

ENVEJECIMIENTO EXITOSO EN FUNCIÓN DE LA PERCEPCIÓN DEL NIVEL DE SALUD EN PERSONAS MAYORES QUE PARTICIPAN EN PROGRAMAS DE ENVEJECIMIENTO ACTIVO

SUCCESSFUL AGEING ACCORDING TO PERCEPTION OF HEALTH LEVEL ON ELDERLY WHO TAKE PART IN ACTIVE AGEING PROGRAMMES.

Palabras clave: Envejecimiento exitoso, envejecimiento activo, terapia ocupacional, SF-36, personas mayores.

Key words: Successful ageing, active ageing, occupational therapy, SF-36, older people.

DECS: Envejecimiento, Terapia Ocupacional, anciano

MESH: Aging, Occupational therapy, aged



Autora:

Dña. Ana López Fraga.

Terapeuta Ocupacional. Máster en Gerontología Clínica (Programa Oficial de Posgrado). Fundación "Terra de Trasancos-Coop. do Val".

e-mail: terapia.ftt@cooperativaoval.com ; analf@msn.com

Como citar este documento:

López Fraga A. Envejecimiento exitoso en función de la percepción del nivel de salud en personas mayores que participan en programas de envejecimiento activo. TOG (A Coruña) [revista en Internet]. 2013 [fecha de la consulta]; 10(17): [20 p]. Disponible en: <http://www.revistatog.com/num17/pdfs/revision.pdf>

Texto recibido: 23/04/2013

Texto aceptado: 28/04/2013

Inroducción

La encuesta mayores 2010 publicada por el Ministerio de Sanidad y Política Social indica que en España un 16,7% de la población total son personas mayores ⁽¹⁾. Afortunadamente, no todas las personas mayores presentan patologías que les impidan ser independientes y autónomas en su entorno, existen muchas que cumplen años con buena salud, bajo riesgo de enfermar y buen estado físico y mental, es decir han logrado alcanzar lo que denominamos envejecimiento exitoso. Si además tienen una percepción positiva de su estado de salud y una participación social activa están gozando de un envejecimiento activo. Para ofrecer bienestar y calidad de vida a este colectivo es preciso implantar programas, proyectos y actividades que garanticen un envejecimiento activo, dado que uno de los objetivos fundamentales de

Resumen

El envejecimiento exitoso va más allá de la buena salud. Se trata de un proceso multidimensional que se presenta en aquellas personas mayores con baja probabilidad de enfermedad, ausencia de discapacidad, alto funcionamiento físico y mental y alta participación social. Se ha demostrado la influencia del propio individuo sobre su proceso de envejecimiento y que éste se puede modificar de forma positiva mediante distintas intervenciones y acciones. La terapia ocupacional tiene un gran campo de actuación en este ámbito ya que promueve la funcionalidad y comparte la filosofía que fomenta el envejecimiento activo: ocuparse significativamente. Se ha demostrado los programas preventivos de terapia ocupacional en la población adulta contribuyen a alcanzar un envejecimiento exitoso. El objetivo de este estudio es determinar la percepción calidad de vida de las personas mayores que participan en actividades de envejecimiento activo para poder determinar si han alcanzado un envejecimiento exitoso. A la vista de los resultados, se puede afirmar que aquellas personas que participan en programas de envejecimiento activo gozan de un envejecimiento exitoso.

Summary

Successful ageing goes beyond good health. It is a multidimensional process that occurs in elderly people with low probability of disease, absence of disability, high physical and mental functioning and high social participation. The influence of individual in his/her ageing has been demonstrated, as well as this process can be changed positively through different interventions and actions. In this area, occupational therapy has a broad field of action as it promotes functionality and shares the philosophy which encourages active ageing: to achieve meaningful occupation. It has been proved that occupational therapy preventative programmes in adult population contribute to reaching a successful ageing in adult population. The aim of this study is to assess the perception of life quality of elderly people who take part in activities of active ageing, in order to determine if a successful ageing has been achieved. After considering the results, it can be stated that people who take part in active ageing programs, enjoy a successful ageing.

todas estas actuaciones es el de mantener la autonomía personal y prevenir la dependencia de sus beneficiarios ⁽²⁾, objetivos principales también las intervenciones de terapia ocupacional.

Es primordial realizar una aproximación teórica a los términos de envejecimiento exitoso y envejecimiento activo para poder llevar a cabo este trabajo, ya que ambos términos nos explicarán que indicadores tomar para su medida.

Rowe y Khan de 1987 ⁽³⁾ y 1998 ⁽⁴⁾ explicaron la forma de envejecer mediante tres procesos diferenciados: envejecimiento usual, patológico y con éxito. Afirmaron que el envejecimiento con éxito va más allá de la buena salud. Se trata de un concepto multidimensional que abarca varios factores biopsicosociales y que se presenta en aquellas personas mayores con baja probabilidad de enfermedad y de la discapacidad asociada, alto funcionamiento físico y mental y alta participación social. En la mayoría de los estudios sobre envejecimiento exitoso, el estado de salud (tanto objetivo como subjetivo) entendido como la ausencia de enfermedad ⁽³⁻⁸⁾ y la funcionalidad en cuanto a la ausencia de discapacidad ^{(3), (4), (8), (9)} parecen ser los principales indicadores del envejecimiento exitoso seguidos del funcionamiento físico ^{(3), (4), (7), (10-12)} y el funcionamiento mental ^{(12), (13), (16)}. El grado de participación social

(3), (4), (6), (7), (12), la participación en actividades y desempeño productivo (3), (4), (13) y el apoyo social y redes sociales^{(7), (10-12)} son considerados a su vez indicadores muy importantes. También influyen de forma muy significativa en este proceso el grado de satisfacción con la vida^{(11), (14-17)} y la capacidad de adaptación a los cambios⁽¹⁸⁻²⁰⁾.

El concepto de envejecimiento activo fue adoptado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) a finales de los 90 definiéndolo como el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen; permite a las personas realizar su potencial de bienestar físico, social y mental a lo largo de todo su ciclo vital y participar en la sociedad de acuerdo con sus necesidades, deseos y capacidades, mientras se les proporciona protección, seguridad y cuidados adecuados. Los pilares del envejecimiento activo son: salud, participación y seguridad⁽²¹⁾. Este concepto abarca seis grupos de determinantes: los servicios sociales y de salud, hábitos de vida, determinantes personales, entorno físico, determinantes sociales y determinantes económicos. Para la OMS los aspectos básicos del envejecimiento activo son la autonomía entendida como la capacidad de controlar, afrontar y tomar por propia iniciativa decisiones personales acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias y desarrollar las actividades básicas de la vida diaria, la independencia que es la capacidad de realizar las actividades de la vida diaria y vivir de forma independiente en la comunidad sin ayuda de otras personas, la calidad de vida definida como la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones y por último la esperanza de vida saludable que es el tiempo que la gente espera vivir sin discapacidad.

Se puede afirmar la multidimensionalidad del concepto de envejecimiento activo o exitoso, la influencia de factores individuales y ambientales en el proceso y el

uso de indicadores objetivos y subjetivos para su evaluación. También es ampliamente aceptado la influencia del propio individuo sobre su proceso de envejecimiento y que éste se puede modificar de forma positiva mediante distintas intervenciones y acciones ^{(22),(23)}.

A la vista de las definiciones de los procesos de envejecimiento activo o exitoso, se puede decir que la terapia ocupacional tiene un gran campo de actuación en este ámbito debido al auge de las actuaciones, programas y proyectos que surgen para conseguir que las personas gocen de un envejecimiento activo y alcancen un envejecimiento exitoso. La terapia ocupacional promueve la funcionalidad y comparte la filosofía que fomenta el envejecimiento activo: ocuparse significativamente ⁽²⁴⁾. El papel el uso de la actividad es muy importante en los procesos de envejecimiento, ya que actúa positivamente sobre el mismo ⁽²⁵⁾. Se ha demostrado los programas preventivos de terapia ocupacional en la población adulta contribuyen a alcanzar un envejecimiento exitoso ⁽²⁶⁻³⁰⁾. Así, la prevención mediante el fomento de la autonomía personal, la independencia funcional, las actividades sociales y de ocio que fomenten el desempeño productivo y la vida social y la intervención sobre los componentes del desempeño ocupacional a nivel físico, cognitivo, sensorial o ambiental que influyen sobre este proceso.

El objetivo de este estudio es determinar la percepción calidad de vida de las personas mayores que participan en actividades de envejecimiento activo para poder determinar si han alcanzado un envejecimiento exitoso.

Metodología

Revisión estado del arte

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica consultando la base de datos MEDLINE (1950-2013), SCIELO (1950-2013), DIALNET (1950-2013), NARIC REHABDATA (1950-2013) e ISI Web of Knowledge (Science Citation Index Expanded, (1945-2013).

Descripción del estudio

Se ha diseñado para esta investigación un estudio empírico transversal descriptivo cuantitativo.

Muestra. Criterios de inclusión y exclusión

Muestra estratificada aleatoria de personas que participan en actividades de fomento de envejecimiento activo.

Los criterios de inclusión en el estudio fueron la edad (personas mayores de 60 años), la situación laboral (personas jubiladas, prejubiladas o que nunca hayan desempeñado trabajos remunerados), la vida de forma independiente en la comunidad y la participación en al menos una de las actividades de fomento envejecimiento activo.

Como criterios de exclusión se han determinado la dependencia para alguna actividad de la vida diaria, la institucionalización y la vida laboral activa.

Recogida de datos: Cuestionario de Salud SF-36

Se utilizó el cuestionario de calidad de vida percibida SF-36⁽³¹⁾. Se trata de uno de los instrumentos genéricos de medida de calidad de vida más utilizados a nivel mundial. Evalúa ocho estados seleccionados en función de su amplia utilización en los estudios o su fuerte soporte empírico que son: funcionamiento físico (FF), rol físico (RF), dolor (D), estado de salud general (SG), vitalidad (V),

funcionamiento social(FS), rol emocional(RE) y salud mental(SM). Además de estas ocho escalas de salud, se incluye un ítem que evalúa el concepto general de cambios en la percepción del estado de salud actual respecto a cómo era un año antes (TS). Se trata de un instrumento autoadministrado que consta de 36 ítems en su versión corta y proporciona un perfil del estado de salud. Es uno de los instrumentos más utilizados por su exhaustivo y riguroso estudio psicométrico, la facilidad de manejo para las personas que lo cumplimentan y para la persona que evalúa y la facilidad, rapidez y utilidad de sus resultados.

Para cada dimensión del SF-36, los ítems se codifican, agregan y transforman en una escala con recorrido desde 0 (peor estado de salud) hasta 100 (mejor estado de salud) utilizando los algoritmos e indicaciones que ofrece el manual de puntuación e interpretación del cuestionario ^{(32), (33)}. Por tanto, una mayor puntuación en las diferentes dimensiones indica un mejor estado de salud y/o una mejor calidad de vida. En la tabla 1 se describen las dimensiones de salud evaluadas por el SF-36 y sus respectivas interpretaciones de acuerdo con los resultados bajos o altos por cada escala.

Tabla 1.-Subescalas del índice de salud SF-36 e interpretación de resultados

Áreas	nº ítems	Significado de los resultados	
		Baja Puntuación	Alta Puntuación
Función Física (FF)	10	Mucha limitación para realizar todas las actividades físicas incluyendo bañarse o vestirse por problemas de salud	Realiza todo tipo de actividades físicas, incluyendo las más vigorosas, sin gran limitación
Rol Físico (RF)	4	Problemas con el trabajo u otras actividades diarias como resultado de su salud física	Ningún problema con el trabajo u otras actividades diarias como resultado de su salud física
Dolor (D)	2	Dolor muy severo y altamente limitante	Ausencia de dolor o limitaciones debidas al mismo
Salud General (SG)	5	El sujeto evalúa su salud como mala y cree que probablemente empeorará	Evalúa su salud personal como buen/excelente
Vitalidad (V)	4	Cansancio y agotamiento todo el tiempo	Lleno de entusiasmo y energía todo el tiempo
Función Social (FS)	2	Interferencia frecuente y extrema con las actividades normales debido a problemas físicos o emocionales	Realiza actividades sociales normales sin interferencia debidas a problemas físicos o emocionales
Rol Emocional (RE)	3	Problemas con el trabajo u otras actividades diarias como resultado de problemas emocionales	Ningún problema con el trabajo u otras actividades diarias como resultado de problemas emocionales
Salud Mental (SM)	6	Sensación de nerviosismo y depresión todo el tiempo	Sensación de paz, felicidad y calma todo el tiempo
Transición de Salud (TS)	1	cree que su salud es mucho peor ahora que hace un año	Cree que su salud es mucho mejor ahora que hace un año

Adaptada de Ware y Sherbourne (1992)

Se ha seleccionado este instrumento para el estudio por la concordancia de las dimensiones evaluadas en el mismo con los principales indicadores de envejecimiento exitoso descritos en la literatura

científica

y el nivel de correlación entre los criterios de Rowe y Khan ⁽³⁾, ⁽⁴⁾ para definir un envejecimiento exitoso y las puntuaciones obtenidas en las subescalas del cuestionario ⁽²²⁾. Es aplicable tanto en población general como en colectivos clínicos, en estudios ya sean descriptivos o de evaluación ⁽³⁴⁾. La adaptación del cuestionario para su uso en España ha sido realizada Alonso J, Prieto L y Antó JM ⁽³⁵⁾, mostrando niveles adecuados de validez, fiabilidad y equivalencia cultural con otras versiones de otros países ⁽³⁶⁾. Se han utilizado como valores de referencia los establecidos por para la población adulta mayor de 60 años ⁽³⁷⁾.

Además del MOS-SF-36 se les ha entregado una encuesta con tres ítem: edad, situación laboral y datos de convivencia.

El MOS-SF-36 y la encuesta fueron entregados con instrucciones, recogiendo datos de forma anónima, informando que serían utilizados para un estudio de investigación y obteniendo su consentimiento.

Análisis de datos

Para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS en su versión 20 ⁽³⁸⁾ realizando análisis multivariante descriptivo.

Resultados

Participaron en el estudio 106 personas independientes para todas las actividades de la vida diaria que viven en la comunidad.

Participan en una o varias de las siguientes actividades enmarcadas dentro de los programas de fomento del envejecimiento activo: promoción y cuidado activo de la salud (gimnasia terapéutica, memoria, psicomotricidad, yoga, natación), prevención y educación sociosanitaria (escuela de la salud, charlas y talleres), programa de formación socioeducativa (informática, manualidades, teatro, cantareiras, patchwork, bailes y coreografías) y programa de cultura, ocio y tiempo libre (bailes semanales, eventos culturales, excursiones, festivales y reuniones de ocio).

La muestra está constituida en su mayoría por mujeres (66,1 %). La edad media de fue de 70,1 años con un [Rango: 60-86, Desviación estándar (DE: 6,16)]. En cuanto a la situación de convivencia el 46,2% viven con su cónyuge, un 16,9% personas viven solos, 16,1% en su propia vivienda con su cónyuge e hijos y un 20,8% de las personas estudiadas viven en el domicilio de sus hijos. En la tabla 2 aparecen resumidas las características de la muestra de estudio.

En la tabla 3 se presentan las puntuaciones de las ocho escalas del cuestionario SF-36 y el ítem de transición de salud. La mediana superó la puntuación de 50 en todas las

Tabla 2. Características de la muestra estudiada

Características	n=106
Sexo	
Mujer	70 (66,1%)
Hombre	36 (33,9%)
Grupos de edad	
<70	55(51,9%)
70-79	41(38,7%)
80 o más	10(9,4%)
Situación convivencia	
Viven solos	18(16,9%)
Con el cónyuge	49(46,2%)
Cónyuge e hijos en su propia vivienda	17(16,1%)
En casa de los hijos	22(20,8%)

escalas, lo que indica que el conjunto de la distribución se concentra en valores altos de la escala en todos los estados estudiados.

Las puntuaciones más altas corresponden al rol físico, rol emocional y función física. El porcentaje de personas que responden puntuaciones extremas (0-100) se corresponde también con estos tres estados.

Los porcentajes de valores medios en todas las escalas fueron mayores en los hombres que en las mujeres excepto en el rol físico que fueron muy similares.

Tabla 3. -Distribución de las puntuaciones del Cuestionario de salud SF-36

	Media (DE)	Mediana	Intervalo	Porcentaje con puntuación máxima (100)	Porcentaje con puntuación mínima (0)
TOTAL					
Función física	74,1(21,5)	77,5	0-100	8,5	0
Rol físico	83,8 (33,4)	100	0-100	76,4	9,4
Dolor corporal	74,2(24,8)	80	0-100	26,4	0,9
Salud general	56,6(21,3)	55	0-100	0,9	0,9
Vitalidad	61,9(22,8)	67,5	0-100	2,8	0,9
Función social	81,5(24,1)	90	0-100	45,3	0,9
Rol emocional	84,9(34,7)	100	0-100	81,2	3,7
Salud mental	72,1(21,4)	78	0-100	8,4	0
Trans. Salud	50,4(17,6)	50	0-100	3,7	1,9
VARONES					
Función física	75,5(33,6)	80	0-100	14,3	0
Rol físico	83,6(33,6)	100	0-100	74,3	11,4
Dolor corporal	78,5(24,7)	83,8	0-100	40	0
Salud general	59,5(21,9)	60	0-100	2,9	2,9
Vitalidad	65,2(20,2)	70	0-100	2,9	0
Función social	83,8(19,1)	90	0-100	45,7	0
Rol emocional	88,9(29,8)	100	0-100	85,7	8,6
Salud mental	76,5(20,8)	84	0-100	14,3	0
Trans. Salud	48,6(15,7)	50	0-100	0	5,7
MUJERES					
Función física	73,2(20,3)	75	0-100	5,7	0
Rol físico	83,8(33,6)	100	0-100	75,7	8,6
Dolor corporal	71,9(24,7)	78,5	0-100	21,4	0,9
Salud general	55,25(21,1)	55	0-100	0	0,9
Vitalidad	60,2(24,1)	65	0-100	2,8	0
Función social	80,3(26,3)	90	0-100	47,2	0,9
Rol emocional	82,9(37,1)	100	0-100	82,8	15,7
Salud mental	69,8(21,5)	74	0-100	5,7	0
Trans. Salud	51,4(18,6)	50	0-100	2,9	2,9

DE: desviación estándar

En la figura 1 se presentan las puntuaciones medias en cada una de las escalas del SF-36 comparadas con los valores de referencia establecidos para la población española mayor de 60 años (37).

En las ocho escalas, la media de puntuaciones en los sujetos estudiados es mayor que en los valores de referencia medios para la población mayor de 60 años.

Si comparamos las puntuaciones medias de cada una de las escalas del SF-36 según los rangos de edad observamos las siguientes tendencias:

- *Rango 60-64:* es el único rango de edades en el que las puntuaciones medias son menores en los hombres que en las mujeres, excepto en el

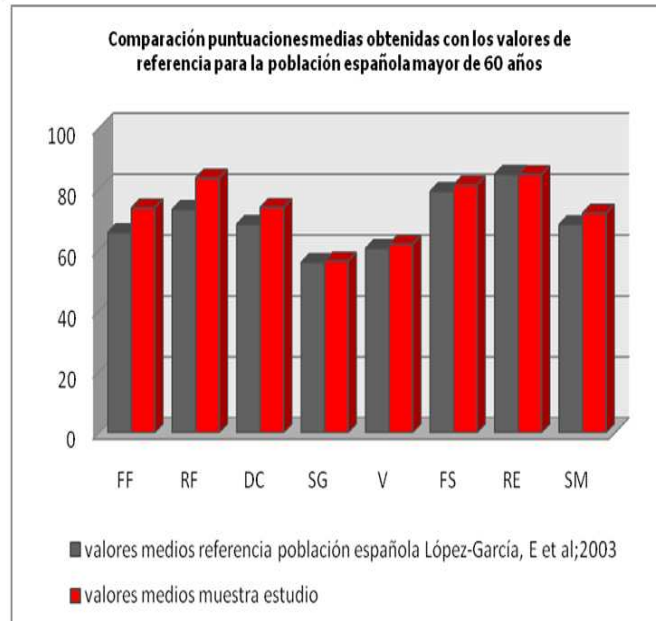
rol emocional y salud mental. La puntuación más alta para este grupo de edad en ambos sexos corresponde al rol emocional.

- *Rango 65-69:* las puntuaciones medias obtenidas son muy parecidas en todas las escalas y ligeramente superiores para los hombres. El rol físico es el mejor percibido en ambos sexos.

- *Rango 70-74:* las puntuaciones medias de los hombres son superiores en todas las escalas excepto en el rol físico. El rol emocional es el mejor percibido para los varones y el rol físico para las mujeres en este grupo de edad.

- *Rango 75-79 y rango > 80:* las puntuaciones medias de los hombres son superiores en todas las escalas a estas edades. El rol físico es el mejor percibido en ambos sexos.

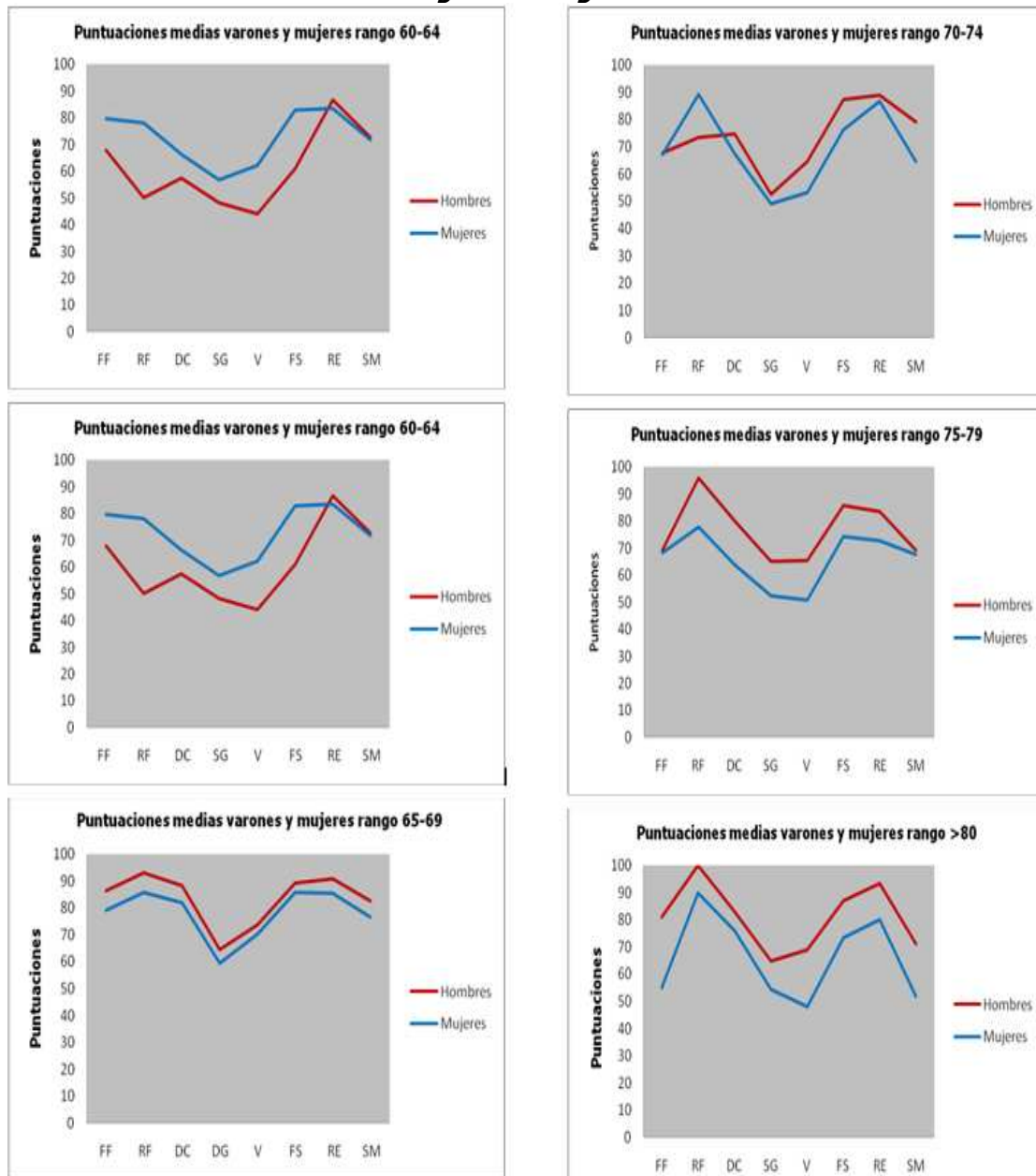
Fig 1.-Puntuaciones medias en cada una de las escalas del SF-36 comparadas con los valores de referencia establecidos por López-García et al para mayores de 60 años.



FF: Función física; RF: Rol Físico; DC: Dolor corporal; SG: Salud General; V: Vitalidad; FS: Función Social; RE: Rol Emocional; SM: Salud Mental.

Los valores de referencia indican puntuaciones medias superiores para los varones que las mujeres y una bajada de puntuaciones medias en los dos sexos a media que se van cumpliendo años, excepto en la escala de salud mental que sigue una tendencia lineal ⁽³⁷⁾.

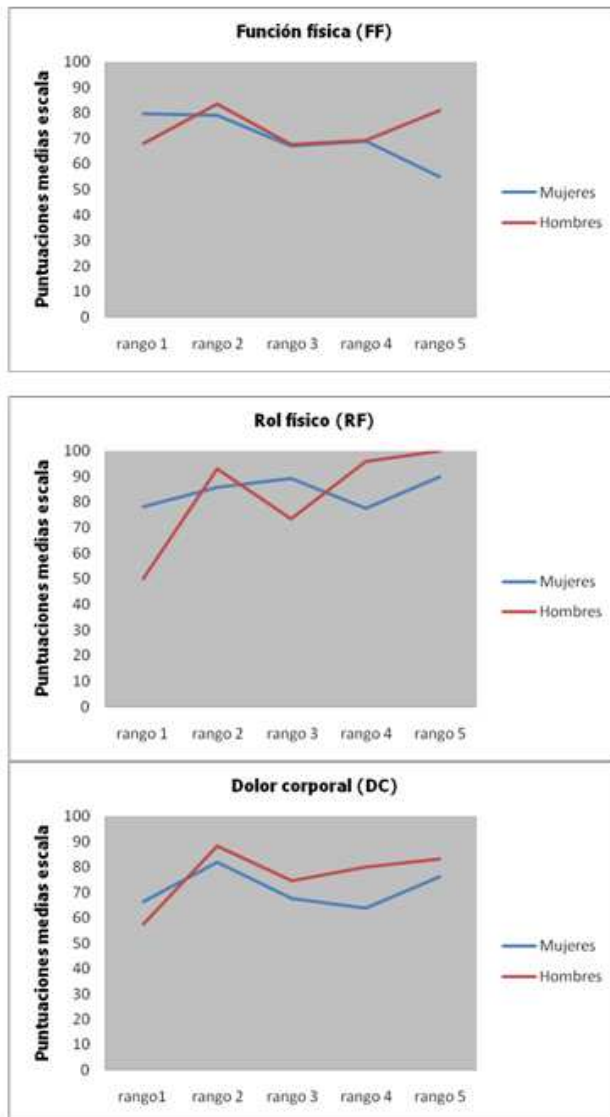
Fig. 2. -Comparación puntuaciones medias de cada una de las escalas del SF-36 por sexo según los rangos de edad



FF: Función física; RF: Rol Físico; DC: Dolor corporal; SG: Salud General; V: Vitalidad; FS: Función Social; RE: Rol Emocional; SM: Salud Mental.

En la figura 3 se muestra la evolución de puntuaciones medias en cada una de las escalas del SF-36 según edad y sexo. A continuación se muestran los resultados para cada una de las escalas:

Fig. 3.- Evolución de puntuaciones en cada una de las escalas: Puntuaciones medias de cada una de las escalas del SF-36 según edad y sexo



Rango 1:60-64 años; Rango 2: 65-69 años; Rango 3: 70-74 años; Rango 4: 75-79 años; Rango 6:>80 años.

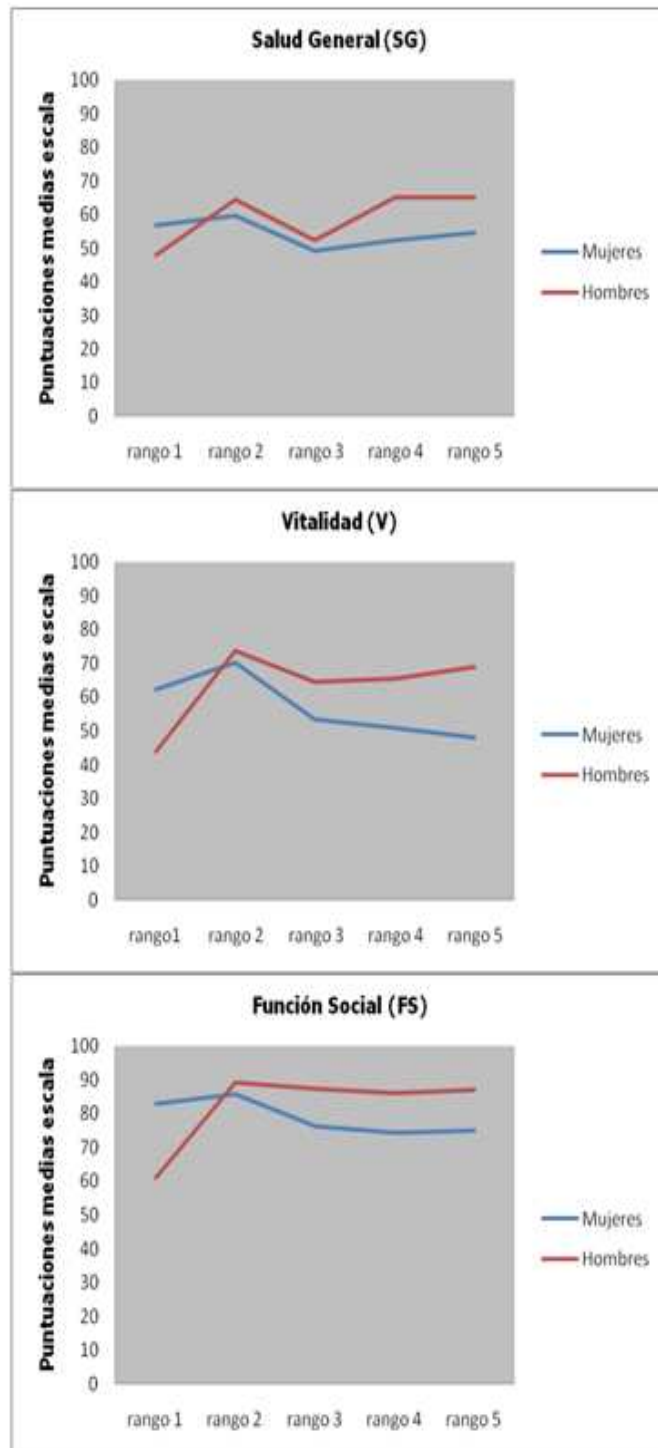
son ligeramente mayores excepto en el primer rango de edad (60-64 años) y en los mayores de 80 superando los hombres a las mujeres con una diferencia muy amplia:26 puntos

Función física: en el caso de las mujeres vemos como disminuyen las puntuaciones medias a media que van cumpliendo años existiendo una diferencia de casi 25 puntos entre el rango de edad más bajo (60-64) y las mujeres mayores de 80 años. En el caso de los hombres no se aprecia este descenso lineal, observándose un repunte en los mayores de 80 años. Puede indicar que aquellos varones que realizan actividades de envejecimiento activo después de los 80 años son los que realmente siguen encontrándose bien. Si comparamos a los hombres con las mujeres vemos que las puntuaciones medias obtenidas por los hombres

- Rol físico:* No sigue una tendencia lineal ni en hombres ni en mujeres. Es relevante que en ambos sexos la percepción del rol físico aumenta en la población mayor de 80 años, siendo 100 la puntuación media máxima en el caso de los hombres y 90 en el caso de las mujeres.

- Dolor corporal:* Los hombres tienen menor percepción de dolor corporal que las mujeres excepto en el rango de edad de 60-64 años. Las mujeres, a medida que van cumpliendo años tienen una puntuación media menor en esta escala, lo que indica que a más años más dolor corporal en su caso. Las medias obtenidas por los hombres con respecto a las mujeres en mayores de 80 años muestran que ellos tienen

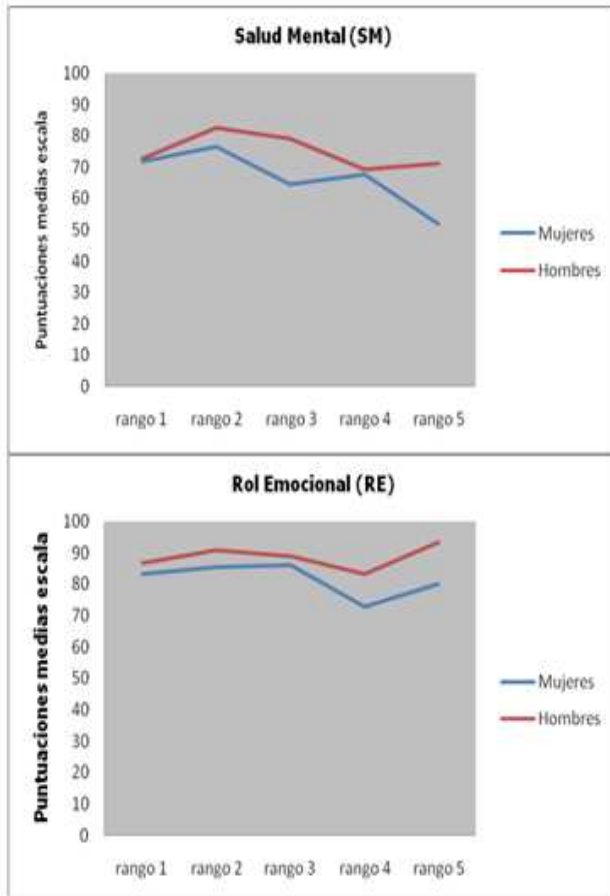
Fig. 3.- Evolución de puntuaciones en cada una de las escalas: Puntuaciones medias de cada una de las escalas del SF-36 según edad y sexo edad.



Rango 1:60-64 años; Rango 2: 65-69 años; Rango 3: 70-74 años; Rango 4: 75-79 años; Rango 6:>80 años.

menor dolor corporal a éstas edades con una diferencia de puntuación media de casi 10 puntos.

Fig. 3.- Evolución de puntuaciones en cada una de las escalas: Puntuaciones medias de cada una de las escalas del SF-36 según edad y sexo edad.



Rango 1:60-64 años; Rango 2: 65-69 años; Rango 3: 70-74 años; Rango 4: 75-79 años; Rango 6:>80 años.

- **Función social:** Los hombres tienen mejor percepción de la función social que las mujeres, excepto en el rango de edad de 60-64 años, en el que ellas se perciben mejor. En ambos sexos las puntuaciones medias descienden levemente a medida que van cumpliendo años, observándose un ligero aumento en mayores de 80 años.

- **Salud general:** Los hombres tienen mejor percepción de su salud general que las mujeres excepto en el rango de edad de 60-64 años.

- **Vitalidad:** en general, los hombres se sienten más vitales que las mujeres y a medida que van cumpliendo años. Las mujeres se perciben menos vitales a medida que envejecen. Con una diferencia de puntuaciones medias entre sexos en mayores de 80 años de 21 puntos porcentuales a favor de los varones.

- *Rol emocional:* la tendencia generalizada en el rango de edad de 60-64 años cambia con respecto a las escalas anteriores. Ya desde estas edades, y a lo largo de todas las demás franjas de edad, los hombres perciben un mejor desempeño de su rol emocional que las mujeres.
- *Salud mental:* se repite la misma tendencia que en el rol emocional. Los hombres perciben su salud mental mejor en todos los rangos de edad, incluso aquellos entre 60 y 64 años. Se observa que la percepción de la misma disminuye con la edad, excepto en caso de los hombres mayores de 80 años que aumenta ligeramente.

Discusión

En este trabajo se ha medido la percepción de salud en personas mayores de 60 años en las ocho escalas del cuestionario de calidad de vida SF-36: función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social y rol emocional. Además se ha determinado la percepción de la transición de salud. Se ha utilizado esta escala de percepción de salud por ser la que más concuerda con los principales indicadores de un envejecimiento exitoso y activo. Así, con los resultados de cada una de las escalas, podremos determinar si las personas que participaron en el estudio perciben su proceso de envejecimiento como exitoso.

En los ocho estados estudiados, los resultados nos indican que la distribución del conjunto de la muestra se concentra en valores altos de las escalas (mediana superior a 50) por lo que se puede afirmar que las personas que participan en actividades de envejecimiento activo realizan todo tipo de actividades físicas incluyendo las más vigoras sin gran limitación, no presentan problemas en las actividades como resultado de su salud física, no presentan limitaciones causadas por el dolor corporal, evalúan su estado de salud como bueno o excelente, se encuentran llenos de entusiasmo y energía, realizan

actividades sociales sin limitaciones debido a problemas físicos o emocionales, no presentan problemas emocionales ni de salud mental y cree, en general que su estado de salud es igual o mejor que hace un año.

En la comparación de los resultados obtenidos en el estudio con los valores de referencia para la población española mayor de 60 años ⁽³⁷⁾ los resultados indican que aquellas personas que participan en actividades de envejecimiento activo tienen una mejor percepción de su estado de salud en cuando a las ocho dimensiones estudiadas que la población general de los mismos rangos de edad.

Los hombres obtuvieron mejores puntuaciones que las mujeres en todas las dimensiones estudiadas, dato que concuerda con otros estudios para la población de personas mayores ^{(39), (40)}.

Los mejores resultados se obtienen en las escalas que valoran el rol físico, la función física y el rol emocional.

Normalmente, se aprecia un descenso de las puntuaciones del SF-36 a medida que se van cumpliendo años ⁽³⁷⁾. Los resultados del presente estudio revelan que no existe una tendencia de declive a medida que se cumplen años en las personas que participan en programas de envejecimiento activo. En el caso de la función física, vitalidad, salud mental y función social existen diferencias en cuanto a sexo, las mujeres se perciben peor en estas dimensiones a medida que pasan los años (aunque las medias de los valores de cada escala siguen estando en valores muy altos, siempre por encima de la mediana), sin embargo los hombres, experimentan una subida en esta percepción en todas estas dimensiones en los rangos de edad más altos estudiados. Para el rol físico, dolor corporal, salud general y rol emocional, ambos sexos muestran puntuaciones mayores en los últimos rangos de edad.

La tendencia de los resultados, siempre superiores a la media en todas las dimensiones y más altos en los últimos rangos de edad indiquen que la evidencia de los beneficios de los programas de envejecimiento activo.

Conclusiones

Demostrada la concordancia de las dimensiones evaluadas en el SF-36 con los principales indicadores de envejecimiento exitoso, el nivel de correlación entre los criterios de Rowe y Khan ^{(3), (4)} para definir un envejecimiento exitoso y las puntuaciones obtenidas en las subescalas del cuestionario ⁽²²⁾, a la vista de los resultados, se puede afirmar que aquellas personas que participan en programas de envejecimiento activo gozan de un envejecimiento exitoso.

Bibliografía

- (1)Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, Secretaria general de Política Social y Consumo e Instituto de Mayores y Servivios Sociales (IMSERSO).Encuesta de Mayores 2010. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, Secretaria general de Política Social y Consumo e Instituto de Mayores y Servivios Sociales (IMSERSO);2010
- (2)Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, Secretaria general de Política Social y Consumo e Instituto de Mayores y Servivios Sociales (IMSERSO). Libro Blanco Envejecimiento Activo. Madrid : Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, Secretaria general de Política Social y Consumo e Instituto de Mayores y Servivios Sociales (IMSERSO); 2011
- (3)Rowe JW, Kahn RL. Human aging: usual and successful. *Science* 1987; 237(4811):143-149
- (4)Rowe JW, Kahn RL. Succesful aging. *Gerontologist* 1997; 37(4): 433-440
- (5)Lupien SJ, Wan N. Succesful ageing: from cell to self. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci* 2004;359(1449):1413-1422
- (6)Strawbridge WJ, Wallhagen MI, Cohen RD.Successful aging and well-being: self-rated compared with Rowe and Kahn. *Gerontologist* 2002;42(6):727-733
- (7)Fernández-Ballesteros R. Envejecimiento activo. Contribuciones de la psicología. Madrid: Pirámide; 2009
- (8)Fries JF. The theory and practice of active aging. *Curr Gerontol Geriatr Res* 2012;2012;420637
- (9)Fries JF: Aging, natural death, and the compression of morbidity. *N Engl J Med* 1980; 303(3):130-135
- (10)Lee PL, Lan W, Yen TW. Aging successfully: a four-factor model. *Educ Gerontol* 2011; 37(3):21.-27
- (11)Deep CA, Jeste DV. Definitions and predictors of successful aging: a comprehensive review of larger quantitative studies. *Am J Geratr Psychiatry* 2006;14(1):6-20
- (12)Bowling A. Enhancing later life: how older people perceive active ageing? *Aging Ment Health* 2008;12(3):293-301
- (13)Siegrist J, Knesebeck O, Pollack CE. Social productivity and wel-being of older people. A sociological exploration. *PSTH* 2004;2:243-263
- (14)Lher U. Socio-psychological correlates of longevity. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics* 1982; 3:102-141
- (15)Havighurst RJ. successful aging. *Gerontologist* 1961;1:8-13.
- (16)Valliant GE, Mukamal K.Successful aging. *Am J Psychiatry* 2001;158:839-847
- (17)Bowling A. Lay perceptions of successful ageing: findings from a national survey of middle aged and older adults in Britain. *Eur J Ageing* 2006;4(1):57-58
- (18)Baltes PB, Baltes MM. Succesful aging: perspectives from the behavioral sciences. Cambridge University Press 1990;1-34
- (19)Freund AM, Baltes PB. Selection, optimization, and compensation as strategies of life management: correlations with subjective indicators of successful aging. *Psychol Aging* 1999; 14(4):700-702
- (20)Schulz R, Heckhausen J.A life span model of successful aging. *Am Psychol* 1996;51(7):702-714
- (21)Organización Mundial de la Salud(OMS). Envejecimiento activo: un marco político .Ginebra: Organización Mundial de la Salud(OMS); 2002
- (22)Montross LP, Depp C, Daly J, Reichstadt J, Golshan S, Moore D, Sitzler D, Jeste DV. orrelates of self-rated successful aging

among community dwelling older adults. Am J Geriatr Psychiatry 2006;14(1):43-51

(23)Chaves ML, Camozzato AL, Eizirik CL, Kaye J. Predictors of normal and successful aging among urban-dwelling elderly Brazilians. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci 2009;64(5):597-602

(24)Corregidor Sánchez AI. Terapia Ocupacional y personas mayores. Respondiendo a nuevos retos. Introducción al monográfico. TOG (A Coruña) [Revista en Internet]. 2010[1 de marzo de 2013]; monog.3: 27-31. Disponible en <http://revistatog.com/mono/num3/intro.pdf>

(25)Fone S, Lundgren-Linquist B. Health status and functional capacity in a group of successfully ageing 65-85-years-old. Disabil Rehabil 2003;25(18):1044-1051

(26)Clark F, Azen SP, Zemke R, Jackson J, Carlson M, Mandel D, Heno J, Josephson K, Cherry J, Hessel C, Palmer J, Lipson L. Occupational therapy for independent-living older adults. A randomized controlled trial. JAMA 1997;278(16):1321-1326

(27)Clark F, Azen SP, Carlson M, Mandel D, LaBree L, Hay J, Zemke R, Jackson J, Lipson L. Embedding health-promoting changes into the daily lives of independent-living older adults: long-term follow-up of occupational therapy intervention. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci 2001;56(1):P60-63

(28)Jackson J, Carlson M, Mandel D, Zemke R, Clark F. Occupation in lifestyle redesign: the Well Elderly Study Occupational Therapy Program. Am J Occup Ther 1998;52(5):326-336

(29)Stav WB, Hallenen T, Lane J, Arbesman M. Systematic review of occupational engagement and health outcomes among community-dwelling older adults. Am J Occup Ther 2012;66(3):301-310

(30)Arbesman M, Mosley LJ. Systematic review of occupation- and activity-based health management and maintenance interventions for community-dwelling older

adults. Am J Occup Ther 2012;66(3):277-283

(31)Ware JE Jr, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. Med Care 1992;30(6):473-83

(32)Ware JE, Snow KK, Kosinski M, Gandek B. SF-36 Health Survey. Manual and Interpretation Guide. Boston: The Health Institute, New England Medical Center; 1993.

(33)IMIN - Institut Municipal d'Investigació Mèdica. Manual de puntuación de la versión española del Cuestionario de Salud SF-36. Disponible en: <http://www.imim.es/imim/cas/c-QQV.htm>

(34)Badia X, Salamero M, Alonso J, Ollé A. La medida de la salud. Guía de escalas de medición en español. 2ª edición. Barcelona: Edimac; 1999

(35)Alonso J, Prieto L, Antó JM. La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. Med Clin (Barc) 1995; 104: 771-776

(36)Gandek B, Ware JE Jr. (Eds). Translating functional health and well-being: International Quality of Life Assessment (IQOLA) Project studies of the SF-36 Health Survey. Special Issue. J Clin Epidemiol 1998; 51: 891-1214

(37)López-garcía E, Banegas JR, Graciani Perez-Regadera A, Alonso J, Rodríguez Artalejo, F. Valores de referencia de la versión española del Cuestionario de Salud SF-36 en población adulta de más de 60 años. Med Clin (Barc) 2003;120:568-573

(38)Norusis MJ. SPSS advanced statistics, v20.0, [software de computadora en disco]. Chicago: SPSS Inc; 2000

(39)Walters SJ, Munro JF, Brazier JE. Using the SF-36 with older adults: a cross-sectional community-based survey. Age Ageing 2001;30:337-343

(40) Meléndez Hernández M, Montero ancianos no institucionalizados. Aten
Herrero R, Jiménez Sánchez C, Blanco Primaria 2001;28:91-96.
Montagut LE. Autopercepción de salud en

Agradecimientos

A todas las personas mayores que han participado en el estudio.

A la Fundación "Terra de Trasancos- Cooperativa do Val".

A todos mis compañeros de trabajo y otros profesionales que me han ayudado.