

UNIVERSIDAD NACIONAL
SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSGRADO
POSGRADO EN SALUD INTEGRAL Y MOVIMIENTO HUMANO

**PERSPECTIVA SUBJETIVA DE LA CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR,
DIFERENCIAS LIGADAS AL GÉNERO, EDAD Y A LA PRÁCTICA DE ACTIVIDAD
FÍSICO RECREATIVA EN 21 CENTROS DIURNOS COSTARRICENSES**

AUTORA: Lic. Mónica Mora Mora

TUTORA: MSc. Delia Villalobos

Heredia, 1 de febrero del 2002

**Tesis presentada para optar al grado de Magíster Scientiae en Salud Integral y
Movimiento Humano con énfasis en Salud**

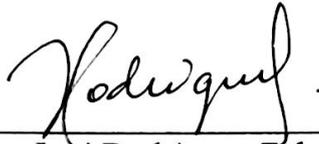


**PERSPECTIVA SUBJETIVA DE LA CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR,
DIFERENCIAS LIGADAS AL GÉNERO, EDAD Y A LA PRÁCTICA DE ACTIVIDAD
FÍSICO RECREATIVA EN 21 CENTROS DIURNOS COSTARRICENSES**

Lic. Mónica Mora Mora

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

Miembros del Tribunal Examinador



MSc. José Rodríguez Zelaya
Presidente del Consejo Central de Posgrado
Universidad Nacional



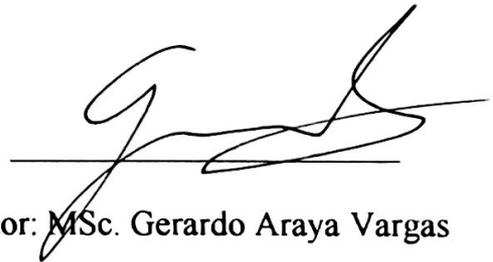
MSc. Felipe Araya Ramírez
Coordinador del Programa de Posgrado



Tutora: MSc. Delia Villalobos Álvarez



Lectora: MSc. María Antonieta Ozols Rosales



Lector: MSc. Gerardo Araya Vargas



Lic Mónica Mora Mora

RESUMEN

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

Los resultados mostraron relación significativa entre las variables autonomía y soporte social; entre autonomía y estado mental; entre autonomía y frecuencia semanal de actividad físico recreativa y entre autonomía y duración diaria de la actividad física. Así mismo en lo que respecta al género, la variable depresión fue superior en las mujeres. Por otro lado, la salud fue el motivo principal para realizar la actividad física y en cuanto a los beneficios éstos dependen del género. Es decir, los hombres expresaron que con la actividad físico recreativa se sentían más reanimados, alegres y se aliviaron sus dolores. Por su parte, las mujeres expresaron sentirse reanimadas, con alivio de dolor y optimistas, en mayor grado que los hombres.

Este estudio permitió concluir que la calidad de vida de los adultos mayores de centros diurnos a nivel nacional es buena, debido a que presentaron autonomía y soporte social parciales, trastornos depresivos y alteraciones cognitivas propias del envejecimiento. Además se comprobó que la actividad físico recreativa le permite al adulto mayor obtener más autonomía, conforme se practique con mayor frecuencia semanal y más tiempo diario.

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

AGRADECIMIENTOS

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

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

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

DIOS LOS BENDIGA HOY Y SIEMPRE

DEDICATORIA

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

Los amo.

Cariñosamente:

Mónica Mora

TABLA DE CONTENIDOS

PAGINA

Resumen.....	ii
Agradecimiento.....	iii
Dedicatoria.....	iv
Tabla de contenidos.....	v
Lista de cuadros.....	vi
Lista de esquemas.....	vii
Lista de gráficos.....	viii

Capítulos

1. INTRODUCCIÓN	1
Planteamiento del Problema.....	1
Justificación.....	1
2. MARCO CONCEPTUAL	12
Proceso de Envejecimiento.....	12
Aspecto biopsicosocial del proceso de envejecimiento.....	14
Calidad de vida, género y edad.....	25
Actividad físico recreativa y calidad de vida en el adulto mayor.....	39
3. METODOLOGÍA	46
Sujetos.....	46
Instrumento.....	47
Procedimiento.....	50
Análisis estadístico.....	51
4. RESULTADOS	52
5. DISCUSIÓN	61
6. CONCLUSIONES	72
Recomendaciones.....	74
BIBLIOGRAFÍA	75
ANEXOS	
1. Cuestionario Calidad de vida del Adulto Mayor.....	84
2. Encuesta sobre Actividad Física-Recreativa para Adultos Mayores.....	89
3. Escalas de calificación INISA(1994).....	91

LISTA DE CUADROS

Cuadros	PAGINA
1. Resumen de estadística descriptiva.....	52
2. Resumen de las pruebas t de Student según género.....	60

LISTA DE ESQUEMAS

Esquemas	PAGINA
1. Matriz de correlaciones de las variables de calidad de vida y actividad físico recreativa semanal en hombres.....	54
2. Matriz de correlaciones de las variables de calidad de vida y actividad físico recreativa semanal en mujeres.....	55
3. Matriz de correlaciones de las variables de calidad de vida horas diarias de práctica o actividad físico recreativa en hombres.....	56
4. Matriz de correlaciones de las variables calidad de vida horas diarias de práctica o actividad físico recreativa en mujeres.....	57

LISTA DE GRAFICOS

Gráficos	PAGINA
1. Gráfico comparativo de género del motivo para realizar actividad físico recreativa en adultos mayores.....	58
2. Gráfico comparativo de género de los beneficios percibidos por los adultos mayores para realizar actividad físico recreativa.....	59

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

Planteamiento del Problema

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

Justificación

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

Por lo tanto; en la actualidad son muchas las personas en el mundo que dedican su esfuerzo y e investigaciones a lo que podría denominarse como **la nueva cultura de la longevidad**; refiriéndose ésta al intento de vivir más y en mejores condiciones físicas,

sociales y mentales en búsqueda de un modelo de envejecimiento competente, en un sentido útil y productivo capaz de fortalecer, desde un punto de vista genérico de la salud, su calidad de vida (Ríos y col, 2000).

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

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

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

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

Giusti (1991), definió la calidad de vida como un estado de bienestar físico, social, emocional, espiritual, intelectual y ocupacional que le permita al individuo satisfacer

apropiadamente sus necesidades individuales y colectivas. Para efectos de este estudio este es el concepto operacional de calidad de vida.

Como se puede observar, la calidad de vida es un complejo concepto cuya definición operacional y dimensional resulta difícil. No obstante, hay acuerdo en cuanto a la necesidad de abordar la calidad de vida desde una dimensión subjetiva; es decir, lo que la persona valora de calidad de vida sin restringirla a la dimensión objetiva (opinión de otras personas o terceros) porque lo fundamental es la percepción propia (Rojas,1999; Rojas,1997). Esta auto percepción es importante determinarla dado que representa la satisfacción global con la vida, que muestra un individuo y representa propiamente un componente esencialmente cognitivo, que expresa la valoración que el sujeto tiene con relación a las discrepancias entre sus expectativas y los logros alcanzados, así mismo contempla la percepción de la felicidad, componente que posee una mayor connotación emocional capaz de expresar el grado de afectividad positiva (alegría y regocijo como un estado actual en la vida) (Grau, 1988).

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

recreativa) para delimitar operacionalmente la perspectiva subjetiva de la calidad de vida en este estudio.

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

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

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

Fujisawa (1994), comparó los índices de calidad de vida de adultos mayores de dos pueblos rurales japoneses y encontró que la calidad de vida era influenciada por el estilo de vida, aspectos sociales, ambiente cultural. En el caso de las mujeres presentaron índices de

calidad de vida superiores, debido a que en términos generales por el tipo de función social se encontraban menos propensas a enfermedades o trabajos pesados, como a los que generalmente se exponen los hombres. Es decir que de acuerdo con este estudio se podrían encontrar diferencias en los índices de calidad de vida (apoyo social, autonomía, salud mental) con respecto al género.

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

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

Por su parte, Hernández (2000), realizó un estudio sobre la calidad de vida en adultos mayores mexicanos tanto en centros gerontológicos como en centros diurnos con

362 adultos mayores con promedio de edad de 70 años. Los resultados mostraron que las personas que presentaron mejor calidad de vida contaban con edades menores al promedio y eran asistentes a centros diurnos. Pudiéndose esperar diferencias en la calidad de vida de los adultos mayores ligadas a la edad. Sin embargo no se encontraron diferencias significativas en cuanto al género.

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

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

En el caso específico de Costa Rica entre las investigaciones realizadas en calidad de vida y adulto mayor se destacó el estudio elaborado por Céspedes (1987), sobre la influencia de los factores socioeconómicos en la pérdida de autonomía en 61 adultos mayores costarricenses del área metropolitana, a los cuáles se les aplicó un cuestionario sobre el nivel de autonomía (actividades del diario vivir, actividad social). Los resultados mostraron que la salud es el problema principal del grupo estudiado, aunque se

desenvuelven adecuadamente y con algún grado de independencia dentro de su grupo de convivencia. Además esta autora señaló que existen carencias de tipo afectivo por falta de interacción social, falta de contacto social y problemas de movilización bastante acentuados. Es decir, que de este estudio se desprende que los niveles de actividad física son importantes predictores de los índices de calidad de vida de este grupo etario, pues la actividad física no se menciona como variable; siendo ésta imprescindible para el mantenimiento físico, social y mental de acuerdo con varios estudios tales como el de Agüero (1993), Ureña y Delgado (1998); Bolaños y Mora (1999).

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

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

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

Por su parte Ureña y Delgado (1998) analizaron la relación entre ejercicio físico y la percepción subjetiva de la persona mayor en 90 adultos de ambos géneros, con edades promedio de 71,4 años; divididos en tres grupos: un grupo de actividades acuáticas, otro de manualidades y un grupo control. Se les aplicó el cuestionario de cambios en la vivencia y comportamiento (Zielke y Kopf-Mehnert, 1978). Los resultados mostraron que el grupo de

actividades acuáticas mostró una percepción más positiva de sí mismo, aunque difiere poco de los reportes del grupo de manualidades; caso contrario al presentado por el grupo control. El ejercicio físico implicado en las actividades acuáticas y la atmósfera que se genera en este contexto, visualizan positivamente esta actividad como opción importante para desarrollar una posición optimista en el adulto mayor. Es decir que, se puede esperar una relación positiva entre la actividad física y la percepción subjetiva de vivencia y comportamiento positivo en el adulto mayor.

Bolaños y Mora (1999), determinaron los beneficios que ofrece la actividad física sobre el estado emocional en 90 adultas mayores de dos centros gerontológico (San José – Heredia), unas realizaban ejercicios en el agua y otras acondicionamiento físico. Se utilizaron dos instrumentos: una encuesta pre – codificada, y una escala de sensaciones posteriores al ejercicio. Se encontró que los sujetos participantes eran activas físicamente y su principal motivación es su estado de salud integral; así mismo se determinó que de acuerdo a la actividad física practicada los estados emocionales resultaron beneficiados y con respecto al medio acuático se lograron determinar mejores sensaciones que en el medio terrestre.

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

De conformidad con lo antes expuesto se destaca que en el país se cuenta con pocas investigaciones sobre la calidad de vida en adulto mayor y sobretodo que involucren aspectos subjetivos que relacionen las variables autonomía, soporte social, salud mental y la frecuencia semanal y cantidad de horas diarias dedicadas a la práctica de actividad físico recreativa referidos exclusivamente a la población de personas mayores costarricenses. Así mismo, los estudios realizados con adultos mayores costarricenses toman en cuenta a pocos sujetos, los cuales no corresponden a una muestra representativa, como se ha visto en la revisión expuesta. Por lo cual la importancia de esta investigación. Por otro lado, los resultados de este estudio pueden ofrecer a los niños y jóvenes una opción más de promoción de la salud; ya que es en edades tempranas donde es más factible la implementación y concientización de estilos de vida saludables en pro de futuros ciudadanos comprometidos con el bienestar de la salud en todas sus dimensiones. Para los profesionales, instituciones y demás sectores comprometidos con el área de la salud y el movimiento humano en las personas mayores, se instará a fomentar e implementar programas y servicios pertinentes a orientar políticas en el plano psicosocial y físico recreativo que permitan a los adultos mayores vivir mejor.

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

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

Objetivo general

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

Objetivos específicos

- a) Analizar la influencia del género en las variables autonomía, salud mental, soporte social y actividad físico recreativa.
- b) Determinar el motivo y los beneficios de la actividad físico recreativa que realiza el adulto mayor que asiste a los distintos centros diurnos.
- c) Establecer si la cantidad diaria de horas de práctica y la frecuencia semanal de la actividad físico recreativa son factores influyentes en la percepción de la calidad de vida.

CAPÍTULO II

MARCO CONCEPTUAL

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

Proceso de Envejecimiento

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

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

El envejecimiento da tres puntos característicos fundamentales que son:

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

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

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

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

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

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

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

BIBLIOTECA
CLEMENCIA CONEJO CHACON



Aspecto biopsicosocial del proceso de envejecimiento

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

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

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

Los individuos se diferencian más a medida que envejecen; dado que la limitación funcional de cada sistema orgánico parece ocurrir a diferente velocidad y de forma independiente a los cambios de otros sistemas, de forma variable para un mismo órgano entre individuos, y supeditada a la dieta, el ambiente, las enfermedades y los hábitos

personales (Bernkow, 1996; Timiras, 1996). Las funciones fisiológicas muestran un declive gradual, que conforme avanza la edad, compromete los mecanismos compensatorios provistos para mantener la estabilidad funcional ante las demandas o estímulos externos e internos que se enfrentan continuamente, de modo que el envejecimiento podría contemplarse como una disminución en la habilidad para sobrevivir al estrés (Timiras, 1996).

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

Algunas de las modificaciones internas son las siguientes: las estructuras internas del organismo enfrentan un progresivo desgaste, tanto en su aspecto morfológico como fisiológico que afecta directamente sobre la funcional del organismo del sujeto. En este sentido se observan reducidas las posibilidades motrices durante la vejez, son menos ágiles y dinámicos, su cuerpo se anquilosa y su marcha es aún más dificultosa; además se cansan más fácilmente ante un menor esfuerzo y su respiración es más irregular y dificultosa. Así mismo sobreviene una dificultad en la digestión de los alimentos, reducción en las percepciones sensoriales y dificultad para mantener el sueño continuamente, así como una mayor lentitud en las respuestas genitales. Por otra parte, las funciones nerviosas se ven reducidas, el individuo presenta menos agilidad mental, su reacción frente a cualquier situación es aún más lenta y difícil, se pierde la memoria y su capacidad de aprendizaje es menor y más lento (Febrer, 1996).

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

Todas estas modificaciones provocan una serie de perturbaciones que condicionan la vida cotidiana de los adultos mayores e inciden directamente en las otras capacidades sumamente importantes para enfrentar las actividades de la vida diaria; es posible mencionar: primero, las aptitudes psicomotrices; dado lo anteriormente citado, en este punto se genera una menor seguridad y confianza para caminar, se torna difícil mantener el equilibrio en la bipedestación, realizar dos acciones al mismo tiempo o elaborar una seriación de respuestas motrices. Adicionado a lo anterior la persona que se enfrenta al envejecimiento presenta dificultad en reconocer su propio cuerpo, produciéndose una desestructuración del esquema corporal, también se le dificulta orientarse en el tiempo y el espacio, lo que condiciona enormemente su relación con el exterior, le es difícil ejecutar correctamente los actos voluntarios; aún conociendo lo que quiere o debe hacer, no siempre la respuesta motriz ejecutada es la adecuada, al aumentarse el tiempo de reacción ante una situación dada enfrenta dificultades para la transmisión rápida de una acción a otra, por otra parte presenta temblores seniles, sobre todo en los miembros superiores y en la cabeza, los que de forma directa o indirecta inciden sobre la escritura, tornándola discontinua, menos segura y firme, por último las perturbaciones en el lenguaje le producen una pérdida de

vocabulario y de ideas. Segundo la capacidad de aprendizaje; a pesar de que el ser humano es capaz de aprender a cualquier edad; existen varios estudios que han comprobado que existen diferencias entre la capacidad de aprendizaje de los ancianos en comparación con los adultos; estas principales diferencias se concretan en que se reduce la capacidad global de aprendizaje, se da una generalización de todos los procesos, se altera la capacidad de atención y concentración, la velocidad de asimilación y reacción y la memoria inmediata la planificación y otras áreas intelectuales complejas, aunque parece ser que la disminución en la velocidad del procesamiento cognitivo y la conducción nerviosa, así como los reflejos y la velocidad de respuesta muscular serían lo más destacable en este nivel (Timiras, 1996). Ahora bien a pesar de lo anteriormente citado, también es importante conocer que a pesar de que se envejezca y se vea afectado el sistema nervioso, los adultos mayores mantienen la capacidad de comprensión y raciocinio, así como los conocimientos generales y la memoria de evocación o sea los recuerdos del pasado

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

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

A continuación se presentan algunas referencias de lo antes mencionado:

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

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

En las sociedades caracterizadas por escaso desarrollo tecnológico, este trato preferencial se basa en los conocimientos adquiridos por los adultos mayores, son altamente valorizados por dos razones: la primera, debido a que con base en su experiencia vivida, sólo éste posee ciertas experiencias que son transmitidas por vía oral; la segunda porque en un sistema que evoluciona y cambia lentamente, la experiencia del adulto mayor

es valedera para la nueva generación, ya que ésta vive prácticamente bajo las mismas circunstancias que las generaciones anteriores.

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

Como segundo punto la capacidad de transmitir los conocimientos por otros medios como los audiovisuales y electrónicos, no requieren la presencia del adulto mayor. En las sociedades altamente desarrolladas, la valoración de las personas mayores está determinada por la posibilidad de transmitir a la siguiente generación los bienes materiales que pueden haber acumulado previamente. Pero la transmisión de los bienes ocurre después de la muerte de éste, lo que acentúa su desvalorización mientras vive.

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

En lo que respecta a la familia, el adulto mayor actual ha pasado desde un modelo de familia casi inmutable por siglos, a otro muy diferente. De la familia extensa a la nuclear,

aislada, con escaso número de hijos. En este tipo de familias ha cambiado el papel de las personas de edad. (Salvarezza, 1998)

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

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

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

Por tanto, en las sociedades actuales, el lugar que ocupan las personas mayores no está bien definido. La forma como es vista la persona que envejece, las relaciones que establece con otro grupo de edad y el papel que juega dentro de los mismos, están determinados por los valores culturales socialmente difundidos (Rojas, 1999).

No es posible hacer generalizaciones sobre la realidad social que enfrenta los adultos mayores y el papel que socialmente ocupan. Algunos experimentarán abandono, maltrato o

explotación por parte de los familiares; otros la oportunidad de tener amor y el respeto de ellas.

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

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

- **Teoría de la modernización: el prestigio de la persona mayor depende inversamente de la modernización de la sociedad en que vive. Se indica que entre más desarrollo en una sociedad, mayor será la pérdida de estatus de las personas mayores.**

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

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

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

Una de las primeras que debe enfrentar el adulto mayor es la de la jubilación, durante esta se debe enfrentar el vacío que genera el perder el espacio laboral, ocasionándose en el sujeto un estado de profundo desequilibrio emocional, ocasionado básicamente porque han dedicado su vida entera al trabajo, lo que les ha impedido aprender a organizar las horas libres y a disfrutar del tiempo de ocio. En gran cantidad de ocasiones el incremento en el tiempo libre, supone para muchas personas la pérdida de tiempo ocupado y organizado. Generándose más ansiedad en los hombres que en las mujeres dado que aunque éstas hayan

salido del hogar para desempeñar una actividad laboral, tendrán la oportunidad de seguir realizando las tareas domésticas y seguirán haciéndolo mientras sus capacidades físicas y mentales se lo permitan (Febrer, 1996). En sí al no trabajar, aumenta su sentimiento de inutilidad y confusión en cuanto a su función social con frecuencia los conduce a la depresión (O.P.S, 1985). Otra de las pérdidas importantes es la de los amigos, dado que un alto porcentaje de las mismas las establecieron en el trabajo. La separación de éste supone, en la mayoría de las ocasiones, el rompimiento con los amigos, iniciándose en ese momento un proceso de aislamiento del individuo. La tercera pérdida importante consiste en perder algún miembro de la familia, pero no únicamente por la muerte como tal, si no, más bien al llegar a la vejez se teme perder los lazos familiares, ya que muchos familiares “depositan” a sus ancianos en instituciones gerontológicas (Febrer , 1996)

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

Respecto a la autoestima y la imagen corporal que manejan los adultos mayores; en este sentido la sociedad representa un papel muy importante, al igual que la aceptación de las pérdidas y la proyección de sus intereses hacia objetos y personas nuevas que pueden facilitar o no la recuperación de la autoestima; dado que estas dan o no la posibilidad de realizar nuevas tareas, establecer nuevas relaciones y adquirir nuevos roles sociales y

afectivos. Todo individuo tiene una noción de su propia imagen, la cual se va elaborando a lo largo de la vida a partir de sus vivencias afectivas, relacionales y físicas y que le permiten o no proyectarse hacia los demás de una manera equilibrada. En este sentido, si la imagen real concuerda con la imagen que se considera poseer, el individuo es capaz de conseguir un estado equilibrio, generándole seguridad, autonomía y posibilidad de evolución, o sea, le permitirá alcanzar una adaptación positiva. Si no es así, se producirá una descompensación que hará que entre en crisis la personalidad del sujeto, y en consecuencia le impedirá adaptarse en forma positiva (Febrer, 1996)

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

En el desarrollo de la persona según Riegel (1978), (en Arce, Rojas y Ander,1994), se presenta la interacción de cuatro dimensiones o esferas en las que ocurren progresiones o cambios, entre las que están: la esfera interna biológica, la esfera individual-psicológica, la esfera cultural-sociológica y la esfera externa-física. A continuación se describen con su aplicación al proceso de envejecimiento:

- a) Esfera interior –biológica: Constituida por los cambios en los órganos y sistemas del cuerpo humano. Esto en las personas mayores puede verse una gran incidencia de cambios en esta esfera producto proceso de envejecimiento.

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

Calidad de vida, género y edad.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

la importancia del soporte social adecuado y recomiendan otros estudios que identifiquen predictores de mortalidad como el sedentarismo.

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

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

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

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

Dimensión Subjetiva

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

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

- El ámbito psicoemocional: incluye el vivir bien consigo mismo, disfrutar de sus logros como resultado de la autocrítica. Implica reconocer que como persona, es responsable de sus sentimientos, emociones y pensamientos.” p.28-29 (cit. Rojas,1999).

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

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

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

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

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

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

Autonomía

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

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

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

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

Autonomía psicológica

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

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

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

Conducta Funcional

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

(Fernández, 1994).

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

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

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

Soporte Social

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

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

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

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

Quirós, (1996) en su estudio sobre Calidad de Vida de personas de 60 años y más en pro de un modelo de salud comunitaria geronto-geriátrico en el cantón de Desamparados, involucró una población de 182 sujetos de áreas rurales y urbanas del cantón antes

mencionado y para el cuál se utilizó el instrumento realizado por Proinve y la colaboración de un bioestadístico con una consistencia interna de 0,77, lo cual se considera apropiado estadísticamente (Thomas y Nelson, 1990). Los resultados mostraron que las áreas urbanas presentaron más autonomía, estimulación y proyectos de vida, por lo que se hace aún más necesario dicho modelo en las áreas rurales.

Salud Mental

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Asimismo, Villalobos (1989) en su estudio Problemas de Salud que presenta la población de tercera edad en la ciudad de Heredia, enfocó su investigación en determinar los problemas de salud presentados por las personas mayores y los obstáculos que deben superar para llevar una vida acorde con su familia. La población involucrada fue de 30 sujetos residentes en un Hogar y 20 adultos mayores que vivían con su familia pero asistían regularmente a un Centro Diurno. Los datos recolectados se obtuvieron mediante una encuesta precodificada. Los resultados mostraron que las personas mayores no cuentan con suficientes recursos económicos para satisfacer en forma adecuada sus necesidades básicas; en contraparte los adultos mayores institucionalizados, experimentan sentimientos de soledad por encontrarse separados de su núcleo familiar, mostrándose apáticos, poco

participativos en las actividades programadas por los centros y presentan mayores factores de riesgo como sedentarismo y aislamiento. Además evidencian discapacidades más visibles y requieren mayor ayuda para realizar actividades de la vida diaria; en el caso de las personas mayores que vivían con su familia y eran atendidos en el centro diurno aportaron ayuda económica o de intervención en alguna tarea doméstica agrícola entre otras. Estos sujetos se mostraron más activos, participativos y se mantuvieron ocupados en diferentes tareas.

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

Actividad físico recreativa y calidad de vida en el adulto mayor

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Los avances médicos y la mejoría en el nivel de vida han contribuido a un aumento de la calidad de la misma y a una esperanza de vida más prolongada y con mayor calidad. En este sentido, Borth, gerontólogo norteamericano ha llegado a concluir y a afirmar que la mayoría de achaques de la vejez son producto del desuso corporal que se presenta, principalmente luego de los 30 años de edad (cit. Arquer y Pujol, 1996).

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

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

Por otro lado, Aztarain y Beorlegui, (1994); demostraron que los cambios que se presentan en el organismo producto de la edad, son similares a los producidos por la inactividad física. Además de los efectos beneficiosos del ejercicio físico sobre el aspecto físico propiamente dicho, existe evidencia de la eficacia del ejercicio físico en la reducción de factores propiamente psicológicos tales como; la ansiedad, así mismo, en el control del estrés, y la reducción y retardo de la depresión, al respecto. Destacaron además que el ejercicio físico es efectivo en el tratamiento de formas leves y moderadas de depresión y

ansiedad; apoyando las investigaciones anteriores Cortés (1993) concluyó que la actividad física proporciona conductas positivas para la salud y evita la ociosidad improductiva que podría embargar a las personas que enfrentan esta etapa de la vida.

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

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

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

cuanto a su PA en reposo también se redujo hasta 9 MnHg a diferencia del grupo control que fue únicamente de 2 MnHG. Se desprende finalmente que la persona mayor que realiza actividad física, mejora su condición cardiovascular.

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

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

eran activos físicamente y su principal motivación es su estado de salud integral; así mismo se determinó que de acuerdo a la actividad física practicada los estados emocionales resultan beneficiados y respecto al medio acuático se lograron determinar mejores sensaciones que el medio terrestre.

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

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

En este capítulo, se ofrece información sobre el método utilizado en la elaboración de la investigación, que incluye la caracterización de los sujetos, de la población y de la muestra. Se describen los instrumentos y el procedimiento que permitió recolectar la información; además del tratamiento que se dio a los resultados generados en este estudio.

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

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

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

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

Instrumentos: Para la recolección de datos se utilizaron como base dos instrumentos; el primero fue el cuestionario de calidad de vida elaborado en Costa Rica por el Instituto de Investigación en Salud (INISA), mediante el Programa de Investigación Sobre el Envejecimiento en 1994 con una consistencia interna de 0,77, lo cual se considera apropiado estadísticamente (Thomas y Nelson, 1990).

Este cuestionario se aplicó para medir las variables Autonomía, Soporte Social y Salud Mental, parte del constructo calidad de vida, es decir la valoración subjetiva.

Dicho instrumento constó de 4 partes:

1. Una primera parte de identificación, que contenía datos generales como nombre, lugar o centro al que pertenece, el número de persona o identificación; además de las características sociodemográficas en las que se indagó el género, la fecha de nacimiento, el estado civil, el grado de escolaridad alcanzado, el tipo de pensión y seguro (éstos dos últimos no se tomaron en cuenta, debido a que no era importante para efectos de este estudio);
2. La segunda parte contuvo información acerca de soporte social; se preguntó sobre tiempo de radicar en la vivienda, número de personas que convivieron en ésta, parentesco, desempeño dentro del seno familiar, participación en la comunidad, tomándose en cuenta solamente éstos dos últimos (item 14 y 15 ver anexo 1), los cuáles permitieron una mayor facilidad para cuantificar las respuestas de los sujetos;

3. La tercera parte contuvo datos sobre actividades del diario vivir en la que se cuestionaba al adulto mayor con preguntas cerradas sobre su alimentación, algunas actividades de higiene y cuidado personal (si requiere ayuda para ellas). Según las autoras Laclé, Fernández y Quirós del instrumento de INISA (1994), se realizaron varias pruebas a versiones preliminares de ese instrumento donde llegaron a variar la estructura interna de esta escala de autonomía, incluso Quirós (1996) decidió tomar sólo 9 de esos 14 ítemes. Considerando que cada uno de esos ítemes aporta información valiosa como predictores de riesgo de salud física en el adulto mayor (Katz, 1976), a pesar de que INISA (1994) encontró diferencias en cuanto al poder de discriminación entre adultos mayores con problemas y adultos mayores sanos, al identificar 2 escalas (actividades del diario vivir físicas y actividades del diario vivir instrumentales); Quirós (1996) quien había formado parte de ese grupo de investigadoras de INISA (1994) encontró que todos esos ítemes medían aspectos relevantes de autonomía y se podrían utilizar independientemente de las escalas señaladas en INISA, 1994. Por tanto, en este estudio se decidió trabajar con 14 ítemes dejando por fuera el ítem “g” (cortarse las uñas de los pies), el cuál había sido descartado en las distintas versiones previas de INISA (1994); por lo cuál no entró en el análisis de datos correspondientes a este estudio. La escala utilizada para interpretar éstos ítemes se incluye en el Anexo 3.
4. Una cuarta parte sobre salud mental donde se examinó al adulto en algunos rubros psicológicos básicos permitiendo descubrir su nivel de funcionamiento mental y de depresión geriátrica. Se aplicaron completos todos los ítemes de

éstas dos últimas partes como en la versión final de INISA (1994) (Ver Anexo 1). Con respecto al primer rubro sobre el funcionamiento mental o mini –examen cognoscitivo se destaca que este es un instrumento de detección de demencia, creado por Lobo, Escobar, Ezquerria y Seva (1980) y reconocido por la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología; en el caso del rubro de depresión geriátrica, esa escala fue creada por los doctores Yesavage y Brink en 1982 y es reconocida mundialmente como instrumento evaluador de estados depresivos en los adultos mayores. En cuanto a la calificación del rubro sobre funcionamiento mental o mini examen del estado mental, se obtuvo de conformidad con el total de puntos obtenidos por el sujeto, donde cada ítem tenía un puntaje diferente el cual osciló de tres (3) hasta seis (6) puntos, dependiendo del número de preguntas, para un total de 27 puntos. En lo respectivo a la calificación del rubro de depresión geriátrica se le asignó un cero (0) a la respuesta “NO” o negativa y un punto (1) a la repuesta “ SI” o afirmativa en cada uno de las partes; lo que representó que entre menor fuera el puntaje de depresión; mejor resultado obtuvo el sujeto. (ver ambas escalas en Anexo 3, parte de Salud Mental)

El segundo instrumento fue una encuesta sobre actividad físico recreativa para adulto mayor, construida adaptando información por parte de la investigadora, y la tutora del estudio y tomando variables del cuestionario de Actividad Física de Zutphen (Capersen, C. J.; Bloemberg, B. P. M.; Saris, W. H. M.; Merrit, R. K. y Kromhout, D., 1991); el cuál reporta una validez de 0,78 y una confiabilidad de 0,89 y del cuestionario modificado de Baecke de adultos mayores (Voorrips, L. E.; Ravelli, A. C. J.; Dongelmans, P. C. A.; Deurenberg, P. y Van Staveren, W.A., 1991) con una validez de 0,61, y una confiabilidad

de 0,93. La versión modificada de éstos dos instrumentos, que es la que se aplicó en este estudio, fue validada con respecto a criterio de expertos. En ésta encuesta se indaga sobre la frecuencia de la actividad y la duración. Para el rubro de actividad físico recreativa se tomó en cuenta las actividades o ejercicios que involucran acciones, como estiramientos o acondicionamiento corporal con o sin implementos como bolas, cuerdas o botellas, caminatas, subir y bajar gradas dentro de la institución (es decir actividades que involucraran grados mínimo de movilidad y esfuerzo realizados en los distintos centros diurnos visitados). Cabe destacar que las actividades físico recreativas eran realizadas de forma no sistemática en cada centro; además las actividades eran dirigidas por personas no especializadas en el campo como asistentes administrativos, voluntarios, cocineras, enfermeras o trabajadoras sociales.

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

Para ejecutar el estudio se siguió el siguiente procedimiento: una vez seleccionados los sujetos mediante el muestreo aleatorio estratificado del cuál se obtuvo la muestra por institución, se contactó a los 21 centros diurnos de atención al adulto mayor que el IMAS tiene registrados. Posteriormente se solicitó permiso a la administración de cada centro y la investigadora procedió a entrevistar a los adultos mayores; les pidió primero, su anuencia a participar y luego se les explicó el propósito del estudio antes de aplicar las escalas. La duración del proceso de recolección de datos por sujeto fue de aproximadamente 20 minutos.

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

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

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

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

Cuadro 1. Resumen de Estadística Descriptiva

VARIABLE	Hombres (n=60)		Mujeres (n=92)	
	X	S	X	S
Autonomía	12,21	2,94	11,93	2,52
Soporte Social.	2,96	1,72	3,07	1,64
Depresión	15,58	3,59	17,13	4,11
Estado Mental	21,71	6,06	21,69	4,86
Frecuencia Actividad Física R.	3,13	1,61	3,01	1,40
Duración Actividad Física R.	2,26	1,11	2,21	0,73
Edad	69,86	4,66	69,97	4,11

En el cuadro 1 se pudo observar que tanto en hombres como en mujeres el promedio de autonomía fue similar; considerando la escala de calificación según INISA (1994), se clasificaron como parcialmente independientes, que es la categoría intermedia de autonomía. (Ver en Anexo 3)

Por otra parte, en cuanto al soporte social, el promedio obtenido tanto por los hombres y las mujeres estuvo ubicado en el puntaje intermedio de la escala (ver escala en Anexo 1).

Por tanto, el puntaje en ambos géneros fue regular. Es decir, que las mujeres como los hombres adultos mayores prestaron colaboración y apoyo de manera parcial.

En lo referente a la depresión en el caso de las mujeres fue superior a la que presentaron los hombres; sin embargo de acuerdo al puntaje obtenido, ambos se clasificaron con depresión leve (entre 11 a 20 puntos). Lo que significó que en términos generales en los adultos mayores a partir de los 60 y hasta los 75 años de edad se presentaron indicios de depresión propios del proceso de envejecimiento, según edad, congruentes con la literatura consultada (Stephens, 1988, Quirós,1996)

Se pudo apreciar como los sujetos tanto hombres como mujeres tuvieron un promedio de estado mental que les ubicó en la categoría de trastornos depresivos y alteraciones cognitivas (según INISA, 1994).Es decir, que adultos mayores en esas edades presentaron problemas de orden mental propios del envejecimiento.

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

Con respecto a la duración de la actividad física recreativa diaria se apreció que tanto hombres como mujeres tendieron a realizar actividad física más de una hora (ver escala en Anexo 4) diaria, aunque menos de una hora y media. Es decir, dedicaron un tiempo prolongado para la realización de la actividad físico recreativa.

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

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

	Autonomía	Soporte Social	Estado Mental	Depresión	Frecuencia de Actividad Física Semanal
Autonomía	-----	r= 0,28*	r= 0,27*	r= -0,11	r= 0,33*
Soporte Social		-----	r= 0,39*	r= 0,03	r= 0,11
Estado Mental			-----	r= 0,14	r= 0,04
Depresión				-----	r= 0,01
Fr. Act. Fis. Sem					-----

*p<0,05

Este esquema muestra la relación entre las variables de calidad de vida y la actividad física semanal en hombres; en el cuál se presentó correlación significativa entre autonomía y soporte social ($r=0,28$; $p<0,05$; $r^2=7,84\%$); entre autonomía y estado mental ($r=0,27$; $p<0,05$; $r^2=7,29\%$).

Se presentó una correlación significativa entre autonomía y actividad física semanal ($r=0,33$; $p<0,05$; $r^2=10,89\%$). Es decir que entre mayor fue la frecuencia de actividad físico recreativa, mayores niveles de autonomía presentaron los adultos mayores.

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

	Autonomía	Soporte Social	Estado Mental	Depresión	Frecuencia de Actividad Física Semanal
Autonomía	-----	$r= 0,24^*$	$r= 0,16$	$r= -0,11$	$r= 0,24^*$
Soporte Social		-----	$r= 0,24^*$	$r= 0,19$	$r= 0,18$
Estado Mental			-----	$r= 0,10$	$r= 0,23$
Depresión				-----	$r= 0,01$
Fr. Act. Fis. Sem.					-----

* $p < 0,05$

De la misma manera que en el esquema 2 pero en mujeres se determinó la relación entre las variables de calidad de vida y la actividad física semanal; en donde se presentó una correlación significativa entre autonomía y soporte social ($r=0,24$; $p<0,05$; $r^2=5,76\%$).

Por otra parte, se presentó una correlación significativa entre autonomía y frecuencia de la actividad física ($r=0,24$; $p<0,05$; $r^2=5,76\%$) y entre estado mental y actividad física semanal ($r=0,23$; $p<0,05$; $r^2=5,29\%$). Es decir que entre mayor fue la frecuencia con que se practicó la actividad física mayores fueron los niveles de autonomía y salud mental.

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

	Autonomía	Soporte Social	Estado Mental	Depresión	Horas diarias de práctica
Autonomía	-----	$r = 0,28^*$	$r = 0,27^*$	$r = -0,11$	$r = 0,28^*$
Soporte Social		-----	$r = -0,07$	$r = 0,03$	$r = 0,27^*$
Estado Mental			-----	$r = 0,14$	$r = 0,47^*$
Depresión				-----	$r = 0,03$
Horas día. prá.					-----

* $p < 0,05$

De acuerdo con el esquema 3 se determinó la relación entre las variables de calidad de vida y las horas diarias de práctica de actividad física en hombres; se pudo apreciar que existió una relación significativa entre autonomía y soporte social ($r=0,28$; $p < 0,05$; $r^2=7,84\%$); entre autonomía y estado mental ($r=0,27$; $p < 0,05$; $r^2=7,29\%$). Se presentó relación significativa entre autonomía y horas diarias de práctica de la actividad física ($r=0,28$; $p < 0,05$; $r^2=7,84\%$) y entre el soporte social y horas diarias de actividad física ($r=0,27$; $p < 0,05$; $r^2=7,29\%$).

Es decir que entre mayor tiempo se realizaba la actividad físico recreativa; mayores niveles de autonomía y soporte presentaron los adultos mayores y entre mayor autonomía, mayor soporte social y mejor estado mental.

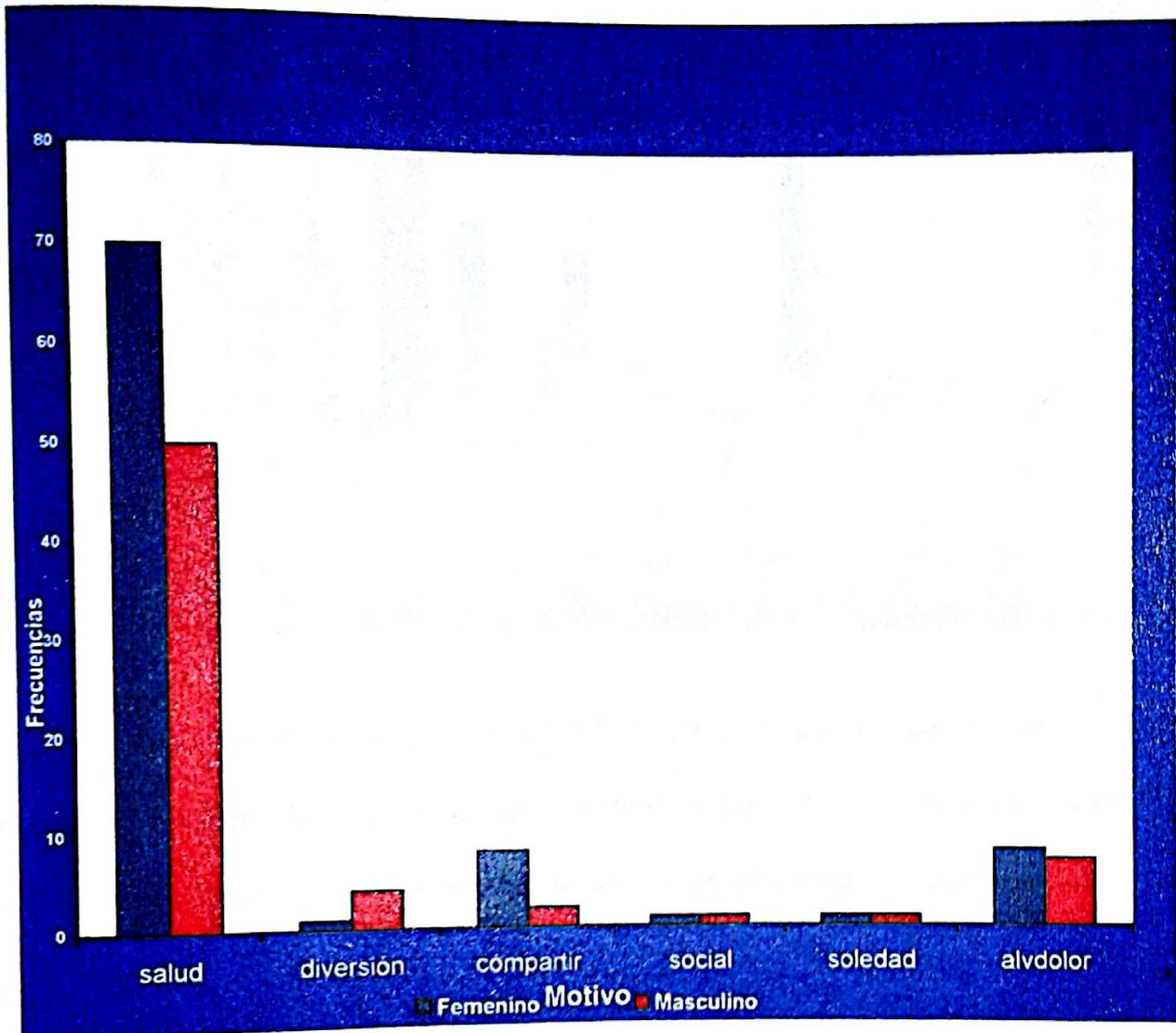
Esquema No.4 Matriz de correlaciones de las variables de calidad de vida y horas diarias de práctica de actividad físico recreativa en mujeres

	Autonomía	Soporte Social	Estado Mental	Depresión	Horas diarias de práctica
Autonomía	-----	$r = 0,24^*$	$r = 0,16$	$r = -0,11$	$r = 0,17$
Soporte Social		-----	$r = -0,24$	$r = 0,10$	$r = 0,07$
Estado Mental			-----	$r = 0,14$	$r = 0,47$
Depresión				-----	$r = -0,10$
Horas día. prá.					-----

* $p < 0,05$

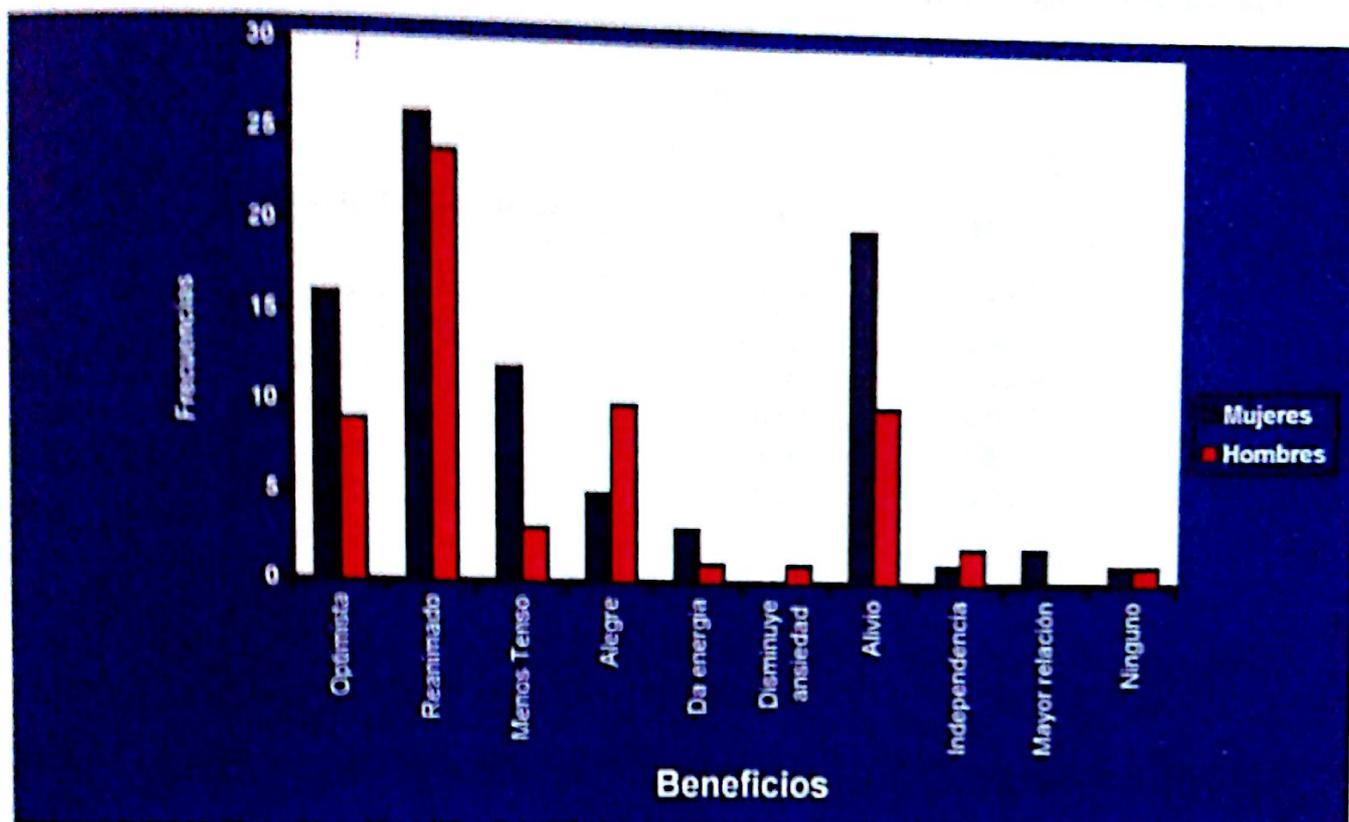
De igual forma que en el esquema 4 de relaciones de las variables de calidad de vida con las horas diarias de práctica en mujeres, se presentó una relación significativa sólo entre autonomía y soporte social ($r=0,24$; $p<0,05$; $r^2=5,76\%$).

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



En cuanto al motivo para hacer actividad física recreativa, no se encontraron diferencias significativas ($X^2=4,59$, $p>0,05$) de acuerdo al análisis estadístico; tanto hombres como mujeres reportaron motivos similares como mejoras en la salud, alivio de dolores, compartir entre otros, y coincidieron en señalar principalmente la salud como el motivo para hacer actividad físico recreativa

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



El análisis estadístico arrojó una $X^2 = 22,49$, $p < 0,05$ que indicó que los beneficios percibidos son dependientes del género. Los hombres expresaron que con la actividad física recreativa se sentían más reanimados, alegres y se aliviaron sus dolores. Las mujeres expresaron sentirse reanimadas, con alivio de dolor y optimistas, en mayor grado que los hombres.

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

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

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

Variable Dependiente	t	p
Autonomía	0,39	0,53
Soporte Social	-0,20	0,84
Depresión	-2,48	0,014*
Estado Mental	0,02	0,98
Frec. Act.fis.	0,46	0,65
Durac. Act. Fis.	0,33	0,74

*p<0,05

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

De acuerdo con los resultados del análisis anterior se destacó que el promedio de depresión en mujeres (17,13) fue significativamente superior ($p<0,05$) al de los hombres ($X=15,18$). En todos los demás casos no hubo diferencias significativas.

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

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

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

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

En relación con el estado mental en la población estudiada se pudo comprobar que tanto en hombres como en mujeres se presentaron trastornos depresivos y alteraciones cognitivas; postulado congruente con Timiras, (1996) el cuál destacó que con el envejecimiento del sistema nervioso central vieron reducidas las funciones nerviosas y por ende los mayores presentaron menos agilidad mental, pérdida de la memoria y su capacidad de aprendizaje fue menor y más lento; por tanto se produjo la disminución del procesamiento cognitivo. Se debe destacar además que los datos fueron congruentes con Quirós (1996) que al presentarse un deterioro cognitivo se produjeron perturbaciones, las cuáles provocaron problemas de baja autoestima, soledad, falta de deseos; acrecentándose la depresión y con ella la pérdida en la capacidad para aprender y recordar. Además según

Ferris (1989), conforme se avanza la edad se produjo una alteración cognitiva global, y la pérdida de memoria. Siendo congruente también con lo descrito por Schumand, (1994) de que la depresión y la ansiedad influyeron negativamente sobre el procesamiento de información, evidenciándose en los resultados.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Se evidenció en el estudio de Céspedes (1987), que las personas que asistieron a centros diurnos, tuvieron mayor grado de independencia; además de que los adultos mayores al ser miembros de familias y comunidades exigieron en estas mayor participación, opinión y toma de decisión (soporte social), lo que favoreció al desarrollo de su independencia según Quirós (1996).

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

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

Al relacionar la variable duración de la práctica de actividad física diaria con las variables de autonomía, soporte social, estado mental y depresión; presentaron relaciones significativas con autonomía y soporte social en hombres; en las mujeres no se presentó relación significativa con esta variable (esquema 3); resaltándose que al estar involucrados los mayores en programas de actividad física recreativa aumentaron los niveles de movilidad e independencia, así como de autoconcepto según el estudio de la Rose Medical Center y el Rose Health Care System en Colorado (2001). Por otra parte estos adultos mayores como ya se anotó exigieron mayor participación, opinión y toma de decisión (soporte social); según Quirós. Además de que Villalobos (1989) mencionó que los adultos mayores atendidos en centros diurnos fueron más participativos y activos; con lo que se

justificó claramente en hombres la disposición y el tiempo para realizar la actividad física, no así en las mujeres. Sin embargo, en términos generales tanto hombres como mujeres tendieron a hacer actividad física más de una hora diaria pero menos de una hora y media; siendo congruente con el modelo multidimensional propuesto por Kenyon, (1980) en el que se mencionó la actividad física como experiencias ascéticas que se caracterizaron por aquellas actividades que requirieron un entrenamiento largo y cansado, condicionamiento y gratificaciones a largo plazo; evidenciándose en el caso del presente estudio en hombres.

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

Cabe recalcar que en cuanto a los resultados generales de aspectos como frecuencia y duración de la práctica de actividad físico recreativa no se presentaron relaciones significativas con otras variables producto de la variabilidad en el control de programas sistematizados, duración o frecuencia en la práctica de actividad física recibida por los sujetos participantes en los distintos centro diurnos visitados, en los que en su mayoría eran dirigidos por personas ajenas a la profesión de la educación física como por ejemplo asistentes administrativos, voluntarios o enfermeras, afectando por lo tanto el impacto de este tipo de actividad sobre algunas de las variables correspondientes a calidad de vida consideradas en este estudio (depresión o salud mental), pudo haber sido mayor si se hubieran dado las condiciones adecuadas como en el caso de estudios como el de Bolaños y Mora (1999), Ureña y Delgado (1998); o Agüero (1993) entre otros; en los que se desprendió que al realizar programas de actividad física programada y sistematizada se obtuvieron resultados favorables en variables como estados emocionales, aspectos

psicológicos o físicos en el adulto mayor; sugiriendo incrementar la efectividad de programas sistematizados de actividad físico recreativa, siendo dirigida específicamente por educadores físicos profesionales en el campo del adulto mayor; con lo que los resultados pudieron haber sido diferentes a los obtenidos en el presente estudio.

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

En cuanto a los beneficios de la actividad física (cuadro 2); los valores fueron dependientes del género; los hombres expresaron que la actividad física los hizo sentirse más reanimados, alegres y se aliviaron sus dolores y las mujeres expresaron sentirse reanimadas, con alivio de dolor y optimistas, en mayor grado que los hombres, siendo congruente por lo planteado por Ureña y Delgado (1998), sobre la percepción subjetiva de la persona mayor en relación con el ejercicio físico, donde mostraron una percepción más positiva de sí mismos y un mayor disfrute.

Además, fue coherente con Ramos y cols, (1992) que concibieron que la actividad física generó mejoras en cuanto a la reducción de efectos patológicos; producción de placer y

bienestar corporal y mental; además se aumentaron el autoconcepto, la autoestima y sus emociones; así como aumento de la forma física, estimulante del optimismo; de la estabilidad emocional, una conciencia social y una participación en la vida del grupo a que perteneció, lo que aumentó la sensación de valor propio y por tanto la calidad de vida según Sonstroem y Morgan, (1989). Es por ello que la actividad física demostró múltiples beneficios para la población adulta mayor; por lo que los resultados encontrados en este estudio evidenciaron congruencia con lo esbozado por múltiples investigadores y especialistas en el campo.

Por otra parte, se destacó que la depresión fue la única variable que presentó diferencias significativas $p= 0,014$ ($p<0,05$) en cuanto al género de acuerdo al cuadro 2. Estos datos concordaron con los expresados por Stephens (1988), que mencionó que la depresión y la ansiedad fue más frecuente en las mujeres; pudiendo esto ser producto de las actitudes de la familia, la comunidad y la sociedad en general que se tradujeron en rechazo, sobreprotección o abuso contra ellas. Fue conocido que el envejecimiento estuvo marcado por el contexto sociocultural donde se desarrolló el adulto mayor. Estos resultados son congruentes con el estudio de Hasegawa (1989) sobre la prevalencia de demencia la cuál fue ligeramente superior en las mujeres que en los hombres y aumentó con la edad. Por su parte Eastwood (1989); mencionó que la demencia no estuvo claramente relacionada con el sexo, aunque en diversos estudios han descubierto que afectó con más frecuencia a las mujeres.

Sin embargo, hay que mencionar que en cuanto a los resultados tanto hombres como mujeres se clasificaron con depresión leve, siendo congruente con lo apuntado por Quirós

(1996), que expone que la depresión en el adulto mayor fue una de las condiciones más frecuentes y de mayor cuidado en ellas; además de que se rechaza el mito de que la depresión era una enfermedad característica de la mujer.

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

Finalmente a pesar de todas las complicaciones propias del envejecimiento (según Stephens, 1988, Quirós, 1996, Maños, 1998) se destacó en términos generales que los adultos mayores participantes en este estudio presentaron un nivel de calidad de vida buena, debido a que presentaron autonomía y soporte social parciales; trastornos depresivos y alteraciones cognitivas, variables que para este nivel son esperados no afectando por tanto, la calidad de vida presentada en los adultos mayores. La práctica de la actividad física pudo haber sido más impactante, si en los centros se hubiese estado desarrollando un programa sistemático a cargo de un profesional de ahí la baja relación e la frecuencia y la duración de actividad física con las distintas variables medidas (Ver Esquemas del 1 al 3). Según lo descrito por Aztarain y Baeorlegui, (1994) para que una persona tenga buena calidad de vida se debió de encontrar libre de cualquier trastorno psíquico o físico y mantener el máximo de autonomía, acorde con la edad y el medio socioeconómico y cultural en el que vivió difiriendo claramente de los datos encontrados en este estudio; y destacándose que el ejercicio físico pudo ser un medio excelente, tanto por su influencia en los aspectos físicos como en los psíquicos, proporcionando según Cortés (1993), conductas positivas para la salud y evitando la ociosidad improductiva en los adultos mayores en esta etapa de la vida, siempre que se realizara en condiciones favorables y cuidando factores como: programas

sistematizados, con instructores capacitados y realizando adaptaciones según deficiencias que presentaron los adultos mayores. Otro aspecto a tomar en cuenta y que pudo haber afectado la relación entre la actividad física y las demás variables fue el tomar en cuenta cierto tipo de actividades que sean de la preferencia de los sujetos, incluyendo elementos rítmicos y llamativos con una intensidad de media a baja y preferiblemente en contacto con la naturaleza.

CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES

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

- 1) En términos generales la calidad de vida de los adultos mayores de 60 a 75 años de edad de los 21 centros diurnos (a nivel nacional) es buena, debido a que presentaron cambios en autonomía, soporte social, salud mental y actividad físico recreativa son parte de un proceso de envejecimiento lento y natural.
- 2) No se presentaron diferencias significativas ($p > 0,05$) en las variables de calidad de vida (autonomía; soporte social, salud mental, frecuencia y duración de la actividad físico recreativa semanal) en lo que respecta al género, debido a que ambos grupos presentaron: a)soporte social parcial; b)niveles intermedios de depresión y demencia, c)son personas activas físicamente y realizaban la actividad físico recreativa durante un tiempo prolongado. No obstante, existen diferencias ligadas al género en cuanto a las relaciones entre frecuencia semanal y autonomía en hombres ($r= 0,33$; $p< 0,05$); en mujeres ($r= 0,24$; $p< 0,05$); entre frecuencia semanal y salud mental en mujeres ($r= 0,23$; $p< 0,05$); cantidad de horas dedicadas a la actividad físico recreativa y la autonomía en hombres ($r= 0,28$; $p< 0,05$); y entre cantidad de horas dedicadas a la actividad físico recreativa y el soporte social en hombres ($r= 0,28$; $p< 0,05$).
- 3) Las mujeres presentaron mayor índice de depresión que los hombres ($p< 0,05$); sin embargo se destacó que en ambos géneros se presentó depresión leve.

4) La salud en ambos géneros fue el principal motivo por el cuál los adultos mayores, independientemente del género, realizaban la actividad físico recreativa. Los beneficios percibidos de práctica de la actividad física fueron dependientes del género. Por tanto, los hombres expresaron que con la actividad física recreativa se sentían más reanimados, alegres y se aliviaron sus dolores. Las mujeres expresaron sentirse reanimadas, con alivio de dolor y optimistas, en mayor grado que los hombres.

5) Para los hombres, la cantidad de horas diarias dedicadas a la actividad físico recreativa fue predictora importante de la autonomía y el soporte social, a diferencia de las mujeres. Es decir, que entre mayor cantidad de horas dedicadas a la actividad físico recreativo, mayores niveles de autonomía y soporte social presentaron los hombres y por tanto, tienden a aumentar su calidad de vida. Con respecto a la frecuencia semanal de práctica de actividad física esta variable fue predictora de autonomía en los hombres y en las mujeres autonomía y salud mental.

RECOMENDACIONES

Para ampliar este campo de estudio es necesario:

- 1- Promover estudios sobre los aspectos subjetivos de la calidad de vida relacionados con la actividad física, que contemplen muestras más grandes de personas adultas mayores.
- 2- Comparar los resultados de centros de larga estancia y centros diurnos a nivel nacional; para determinar si hay diferencias en la calidad de vida percibida por los adultos mayores en esas edades.
- 3- Fomentar estudios que analicen más profundamente los beneficios psicológicos de la actividad físico recreativa con programas sistematizados dirigidos por educadores físicos especializados en el campo de la gerontología y la actividad físico recreativa.
- 4- Promover la sistematización de programas de actividad física en el adulto mayor, que permitan documentar y generar hipótesis para profundizar en el estudio de otras variables.
- 5- Un futuro estudio podría investigar más a fondo la estructura interna del instrumento de INISA (1994), adaptando una escala Likert de por lo menos 3 valores a los ítems de autonomía y soporte social, para facilitar el análisis de su estructura factorial.

BIBLIOGRAFÍA

Abrante, C., Brito, O. y García, C. (1996) "El deporte en edad avanzada". Programa de actividades físicas y deportivas para personas mayores. Gran Canaria: Nogal

AGECO (1988). Algunos consejos prácticos en la tercera edad. San José

Agüero, J. (1993). Cambios fisiológicos en personas mayores de 60 años inducidos un programa de actividad física. Tesis de licenciatura en Educación Física. Facultad. Ciencias de la Salud UNA: Heredia. Costa Rica.

Aragón, L. y Salas, X. (1996). Factores de envejecimiento físico-funcional y psico-social que presenta la persona mayor de 60 a 8 años, del cantón central de San José. Tesis de licenciatura en Educación Física. Facultad Ciencias de la Salud. UNA: Heredia. Costa Rica.

Arce, M; Rojas , K. y Ander, E. (1994) Técnicas de investigación social. Editorial Magisterio del Río de la Plata. Argentina

Arquer, G. y Purjol, A. (1996). Ejercicio físico y adulto mayor Intervención Psicosocial, 1997. 3 (1), 25-35.

Aztarain, F. y Beorlegui, M. (1994). Sesenta minutos a la semana para la salud. Archivo medicina del Deporte. XI(41) 49-54.

Bernkow, J. (1996). Vida en forma plena. New York. Editorial Mc. Graw Hill.

Bolaños, A. y Mora, M. (1999). Actividad físico recreativa y estado emocional que presentan los adultos mayores de 55-7 años de edad de 2 grupos gerontológico del área central (San José- Heredia). Tesis de licenciatura en Educación Física. Facultad Ciencias de la Salud UNA: Heredia. Costa Rica.

Brink, T.; Yesavage, J.; Lum, O.; Heershema, P.; Adey, M. y Rose, T. (1982) " Screening tests for geriatric depressions". Clinic Gerontology 1: 37-43.

Capersen, C. J.; Bloemberg, B. P. M.; Saris, W. H. M.; Merrit, R. K. y Kromhout, D. (1991). Physical activity questionnaires for older adults. Journal Sport Medicine. 29 (6) 141-145.

Céspedes, A. (1987). Influencia de los factores socioeconómicos en la pérdida de autonomía de los adultos mayores costarricenses entre los 65 y 80 años. Programa de Investigación sobre el envejecimiento. San José.: UCR.

Cortes, F. (1993) Envejecimiento y salud. México, D.F.: Interamericana.

Díaz, P., Puente, G. y García, T. (1994, Enero-Febrero). "Resultados de la aplicación de una escala de Valoración socio familiar en Atención Primaria". Geríatría Gerontológico. 29:239-245.

Eastwood, W. (1989). Investigación en Ciencias Sociales: una guía sobre envejecimiento. Michigan, U.S.A.

Esquivel, R. y Jiménez, F. (1997) " Evaluación Subjetiva de Bienestar y la Salud en Ancianos." <http://www.iztacala.unam.mx/coloquio/saludcartel/145.html>.

Faden, A. y Germán, P. (1994). "Calidad de Vida. Consideraciones en Geriatría". Clínica de Medicina Geriátrica. México, D.F.: Interamericana.

Febrer, A. (1996) Cuerpo, Dinamismo y Vejez. Barcelona, España. Edit: INDE.

Fernández, B. (1994). Evaluación e intervención psicológica en la vejez. España. Editorial Martínez Roca.

Ferris, A. (1989). Psicología: reto del envejecimiento. Washington. U.S.A.

Finch, E.; Ramsay, R. y Katona, C. (1992). Depression and physical illness in elderly. Clin Geriatr Med. 8:275-287.

Fujisawa, M. (1994). Comparative study of quality of life in the elderly between in Kahoku and in Yaku. Kochi Medical School Journal. Japón. Oct. 31 (1) 10:790-799.

Garay, F. (1996). Bienestar Psicológico del adulto mayor. Madrid: Herder.

García, D. (1990). Deporte en edad avanzada. Canarias: Nogal.

George, L.; Bearon, L (1980). Quality of life in older persons: meaning and measurement. New York. Human Sciences Press.

Giusti, L. (1991). Calidad de vida, estrés y bienestar. San Juan: Psicoeducativa.

González, J. (1994). Aprendamos a envejecer sanos. Manual de autocuidado y salud en el envejecimiento. México 3ra. Edición.

Grau, J. (1988) "Calidad de Vida y Salud: Problemas Actuales en su Investigación." San Juan: Psicoeducativa.

Hasegawa, K. (1989). Demencia asociada a la edad. Revista Clínica Española. Vol.185, Supl. 1 Dic.

Hernández, Z. (2000) Elaboración de un índice de calidad de vida para personas de la tercera edad. México.

Hidalgo, J. (1994). "Apuntes para el curso Sociología del envejecimiento. Antología. Costa Rica. Maestría en Gerontología , Universidad de Costa Rica.

IDESPO (1985). Universidad Nacional. Costa Rica.

INISA, (1994). Validación de un instrumento para la medición de la calidad de vida de personas de 60 años y más. Programa de Investigación sobre el envejecimiento. San José: UCR.

Katz, A. (1976) A measure of primary sociobiological functions. Inter.Journal of Health. 64. 93-98.

Langarica, M. (1985). Las treinta y tres preguntas sobre la tercera edad. Argentina

La Salud en las Américas. (1998). Revista científica OPS. 1(569)84.

Laukkanen, M. (1998) Adulto mayor. Madrid. Edit: Claret.

Lawton, M. (1991). "Medio ambiente y satisfacción de las necesidades de envejecimiento". Gerontológico clínica: Intervención psicológica y social. 33:11

Leturia, F. (1998). "Jubilación y calidad de vida" Geríátrica Gerontológico 33:9- 16.

Levi y Anderson (1980). La tensión psicoemocional. Población, ambiente y calidad de vida. España: Vitoria-gasteiz.

Lobo, A.; Escobar, V. Ezquerro, J. y Seva, A. (1980) "El mini examen cognoscitivo": un test sencillo, práctico, para detectar alteraciones intelectuales en pacientes psiquiátricos. Revista Esp. Psiquiátrica psicológica Médica. 14. 39-57.

Mahan, L. y Arlin, H. (1995). La dietoterapia. New York. Editorial Mc. Graw Hill.

Marín, C.; Espinoza, P.; Frez, G. (2000). Actividad física y depresión en el adulto mayor. México. Ed. Psicología del Desarrollo III.

- Maños, Q. (1998) Animación Estimulativa para Personas Mayores Discapacitadas. Madrid. Edit: Claret.
- Molina, R. (1994). Actividad física en la tercera edad Madrid. Edit: Claret.
- Moore, G. (1999). The quality of American life. New York: Sage: 24-230.
- Organización Mundial de la Salud. (1993). Encuentro Latinoamericano de Gerontología. Acapulco. México.
- Organización Panamericana de Salud. (1985). La salud de las personas de edad. Informe técnico. No.779. Ginebra.
- Porras, D. (1989). La tercera edad. Madrid. España: Editorial Tecnos.
- Quirós, M. (1996) Elaboración de un modelo de salud comunitaria Geronto – Geriátrico, basado en la Calidad de Vida. Tesis para optar por el grado de magíster en Gerontología. San José: UCR
- Ramírez, L. (1987). Tercera edad sana. Madrid. España.
- Ramos, H. (1992). Psicogeriatría. Cuba. Editorial Ciencias Médicas.
- Ríos, L., Ríos, I. y Padial, P. (2000) “La actividad física en la Tercera Edad” Digital 5 (18 febrero): 1-2.
- Rojas, L (1999) Calidad de vida y autonomía en personas mayores. Tesis para optar por el grado de Magíster en Gerontología. San José: UCR.
- Rojas, M. (1997). Bienestar General Subjetivo y Depresión en ancianos Crónicos: un estudio de Casos. Tesis para optar por el grado de magíster en Gerontología. San José: UCR.
- Roquier, M. (1996). Effects of physical. exercise program on selected mood. states in a group of women over age. Michigan.

Rowe, J. y Kahn, R. (1987). Human agins: usual and successful. Science.237:143-9.

Roy, A.y Fitz, P. (1996). Social Support, Household composition, and Heald Behaviors as Risk Factors four Year Mortality in an Unrban Elderly Cohort.Journal of Applied Gerontology. 15,1:73-78.

Salvarezza, L. (1998). Psicogeriatría: teoría y clínica. Argentina, Editorial Piados

Santana, J. (1991).Programa de actividades físicas para adulto mayor. Gran Canaria: Nogal.

Schumand, A. (1994). Physical activity and health. Illinois: Human kinetics books.

Stephens, R. (1988). Actas Congreso Científico Olímpico. Actividad Física Adaptada, Psicología y Sociología. Bible, S.

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

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

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

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

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

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

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

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

Citas de Internet

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

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

ANEXOS

Anexo 1

**UNIVERSIDAD NACIONAL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA CIENCIAS DEL DEPORTE**

SALUD INTEGRAL Y MOVIMIENTO HUMANO

Cuestionario Calidad de vida del Adulto Mayor

INISA (1994)

I. IDENTIFICACIÓN

Nombre:

Centro:

1. Número de persona

2. Fecha de entrevista

DIA

MES

AÑO

3. Sexo 1. Masculino
 2. Femenino

4. Fecha de nacimiento

DIA

MES

AÑO

II. SOPORTE SOCIAL

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

PRESTA AYUDA...

NO SI

0 1

a. en la preparación de alimentos

0 1

b. en los quehaceres domésticos

0 1

c. en el cuidado de los niños

0 1

d. en la toma de decisiones

e. dando información y consejos

0 1

6. Participa en alguna organización de su comunidad?

1. Si

0. No

III. AUTONOMIA

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

PUEDE UD.

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

IV. SALUD MENTAL

“MINI” EXAMEN DEL ESTADO MENTAL

ORIENTACIÓN	PUNTAJE OBTENIDO
Cuál es el (año) (época) (fecha) (día) (mes)?	<input type="checkbox"/> (5)
Dónde estamos ahora (país) (provincia) (ciudad) (lugar) (barrio)	<input type="checkbox"/> (5)
REGISTRO	
De el nombre de tres objetos: uno cada segundo. Pida que la persona los repita. Si no lo hace bien, repítaselos hasta que los aprenda. Registre el número de intentos	<input type="checkbox"/> (3)
ATENCIÓN Y CALCULO	
Si a ¢150 se le quita ¢50, cuanto le queda; y si quita ¢25 cuanto le queda... y así sucesivamente, Deténgase en la quinta respuesta... de un punto por Cada respuesta correcta;	<input type="checkbox"/> (5)
EVOCACIÓN	
Pregunte por los tres objetos antes usados. Cada respuesta correcta equivale a un punto	<input type="checkbox"/> (3)
LENGUAJE	
Muéstrele (y que la persona los nombre), un bolígrafo y un reloj (2 puntos) Que repita la frase “ Tres Tristes Tigres...” (1 punto) Siga este orden en tres tiempos: Tome un papel en su Mano derecha, dóblelo a la mitad y entréguelamela (3 puntos)	<input type="checkbox"/> (6)
PUNTAJE TOTAL	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

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

ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA

Conteste las siguientes preguntas:

0.No 1. Si

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

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

Anexo 2

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

Fecha _____

Encuesta sobre Actividad Física-Recreativa para Adultos Mayores

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Anexo 3

Escalas de calificación INISA (1994)

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

SOPORTE SOCIAL:

Se calificó de acuerdo con el número de puntos obtenidos:

6 puntos = Excelente

5-4 puntos = Bueno

3 puntos = Regular

2 o menos puntos = Bajo.

AUTONOMÍA:

En el instrumento aparecen una lista de 15 actividades que se realizaban cotidianamente de la “a” a la “o” exceptuando la “g”. Para la calificación se le asignó un punto a cada actividad. Es decir suman 14 puntos. Por tanto la clasificación fue la siguiente:

Independiente: si pudo realizar todas las actividades 12 puntos

Parcialmente independiente: si pudo realizar de 9 a 11.

Dependiente: si no pudo realizar más de 8.

SALUD MENTAL:

Según la escala recomendada por INISA (1994)

ESTADO MENTAL

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

Normal : 25-27 puntos

Trastornos depresivos y alteraciones cognitivas funcionales: 20-24 puntos

Cuadros cerebrales: 11-19 puntos

Demencias: ≤ 10 puntos

DEPRESIÓN GERIÁTRICA

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

Normal: 0-10 puntos

Depresión leve: 11-20 puntos

Depresión moderada a severa: 21-30 puntos