

Variables psicológicas y fomento de la actividad física durante el proceso de envejecimiento

Gema Paramio-Pérez¹ y Rosendo Ramírez-Camacho²

¹ Universidad de Huelva

² Graduado en Psicología (Universidad de Huelva)

Email: gema.paramio@dpsi.uhu.es (autora de correspondencia)

RESUMEN: A medida que las personas avanzan en edad sufren cambios físicos, psicológicos y sociales. Muchos de estos cambios, donde prevalecen deterioros y pérdidas de lo conseguido durante todo el ciclo vital, pueden ser contrarrestados o aplazados gracias a la actividad física y la percepción de autocontrol del mayor. Las pérdidas derivan en ocasiones en bajos niveles del estado de salud, por eso el objetivo de este estudio es analizar las variables psicológicas implicadas en la puesta en marcha de conductas saludables que permitan tener cierto control sobre el proceso de envejecimiento. Para ello este trabajo de investigación recogió una muestra en un Centro de Participación Activa para personas mayores de Huelva. Los resultados ayudaron a esclarecer las relaciones existentes entre la práctica de ejercicio físico, con otras variables psicológicas como la percepción de control o el estado de salud percibido.

PALABRAS CLAVE: Autoeficacia percibida, Envejecimiento, Salud percibida, Actividad física.

Psychological variables and promotion of physical activity during the aging process

ABSTRACT: As people age they suffer physical, psychological and social changes. Many of these changes, where deterioration and loss of what has been achieved throughout the life cycle prevail, can be counteracted or postponed thanks to physical activity and the perception of self-control of the elderly. The losses sometimes result in low levels of health status, so the objective of this study is to analyze the psychological variables involved in the implementation of healthy behaviors that allow some control over the aging process. For this, this research work collected a sample in a Center of Active Participation for elderly people of Huelva. The results helped to clarify the existing relationships between the practice of physical exercise, with other psychological variables such as the perception of control or the state of perceived health.

KEY WORDS: Self-efficacy, Aging, Perceived health, Physical activity.

1. INTRODUCCIÓN

El ser humano sufre un constante proceso de envejecimiento durante todo el ciclo vital. Cuando se llega a una determinada edad comienzan a hacerse palpables de manera general determinados deterioros físicos y cognitivos. Estos cambios no se suelen producir en un momento brusco, es decir, no es común que aparezcan de forma súbita o en un espacio corto de tiempo, sino que es un proceso que puede durar años.

El comienzo de este periodo es muy variable y la transición a la vejez está sujeto a variables históricas y culturales, que se inicia cuando empiezan a existir cambios biológicos asociados al propio envejecimiento que provocan un aumento de la fragilidad y alto riesgo de discapacidad (Villar, 2011). Ante la dificultad de establecer una edad clara en el comienzo de estos cambios, esta investigación tomará como referencia el periodo en el que existe mayor acuerdo en la literatura científica. Muchos autores como McAuley (2007) o Villar (2011) prefieren hablar de personas mayores de 60 años, para evitar así el conflicto de marcar el comienzo de la vejez.

Los cambios a nivel fisiológico que se producen según Salech, Jara y Michea (2012), son a nivel cardiovascular, renal, del sistema nervioso central, muscular, y del metabolismo de la glucosa (ver Tabla 1). Además Villa, Benítez y Tierra (2015) describen también cambios en la piel, en el aparato digestivo, respiratorio, locomotor, en el sistema inmunológico, en los órganos anejos y en los sensoriales. Estos autores también describen cambios degenerativos a nivel psíquico en el proceso de envejecimiento, más concretamente en la memoria, en la creatividad, en la inteligencia, cambios neurobiológicos y en trastornos afectivos comunes en este proceso, como la depresión, o los episodios maníacos.

Algunos autores demuestran que existen tendencias a la depresión y a la ansiedad. Según Fernández-Ballesteros (2009) existen acuerdos generalizados sobre que en la vejez aumentan las emociones y afectos negativos. Márquez, Montorio, Nuevo y Losada (2001) mostraron que un 7.2% de personas mayores cumplían con los criterios diagnósticos según DSM-IV del Trastorno de Ansiedad Generalizada y otro 7.2% de Depresión Mayor. Por su parte, Pardo, Mayordomo, Satorres-Pons y Meléndez (2015) estimaron que entre un 10-15% de personas mayores presentaban síntomas depresivos (aumentando en mayores institucionalizados a un 46.5%). En la misma línea, Urbina, Flores, García, Torres y Torrublas (2007) estimaron en su estudio que un 20% de los mayores encuestados sufrían síntomas depresivos.

Según Fernández-Ballesteros (2009) a nivel psicológico también se producen deterioros en la capacidad de aprendizaje, en la memoria y de manera general en todas las funciones cognitivas. Por otro lado, argumenta que estos deterioros están íntimamente relacionados con la disminución de las interacciones en el ámbito social, pudiendo correr el riesgo de padecer soledad.

Tabla 1. Principales deterioros fisiológicos en el proceso del envejecimiento (Salech et al., 2012; Villa et al., 2015)

	Cambios fisiológicos	Cambios funcionales
<i>Cardiovascular</i>	Aumento de matriz colágena, pérdida de fibras elastina, hipertrofia cardíaca.	Rigidez vascular y cardíaca, mayor riesgo de arritmias.
<i>Muscular</i>	Pérdida de masa muscular	Disminución fuerza, caídas, fragilidad

<i>Renal</i>	Adelgazamiento corteza renal, esclerosis, engrosamiento membrana basal glomerular	Menor capacidad para concentrar orina.
<i>Metabolismo Glucosa</i>	Aumento de grasa visceral, infiltración grasa de tejidos, menor masa de células beta	Mayor resistencia insulínica y diabetes
<i>Sistema Nervioso Central</i>	Menor masa cerebral, aumento líquido cefalorraquídeo	Menor velocidad procesamiento, disminución memoria de trabajo, menor destreza motora
<i>Piel</i>	Pérdida de grosor, prolongación del tiempo reducción de células de la dermis.	Piel más vulnerable, y con menor capacidad de percepción.
<i>Aparato digestivo</i>	Disminución de masa, atrofia de la mucosa gástrica	Reducción del control de esfínteres, disminución de la capacidad de absorción de los sustratos de algunas sustancias
<i>Aparato respiratorio</i>	Atrofia de los músculos respiratorios, y reducción de fibras elásticas.	Menor oxigenación de la sangre. Asfixia
<i>Aparato locomotor</i>	Pérdida de masa muscular y ganancia de masa magra, atrofia muscular y ósea, y cartílagos y tendones más rígidos.	Mayor dificultad en los movimientos, andar u otra actividad física.
<i>Sistema inmunológico</i>	Disminuyen las secreciones mucosas y mecanismos de defensa.	Más propensos a sufrir enfermedades.
<i>Órganos anejos</i>	Pelos y uñas se vuelven más estriados y encorvados, además de calvicie	
<i>Órganos sensoriales</i>	Vista (presbiopía, y cataratas), olfato (pérdidas de terminaciones nerviosas), audición (presbiacusia) tacto (disminución de terminaciones nerviosas), y el gusto (disminución y atrofia de papilas gustativas)	Menor sensibilidad a los estímulos externos debido a la disminución de los sentidos.

Como consecuencias de los cambios descritos anteriormente durante la vejez, estas personas requieren de un mayor gasto sanitario (profesionales, medicamentos, recursos médicos, centros, etc.).

Los datos demográficos de la población en España, según el censo del INE, citados en Pujol y Abellán (2016), evidencian que existe un total de 8 millones y medio de personas mayores de 65 años, lo que representa un 18.1 % del total de la población. Más de la mitad de las hospitalizaciones que se producen en el país, son de personas mayores, siendo estas estancias más largas que las del resto de la población. Se estipula que “en 2061 serán el 39% de la población con 16 millones personas mayores de 65 años” (Pujol y Abellán, 2016, p. 3).

En este proceso natural de deterioros se pueden llevar a cabo acciones que reduzcan las pérdidas y vayan postergando el proceso de envejecimiento, desde antes incluso de que se inicien las mismas. Según el informe “*Physical Activity Guidelines for Americans*” (2008, citado en Causapié, Balbotin, Porrás, y Mateo, 2011), existe una fuerte evidencia de que la práctica de ejercicio físico crea un menor riesgo en la persona de padecer muerte prematura, enfermedades coronarias, ictus, hipertensión arterial, diabetes del tipo 2, síndrome metabólico, cáncer de mama, además de una mejor función cognitiva y condición muscular, y también se previene considerablemente el aumento de peso y las caídas. Sugiere con una evidencia

moderada que también mejora la densidad ósea, el riesgo de padecer cáncer de pulmón y endometrial, y mejora la calidad del sueño. Además Codina, Elosua, y Marrugat (1999), y Sentí, Masià, Pena, Elosua, Aubó y Bosch (1998), citados por Morín (2014), demostraron que gracias a la actividad física regular y moderada se puede aumentar el nivel de colesterol HDL y disminuir los niveles de triglicéridos y el colesterol total.

La actividad física según las OMS (2016), es considerada como cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que exija gasto de energía. Durante esta investigación se utilizará el término de actividad física como si de un ejercicio físico se tratara, es decir, le añadiremos el componente de intencionalidad y planificación a la actividad física, con el fin de estar en forma físicamente o mantener/mejorar el estado de salud (Isorna y Felpeto, 2014).

El ejercicio físico aumenta la capacidad cognitiva de las personas mayores, como se ha mostrado en diferentes estudios, como el de Dishman et al. (2006) en el que se encontró que el ejercicio influye sobre la función cerebral, afectando a las funciones cognitivas.

Varios estudios confirman los beneficios de la actividad física sobre personas mayores (como recoge Morín, 2014). Si se compara los efectos del envejecimiento, con los beneficios del ejercicio físico, se observa que es posible contrarrestar ciertos deterioros y mantener algunas de las funciones. Esto es un gran beneficio si se cuenta con que la mayor tasa de muerte en la tercera edad en España se produce por problemas a niveles circulatorios (Pujol y Abellán, 2016). Ser físicamente activo presenta beneficios en fuerza, autonomía en las actividades de vida diaria y bienestar psicológico en personas con incapacidad física (Hicks et al., 2003; Tordi et al., 2001 citado por Guerreiro, Sáenz-López, Pais y Tierra, 2015).

A pesar de los numerosos beneficios de la actividad física, en España la tasa de sedentarismo es alta en personas mayores, superando el 50% en mayores de 74 años, y subiendo del 75% cuando superan los 84 años de edad (Izquierdo y Avellaneda, 2014). De hecho, se asocia al sedentarismo con una mala calidad de vida, y el padecimiento de enfermedades como el la diabetes tipo 2, enfermedades cardiovasculares, etcétera, que deterioran la salud (Salinas, Cocca, Mohamed, y Viciara, 2010).

Es importante para la puesta en marcha de conductas saludables como el ejercicio físico, el concepto de salud percibida que se describe según Álvarez-Ude (2001, p. 64) como:

La evaluación propia subjetiva de las influencias del estado de salud actual, los cuidados sanitarios, y la promoción de la salud sobre la capacidad del individuo para lograr y mantener un nivel global de funcionamiento que permite seguir aquellas actividades que son importantes para él y que afectan a su estado general de bienestar.

Hay que recordar que la salud no es solo un estado fisiológico, sino también psicológico y social, así el concepto de salud, según la OMS (2004, citado en Alcántara, 2008) es:

La condición individual y colectiva de calidad de vida y bienestar, es el resultado de condiciones biológicas, materiales, psicológicas, sociales, ambientales, culturales y de la organización y funcionamiento del sistema de salud; producto de las determinantes sociales, ambientales, biológicas y del sistema de salud. Su realización

define la condición de estar y permanecer sano, ejerciendo cada cual a plenitud sus capacidades potenciales a lo largo de cada etapa de la vida (p. 97).

En un estudio realizado por Ruigómez, Alonso, y Antó (1991) encontraron que el 60,3% de las personas mayores afirmaban que tenían una salud general buena o muy buena, a pesar de que pudieran padecer problemas de salud. Esto pone de manifiesto que independientemente del estado real de salud, las propias creencias influyen en la salud percibida y en la actitud de las personas mayores. Así Levy, Slade y Kasl (2002, citado por Hernández, 2010), demostraron como en las personas mayores la autopercepción positiva de sí mismo y las conductas hacia el propio envejecimiento derivadas de éstas, mejoran la salud funcional. Las personas mayores con actitud positiva se mantienen ocupados y activos física y socialmente, lo que les reporta la prevención ante enfermedades, como la depresión, y mejoran su salud tanto biológica como psicológica (Chachamovich, Fleck, Laidlaw, y Power, 2008).

Mihalko, McAuley y Bane (1996) demostraron como la práctica de ejercicio físico puede incidir sobre la percepción de autoeficacia. De igual manera, McAuley et al. (2007) pudo probar que los cambios en la actividad física estarían asociados a los cambios en la autoeficacia y que además, la percepción positiva hacia el envejecimiento se asocia con mejor percepción de salud e incremento de la longevidad en las personas mayores.

La autoeficacia fue definida por Pavón y Zariello (2011), como la “percepción de las personas acerca de su propia eficacia,... para desarrollar con éxito las acciones conducentes al cumplimiento de metas y objetivos” (p. 112). En esta línea, Bandura (1997) afirma que la autoeficacia percibida influye en la salud de la persona, dado que motiva a ésta a implicarse y mantener el comportamiento que favorecen la salud, además de que las personas se enfrentan a los obstáculos no viéndolos como problemas, sino como metas que pueden ser superadas con sus medios.

Fernández-Ballesteros et al. (2010) hallaron que tanto la práctica de actividades físicas como la percepción positiva de control, son elementos importantes para predecir un buen proceso de envejecimiento así como una buena salud. En este sentido, el objetivo principal de este trabajo fue analizar las variables psicológicas implicadas en la puesta en marcha de conductas saludables que permitan tener cierto control sobre el proceso de envejecimiento. Este trabajo parte de que cabe la posibilidad de que existan relaciones entre las diferentes variables que pueden incidir sobre el nivel de salud, como son la autoeficacia y salud percibida y el ejercicio físico. Así, se trató de verificar o refutar las siguientes hipótesis:

1. La autoeficacia percibida se relacionará positivamente con el nivel y frecuencia de las actividades físicas (entendiéndolas como ejercicio). A mayor percepción de control sobre el envejecimiento mayor será la práctica de ejercicios físicos.
2. A mayor frecuencia del ejercicio físico, mejor será la percepción del estado de salud.
3. A mejor percepción del estado actual de salud, mayor será la creencia de control sobre el proceso de envejecimiento.

2. MÉTODO

Se realizó un estudio empírico con metodología cuantitativa. Se trata de un estudio ex post facto en el que se pretende aclarar las relaciones existentes entre las variables a través de coeficientes de correlación. Según la clasificación de tipos de

estudios de León y Montero (2007), este es un trabajo de investigación evolutiva, de carácter transversal al medirse las diferentes variables en un grupo de determinado de edad, en un único momento temporal (dentro de los estudios ex post facto).

2.1. Participantes

La muestra estuvo compuesta por 78 personas mayores de la provincia de Huelva con edades comprendidas entre los 60 y 89 años, de los cuales el 47.4% (37) fueron hombres y el 52.6% (41) mujeres. La edad media fue de 72.2 años ($DT = 5.54$), obteniendo una moda de 70 años. Se realizó un tipo de muestreo intencional, al pedir la participación solo de las personas mayores que acudían a un Centro de Participación Activa (CPA) de Huelva y en los talleres o actividades que allí se realizaban. En lo referente al estado civil de la muestra, un 56.4% estaban casados, un 30.8% viudos; un 7.7% solteros, y un 5.1% separados o divorciados. El 62.8% tenían estudios primarios, mientras que un 20.5 % tenían estudios secundarios, sólo un 16.7% cursaron estudios superiores.

2.2. Instrumentos

En este trabajo se utilizó tres instrumentos válidos y fiables, adaptados al contexto Español, para medir los diferentes constructos que se pretenden evaluar:

Para medir la creencia de control sobre el proceso del envejecimiento se utilizó la *Escala de Autoeficacia para Envejecer* (EAE, Fernández-Ballesteros, 2002). Esta escala está compuesta por 10 ítems en una escala Likert de cuatro elecciones, en la que el participante indica el grado, de mucho a nada, en el que se cree capaz de realizar algo en el futuro. El cuestionario da un resultado ponderado de las percepciones de control, en un rango de 10 a 40, de cuatro áreas diferentes: el mantenimiento de la salud, del estado físico-funcional, el cognitivo, y el socioemocional. Este instrumento ha demostrado ser válido y fiable con una consistencia interna de .87 (Blanco y Salazar, 2014). En concreto, en este estudio se obtuvo un alfa de Cronbach de .786.

Para evaluar la percepción del estado de salud se empleó la *Escala de Autoevaluación del Estado de Salud General* (AESG), incluida en la batería de evaluación breve de Fernández-Ballesteros, Reig, y Zamarrón (2009). Esta consta de tres preguntas en la que: a) se valora el estado propio de salud, b) se pone en comparación con los de su misma edad y sexo, y c) se evalúa la evolución de su salud. El resultado numérico que se desprende de estas preguntas (Rango de 3 a 14), indica una percepción más positiva de su salud mientras mayor sea el número. En lo referente a la consistencia interna se obtuvo un alfa de Cronbach de .761.

Para estimar el nivel de actividad física se usó dos ítems propuestos en la batería de evaluación breve de Fernández-Ballesteros et al. (2009), que evalúan la frecuencia de actividad física y la intensidad de la misma; ambas puntuaciones se combinan para obtener un indicador global que informa de un mayor nivel de actividad física mientras más elevado sea el valor obtenido. El rango en el que se mueven estas cifras es de 0 a 12 puntos.

2.3. Procedimiento

La recogida de datos tuvo lugar en los meses de Febrero a Mayo de 2017, habiendo obtenido previamente permiso del director Centro de Participación Activa (CPA) al que se le pidió colaboración tras exponerle los objetivos del trabajo.

Fue fundamental el papel del introductor, o persona con cierto estatus en los grupos establecidos, que incentivaba a las demás personas a que se sumaran a la investigación. La participación en el estudio fue voluntaria y se recalcó el anonimato de sus respuestas. La recopilación de la información se realizó en varios días en las franjas horarias en las que más personas acudían al CPA.

2.4. Análisis de los datos

Para el análisis de datos se utilizó el programa informático de estadística SPSS v. 22, que permitió obtener datos descriptivos de la muestra y calcular las correlaciones bivariadas de Pearson.

3. RESULTADOS

3.1. Estadísticos descriptivos

La percepción de la salud a nivel general ($R= 3-14$) obtuvo una media de 9.42 ($DT = 1.73$). Además, las puntuaciones en sus subescalas fueron las siguientes: a) la salud comparada con sus iguales, $M = 3.65$ ($DT = .91$; $R = 1-5$), b) la salud comparada con el año pasado, $M = 2.96$ ($DT = .73$; $R = 1-5$), y c) el grado de salud propio percibido, $M = 2.81$ ($DT = .76$; $R = 1-4$).

En la escala de autoeficacia (EAE) se obtuvo una puntuación media general de 27.74 ($DT = 5.28$; $R = 10-40$). En cuanto a las diferentes subescalas se obtuvieron las siguientes puntuaciones recogidas en la Tabla 2:

Tabla 2. Estadísticos descriptivos de la Escala de Autoeficacia para Envejecer (EAE)

Variables	N	R	Mín.	Máy.	M	DT
EAE salud	78	2-10	3	8	5.82	1.42
EAE cognitivo	78	2-10	2	8	5.33	1.23
EAE físico-funcional	78	3-12	3	12	7.91	2.21
EAE socioemocional	78	3-12	4	12	8.68	1.89
EAE total	78	10-40	13	40	27.74	5.28

Los datos descriptivos recogidos de la actividad física muestra que un 75.64% de los encuestados solían realizar actividades físicas. El 44.9% de la muestra realizaban actividades físicas ligeras, el 16.7% (13 sujetos) practicaban ejercicios de forma moderada, y el 14.1% practicaban actividades físicas que requieren de una alta intensidad fisiológica. De los participantes que no realizaban ningún tipo de ejercicio de forma regular se encontró un 6.4%, mientras que un 17.9% afirmó que realizaban ejercicios de forma esporádica (ver Figura 1).

Dentro de la categoría de las personas que realizan de manera continua ejercicios físicos, se puede dividir según la duración de estos, obteniéndose un 15.3% que solo realizaban 1 o 2 horas a la semana, un 23.7% que realizaban de 2 a 3 horas a la semana, y un 61% que realizaban más de 3 horas a la semana. Convirtiendo esa frecuencia e intensidad a escala numérica, según el cuestionario de Fernández-Ballesteros et al. (2009), con un rango de 0-12, se obtuvo una media de 5.89 ($DT = 3.27$).

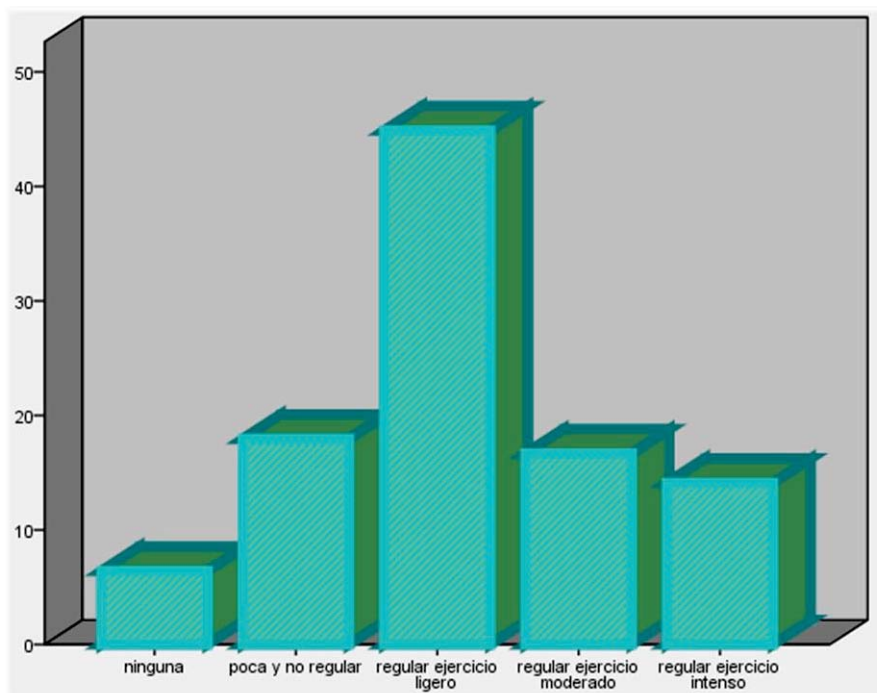


Figura 1. Diagrama de barras del nivel de actividad física de la muestra. Eje de ordenadas: porcentajes. Eje de abscisas: frecuencia de la actividad

3.2. Correlaciones bivariadas

Se utilizó el coeficiente de correlación lineal de Pearson para averiguar las relaciones entre la salud percibida (se empleó el indicador del resultado de salud percibida total, PES), la actividad física (el resultado que se obtiene de la frecuencia e intensidad total, AF), y la autoeficacia para envejecer (resultado final de todas las subescalas, EAE). En la Tabla 3, se pueden ver las relaciones existentes entre las variables:

Tabla 3. Correlaciones bivariadas entre las variables estudiadas

Variables	1	2	3
1. AF global	1	.295*	.346**
2. PES total	-	1	.418**
3. EAE total	-	-	1

Nota. ** p < .01; * p < .05

Como se puede observar en la tabla, se encontraron relaciones positivas y estadísticamente significativas entre la actividad física y la autoeficacia para envejecer, y también entre la actividad física y la percepción de salud (** p < .01). Además, también se obtuvo una relación positiva entre la percepción de salud y la autoeficacia para envejecer (p < .05).

4. DISCUSIÓN

Los datos obtenidos en lo referente a la salud percibida muestran que, de forma general, las personas mayores encuestadas perciben su salud como buena, mejor que el año anterior y mejor incluso que la de sus iguales.

En la autoficacia percibida los resultados indican que las personas mayores de la muestra tienen una percepción moderada sobre el control de su proceso de envejecimiento de manera general, además de en sus subescalas (cognitivo, físico-funcional, socioemocional y salud).

En lo referente al nivel de actividad física de los entrevistados, se puede concretar que el nivel en general es moderado, encontrando muchas personas (75.64%) que si realizan actividades físicas, pero en su mayoría de frecuencia e intensidad muy ligera. En este sentido, este trabajo no se han encontrado datos similares a los de Izquierdo y Avellaneda (2014), pues aproximadamente solo una cuarta parte de la muestra era sedentaria.

Los resultados del análisis de correlación obtenidos confirman las hipótesis de partida de esta investigación. En esta línea, los resultados obtenidos muestran que la actividad física se relaciona positivamente con las creencias de control sobre el proceso de envejecer (a mayor nivel de actividad física, mayor es la creencia de control), coincidiendo con lo encontrado por McAuley et al. (2007). De hecho, McAuley et al. (2007) afirmaron incluso que la percepción de autoeficacia es predictiva del mantenimiento de los niveles de actividad física en los adultos mayores.

Por otro lado, los resultados de este estudio mostraron que el ejercicio físico se relaciona positivamente con la percepción de salud, es decir, a mayor actividad física realizada, mejor es la percepción de la salud de la persona mayor. Aunque es la correlación más baja encontrada entre las variables estudiadas, no deja de ser significativa. Se pone de relieve que los beneficios del ejercicio regular y la actividad física contribuyen a un estilo de vida más saludable para los mayores (Isorna y Felpeto, 2014)

También se contribuye con estos resultados a verificar lo expuesto por Bandura (1997), pues se encontró relación entre la autoeficacia y la salud percibida; aunque según aclara este autor, esta relación podría estar en función de la motivación de la persona a poner en marcha comportamientos de salud. A pesar de ello, son escasas los trabajos de investigación que exploran el concepto de autoeficacia vinculado a adultos mayores (Pavón y Zariello, 2011).

Es posible que aumentando la motivación de las personas mayores con bajo nivel de estima en su salud y control para realizar ejercicio, aumentarían estas dos últimas considerablemente. Así De Gracia y Marcó (2000), afirmaron que “la práctica regular de actividad física, puede inducir cambios positivos en el estado de ánimo en personas mayores inicialmente sedentarias” (p. 290).

En definitiva, este estudio ha mostrado la relación entre el nivel de práctica de AF, la salud percibida y la autoeficacia para envejecer. Dichas relaciones deberían tenerse en cuenta por los profesionales que trabajan con personas adultas y mayores.

Limitaciones del estudio

La muestra del estudio no fue representativa de las personas mayores de 60 años, pues se escogió de manera intencional a una población activa que acudía a un

centro de actividades. No se contó con personas que por incapacidad, lejanía, preferencias, institucionalización, etc. no acuden a estos centros. Por ello los datos obtenidos no se pueden generalizar, debido a la homogeneidad derivada de un muestreo intencional. Además la muestra fue reducida y recogida solo en un centro Huelva.

Aunque la muestra no fue la más representativa de personas mayores de 60 años, si se puede hacer una idea de la relación que existe entre estas variables, y por ello es de tener en cuenta que quizás una persona que sea poco activa a nivel físico, pueda tener una percepción sesgada o subestimada de su control sobre la salud.

Por otro lado, a pesar de que los instrumentos eran cuestionarios, en muchos casos se suministraron en forma de entrevista estructurada, debido a las dificultades para leer de algunas de las personas mayores de la muestra (problemas de visión, de fluidez de lectura, etc.).

En este estudio no se ha pretendido explorar la causalidad, es decir, saber que propicia la aparición (o extinción) de las variables, sino simplemente saber si cuando una sube o aparece la otra variable lo hace también, y viceversa. Por ello no es algo menos importante, pero debido a que no se pueden simular con estas personas situaciones experimentales por motivos éticos y deontológicos, es imprescindible para el estudio de estas variables de un trabajo de investigación correlacional.

Perspectivas futuras

Gracias a este tipo de estudios se está comprendiendo la importancia del ejercicio físico para la salud general de las personas mayores, y de esta manera se está imponiendo actualmente la actividad física regular en algunos programas como estrategia para la promoción de la salud. Prueba de ello es que el PAPPS (programa de actividades preventivas y promoción de la salud) ha incorporado el ejercicio físico, como una actividad preventiva más (Cabezas-Peña et al., 2005).

Animar en un futuro a los investigadores a la indagación en estas relaciones que ayuden a futuros profesionales a tener claro cómo trabajar para mejorar la calidad de vida de las personas mayores. Para ello es necesario muestras más amplias y heterogéneas, en diferentes contextos, e instrumentos estandarizados con estudios que demuestren sus propiedades psicométricas.

5. CONCLUSIONES

El estudio ha mostrado que existen correlaciones positivas y estadísticamente significativas entre el nivel de práctica de actividad física, el estado de salud percibido y la autoeficacia en el control del proceso de envejecimiento. En este sentido, conocer posibles relaciones entre las variables estudiadas es de gran importancia. Los resultados obtenidos pueden ser de gran ayuda en el ámbito profesional, pues aporta información de cómo trabajar con estos colectivos. El fomento de la actitud positiva del mayor respecto a la práctica de actividad física podría modificar su conducta y estaría más motivado para autogestionar su salud.

Es posible que en centros de mayores u otros contextos se realicen programas para aumentar la motivación cuando se detecte una baja percepción de control, o algún déficit motivacional, siendo en ocasiones más costoso y menos eficaz que si se realizan programas en el que la persona realice actividades físicas.

6. REFERENCIAS

- Alcántara, G. (2008). La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad. *Sapiens. Revista Universitaria de Investigación*, 9(1), 93.
- Álvarez-Ude, F. (2001). Factores asociados al estado de salud percibido (calidad de vida relacionada con la salud) de los pacientes en hemodiálisis crónica. *Revista de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica*, 14, 64-68.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*, Nueva York: Freeman y Co.
- Blanco, M. M., y Salazar, V. M. (2014). Escala de Autoeficacia para Envejecer de Fernández Ballesteros (European Survey on Aging Protocol). En V. Smith-Castro (Coord.), *Cuadernos metodológicos Compendio de Instrumentos de Medición IIP-2014*. Universidad de Costa Rica. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/269223147_Compendio_de_Instrumentos_de_Medicion_IIP-2014.
- Cabezas-Peña C., Robledo de Dios, T., Marqués, F., Ortega, S. R., Nebot-Adell, M., Megido-Badía, M. J., Muñoz-Seco, E., Prados-Castillejo, J. A. y Córdoba-García, R. (2005). Recomendaciones sobre el estilo de vida. *Atención Primaria*, 36 (2), 27-46.
- Chachamovich, E., Fleck, M., Laidlaw, K. y Power, M. (2008). Impact of major depression and subsyndromal symptoms on quality of life and attitudes toward aging in an international sample of older adults. *The Gerontological Society of America*, 48(5), 593-602.
- Causapié, P., Balbotin, L., Porras, M., y Mateo, A. (Eds.). (2011) *.Envejecimiento activo. Libro blanco*. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO).
- De Gracia, M., y Marcó, M. (2000). Efectos psicológicos de la actividad física en personas mayores. *Psicothema*, 12(2), 285-292.
- Dishman, K., Berthoud, R., Booth, W., Cotman, W., Edgerton, R., Fleshner, R., Gandevia, C., Gómez-Pinilla, F., Greenwood, N., Hillman, H., Kramer, F., Levin, E. B., Moran, H. T., Salamone, D. H., Wade, E. C., York, A. D., y Zigmond, J. M. (2006). Neurobiology of exercise. *Obesity*, 14(3), 345-356.
- Fernández-Ballesteros, R. (2002). *Siéntase eficaz*. European Commission, Socrates-Minerva Program: VITAL-AGELL Multimedia Course.
- Fernández-Ballesteros, R. (2009) La psicogerontología, nueva disciplina de la psicología aplicada. En R. Fernández-Ballesteros (Dir.) (2009). *Psicología de la vejez. Una Psicogerontología aplicada*. (pp. 19-33). Madrid: Pirámide.
- Fernández-Ballesteros, R., Reig, A., y Zamarrón, M. D. (2009). Evaluación en psicogerontología. En R. Fernández-Ballesteros (Dir.), *Psicología de la vejez. Una Psicogerontología aplicada* (pp. 35-96). Madrid: Pirámide.
- Fernandez-Ballesteros, R., Zamarrón, M. D., López, D., Molina, M. A., Diez, J., Montero, P., y Schettini, R. (2010). Envejecimiento con éxito: criterios y predictores. *Psicothema*, 20(4), 641-647.

- Guerreiro, J., Sáenz-López, P., Pais, S., y Tierra, J. (2015). Actividad física, calidad de vida e dolor de hombro en lesión medular. *e-Motion. Revista de Educación, Motricidad e Investigación*, 5, 31-37. Recuperado de: <http://www.uhu.es/publicaciones/ojs/index.php/e-moti-on/article/view/2738/2520>
- Hernández, P. (2010). *Actitud hacia el propio envejecimiento, funcionalidad y discapacidad* (Tesis Doctoral). Universidad Autónoma de Nuevo León, San Nicolás de los Garza, México.
- Isorna, M., y Felpeto, M. (2014). Relación entre la práctica de la actividad física-deportiva y la mejora del bienestar físico-psicológico en personas mayores. *Lúdica Pedagógica*, 1(19), 11-26.
- Izquierdo, M. y Avellaneda, A. (2014) Salud y bienestar. En Fernández, J. N. (Dir.) (2014). Informe 2014. *Las personas mayores en España. Datos estadísticos estatales y por comunidades autónomas*. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO).
- McAuley, E., Morris, K. S., Doerksen, E. S., Motl, W. R., Liang, H., White, M. S., Wojcicki, R. T., y Rosengren, K. (2007). Effects of Change in Physical Activity on Physical Function Limitations in Older Women: Mediating Roles of Physical Function Performance and Self-Efficacy. *Journal of the American Geriatrics Society*, 55(12).
- Márquez, M., Montorio, I., Nuevo, R., y Losada, A. (2001). Prevalencia de trastornos de ansiedad y depresión en una muestra de personas mayores residentes en la comunidad. *Mapfre Medicina*, 12(1), 19-26.
- Mihalko, S. L., McAuley, E., y Bane, S. M. (1996). Self-efficacy and affective responses to acute exercise in middle-aged adults. *Journal of Social Behavior and Personality*, 11(2), 375.
- Montero, I., y León, O. G. (2007). A guide for naming research studies in Psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(3), 847-862.
- Morín, V. (2014). *Percepción de los factores que condicionan la realización de actividad física en personas entre 45 y 75 años: una interpretación a partir del modelo de promoción de la salud de Pender*. (Tesis Doctoral). Universidad de Barcelona, España.
- OMS (2016). *Temas de salud. Actividad Física*. Recuperado: 1/04/2016 de http://www.who.int/topics/physical_activity/es/
- Pavón, M., y Zariello, M. F. (2011). Estudio exploratorio sobre autoeficacia para envejecer. Comparación en dos grupos etáreos. En *III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVIII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires. Recuperado de: <https://www.aacademica.org/000-052/376.pdf>
- Pujol, R., y Abellán, A. (2016). *Un perfil de las personas mayores en España, 2016. Indicadores estadísticos básicos*. Recuperado: 2/04/2016 de: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos16.pdf>.

- Ruigómez, A., Alonso, J., y Antó, J. M. (1991). Salud percibida y capacidad funcional de la población anciana no institucionalizada de Barcelona. *Gaceta Sanitaria*, 5(24), 117-124.
- Salech, F., Jara, R., y Michea, L. (2012). Cambios fisiológicos asociados al envejecimiento. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 23(1), 19-29.
- Sales, A., Pardo, A. A., Mayordomo, T., Satorres-Pons, E., y Meléndez, J. C. (2015). Efectos de la terapia cognitivo-conductual sobre la depresión en personas mayores institucionalizadas. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 20(2), 165-172.
- Salinas, F., Cocca, A., Mohamed, K., y Viciano, J. (2010). Actividad Física y sedentarismo: Repercusiones sobre la salud y calidad de vida de las personas mayores. *Retos. Nuevas tendencias en Educación Física, Deporte y Recreación* 17, 126-129.
- Urbina, J. R., Flores, J. M., García, M. P., Torres, L. y Torrublas, R. M. (2007). Síntomas depresivos en personas mayores. Prevalencia y factores asociados. *Gaceta Sanitaria*, 21(1), 37-42.
- Villa, Z., Benítez, J. C., y Tierra, M. P. (2015). Enfermería geriátrica. Principales cambios físicos y psíquicos en el envejecimiento. En L. J. J. Gázquez, M. C. Pérez-Fuentes, J. M. M. Molero, R. I. Mercader y M. A. B. Barragán, *Investigación en salud y envejecimiento Volumen II* (pp. 41- 47). Almería: Asunivet.
- Villar, F. (2011). La psicología del envejecimiento. Entre el declive y el éxito. En Pinazo S. (Ed.) *Autonomía personal y dependencia: Bases teóricas y práctica social*. (pp. 135-156). Universitat de València.