limita para bañarse o vestirse por si mismo?

€ Si, me limita mucho 0

€ Si, me limita poco 50

€ No, no me limita nada 100

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A PROBLEMAS EN SU TRABAJO O EN SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS.

13. Durante las 4 ultimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

€ Si 0

€ No 100

14. Durante las 4 ultimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud fisica?

€ Si 0
€ No 100

15. Durante las 4 ultimas semanas, ¿tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades a causa de su salud física?

€ Si 0
€ No 100

16. Durante las 4 ultimas semanas, ¿tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas? (por ejemplo ¿le costo mas de lo normal, a causa de su salud fisica?)

€ Si 0
€ No 100

17. Durante las 4 ultimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido o nervioso)?

€ Si 0
€ No 100

18. Durante las 4 ultimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido o nervioso)?

€ Si 0
€ No 100

19. Durante las 4 ultimas semanas, ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido o nervioso)?

€ Si 0
€ No 100

20. Durante las 4 ultimas semanas, ¿hasta qué punto si salud fisica o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

€ Nada 100
€ Un poco 75
€ Regular 50
€ Bastante 25
€ Mucho 0

21. ¿Tuvo dolor el alguna parte del cuerpo durante las 4 ultimas semanas?

€ No, ninguno	100
€ Si, muy poco	80
€ Si, un poco	60
€ Si, moderado	40
€ Si, mucho	20
€ Si, muchísimo	0

22. Durante las 4 ultimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de la casa y las tareas domésticas)?

€ Nada	100
€ Un poco	75
€ Regular	50
€ Bastante	25
€ Mucho	0

LAS PREGUNTAS QUE SIGUEN SE REFIEREN A COMO SE HA SENTIDO Y COMO LE HAN IDO LAS COSAS DURANTE LAS 4 ULTIMAS SEMANAS. EN CADA PREGUNTA RESPONDA LO QUE SE LE PAREZCA MAS A COMO SE HA SENTIDO USTED.

23. Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?

€ Siempre	100
€ Casi siempre	80
€ Muchas veces	60
€ Algunas veces	40
€ Solo alguna vez	20
€ Nunca	0

24. Durante las 4 ultimas semanas, ¿Cuánto tiempo estuvo muy nervioso?

€ Siempre	0
€ Casi siempre	20
€ Muchas veces	40
€ Algunas veces	60
€ Solo alguna vez	80
€ Nunca	100

25. Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?

€ Siempre	0
€ Casi siempre	20
€ Muchas veces	40
€ Algunas veces	60
€ Solo alguna vez	80
€ Nunca	100

26. Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?

€ Siempre	100
€ Casi siempre	80
€ Muchas veces	60
€ Algunas veces	40
€ Solo alguna vez	20
€ Nunca	0

27. Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo tuvo mucha energía?

€ Siempre	100
€ Casi siempre	80
€ Muchas veces	60
€ Algunas veces	40
€ Solo alguna vez	20
€ Nunca	0

28. Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?

€ Siempre	0
€ Casi siempre	20
€ Muchas veces	40
€ Algunas veces	60
€ Solo alguna vez	80
€ Nunca	100

29. Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió agotado?

€ Siempre	0
€ Casi siempre	20
€ Muchas veces	40
€ Algunas veces	60
€ Solo alguna vez	80
€ Nunca	100

30. Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió feliz?

€ Siempre	100
€ Casi siempre	80
€ Muchas veces	60
€ Algunas veces	40
€ Solo alguna vez	20
€ Nunca	0

31. Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió cansado?

€ Siempre	0
€ Casi siempre	20
€ Muchas veces	40
€ Algunas veces	60
€ Solo alguna vez	80
€ Nunca	100

32. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a sus amigos o familiares)?

€ Siempre	0
€ Casi siempre	25
€ Algunas veces	50
€ Solo alguna vez	75
€ Nunca	100

POR FAVOR, DIGA SI LE PARECE CIERTA O FALSA CADA UNA DE LAS SIGUIENTES FRASES.

33. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas.

€ Totalmente cierta	0
€ Bastante cierta	25
€ No lo sé	50
€ Bastante falsa	75
€ Totalmente falsa	100

34. Estoy tan sano como cualquiera

€ Totalmente cierta	100
€ Bastante cierta	75
€ No lo sé	50
€ Bastante falsa	25
€ Totalmente falsa	0

35. Creo que mi salud va a empeorar.

€ Totalmente cierta	0
€ Bastante cierta	25
€ No lo sé	50
€ Bastante falsa	75
€ Totalmente falsa	100

36. Mi salud es excelente.

€ Totalmente cierta	100
€ Bastante cierta	75
€ No lo sé	50
€ Bastante falsa	25
€ Totalmente falsa	0

“GRACIAS POR SU COLABORACIÓN”

Escala de bienestar psicológico de Ryyf

Instrucciones: Lea cuidadosamente estas preguntas. Marque con una X sobre el número que refleje su sentimiento respecto a lo que se plantea en cada pregunta. Nos gustaría saber el grado con que usted se identifica en cada planteamiento.

1). Cuando repaso la historia de mi vida estoy contento con cómo han resultado las cosas

Totalmente en desacuerdo						Totalmente de acuerdo
1	2	3	4	5	6	

2). *A menudo me siento solo porque tengo pocos amigos íntimos con quienes compartir mis preocupaciones*

Totalmente en desacuerdo						Totalmente de acuerdo
1	2	3	4	5	6	

3). No tengo miedo de expresar mis opiniones, incluso cuando son opuestas a las opiniones de la mayoría de la gente

Totalmente en desacuerdo						Totalmente de acuerdo
1	2	3	4	5	6	

4). *Me preocupa cómo otra gente evalúa las elecciones que he hecho en mi vida*

Totalmente en desacuerdo						Totalmente de acuerdo
1	2	3	4	5	6	

5). *Me resulta difícil dirigir mi vida hacia un camino que me satisfaga*

Totalmente en desacuerdo						Totalmente de acuerdo
1	2	3	4	5	6	

6). Disfruto haciendo planes para el futuro y trabajar para hacerlos realidad

Totalmente en desacuerdo						Totalmente de acuerdo
1	2	3	4	5	6	

7).En general, me siento seguro y positivo conmigo mismo

Totalmente en desacuerdo						Totalmente de acuerdo
1	2	3	4	5	6	

8). No tengo muchas personas que quieran escucharme cuando necesito hablar

Totalmente en desacuerdo						Totalmente de acuerdo
1	2	3	4	5	6	

9). Tiendo a preocuparme sobre lo que otra gente piensa de mí

Totalmente en desacuerdo						Totalmente de acuerdo
1	2	3	4	5	6	

10).He sido capaz de construir un hogar y un modo de vida a mi gusto

Totalmente en desacuerdo						Totalmente de acuerdo
1	2	3	4	5	6	

11).Soy una persona activa al realizar los proyectos que propuse para mí mismo

Totalmente en desacuerdo						Totalmente de acuerdo
1	2	3	4	5	6	

12).Siento que mis amistades me aportan muchas cosas

Totalmente en desacuerdo						Totalmente de acuerdo
1	2	3	4	5	6	

13). Tiendo a estar influenciado por la gente con fuertes convicciones

Totalmente en desacuerdo						Totalmente de acuerdo
1	2	3	4	5	6	

14).En general, siento que soy responsable de la situación en la que vivo

Totalmente en desacuerdo						Totalmente de acuerdo
1	2	3	4	5	6	

15).Me siento bien cuando pienso en lo que he hecho en el pasado y lo que espero hacer en el futuro						
Totalmente en desacuerdo						Totalmente de acuerdo
1	2	3	4	5		6
16).Mis objetivos en la vida han sido más una fuente de satisfacción que de frustración para mí						
Totalmente en desacuerdo						Totalmente de acuerdo
1	2	3	4	5		6
17).Me gusta la mayor parte de los aspectos de mi personalidad						
Totalmente en desacuerdo						Totalmente de acuerdo
1	2	3	4	5		6
18).Tengo confianza en mis opiniones incluso si son contrarias al consenso general						
Totalmente en desacuerdo						Totalmente de acuerdo
1	2	3	4	5		6
19). Las demandas de la vida diaria a menudo me deprimen						
Totalmente en desacuerdo						Totalmente de acuerdo
1	2	3	4	5		6
20).Tengo clara la dirección y el objetivo de mi vida						
Totalmente en desacuerdo						Totalmente de acuerdo
1	2	3	4	5		6
21). En general, con el tiempo siento que sigo aprendiendo más sobre mí mismo						
Totalmente en desacuerdo						Totalmente de acuerdo
1	2	3	4	5		6

22). No he experimentado muchas relaciones cercanas y de confianza

Totalmente en desacuerdo						Totalmente de acuerdo
1	2	3	4	5	6	

23). Es difícil para mí expresar mis propias opiniones en asuntos polémicos

Totalmente en desacuerdo						Totalmente de acuerdo
1	2	3	4	5	6	

24). En su mayor parte, me siento orgulloso de quien soy y la vida que llevo

Totalmente en desacuerdo						Totalmente de acuerdo
1	2	3	4	5	6	

25). Sé que puedo confiar en mis amigos, y ellos saben que pueden confiar en mí

Totalmente en desacuerdo						Totalmente de acuerdo
1	2	3	4	5	6	

26). Cuando pienso en ello, realmente con los años no he mejorado mucho como persona

Totalmente en desacuerdo						Totalmente de acuerdo
1	2	3	4	5	6	

27). Tengo la sensación de que con el tiempo me he desarrollado mucho como persona

Totalmente en desacuerdo						Totalmente de acuerdo
1	2	3	4	5	6	

28). Para mí, la vida ha sido un proceso continuo de estudio, cambio y crecimiento

Totalmente en desacuerdo						Totalmente de acuerdo
1	2	3	4	5	6	

29). Si me sintiera infeliz con mi situación de vida daría los pasos más eficaces para cambiarla

Totalmente en desacuerdo						Totalmente de acuerdo
1	2	3	4	5	6	

Escala de bienestar social

Instrucciones: Lea cuidadosamente estas preguntas. Marque con una **X** sobre el número que refleje su sentimiento respecto a lo que se plantea en cada pregunta. Nos gustaría saber el grado con que usted se identifica en cada planteamiento.

1). Siento que soy una parte importante de mi comunidad.

Totalmente en desacuerdo					Totalmente de acuerdo
1	2	3	4	5	

2). Creo que la gente me valora como persona.

Totalmente en desacuerdo					Totalmente de acuerdo
1	2	3	4	5	

3). Si tengo algo que decir, creo que la mayoría de la gente me escucharía.

Totalmente en desacuerdo					Totalmente de acuerdo
1	2	3	4	5	

4). Me siento cercano a otra gente.

Totalmente en desacuerdo					Totalmente de acuerdo
1	2	3	4	5	

5). Si tuviera algo que decir, pienso que la gente no se lo tomaría en serio.

Totalmente en desacuerdo					Totalmente de acuerdo
1	2	3	4	5	

6). Creo que la gente no es de fiar.

Totalmente en desacuerdo					Totalmente de acuerdo
1	2	3	4	5	

7). Creo que las personas sólo piensan en sí mismas.

Totalmente en desacuerdo					Totalmente de acuerdo
1	2	3	4	5	

8). Creo que no se debe confiar en la gente.

Totalmente en desacuerdo					Totalmente de acuerdo
1	2	3	4	5	

9). Creo que la gente es egoísta.

Totalmente en desacuerdo					Totalmente de acuerdo
1	2	3	4	5	

10). Hoy en día, la gente es cada vez más deshonesto.

Totalmente en desacuerdo					Totalmente de acuerdo
1	2	3	4	5	

11). Las personas no se preocupan de los problemas de otros.

Totalmente en desacuerdo					Totalmente de acuerdo
1	2	3	4	5	

12). Creo que puedo aportar algo al mundo.

Totalmente en desacuerdo					Totalmente de acuerdo
1	2	3	4	5	

13). No tengo nada importante que ofrecer a la sociedad.

Totalmente en desacuerdo					Totalmente de acuerdo
1	2	3	4	5	

14). <i>Mis actividades diarias no aportan nada que valga la pena a la sociedad.</i>				
Totalmente en desacuerdo				Totalmente de acuerdo
1	2	3	4	5
<hr/>				
15). <i>No tengo ni el tiempo ni la energía para aportar algo a la sociedad.</i>				
Totalmente en desacuerdo				Totalmente de acuerdo
1	2	3	4	5
<hr/>				
16). <i>Pienso que lo que hago es importante para la sociedad.</i>				
Totalmente en desacuerdo				Totalmente de acuerdo
1	2	3	4	5
<hr/>				
17). <i>Para mí el progreso social es algo que no existe.</i>				
Totalmente en desacuerdo				Totalmente de acuerdo
1	2	3	4	5
<hr/>				
18). <i>La sociedad no ofrece alicientes para gente como yo.</i>				
Totalmente en desacuerdo				Totalmente de acuerdo
1	2	3	4	5
<hr/>				
19). <i>Veo que la sociedad está en continuo desarrollo.</i>				
Totalmente en desacuerdo				Totalmente de acuerdo
1	2	3	4	5
<hr/>				
20). <i>No creo que instituciones como la justicia o el gobierno mejoren mi vida.</i>				
Totalmente en desacuerdo				Totalmente de acuerdo
1	2	3	4	5
<hr/>				

21). *La sociedad ya no progresa.*

Totalmente en desacuerdo					Totalmente de acuerdo
1	2	3	4	5	

22). *No entiendo lo que está pasando en el mundo.*

Totalmente en desacuerdo					Totalmente de acuerdo
1	2	3	4	5	

23). *El mundo es demasiado complejo para mí.*

Totalmente en desacuerdo					Totalmente de acuerdo
1	2	3	4	5	

24). *No merece la pena esforzarse en intentar comprender el mundo en el que vivo.*

Totalmente en desacuerdo					Totalmente de acuerdo
1	2	3	4	5	

25). *Muchas culturas son tan extrañas que no puedo comprenderlas.*

Totalmente en desacuerdo					Totalmente de acuerdo
1	2	3	4	5	

Escala de Salud General. GHQ

Instrucciones: Lea cuidadosamente estas preguntas. Nos gustaría saber si usted ha tenido algunas molestias o trastornos y cómo ha estado de salud en las últimas semanas. Conteste a todas las preguntas. Marque con una cruz la respuesta que usted escoja. Indique los problemas recientes y actuales, no los del pasado.

1) ¿Ha podido concentrarse bien en lo que hace?

Mejor que lo habitual _____

Igual que lo habitual _____

Menos que lo habitual _____

Mucho menos que lo habitual _____

2) ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?

No, en absoluto _____

No más que lo habitual _____

Bastante más que lo habitual _____

Mucho más _____

3) ¿Ha sentido que está jugando un papel útil en la vida?

Más que lo habitual _____

Igual que lo habitual _____

Menos útil que lo habitual _____

Mucho menos _____

4) ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?

Más capaz que lo habitual _____

Igual que lo habitual _____

Menos capaz que lo habitual _____

Mucho menos _____

5) ¿Se ha sentido constantemente agobiado y en tensión?

No, en absoluto _____

No más que lo habitual _____

Bastante más que lo habitual _____

Mucho más _____

6) ¿Ha sentido que no puede superar sus dificultades?

No, en absoluto _____

No más que lo habitual _____

Bastante más que lo habitual _____

Mucho más _____

7) ¿Ha sido capaz de disfrutar sus actividades normales de cada día?

Más que lo habitual _____

Igual que lo habitual _____

Menos que lo habitual _____

Mucho menos _____

8) ¿Ha sido capaz de hacer frente a sus problemas?

Más capaz que lo habitual _____

Igual que lo habitual _____

Menos capaz que lo habitual _____

Mucho menos _____

9) ¿Se ha sentido poco feliz y deprimido?

No, en absoluto _____

No más que lo habitual _____

Bastante más que lo habitual _____

Mucho más _____

10) ¿Ha perdido confianza en sí mismo?

No, en absoluto _____

No más que lo habitual _____

Bastante más que lo habitual _____

Mucho más _____

11) ¿Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada?

No, en absoluto _____

No más que lo habitual _____

Bastante más que lo habitual _____

Mucho más _____

12)¿Se siente razonablemente feliz considerando todas las circunstancias?

Más feliz que lo habitual _____

Aproximadamente lo mismo que lo habitual _____

Menos feliz que lo habitual _____

Mucho menos que lo habitual _____

Escala de depresión geriátrica de Yesavage

INSTRUCCIONES:

Las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre su salud. Sus respuestas permitirán saber cómo se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales.

Conteste cada pregunta tal como se indica. Si no está seguro/a de cómo responder a una pregunta, por favor marque con X la respuesta que le parezca más cierta.

1. ¿Está básicamente satisfecho con su vida?
Si
No

2. ¿Ha renunciado a muchas de sus actividades e intereses?
Si
No

3. ¿Siente que su vida está vacía?
Si
No

4. ¿Se encuentra a menudo aburrido?
Si
No

5. ¿Tiene esperanza en el futuro?
Si
No

6. ¿Sufre molestias por pensamientos que no pueda sacarse de la cabeza?
Si
No

7. ¿Tiene a menudo buen ánimo?
Si
No

8. ¿Tiene miedo de que algo le esté pasando?
Si
No

9. ¿Se siente feliz muchas veces?
Si
No

10. ¿Se siente a menudo abandonado?
Si
No
11. ¿Está a menudo intranquilo e inquieto?
Si
No
12. ¿Prefiere quedarse en casa que acaso salir y hacer cosas nuevas?
Si
No
13. ¿Frecuentemente está preocupado por el futuro?
Si
No
14. ¿Encuentra que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?
Si
No
15. ¿Piensa que es maravilloso vivir?
Si
No
16. ¿Se siente a menudo desanimado y melancólico?
Si
No
17. ¿Se siente bastante inútil en el medio en que está?
Si
No
18. ¿Está muy preocupado por el pasado?
Si
No
19. ¿Encuentra la vida muy estimulante?
Si
No
20. ¿Es difícil para usted poner en marcha nuevos proyectos?
Si
No

21. ¿Se siente lleno de energía?
Si
No
22. ¿Siente que su situación es desesperada?
Si
No
23. ¿Cree que mucha gente está mejor que usted?
Si
No
24. ¿Frecuentemente está preocupado por pequeñas cosas?
Si
No
25. ¿Frecuentemente siente ganas de llorar?
Si
No
26. ¿Tiene problemas para concentrarse?
Si
No
27. ¿Se siente mejor por la mañana al levantarse?
Si
No
28. ¿Prefiere evitar reuniones sociales?
Si
No
29. ¿Es fácil para usted tomar decisiones?
Si
No
30. ¿Su mente está tan clara como lo acostumbraba a estar?
Si
No