

Significados de la actividad física, nexos con la salud, malestar, bienestar social, físico y psicológico de adultos mayores en centros diurnos*

Meanings of physical activity, links with health, discomfort, social, physical and psychological well-being of older adults in day centers

Significados da atividade física, vínculos com a saúde, desconforto, bem-estar social, físico e psicológico de idosos em creches

Oswaldo J. Hernández-Soto
Aracelli Marconi

RESUMEN: El objetivo del estudio fue reconocer significados adjudicados a la actividad física por mayores que asistían a centros de servicios en Puerto Rico, y sus nexos con los beneficios subjetivos de la salud, el malestar y el bienestar psicológico, físico y social. Un estudio cualitativo de tipo fenomenológico con 55 participantes. La significación primaria fue ejercicio, caminar y salud física; reconocieron su importancia multidimensional; algunos comentarios fueron: “*se siente feliz*”, “*evito enfermedades mentales con la distracción*”, “*para eliminar dolores*”.

Palabras clave: Actividad Física; Adulto Mayor; Bienestar Psicológico.

ABSTRACT: *The objective of the study was to recognize meanings assigned to physical activity by elderly people who attended service centers in Puerto Rico, and its links with the subjective benefits of health, discomfort and psychological, physical and social well-being. A qualitative study of a phenomenological type with 55 participants. The primary significance was exercise, walking, and physical health; recognized its multidimensional importance; some comments were: "he feels happy", "I avoid mental illnesses with distraction", "to eliminate pain".*

Keywords: *Physical Activity; Elderly; Psychological well-being.*

RESUMO: *O objetivo do estudo foi reconhecer os significados atribuídos à atividade física por idosos frequentadores de centros de atendimento em Puerto Rico e sua vinculação com os benefícios subjetivos de saúde, desconforto e bem-estar psicológico, físico e social. Estudo qualitativo de tipo fenomenológico com 55 participantes. O significado primário foi exercício, caminhada e saúde física; reconheceu sua importância multidimensional; alguns comentários foram: "ele se sente feliz", "evito doenças mentais com distração", "para eliminar a dor".*

Palavras-chave: *Atividade Física; Idoso; Bem-estar psicológico.*

Introducción

El envejecimiento es un proceso normal, natural y heterogéneo en el ser humano; implica metamorfosis en los órganos y sistemas. Conlleva cambios físicos, sociales y psicológicos (Chodzko-Zajko, 2014). La concepción de un envejecimiento activo, óptimo, satisfactorio, exitoso, productivo, positivo o saludable, etc., implica participación, seguridad, bienestar (multidimensionalmente) de los mayores, es el accionar en diferentes ámbitos. Para alcanzar esa meta se requiere el esfuerzo de todos. Según Bortz (2018), el envejecimiento saludable es nuestro trabajo.

Se reconoce que la interacción entre la actividad física (AF), el ejercicio, la aptitud física, la salud y el envejecimiento biológico como un asunto complejo y multifacético; en términos generales se ha examinado su importancia en la salud pública (American College of Sport Medicine (ACSM), 2009). La AF tiene repercusiones positivas en la salud del ser humano (Vidarte Claros, Vélez Álvarez, Sandoval Cuellar, y Alfonso Mora, 2011). Es importante señalar que la salud descrita como un completo estado de bienestar físico, mental, social, es cambiante, depende

de las personas y su contexto de desarrollo. Se reconoce que la salud percibida y la AF son variables relacionadas al bienestar psicológico (BP); la actividad física promueve el bienestar (Mesa-Fernández, *et al.*, 2019).

A diario el ser humano realiza algún tipo de AF, esta implica movimientos dentro y fuera del hogar, acciones domésticas, ocupacionales, de tiempo libre o transportación. Las guías nacionales de AF (recientemente revisadas) recomiendan que personas entre 19 y 64 años y los AM a partir de los 65 años, cumplan con un tiempo entre 150 a 300 minutos de actividad moderada o 75 a 150 minutos de actividad vigorosa durante la semana.

Hacer AF en la cantidad e intensidad recomendada beneficia la salud del ser humano en las dimensiones psicológica, social y física (Physical Activity Guidelines for Americans (PAGA), 2018). La dimensión psicológica se relaciona con la mente, la conducta y los significados que la persona le otorgue a sus realidades. A nivel psicológico, la participación en la AF conduce a una mayor confianza repercutiendo en efectos positivos en la autoestima. También proporciona un tiempo libre de las preocupaciones y ansiedades del diario vivir (Mental Health Foundation, 2013). Mejora el bienestar mental (Hyde, Maher, y Elavsky, 2013); Wan, & Wong, 2014; McPhee, *et al.*, 2016), el rendimiento en la memoria (Hayes, *et al.*, 2015); el estado de ánimo (Swan, y Hyland, 2012) y reduce la ansiedad (Calvo Piernagorda, 2008; Swan, y Hyland, 2012); mejora el estado depresivo e incrementa la autoestima y la tolerancia al estrés (Calvo Piernagorda, 2008). También se relaciona positivamente a una mayor satisfacción con la vida (Hyde, Maher, y Elavsky, 2013). De acuerdo a Chodzko-Zajko (2014), la evidencia científica destaca mejoras en el bienestar psicológico, calidad de vida, depresión, estado de ánimo, rendimiento cognitivo. Además, beneficia algunos mecanismos psicológicos tales como: autoeficacia y el soporte social, y mecanismos fisiológicos como efectos químicos en la transmisión de mensajes en el cerebro, flujo sanguíneo y estructura del cerebro.

La AF ha obtenido una atención significativa en los últimos años como un método potencialmente eficaz para mejorar la función cognitiva y la salud del cerebro a lo largo de la vida. Se sostiene que la AF tiene un potente efecto sobre la salud del cerebro y aunque aún queda mucho por aprender acerca de las formas en que la AF lo beneficia, su uso podría ser adecuado para la prevención de la pérdida de volumen cerebral o para su tratamiento (Erickson, Leckie, y Weinstein, 2014).

Aunque la relación entre el BP y la AF ha sido poco estudiada en AM, se ha evidenciado que la AF y el BP se relacionan positivamente (Kim, *et al.*, 2016); también se asocia a la salud (Steptoe, Deaton, y Stone, 2015). Niveles altos de BP se vinculan a un bajo riesgo de enfermedades crónicas (Kim, *et al.*, 2016). Por lo tanto, se afirma que el BP es un factor de protección para el riesgo de enfermedades y para promover longevidad (Steptoe, Deaton & Stone, 2015). De acuerdo a Kim, *et al.* (2016) la relación entre los factores psicológicos, el bienestar y AF entre AM ha sido poco estudiada.

Los beneficios de la AF no se limitan a la dimensión psicológica de los AM, en la dimensión social se han observado mejoras en el soporte social y la participación comunitaria (Bauman, *et al.*, 2016). Se ha encontrado una mejor relación con los amigos, conocer gente nueva y participar en la comunidad (Alberta Center for Active Living on line <https://www.centre4activeliving.ca/>). Se facilitan las redes de apoyo y la inclusión de la persona mayor (Novek, *et al.*, 2013).

Además de los beneficios psicológicos y sociales de la AF en el adulto mayor (AM), se evidencian mejoras en el bienestar físico (McPhee, *et al.*, 2016); en adición, se reconocen efectos biológicos o fisiológicos de la AF. Entre los beneficios se destacan: la regulación de los niveles de glucosa en sangre, promueve la cantidad y calidad del sueño, mejora la capacidad cardiorrespiratorios y muscular, reduce la incidencia de varios tipos de cáncer (pecho y colon), disminuye la presión arterial, enfermedades por arteria coronaria y aminora la prevalencia de diabetes (Chodzko-Zajko, 2014; Chodzko-Zajko, *et al.*, 2009; Correa-Bautista, *et al.*, 2012; PAGA, 2018; WHO, 2010).

Contrastando con la evidencia científica, en PR la organización física típica de los centros de servicios diurnos que atienden a las personas mayores son espacios abiertos. Estos se encuentran ocupados por mesas y sillas (algo muy similar a un salón comedor). Los AM están asignados a una mesa. La mayoría de las actividades son de naturaleza pasiva (juegos de mesa, manualidades) y se ejecutan en los limitados espacios que ocupan los AM (Observaciones, 1999-2019, centros ESPAVE, P.R.). Esta situación implica que las personas que asisten a estos centros de servicios pasan la mayor parte del tiempo sentado y haciendo actividades pasivas.

En PR no existe evidencia científica cualitativa publicada que vincule la actividad física a la salud subjetiva y el bienestar psicológico de adultos mayores. Esta investigación tuvo como objetivo reconocer los significados que le adjudican los que asisten a los Centros Esperanza para

la Vejez, Inc. a la actividad física, sus nexos con los beneficios subjetivos de la salud, el malestar, el bienestar psicológico, físico y social.

Metodología

El diseño se fundamentó en la metodología cualitativa de tipo fenomenológica. La metodología cualitativa se relaciona con la subjetividad y los significados de las palabras, sentido, interpretación e percepción de la realidad (fenomenología) y sobre la sociedad; es una forma multidisciplinaria de acercarse al conocimiento de la realidad social (Sánchez Gómez, 2015).

Los participantes en el estudio fueron 55 adultos de mayor edad que recibían servicios de los centros ESPAVE del área suroeste (Mayagüez, San Germán, Ponce y Orocovis) de Puerto Rico (PR). ESPAVE, Inc. es una organización sin fines de lucro que cuenta con 11 centros de servicios en varias regiones de PR. Los centros tienen la misión de mejorar la calidad de vida de los AM mediante el ofrecimiento de servicios diurnos integrados con enfoque comunitario.

De cada uno de los centros, se seleccionó una muestra no probabilística por conveniencia de mayores que cumplieron con los criterios de inclusión de la investigación. Se excluyeron aquellos con dificultad para llevar a cabo tareas básicas del diario vivir o encamados. El estudio contó con la aprobación del comité de ética (Junta de Revisión Institucional (*Institutional Review Board*) de la Universidad Interamericana de Puerto Rico.

La técnica de recolección de la información fue a través de una entrevista semiestructurada. Se realizaron preguntas que permitieron la información para identificar los significados de la actividad física, argumentos para hacerla; establecer los vínculos biopsicosociales y analizar en función de las dimensiones del modelo de bienestar psicológico propuesto por Carol Ryff (1989). Las entrevistas se llevaron a cabo en cada uno de los centros ESPAVE.

Análisis de datos

Para analizar los datos cualitativos de la entrevista, se utilizó la técnica de análisis de contenido. Los pasos considerados en el análisis fueron: determinar el objetivo (unidad de análisis), sistema de codificación (frecuencia), y categorización (temas).

El proceso de examen sugirió, la interpretación, descripción objetiva y sistemática de los datos provistos en la entrevista estructurada; resultó en la creación de categorías de análisis (dimensiones) y emergentes (categorías y subcategorías). Para documentarlo, el investigador preparó un diagrama ilustrativo (Véase figura 1).

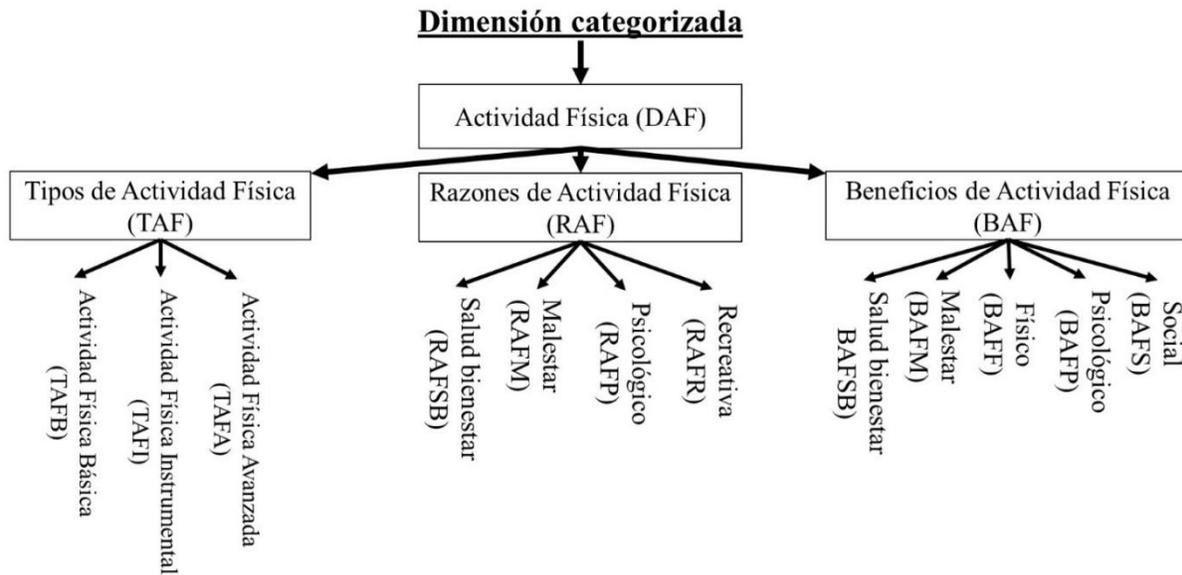


Figura 1: Diagrama de categorías de análisis y emergentes

Para diversificar la presentación de resultados subjetivos, se utilizó un generador electrónico de nubes de palabras Wordclouds.com (<https://www.wordclouds.com/>). Usando el programa, se diseñó un gráfico. Este tipo de gráfico, acentúa las respuestas (palabras o frases) que se ofrecieron con mayor frecuencia en la pregunta bajo análisis.

Para facilitar el análisis cualitativo evitando que las respuestas de la entrevista se diluyan, el mismo se presenta de forma integrada, general (adultos mayores como grupo). En las descripciones de las respuestas se utilizaron las siglas que fueron asignadas a cada una de las categorías de análisis (dimensiones) y emergentes (categorías y subcategorías).

Para facilitar la descripción en el análisis de contenido, se utilizó una matriz que describe las categorías de análisis (dimensiones) y las categorías emergentes (Véase Tabla 1).

Tabla 1

Matriz de las categorías de análisis (dimensiones) y emergentes (categorías y subcategorías) del análisis cualitativo

Objetivo: Identificar significados de actividad física y su nexos con la salud, malestar, el bienestar, físico, psicológico y social según los adultos mayores		
Objetivo: Contrastar las razones reportadas por las personas mayores para hacer o no actividad física.		
Categoría de análisis		Categorías emergentes
Dimensión	Categoría	Subcategoría
DAF1=Actividad física (DAF)	CE1=Tipos de actividad física (TAF)	
		Actividad Física Básica (TAFB)
		Actividad Física Instrumental (TAFI)
		Actividad Física Avanzada (TAFA)
	CE2=Razones para la actividad física (RAF)	
		Salud bienestar (RAFSB)
		Malestar (RAFM)
		Psicológico (RAFP)
		Recreativa (RAFR)
	CE3=Beneficios de la actividad física (BAF)	
		Salud bienestar (BAFSB)
		Malestar (BAFM)
		Salud física (BAFF)
		Salud psicológica (BAFP)
		Salud Social (BAFS)

DAF1=Dimensión de análisis uno (Actividad física); CE1=Categoría emergente uno (Tipos de actividad física TAF); CE2=Categoría emergente dos (Beneficios de la actividad física BAF)

Hallazgos y Discusión

Características sociodemográficas

En el estudio participaron 55 AM edad de ambos sexos de la región suroeste de PR. Los participantes asistían a los centros de servicio diurno ESPAVE, Inc. La mayoría de los mayores que participaron eran mujeres (62%) septuagenarias. En su mayoría sostuvieron estar solteros, divorciados o viudos (76%), poseer una educación pre universitaria (86%). Reportaron ingresos (ingresos mensuales menor o igual a \$999,00), bajo el nivel de pobreza (60%).

Actividad física

En este estudio los participantes significaron la AF como ejercicio, movimiento y caminar:

“hacer movimiento, ejercicio... caminar, bailar.”; “todo movimiento que hacemos diariamente.”

Aunque los términos actividad física y ejercicio están relacionados, no son sinónimos. El ejercicio es un tipo de AF que se hace en función de un propósito y requiere de una estructura programática mínima (intensidad, duración, frecuencia). Ambos conceptos (actividad física y ejercicio) conllevan un expendio energético relacionado al esfuerzo y la duración que le impone la persona al realizar una tarea.

La AF implica tareas cotidianas del día a día (actividades básicas, instrumentales y avanzadas). Así que, todo ser humano (exceptuando una persona postrada en una cama) independientemente de su edad, estado civil, educación, enfermedades crónicas, vivienda (residencia o centro de atención), hace algún tipo de actividad física durante el día. La funcionalidad de una persona, se evalúa en función de las actividades de la vida diaria que realice (Zavala-González, y Dominguez-Sosa, 2011).

Actividades básicas se refiere al desempeño de tareas que les permiten a las personas su independencia en el lugar donde habita; se orientan al cuidado y mantenimiento diario del cuerpo (alimentarse, higiene personal, vestirse, moverse, descanso), son requeridas para sobrevivir. En cuanto el desempeño de actividades instrumentales (de naturaleza cognitiva o motora), promueven la independencia de la persona en su espacio de desarrollo; requiere la interacción con el medio ambiente, no se limitan a la autonomía (cuidar a otros, confección de alimentos, comunicación, mantenimiento de la salud, administración de recursos económicos, cuidado del hogar, solicitar ayuda en asuntos de emergencia). Las actividades instrumentales pueden ser delegadas por la persona. Las actividades avanzadas implican participación e interacción de la persona en diferentes escenarios (comunidad, centros de trabajo o educativos).

Basado en las tareas diarias que realiza, el grupo de septuagenarios que participó en este estudio, demostró ser funcional. Aunque se evidenció que la mayoría hacía actividades, básicas, instrumentales y avanzadas; las actividades más reportadas fueron las instrumentales y las menos que se evidenciaron fueron las avanzadas. De las respuestas a algunas preguntas se desprenden los siguientes ejemplos de actividades instrumentales y avanzadas:

*“normalmente corto el patio, hago tareas en la casa para mantenerme activo”,
“hago compras”, “voy al médico”, “a centros comerciales” (Instrumentales);
“trabajo”, “hago teatro”, “voy a centros de entretenimiento” (Avanzadas).*

Es evidente que la mayoría de los AM de los centros de servicios que participaron en esta investigación, eran físicamente activos:

“a pesar de la edad, se pueden hacer tareas, siento que sirvo para algo”, “me siento más aliviada al hacer las cosas, prefiero hacerlas.”

Este hallazgo supera el estereotipo que describe a los mayores como personas inactivas y dependientes. Estos reportaron que, en la actualidad las actividades que hacían con mayor frecuencia eran: caminar, barrer, mapear, limpieza del hogar (higiene en el hogar). Sostuvieron que las hacían debido a que les gustaba, se sentían bien, mejor. Otros mayores destacaron que las hacían para su salud:

“es buena para mi salud”, “mis condiciones de salud”, “me permite reducir el azúcar en la sangre”.

En lo que se refiere a caminar, es una destreza motora básica del ser humano. La acción de ambular es importante tanto en la realización de tareas básicas del diario vivir como en las actividades instrumentales y avanzadas. De igual forma, caminar se describe como actividad física y también como ejercicio. De igual forma algunos ejemplos de lo que representa caminar para los mayores:

“el caminar ayuda a mantener el corazón en buen estado”, “caminando hago ejercicio y me distraigo.”

En cuanto a las actividades en el hogar:

“si no hay limpieza, no hay higiene”, “siempre uno hace algunos movimientos, al bañarse, regar las plantas.”

Se derrota otra actitud negativa hacia los adultos mayores. Asuntos como la higiene del hogar y el autocuidado forman parte de medidas salubristas. Se dice que el estado de salud del adulto mayor suele ser reflejo o resultado de las medidas o hábitos saludables que se han tomado durante el transcurso de la vida (Castiblanco-Amaya, y Fajardo-Ramos, 2017).

Un asunto de importancia que se presenta en este estudio es la subjetividad identificada en el binomio salud malestar y la bi-direccionalidad que emerge del malestar. El malestar se presenta en dos sub-categorías (ver Figura 1). La primera nace de las razones, motivos o argumentos para realizar actividad: *“soy diabético y cardíaco, y debo caminar”*, y la otra de los beneficios de la actividad física: *“ayuda a mejorar mi circulación, el corazón se fortalece”*. En este estudio el asunto del malestar se sostiene como una barrera para no hacer actividad: *“tengo una condición del corazón que me impide hacerla”*, y también como un motivo para hacerla (razones para la actividad física): *“ayuda a mantener el cuerpo en buenas condiciones, a controlar el colesterol y la alta presión”*. De igual forma se presenta como una forma de reflexión del adulto mayor que reconoce sus patologías: *“cuando se deterioró mi salud, empecé hacer ejercicio”*; pero de igual manera reconoce que el ejercicio posee significados en favor a sus dolencias: *“para eliminar dolores”*, y malestares: *“hace bien, ayuda al corazón”*.

Algunos de los comentarios de los participantes reconocen la importancia multidimensional de hacer actividad física. Varios de los comentarios se relacionaron a los BAFF: *“mantiene el cuerpo en forma”*, *“ayuda a estar más fuerte”*; mientras que otros de los ejemplos responden a los BAFF: *“mantener cuerpo sano y mente sana”*, *“nos mantiene con mejor ánimo”*.

En fin, este resultado se ampara en la idea acuñada por Juvenal (10.356), *“una mente sana en un cuerpo sano”*. Los argumentos de los mayores que sostienen una baja participación de actividad física, se relacionaron a poco interés, a la forma en que la perciben la actividad, a dolencias y problemas de salud. Varios ejemplos al respecto son los siguientes: *“no me siento interesado por hacerla y debería hacerla, por eso estoy como estoy, como un elefante”*, *“vagancia”*, *“no me gusta”*, *“me canso, uno se fatiga”*, *“problemas en los pies”*.

Las razones presentadas por los mayores para justificar la poca actividad física, son similares a las que identificó Giné-Garriga, *et al.*, (2019); sin embargo, estos autores lo documentaron como barreras para hacer actividad física.

De la entrevista se desprende que los adultos mayores hicieron actividad física a lo largo de sus vidas; en la infancia, su adolescencia y en la adultez. Una minoría (13%) sostuvo que realizó

más actividad en la infancia, un 39% en la adolescencia, y un 37% afirmó haber realizado actividad en la adultez. De acuerdo al entendimiento de los mayores sobre actividad física, varias de las razones para hacer más actividad en ese momento de sus vidas se ejemplifican en los siguientes comentarios (RAFSB):

“tenía más fuerzas y no estaba enferma”, “estaba en una mejor situación de salud, tenía más oportunidades que ahora (agricultura, en la escuela jugando), se estudiaba y se trabajaba, deportes”.

Otros de los ejemplos describen motivos relacionados con el deterioro de la salud (RAFM):

“me dio un derrame y comencé a moverme más y hacer más cosas”, “las enfermedades me forzaron a tener que cambiar mi estilo de vida.”

Las razones de los participantes sostienen el tema de salud y enfermedad. Ambos asuntos deben analizarse como procesos. Cada persona puede tener un grado o nivel de salud de salud acompañado del malestar. Se dice que ambos (salud, malestar), ni son estáticos, no estacionarios, (Alcántara Moreno, 2008). Este es un asunto subjetivo y complejo. Su interpretación podría significarla como una barrera o un motivo para no hacer o al contrario, para realizar actividad. García (1998) sostuvo que los seres humanos adquieren conciencia de la salud a través de la enfermedad. Este es un asunto interesante y pertinente que debiera ser estudiado a profundidad en futuros proyectos.

Los hallazgos en referencia se sostienen con el paradigma del Curso de la vida; el cuál presenta un ser humano que ha cambiado (actualmente con la posibilidad de ser menos activo, con alguna patología, cambios antropométricos) en su trayecto vital por la multiplicidad de influencias ecológicas. De igual forma, denota una fortaleza mental de auto-aceptación, ese reconocimiento de los cambios vividos. Cambios que para algunos según Zarebski (2011) en ese trayecto vital, podrían significar altas y para otros, bajas.

Al relacionar subjetivamente la ejecución de actividades y los beneficios (salud como bienestar, dimensiones: física, psicológica y social) y como perciben la salud; seguramente, se podrían encontrar resultados similares a los de Bae, *et al.* (2017), quienes documentaron que la actividad física liviana (bajo gasto energético) se asocia positivamente a la salud física y la satisfacción con la vida.

También se relaciona al bienestar general, dimensiones psicológicas y sociales. Varios de los comentarios al respecto fueron:

“uno se siente feliz”, “ayuda a mantener el cuerpo en óptima condición”; “pienso que provee salud y da ánimo para la vida”, “compartir con otros, crear amigos”.

Los ejemplos antes presentados se relacionan a la investigación en referencia.

La importancia de la actividad física, el ejercicio o el movimiento fue reconocida por la mayoría (93%) de los adultos mayores. Estos reconocieron múltiples beneficios. De acuerdo a los relatos de los mayores, la actividad les ayuda a:

“sentirme bien del cuerpo”, “mejor apariencia”, “mantenerme en forma, bajar de peso”, no me duele nada”, “vivir más tiempo saludable”, “distraerme”, “evitar enfermedades mentales”, “mantener un mejor estado mental, una mejor capacidad de pensar”, “mantenerme en comunicación con los demás.”

Los relatos de los mayores están relacionados a la importancia que le otorgan al binomio bienestar y malestar, a la salud y sus dimensiones (física, psicológica y social). Aunque en este estudio no se evaluó el conocimiento de los participantes sobre el tema central, lo que respecta a los beneficios de la actividad física denota entendimiento y discernimiento sobre el asunto. Varios de los comentarios de los mayores sobre los beneficios estuvieron relacionadas a lo que evidenciaron documentos del Cirujano General de Estados Unidos (2015), Physical Activity Guidelines for Americans (2018) e investigadores como Chodzko-Zajko (2014) quienes concluyeron sobre los beneficios físicos, psicológicos y sociales de la actividad física.

Un punto adicional de contraste se observa en las respuestas a preguntas sobre las razones para no hacer actividad física y los motivos para hacerla. Sobre el particular, se encontró que la mayoría (69%) de los mayores afirmó que no existían explicaciones para no hacer actividad física; algunos de sus comentarios fueron:

“no hay razón”, “siempre uno hace algunos movimientos”, “me gusta es importante para la salud.”

Sin embargo, la principal justificación para no hacer actividad en aquéllos adultos mayores que si encuentran razones, se vincularon a RAFM, varios ejemplos relacionados fueron los siguientes:

“problemas de salud”, “me quedo sin aire”, “rodillas malas”, “condición de osteoporosis, artritis.”

En contraste, la mayoría (67%) de los mayores entrevistados expuso razones a favor de la actividad física. Varias de sus respuestas estuvieron vinculadas a BAFSB, BAFF, BAFF, BAFF y BAFM; ejemplos que lo evidencian:

“para tener mejor salud y calidad de vida”, “sentirme más joven, una envejece más lento”, “me relajo en el día, no me da estrés”, “tengo algo para distraerme y conocer gente”, “mantenerme sin dolor”, “me siento mejor por el peso y la presión”.

Los beneficios de la actividad física que perciben los mayores están en consonancia con lo que reporta la literatura científica de investigadores como Frontera (2018); y Chodzko-Zajko, (2014).

Salud general

Salud es un concepto multifactorial (físico, mental, social, emocional, espiritual, político y entre otros ambiental). Por lo tanto, está influenciada por procesos internos y externos. Según Alcántara Moreno (2008), la salud es considerada como un fenómeno complejo que debe ser abordado a través de la interdisciplinariedad. De igual forma sostiene, que no se debe hablar de salud sin considerarla indisolublemente ligada a la enfermedad. Esta concepción debe ser vista como un proceso (salud y enfermedad). Por lo tanto, cada ser humano en algún grado, tiene salud. Así que verla como un completo estado de bienestar es subjetivo.

En lo que se refiere a la salud, en promedio los adultos mayores bajo estudio percibieron su salud como regular y buena (73%). Este resultado es cónsono con lo reportado por otros investigadores (Bennie, *et al.* 2013), pero contrario a lo que encontraron (muy buena y buena) Orrego, *et al.* (2017). Sobre su percepción de salud, los mayores que participaron, en su mayoría (75%) entiende que su médico diría lo mismo.

Respecto a la percepción de la salud denota que los participantes poseen una actitud positiva hacia la salud general; sobre todo al reconocer sus patologías y tratamientos sin

presentarlos como un obstáculo, o proyectarse con pesimismo, más bien una manera favorable de autoaceptación; según Ryff (2014), es una actitud positiva hacia uno mismo.

En relación a la imagen corporal percibida por los participantes, el 60% afirmó que se encuentran en su peso deseable y estableció que no deseaba bajar de peso. Este aspecto denota que no poseen una preocupación con su imagen corporal. Se dice que la imagen corporal cambia a través de los años (Sarabia-Cobo, 2012).

Un 30% sostuvo que bebe alcohol y no más de un 2% indicó fumaba. Este resultado en parte concurre con lo documentado por Guimarães-Borges, *et al.* (2014), quienes reportaron que el 32% de adultos mayores de 66 años de México bebían alcohol y un 10 % fumaba. Se puede decir que el bajo consumo de alcohol y cigarrillo no representan un problema de salud para los adultos mayores bajo estudio.

La mayoría reportó tener al menos 3 enfermedades (hipertensión, diabetes, artritis) crónicas y una mental (ansiedad). Este hallazgo concuerda con Moschny, *et al.*, (2011).

El 49% de los participantes, reportó tomar medicamentos para sus enfermedades. Se reconoce que la falta de cumplimiento en el uso del medicamento puede afectar la eficacia del fármaco y hasta agravar la cronicidad (Ruscin, y Linnebur, 2019). Un asunto de interés relacionado a la adherencia de los tratamiento farmacológicos, deben ser los factores (económico, educación, frecuencia de uso) que podrían estar incidiendo en el cumplimiento de los mayores.

Desde el punto de vista de la subjetividad de la salud y su relación con la actividad física; los participantes del estudio expresaron varios comentarios sobre los beneficios físicos del movimiento:

“ayuda a estar más fuerte”, “a tener más movilidad en las piernas”, “me siento menos cansado”, “mejor apariencia”, “baja el peso y la grasa.”

Algunos ejemplos que evidencian la dimensión psicológica de la actividad física fueron:

“se relaja la mente”, “el estrés”, “mantiene la mente más activa”, “sube la autoestima”, “baja la ansiedad”, “se siente alegre, feliz, útil”

Finalmente, en el componente social, varios comentarios de los participantes relacionados a los beneficios fueron:

“hacer amistades”, “socializar con las personas”, “envolverme en actividades”, “participar”, “comunicarse” y “compartir con otros”

Algunos comentarios de los participantes relacionados a los beneficios de la actividad física y el bienestar psicológico fueron:

“me mantiene en mejor estado mental”, “el movimiento del cuerpo, la salud y la mente”, “es saludable, se siente feliz”, “evito enfermedades mentales con la distracción”, “despierta la mente, uno se siente relajado”, “para el estrés, subir la autoestima”, “tener algo para distraer la mente.”

Reconocer que la actividad es importante y asociarla a la salud física, psicológica y/o social en cierta forma se relaciona a participar de una vida con propósito. Un objetivo importante en la vida del ser humano es mantener y preservar su salud: “Si quieres vivir una vida feliz, átalala a una meta, no a una persona u objeto” (Albert Einstein).

Practicar actividad física cada vez es más importante, sea a nivel recreativo o como actividad de salud. Es difícil encontrar comportamientos humanos que no tengan ninguna influencia en la salud y el bienestar (González-Hernández, *et al.*, 2017). Al analizar el bienestar psicológico en sus dimensiones y relacionar las respuestas de los mayores en la entrevista sobre la actividad física. Se encontraron nexos que se relacionaron con cada una de las dimensiones del modelo.

Auto-aceptación es una dimensión del bienestar psicológico que se evidencia mostrando una actitud positiva hacia sí y a la vida. Algunas de las respuestas a preguntas ejemplifican la actitud de algunos adultos mayores:

“después que tenga la mente y el cuerpo sano, lo demás está bien”, “a pesar de mis condiciones, me mantengo activa”, “aunque tengo limitaciones, no encuentro que sea una razón para impedir la actividad física en mi vida.”

Las expresiones en referencia denotan que estos mayores se sienten bien consigo mismo y están conscientes de sus limitaciones. Según Ryff (2014), evidencian un alto dominio de autoaceptación. Sin embargo, de igual manera se encuentran otros mayores cuyas expresiones demuestran lo contrario, una baja auto-aceptación. Algunos comentarios que lo ejemplificadores son:

“la presión de grupo, verse bien, sentirse bien, ser aceptado, admirado”, “no me siento interesado por hacerlo y debería hacerlo, por eso estoy como estoy, como un elefante.”

Este asunto evidencia la heterogeneidad en el envejecimiento. La heterogeneidad plantea que desde el nacimiento cada persona obtiene un lugar con sus roles en la sociedad. Estos roles son variables (sexo, edad, ingresos, cultura, estructura familiar, el estado de salud) y cambiarán en función de las oportunidades de cada quien. Las posibles interacciones afectarán tanto sus creencias como las actitudes.

Relaciones positivas se describe con las relaciones interpersonales, preocupación por el bienestar de los iguales. La empatía, el afecto, el entendimiento y el darse es característico de la dimensión. Algunos comentarios que lo ejemplifican son:

“me ayuda a hablar con las personas”, “crear amigos, compartir”, envolverme en actividades de grupo”, “ayudar en el club ... y otras entidades.”

Una adecuada relación interpersonal permite el ajuste del individuo a su entorno y le brinda mayor seguridad en sí mismo; las relaciones interpersonales juegan un papel importante en los adultos mayores y se convierten en una red de apoyo y socialización (Mejía-López, 2017).

Autonomía se refiere a la propia individualidad. De igual manera podría ser interpretado como libertad de acción o deliberación efectiva. Algunas de las respuestas de los mayores respecto a caminar solo o acompañado explican su independencia:

“puedo hacerlo sola, no dependo de nadie”, “si encuentro a alguien que me acompañe, lo invito, pero lo hago solo.”

Los comentarios antes expuestos son similares a lo que encontraron Giné-Garriga *et al.*, (2019):

“trato de moverme lo más posible”, “existen veces que no puedo moverme”.

Estos ejemplos evidencian el deseo de mantener la autonomía y de ser independiente.

Reafirmando el concepto de la heterogeneidad en el envejecimiento; no debería extrañar el que se identificaron otros mayores que prefieren compañía. Algunos de los comentarios que lo ejemplifican fueron:

“para hablar y seguridad”, “es más seguro caminar acompañado por cualquier accidente”, “puedo salir a la calle a caminar, hablar con la gente y estirarme”, “antes caminaba con mi perro, pero se murió y camino sola”

En los ejemplos de referencia, se puede observar la importancia que tiene la seguridad y socialización en la autonomía de las personas. Según Zarebski (2008), este es el dominio que más se teme perder al envejecer; de igual forma esta experta puntualizó que cuando se comprende el hecho de que la autonomía siempre dependerá de los contextos y de otros, entonces no se temerá a perder en la vejez. De acuerdo a la autora en referencia, es igualmente importante reconocer que no toda persona mayor, es dependiente.

Una mirada al asunto de la autonomía y la enfermedad; sobre ese particular es importante destacar los aspectos de la individualidad, independencia y la toma de decisiones del adulto mayor. En cuanto a las enfermedades, estas no son seleccionadas por las personas. Es un asunto complejo, de naturaleza multifactorial. Por una parte, puede fundamentarse con el Modelo de Reserva Humana propuesto por Zarebski, 2011; donde se describe al ser humano en una visión integral (psico-neuro-inmuno-endocrino-PNIE), lo interno con lo externo, dos ambientes que existen y coexisten de manera mutua. Desde el punto de vista gerontológico este aspecto justifica el que en el diseño de programas de atención para adultos mayores se analice al ser humano en ese campo amplio que afecta positiva o negativamente al individuo. A su vez se reconoce que es una forma de validar la gestión de la gerontología como disciplina científica; como campo interdisciplinario en el cual se generan conocimientos complejos que a su vez requieren de la atención transdisciplinaria.

En función a la relación entre el binomio en referencia; se ha documentado que la carencia en la autonomía, afecta la capacidad funcional del mayor. Esto repercute en una disminución de su bienestar. A medida que aumenta el número de enfermedades, los adultos mayores se perciben y se encuentran en situación de una reducida condición física de vida, lo que influye en su bienestar personal y general (Carmona Valdés, 2009). Esto puede afectar su autonomía.

En cuanto a la dimensión de autonomía y sus nexos con la actividad física; este es un asunto en el cual la persona posee una mayor elección y control. Algunos de los comentarios que pretenden ilustrar esta situación son:

“las dos son importantes, prefiero la actividad física ya que son más saludables y nos mantiene útiles”, “me gusta estar en movimiento, estar activa, me veo limitada en muchas ocasiones, pero me esfuerzo para poder estar activa”, “llevar a cabo un balance”.

Dominio del entorno se relaciona con la capacidad de la persona y su creatividad para enfrentarse a las circunstancias que lo rodean. Las siguientes son algunas razones ofrecidas por los adultos mayores al respecto:

“me dio un derrame y comencé a moverme más y a realizar más cosas”, “cada vez camino mejor a veces con bastón y a veces sin bastón, si voy lejos uso el bastón.”

en cierta medida denotan un afrontamiento positivo y dominio de su entorno. No obstante, se identifican otros ejemplos:

“me dio un paro renal, y mi hija no quiere que me ejercite”, “pienso que el sol me hace daño.”

Los ejemplos evidencian la manera en que tanto el ambiente familiar como las creencias de las personas pueden influenciar negativamente las determinaciones limitando a su vez el dominio de su entorno. Vale la pena destacar que “lo exitoso del envejecimiento incluirá vínculos satisfactorios con el entorno” (Zarebski, 2011, p. 170). Las respuestas ejemplificadas de los adultos mayores demuestran un grado de superación ante sus circunstancias. En su mayoría asumieron un rol proactivo que describe la idea del curso de la vida fluido con sus altas y bajas, idea también acuñada por la autora antes identificada. De igual forma los ejemplos en referencia se fundamentan con la dimensión de auto-indagación, reflexión y espera (factores protectores); de acuerdo a Zarebski (2016, p. 54), “el autocuestionamiento va de la mano con la posibilidad de un encuentro consigo mismo, que faculta el pensar antes de actuar”; según la autora en referencia, “esto permite sostener la autonomía al darse un espacio de reflexión que le permita diferenciarse de los deseos ajenos”.

Propósito en la vida es un dominio del bienestar que representa el sentido de orientación de la persona. Implica el significado de la vida tanto en el presente como en el pasado. En este estudio la mayoría de los participantes (82%) sostuvo que hacía actividad física y reconoció (93%) que la misma era importante. De acuerdo a Ryff (2014), las creencias de las personas le brindan orientación a la vida. Se ha encontrado que personas con mayores propósitos en la vida poseen una mayor sensación de crecimiento personal y mejores relaciones interpersonales (Vázquez, *et al.*, 2009). Algunas de las respuestas expuestas por los adultos mayores para realizar actividad física,

están relacionadas a mejorar y mantener las dimensiones del bienestar físico y psicológico. Los siguientes son algunos ejemplos de propósitos vitales en la vida de un ser humano:

*“para seguir siendo útil”, “porque quiero bajar de peso y mejorar mi salud”,
“ayuda a rebajar, sudas, uno se mantiene bien y si tienes algo se te va, eso ayuda.”*

Otras respuestas que denotan el sentido de compromiso y servicio que poseen algunos de los participantes. Los siguientes comentarios ilustran el propósito de servir y mantenerse para seguir haciéndolo:

“me mantiene activa a la misma vez que ayudo al templo”, “tengo que alimentar a mis nietos”, “porque tengo perritos, pajaritos y tengo que limpiar”, “tratar de mantenerme activa me hace sentir bien, aunque me duela, siento que estoy haciendo algo bien.”

Los argumentos antes expuestos, evidencian el paradigma de envejecimiento productivo en su sentido amplio. Este concepto implica las posibles actividades desarrolladas por una persona de mayor edad, que produce bienes y servicios, sean remuneradas o no (Bass, Caro, y Chen, 1993).

En cuanto a la dimensión de propósito, ver la vida con significado. Se ha observado que el mismo disminuye con la edad (Ryff, 2014). Se afirma que cada persona mantiene estrategias en la vida acorde a sus creencias y valores. Se trata de buscarle sentido a la vida (López, 2012). Así que puede afrontar la vida: 1). dándole sentido a sí mismo (encontrando una razón para vivir), 2). cómo entrega a actividades (tareas que lo motivan, disfruta y entrega a una meta), 3). realización de propósitos, metas como fuente de sentido (encontrando motivación y esfuerzos para lograrlo).

Algunos ejemplos que describen este asunto son:

Razón para vivir:

“en el presente me tengo que cuidar más”, “tengo que hacerlo para mantenerme y sentirme bien.”

Disfruta:

“me gusta la actividad física porque me ayuda a mejorar los dolores de los pies y la presión sanguínea”, “disfruto de mis fiestas, bailo mucho, pienso que es una actividad física.”

Logros:

“porque me ayudaba a sentirme vivo a moverme ir a jugar de pelotas”, “las demandas del diario vivir me fuerzan a estar activa durante el día. Le provee al cuerpo la actividad que requiere para funcionar mejor”

El propósito y la educación se relacionan; se reconoce que el adulto mayor no deja de aprender con la edad. Este asunto sugiere la necesidad de potenciar al adulto mayor mediante la capacitación especializada. Una alternativa podría ser talleres en los que se reconozcan sus necesidades especiales, pero más importante aún es que puedan entender los cambios naturales que implica el pasar del tiempo. De igual manera dotarlos para que hagan frente a los retos que impone la vida del ser humano.

Crecimiento personal es una dimensión que se observa con el desarrollo continuo. La persona expuesta a nuevas experiencias, es una manera de proseguir el enriquecimiento de su potencial. Algunos ejemplos que lo describen son:

“puedo cumplir con invitaciones, eso me mantiene vivo”, “me activa, me siento útil y saludable”, “uno va a los sitios, a las reuniones”

De acuerdo a Zarebski (2011), la soledad, el aislamiento son condiciones negativas que afectan el buen envejecimiento. Hay que relacionarse, ser activo, mantener la ilusión de proyectos y planes sin importar la edad. El proyecto de vida personal se construye desde la idea de futuro y también desde el presente partiendo de los intereses y el tipo de actividad que se elige hacer, (Gonçalves, y Segovia, 2018).

Conclusiones

Los principales hallazgos de esta investigación cualitativa con septuagenarios de los centros ESPAVE de la región suroeste de Puerto Rico, permitieron las siguientes conclusiones:

1) **SALUD BIENESTAR Y MALESTAR:** Aunque los adultos mayores reconocieron poseer varias enfermedades crónicas, no beber alcohol, ni fumar; sostuvieron que su salud es regular y buena, encontrarse en su peso ideal y no desear bajar de peso. Su imagen corporal demuestra una buena autoestima; de igual forma muestran poseer una percepción positiva de la salud (“*me siento fuerte*”, “*me siento bien*”) que puede estar relacionada a su autoeficacia (“*me ayuda a liberar los dolores*”, “*a mantener mi corazón en buen estado*”, “*controlar el colesterol*”, “*despierta la mente*”, “*debo caminar*”). Sus creencias pueden ser motores favorecedores para la actividad física, el movimiento, continuar haciendo, su participación, el mantenerse o estar activo, mostrar su independencia y por ende para su salud y bienestar general. Se ha documentado que las personas que perciben una buena salud, experimentan sentimientos y emociones positivas que le permiten poseer creencias sobre sus propias capacidades promoviendo conductas saludables que a su vez potencian la autonomía (Mesa-Fernández, *et al.*, 2019).

2) **ACTIVIDAD FÍSICA:** Los mayores significaron la actividad física como ejercicio, movimiento y caminar. Reportaron que hacen actividad física. La mayoría de las actividades que evidenciaron eran básicas del diario vivir e instrumentales. Aunque se identificaron actividades avanzadas, fueron mínimas (Ejemplo Avanzada: “*mi trabajo*”, “*hago teatro*”). Reconocieron que la importancia de la actividad física por múltiples razones. Las principales razones para hacer actividad física reportadas los mayores principalmente se categorizaron en la salud como bienestar, dimensión psicológica; mientras que las justificaciones brindadas para hacer poca actividad física o no realizarla, estuvieron sustentadas con el malestar (enfermedad). Los septuagenarios significaron beneficios (físicos, psicológicos, sociales) aportados por la actividad física. De igual manera, incluyeron sus razones tanto para hacer actividad física como para no hacerla. Sus principales argumentos para hacerla estuvieron asociadas a la salud bienestar, realizan la actividad física por: sus beneficios en la salud y el bienestar; reducir su malestar; sus mejoras en lo físico, psicológico y lo social. Es importante reconocer el nexo de la actividad física en función a la salud bienestar y malestar.

Esta categoría emerge de las respuestas de la entrevista, que dejan al descubierto que la enfermedad o estado de malestar no siempre actúo como lo esperado, una barrera limitante de las posibilidades para hacer actividad física del adulto mayor. Más importante aún, por no esperarse, fue la significación del malestar. Este se presentó como un motivo para moverse, mejorar su estado de salud deteriorada, afectada. Esta acción de los mayores demuestra conocimiento de los participantes sobre las bondades del ejercicio. El asunto, barrera/riesgo/motivos/beneficios que le asignan los adultos mayores luego de experimentar eventos adversos a la salud; las actitudes y las creencias que asumen, sugieren mayor reflexión y estudio futuro.

3) **BIENESTAR PSICOLÓGICO:** Respecto a los nexos de la actividad física en las dimensiones del bienestar psicológico de los septuagenarios que participaron de los centros de servicio, desde lo subjetivo, muestran poseer un bienestar psicológico positivo. Partiendo de las respuestas a las preguntas de la entrevista; los significados que le otorgan a las diferentes experiencias y oportunidades se desprende que: son septuagenarios autónomos, con propósitos claros que no se limitan a la salud, también a su entorno. Lo que evidencia dominio del entorno y auto-aceptación. Sin embargo, aunque vinculan los beneficios sociales de la actividad a conocer, dialogar comunicarse; ese dominio se observa más como una necesidad personal. De igual forma se observa un limitado crecimiento personal. Para tener mayores parámetros para análisis, se requieren más investigaciones cualitativas con adultos mayores sobre los temas de actividad física, salud, malestar y psicológico.

Referencias

Alcántara Moreno, G. (2008). La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad. *Sapiens. Revista Universitaria de Investigación*, 9(1), 93-107. Recuperado el 30 julio, 2020, de: <https://www.redalyc.org/pdf/410/41011135004.pdf>.

Alberta Health Services. (2016). *Chronic Disease Prevention*. Recuperado el 30 julio, 2020, de: <https://www.albertahealthservices.ca/info/Page15343.aspx>.

American College of Sports Medicine, ACSM, Wojtek, J., Chodzko-Zajko, W. J., Proctor, D. N., Singh, M. A. F., Minson, C. T., Nigg, C. R., Salem, G. J., y Skinner, J. S. (2009). Position Stand: Exercise and Physical Activity for Older Adults. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 41(7), 1510-1530. Recuperado el 30 julio, 2020, de: DOI: 10.1249 / MSS.0b013e3181a0c95c.

Bae, W., Suh, Y., Ryu J., y Heo, J. (2017). Physical Activity Levels and Well-Being in Older Adults. *Psychological Reports, 120*(2), 192-205. Recuperado el 30 julio, 2020, de: <https://doi.org/10.1177/0033294116688892>.

Bauman, A., Merom, D., Bull, F., Buchner, D., y Fiatarone, M. (2016). Updating the evidence for Physical Activity: Summative Reviews of the Epidemiological Evidence, Prevalence and Interventions to Promote “Active Aging”. *The Gerontological Society of America, 56*(32), 268-280. Recuperado el 30 julio, 2020, de: DOI: 10.1093 / geront / gnw031.

Bass, S. A., Caro, F. G., y Chen, Y.-P. (1993). *Achieving a productive aging society*. Westport: Auburn House.

Bennie, J., Chau, J., van der Ploeg, H., Stamatakis, E., Do, A., y Bauman, A. (2013). The prevalence and correlates of sitting in European adults - a comparison of 32 Eurobarometer-participating countries. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity, 10*(107), 1-13. Recuperado el 30 julio, 2020, de: DOI: <https://doi.org/10.1186/1479-5868-10-107>.

Bortz, W. (2018). Perspective: Why exercise is good and its lack bad for everything. *American Journal of Lifestyle Medicine, 13*(3), 269-274. Recuperado el 30 julio, 2020, de: DOI: 10.1177 / 1559827618778236.

Calvo Piernagorda, C. M. (2008). *Marcadores lingüísticos y mnésicos en el diagnóstico diferencial de la depresión y la demencia: un estudio con seguimiento*. Tesis Doctoral. Madrid, España: Universidad Complutense de Madrid. Facultad de Psicología. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico I (Personalidad, Evaluación y Psicología Clínica). (397 p.). Recuperado el 30 julio, 2020, de: <https://eprints.ucm.es/id/eprint/8292/1/T30580.pdf>.

García, D. (1998). *Bioética clínica*. Santafé de Bogotá, Colômbia: El Buho Editora. (Series: Ética y vida. Estudios de bioética).

Carmona Valdés, S. E. (2009). El bienestar personal en el envejecimiento. Cidade de México, México: *Iberóforum. Revista de Ciencias Sociales de la Universidad Iberoamericana, VII*(7), 48-65. Recuperado el 30 julio, 2020, de: <https://www.redalyc.org/pdf/2110/211014858003.pdf>.

Castiblanco-Amaya, M., y Fajardo-Ramos, E. (2017). Capacidad y percepción de autocuidado del adulto mayor del programa Centro día/vida, Ibagué, Colombia: *Salud Uninorte. Barranquilla (Col), 33*(1), 58-65. Recuperado el 30 julio, 2020, de: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-55522017000100058.

Correa-Bautista, J. E., Sandoval-Cuellar, C., Alfonso-Mora, M. L., y Rodríguez-Daza, K. D. (2012). Cambios en la aptitud física en un grupo de mujeres adultas mayores bajo el modelo de envejecimiento activo. Universidad Nacional de Colombia Bogotá, Colombia: *Revista de la Facultad de Medicina, 60*(1), 21-30. Recuperado el 30 julio, 2020, de: <https://www.redalyc.org/pdf/5763/576363538008.pdf>.

Chodzko-Zajko, W. J. (2014). *ACSM's Exercise for Older Adults*. Lippincott & Wilkins Williams.

Chodzko-Zajko, W. J., Proctor, D. N., Fiatarone-Singh, M. A., Minson, C. T., Nigg, C. R., Salem, G. J., y Skinner, J. S. (2009). American College of Sports Medicine position stand. Exercise and physical activity for older adults. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 41(7), 1510-1530. Recuperado el 30 julio, 2020, de: DOI: 10.1249 / MSS.0b013e3181a0c95c.

Erickson, K., Leckie R., y Weinstein, A. (2014). Physical activity, fitness, and gray matter volume. *Neurobiology of Aging*, 35(2), 20-28. Recuperado el 30 julio, 2020, de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24952993/>.

Fern, A. (2009). Benefits of physical activity in older adults: Programming modifications to enhance the exercise experience. *ACSM Health & Fitness Journal*, 13(5), 12-16. Recuperado el 30 julio, 2020, de: DOI: 10.1249/FIT.0b013e3181b46b23.

Frontera, W. (2018). Physical Activity and Rehabilitation. In: *Elderly*. Rehabilitation Medicine for Elderly Patients. Springer International Publishing. S. Masiero, U. Carraro. (Eds.). *Practical Issues in Geriatrics*, Recuperado el 30 julio, 2020, de: https://www.researchgate.net/profile/Walter_Frontera/publication/319491693_Physical_Activity_and_Rehabilitation_in_Elderly/links/5bae63e1299bf13e6054961c/Physical-Activity-and-Rehabilitation-in-Elderly.pdf.

Giné-Garriga, M., Sandlund, M., Dall, P., Chastin, S., Pérez, S., y Skelton, D. (2019). A Novel Approach to Reduce Sedentary Behaviour in Care Home Residents: The GET READY Study Utilising Service-Learning and Co-Creation. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(418), 1-14. Recuperado el 30 julio, 2020, de: <https://www.mdpi.com/1660-4601/16/3/418/pdf>. DOI: 10.3390/ijerph16030418.

Gonçalves, L., y Segovia, S. (2018). La generación de proyectos de vida en adultos mayores. Autopercepción sobre competencias desarrolladas, posibilidades de aprendizaje y motivos. *Voces y Silencios: Revista Latinoamericana de Educación*, 9(1), 53-76. Recuperado el 30 julio, 2020, de: DOI: <https://dx.doi.org/10.18175/VyS9.1.2018.04>.

González-Hernández, J., López-Mora, C., Portales-Ariño, A., Muñoz-Villena, A., y Mendoza-Díaz, Y. (2017). Bienestar psicológico, personalidad y actividad física. Un estilo de vida para la vida adulta. *Acción psicológica*, 14(1), 65-78. Recuperado el 30 julio, 2020, de: <https://dx.doi.org/10.5944/ap.14.1.19262>.

González Rivera, J., Quintero-Jiménez, N., Veray-Alicea, J., y Rosario-Rodríguez, A. (2017). Diferencias Sociodemográficas en el Bienestar Psicológico de Adultos Puertorriqueños: Un Estudio Preliminar. *Revista Griot*, 10(1), 15-27. Recuperado el 30 julio, 2020, de: <https://revistas.upr.edu/index.php/griot/article/view/9164>.

Guimarães-Borges, G. L., Mendoza Meléndez, M. A., López Brambila, M. Á., García Pacheco, J. Á., Velasco-Ángeles, L. R., Beltrán Silva, M. A., Valdez Corchado, P. E., Medina-Mora, M. E., y Camacho Solís, R. (2014). Prevalencia y factores asociados al consumo de tabaco, alcohol y drogas en una muestra poblacional de adultos mayores del Distrito Federal. *Salud Mental*, 37(1), 15-25. Recuperado el 30 julio, 2020, de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252014000100003&lng=es&tlng=es.

Hayes, S. M., Alosco, M. L., Hayes, J. P., Cadden, M., Peterson, K. M., Allsup, K., Forman, D. E., Sperling, R. A., & Verfaellie, M. (2015). Physical Activity is Positively Associated with Episodic Memory in Aging. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 21(10), 780-790. Recuperado el 30 julio, 2020, de: DOI: 10.1017 / S1355617715000910.

Hyde, A., Maher, J., y Elavsky, S. (2013). Enhancing our understanding of physical activity and wellbeing with a lifespan perspective. *International Journal of Wellbeing*, 3(1), 98-115. Recuperado el 30 julio, 2020, de: <https://www.internationaljournalofwellbeing.org/index.php/ijow/article/view/182/313>.

Junta de Revisión Institucional. Universidad Interamericana de Puerto Rico. (CITI Program Collaborative Institutional Training Initiative). Recuperado el 30 julio, 2020, de: <https://www.inter.edu/irb/acerca-de-la-jri/>

Kim, E., Kubzansky, L., Soo, J., y Boehm, J. (2016). Maintaining healthy behavior: A prospective study of psychological well-being and physical activity. *Annals of Behavioral Medicine*, 51(3), 337-347. Recuperado el 30 julio, 2020, de: https://www.academia.edu/30236484/Maintaining_Healthy_Behavior_a_Pro prospective_Study_of_Psychological_Well-Being_and_Physical_Activity. DOI: 10.1007/s12160-016-9856-y.

López, F. (2012). *Sexualidad y Afectos en la Vejez*. Madrid, España: Pirámide.

McPhee, J., French, D., Jackson, D., Nazroo, J., Pendleton, N., y Degens, H. (2016). Physical activity in older age: Perspectives for healthy ageing and frailty. *Biogerontology*, 17(3), 567-580. Recuperado el 30 julio, 2020, de: DOI: 10.1007/s10522-016-9641-0.

Mental Health Foundation (2013). Get Physical. The impact of Physical Activity on Well-being. Recuperado el 30 julio, 2020, de: <https://www.mentalhealth.org.uk/sites/default/files/lets-get-physical-report.pdf>.

Mejía López, K. (2017). La importancia de los grupos de adultos mayores para el mejoramiento de las relaciones interpersonales. *Poiésis*, 33, 21-25. DOI: Recuperado el 30 julio, 2020, de: <https://doi.org/10.21501/16920945.2493>.

Mesa-Fernández, M., Pérez-Padilla, J., Nunes, C., y Menéndez, S. (2019). Bienestar psicológico en las personas mayores no dependientes y su relación con la autoestima y la autoeficacia. *Ciencia & Salud Colectiva*, 24(1), 115-125. Recuperado el 30 julio, 2020, de: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018241.35302016>.

Moschny, A., Platen, P., Klaaßen-Mielke, R., Trampisch, U., y Hinrichs, T. (2011). Barriers to physical activity in older adults in Germany: a cross-sectional study. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 8(121), 1-10. Recuperado el 30 julio, 2020, de: <https://ijbnpa.biomedcentral.com/articles/10.1186/1479-5868-8-121>.

Novek, S., Menek, V., Tran, T., y Bell, S. (2013). Social participants and its benefits. Canada: *Centre on Aging*. University of Manitoba, Canadá. (74 p.). Recuperado el 30 julio, 2020, de: <https://umanitoba.ca/centre-on-aging/sites/centre-on-aging/files/2021-02/centre-aging-research-publications-report-social-participation-and-its-benefits.pdf>.

Physical Activity Guidelines for Americans. (2018). US Department of Health and Human Services. (2nd ed.). Recuperado el 30 julio, 2020, de: https://health.gov/sites/default/files/2019-09/physical_activity_guidelines_2nd_edition.pdf.

Porras-Juárez, C., Grajales-Alonso, M., Hernández-Cruz, M., Alonso-Castillo, M., y Tenahua-Quit, I. (2010). Percepción del adulto mayor acerca de los beneficios, barreras y apoyo social para realizar actividad física. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 48(2), 127-132. Recuperado el 30 julio, 2020, de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2010/im102c.pdf>.

Orrego, S., García-González, L., Murillo, B., Zaragoza, J., y Aibar A. (2017). Physical Activity Programmes in the Elderly: Successful Strategy for Healthy Ageing. *European Journal of human Movement*, 39, 48-64. Recuperado el 30 julio, 2020, de: <file:///C:/Users/Dados/Downloads/424-2259-2-PB.pdf>.

Ruscin, M., y Linnebur, S. (2019). Problemas relacionados con los fármacos en los ancianos. *Manual Merck versión para profesionales*. Recuperado el 30 julio, 2020, de: <https://www.msdmanuals.com/es/professional/geriatr%C3%ADa/farmacoterapia-en-los-ancianos/problemas-relacionados-con-los-f%C3%A1rmacos-en-los-ancianos>.

Ryff, C. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychological*, 57, 1069-108. Recuperado el 30 julio, 2020, de: DOI: 10.1037 / 0022-3514.57.6.1069.

Ryff, C. (2008). Know Thyself and Become What You Are: A Eudaimonic Approach to Psychological Well-Being. *Journal of Happiness Studies*, 9(1), 13-39. Recuperado el 30 julio, 2020, de: <https://doi.org/10.1007/s10902-006-9019-0>.

Ryff, C. (2014). Psychological Well-Being Revisited: Advances in Science and Practice of Eudaimonia. *Psychother Psychosom*, 83(1), 10-28. Recuperado el 30 julio, 2020, de: <https://doi.org/10.1159/000353263>.

Sánchez Gómez, M. C. (2015). La dicotomía cualitativo- cuantitativo: posibilidades de integración y diseños mixtos. *Campo Abierto*, 1(1), 11-30. Recuperado el 30 julio, 2020, de: <https://mascvuex.unex.es/revistas/index.php/campoabierto/article/view/1679>.

Sarabia-Cobo, C. (2012). La imagen corporal en los ancianos: Estudio descriptivo. *Gerokomos*, 23(1), 15-18. Recuperado el 30 julio, 2020, de: <https://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2012000100003>.

Stephoe, A., Deaton, A., y Stone, A. (2015). Psychological wellbeing, health and ageing. *Lancet*, 385(9968), 1-11. Recuperado el 30 julio, 2020, de: DOI: 10.1016 / S0140-6736 (13) 61489-0.

Swan, J., y Hyland, P. (2012). A review of the Beneficial Mental Health Effects of Exercise and Recommendations for Future Research. *Psychology & Society*, 5(1), 1-5. Recuperado el 30 julio, 2020, de: https://www.researchgate.net/publication/263077237_A_review_of_the_beneficial_mental_healtheffects_of_exercise_and_recommendations_for_future_research.

Vázquez, C., Hervás, G., Rahona, J., y Gómez D. (2009). Bienestar psicológico y salud: Aportaciones desde la Psicología Positiva. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, 5, 15-28. Recuperado el 30 julio, 2020, de: http://institucionales.us.es/apcs/doc/APCS_5_esp_15-28.pdf.

Vidarte, J., Vélez, C., Sandoval, C., y Alfonso, M. (2011). Actividad física: Estrategia de promoción de la salud. *Hacia la Promoción de la Salud*, 16(1), 202-218. Recuperado el 30 julio, 2020, de: https://www.researchgate.net/publication/301345303_Actividad_física_Estrategia_de_promocion_de_la_salud.

Wan, D., y Wong, R. (2014). Benefits of Exercise in the Elderly - Canadian Geriatrics Society. *Canadian Geriatrics Society Journal of CME*, 4(1).

World Health Organization. WHO (2010). *Global recommendations on physical activity for health*. Geneva, Switzerland. Library Cataloguing in Publication Data. Recuperado el 30 julio, 2020, de: whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599979_eng.pdf.

Zavala-González, M., y Dominguez-Sosa, G. (2011). Funcionalidad para la vida diaria en adultos mayores. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*, 49(6), 585-590. Recuperado el 30 julio, 2020, de: <https://www.redalyc.org/pdf/4577/457745505002.pdf>.

Zarebski, G. (2008). Padre de mis hijos, ¿padre de mis padres? Buenos Aires, Argentina: Editorial Paidós.

Zarebski, G. (2011). *El Futuro se construye hoy. La reserva humana un pasaporte hacia un buen envejecimiento*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Paidós.

Zarebski, G. (2016). *Narcisismo, resiliencia y factores protectores en el envejecimiento. Nuevos aportes al campo de la investigación en psicogerontología*. Introducción. Gerontólogos Argentinos Asociación Civil. Instituto Nacional de Asociativismo y Economía Social. INAES. Buenos Aires, Argentina: Editorial Paidós.

Oswaldo J. Hernández-Soto – Catedrático Educación y Educación Física. Universidad Interamericana de Puerto Rico-San Germán. Porto Rico. Doctorado en Investigación Gerontológica.

ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0003-4426-3489>

E-mail: ojhsui@gmail.com

Aracelli Marconi - Facultad de Humanidades, Ciencias Sociales y Empresariales. Escuela de Ciencias del Envejecimiento. Universidad Maimónides.

E-mail: marconiaracelli@yahoo.com.ar

* Agradecimiento: A los asistentes de investigación de la Universidad Interamericana de Puerto Rico-San Germán: William A. Sánchez, Joshuel Figueroa, Yamil Rodríguez, Denisse A. Soto, Xiomara Torres y Prof. Rosa Berríos. Este también es su logro.