

Análisis descriptivo de la movilidad, emociones y salud en la referencia verbal de adultos mayores

Descriptive analysis of mobility, emotions, and health in the verbal reference of older adults

Emma Urbina-Aceves, Everardo Camacho-Gutiérrez, Alejandro Pérez-Duarte y Luis Silva-Castillo

Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente¹

Autor para correspondencia: Everardo Camacho Gutiérrez, ecamacho@iteso.mx.

RESUMEN

En este artículo los autores proponen evaluar la correlación que existe entre la referencia verbal de la movilidad, el estado emocional y el estado de salud de los adultos mayores con el propósito de promover, mediante intervenciones planeadas, su calidad de vida. Algunos estudios han encontrado una relación entre la movilidad física de estas personas, el grado de salud y el bienestar emocional autorreferido. Así, se cuestiona si hay una correlación entre estas variables en una muestra de dieciocho adultos mayores de la zona urbana de Guadalajara (México). Los participantes se seleccionaron con base en una distribución socioeconómica similar a la del Estado y en un rango de entre 60 y 90 años, siendo los participantes siete hombres y once mujeres, a quienes se hizo una entrevista y se les aplicaron las escalas de Barthel, de Lawton y Brody, de Gijón y de Duke-UNC para evaluar su funcionalidad. Se analizaron las frecuencias de diferentes parámetros y se obtuvo el índice de bienestar emocional mediante el conjunto de puntajes previos integrados. Los resultados muestran una correlación moderada entre la actividad física y el bienestar emocional, así como también una correlación negativa entre la actividad física y la cantidad de enfermedades, la puntuación en la escala de apoyo social de Lawton y Brody (que evalúa el grado de dependencia) y el estrés social, evaluado mediante una pregunta específica durante la entrevista. Asimismo, se halló una relación positiva entre los logros personales y el capital social, al igual que entre la funcionalidad, medida por las escalas de Barthel y de Duke, con el uso del tiempo libre. Se discuten las implicaciones prácticas de estos datos para la elaboración de programas de intervención con esta población, y se concluye que se deben llevar a cabo nuevos estudios con muestras más amplias y representativas que incrementen la validez de los datos reportados.

Palabras clave: Actividad física; Emociones positivas; Emociones negativas; Bienestar; Calidad de vida.

ABSTRACT

The objective of the present study was to evaluate the correlation between the verbal reference of mobility, emotional state, and health status of 18 older adults through planned interventions to increase participants' quality of life. Some studies report a relationship between the physical mobility of older adults and their degree of self-reported health and

¹ Departamento de Psicología, Educación y Salud y Departamento del Hábitat y Desarrollo Urbano, Periférico Sur Manuel Gómez Morín Núm. 8585, 45604 Tlaquepaque, Jal., México, tel. (33)36-69-34-42, correos electrónicos: urbina@iteso.mx, ecamacho@iteso.mx, apdf@iteso.mx y luissilva@iteso.mx.



emotional well-being. The present study explored the correlation between mobility, health, and emotional well-being in a sample of 18 older adults in the urban area of Guadalajara. Participants. Seven men and eleven women aged 60 to 90 were selected from the state's socioeconomic distribution. Participants responded to an interview, and the Barthel and the Lawton and Brody scales to evaluate primary and instrumental functionality. Additional data included the Gijón and Duke-UNK scales to measure functionality and social support or dependence. Frequencies of all parameters were analyzed, as was the emotional well-being index. The results show a good correlation between physical activity and emotional well-being, an inverse correlation between physical activity and several reported diseases, the Lawton and Brody social support scale, and social stress assessed by a specific question during the interview. Likewise, there are positive correlations between achievements and social capital, between functionality measured by Barthel and the Duke scales with free time. Results are relevant to the practical implications of these data for intervention programs with older adults. Future studies with larger and more representative samples would increase the validity of findings.

Key words: Physical activity; Positive emotions; Negative emotions; Well-being; Quality of life.

Recibido: 11/06/2022

Aceptado: 27/02/2023

Panorama epidemiológico de la población mundial, nacional y local

El envejecimiento demográfico, la disminución de la fertilidad y el aumento de la esperanza de vida han traído nuevos desafíos en el contexto de la globalización (Huenchuan, 2018). La población de más de 65 años constituye el grupo poblacional de mayor crecimiento (de 3 a 5% por año), mientras que la de la población general tiene un crecimiento de 1.3% anual. Este incremento, en el contexto de México, es razón suficiente para poder emprender estudios que generen un conocimiento útil para promover la calidad de vida para este grupo etario y desarrollar intervenciones basadas en evidencia.

Así, en el presente trabajo se efectúa un análisis exploratorio-descriptivo de la relación entre la movilidad, la salud y las emociones de los adultos mayores, considerando el bienestar percibido que manifiestan y su capacidad funcional autorreferida en dos escenarios: el interior y el exterior de su vivienda.

La funcionalidad en las personas mayores

En el proceso de envejecimiento es posible identificar una diversidad de cambios físicos, emocionales y mentales que afectan en la vida de las personas. Uno de los aspectos que se ven alterados por los cambios –principalmente por el deterioro físico– es la funcionalidad.

La funcionalidad, según Zavala (2011), es la capacidad de la persona para llevar a cabo las actividades de la vida diaria (AVD). Esta capacidad disminuye gradualmente y difiere de persona a persona; en 5% de las personas mayores de 65 puede estar comprometida en cierto nivel, mientras que hasta en 50% de los mayores de 80 años muestra afecciones severas (Zavala, 2011).

Según Castellanos (2020), la funcionalidad puede definirse como la capacidad de los individuos para satisfacer sus necesidades de forma autónoma, independiente y satisfactoria. Dicho autor establece como medida del estado funcional las AVD, divididas en básicas, instrumentales y avanzadas. Mientras que las primeras involucran el funcionamiento, la movilidad para el autocuidado y la supervivencia (primordialmente en la vivienda), las segundas incluyen actividades que son necesarias para vivir en una comunidad, como la gestión del dinero, la cocina o la compra de alimentos; a su vez, las AVD avanzadas son aquellas que implican el rol social, como por ejemplo la colaboración altruista en voluntariados, la organización de colonos o clubes infantiles, juegos de mesa o actividades físicas.

Establecer un diagnóstico, una intervención o un plan de cuidado, según Zavala (2011), puede ser mucho más factible a partir de identificar la alteración de la funcionalidad en las tres categorías para su estudio: Actividades básicas de la vida diaria (ABVD), Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) y Actividades avanzadas de la vida diaria (AAVD).

La alteración de la funcionalidad puede ocurrir a partir de la aparición de alguna enfermedad, aunque no es la única causa, pues el deterioro físico, en combinación con barreras físicas propias de la vivienda, pueden también ocasionar alteraciones que impidan la movilidad o el autocuidado. Zavala (2011) señala que la incapacidad para realizar al menos una de las ADV se define como *discapacidad*. Como ya se ha dicho, tal alteración de la funcionalidad se ve reflejada en una menor calidad de vida de las personas mayores.

Calidad de vida y su relación con la salud de las personas mayores

El concepto de *calidad de vida* es complejo y se le ha abordado en diversas ciencias y disciplinas; por ello mismo, su estudio involucra una aproximación multidisciplinar. La calidad de vida puede definirse como la percepción del individuo acerca de su vida dentro de un contexto que abarca los aspectos culturales y los valores, y se relaciona con sus metas, objetivos y expectativas (Durán *et al.*, 2008). Así, implica no solamente la salud física, sino los aspectos sociales, las relaciones, las características del entorno y los aspectos personales, como el estado psicológico y el nivel de independencia. Por tanto, se hace necesario distinguir la calidad de vida en general (CV) y la calidad de vida relacionada con la salud (CVR).

Cuando la calidad de vida se valora a partir de la salud, incluye las dimensiones física, psicológica y social, que no están exentas de las vivencias personales, creencias y percepciones de los individuos, por lo que también se considera como multidimensional, pero teniendo como foco el funcionamiento físico adecuado, la percepción personal acerca del estado de salud y una apropiada dinámica psicosocial.

De acuerdo con Durán *et al.* (2008), aunque la calidad de vida tiene un alto nivel de subjetividad, es posible identificar algunos factores objetivos que permanecen constantes y que se pueden utilizar tanto como indicadores de resultados, como factores modificadores, o bien como factores a controlar en el diseño de las distintas intervenciones. Así pues, los determinantes en la cali-

dad de vida en el adulto mayor incluyen el soporte social –que por lo general tiene una connotación positiva–; la edad, el sexo, la condición de salud y la residencia. Asimismo, los factores socioeconómicos y la escolaridad son factores que determinan la calidad de vida y el estado de salud, tanto en su dimensión física como mental.

De la definición de calidad de vida, Moreno (1996) destaca los aspectos objetivos y subjetivos, que se suman al ser valorados por el individuo. La calidad de vida objetiva, que incluye los bienes subjetivos, no será suficiente para realizar una valoración si no se tiene claro cuál es la perspectiva de la persona, es decir, el ángulo de vista subjetivo respecto a sus aspiraciones y deseos. Por consiguiente, es posible decir que la calidad de vida es la respuesta de un individuo al conjunto de situaciones de su vida.

Salud y el paradigma del envejecimiento exitoso

Desde la perspectiva de una definición más amplia de salud, como la presentada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (1948), como un estado completo de bienestar físico, mental y social, se vuelve importante conocer los modelos de conducta, actitudes y valores de las personas mayores hacia su salud, pero considerando su entorno social, cultural y económico. Es lo que Fernández (1994) denomina “estilos de vida”, mismos que pueden conocerse mediante la observación directa de las prácticas y costumbres de una comunidad, y también por la referencia verbal de los mismos actores que la conforman.

Los estilos de vida en el campo de la salud suelen reconocerse como un indicador de salud que es útil para identificar los factores de riesgo que desembocan en un deterioro funcional que conduce a la falta de autonomía. De ahí la importancia de distinguir las actividades que tienen un efecto significativo en la salud, tal como señalan Reyes *et al.* (2007) al referirse a los patrones diarios de vida integrados por un conjunto de comportamientos o actitudes que desarrollan las personas, los que tienen efectos positivos o negativos en su salud. Dichos patrones se desarrollan a lo largo

de la vida y tienen como consecuencia diversas afectaciones. Algunos de los estilos de vida que más alteraciones producen son el consumo de sustancias tóxicas (tabaco, alcohol, café, té y fármacos), la falta de ejercicio físico, el mal uso del tiempo libre, la falta de revisiones médicas, los malos hábitos de sueño, el estrés, una pobre higiene personal, una mala nutrición, una deficiente salud bucal, relaciones interpersonales conflictivas y un comportamiento sexual inadecuado (Guerrero y León, 2010). Ante los desafíos de la nueva estructura demográfica, se requieren modelos que hagan posible la adopción de estilos de vida saludables que prolonguen la autonomía, la integración a los distintos ámbitos de la sociedad y el aumento de los niveles de bienestar subjetivo de las personas mayores.

Por su parte, el envejecimiento exitoso se considera un concepto multidimensional que integra varios factores biopsicosociales (Fernández, 1997). Petretto *et al.* (2016) resume como criterios generalmente aceptados de un envejecimiento exitoso los siguientes: las condiciones apropiadas de salud, el funcionamiento físico óptimo, un alto funcionamiento cognitivo, un afecto positivo y una participación social activa. La interrelación entre ellos y sus distintos niveles es lo que Fernández (1997) señala como criterios específicos, los que utiliza para evaluar la calidad del envejecimiento.

La correcta identificación de la etapa o el nivel en que se encuentre la persona mayor respecto al paradigma del envejecimiento exitoso dependerá en gran medida, tal como señala Brigeiro (2005), de la concepción individual y social que tengan de la calidad de vida, la salud y los hábitos saludables quienes viven el proceso de envejecimiento.

Relación entre movilidad, salud y emociones en los adultos mayores

La movilidad física es un elemento fundamental para los adultos mayores. Su capacidad para realizar las actividades de la vida diaria (bañarse, vestirse, desplazarse), así como las actividades instrumentales (limpiar su entorno, cocinar, comprar...), son los criterios para evaluar y mantener

su funcionalidad e independencia (Soberanes *et al.*, 2009). En cuanto a la actividad física, Wood *et al.* (2021) encontraron más bienestar en un grupo de adultos físicamente activos durante la pandemia de COVID-19, y menos ansiedad y depresión que en el grupo menos activo y que le daba menos importancia a la actividad física.

Los beneficios de mantenerse activo son múltiples, tanto en la dimensión biológica al posibilitar el mantenimiento de múltiples procesos corporales y una mejoría en la calidad del sueño y un aumento del umbral del dolor, como en la dimensión psicosocial debido al bienestar que produce la actividad en sí misma y el uso de diversas funciones cognoscitivas inherentes a dicha actividad que mantienen los procesos de memoria y coordinación psicomotriz (Belmonte *et al.*, 2021; Torres *et al.*, 2020).

Respecto al bienestar que produce el uso corporal, también es posible suponer que el deterioro físico causado por el proceso del envejecimiento puede producir malestar en el ámbito emocional de los adultos mayores, al decir de Ramos (2013). Dicho autor señala que la discapacidad comienza con una pérdida creciente de movilidad y flexibilidad. Con ello, en el proceso natural de aprender a aceptar las propias limitaciones de la edad, se generan emociones de tristeza que pueden desembocar en estados depresivos, los cuales se caracterizan en el DSM-5 (Asociación Psiquiátrica Americana, 2015) por una disminución y enlentecimiento adicionales de la actividad física corporal (*cf.* Morrison, 2015), lo que genera así un círculo vicioso.

De esta forma, la movilidad tiene una relación clara y directa con el estado de salud de los adultos mayores, así como también con la dimensión emocional, que es parte de la salud misma al constituir un elemento fundamental del bienestar humano y que determina el grado de calidad de vida de las personas. El concepto de calidad de vida, como se ha señalado líneas atrás, implica el grado de adaptación que tiene una persona con su entorno, así como también el nivel de vinculación afectiva que tiene con otras personas (Fernández, 2017).

En un continuo en el que en los extremos se encuentran la total independencia y autonomía

de un adulto mayor respecto las demás personas, y en el otro la total dependencia para funcionar en las actividades cotidianas e instrumentales, es posible posicionar entre tales extremos una gradualidad de la magnitud del apoyo que requiere una persona para desarrollar sus actividades básicas. Con base en este planteamiento, es factible preguntarse si es posible identificar una relación entre la autorreferencia de los adultos mayores a su grado de movilidad y a su estado de salud e independencia, y si también existe alguna relación entre la autorreferencia a su estado emocional y su estado de salud general. Por ello, el objetivo de la presente investigación fue describir las referencias de los adultos mayores a su grado de movilidad, emociones y estado de salud, con el objetivo de explorar la interrelación entre estas diferentes variables vinculadas a la calidad de vida.

MÉTODO

Participantes

Se seleccionó una muestra no probabilística de 18 participantes (once mujeres y siete varones). Dicha selección se llevó a cabo a través de una asociación civil de adultos mayores en una comunidad de la zona metropolitana en la que el Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente lleva a cabo tareas de intervención social.

Las personas mayores que se incorporaron al estudio tenían que cumplir los siguientes criterios: tener una edad de entre 60 y 90 años, vivir en la zona metropolitana de la ciudad de Guadalajara (México) y tener distintos niveles socioeconómicos y de dependencia, según los criterios establecidos por la Asociación Mexicana de Agencias de Inteligencia de Mercado y Opinión.

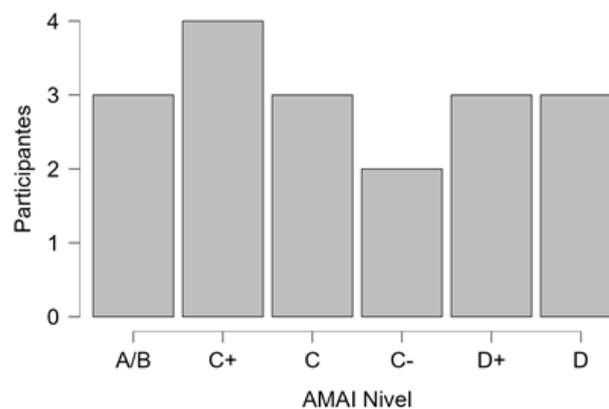
Se buscó la diversidad de niveles socioeconómicos con base en las proporciones de la población del estado de Jalisco, con representación en tres de los grupos según los criterios arriba mencionados. De este modo, siete participantes se ubicaron en el rango de edad de 65 años o menos, seis entre 66 y 74 años, y cinco participantes de 75 años y más. Las características de los participantes se muestran en la Tabla 1.

Tabla 1. Características de los participantes.

Rangos de edad	Masculino	Femenino
65 o menos	2 (11.11%)	5 (27.77%)
66-74	3 (16.66%)	3 (16.66%)
75 o más	2 (11.11%)	3 (16.66%)
Total	7 (38.88%)	11 (61.11%)

La distribución del nivel socioeconómico de los participantes emuló asimismo la proporción de los adultos mayores de la citada entidad. Es importante aclarar que la escala de estratificación socioeconómica en México se compone de seis niveles. El nivel más alto es A/B, seguido por C+, C, C-, D+ y D, siendo este último el nivel más bajo. Dichos niveles se determinan en función de los ingresos mensuales en los hogares, y cada nivel representa un rango de ingresos específico. La escala se utiliza para segmentar la población según su nivel de ingresos, y se utiliza ampliamente en la investigación de mercado y en otras áreas para identificar patrones de consumo y comportamiento en diferentes grupos socioeconómicos. En la Figura 1 se observa una distribución uniforme de los participantes en los citados niveles.

Figura 1. Distribución del nivel socioeconómico de los entrevistados de acuerdo a la clasificación de la AMAI 2020 (elaboración propia).



Instrumentos

Se aplicó una entrevista semiestructurada de 49 preguntas mediante la cual se evaluó el nivel educativo, datos generales, características de la vivienda, equipamiento tecnológico, masa corporal, acti-

vidades instrumentales de la vida diaria (pago de cuentas, cocinar, aseo personal, limpieza de ropa y del hogar), apoyo social, estrés social, estresores físicos en casa (accidentes y caídas), visión de autonomía a futuro, emociones, concepto de vejez, estado de salud, enfermedades y hábitos (alimentación, calidad del sueño, consumo alcohol y tabaco, recreación), lo que permitió aplicar posteriormente los siguientes cuatro índices gerontológicos para la medición multidimensional de la autonomía:

Escala o Índice de Barthel
(Mahoney y Barthel, 1965)

Esta escala es una herramienta que se utiliza para medir la capacidad funcional de una persona en actividades de la vida diaria. Se le ha empleado en la valoración de la independencia para realizar las actividades de los adultos mayores. Mide la funcionalidad en diez actividades. Se seleccionó este índice para la valoración funcional ya que aporta información respecto a las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), entre las que se incluyen aquellas tareas que la persona debe realizar diariamente para su autocuidado (alimentación, aseo personal, vestido, control de esfínteres, movilidad, capacidad para realizar actividades, traslado de cama a silla, uso de transporte, marcha y uso de escaleras). Cada uno de estos ítems se puntúa en la escala de 0 a 10, según la capacidad funcional de la persona. Por lo tanto, la puntuación total de la Escala de Barthel es la suma de los puntos obtenidos en cada ítem, y oscila entre 0 y 100. Los resultados se han agrupado en cuatro categorías: Dependencia total (< 20), dependencia alta (21-60), dependencia moderada (61-90) y dependencia leve (90-99).

Gallud (2004) señala una consistencia interna adecuada, medida con el coeficiente alfa de Cronbach (α), de entre 0.86 y 0.92.

Escala de Lawton-Brody (Lawton y Brody, 1969). La escala de Lawton-Brody complementa el índice de Barthel e identifica la funcionalidad de la persona al usar el teléfono, efectuar compras, preparar alimentos, cuidar el hogar, lavar ropa, usar medios de transporte, mostrar responsabilidad res-

pecto a la medicación propia e independencia respecto a los asuntos económicos. Este índice se ha elegido para la valoración funcional ya que aporta información respecto a las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD). Los resultados se agrupan en tres categorías del grado de apoyo social: muestra máxima dependencia; precisa ayuda para la realización de las tareas, y es dependiente en las AIVD.

Escala Gijón (García *et al.*, 1999).

Este instrumento permite realizar una valoración inicial sociofamiliar de la persona mayor para detectar riesgo social, y recoge cinco áreas de valoración: situación familiar y económica, vivienda, relaciones sociales y apoyo de las redes sociales. Una de las ventajas es que, además de los elementos sociales, proporciona información acerca del nivel de independencia en el entorno inmediato (vivienda), y en el entorno cercano a la misma, ya que para algunas de las tareas la persona mayor requiere salir de casa. Genera una puntuación que hace posible categorizar la situación social como buena/aceptable (de 5 a 9 puntos), con riesgo social (de 10 a 14) y con problemas sociales (mayor o igual a 15). Gallud (2004) señala que se ha estudiado su validez de criterio mediante el juicio de un profesional experto. La fiabilidad entre observadores reportada es alta (Índice Kappa de 0.957), aunque su consistencia interna es muy baja ($\alpha = 0.142$).

Cuestionario de Apoyo Social Funcional DUKE-UNC
(Broadhead *et al.*, 1988).

Validado por Cuéllar y Dresch (2012) en población española, este cuestionario evalúa cuantitativamente el apoyo social percibido en relación con personas a las que se pueden comunicar sentimientos íntimos (apoyo social confidencial) y personas que expresan sentimientos positivos de empatía (apoyos sociales efectivos). Se eligió este cuestionario para la valoración social de los participantes porque recoge valores referidos tanto al apoyo confidencial como al afectivo, lo que permite evaluar su red social. La escala cuenta con once ítems: seis de apoyo social confidencial y cinco de apoyo afectivo. Cada aspecto se evalúa

mediante una escala Likert, de manera que una persona puede obtener puntuaciones en el total de la escala que varían de 11 a 55. La puntuación obtenida es un reflejo del apoyo *percibido*, no del real. A menor puntuación, menor apoyo. En la validación española se optó por un punto de corte en el percentil 15, que corresponde a una puntuación de < 32. Una puntuación igual o mayor a 32 indica un apoyo normal, mientras que una menor de 32 indica un apoyo social percibido como bajo. Gallud y Guirao (2004) señalan que la consistencia interna obtenida mediante el coeficiente α es de 0.90 para el total de la escala, y de 0.88 y 0.79 para las escalas de apoyo confidencial y afectivo, respectivamente.

Diseño

En esta aproximación metodológica para la observación cualitativa del hábitat, se efectuó el presente estudio de carácter no experimental, transversal y descriptivo basado en el registro de respuestas verbales a una entrevista estructurada, así como en las respuestas a las cuatro escalas indicadas, con el propósito de conocer, ubicar y categorizar a un grupo de personas mayores, residentes en la zona metropolitana de la ciudad de Guadalajara (México), de entre 60 y 90 años, respecto a su tipo de envejecimiento (ideal, activo, habitual o patológico), tomando como criterio sus niveles de dependencia, estado de salud percibido, deterioro cognitivo y presencia de enfermedades, con base en la tipología planteada por Reynoso y Becerra, (2021).

Procedimiento

Se realizaron las 18 entrevistas en un lapso de 13 meses, iniciando en el mes de noviembre de 2019 y terminando en diciembre de 2020. En este periodo ocurrió la contingencia sanitaria provocada por la pandemia de COVID-19, por lo que solo las tres primeras entrevistas se hicieron en los hogares. Ante la situación del grupo vulnerable de las personas mayores y la imposibilidad de visitarlos en casa, el proceso de levantamiento de datos se realizó a distancia, utilizando plataformas digitales. Las entrevistas se realizaron por videoconferencia. Las grabaciones y transcripciones de las

entrevistas realizadas se colocaron en una base de datos multisoporte en la plataforma FileMaker.

Se llevó a cabo una codificación en la plataforma Atlas-ti. En dicha plataforma se cuenta con 21 códigos que se enfocan principalmente a identificar las menciones a aspectos relacionados con la funcionalidad (si la persona es autónoma o no para vestirse, bañarse, cocinarse), enfermedades padecidas (crónicas o agudas), emociones positivas (alegría, sorpresa, ternura) y negativas (enojo, tristeza, frustración), actividad social (apoyo físico y emocional de familiares, amigos, vecinos y conocidos), estresores físicos (cansancio, caídas, dolor) y sociales (falta de apoyo, conflictos, disputas económicas y laborales), actividad física (caminar en el entorno inmediato) y ADV (compras, pagos), entre otras.

Por otra parte, se calculó un índice de bienestar de cada sujeto considerando las menciones a emociones positivas y negativas y restándolas entre ellas; es decir, se comparó la cantidad de expresiones emocionales positivas con las negativas, suponiendo que ello se traduce en un nivel de bienestar y calidad de vida diferente (Frederickson y Losada, 2005).

Una vez identificados los elementos mediante los códigos, se registraron sus frecuencias en las menciones de los entrevistados. Por ejemplo, en el caso de las enfermedades se cuantificaron el número de menciones de enfermedades y el número de enfermedades declaradas. Con esto se categorizó su tipo de envejecimiento conforme a las cuatro formas de envejecimiento planteados por Reynoso y Becerra (2021): ideal, activo, habitual y patológico.

RESULTADOS

El análisis de datos se realizó con base solamente en procedimientos descriptivos al considerar, por una parte, la naturaleza exploratoria del estudio y, por otra parte, las características heterogéneas y limitadas de la muestra. Inicialmente, se hizo una caracterización de la muestra mediante el cálculo de los valores medios de las variables de interés y de los valores de dispersión alrededor de ellos. Tales valores se muestran en la Tabla 2.

Tabla 2. Valores medios de las variables estudiadas.

Índice de bienestar	Media (D.E.)	Mediana (RIC)	Min.	Max.
	2.8 (8.3)	2.5 (6.5)	-15	21
Movilidad				
Interior casa	4.5(2.4)	4(3.5)	1	9
Exterior casa	7.3 (4.7)	6 (2)	3	19
Actividad Física	3.5 (2.1)	3 (3)	1	8
Funcionalidad				
Autoeficacia (logros)	7(4.5)	7(8.0)	1	17
Escala de Barthel	91.1 (16.9)	100 (11.25)	45	100
Escala de Lawton-Brody	5.72 (2.2)	5.5 (4.0)	1	8
Escala de Duke	45.3 (9.3)	28.5 (8.7)	20	55
Escala Gijón	10.2 (2.8)	10 (3)	5	16
Actividad social				
Apoyo familiar	10.5(13.1)	6 (5)	3	60
Capital social	8.9(6.1)	7 (7)	1	22
Recreación (tiempo libre)	7.8 (2.7)	8 (5)	4	13
Enfermedad				
Enfermedades (número)	1.6(1.0)	1(1.0)	0	4
Enfermedades (Frecuencia)	6.4(4.8)	5 (4.75)	1	16
Deterioro físico	4.7(3.8)	3.5 (5.5)	1	13
Deterioro de la memoria	3.4 (2.6)	2 (3.5)	1	9
Estrés				
Físico	4.2(4.4)	2.5 (4)	1	15
Social	6.2(5.2)	4 (7)	1	19

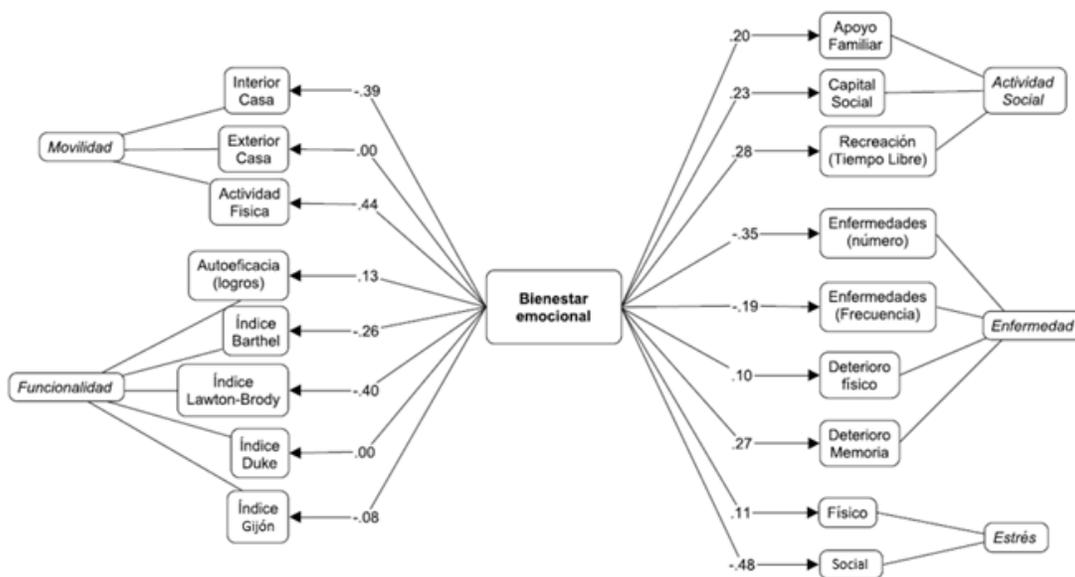
En la Figura 2 se presentan el coeficiente de correlación de Spearman obtenido entre el índice del bienestar y los indicadores de movilidad, funcionalidad, actividad social, enfermedad física y estrés. Se obtuvieron correlaciones positivas entre bienestar emocional y actividad física (.44), recreación (tiempo libre) (.28), deterioro de la memoria (.27), capital social (.23), apoyo familiar (.20), autoeficacia (logros) (.13), estrés físico (.11) y deterioro mental (.10), lo que sugiere que a medida que aumentan estas variables, también lo hace el índice de bienestar percibido. Sin embargo, debido al tamaño de la muestra no se calcularon coeficientes de probabilidad asociados a cada una de las correlaciones, y estas únicamente se entienden en términos descriptivos. Por otra parte, no se halló correlación alguna entre el bienestar emocional y el exterior de la casa (.00) (Índice de Duke = .00). Por último, se obtuvieron correlaciones negativas

entre el bienestar emocional y la Escala de Gijón (-.08), Índice Barthel (-.26), enfermedades (frecuencia) (-.19), enfermedades (número) (-.35), interior de casa (-.39), Índice de Lawton-Brody (-.40) y estrés social (-.48).

A pesar de que se encontraron correlaciones positivas y negativas, en el presente estudio únicamente se consideraran aquellas que mostraron un valor intermedio en su magnitud (> 0.3).

En la Figura 3 se muestran las correlaciones superiores a 0.3 e inferiores a -0.3 entre los indicadores de funcionalidad y los indicadores de actividad social. De manera semejante, se muestran las correlaciones entre movilidad y salud. Se obtuvieron correlaciones positivas entre los logros y el capital social (.33), entre la puntuación en el Barthel y el tiempo libre (.5), entre el puntaje en la Escala de Gijón y el capital social (.36) y entre el Índice de Duke y el tiempo libre (.32).

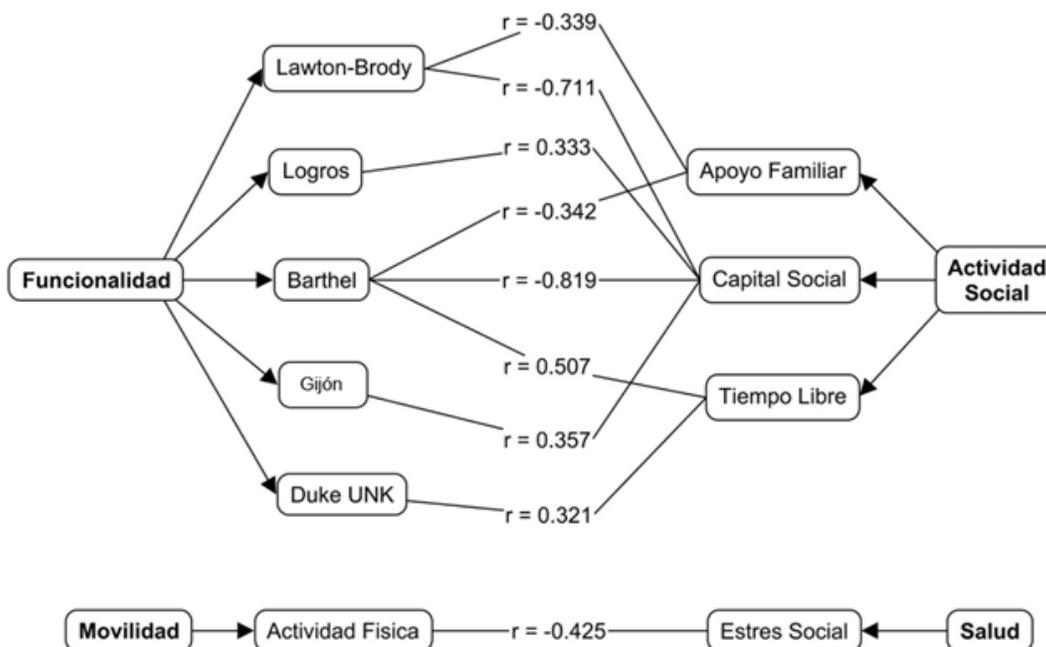
Figura 2. Correlación de Spearman entre los indicadores de actividad social, enfermedad, estrés movilidad y funcionalidad con el índice de bienestar emocional.



Por otra parte, se encontró una relación inversa entre el puntaje en el Índice de Lawton-Brody y el apoyo familiar (-.33), y entre esta misma escala y el capital social (-.71). Es también importante mencionar las relaciones negativas entre el Índice de Barthel tanto con apoyo familiar (-.34) como

con capital social (-.81). Por último, se encontró una relación inversa entre la actividad física y el estrés social (-.42) lo que indica que un aumento en la actividad física se asocia con una disminución del estrés social.

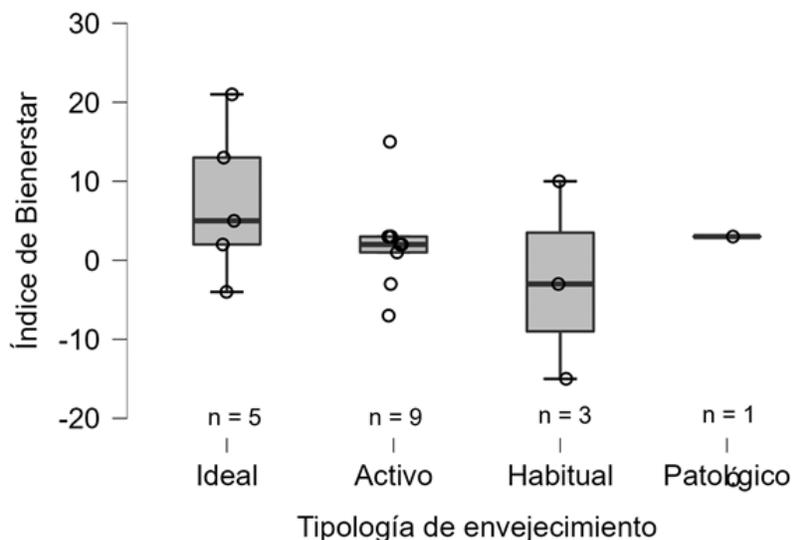
Figura 3. Esquema de correlaciones de las variables de funcionalidad respecto a las de actividad social y las de movilidad con el estrés social.



Por último, se efectuó una tipificación de la actividad con base en el tipo de envejecimiento de los adultos participantes. Según esta clasificación, cinco participantes tuvieron un nivel de tipo de envejecimiento ideal; ocho fueron clasificados como

“activos”; tres, niveles “habituales”, y uno estaba en estado “patológico”. Posteriormente, fue comparado su índice de bienestar subjetivo, y esta comparación se representa en la Figura 4.

Figura 4. Índice de bienestar en función del tipo de envejecimiento.



En la figura se aprecia el nivel de bienestar de cada uno de los participantes y su mediana. Es importante que el lector considere que la heterogeneidad de la muestra y la disparidad respecto al número de participantes por categorías hace difícil una comparación en función de la tipología. Es en este sentido que estos datos únicamente permiten conocer la muestra con una posible tendencia a una disminución en el índice de bienestar conforme la clasificación varía de un envejecimiento ideal a uno patológico.

DISCUSIÓN

La presente investigación tuvo como propósito describir las referencias de los adultos mayores a su grado de movilidad, emociones y estado de salud, a fin de explorar la interrelación entre estas diferentes variables vinculadas a la calidad de vida. Sin embargo, los datos mostrados tienen la gran limitación de haber utilizado una muestra pequeña (dieciocho casos), y por ende tiene un carácter meramente descriptivo y exploratorio que puede, no obstante, orientar el desarrollo de un análisis

más robusto con una muestra mayor que haga posible dar más potencia a los datos de futuros estudios. Por otra parte, las correlaciones informan respecto a la covariación entre dos variables medidas, y nunca en una dimensión causal; por ello, las interpretaciones orientadas en este sentido de causalidad tendrán un mero carácter de hipótesis que deben ser comprobadas posteriormente.

Con base en estas consideraciones, se puede apuntar que el bienestar de los adultos mayores está directamente relacionado con su funcionalidad, medida con la escala Lawton-Brody, que evalúa la funcionalidad interna en casa y en el entorno externo inmediato. De igual forma, la movilidad dentro de casa y la actividad física en general son elementos presentes en las personas que reportan un buen nivel de bienestar emocional. De forma inversa, quienes sufren de estrés social, así como aquellos que sufren un mayor número de enfermedades, muestran un pobre bienestar emocional. Tales datos han sido corroborados en otras investigaciones, como la de Torres *et al.* (2020).

Las implicaciones prácticas que se pueden derivar de forma provisional de estos datos es que promover la actividad física y la funcionalidad de

los adultos mayores, así como la relajación como elemento contrario al estrés social, favorecerán que se goce de un mayor bienestar emocional.

Por otra parte, son indicadores específicos de funcionalidad los logros cotidianos, los que se correlacionan con el capital social que derivan de relacionarse significativamente con otras personas, lo que a su vez es un indicador más de su funcionalidad.

Sin embargo, los puntajes obtenidos con el Índice de Barthel correlacionaron de forma inversa con los puntajes obtenidos en las variables referidas al capital social y el apoyo familiar, probablemente porque el patrón de relación con la familia y los otros significativos muestra una dependencia que fomenta una pobre autonomía y una escasa funcionalidad, y depender de otros genera estrés social. Por otro lado, el uso del tiempo libre es un buen indicador de funcionalidad y autonomía. El que un adulto mayor pueda seleccionar actividades recreativas en función de su propio gusto e interés habla de una persona que sabe administrar su tiempo para descansar, divertirse y solazarse.

En otro ámbito, la autonomía evaluada mediante el Índice de Lawton-Brody muestra una correlación inversa con el capital social, precisamente porque el adulto mayor que es funcional y se atiende a sí mismo no invierte generalmente su tiempo en cultivar relaciones sociales significativas con otros ni hacen que esas relaciones se basen

en un patrón de total dependencia, lo que es una fuente de estrés. Finalmente, la Escala Gijón, que evalúa algunas competencias sociales, sí correlaciona de forma directa con el capital social de relaciones con los otros en términos gratificantes.

Las implicaciones prácticas, en el caso de que tales correlaciones fueran consistentes en otras muestras estudiadas, son que es importante equilibrar la funcionalidad y la autonomía del adulto mayor, de lo que puede derivar una riqueza generada por el contacto social significativo con los otros. Así, es importante promover el uso adecuado del tiempo libre en dicha población, de forma que sea un tiempo empleado con calidad.

Por último, se hallaron correlaciones medias entre el estrés social y la actividad física. Las personas adultas mayores que viven bajo amenazas percibidas tienden a la inmovilidad, y viceversa; en otras palabras, la activación física promueve que las personas no atiendan o se enfoquen en elaboraciones que promueven amenazas percibidas, que en muchas ocasiones no corresponden a situaciones reales. Lo que sí es evidente es que el deterioro natural del organismo de estas personas se expresa como un aumento en el número de enfermedades que los someten a un considerable estrés físico. Dotarlos de recursos para afrontarlo puede tener funciones preventivas que promuevan su calidad de vida.

Citación: Urbina-Aceves, E., Camacho-Gutiérrez, E., Pérez-Duarte, A. y Silva-Castillo, L. (2024). Análisis descriptivo de la movilidad, emociones y salud en la referencia verbal de adultos mayores. *Psicología y Salud*, 34(1), 59-70. <https://doi.org/10.25009/pys.v34i1.2844>

REFERENCIAS

- Asociación Psiquiátrica Americana (2015). *DSM-5. Guía para el diagnóstico clínico*. El Manual Moderno.
- Belmonte, S., González R., A.M., Arrebola, J. y Montoro A., C. (2021). Impacto del ejercicio físico en variables relacionadas con el bienestar emocional y funcional en adultos mayores. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 56(3), 136-143.
- Brigeiro, M. (2005). "Envejecimiento exitoso" y "tercera edad": problemas y retos para la promoción de la salud. *Investigación y Educación en Enfermería*, 23(1), 102-109.
- Broadhead, W.E., Gehlbach, S.H., Degruy, F.V. y Kaplan, B.H. (1988). The Duke-UNC Functional Social Support Questionnaire: Measurement for social support in family medicine patients. *Medicine Care*, 26, 709-723.
- Castellanos P., N., Borda M., G., Fernández Q., Á., Aarsland, V., Soennesyn, H. y Cano G., C.A. (2020). Factors associated with functional loss among community-dwelling Mexican older adults. *Biomedica*, 40(3), 546-556. Doi: 10.7705/biomedica.5380

- Cuéllar F., I. y Dresch, V. (2012). Validación del Cuestionario de Apoyo Social Funcional Duke-UNC 11 en personas cuidadoras. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación*, 2(34), 89-101.
- Durán A., L., Salinas E., G. y Gallegos C., K. (2008). *Estudios sobre la calidad de vida relacionada con la salud del adulto mayor en México*. Recuperado de www.imss.gob.mx/NR/rdonlyres/D31038DC14C0-BF083717E1C477631D/0/CVLuisDuran.pdf
- Fernández B., R. (1997). Calidad de vida en la vejez: condiciones diferenciales. *Anuario de Psicología*, 73, 89-104.
- Fernández G., F.M., Pérez F., R. y Rodríguez V., R. (1994). Envejecimiento y estilos de vida saludables en España. *Estudios Geográficos*, 55(216), 455.
- Fredrickson, B.L. y Losada M., F. (2005). Positive affect and the complex dynamics of human flourishing. *American Psychologist*, 60(7), 678-686. Doi: 10.1037/0003-066X.60.7.678
- Gallud, J. y Guirao G., J.A. (2004) *Escalas e instrumentos para la valoración en atención domiciliaria*. Valencia (España): Generalitat Valenciana, Secretaria Autònoma per a la Agència Valenciana de la Salut. Recuperado de <http://www.san.gva.es/documents/246911/251004/v.3785-2004.pdf>
- García G., J.V., Díaz P., E., Salamea, A., Cabrera, D., Menéndez, A., Fernández S., A. y Acebal, V. (1999). Evaluación de la fiabilidad y validez de una escala de valoración social en el anciano. *Atención Primaria*, 23, 434-40.
- Guerrero, L. y León, A. (2010). Estilo de vida y salud: un problema socioeducativo. *Educere*, 14(49), 287-295.
- Huenchuan, S. (2018). *Envejecimiento, personas mayores y Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible: perspectiva regional y de derechos humanos*. Santiago de Chile: CEPAL.
- Lawton, M.P. y Brody, E.M. (1969). Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*, 9(3), 179-186.
- Mahoney, F.I. y Barthel, D.W. (1965). Functional evaluation: the Barthel Index. *The Maryland State Medical Society*, 13, 61-65.
- Moreno J., B. (1996). Evaluación de la calidad de vida. En G. Buela C. (Ed.): *Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud* (pp. 1045-1079). Siglo XXI.
- Morrison, J. (2015). *La entrevista psicológica*. El Manual Moderno.
- Organización Mundial de la Salud (1948). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud* [Documento en línea]. Disponible en http://www.who.int/gb/bd/PDF/bd46/s-bd46_p2.pdf
- Petretto, D. Pili, R., Gaviano, L., Maatos, C. y Zuddas, C. (2016a). Envejecimiento activo y de éxito o saludable: una breve historia de modelos conceptuales. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 51(4), 229-241. Doi: 10.1016/j.regg.2015.10.003 0211-139X/
- Ramos G., E. (2013). Fragilidad y asociaciones de riesgo en adultos mayores de una comunidad urbana. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 42(3), 368-376.
- Reyes A., V, Sotomayor S., S.M. y González J., L. (2007). Conductas relacionadas con la salud del adulto mayor en una comunidad suburbana del D.F. *Revista de Enfermería del IMSS*. Recuperado de <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDARTICULO=18889>
- Reynoso E., L. y Becerra G., A.L. (2021). *Medicina conductual: Avances y perspectivas* (1ª ed.). Ciudad de México: Qartuppi. Doi: 10.29410/QTP.21.1
- Soberanes, S., González, A. y Moreno, Y. (2009). Funcionalidad en adultos mayores y su calidad de vida. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 14(4), 161-172.
- Torres Á., F.R., Gaibor J., A.G. y Pozo D., I.L. (2020). Los beneficios de la actividad física en la calidad de vida de los adultos mayores. *Revista Digital de Educación Física*, 63, 22-29.
- Wood, C., Barton, J. y Smith, N. (2021). A cross-sectional study of physical activity behaviour during the UK coronavirus lockdown. *Journal of Health Psychology*, 27(6), 1432-1444. Doi: 10.1177/1359105321999710
- Zavala G., M.A. y Domínguez S., G. (2011). Funcionalidad para la vida diaria en adultos mayores. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 49(6), 585-590.