

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE TECNOLOGIAS EN SALUD

Adherencia al ejercicio físico, a partir de los determinantes sociales, en personas adultas mayores que asisten a los grupos conformados en Práctica Comunitaria I y II (TF-0147 y TF-0148) de la carrera de Bachillerato y Licenciatura en Terapia Física de la Universidad de Costa Rica, durante el segundo semestre del año 2017

Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Terapia Física

Postulantes

Rosales Pérez Yerlany – B05622

Porras Quesada Ángela - B15073

Ciudad Universitaria Rodrigo Facio

2018

Hoja de aprobación

Este Trabajo Final de Graduación fue aceptado por la Escuela de Tecnologías en Salud de la Universidad de Costa Rica, como requisito parcial para optar al grado de licenciatura en Terapia Física, el día 06 del mes de junio de 2018.



Dr. Horacio Chamizo García
Presidente del tribunal



Licda. Catalina Smith Molina
Directora



M.Sc. César Alfaro Redondo
Miembro del Tribunal



M.Ed. Rosibel Zelaya Orozco
Miembro del Tribunal



Licda. Heilyn Fernández Huertas
Profesora invitada

Derechos de propiedad intelectual: Este documento es propiedad de Yerlany Rosales Pérez cédula 2-0696-0226, carné universitario B05622; y de Ángela Porras Quesada cédula 1-1145-0198, carné universitario B15073. Se prohíbe su reproducción parcial o total sin el consentimiento de las autoras, según la Ley N.º 6683 sobre el Derecho de Autor y Derechos Conexos.

DEDICATORIA

Este gran éxito se lo dedico, primero que todo a Dios, quien fue el que, en su infinito amor, permitió que hoy yo estuviera aquí; a mi familia, la cual siempre estuvo apoyándome en todo momento y nunca me dejaron sola a pesar de las dificultades; a mis amigas del alma, quienes fueron una familia más para mí, las cuales me abrieron las puertas de sus hogares y de sus corazones; a mis profesores, por su paciencia y dedicación, quienes siempre vieron en mí algo más que a una sola estudiante; a mi compañera de tesis, que es mucho más que solo una amiga, la cual confió en mí para desarrollar este proyecto y con quien siempre pude contar; y también quiero mencionar aquellos Ángeles que Dios puso en mi camino, la Dra. Sofía Segura, Shirley Lezcano y Leidy Chacón, quienes me apoyaron y estuvieron a mi lado desde el primer momento en que las conocí. En especial dedico este logro, a mis padres y mi hermana gemela, ellos saben todo lo que han hecho por mí y sin su apoyo, yo hoy no estaría aquí dedicando estas palabras.

Ángela Porras Quesada

Dedico mi éxito al creador de todas las cosas, Dios, porque con su misericordia y amor me dio la fortaleza para perseverar y poder concretar cada una de mis metas. A mi compañera de tesis, porque desde el día que tomamos la decisión de emprender ésta aventura juntas ha demostrado ser un verdadero ángel, animándome a dar lo mejor en cada reto. A mi familia por el apoyo y la confianza que me han brindado, a mis padres porque con amor me han dado las herramientas para crecer en todos los ámbitos de mi vida, a mis hermanas porque siempre me han cuidado y aconsejado para lograr todo lo que me propongo, a mis sobrinos por ser mi motivación e inspiración constante. Pero especialmente quiero dedicar éste éxito a la mujer más importante en mi vida, quién ha sido mi pilar desde siempre, a mi madre, Xinia Pérez Solís, por su confianza y por enseñarme a confiar en mí misma, por no dejar que me rinda nunca, por hacerme saber que yo puedo ser excelente en todo momento y lugar, por estar siempre orgullosa de mí y por todos los esfuerzos que ha hecho para que esto sea posible, gracias mami, la AMO!

Yerlany Rosales Pérez

AGRADECIMIENTOS

A nuestro comité asesor, a la Licda. Catalina Smith Molina, por su apoyo incondicional, por estar siempre atenta a los detalles en cada etapa del proceso, por compartir sus conocimientos con nosotras, por guiarnos para ser siempre mejores y por ser más que una profesora una amiga a la cual le estaremos eternamente agradecidas. A la M.Ed. Rosibel Zelaya Orozco, por toda su colaboración, por ser una excelente tutora temporal y por exigirnos siempre calidad en el proceso. Al M.Sc. César Alfaro Redondo, por sugerirnos el tema que terminamos amando y por guiarnos para llevar a cabo un proceso de investigación muy ordenado y competente.

A los estudiantes y encargados de cada uno de los grupos evaluados, por facilitarnos el espacio necesario para llevar a cabo las entrevistas y por toda la colaboración brindada durante el proceso.

Agradecemos de manera especial a cada uno de los adultos mayores que fueron parte de este trabajo, por su paciencia, colaboración y disposición, por la confianza que nos dieron y por cada anécdota que compartieron con nosotras, gracias a su ayuda éste proyecto fue posible.

A nuestras familias por su apoyo incondicional, por estar siempre a nuestro lado celebrado nuestros triunfos y levantándonos en nuestros fracasos, gracias de todo corazón.

Finalmente, no podemos dejar de agradecerle a Dios, el cual ha estado primero en todo, y nos ha permitido vivir y disfrutar este momento tan especial en nuestras vidas.

Ángela Porras & Yerlany Rosales

—Si tienes un gran sueño, debes estar dispuesto a hacer un gran esfuerzo para concretarlo. Porque solo lo grande alcanza a lo grande” Facundo Cabral

Tabla de contenido

Resumen ejecutivo	xiv
CAPÍTULO I. Introducción.....	1
1.1 Planteamiento del problema.....	1
1.2 Objetivos	7
1.3 Justificación.....	8
CAPÍTULO II. Marco Teórico	11
2.1. Determinantes sociales de la salud-enfermedad y la calidad de vida.....	11
2.2. Promoción y prevención en salud	15
2.3. Influencia del envejecimiento en la independencia funcional del adulto mayor	16
2.4. Diferencia entre actividad física y ejercicio físico, y los beneficios en la persona adulta mayor	18
2.5. Intervención comunitaria desde la Terapia Física en el adulto mayor	22
2.6. Concepto de adherencia en salud, Terapia Física y ejercicio físico.....	25
2.7. Definición y operacionalización de las variables del estudio	29
CAPÍTULO III. Marco Metodológico	33
3.1. Definición del tipo de estudio	33
3.2. Espacio y tiempo	34
3.3. Unidad de análisis	34
3.4. Población-muestra.....	34
3.5. Validez interna, validez externa y precisión	35
3.6. Procedimientos de recolección de datos	37
3.7. Procedimientos y técnicas de análisis de datos y presentación de la información.....	39
3.8. Consideraciones éticas	40
CAPÍTULO IV. Análisis de resultados	43
4.1. Caracterización de la población	43
4.1.1. Datos personales	44
4.1.2. Calidad de vida.....	50
4.2. Efecto de los determinantes sociales en la adherencia al ejercicio físico.....	65
4.2.1. Adherencia al ejercicio físico	65

4.2.2. Correlación entre las variables de Calidad de Vida y la Adherencia al ejercicio físico	74
CAPÍTULO V. Propuesta de lineamientos	84
CAPÍTULO VI. Conclusiones y recomendaciones	94
6.1. Conclusiones	94
6.2. Recomendaciones	97
6.2.1. Recomendaciones para los estudiantes durante el proceso de investigación	97
6.2.2. Recomendaciones para los estudiantes de la carrera de Terapia Física ..	98
6.2.3. Recomendaciones para la Escuela de Tecnologías en Salud	99
Referencias Bibliográficas	100
ANEXOS	108

Índice de cuadros

Cuadro 1 Operacionalización de las variables del estudio	29
Cuadro 2 Distribución de lineamientos según actor responsable	93

Índice de gráficos

Gráfico 1 Distribución según sexo de los participantes. Población adulta mayor que asiste a los grupos de Práctica Comunitaria de la carrera de Terapia Física de la Universidad de Costa Rica, II Semestre 2017	45
Gráfico 2 Distribución según rangos de edad. Población adulta mayor que asiste a los grupos de Práctica Comunitaria de la carrera de Terapia Física de la Universidad de Costa Rica, II Semestre 2017	46
Gráfico 3 Distribución según antecedentes patológicos personales. Población adulta mayor que asiste a los grupos de Práctica Comunitaria de la carrera de Terapia Física de la Universidad de Costa Rica, II Semestre 2017	49
Gráfico 4 Percepción de la calidad de vida. Población adulta mayor que asiste a los grupos de Práctica Comunitaria de la carrera de Terapia Física de la Universidad de Costa Rica, II Semestre 2017	51
Gráfico 5 Grado de satisfacción con el estado de salud. Población adulta mayor que asiste a los grupos de Práctica Comunitaria de la carrera de Terapia Física de la Universidad de Costa Rica, II Semestre 2017	52

Índice de figuras

Figura 1 Las cinco dimensiones de la adherencia terapéutica.....	28
---	----

Índice de tablas

Tabla 1 Distribución de la población adulta mayor, según los grupos establecidos en la Práctica Comunitaria de la carrera de Terapia Física de la Universidad de Costa Rica, II Semestre 2017	44
Tabla 2 Distribución del estado civil según sexo. Población adulta mayor que asiste a los grupos de Práctica Comunitaria de la carrera de Terapia Física de la Universidad de Costa Rica, II Semestre 2017	47
Tabla 3 Distribución según escolaridad. Población adulta mayor que asiste a los grupos de Práctica Comunitaria de la carrera de Terapia Física de la Universidad de Costa Rica, II Semestre 2017	47
Tabla 4 Distribución según situación laboral. Población adulta mayor que asiste a los grupos de Práctica Comunitaria de la carrera de Terapia Física de la Universidad de Costa Rica, II Semestre 2017	48
Tabla 5 Distribución según consumo de sustancias. Población adulta mayor que asiste a los grupos de Práctica Comunitaria de la carrera de Terapia Física de la Universidad de Costa Rica, II Semestre 2017	50
Tabla 6 Calidad de vida según la salud física. Población adulta mayor que asiste a los grupos de Práctica Comunitaria de la carrera de Terapia Física de la Universidad de Costa Rica, II Semestre 2017	55
Tabla 7 Calidad de vida según dimensión psicológica. Población adulta mayor que asiste a los grupos de Práctica Comunitaria de la carrera de Terapia Física de la Universidad de Costa Rica, II Semestre 2017	57
Tabla 8 Frecuencia con respecto a sentimientos negativos. Población adulta mayor que asiste a los grupos de Práctica Comunitaria de la carrera de Terapia Física de la Universidad de Costa Rica, II Semestre 2017	58
Tabla 9 Calidad de vida según las relaciones personales. Población adulta mayor que asiste a los grupos de Práctica Comunitaria de la carrera de Terapia Física de la Universidad de Costa Rica, II Semestre 2017	60
Tabla 10 Calidad de vida según el ambiente. Población adulta mayor que asiste a los grupos de Práctica Comunitaria de la carrera de Terapia Física de la Universidad de Costa Rica, II Semestre 2017	64
Tabla 11 Nivel final de calidad de vida. Población adulta mayor que asiste a los grupos de Práctica Comunitaria de la carrera de Terapia Física de la Universidad de Costa Rica, II Semestre 2017	65

Tabla 12 Adherencia al ejercicio físico, según el aspecto socioeconómico. Población adulta mayor que asiste a los grupos de Práctica Comunitaria de la carrera de Terapia Física de la Universidad de Costa Rica, II Semestre 2017	67
Tabla 13 Adherencia al ejercicio físico, según las características del equipo de asistencia. Población adulta mayor que asiste a los grupos de Práctica Comunitaria de la carrera de Terapia Física de la Universidad de Costa Rica, II Semestre 2017 .	69
Tabla 14 Adherencia al ejercicio físico, según el aspecto de intervención. Población adulta mayor que asiste a los grupos de Práctica Comunitaria de la carrera de Terapia Física de la Universidad de Costa Rica, II Semestre 2017	70
Tabla 15 Adherencia al ejercicio físico, según el aspecto de capacidad física. Población adulta mayor que asiste a los grupos de Práctica Comunitaria de la carrera de Terapia Física de la Universidad de Costa Rica, II Semestre 2017.....	72
Tabla 16 Adherencia al ejercicio físico, según las características del participante. Población adulta mayor que asiste a los grupos de Práctica Comunitaria de la carrera de Terapia Física de la Universidad de Costa Rica, II Semestre 2017.....	73
Tabla 17 Nivel de adherencia al ejercicio físico. Población adulta mayor que asiste a los grupos de Práctica Comunitaria de la carrera de Terapia Física de la Universidad de Costa Rica, II Semestre 2017.....	74
Tabla 18 Relación entre los aspectos generales de calidad de vida y la adherencia al ejercicio físico. Población adulta mayor que asiste a los grupos de Práctica Comunitaria de la carrera de Terapia Física de la Universidad de Costa Rica, II Semestre 2017	76
Tabla 19 Relación entre la salud física y la adherencia al ejercicio físico. Población adulta mayor que asiste a los grupos de Práctica Comunitaria de la carrera de Terapia Física de la Universidad de Costa Rica, II Semestre 2017	78
Tabla 20 Relación entre la dimensión psicológica y la adherencia al ejercicio físico. Población adulta mayor que asiste a los grupos de Práctica Comunitaria de la carrera de Terapia Física de la Universidad de Costa Rica, II Semestre 2017.....	80
Tabla 21 Relación entre los aspectos sociales y la adherencia al ejercicio físico. Población adulta mayor que asiste a los grupos de Práctica Comunitaria de la carrera de Terapia Física de la Universidad de Costa Rica, II Semestre 2017.....	81
Tabla 22 Relación entre el ambiente y la adherencia al ejercicio físico. Población adulta mayor que asiste a los grupos de Práctica Comunitaria de la carrera de Terapia Física de la Universidad de Costa Rica, II Semestre 2017	83

Abreviaturas

OMS	Organización Mundial de la Salud
CCSS	Caja Costarricense de Seguro Social
CONAPAM	Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor
CDSS	Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud
AVD	Actividades de la Vida Diaria
ABVD	Actividades Básicas de la Vida Diaria
WHOQOL-BREF	World Health Organization Quality of Life-bref
SMAN	Scale to Measure Adherence to the Neuro-rehabilitation
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
ANOVA	Analysis Of Variance
INEC	Instituto Nacional de Estadística y Censos
CRELES	Costa Rica: Estudio de Longevidad y Envejecimiento Saludable
AGECO	Asociación Gerontológica Costarricense
EBAIS	Equipos Básicos de Atención Integral en Salud
APP	Antecedentes Patológicos Personales
HTA	Hipertensión arterial
SFT	Senior Fitness Test
DSAM	Determinantes Sociales del Adulto Mayor

Resumen ejecutivo

Rosales-Pérez Y, Porras-Quesada A. Adherencia al ejercicio físico, a partir de los determinantes sociales, en personas adultas mayores que asisten a los grupos conformados en Práctica Comunitaria I y II (TF-0147 y TF-0148) de la carrera de Bachillerato y Licenciatura en Terapia Física de la Universidad de Costa Rica, durante el segundo semestre del año 2017. Tesis para optar al grado de Licenciatura en Terapia Física. [San José, Costa Rica]: Universidad de Costa Rica; 2018.

Directora: Licda. Catalina Smith Molina

Palabras claves: Adherencia, Adulto Mayor, Calidad de Vida, Ejercicio Físico, Actividad Física, Determinantes Sociales.

La proporción de la población adulta mayor se ha incrementado y se estima que continuará en aumento en los próximos años, provocando una inversión en la pirámide poblacional, tanto en nuestro país como a nivel internacional, lo cual se relaciona con un ascenso en el número de enfermedades crónicas. Siendo el ejercicio físico un importante factor protector para estos casos.

Sin embargo, es precisamente dicho grupo etario el que se caracteriza por una falta de adherencia a éstas prácticas de ejercitación. Entendiendo –adherencia” como la correspondencia del comportamiento de la persona con las recomendaciones dadas por un profesional. Aspecto que se debe evaluar desde una perspectiva cualitativa, es decir, tomando en cuenta las condiciones personales y socio-demográficas de los integrantes. De tal forma que resulta vital el papel del fisioterapeuta en la comunidad, ya que éste debe tener la capacidad de promover el ejercicio tomando en cuenta las necesidades y características de cada uno de los participantes.

Por lo que ésta investigación tiene como objetivo principal analizar la adherencia al ejercicio físico, a partir de los determinantes sociales, en las personas adultas mayores (de 65 años o más) que asisten a los grupos de Práctica Comunitaria de la carrera de Terapia Física. Para tal efecto, se diseñó una metodología de tipo correlacional, con el fin de estimar el vínculo entre ambas variables, analizándolo por medio de una regresión lineal.

Se realizaron un total de 70 entrevistas, con las cuales se profundizó en tres aspectos importantes: caracterización socio-demográfica, calidad de vida y nivel de adherencia al ejercicio físico, en cada uno de los adultos mayores que participan en los grupos comunitarios. Como parte de los resultados se comprobó que existe una mayor participación del género femenino, con rangos de edad que van disminuyendo conforme aumenta la edad, lo cual coincide con los datos nacionales reportados por el INEC. Las enfermedades crónicas que más prevalecen son la hipertensión arterial, dislipidemias y diabetes, dato que se relaciona con el consumo de medicamentos.

Desde la percepción de calidad de vida, la población entrevistada reportó un alto nivel de la misma y un buen estado de salud tanto física como mental; además de una adecuada interacción social y ambiental. A su vez, declararon tener un nivel de adherencia satisfactorio, lo cual se evidenció con un informe de asistencia y participación adecuada a las sesiones de ejercicio físico, sin importar las limitaciones o efectos secundarios que pudieran surgir en el proceso; lo anterior aunado a un sentimiento de motivación durante toda la intervención.

Al realizar el análisis de correlación entre las dos variables mencionadas, se comprobó que, para la población en estudio, la adherencia deriva de tres elementos principales: una adecuada salud física, una buena percepción de la calidad de vida; y una valiosa "vida sexual", entendida ésta como el acercamiento desde y hacia los seres queridos más allegados (cónyuge, hijos, hermanos...). Además, se pudo evidenciar que existe una mayor probabilidad de adherencia en aquellos individuos que no manifiesten dolor físico, tengan un gran amor por la vida, mantengan buenas relaciones sociales y se sientan seguros en su entorno.

Para finalizar se confeccionó, a partir de los resultados, una propuesta de lineamientos para los estudiantes y personal docente que presiden las Prácticas Comunitarias, esto con el fin de promover o reforzar la adherencia de la población longeva a los grupos de ejercicio físico. Además, se elaboró un nuevo instrumento de evaluación específico para la Práctica Comunitaria, en el que se incluyeron tanto aspectos personales como sociales, los cuales permitirán caracterizar a la población que se va a intervenir.

CAPÍTULO I. Introducción

1.1 Planteamiento del problema

El incremento de la población adulta mayor es un fenómeno que se está manifestando a nivel mundial. Al respecto, la Organización Mundial de la Salud (OMS) menciona que entre 2000 y 2050, la proporción de la población mundial con más de 60 años de edad se duplicará, ya que pasará de aproximadamente el 11% al 22%. Se espera que el número de personas de 60 años o más aumente de 605 millones a 2000 millones en ese mismo periodo¹.

Por otro lado, el rápido aumento de las enfermedades crónicas representa un reto de salud importante para el desarrollo mundial. Hoy en día, las enfermedades crónicas son la causa principal de mortalidad en el mundo². Un aumento de estas enfermedades en la población adulta mayor, promueven que el grupo de la tercera edad necesite y consuma más recursos, tales como: medicamentos, atención médica y de enfermería, rehabilitación, asistencia social, instituciones geriátricas, entre otros.

En los últimos años se ha incrementado la investigación sobre el efecto del ejercicio físico en las personas, el cual llega a producir una importante cantidad de beneficios físicos, psicológicos y sociales en quien lo practica regularmente. Sin embargo, en un estudio realizado en Europa sobre actividad física, revelan que, aproximadamente, un 42% de los europeos nunca practica deporte o ejercicio. En contra posición, este mismo estudio demuestra, para la población escolar en España, que un 61% realiza alguna actividad física y un 55% hacen actividad física regularmente. Por ende, se puede deducir, que la problemática sobresale en la población adulta, la cual presenta porcentajes de actividad física que van decreciendo por debajo del 50%, según la investigación³.

En países como Estados Unidos, se dice que en el año 2008 aproximadamente un 48% de las personas en edad adulta, realizaban actividad física según lo recomendado por la de la OMS (150min semanales). Esta tendencia también se presenta en Latinoamérica, lo cual es preocupante, ya que en estudios realizados en países como Brasil, Chile, México y Perú se muestra que, más de dos

terceras partes de su población, no sigue la recomendación de realizar actividad física periódicamente con el fin de obtener beneficios en la salud. De igual forma, esta situación se repite en Colombia, donde se registran datos de tan solo un 36,8% de personas que son regularmente activas⁴.

En Costa Rica, en el año 1999, la población de 60 años o más se calculó en aproximadamente 271.147 personas, representando el 9% de la población total. Para el año 2000, Costa Rica abandona el perfil de población joven que la caracterizaba e inicia un proceso de inversión en la pirámide poblacional habitual. En el último censo nacional realizado en el año 2011 se reportan 449.336 personas mayores a 60 años⁵. Se estima que para el año 2025 la población costarricense adquirirá particularidades de población envejecida y, según proyecciones, para el año 2060 se calcula que habrá aproximadamente 2 millones de personas de 60 años o más en el país. Este importante crecimiento traerá consigo un gran impacto social y una carga económica mayor para el país, siendo más evidente en el ámbito de salud y las pensiones⁶.

El nivel de sedentarismo también es alarmante en nuestro país, ya que algunos datos publicados por la Universidad de Costa Rica, indican que el 65% de los costarricenses son sedentarios, siendo éste porcentaje mayor en mujeres (71,8%) que en hombres (57,8%). Situación que incrementa los casos de obesidad y estrés, desencadenando en otros padecimientos como la depresión, diabetes, presión alta, entre otros⁷. De ser así, surge la duda de cómo se comportan éstas mismas cifras con respecto a la población adulta mayor, la cual siempre se ha caracterizado por tener niveles de actividad menores a los de la población en general.

Según el I Informe estado de situación de la persona adulta mayor en Costa Rica, en el año 2008, entre 4% y 10% de los adultos mayores tenían dificultad para realizar actividades básicas (caminar, bañarse, comer) y entre un 14% y un 23% presentaban dificultades instrumentales del diario vivir (preparar comida, realizar compras, quehaceres del hogar); mientras que en aspectos de movilidad (subir

escaleras, caminar, empujar objetos y levantar brazos), muestran más dificultad en subir escaleras (57%), y menor dificultad en levantar los brazos (12%)⁸.

Para el caso de la población adulta mayor activa, se pueden ver los beneficios propios de la actividad física, por ejemplo, en un estudio realizado con 12 personas, sobre la aptitud física de adultos mayores según dos tipos de entrenamiento: resistencia y aeróbico, se encontró que, ambos entrenamientos son eficientes para mejorar la aptitud física de los adultos mayores. De ésta forma, éste mismo estudio apunta a que el entrenamiento de resistencia puede mejorar la flexibilidad y aptitud muscular, mientras que el entrenamiento aeróbico mejorará la capacidad aeróbica, la funcionalidad y la composición corporal. Componentes esenciales para mejorar la autonomía, independencia y aptitud física de los adultos mayores⁹.

A pesar de tanta evidencia que demuestra los beneficios que se obtienen de la práctica periódica de alguna actividad física o ejercicio físico, algunas investigaciones señalan que solo el 40% de la población lo realiza de manera adecuada y en cantidad recomendada para lograr el efecto saludable. Además, los datos muestran que, la mitad de la población que inicia con algún tipo de actividad física, presentan la costumbre de abandonarla en los primeros 3 o 6 meses, lo cual no le permite a la persona adherirse a la actividad, ya sea, por falta de adecuación entre las características de la actividad y lo que desea lograr el participante¹⁰.

En la actualidad se ha descrito que la adherencia al ejercicio físico puede estar influenciada por: factores personales (actitud, introversión–extroversión, compromiso); factores ambientales (estructuración, número de integrantes); y factores programáticos (intensidad, estructura y flexibilidad del programa). Todos estos elementos se interrelacionan entre si y llegan a formar los determinantes de la adherencia al ejercicio físico en las personas¹¹. En Cuba, por ejemplo, se realizó un estudio con 75 mujeres para determinar las razones de permanencia a la actividad física cuyos resultados demuestran que las razones son: salud, satisfacción, interacción social, enfrentamiento psicológico, distracción, mejora de la aptitud física y sentido de vida; mientras que en los factores de abandono se hizo referencia a:

enfermedad, muerte de familiares, problemas en el hogar, nacimiento y crianza de los nietos¹².

Otros motivos de abandono pueden ser, una percepción negativa ante el riesgo que pueda acarrear el realizar dicha actividad, también el hecho de no conocer los beneficios en la salud, que puede generar la realización de actividad física periódica, entre otros¹³.

Posterior a la superación del sedentarismo y el propio inicio del ejercicio, el siguiente reto que se debe enfrentar es la tentación de abandonar la actividad. Para muchos es más fácil iniciar un programa de ejercicios que mantenerse en él y, en ese sentido, el ejercicio físico es como seguir una dieta o dejar de fumar; los sujetos intentan modificar los hábitos que afectan negativamente a su salud y que a la vez, están siendo influidos por muy distintos factores, tanto de índole personal, como ambiental o programático¹¹.

Con el análisis de los modelos de adherencia, se han reconocido limitaciones metodológicas en la mayoría de programas de tratamiento (asistir a sesiones programadas o ejercicios en el hogar), ya que estos utilizan el resultado de adherencia como un indicador puntual y numérico para determinar su eficacia. Sin embargo, este valor es sesgado e incompleto puesto que olvida los aspectos cualitativos que favorecen el mantenimiento de la conducta. Además, el plan de tratamiento es afianzado y destinado a personas sanas y capacitadas, sin adaptarse a las necesidades emergentes determinadas por la edad, el estado de salud, la capacidad funcional, las expectativas, la eficacia y los aspectos motivacionales¹³.

En los tratamientos fisioterapéuticos, siendo el ejercicio físico parte de éstos, la falta de adherencia llega incluso a un 70%. En tal caso destacan, particularmente, los programas de ejercicios en casa sin supervisión. Por tal razón y, tomando en cuenta la variedad de tratamientos fisioterapéuticos, se han realizado diferentes intervenciones para mejorar la adherencia. Un estudio realizado en Argentina demostró que, el 47% de las personas de un servicio de fisioterapia, abandonaron el tratamiento establecido; de igual forma, otro estudio en la ciudad de Medellín,

Colombia, menciona que el no adherirse a un tratamiento fisioterapéutico, implica consecuencias tales como un alto costo económico, social y laboral, donde, sin duda, el más perjudicado es el sujeto y quien esté a su cargo¹⁴.

Lo anterior demuestra que existe una importante relación entre la salud y los determinantes sociales de la misma. Pues, al comportarse el ser humano como miembro de un grupo social, logra expresarse en cuatro momentos: –a reproducción- de los procesos predominantemente biológicos, de los procesos predominantemente ecológicos, de las formas de conciencia y de conducta, y de los procesos predominantemente económicos”¹⁵. Cada uno de ellos presupone a los otros, a la vez que se establecen como un proceso –ya sea, favorable o desfavorable- de la situación de salud de los individuos o poblaciones.

A su vez, la OMS¹⁶, menciona que los determinantes sociales de la salud se pueden dividir en cuatro grandes áreas: salud física, estado psicológico, relaciones sociales y factores ambientales. En los que se consideran aspectos relacionados con la calidad de vida del individuo, su percepción del entorno, relaciones, expectativas, entre otros.

Por lo anterior, no es acertado considerar las enfermedades y la salud como una consecuencia meramente biológica –individual- de los procesos sociales. Sino que, al valorar la situación de salud, tanto de individuos como de grupos, es importante apreciar todos los elementos o, como los menciona Castellanos, –factores de reproducción social” (biológico, ecológico, económico y de las formas de conciencia y conducta) ¹⁵.

Aunado a esto, existen ciertos factores, asociados con la falta de adherencia terapéutica, que se pueden considerar como determinantes sociales, y que se caracterizan por ser múltiples y variar según la población de estudio. Entre éstos factores destacan los personales, tales como: nivel de escolaridad, sedentarismo, percepción de fragilidad física, miedo o creencias de que la actividad física pueda dañarlo, depresión o ansiedad asociadas. Al igual que una serie de factores propios al régimen de tratamiento, a la relación funcionario-usuario, y hasta factores socio-

económicos y ambientales que facilitan o dificultan el cumplimiento de un programa o bien de una intervención fisioterapéutica en la comunidad ¹⁷.

Es, por tanto fundamental identificar los motivos que conducen a una persona a ser físicamente activa, requisito necesario para llevar a cabo intervenciones fisioterapéuticas efectivas en diferentes ámbitos de la comunidad. Desde la rama de la Terapia Física el ejercicio físico es un instrumento esencial para su acción diaria y para fomentar estilos de vida saludables en la población. En este punto es importante destacar que la Fisioterapia no debe verse exclusivamente como un tipo de intervención individual; ya que es indudable el papel del fisioterapeuta en la comunidad, donde se promueve la prevención y rehabilitación de los individuos, buscando su independencia funcional, por medio de la aplicación de diferentes métodos y técnicas fundamentadas en el conocimiento del funcionamiento del cuerpo humano, sus movimientos, funciones y su interacción con el entorno¹⁸.

Un ejemplo de esto es el trabajo realizado desde la carrera de Terapia Física de la Universidad de Costa Rica, por medio de las Prácticas Comunitarias I y II, en las cuales se promueven espacios orientados a la promoción de la salud y la prevención de complicaciones derivadas de las enfermedades, en la población adulta mayor; promoviendo estilos de vida saludables y la práctica del ejercicio físico, empleando estrategias que permitan la participación de esta población en dichos grupos para llevar a cabo una intervención fisioterapéutica grupal en la comunidad¹⁹.

Tomando en consideración la tendencia actual de la población hacia el envejecimiento, los beneficios que aporta el ejercicio físico en ésta etapa de la vida y las circunstancias socio-demográficas por las cuales los adultos mayores abandonan o no se adhieren a ésta práctica, se plantea como interrogante de investigación:

¿Cómo influyen los determinantes sociales en la adherencia al ejercicio físico de las personas adultas mayores que participan en los grupos de Práctica Comunitaria I y II (TF-0147 y TF-0148) de la carrera de Bachillerato y Licenciatura en Terapia Física de la Universidad de Costa Rica?

1.2 Objetivos

1.2.1. Objetivo general.

Analizar la adherencia al ejercicio físico de las personas adultas mayores que asisten a los grupos conformados en Práctica Comunitaria I y II (TF-0147 y TF-0148) de la carrera de Bachillerato y Licenciatura en Terapia Física de la Universidad de Costa Rica durante el segundo semestre del año 2017, para la elaboración de lineamientos que promuevan la ejercitación en el longevo.

1.2.2. Objetivos específicos.

1. Caracterizar socio-demográficamente, a partir de los determinantes sociales, a la población en estudio.
2. Precisar el efecto de los determinantes sociales en la adherencia al ejercicio físico en las personas adultas mayores.
3. Proponer lineamientos, dirigidos al estudiante y personal docente de la carrera de Terapia Física, que estén orientados a la promoción de la adherencia al ejercicio físico en las personas adultas mayores.

1.3 Justificación

En Costa Rica, el gran aumento de la población adulta mayor, ha provocado que los sistemas de salud y las organizaciones no gubernamentales, promuevan la creación de instituciones, y aprobación de leyes específicas, decretos y convenios. De esta manera, las personas adultas mayores no solo cuentan con herramientas jurídicas para defender sus derechos, sino que además tienen la posibilidad de acceder a servicios en beneficio de su calidad de vida, donde se promueve, entre otras cosas, la actividad física y/o el ejercicio físico en esta población.

Con respecto a ese último punto, varias investigaciones hacen referencia a la importancia de lograr afianzar la actividad física en la vida de las personas, con el fin de conseguir una efectiva promoción de la salud; ya que, las persona con este tipo de hábito, pueden presentan comportamientos más saludables que aquellas sedentarias. Por todo esto, la adherencia a la actividad física se plantea en la actualidad como un pilar de la salud en la población, pues solo si se practica actividad física de forma regular se pueden llegar a obtener sus posibles beneficios¹¹.

Es claro que una mejor calidad de vida está relacionada con la práctica regular de actividad física, ya que el ejercicio produce una serie de beneficios en el ser humano que vienen a potenciar los niveles de salud que presenta la población. La calidad de vida –es una noción eminentemente humana que se relaciona con el grado de satisfacción que tiene la persona con su situación física, su estado emocional, su vida familiar, amorosa, social así como el sentido que le atribuye a su vida, entre otras cosas”²⁰.

Desde el ámbito de intervención de la Fisioterapia, se pueden desarrollar actividades para promover el ejercicio en las personas de una comunidad; a partir de los programas de atención primaria en salud o con otras actividades directamente demandadas por la población. También, –es propios fisioterapeutas pueden gestionar y plantear iniciativas de índole comunitario, teniendo en cuenta las necesidades reales de la población y analizando los procesos desde una visión global”²¹.

En este caso, la presente investigación se enfoca en analizar cómo influyen los determinantes sociales en la adherencia al ejercicio físico en una población de adultos mayores que ha participado de actividades grupales, ayudándolos a mantenerse físicamente activos. Al abordar el objeto de estudio, no sólo se brindarán aportes a dicha población, sino que también se verán beneficiados indirectamente profesionales relacionadas con la atención del adulto mayor, como la Terapia Física, así como el sistema sanitario, las instituciones involucradas en la prevención y promoción de la salud y el cuidado del adulto mayor; además, sus resultados podrán ser insumos para el planteamiento de futuras investigaciones.

A nivel del sistema de salud, las instituciones involucradas con el adulto mayor, tales como la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS), el Ministerio de Salud, el Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor (CONAPAM), entre otras, se verán favorecidas al proporcionarles información, que podrá ser útil para formular futuras medidas y llevar a cabo proyectos en materia de promoción del ejercicio físico y el fortalecimiento de la adherencia a este. También, los resultados de esta investigación, brindarán nuevos aportes sobre la influencia de los determinantes sociales en el proceso de salud de las personas, conocimiento que puede fortalecer los programas de promoción de la salud física para el adulto mayor y facilitar la comprensión de los factores que influyen en la adherencia a la actividad física; de esta manera, se estarían proporcionando condiciones que favorecen un menor riesgo de comorbilidades en esta población.

Asimismo, los hallazgos resultarán de utilidad para la Universidad de Costa Rica, específicamente para la Escuela de Tecnologías en Salud, perteneciente a la Facultad de Medicina, ya que al analizar la influencia de los determinantes sociales en la adherencia al ejercicio físico de la población adulta mayor que integra los grupos de Práctica Comunitaria I y II (TF-0147 y TF-0148), se busca mejorar las futuras intervenciones por parte de los estudiantes de Terapia Física que utilizan el ejercicio como medio de promoción de la salud en dicha población.

En cuanto a las profesiones relacionadas con la atención del adulto mayor, entre ellas Terapia Física, el presente trabajo será beneficioso para conocer mejor

aquellos determinantes sociales que puedan interferir con la práctica de ejercicio en la población adulta mayor, de manera que en futuras investigaciones o intervenciones se facilite la implementación de este tipo de actividades en dicha población, como medio de prevención de enfermedades, de promoción de la salud y el trabajo interdisciplinar.

Además, los familiares y los cuidadores encargados, así como la comunidad en general, se verán beneficiados, ya que, al identificar los determinantes sociales que influyen, se pueden potenciar en la comunidad, aquellos que tengan la cualidad de modificarse, para generar una mayor participación de esta población en grupos de ejercicio físico, lo cual podría influir en la independencia, funcionalidad e interacción social por parte de los adultos mayores involucrados.

Con esta investigación, se espera brindar, a la población adulta mayor, la oportunidad de involucrarse y participar en los programas de ejercicio físico propuestos para ellos, tomando en cuenta sus intereses y dándoles herramientas que puedan fomentar una mejor adherencia al ejercicio físico, esto con el fin de que logren conservar la capacidad funcional, la independencia y mejoren su interacción con otros.

Los resultados de este trabajo pueden también motivar el surgimiento de nuevas investigaciones donde se utilicen los determinantes sociales como base para entender esa adherencia al ejercicio en otros grupos etarios.

CAPÍTULO II. Marco Teórico

En el siguiente apartado se presentan seis ejes temáticos que comprenden el fundamento teórico de la presente investigación. En primer lugar se define la salud-enfermedad desde diferentes concepciones; aunado a esto, se hace mención de la relación que caracteriza la calidad de vida con los determinantes sociales de la salud, además de los elementos que definen a cada uno de ellos. Seguidamente, se hace referencia a los aspectos de promoción y prevención de la salud.

El tercer apartado hace mención a la influencia del envejecimiento en la independencia funcional del adulto mayor, enfatizando en las diferentes formas del envejecimiento y sus características. Asimismo, la siguiente sección abarca la diferencia entre actividad física y ejercicio físico, resaltando las pautas que recomienda la Organización Mundial de la Salud (OMS) en cuanto a la actividad recomendada para los adultos mayores. Además, se plantean los principales beneficios del ejercicio físico a nivel cardiovascular, respiratorio, metabólico, del sistema nervioso central y musculo-esquelético.

En los últimos apartados se presenta una síntesis de las intervenciones comunitarias de Terapia Física, haciendo especial énfasis en la población adulta mayor, como un proceso de prevención y promoción de la salud para mejorar estilos de vida. Finalmente, se expone la conceptualización de la adherencia, desde diferentes perspectivas (salud, Terapia Física y ejercicio físico).

2.1. Determinantes sociales de la salud-enfermedad y la calidad de vida

El concepto de salud se percibe como un derecho de todas las personas; se caracteriza por estar en constante modificación, ya que se encuentra asociado con el desarrollo económico y social de una población. Esto involucra factores determinantes de la salud como: pobreza, falta de vivienda, desempleo, nivel educativo y acceso a los servicios básicos²².

Una buena salud demanda la existencia de un sistema de salud de buena calidad, universal, integral, equitativo, eficaz, receptivo y accesible. Sin embargo, también depende de la participación de otros sectores y actores, y del diálogo con ellos, ya que sus actividades tienen un importante efecto sobre la salud²³.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) refiere que el concepto de salud se percibe de manera más integral; como un estado de completo bienestar físico, psíquico y social; dejando de lado la concepción tradicional de salud donde solo toma en cuenta la ausencia de enfermedad²⁰. En otras palabras, se busca una definición en salud más positiva, que integre un modelo de vida saludable, donde se incluyan, una buena alimentación, el realizar actividad física o practicar algún deporte, el cuidado personal, evitar conductas como, fumar, beber en exceso y consumir drogas²⁴. Por lo tanto, se puede mencionar que, la salud y la calidad de vida, son dos aspectos vinculados entre sí y que cuentan con una relación directamente proporcional.

Desde ese mismo punto de vista, resulta esencial distinguir entre el concepto de calidad de vida y condición de vida. El primer aspecto señala —a la sensación de bienestar que puede ser experimentada por las personas y que representa la suma de sensaciones subjetivas y personales del sentirse bien²⁵. Mientras que las condiciones de vida se definen como —medidas que reflejan las circunstancias objetivas de las personas dentro de una unidad cultural o geográfica, dichas medidas se caracterizan por estar basadas en estadísticas objetivas y cuantitativas y no en percepciones subjetivas del ambiente social²⁶. Para efectos de esta investigación se toma en cuenta solo el concepto de calidad de vida.

Ahora bien, los factores que determinan las diferencias individuales de salud, son distintos de aquellos que determinan las diferencias entre las poblaciones. Esto conduce al planteamiento de dos clases de preguntas etiológicas: la primera busca las causas de los casos y la segunda las causas de la incidencia. Cuando se habla de determinantes sociales, se intenta comprender —cómo las causas de los casos individuales se relacionan con las causas de incidencia de enfermedad en la población²⁷.

La Comisión de Determinantes Sociales de la Salud (CDSS), de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el año 2008, definió a los determinantes sociales de la salud como ~~as~~ circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud.”²⁸ Esas circunstancias son establecidas por la forma en la que se distribuye el dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, la cual depende a su vez de las políticas adoptadas; esta distribución desigual se traduce en grandes diferencias en materia de salud, que limitan el desarrollo humano de las personas y por tanto, sus determinantes sociales²⁸.

Según el Ministerio de Salud de Costa Rica, ~~al~~ salud es el resultado de diversidad de factores de índole estructural y de las condiciones de vida de las poblaciones, que se asocian a desigualdades en el acceso al poder, ingresos, bienes y servicios.”²⁹ Este mismo ente propone, en nuestro país, un modelo de determinantes sociales de la salud conformado por: los factores socioeconómicos y culturales, ambientales, los servicios de atención de las personas y los biológicos.

En el artículo ~~La~~ salud y sus determinantes sociales. Desigualdades y exclusión en la sociedad del siglo XXI”, se expone un modelo que trata de representar la interacción de los determinantes sociales. En primer lugar se encuentra el individuo y los factores constitucionales que afectan a su salud de carácter no modificable. A su alrededor se encuentran los determinantes posibles de modificar, comenzando por los estilos de vida individuales, que son influenciados por la comunidad y las redes sociales. Los determinantes importantes tienen que ver con las condiciones de vida y trabajo, alimentos y acceso a servicios básicos, además de las condiciones socioeconómicas, culturales y ambientales³⁰.

En la Declaración Política de Río, producto de la Conferencia Mundial sobre Determinantes de la Salud, se destaca el carácter intersectorial de las políticas basadas en esos determinantes. En otras palabras, se dio énfasis en la manera de actuar de forma coordinada y coherente entre los sectores de la sociedad que se involucran en los determinantes estructurales, buscando optimizar la salud y reducir sus inequidades. De igual forma, esta Declaración permitió reconocer que, el mejorar

la salud, implica un mayor bienestar social, educativo y de cohesión; es decir, los determinantes sociales dan un valor más amplio a la salud en la sociedad, se retroalimentan y benefician mutuamente, trascendiendo el ámbito de actuación del sector salud²³.

A su vez, en el Foro Mundial de la Salud, de la OMS, impartido en 1996, se expuso que: —a la calidad de vida debe plantearse en función de la manera en que el individuo percibe el lugar que ocupa en el entorno cultural y en el sistema de valores en que vive, así como en relación con sus objetivos, expectativas, criterios y preocupaciones”¹⁶. Para lograr esto es indispensable tomar en cuenta las dimensiones o determinantes sociales, que envuelven al individuo:

1. Salud física: este aspecto contempla elementos como actividades de la vida diaria, dependencia de sustancias, energía y fatiga del individuo, capacidad de movilidad, dolor y malestar, características del sueño y la capacidad funcional.

2. Estado psicológico: incluye aspectos sobre la memoria y la concentración, la percepción de la imagen corporal, los sentimientos personales (positivos y negativos), la autoestima y las creencias personales.

3. Relaciones sociales: donde se involucran aspectos como apoyo social, relaciones interpersonales y actividad sexual.

4. Factores ambientales: en este aparecen los recursos económicos, la seguridad, la accesibilidad y calidad de los recursos de salud, el ambiente familiar, acceso a la información, actividades recreativas, y calidad del transporte público¹⁶.

Es necesario mencionar que a pesar de que cada uno de estos determinantes tenga un campo de la salud en el cual tiene un impacto predominante, se ha visto que, estos distintos factores se articulan e interactúan de forma tal que es difícil aislar el efecto de uno sobre el otro.

Además, la percepción de la calidad de vida de un sujeto, no debería ser reflejo de la opinión de los profesionales en salud ni de la sociedad que le rodea, como tampoco se debe medir por la cantidad de posesiones que ostente. Dicho en otras palabras, por ejemplo, no se debe tomar en cuenta el nivel de ingresos de un

individuo o las horas de sueño conciliado, sino el grado de satisfacción o molestia que estos le proporcionen¹⁶.

2.2. Promoción y prevención en salud

La Atención Primaria está integrada, de forma importante, por actividades de prevención y promoción de la salud, actuaciones sanitarias que han sobresalido debido a la existencia de patologías crónicas relacionadas causalmente con factores de riesgo derivados de modos de vida no saludables³¹.

La prevención se caracteriza por considerar al ser humano desde una perspectiva biopsicosocial, además porque interrelaciona la promoción, la prevención, el tratamiento, la rehabilitación y la reinserción social. Es decir, —a prevención implica promover la salud, así como diagnosticar y tratar oportunamente a un enfermo, también rehabilitarlo y evitar complicaciones o secuelas de su padecimiento, mediante sus diferentes niveles de intervención”³².

Por otro lado, toda aquella recomendación o intervención que mejore la calidad de vida de las personas o contribuya en la disminución de la morbi-mortalidad es, en sí misma, una medida de promoción de la salud. Entendida ésta como —la educación sanitaria, el asesoramiento sobre estilos de vida saludables y las condiciones favorables de vida”³¹, las cuales deben iniciarse desde el nacimiento y permanecer a lo largo de la vida.

El objetivo de promover la salud radica en empoderar a las personas y comunidades para que cuenten con las condiciones y los medios necesarios para mejorar su salud, promoviendo el desarrollo de sus capacidades y la disposición y uso de los recursos que facilitan una vida satisfactoria. Estos recursos (activos en salud) pueden ser materiales y económicos, pero también políticos, ambientales, culturales y personales³³.

2.3. Influencia del envejecimiento en la independencia funcional del adulto mayor

Hay diferentes etapas que vive el ser humano a lo largo de su vida, la etapa que inicia a los 60 años de vida se le conoce como adultez mayor, la cual encuentra su fin en la muerte. Es importante mencionar que la concepción de esta etapa de la vida puede variar según la cultura, proceso histórico, socioeconómico y las leyes de cada país. Se presenta como característica que identifica esta etapa de la vida, la producción de grandes cambios funcionales de la persona³⁴.

Esta etapa de la vida suele presentar características que son inherentes y bien definidas en el ser humano. Se dice que este proceso es universal, debido a que es propio de todos los seres vivos, se considera como un proceso progresivo, ya que va produciendo paulatinamente efectos sobre el organismo, que van originando cambios propios del envejecimiento, además se presenta como un proceso irreversible, pues no se puede detener; también se presenta de manera heterogénea e individual, esto debido a que cada persona muestra una velocidad diferente de envejecimiento. Igualmente se menciona que es un proceso deletéreo, debido a que lleva a una progresiva pérdida de función y se evidencia que es un proceso intrínseco, ya que no se da por factores ambientales modificables. Con el aumento de la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, además de la mejora en los tratamientos de las patologías, se ha visto, en los últimos años, un aumento en los indicadores que hacen referencia a la expectativa de vida de la población, proponiendo los 118 años de vida como la edad máxima. Según las últimas investigaciones la mayoría de población logra vivir hasta edades muy avanzadas con buena calidad de vida¹⁸.

Esta etapa de la adultez, como se ha mencionado, genera cambios a nivel biológico que se reconocen como “*—fáscos normativos de adaptación que finalmente produce un declive en el organismo*”. Además, es un proceso que involucra la parte psicológica, ya que la persona tiene más tiempo libre para meditar y reflexionar sobre su vida. Otro factor importante en esta etapa, es el social, el cual genera mucha incertidumbre en el adulto mayor, ya que se presentan situaciones como la jubilación, la falta de actividades físico-recreativas y la disminución de la interacción social³⁴.

Según lo estudiado a lo largo de la historia, el proceso de envejecimiento se asocia con un conjunto de factores tales como, los biológicos, que se consideran de mayor influencia, los psicoespirituales, los sociales, entre otros; todos ellos están en constante cambio. Este proceso se puede ver asociado con una pérdida de la función neuromuscular y del rendimiento funcional, relacionado de manera directa a la pérdida de masa muscular, conocida como sarcopenia, la cual genera una evidente reducción de la fuerza y la potencia muscular. La unión de la pérdida de la función neuromuscular junto con un envejecimiento del sistema nervioso somatosensorial y motor, dan origen a un conjunto de complicaciones funcionales, tales como la disminución en la velocidad al caminar, el aumento del riesgo de caídas, y la reducción de la capacidad para llevar a cabo las actividades de la vida diaria (AVD). La unión de todos estos factores, provocan que el adulto mayor presente una marcada pérdida de la independencia y, asociado con esto, una reducción en la calidad de vida¹⁸.

Se reconocen, según algunas investigaciones, tres formas en que se puede presentar el envejecimiento en la población, las cuales pueden ser un envejecimiento "usual", "patológico" o "con éxito". Éste último se considera como un concepto multidimensional que abarca, trasciende y supera la buena salud, donde se involucran los factores biopsicosociales; es decir, a pesar del declive natural de esta etapa, se puede lograr tener condiciones de salud y funcionamiento físico óptimos, un alto funcionamiento cognitivo y una buena interacción social³⁵.

Para lograr un envejecimiento de forma más satisfactoria es necesario que el adulto mayor se mantenga activo en el plano físico, psicológico y social, realizando actividades de forma tal que contribuyan de manera óptima a elevar su calidad de vida y, asociado con esto, la posibilidad de aumentar sus años de vida activa, que es la aspiración de todo adulto mayor³⁶.

El concepto de funcionalidad es un pilar dentro de la definición de salud para el adulto mayor, donde se le considera a éste como un sujeto sano, capaz de enfrentar el proceso de cambio en los diferentes ámbitos que abarca esta etapa, de una manera adecuada a satisfactoria. Por lo cual se ha propuesto la funcionalidad

como un indicador representativo, el estado de independencia funcional; siendo ésta la capacidad que presenta el adulto mayor, para realizar sus actividades de la vida diaria de manera segura y efectiva³⁷.

Un adulto mayor que presenta una pérdida de su independencia social, de su movilidad funcional y sus habilidades cognitivas, puede situarse en una situación de dependencia funcional³⁸.

2.4. Diferencia entre actividad física y ejercicio físico, y los beneficios en la persona adulta mayor

En el artículo *“Actividad física, ejercicio físico y condición física en el ámbito de la Salud Pública”* se plantea el concepto de actividad física como *“cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que produzca un gasto energético mayor al existente en reposo”*³⁹. Estrechamente vinculado con el ámbito de la actividad física y la Salud Pública, está el ejercicio físico, el cual, este mismo autor, define como *“la actividad física planificada, estructurada y repetida, cuyo objetivo es adquirir, mantener o mejorar la condición física”*³⁹. Es decir, al plantear un programa de ejercicio físico, se debe considerar una adecuada planificación y estructuración en aspectos como la intensidad, el tipo y el volumen de la actividad física que se va a realizar.

Para el caso de los adultos de 65 años o más, los conceptos anteriores presentan algunas modificaciones, en este caso, según la OMS, lo que se conoce como actividad física consiste en la práctica de ejercicio, tal es el caso de caminatas, paseos en bicicleta, actividades ocupacionales (en caso de que se desempeñe en un puesto laboral); tareas domésticas, juegos o incluso, ejercicios programados; además de las actividades diarias, familiares y de comunidad. Referente a este tema, la Organización Mundial de la Salud, recomienda una serie de pautas a seguir con el fin de mejorar la salud cardiorrespiratoria, muscular, ósea y funcional; a la vez que se reduce el riesgo de presentar enfermedades no transmisibles, depresión y deterioro cognitivo⁴⁰.

Estas recomendaciones son las siguientes⁴⁰: realizar actividad física aeróbica moderada con una duración mínima de 150 min semanales; en caso de que la actividad sea vigorosa, se recomienda una duración no menor a 75 min semanales; o bien, se podrían combinar, de manera equivalente, ambas actividades, también se puede realizar dicha actividad aeróbica en sesiones de 10min como mínimo. En caso de querer obtener mayor beneficio, se debe aumentar la actividad física moderada hasta 300 min semanales, o la vigorosa a 150 min por semana; o bien, se podrían combinar, de manera equivalente, ambas actividades. Si hay dificultades de movilidad, la actividad física que realicen, debería ir enfocada a mejorar el equilibrio y evitar caídas, con un tiempo estimado de tres o más días a la semana. Además, se considera importante realizar, dos o más veces a la semana, actividades de fortalecimiento muscular de los grandes grupos musculares. Para el caso de aquellos adultos mayores, cuyo estado de salud les imposibilite la ejecución de las pautas anteriores, se recomienda que éste se mantenga lo más activo posible, según le permita su salud⁴⁰.

El realizar ejercicio físico regularmente genera en el ser humano diversas adaptaciones a medio y largo plazo, en las que se ven involucrados varios sistemas del cuerpo como el sistema músculo-esquelético, cardiovascular, respiratorio y metabólico. Enfermedades crónicas como afecciones cardiovasculares, diabetes mellitus, insuficiencia respiratoria crónica, enfermedad renal crónica, deterioro cognitivo y algunos cánceres, se ven reducidos de manera favorable con la realización de ejercicio en etapas medias de la vida, lo cual produce un descenso de las estadísticas sobre morbilidad y del riesgo de desarrollar enfermedades crónicas en las últimas fases de la vida⁴¹.

En el sistema cardiovascular, el ejercicio genera una serie de adaptaciones que le permiten —un aumento del volumen sistólico, un incremento del volumen de las cavidades cardíacas y los grosores parietales, una disminución de la frecuencia cardíaca tanto en reposo como en ejercicio de intensidad submáxima, y una mejora de la perfusión miocárdica”⁴², lo cual facilita que el gasto cardíaco aumente durante la actividad física.

Uno de los efectos más directos del ejercicio físico es disminuir la resistencia a la insulina, puesto que el tejido muscular aumenta su capacidad de captación de glucosa, lo cual contribuye a disminuir el riesgo de desarrollar diabetes. Dentro de dichos cambios se encuentran el aumento de la capilaridad sanguínea muscular, el aumento de fibras de contracción lenta y un incremento de los receptores celulares GLUT-4 a nivel de la célula muscular, con un aumento de la captación de glucosa⁴¹. Otros beneficios de combinar ejercicio de tipo aeróbico y anaeróbico son la disminución de la masa grasa y el aumento la masa magra.

El sistema nervioso central también se ve beneficiado por la práctica regular de ejercicio físico. Según lo mencionan algunos autores, es interesante observar los efectos que produce esta actividad en todas las etapas de la vida, ya que mejora la capacidad de aprendizaje en los adolescentes, y produce efectos beneficiosos en enfermedades del adulto, como la depresión, el Parkinson y el Alzheimer⁴².

Recientemente se ha dado a conocer la influencia positiva que tiene la actividad física sobre la prevención de osteoporosis tanto en hombres como en mujeres, ya que se ha demostrado que ayuda al metabolismo óseo por medio de la remodelación ósea producida por la actividad muscular. Se recomienda que las mujeres posmenopáusicas practiquen ejercicios de fuerza y resistencia muscular de manera regular, con el fin de que mejoren su masa ósea, tanto a nivel de columna lumbar como a nivel femoral. Según algunos datos el realizar ejercicio disminuye la tasa de fractura de cadera en pacientes con osteoporosis⁴¹.

La realización de ejercicio físico unido a una dieta balanceada, a hábitos saludables como: no fumar, no consumir bebidas alcohólicas en exceso; produce un efecto positivo sobre la salud. Mantener estos hábitos como parte de la vida diaria, es de suma importancia en todas las etapas de la vida y específicamente durante la vejez⁴³.

En la etapa de la adultez mayor, la búsqueda constante de oportunidades en salud y participación social de manera segura, pueden producir que el envejecimiento se dé de manera positiva. La Organización Mundial de la Salud

(OMS) utiliza el término "*Envejecimiento Activo*" haciendo referencia al proceso de aprovechar al máximo las oportunidades para tener un bienestar físico, psíquico y social durante toda la vida⁴⁴. También, es importante que el adulto mayor no solo busque seguir activo físicamente, sino también, que busque permanecer activo dentro de la sociedad, la cual a su vez les proporcionara protección, seguridad y cuidados adecuados cuando lo necesite⁴⁴.

Hablar del término "activo", en el contexto del proceso de envejecimiento, hace referencia a otros factores, no solo a la capacidad física en esa etapa, sino también a la participación continua en las cuestiones sociales, económicas, culturales, espirituales y cívicas. El objetivo de este nuevo concepto de envejecimiento es tratar de aumentar la esperanza de vida saludable y mejorar la calidad de vida para todas las personas a medida que envejecen, incluyendo aquellas personas frágiles, con discapacidad o que necesitan asistencia¹⁸.

La actividad física realizada periódicamente es un factor protector que retrasa el declive funcional y contribuye a disminuir el riesgo de padecer enfermedades crónicas en la población adulta mayor. El mantenerse con un estilo de vida activo en esta etapa de la vida, favorece la mejora en la salud mental y puede brindar una mayor independencia durante un período más prolongado de tiempo, además, puede reducir el riesgo de caídas.

El ejercicio físico también genera beneficios en el plano cognitivo, ya que se ha podido observar que esta práctica produce cambios a nivel cerebral. El ejercicio de tipo aeróbico, se ha visto, que favorece al transporte y el uso de oxígeno en el cerebro, aumentando el metabolismo de la glucosa a nivel celular, facilitando de esta manera una adecuada provisión y utilización de la energía en todo el sistema nervioso central. Estos factores producen un mejor funcionamiento a nivel cognitivo, ya que se genera una mejor renovación de neurotransmisores y mejora el transporte de oxígeno y nutrientes. Especialmente, en la etapa del envejecimiento, el ejercicio realizado continuamente produce una adecuada plasticidad cerebral. Según varias investigaciones efectuadas se pudo descubrir que los sujetos mayores que realizaban práctica de ejercicio regularmente, comparada con jóvenes que realizaban

una práctica parecida, presentaron puntuaciones significativamente más altas en habilidades cognitivas (especialmente la función ejecutiva y la velocidad de procesamiento de la información). Es importante recalcar que estas funciones valoradas son también aquellas funciones que experimentan más declive debido al proceso de envejecimiento, lo cual lleva a la conclusión de que el ejercicio físico continuo y sistemático disminuye el declive propio de la edad⁴³.

Estudios recientes demuestran que, la actividad física combinada con aeróbicos, ejercicios de fuerza, estiramiento y equilibrio, generan un “efecto benéfico en los síntomas depresivos de los adultos mayores con diagnóstico de depresión”⁴⁵, por lo cual es necesario que el abordaje terapéutico incluya este tipo de actividades, aunque todavía no se tenga claro cuál es la mejor combinación, dosificación y periodo que debe durar este tipo de intervención⁴⁵.

En la actualidad se ha estudiado la influencia del ejercicio físico en el adulto mayor frágil, lo cual ha demostrado que una actividad física regular en el anciano se asocia con una disminución del riesgo de mortalidad y en el riesgo de enfermedades crónicas prevalentes en el envejecimiento. Se ha visto que el ejercicio que se compone de un programa combinado de entrenamiento de fuerza, resistencia, equilibrio y marcha, es el que produce mejorías en la capacidad funcional, el cual es un elemento fundamental para el mantenimiento de la independencia en las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) de las personas adultas mayores⁴⁶.

2.5. Intervención comunitaria desde la Terapia Física en el adulto mayor

La comunidad se reconoce por dos características específicas, sus relaciones afectivas entre un grupo de personas con efecto fortalecedor mutuo y un compromiso de compartir valores, normas y significados, así como una historia y una identidad en común⁴⁷. El contexto comunitario presenta una influencia sobre la salud y la enfermedad, involucrando doce diferentes dimensiones, que son: economía, empleo, educación, política, medio ambiente, vivienda, medicina, gobierno, salud pública, psicología, conducta y transporte⁴⁷.

Dentro de la comunidad, es importante definir el concepto de salud pública, el cual se entiende como la expresión colectiva de las condiciones de salud de individuos y grupos en una comunidad definida. Se ve determinada por la interacción de características personales y familiares, por el entorno social, cultural y físico, así como por los servicios de salud y por la influencia de factores sociales, políticos y de globalización⁴⁷.

Dentro del gran ámbito de las intervenciones profesionales en salud, es importante recalcar que se considera a la Terapia Física o Fisioterapia, como una profesión autónoma e independiente, que posee una identidad propia, la cual es dinámica y posee una base teórica establecida con aplicaciones clínicas, particularmente en la preservación, el desarrollo y restauración máxima de las funciones físicas de las personas⁴⁸. También es considerada como el arte y la ciencia del tratamiento físico, donde se combinan un conjunto de métodos, actuaciones y técnicas, que mediante la aplicación de medios físicos, busca la curación, prevención, promoción de la salud, además, recuperan, habilitan y readaptan a las personas afectadas de disfunciones somáticas, o a las que se desea mantener en un nivel adecuado de salud⁴⁸. En resumen, la Terapia Física abarca el estudio y comprensión del movimiento corporal humano, involucrado en toda actividad humana.

Según el Estatuto del Colegio Profesional de Fisioterapeutas de la comunidad de Madrid, España, se considera como acto fisioterápico: toda actividad individual del Diplomado/Graduado en Fisioterapia, realizada en el ejercicio de su profesión, incluyendo la obtención de datos exploratorios, elaboración de registros, historia clínica, informes evolutivos y alta del tratamiento fisioterápico, elaboración del diagnóstico fisioterápico y realización de las técnicas manuales e instrumentales, cuyo objetivo es la prevención, promoción, recuperación de la salud, ejercida sobre usuarios/pacientes, grupos y comunidades, con libertad de decisión y autonomía profesional⁴⁹.

El profesional en Terapia Física es parte del equipo de salud que brinda atención en la comunidad, con el fin de promover actividades comunitarias, que

buscan la actuación y participación de los grupos que presentan características, necesidades o intereses comunes, estas actividades van dirigidas a promover la salud, prevenir y tratar la enfermedad, en busca de una mejor calidad de vida y el bienestar social de las personas²¹.

El terapeuta como profesional necesita de una formación específica que le permita enriquecer sus conocimientos y actitudes, las cuales le facilitarán el desarrollo de habilidades y competencias, como el liderazgo, el trabajo en equipo multiprofesional, la interacción con la comunidad, la comunicación y la planificación, pues este conjunto de factores son de suma importancia para tener la capacidad necesaria para trabajar dentro de la comunidad²¹.

La fisioterapia desde un abordaje geriátrico busca promover, prevenir, curar y recuperar la salud de esta población, con el fin de asegurar su independencia el mayor tiempo posible. La realización de actividad física moderada de manera regular puede generar un retraso en el declive funcional y a la vez disminuir el riesgo de padecer enfermedades crónicas tanto en los ancianos sanos como en aquellos que las sufren. Para lograr este objetivo los fisioterapeutas deben trabajar en conjunto con otros profesionales de la salud involucrados con dicha población, sin importar donde se encuentren estos adultos mayores, ya sea institucionalizados, en servicios de tercer nivel de atención en salud o bien en sus hogares. Con ellos se busca prevenir y tratar aquellos problemas de discapacidad producidos por enfermedades tales como parkinson, alzheimer, artritis, fracturas, osteoporosis y problemas cardiorrespiratorios, entre otros. Los métodos más utilizados para este fin son los ejercicios de fuerza y resistencia, técnicas de relajación, manejo del dolor, prescripciones de ayudas biomecánicas y todas aquellas otras actividades que promueven el movimiento y su independencia¹⁸.

Además, las intervenciones de ejercicio físico, dentro de la comunidad, pueden ayudar a reducir el riesgo de caídas o el surgimiento de patologías de origen cardiovascular. Las actividades aeróbicas y el entrenamiento de la fuerza muscular y equilibrio, son tipos de actividades físicas que deben ser promovidas dentro de la población adulta mayor¹⁸.

2.6. Concepto de adherencia en salud, Terapia Física y ejercicio físico

Según la Organización Mundial de la Salud, se define como adherencia al modo en que el comportamiento de una persona —tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida— se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria⁵⁰.

Lo anterior también se relaciona con todas aquellas variables que definen el hecho de que una persona logre completar una prescripción o tratamiento, estipulado para lograr un cambio concreto en su entorno social y cultural. Esos aspectos pueden incluir —iniciar y continuar un programa de tratamiento, asistir a sesiones de terapia o realizar un programa de ejercicio en el hogar¹⁰.

En el ámbito de la salud, el concepto de adherencia hace alusión, casi exclusivamente, a la toma de medicamentos por parte del paciente. No obstante, en la actualidad, se ha ampliado dicho concepto permitiendo abarcar aspectos como la higiene, el seguir una dieta nutricional, evitar el estrés, no fumar, no abusar del alcohol, realizar ejercicios físicos de forma regular, y el cumplimiento de las citas médicas como parte del tratamiento⁵¹.

Aunado a esto, es fundamental tomar en cuenta que la adherencia requiere, principalmente, el consentimiento del paciente con respecto a las recomendaciones recibidas; además, implica una colaboración activa entre el profesional sanitario y el paciente en la toma de decisiones que afectan a su propia salud⁵².

Relacionado con las intervenciones profesionales en Terapia Física, la adherencia se puede definir como —la coincidencia entre el comportamiento de una persona y los consejos sobre salud o prescripciones que ha recibido⁵³. Es decir, cuando el paciente cumple a cabalidad con las recomendaciones o instrucciones propuestas por el terapeuta y, además, consigue mantener la actividad en el tiempo establecido. Dicha adherencia debería tener una puntuación cercana al 80% del seguimiento de indicaciones para ser considerada como relevante, de lo contrario los efectos del tratamiento se verían disminuidos⁵³.

De igual forma, la auto percepción es considerada una valoración de tipo cognitiva, que afecta la adherencia; influyendo en las respuestas emocionales y conductuales. Es así como la percepción propia puede intervenir en la recuperación de la lesión, intentando siempre disminuir al máximo los efectos negativos de esta. La respuesta emocional, por su parte, es determinada por variables personales y situacionales, convirtiéndola en un fenómeno dinámico que modifica la adherencia⁵⁴.

Hay cuatro componentes fundamentales que determinan la adherencia: asistencia, finalización, duración e intensidad. Pero además, es importante agregar que la motivación es un elemento clave, ya que, al ser un determinante del comportamiento humano, logra el compromiso y la adherencia al ejercicio. Es, por tanto, un mecanismo psicológico que gobierna la dirección, intensidad y persistencia de la conducta¹¹.

Según lo descrito por la OMS, la adherencia terapéutica es un fenómeno multidimensional determinado por la acción recíproca de cinco conjuntos de factores, denominados “dimensiones”, los cuales se ilustran en la figura 1 y se explican a continuación⁵⁰:

1. Factores socioeconómicos: entre los principales factores que actúan en la adherencia, se pueden mencionar: el estado socioeconómico, el alfabetismo, el empleo, redes de apoyo, condiciones de vida, centros médicos, transporte, medicamentos, ambientes cambiantes, creencias populares y situación familiar.

2. Factores relacionados con el equipo o el sistema de asistencia sanitaria: está claro que la adherencia terapéutica puede mejorar considerablemente cuando existe una adecuada relación entre el proveedor y el usuario, sin embargo, existen otros factores que se relacionan de igual forma con éste tema. Tal es el caso de los planes de seguro en los servicios de salud, el abastecimiento de medicamentos, personal sanitario encargado de la atención de enfermedades crónicas, cobertura y acceso a los servicios de salud, educación y seguimiento de la evolución del paciente y grupos de apoyo comunitario para el autocuidado, entre otros.

3. Factores relacionados con la enfermedad: en este caso, es fundamental tomar en cuenta las exigencias que enfrenta el paciente, correspondientes a su condición particular o enfermedad. Para que haya adherencia terapéutica, se deben considerar determinantes como la gravedad de los síntomas, el grado de discapacidad, ya sea física, psicológica, social o vocacional; el tiempo de progresión y gravedad de la patología, así como la disponibilidad de tratamientos efectivos para enfrentarla. El resultado dependerá de cómo perciba el paciente sus riesgos, el seguimiento que se le proporcione posterior al tratamiento y la prioridad asignada a la adherencia terapéutica.

4. Factores relacionados con el tratamiento: entre los factores relacionados al tratamiento, que influyen en la adherencia, se puede destacar el régimen médico, la variabilidad en la duración y continuidad de los tratamientos, al igual que la efectividad o fracaso de estos; además de la disponibilidad de apoyo médico para tratarlos.

5. Factores relacionados con el paciente: este aspecto, aunque es poco estudiado, influye plenamente en el comportamiento de adherencia del paciente, a través de características como la percepción y creencias del individuo sobre su enfermedad, su propia motivación y seguridad para enfrentar los procesos terapéuticos, además de sus expectativas con respecto al éxito de la intervención y las consecuencias de la adherencia deficiente.

Un aspecto clave en la adherencia corresponde a la motivación del individuo, apreciando esta como la importancia que el paciente le asigna al seguimiento del régimen (relación costo-beneficio) y su propia confianza en poder seguirlo y completarlo. El aumentar dicha motivación, haciendo que el usuario perciba la importancia de la adherencia y la aptitud de autocuidado, se puede percibir como una meta que deben adoptar las ciencias biomédicas con el fin de mejorar la adherencia general⁵⁰.

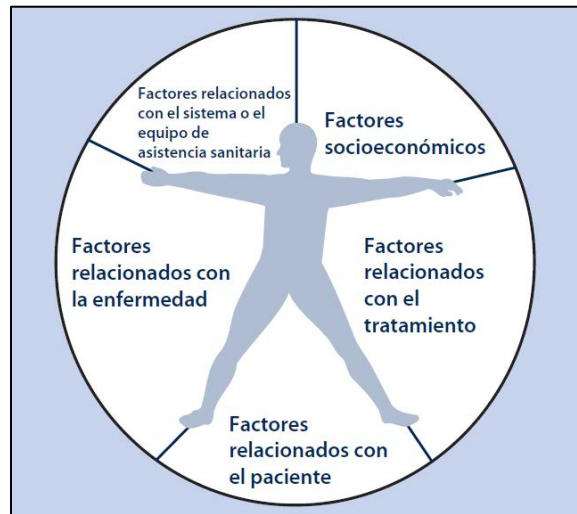


Figura 1. Las cinco dimensiones de la adherencia terapéutica⁵⁰.

Todo lo anterior resulta ser vital para facilitar la promoción de la salud hasta límites insospechados. La incorporación de la actividad física a los estilos de vida, atañe a la adherencia como uno de sus pilares, ya que solo si se practica actividad física de forma regular se pueden llegar a obtener ciertas garantías acerca de sus posibles beneficios¹¹.

2.7. Definición y operacionalización de las variables del estudio

Cuadro 1
Operacionalización de las variables del estudio

Objetivo	Variable	Definición	Definición operacional		
			Aspectos / dimensiones	Indicadores	Instrumentos
Caracterizar socio-demográficamente, a partir de los determinantes sociales, a la población en estudio.	Aspectos socio-demográficos	Conjunto de características biológicas, socioeconómicas y culturales, que están presentes en la población sujeta a estudio	Sexo	Condición de ser Hombre o Mujer, determinado por características biológicas: anatómicas y fisiológicas	Anamnesis (Anexo 2)
			Edad	Años cumplidos	
			Estado civil	Estado civil en el que se encuentra el participante -Soltero, casado, viudo, unión libre, divorciado-	
			Lugar de vivienda	Lugar donde habita el participante	
			Años de escolaridad	Periodo, medido en años escolares, que una persona ha permanecido en el sistema educativo formal	
			Situación laboral	Situación laboral en la que se encuentra actualmente el participante -empleado, desempleado, jubilado, independiente-	
			Consumo de sustancias	Ingesta periódica de sustancias por parte del participantes: medicamentos, alcohol, drogas, tabaco	
			Antecedentes patológicos	Patologías que ha presentado el	

			personales	participante a lo largo de su vida: hipertensión, diabetes, cardiopatías, etc. (Anexo 2)	
	Determinantes sociales	Circunstancias en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud	Salud física	Elementos de que influyen en la salud física del participante: <ul style="list-style-type: none"> - Actividades de la vida diaria - La dependencia de sustancias - La energía y la fatiga - Capacidad de movilidad - Dolor y el malestar - Características del sueño - Capacidad de funcional 	Cuestionario de Calidad de Vida de la OMS (Anexo 2)
Aspecto psicológico			Elementos psicológicos que influyen en el participante: <ul style="list-style-type: none"> - Percepción de su imagen corporal - Sentimientos personales - positivos y negativos - Autoestima - Creencias personales - Memoria y la concentración 		
Relaciones sociales			Factores sociales que influyen en el participante: <ul style="list-style-type: none"> - Relaciones interpersonales - Apoyo social - La actividad sexual 		
Ambiente			Aspectos del entorno que influyen en el participante: <ul style="list-style-type: none"> - Recursos financieros - Seguridad - Accesibilidad y calidad de los servicios de salud 		

				<ul style="list-style-type: none"> - Ambiente en el hogar - Acceso a la información - Actividades recreativas - Calidad del transporte público 	
<p>Precisar el efecto de los determinantes sociales en la adherencia al ejercicio físico en las personas adultas mayores.</p>	<p>Adherencia</p>	<p>El grado en que el comportamiento de una persona que se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria</p>	<p>Factores socioeconómicos</p>	<p>Características socioeconómicas del participante:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Estado socioeconómico - Redes de apoyo social - Creencias populares - Situación familiar actual 	<p>Questionario modificado de <i>Scale to Measure Adherence to the Neurorehabilitation (SMAN)</i> (Anexo 2)</p>
			<p>Factores relacionados con la capacidad física del participante</p>	<p>Condición físico del participante:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Grado de limitación física - Percepción de la gravedad de la limitación - Velocidad de progresión de la limitación física - Enfermedades o trastornos adicionales 	
			<p>Factores relacionados con la intervención</p>	<p>Características propias de la intervención:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Duración de la intervención - Asistencia por parte del participante a las sesiones - Evidencia de resultados inmediatos - Efectos colaterales 	
			<p>Factores relacionados con el equipo de asistencia</p>	<p>Relación del participante con el equipo de asistencia en las intervenciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Servicios de asistencia comunitaria - Conocimiento y preparación 	

				<p>del equipo encargado</p> <ul style="list-style-type: none"> - Incentivos y retroalimentación sobre el desempeño del participante - Estimulo por parte del equipo, hacia la adherencia de los participantes. 	
			Factores relacionados con el participante	<p>Percepción del participante ante la intervención:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Grado de motivación - Percepción sobre la necesidad del proceso - Entendimiento de las instrucciones de la intervención - Actitud ante el proceso de intervención 	

Fuente: Elaboración propia

CAPÍTULO III. Marco Metodológico

En el siguiente capítulo se describe el tipo de investigación, la población, el espacio y el tiempo donde se llevó a cabo el proyecto; además se exponen los instrumentos que se utilizaron para la recolección de los datos, y las técnicas y procedimientos necesarios para alcanzar los objetivos planteados en este estudio.

3.1. Definición del tipo de estudio

La presente investigación se desarrolló mediante una metodología de tipo cuantitativa, ya que, basándose en el uso de técnicas estadísticas, se pretenden distinguir los aspectos de interés de la población en estudio⁵⁵. Concretamente, se estudió la distribución de variables objetivas y subjetivas, permitiendo identificar los determinantes sociales de la adherencia al ejercicio físico en personas adultas mayores.

Además, se diseñó la investigación de forma no experimental; es decir, sin una determinación aleatoria, manipulación de variables o grupos de comparación⁵⁶. De manera más específica, el diseño utilizado fue de tipo correlacional, pues éste permitió medir el grado de relación que existe entre dos o más variables; logrando conocer cómo se puede conllevar una variable, sabiendo el comportamiento de otras variables relacionadas⁵⁷.

Otro aspecto importante fue el alcance del estudio, el cual fue definido como de tipo transversal, conocido también como encuesta de frecuencia o estudio de prevalencia. Esto debido a que fue utilizado con el fin de estimar la prevalencia de un evento determinado en una población específica. En este sentido, ~~es~~ estudios transversales proveen una «fotografía» en un punto específico del tiempo, tanto del aspecto estudiado como de las características relacionadas al mismo⁵⁸.

3.2. Espacio y tiempo

El trabajo de investigación se llevó a cabo en los grupos de adulto mayor, que asisten a las actividades programadas en las Prácticas Comunitarias I y II (TF-0147 y TF-0148) de la carrera de Bachillerato y Licenciatura en Terapia Física de la Universidad de Costa Rica, durante el segundo semestre del año 2017.

Estos grupos se localizan en los cantones de Curridabat, Montes de Oca y la Unión, y se encuentran dirigidos por estudiantes de cuarto año, supervisados por profesores, de la carrera de Terapia Física de la Universidad de Costa Rica. Los integrantes son adultos mayores que desean realizar actividad física para mejorar la calidad de vida.

3.3. Unidad de análisis

La unidad de análisis, objeto de interés de la investigación, correspondió a los determinantes sociales de la adherencia al ejercicio físico en personas adultas mayores que asisten a los grupos de Práctica Comunitaria I y II (TF-0147 y TF-0148) de la carrera de Bachillerato y Licenciatura en Terapia Física de la Universidad de Costa Rica.

3.4. Población-muestra

En el caso de esta investigación, dadas las características propias de la misma, no se utilizó una muestra, sino que se trabajó con la totalidad de la población, para lo cual se realizó una entrevista a todos los adultos mayores con edades iguales o superiores a los 65 años de edad, excluyendo a aquellos que presentaban alguna enfermedad cognitiva previamente diagnosticada. Todos éstos son integrantes de los grupos de Práctica Comunitaria I y II (TF-0147 y TF-0148) de la carrera de Bachillerato y Licenciatura en Terapia Física de la Universidad de Costa Rica, ubicados en las comunidades de Concepción y San

Juan de la Unión, Curridabat y Lourdes de Montes de Oca; en las que participan un total de 70 individuos adultos mayores.

3.5. Validez interna, validez externa y precisión

A continuación se exponen los aspectos que caracterizaron la validez, tanto interna como externa y la precisión del estudio.

3.5.1 Validez interna: esta hace referencia a la calidad de la investigación y a cuanta confianza se le puede tener a la interpretación de los resultados obtenidos. Se logra cuando hay control, cuando los grupos difieren entre sí solamente en la exposición a la variable independiente, cuando las mediciones de la variable dependiente son confiables y válidas, y cuando el análisis es el adecuado para el tipo de datos que se está manejando. Hay algunos factores que pueden confundir y ser motivo de que la variable independiente surte o no un verdadero efecto, a estos factores se les conoce como fuentes de invalidación interna o sesgos⁵⁹.

Algunos ejemplos de fuentes de invalidación interna pueden ser: el observador, sistema de medición, los sujetos de estudio -memoria, entrenamiento, fatiga-, los instrumentos de medición, errores en las variables dependientes e independiente, procesamiento de datos -errores de codificación, formulación errónea de modelos estadísticos- y errores que dependen del tiempo del estudio⁶⁰.

Para el caso de ésta investigación, se tomaron en cuenta los siguientes sesgos de la información:

Sesgo de periodicidad: corresponde a la variabilidad en la observación; es decir que lo observado puede seguir un patrón anormal a lo largo del tiempo, ya sea porque se distribuye de manera uniforme o porque se concentra en períodos⁶⁰. Para enfrentar ésta situación, y así evitar que las variables sufrieran modificaciones a través del tiempo, la aplicación de todos los instrumentos propuestos, fueron realizadas en un mismo momento (de agosto a noviembre de 2017), con el fin de evitar cambios significativos en la población.

Sesgo del entrevistador: la capacidad de observación o análisis de un evento de interés es variable de un sujeto a otro. Es decir, frente a un mismo estímulo es posible que dos individuos puedan tener percepciones distintas⁶⁰. Por ende, la recolección de los datos se dio por medio del instrumento propuesto (Anexo 2), en el que se sigue la secuencia de Anamnesis, Calidad de Vida y Adherencia; además de respetar un protocolo establecido previamente (Anexo 3), garantizando así un mismo proceso de entrevista para ambas investigadoras.

Sesgo de los instrumentos de medición: ya que la evaluación de fenómenos utiliza algo más que los sentidos, es imprescindible la utilización de instrumentos de medición, los que a su vez, pueden tener limitaciones técnicas para poder medir exactamente lo que se desea⁶⁰. Por lo cual se utilizaron instrumentos validados internacionalmente, aplicados en otras investigaciones, para así garantizar la efectividad en el proceso de recolección de información.

Sesgos de información o debido a los entrevistados: las afirmaciones proporcionadas por el participante pueden ser incorrectas debido a factores como el olvido, subjetividad, confusión, desconfianza, ignorancia, incompreensión, modificación de la respuesta por la propia encuesta o medición incorrecta de parámetros⁶⁰. Tales características no han sido posibles de controlar durante el proceso de recolección de los datos, sin embargo, las dudas que surgieron durante la entrevista fueron aclaradas por las investigadoras, las cuales han mantenido un criterio único, claro y conciso, en todos los puntos incluidos en el instrumento. Además, es importante aclarar que los cuestionamientos asociados a la adherencia se especificaron para la práctica de ejercicio físico, y no para la asistencia a las actividades adicionales del grupo comunitario.

3.5.2 Validez externa: con respecto a la validez externa, esta se refiere a qué tan generalizables son los resultados de una investigación hacia otros participantes o poblaciones. Responde a la pregunta: ¿lo que encontré en la investigación a qué tipos de personas, grupos, contextos y situaciones se aplica?⁵⁹.

Para el caso de ésta investigación, se ha tomado como población de estudio, a personas adultas mayores; las cuales cuentan con un seguimiento de intervención, según las prácticas estudiantiles de la carrera de Terapia Física; por lo que los resultados obtenidos en éste proyecto, van dirigidos específicamente a éstos grupos. Tales datos podrían ser extrapolados a poblaciones similares, pero no van a poder ser generalizados a todos los adultos mayores, ya que ésta es una población cautiva que posee características específicas.

3.5.3 Precisión: la precisión de los resultados está ligada a la cantidad de sujetos que integran la investigación, ya que un número alto de participantes disminuye el nivel de incertidumbre de los datos analizados. En éste caso, el estudio se efectuó con una cantidad finita de sujetos, siendo el total de la población 70 participantes.

Por otro lado, los problemas de imprecisión emergen en los resultados del análisis estadístico en el momento de explicar variables dependientes, a partir de las independientes. En el caso de éste proyecto, el nivel de precisión se tomó en cuenta, desde los estadísticos de efecto e impacto, introduciendo un intervalo de confianza al 95%.

3.6. Procedimientos de recolección de datos

En cuanto a las técnicas de recolección de datos, se utilizaron fuentes primarias, entendida ésta como los datos que ~~son~~ elaborados expresamente para una investigación en curso, bien porque no existen estos datos o porque se desconoce su existencia⁶¹. En este caso, las fuentes primarias correspondieron a la información requisada en los cuestionarios, por medio de una entrevista. Entendiendo al cuestionario como ~~un~~ conjunto de preguntas, preparadas sistemática y cuidadosamente, sobre los hechos y aspectos que interesan en una investigación o evaluación⁶².

Para efectos de éste estudio, se realizó una prueba de los instrumentos, con 15 adultos mayores ajenos a las Prácticas Comunitarias, lo cual permitió identificar definiciones de difícil comprensión, medir el tiempo estimado para cada

entrevista y una familiarización con el instrumento; logrando así un mejor acoplamiento a las preguntas y al tipo de población.

La entrevista se dividió, por el tipo de interrogante, en tres apartados (Anexo 2):

I. Datos sociodemográficos (Anamnesis): con la implementación de este instrumento, se obtuvo una caracterización de la población en estudio, mediante la indagación de datos personales. De igual forma, éste apartado consideró algunas características biológicas y socio-demográficas, que son también interpretadas como determinantes sociales, importantes en la adherencia al ejercicio físico en los adultos mayores que asisten a los grupos de Práctica Comunitaria de la carrera de Bachillerato y Licenciatura en Terapia Física.

II. Calidad de Vida según determinantes sociales: En éste apartado se logró conocer la opinión del participante relacionada a diversos aspectos acerca de su calidad de vida, su salud y otras áreas de su vida. Mediante una escala del 1 al 5, donde 1 es nada y 5 es totalmente. El cuestionario se formuló tomando como base instrumentos validados. Uno de estos cuestionarios fue el WHOQOL-BREF (World Health Organization Quality of Life-bref), el cual ha sido desarrollado de manera transcultural centrándose en la calidad de vida percibida por la persona, según las áreas y facetas que lo componen. Fue diseñado para ser usado tanto en la población general como en pacientes. El WHOQOL-BREF contiene un total de 26 preguntas y todas apuntan hacia un perfil de cuatro áreas: salud física, psicológica, relaciones sociales y ambiente⁶³. Finalmente, para obtener la calificación total, se asignaron 5 categorías que valoran la calidad de vida: de 0-20% como nula, de 21-40% como baja, de 41-60% como mediana, de 61-80% como satisfactoria y de 81-100% como alta.

III. Adherencia terapéutica: Tomando como base las cinco dimensiones de la OMS, se logró definir un porcentaje de adherencia terapéutica, por parte de los participantes, al ejercicio físico. Siendo nula de 0-4%, baja de 5-25%, mediana de 26-50%, satisfactoria de 51-94% y alta de 95 a 100%. Lo anterior por medio de un

instrumento validado, el cual fue modelo para formular el contenido de la guía de entrevista utilizada en la presente investigación. El instrumento original se denomina *Scale to Measure Adherence to the Neurorehabilitation* (SMAN), diseñado para la evaluación de la adherencia de personas adultas a procesos de neuro-rehabilitación funcional a largo plazo, asociados con factores socio-económicos, con el tratamiento, con el individuo, con la enfermedad y con el equipo rehabilitador o el equipo prestador de servicios, según las dimensiones de la OMS. El SMAN cuenta con esos cinco factores y 20 Ítems, además, fue validado por profesionales de la salud dedicados a la neuro-rehabilitación funcional en centros especializados de la ciudad de Santiago de Cali, Colombia⁶⁴. Para el caso específico de ésta investigación, se modificó la redacción de las preguntas de manera sencilla, pasando de “permanencia en los tratamiento para mi rehabilitación” a “permanencia en el grupo de ejercicio físico”; de tal forma que respondan a los objetivos planteados en el estudio.

3.7. Procedimientos y técnicas de análisis de datos y presentación de la información.

La siguiente etapa de la investigación consistió en la tabulación y depuración de la información mediante el análisis de datos, en bases de Excel y el programa SPSS. Se efectuó una descripción global de la población, con la utilización de gráficos y tablas; además, se editaron y estudiaron los resultados mediante el uso de estadística descriptiva, como las pruebas de tendencia central y el cálculo de las frecuencias absolutas – relativas.

También, se efectuó un análisis de correlación de variables para medir el grado de asociación entre las mismas. Para ello, se emplearon medidas estadísticas como el análisis de varianza (ANOVA) y la regresión lineal. La primera es útil cuando hay dos grupos que necesitan ser comparados o cuando los sujetos pueden variar en una o más características⁶⁵. Mientras que la regresión lineal, representa un modelo estadístico que expresa una variable respuesta (en éste caso la Adherencia), en función de otras variables predictores (en éste caso los Determinantes Sociales). —E la correlación las dos variables en estudio tienen un

papel simétrico, pero en el modelo de regresión es asimétrico: la respuesta representa la futura incógnita, y la predictora, la información que estará disponible”⁶⁶. Este análisis permitió conocer la relación entre los determinantes sociales y la adherencia al ejercicio físico en los adultos mayores.

Aunado a ello, se complementó el análisis con una discusión de los resultados obtenidos, mediante un respaldo bibliográfico con fuentes secundarias o datos que han sido elaborados previamente a la investigación que ahora se plantea”⁶¹. En este caso y, debido a lo anterior, estas fuentes representan una referencia para el tema de investigación.

En última instancia, al concluir la caracterización de la población y la relación entre los determinantes sociales y la adherencia al ejercicio físico; fue posible el planteamiento de lineamientos que pueden ser considerados para facilitar la adherencia al ejercicio físico en las personas adultas mayores que participan en los grupos de Práctica Comunitaria de la carrera de Terapia Física de la Universidad de Costa Rica.

3.8. Consideraciones éticas

Antes de iniciar con la investigación, éste trabajo fue evaluado por el Comité Ético-Científico de la Universidad de Costa Rica, esto debido a que, aunque la investigación no es de carácter experimental, sí exigía una aproximación con los participantes involucrados y la solicitud de información relacionada con su condición de vida y de salud, por lo tanto, además de dicha evaluación, también se respetaron los principios fundamentales para las investigaciones biomédicas en el país, los cuales son:

Principio de autonomía: con el fin de respetar este principio, se hizo entrega de un Consentimiento Informado (Anexo 1), el cual se leyó de forma clara y detallada a las personas, quienes firmaron el documento, de manera voluntaria, al aceptar las condiciones del mismo. El consentimiento informado que fue entregado, contaba con los siguientes aspectos: un lenguaje comprensible, el propósito de la

investigación, los procedimientos que se pretendían realizar, los posibles riesgos, los beneficios anticipados, y, por supuesto, se recalcó el derecho que tienen las personas de retirarse en cualquier momento del estudio⁶⁷. Además se comunicó, de manera directa, los objetivos de la investigación y se les aseguró la confidencialidad de la información brindada.

Principio de privacidad: La privacidad de cada uno de los participantes se respetó manteniendo el anonimato durante la recolección de datos, esto mediante la asignación de un código numérico, el cual fue utilizado posteriormente para analizar la información obtenida. El llenado de los instrumentos de recolección de los datos, se completó de manera individual, en un lugar cómodo y alejado del resto del grupo. Finalmente, como parte del principio de privacidad, los instrumentos utilizados han sido guardados en un lugar seguro por las investigadoras, por un tiempo de 5 años y, posteriormente, serán destruidos para evitar la pérdida o divulgación de información confidencial de los participantes.

Principio de beneficencia y de no maleficencia: El principio de beneficencia —s refiere en general a la obligación de efectuar el bien, tratando de prevenir y eliminar el daño, promoviendo el bien en busca de lograr un balance positivo entre beneficios y daños”⁶⁸. Por lo cual, al finalizar la investigación, a los participantes del estudio se les presentarán los resultados obtenidos y sus respectivas recomendaciones sobre adherencia al ejercicio físico. Estas se darán de manera general a toda la población participante.

Además, para reforzar los beneficios de esta investigación hacia la población adulta mayor, se realizará una retroalimentación de los resultados y de la propuesta de los lineamientos planteados, a los estudiantes y docentes de la carrera de Terapia Física, con el fin de que la información recolectada sea implementada y llegue a los sujetos meta.

El principio de no maleficencia —s refiere a la obligación de no hacer daño a otros. Incluye obligaciones de no matar, no causar dolor ni sufrimiento, no incapacitar, no privar a otros de bienes de la vida, no imponer riesgos de daños”⁶⁸.

En cuanto a este principio el estudio no presentó ningún tipo de riesgo para los participantes ya que la protección del sujeto fue primordial en esta investigación. Los datos recolectados fueron exclusivamente utilizados para alcanzar los objetivos de la investigación.

CAPÍTULO IV. Análisis de resultados

En éste capítulo se expondrán los principales resultados obtenidos de las entrevistas realizadas a los adultos mayores que asisten a los grupos de Práctica Comunitaria de la carrera de Bachillerato y Licenciatura en Terapia Física de la Universidad de Costa Rica, en el período que comprende el segundo semestre académico del año 2017, desde agosto hasta noviembre. Inicialmente se realizó un análisis descriptivo de la población, según las tres partes que se abarcaron en el cuestionario, datos personales, calidad de vida, y la adherencia al ejercicio físico referida por los participantes en las sesiones de intervención comunitaria.

Seguidamente se llevó a cabo una correlación de las variables planteadas en el cuestionario de calidad de vida, con el resultado obtenido de la adherencia al ejercicio físico. Para lo cual, se emplearon técnicas estadísticas, tablas, gráficos y descripciones teóricas, con el fin de comprender y examinar la relación entre ambos aspectos en estudio y, a partir de este análisis, se plantearon lineamientos que mejoren las intervenciones fisioterapéuticas en las comunidades.

4.1. Caracterización de la población

Para poder alcanzar lo planteado en el primer objetivo de ésta investigación, se caracterizó a la población ahondando desde dos perspectivas, en primera instancia una descripción general de los datos personales de los usuarios y, seguidamente, los resultados que identificaron la calidad de vida en la cotidianidad de los adultos mayores.

La población total entrevistada correspondió a 70 participantes adultos mayores (de 65 años o más) que asisten a los grupos de Práctica Comunitaria de la carrera de Terapia Física de la Universidad de Costa Rica, abarcando cuatro comunidades: el grupo Renacer en Lourdes de Montes de Oca, Mujer y Vida en el centro de Curridabat, Cuerpos en Acción en San Juan de la Unión y el grupo de Pastoral Social en Concepción de la Unión (Tabla 1).

Tabla 1

Distribución de la población adulta mayor, según los grupos establecidos en la Práctica Comunitaria de la carrera de Terapia Física de la Universidad de Costa Rica, II Semestre 2017

Grupo	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
Renacer	10	14,3
Mujer y Vida	1	1,4
Cuerpos en Acción	5	7,1
Pastoral Social	54	77,1
Total	70	100

Fuente: elaboración propia a partir de los resultados obtenidos en las entrevistas a los adultos mayores que asisten a los grupos de Práctica Comunitaria, TF, U.C.R.

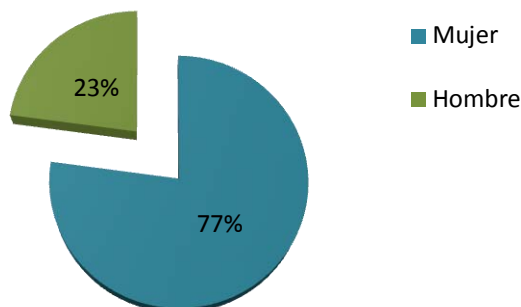
4.1.1. Datos personales

En éste apartado se describe a la población en estudio según los resultados obtenidos en la presente investigación, en variables como edad, estado civil, escolaridad y antecedentes patológicos.

Como se aprecia en el gráfico 1, de los 70 sujetos entrevistados, la mayor parte corresponde al género femenino (54 mujeres), mientras que los hombres representan casi una cuarta parte de la población estudiada (16 hombres). Dato que se relaciona con el último censo nacional, realizado en el año 2011 por el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), donde se comprueba que en la población adulta mayor, de 65 años o más, prevalece la cantidad de mujeres (166.878); mientras que se reporta un número inferior concerniente a la cantidad de varones (144.834)⁶⁹. Además, algunas investigaciones señalan que las mujeres se ven más atraídas por programas de actividad física, no sólo por el dinamismo y musicalidad de los mismos, sino también por el aporte social que éstos grupos generan; tales estereotipos se asocian más al género femenino de manera colectiva, pero en especial en edades longevas⁷⁰.

Gráfico 1

Distribución según sexo de los participantes. Población adulta mayor que asiste a los grupos de Práctica Comunitaria de la carrera de Terapia Física de la Universidad de Costa Rica, II Semestre 2017

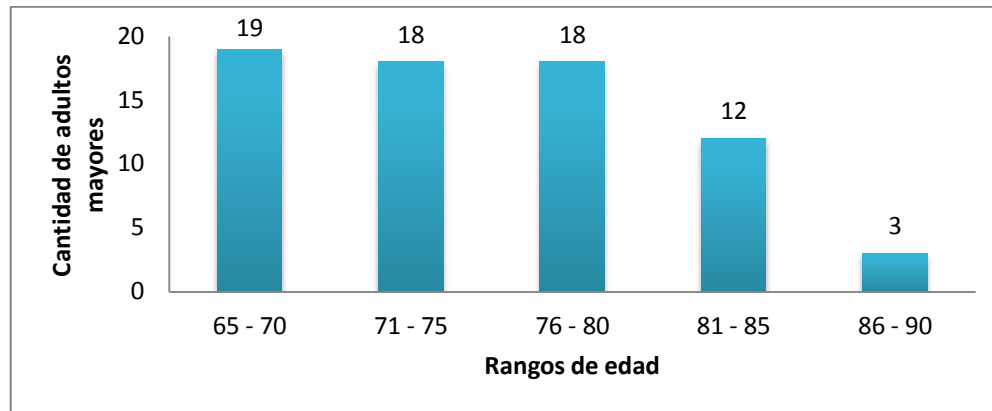


Fuente: elaboración propia a partir de los resultados obtenidos en las entrevistas a los adultos mayores que asisten a los grupos de Práctica Comunitaria, TF, U.C.R.

Con respecto a la distribución por edades, los entrevistados se encontraban en un rango entre los 65 y los 90 años, con un promedio de edad de 75,01 (desviación estándar = 6,73). En el gráfico 2 se pueden apreciar las agrupaciones en rangos, en la cual se distingue una disminución según aumenta la cantidad de años, lo cual coincide con los datos obtenidos en el último censo nacional, realizado en el año 2011 por el INEC. Reportando un total de 311.712 adultos mayores (lo que corresponde a 7,2% de la población total del país); de los cuales el 58,25% se encontraban en edades entre los 65 y 74 años, el 31,02% entre los 75 y los 84 años y, de 85 años en adelante, se registraron 10,73%⁶⁹.

Gráfico 2

Distribución según rangos de edad. Población adulta mayor que asiste a los grupos de Práctica Comunitaria de la carrera de Terapia Física de la Universidad de Costa Rica, II Semestre 2017



Fuente: elaboración propia a partir de los resultados obtenidos en las entrevistas a los adultos mayores que asisten a los grupos de Práctica Comunitaria, TF, U.C.R.

Otro dato que caracteriza a la población entrevistada es su estado civil, en el que, particularmente, se logró comprobar que la mayor cantidad se encuentran casados o viudos, tanto hombres como mujeres, representando más de un tercio de los entrevistados en cada categoría; sin embargo, en el I Informe Estado de Situación de la Persona Adulta Mayor, publicado en el año 2008, se afirma que las mujeres tienen una esperanza de vida de cinco años mayor que la de los hombres, por lo que la condición de viudez es más frecuente en ellas. En general, para los hombres de todas las edades predomina la condición de casados o unidos. Para las mujeres esto ocurre hasta los 75 años y después predomina la condición de viudas⁸.

Tabla 2

Distribución del estado civil según sexo. Población adulta mayor que asiste a los grupos de Práctica Comunitaria de la carrera de Terapia Física de la Universidad de Costa Rica, II Semestre 2017

Estado civil	Sexo		Total
	Mujer	Hombre	
Soltero	2 (3,7%)	2 (12,5%)	4 (5,7%)
Casado	21 (38,9%)	7 (43,8%)	28 (40,0%)
Divorciado	8 (14,8%)	---	8 (11,4%)
Unión libre	1 (1,9%)	---	1 (1,4%)
Viudo	22 (40,7%)	7 (43,8%)	29 (41,4%)
Total	54 (100%)	16 (100%)	70 (100%)

Fuente: elaboración propia a partir de los resultados obtenidos en las entrevistas a los adultos mayores que asisten a los grupos de Práctica Comunitaria, TF, U.C.R.

La escolaridad representa también información importante que describe a la población adulta mayor en general y, en especial, a los participantes del estudio, ya que la mayor cantidad de éstos sí cursaron la educación primaria, pero sólo pocos la concluyeron, mientras que existen algunas mujeres entrevistadas que no cuentan con ningún grado académico (Tabla 3). En el pasado, las posibilidades de asistir a la escuela eran mucho más limitadas, razón por la cual la formación de los participantes es menor al resto de la población. En Costa Rica, el promedio de los años de escolaridad de los mayores de 65 años es 4,8⁸; dato que coincide con los resultados de la presente investigación. Ello quiere decir que muy pocos completaron la educación primaria.

Tabla 3

Distribución según escolaridad. Población adulta mayor que asiste a los grupos de Práctica Comunitaria de la carrera de Terapia Física de la Universidad de Costa Rica, II Semestre 2017

N = 70	Frecuencia absoluta	Años de escolaridad				
		Mínimo	Máximo	Moda	Promedio	Desviación estándar
Mujer	54	0	14	6	5,35	3,08
Hombre	16	1	10	6	4,50	2,56
Total	70	0	14	6	4,93	3,09

Fuente: elaboración propia a partir de los resultados obtenidos en las entrevistas a los adultos mayores que asisten a los grupos de Práctica Comunitaria, TF, U.C.R.

Aunado a lo anterior, no se puede dejar de lado la situación laboral a partir de la cual subsisten económicamente los participantes de este estudio. En este particular, se distribuyen de manera equitativa en dos grandes grupos como se muestra en la Tabla 4, los jubilados que en algún momento formaron parte de la clase trabajadora; y los que se dedican a un trabajo independiente, considerando, en éste caso, a las amas de casa cuya labor consiste en el aseo del hogar.

En Costa Rica, según el Informe de Estado de la población Adulta Mayor, tanto los hombres como las mujeres se encuentran económicamente inactivos, aun así, desarrollan otros quehaceres o mantienen deseos de trabajar, además un alto porcentaje de los hombres son pensionados por alguno de los regímenes existentes. En cuanto a las mujeres, más de dos tercios declaran estar ocupadas en oficios domésticos⁸.

Tabla 4

Distribución según situación laboral. Población adulta mayor que asiste a los grupos de Práctica Comunitaria de la carrera de Terapia Física de la Universidad de Costa Rica, II Semestre 2017

Situación laboral**	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
Jubilado	35	50,0
Independiente	35	50,0
Total	70	100

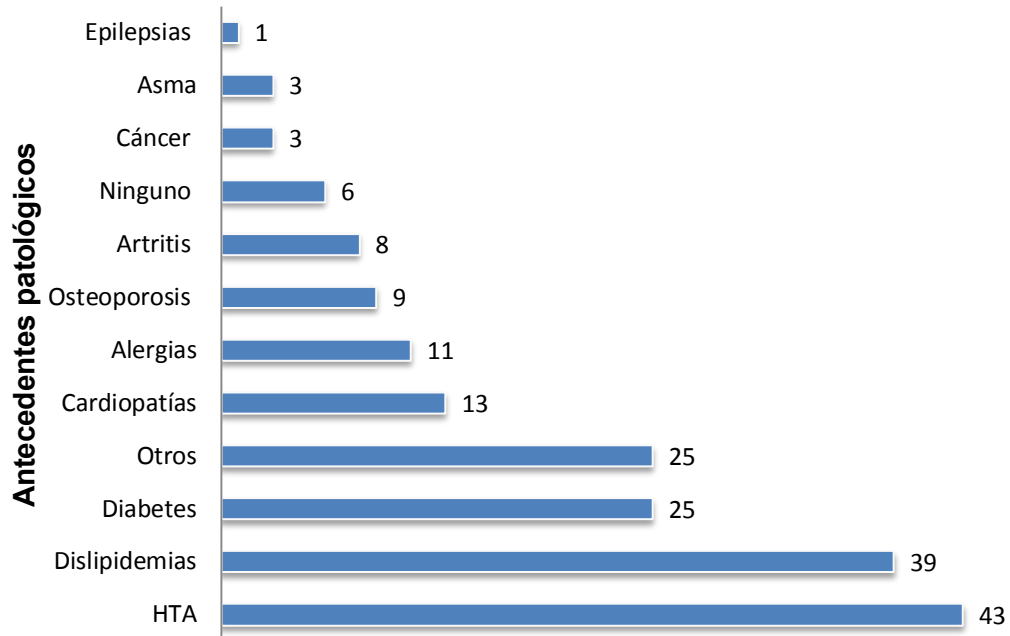
**Comprende jubilado como aquel que se somete a un régimen de pensión por cese laboral debido a invalidez, vejez o muerte; e independiente aquellos con ingreso económico propio o dedicados a labores del hogar.

Fuente: elaboración propia a partir de los resultados obtenidos en las entrevistas a los adultos mayores que asisten a los grupos de Práctica Comunitaria, TF, U.C.R.

Sumado a los cambios propios de la edad y que caracterizan el perfil del adulto mayor; se encuentran las enfermedades crónicas, destacando en el gráfico 3, la hipertensión arterial, las dislipidemias y la diabetes mellitus, tres de las patologías más comunes en el adulto mayor a nivel nacional. De ellas, la hipertensión arterial y la diabetes son los principales factores de riesgo para la enfermedad cardiovascular, la cual es la principal causa de muerte en Costa Rica⁸. Seguido de esto se aprecia una importante incidencia de otras patologías, entre ellas se puede mencionar la fibromialgia, la artrosis, el vértigo, entre otras.

Gráfico 3

Distribución según antecedentes patológicos personales. Población adulta mayor que asiste a los grupos de Práctica Comunitaria de la carrera de Terapia Física de la Universidad de Costa Rica, II Semestre 2017



Cantidad de adultos mayores N = 70

Fuente: elaboración propia a partir de los resultados obtenidos en las entrevistas a los adultos mayores que asisten a los grupos de Práctica Comunitaria, TF, U.C.R.

Ligado a las patologías, se encuentra el consumo de medicamentos, hecho que es indispensable para el control de las mismas y que representa al adulto mayor en general y, por supuesto, a los involucrados en este análisis, ya que el 90% de adultos entrevistados afirma consumir uno o varios tipos de medicamento. Según el estudio de Longevidad y Envejecimiento Saludable (CRELES) realizado en Costa Rica, en el año 2008, el 79% de la población adulta mayor refirió consumir medicamentos. De los cuales destacan los antihipertensivos (18%), antitrombolíticos (11%), diuréticos (8%), hipoglicemiantes (7%), hipolipemiantes (6%), concordando con las patologías crónicas mencionadas anteriormente. Además, se reportó que el 60% de las personas adultas mayores utiliza de 1 a 4 medicamentos, mientras que el restante 40% tiene polifarmacia (5 a 17 medicamentos)⁸.

El consumo de otras sustancias como el alcohol o el tabaco se reducen con la edad, lo cual es apreciable en los resultados de la Tabla 5, en la que se evidencia que sólo 2,9% de los adultos en estudio hace uso de dichas ingestas. En Costa Rica, de todas las personas de 65 años y más, el 9% es fumadora activa, mientras que tan sólo el 2% son consumidores habituales de alcohol. Dicho comportamiento se reduce sustancialmente en las personas de 80 años y más⁸.

Tabla 5

Distribución según consumo de sustancias. Población adulta mayor que asiste a los grupos de Práctica Comunitaria de la carrera de Terapia Física de la Universidad de Costa Rica, II Semestre 2017

Consumo de sustancias N=70	SI, n (%)
Tabaco	2 (2,9)
Alcohol	2 (2,9)

Fuente: elaboración propia a partir de los resultados obtenidos en las entrevistas a los adultos mayores que asisten a los grupos de Práctica Comunitaria, TF, U.C.R.

4.1.2. Calidad de vida

Para el desarrollo de éste apartado se analizaron e interpretaron una serie de condiciones que rodean al adulto mayor en su vida cotidiana y que a la vez, influyen en su calidad de vida. En tal descripción, se tomaron en cuenta cinco grandes aspectos que se consideraron indispensables a la hora de hacer una evaluación de ésta índole. Entre ellos, asuntos generales relacionados con salud y calidad de vida, la independencia funcional desde la salud física, características psicológicas que definen al participante, las relaciones sociales en las que se ven involucrados, y, finalmente, el entorno o ambiente en el que se desarrollan los individuos en estudio.

Dichos apartados fueron segmentados, a su vez, en 5 modalidades que calificaron, en escala ordinal, todas las interrogantes planteadas; demostrando así el grado de satisfacción o aprobación hacia éstas, por parte de los participantes.

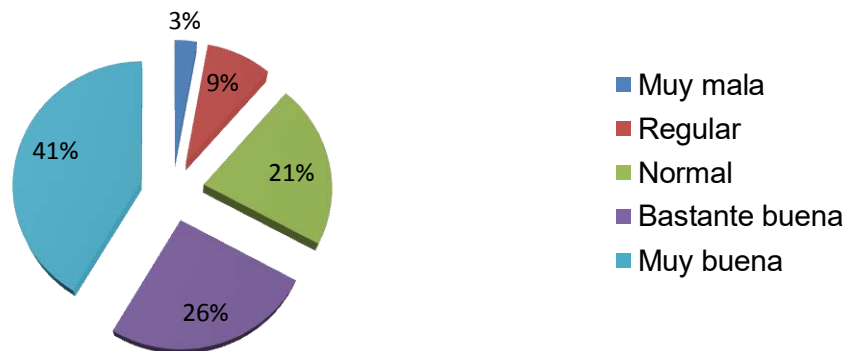
a. Aspectos generales sobre la calidad de vida

La calidad de vida de las personas adultas mayores debe plantearse desde un enfoque integral, en el cual no solo se involucren aspectos de salud, sino que también se abarque el bienestar personal, su funcionalidad y los entornos que los rodean; de tal manera que todos estos factores favorezcan y permitan el desarrollo propio.

Desde ese mismo enfoque, los participantes en estudio destacaron que cuentan, de manera general, con una “muy buena” o “bastante buena” calidad de vida (Gráfico 4), lo cual brinda indicios de un alto nivel de salud, tanto física como mental; además de una adecuada interacción social y ambiental. Según información publicada por la Asociación Gerontológica Costarricense (AGECO), Costa Rica posee el mejor Índice de Calidad de Vida de las personas mayores en Centroamérica. Este informe fue realizado por *HelpAge International* y la red de organizaciones afiliadas, el cual ubicó a Costa Rica en la posición cuatro del ranking en Latinoamérica, debajo de Chile, Uruguay y Argentina⁷¹.

Gráfico 4

Percepción de la calidad de vida. Población adulta mayor que asiste a los grupos de Práctica Comunitaria de la carrera de Terapia Física de la Universidad de Costa Rica, II Semestre 2017

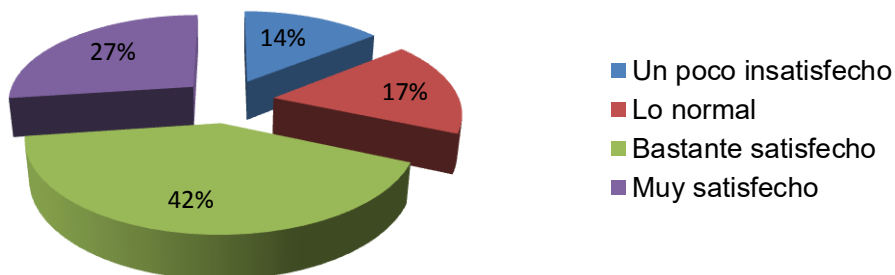


Fuente: elaboración propia a partir de los resultados obtenidos en las entrevistas a los adultos mayores que asisten a los grupos de Práctica Comunitaria, TF, U.C.R.

Ligado a la calidad de vida se enfatiza la satisfacción con el estado de salud. En la década de los noventa se desarrolló el concepto de calidad de vida vinculado a la salud, que se define como: –el valor asignado a la duración de la vida, modulado por las limitaciones, estado funcional, percepciones y oportunidades sociales, y que se ven influidas por las enfermedades, lesiones, tratamientos y políticas sanitarias”⁷². Para el caso de la presente investigación, en el gráfico 5 se aprecia que los porcentajes de mayor valor se inclinan hacia calificaciones favorables, mientras que la insatisfacción no obtuvo puntaje alguno; demostrando así que, en general, los participantes en estudio perciben un importante bienestar físico y psicológico que les permite desarrollarse plenamente en su vida.

Gráfico 5

Grado de satisfacción con el estado de salud. Población adulta mayor que asiste a los grupos de Práctica Comunitaria de la carrera de Terapia Física de la Universidad de Costa Rica, II Semestre 2017



Fuente: elaboración propia a partir de los resultados obtenidos en las entrevistas a los adultos mayores que asisten a los grupos de Práctica Comunitaria, TF, U.C.R.

b. Aspectos relacionados a la salud física

Una parte elemental de la calidad de vida, en la población adulta mayor, corresponde a lo relacionado a salud física y, sobre todo, la permanencia de la independencia funcional. En ese sentido, el dolor o la incapacidad para el desarrollo de las actividades cotidianas, representa una limitante primordial. Para el caso de ésta investigación, la tabla 6 muestra que la mayor cantidad de

participantes no presenta ninguna molestia significativa que les impida realizar las actividades diarias, sin embargo es un aspecto que no se debe desatender, ya que en los casos donde sí hay presencia de dolor, podría haber asociación a problemas crónicos que implican la dependencia a un tratamiento médico. En la población adulta mayor en general, la presencia de dolor es frecuente, destacando cifras de prevalencia que van desde 25 hasta 88% en sujetos mayores de 65 años, lo cual es aproximadamente el doble que en pacientes más jóvenes⁷³.

En la tabla 6 se enfatiza que los adultos refieren un vínculo considerado como “normal” hacia la toma de medicamentos, no obstante, los siguientes porcentajes resaltan en categorías como “bastante” y “totalmente”, demostrando así que la persistencia en el consumo de fármacos es vital para lograr el cumplimiento diario de las tareas dentro y fuera del hogar. Algunos estudios sobre la ingesta de medicamentos, destacan que esta población es la que consume aproximadamente un tercio del total de las prescripciones médicas; indicando además que el uso de medicamentos no hace referencia a solo un tipo, sino que involucra de 5 a más fármacos diferentes. También, este mismo estudio presenta que, de una población de 747 individuos participantes, todos mayores de 65, un 89,9% tenían prescrito, en el momento del estudio, al menos un fármaco y por lo menos un 59,2% estaban polimedicados⁷⁴.

Otro elemento relevante para la salud física en la población longeva corresponde a la capacidad de poder dormir y descansar de forma adecuada, esto debido a que “al edad es un factor determinante en el sueño y son los adultos mayores una población muy afectada por trastornos de la cantidad y la calidad del mismo”⁷⁵. Al hacer referencia a esta interrogante, la mayor cantidad de participantes señalan que están entre “bastante” y “totalmente” satisfechos con su capacidad de dormir de forma confortable durante toda la noche (Tabla 6), sin embargo, cabe destacar que algunos de ellos requieren de hipnóticos o sedantes para lograr tal objetivo, por lo que no se descarta la ausencia de trastornos del sueño. Además, entre los que mencionan no poder descansar plenamente durante la noche, se destaca como causas la incontinencia urinaria y el insomnio. En un

estudio realizado en el año 2008, se determinó la prevalencia de los trastornos de sueño en 116 adultos mayores, mostrando como resultado que el 62,6% de los adultos mayores encuestados presentaban éste tipo de alteraciones, siendo el insomnio el que obtuvo una mayor frecuencia de aparición con un 80,3%⁷⁶.

Dicha necesidad de poder conciliar el sueño, radica también en la exigencia de poder descansar y adquirir la energía requerida para completar las actividades de la vida diaria, en este caso los individuos en estudio se enfocan hacia resultados positivos, indicando, en su mayoría (42,9%), ~~—b~~“~~as~~stante” energía para completar la rutina diaria. Lo que implica, a su vez, el poder desplazarse de un lugar a otro de forma individual o con asistencia mínima (de un acompañante o de algún implemento biomecánico); aspecto que caracteriza, aproximadamente, a tres cuartas partes de la población en estudio (Tabla 6).

Aunado a lo anterior, se destaca la habilidad en la realización de acciones del diario vivir, tal es el caso del baño, la alimentación y la vestimenta, cualidades en las que casi el total de los sujetos se encuentran ~~—b~~“~~as~~stante” o ~~—c~~“~~at~~almente” satisfechos. De igual forma, al indagar sobre la capacidad en el cumplimiento de trabajos diarios como las compras, los quehaceres del hogar o la agricultura, la inclinación se mantiene hacia resultados positivos, resaltando así una excelente capacidad funcional en los adultos encuestados, lo cual les aporta de forma positiva en su calidad de vida.

Con respecto a este tema, la Universidad de Costa Rica en el año 2000 realizó un estudio con adultos mayores, donde se determinó la capacidad funcional considerando su habilidad al realizar actividades de la vida diaria, capacidades instrumentales y otros aspectos tales como correr, subir escaleras, agacharse, halar o empujar objetos grandes. Los resultados evidenciaron que solo un 21% del total de adultos mayores mostraron capacidad funcional intermedia, es decir que tenían entre 5 o 8 dificultades (de un total de 24); y un 16% obtuvo una capacidad funcional baja, es decir que tenían 9 o más limitaciones⁷⁵.

Tabla 6

Calidad de vida según la salud física. Población adulta mayor que asiste a los grupos de Práctica Comunitaria de la carrera de Terapia Física de la Universidad de Costa Rica, II Semestre 2017

N= 70	Nada, n(%)	Un poco, n(%)	Lo normal, n(%)	Bastante, n(%)	Totalmente, n(%)
Dolor físico	27 (38,6)	11 (15,7)	11 (15,7)	16 (22,9)	5 (7,1)
Necesidad de tratamiento	8 (11,4)	3 (4,3)	29 (41,4)	20 (28,6)	10 (14,3)
Energía en AVD	2 (2,9)	11 (15,7)	13 (18,6)	30 (42,9)	14 (20,0)
Capacidad desplazamiento	1 (1,4)	9 (12,9)	7 (10,0)	20 (28,6)	33 (47,1)
Sueño	10 (14,3)	10 (14,3)	10 (14,3)	15 (21,4)	25 (35,7)
Habilidad para AVD	1 (1,4)	1 (1,4)	11 (15,7)	26 (37,1)	31 (44,3)
Capacidad de trabajo	1 (1,4)	6 (8,6)	14 (20,0)	29 (41,4)	20 (28,6)

Fuente: elaboración propia a partir de los resultados obtenidos en las entrevistas a los adultos mayores que asisten a los grupos de Práctica Comunitaria, TF, U.C.R.

c. Aspectos relacionados con la dimensión psicológica

El área psicológica representa otra parte fundamental de la calidad de vida, puesto que conocer sobre algunos detalles que describen la salud emocional en las personas es vital a cualquier edad, pero principalmente, cuando se trata de población adulta mayor⁷⁷. Según los resultados que se presentan en la Tabla 7, existe una importante tendencia de los participantes hacia la elección de valoraciones —“bastante” y —“totalmente” positivas en puntos como el poder disfrutar plenamente de la vida y encontrarle sentido a la misma; al igual que la aceptación y gusto por su apariencia física y la satisfacción de todo lo logrado a lo largo de los años vividos, desde un punto de vista profesional y familiar.

Lo anterior demuestra que los individuos que asisten a los grupos de Práctica Comunitaria de la carrera de Terapia Física, se definen, en su mayoría, como sujetos positivos y activos, que cuentan con niveles elevados de autoestima

y aceptación propia en esta importante etapa de la vida. Esto es de suma importancia, pues se ha demostrado que a esta edad, sentirse satisfecho y tener una afectividad positiva, constituye un factor relevante en la percepción y evaluación de la calidad de vida integral en adultos mayores⁷⁷.

De igual forma, parte importante de la salud emocional en la vejez, es la capacidad de concentración, o deficiencia de la misma, pues se considera normal la reducción gradual de neuronas en ésta etapa de la vida. Al ir envejeciendo, el cerebro necesita de menos neurotransmisores, provocando una disminución en la actividad cerebral y en la eficacia y rapidez de las facultades mentales⁷⁸.

En el caso de los participantes en estudio, la tabla 7 muestra un porcentaje favorable hacia aquellos con “bastante” satisfacción en el tema de la concentración. No obstante, un porcentaje casi igual abarca una de las categorías de insatisfacción (“poco insatisfecho”), lo cual significa que, en el caso del adulto mayor, las habilidades cognitivas se pueden ir perdiendo progresivamente, por lo que, es de esperar que no toda la población cuente con las mismas facultades para la realización de trabajos conocidos o por aprender. Cada individuo envejece a un ritmo diferente; así como sus órganos y sistemas. Por lo tanto, pueden encontrarse personas envejecidas a los 40 o 50 años de edad y otras conservadas a los 80 y 90 años de edad⁷⁸. Debido a lo anterior, este proceso y sus implicaciones deben valorarse de modo individual.

Tabla 7

Calidad de vida según dimensión psicológica. Población adulta mayor que asiste a los grupos de Práctica Comunitaria de la carrera de Terapia Física de la Universidad de Costa Rica, II Semestre 2017

N= 70	Nada, n(%)	Un poco, n(%)	Lo normal, n(%)	Bastante, n(%)	Totalmente, n(%)
Disfrutar de la vida	1 (1,4)	2 (2,9)	7 (10,0)	31 (44,3)	29 (41,4)
Sentido a la vida	1 (1,4)	---	5 (7,1)	34 (48,6)	30 (42,9)
Apariencia física	1 (1,4)	3 (4,3)	12 (17,1)	33 (47,1)	21 (30,0)
Satisfacción propia	---	1 (1,4)	11 (15,7)	41 (58,6)	17 (24,3)
Concentración	---	20 (28,6)	18 (25,7)	21 (30,0)	11 (15,7)

Fuente: elaboración propia a partir de los resultados obtenidos en las entrevistas a los adultos mayores que asisten a los grupos de Práctica Comunitaria, TF, U.C.R.

Ligado a lo anterior, y como parte primordial del enfoque psicológico, está la depresión; una de las patologías más comunes que se acentúa con mayor severidad en los adultos mayores, la cual puede tener diferentes causas, tales como elementos psicosociales, el deterioro en la salud, los sentimientos de incapacidad, la pérdida de algún ser querido, la situación económica o el abandono familiar. Según datos de la OMS, la cifra ponderada de depresión en la población adulta mayor es del 10,4% a nivel mundial⁷⁹.

En el caso de los individuos consultados, sólo 12 del total de la población, expresan tener sentimientos negativos de forma constante, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad o depresión; afortunadamente, la mayor cantidad de estos participantes sólo presentan tal condición de manera moderada o esporádica. Con respecto a la diferencia según sexo, las mujeres muestran mayor cantidad de emociones depresivas, mientras que los hombres aluden la ausencia de los mismos (Tabla 8). Estos datos se relacionan con lo planteado en un estudio del año 2015, en el cual se demostró que, en un grupo de adultos mayores encuestados, el 29,5% presentaban algún riesgo de padecer depresión, además,

al comparar entre hombres y mujeres, las mujeres presentaron mayor riesgo (30,5%) que los hombres (27,8%), lo cual se debe a los cambios hormonales característicos en el sexo femenino⁷⁹.

Tabla 8

Frecuencia con respecto a sentimientos negativos. Población adulta mayor que asiste a los grupos de Práctica Comunitaria de la carrera de Terapia Física de la Universidad de Costa Rica, II Semestre 2017

N = 70	Nunca, n(%)	Raramente, n(%)	Moderadamente, n(%)	Frecuentemente, n(%)	Siempre, n(%)
Mujer	11 (20,4)	11 (20,4)	21 (38,9)	8 (14,8)	3 (5,6)
Hombre	7 (43,8)	4 (25,0)	4 (25,0)	1 (6,2)	0 (0,0)
Total	18 (25,7)	15 (21,4)	25 (35,7)	9 (12,9)	3 (4,3)

Fuente: elaboración propia a partir de los resultados obtenidos en las entrevistas a los adultos mayores que asisten a los grupos de Práctica Comunitaria, TF, U.C.R.

d. Aspectos vinculados a las relaciones sociales

El contar con una red de apoyo a nivel social y familiar, es de suma importancia para los adultos mayores, ya que, a esta edad, la calidad de vida se va enlazando no sólo a la parte cuantitativa, sino también al desarrollo cualitativo de ésta, es decir, a la vinculación con otras personas, los lugares a los que se dirige o aquellos a quienes frecuenta⁸⁰. Deficiencias en este ámbito están asociadas a una amplia variedad de efectos adversos en la salud física y psicológica de esta población⁸¹.

En los resultados obtenidos en la investigación, casi el total de los entrevistados refieren mantener relaciones personales “bastante” o “totalmente” satisfactorias. De igual forma, existe una inclinación positiva de, aproximadamente, tres cuartas partes de la población en estudio que cuenta con un adecuado apoyo por parte de los amigos o seres queridos (Tabla 9). En otras palabras, los adultos mayores en estudios cuentan con importantes redes de apoyo que los motivan en cada actividad nueva o adquirida. Lo cual es de gran relevancia, ya que esta situación representa una de las características del

bienestar subjetivo en las personas mayores, siendo el amor y la confianza parte de las relaciones personales que conllevan a una adecuada salud mental y madurez⁸⁰.

Asociado a las cualidades sociales, es de vital relevancia destacar lo referente a la vida sexual[†] de los adultos mayores; haciendo referencia al cuidado, protección y apoyo por parte de la familia. Para lograr una adecuada calidad de vida en la población adulta mayor, los individuos necesitan tanto dar como recibir amor, afecto y consideración por parte de los seres queridos (cónyuge, hijos, hermanos, nietos, etc.)⁸².

Para el caso específico de la presente investigación, los adultos entrevistados puntualizan la sexualidad con valores que van, en su mayoría, desde algo “normal” hasta la insatisfacción total o parcial (Tabla 9); aludiendo que no cuentan con un respaldo completo o satisfactorio por parte de sus seres queridos, pues destaca el abandono y la muerte de parientes cercanos. Según el Informe de Situación de la persona adulta mayor en Costa Rica, publicado en el año 2008, es cada vez más común la presencia de hogares unipersonales compuestos por sujetos longevos; esto debido a la reducción en el número de integrantes, ya sea por pérdidas biológicas o porque los integrantes de la familia han dejado la casa de habitación. Con respecto a los domicilios unipersonales la proporción es mayor entre las mujeres, representando un 42% de los hogares en el área urbana⁸.

[†] Para efectos de la presente investigación, se entiende “vida sexual” como el afecto mutuo hacia los seres queridos más allegados; entre ellos el cónyuge, los hijos, nietos, hermanos, padres, entre otros.

Tabla 9

Calidad de vida según las relaciones personales. Población adulta mayor que asiste a los grupos de Práctica Comunitaria de la carrera de Terapia Física de la Universidad de Costa Rica, II Semestre 2017

N= 70	Nada, n(%)	Un poco, n(%)	Lo normal, n(%)	Bastante, n(%)	Totalmente, n(%)
Relaciones personales	---	3 (4,3)	3 (4,3)	38 (54,3)	26 (37,1)
Vida sexual*	19 (27,1)	11 (15,7)	22 (31,4)	13 (18,6)	5 (7,1)
Apoyo de amigos	2 (2,9)	3 (4,3)	11 (15,7)	40 (57,1)	14 (20,0)

Fuente: elaboración propia a partir de los resultados obtenidos en las entrevistas a los adultos mayores que asisten a los grupos de Práctica Comunitaria, TF, U.C.R.

e. Aspectos relacionados con el ambiente

Para las personas mayores, el poder contar con un ambiente controlado y saludable, puede generar una influencia positiva en su bienestar físico y emocional. Con respecto a esto, los expertos señalan la prudencia de diseñar políticas sociales sostenibles enfocadas al proceso de envejecer en el lugar u hogar, con entornos físicos y sociales propicios para tal fin⁸³.

Para el caso de los adultos mayores en estudio, la percepción sobre un ambiente saludable, destaca niveles de más del 50% como “bastante” satisfactorios, lo cual señala que, la mayoría de los participantes, perciben entornos adecuados y adaptados, para llevar a cabo su proceso de envejecimiento. Mientras que, aquellos sujetos que refieren entornos poco saludables, describen escenarios de bullicio, contaminación e inseguridad por el consumo de drogas en zonas aledañas. Dichosamente, al ampliar este último punto, la mayor cantidad de encuestados se inclinan nuevamente hacia puntajes de normales a positivos, como se aprecia en la tabla 10, en la que sobresale la satisfacción y tranquilidad en cuestiones de seguridad al desempeñar las rutinas diarias, reflejando así que, los participantes de esta investigación se sienten protegidos tanto por sus familias, como por el Estado, al contar con

organizaciones y leyes que los respaldan, además de sentirse seguros por convivir en un ambiente saludable.

Al plantear esta relación entre el entorno físico-social y el adulto mayor, se puntualiza la existencia de importantes diferencias entre las presiones ambientales y las estrategias de adaptación de los individuos longevos. Precisamente, —cientos estudios indican que la vulnerabilidad de este colectivo está asociada a factores biológicos, sociales y, sobre todo, ambientales, vinculados a la discapacidad, dependencia y exclusión social, así como a los peligros naturales y antrópicos”⁸³.

Otro elemento necesario en la vida diaria y fundamental para lograr una adecuada calidad de vida, es el dinero; el cual se vuelve indispensable en ésta parte de la vida, ya que no se cuenta con la edad para laborar y, en algunos casos, tampoco cuentan con un ingreso permanente. Según los datos recolectados en esta investigación, dos tercios de los entrevistados señalan tener un sustento económico que está entre —ormal” y —oco”, para solventar sus necesidades básicas. Además, sólo un 7,1% del total de participantes aluden un sustento económico suficiente (Tabla 10), ya que, además del ingreso por jubilación o pensión por vejez, reciben ayuda económica de sus hijos o demás familiares.

Lo anterior es un caso preocupante que, además, se repite en la población general del país. Según el I Informe de Estado de la situación de la persona adulta mayor en Costa Rica (2008), la pobreza es más incidente en los hogares en los que residen adultos mayores, lo cual representa un 21,4% del total de la población. Además, de todos los adultos mayores que habitan en nuestro país, un 23% se hallan en tal situación⁸.

Aunado a la situación económica, los sujetos mayores de 65 años han tenido que enfrentar otras dificultades, como lo son las brechas informativas, ya que con el surgimiento de las nuevas tecnologías, que se han impuesto con fuerza en todos los sectores de la sociedad, se ha planteado un nuevo reto para el adulto

mayor: integrarse al mundo de la información y así promover su participación social y dar respuestas útiles a sus problemas y necesidades⁸⁴.

Al indagar sobre este tema, los participantes del estudio tienden a seleccionar datos favorables, presentándose mayores porcentajes en categorías que van desde niveles “normales” de satisfacción, hasta una complacencia total en la forma de obtener la información[‡] necesaria para desenvolverse de forma exitosa en la actualidad (Tabla 10). Cabe destacar que uno de esos procedimientos para conseguir tal información, es por medio de los avances tecnológicos, entre ellos el uso de teléfonos móviles o del Internet; lo que señala que los adultos mayores en cuestión, a pesar de los cambios tecnológicos acelerados del momento, se han interesado, de forma copiosa, en actualizarse con respecto a este tema.

Un ejemplo de este acontecimiento se dio a conocer en México, donde algunos datos demostraron que una cuarta parte (25,8%) de los individuos entre 65 y 74 años ha utilizado implementos como la computadora, mientras que un 26,2% y un 78,6% han hecho uso del Internet y del teléfono celular, respectivamente, todo esto en un período de 3 meses⁸⁴.

Otro de los factores relevantes en el tema de ambiente y que forman parte significativa en la calidad de vida de la población longeva, corresponde al lugar donde estos se desenvuelven y desarrollan sus principales actividades. Aspecto que los entrevistados califican en la Tabla 10 como “bastante” o “totalmente” satisfactorio, lo cual indica que, una parte sustancial de esta población, consideran adecuado el estado de sus residencias y del barrio en el que habita. Según algunos autores, las condiciones de vivienda representan uno de los principales determinantes de la salud humana que tiene repercusiones, especialmente, en la población adulta mayor; ya que, conforme aumenta la edad, el estado de las viviendas se agrava, los recursos económicos se reducen y las limitaciones físicas, empiezan a aparecer⁸⁰.

[‡] Para efectos de la presente investigación, se entiende “información” como la búsqueda o notificación de acontecimientos (sociales, culturales, políticos), y como herramienta de comunicación.

De igual forma, el domicilio representa también uno de los lugares donde se pasa la mayor cantidad del tiempo, el cual se invierte en diferentes funciones, entre ellas algunas recreativas o distractoras como juegos de mesa, bordar, pintar, leer, confeccionar manualidades, hacer jardinería, entre otras. Este espacio cobra en la vejez una gran importancia, ya que es la época de la vida en la que se puede y debe dedicar más tiempo a ocupaciones favoritas o hobbies; logrando así una mejor adaptación al envejecimiento⁸⁵. Esto se evidencia en la Tabla 10, en la que se destaca gran participación en actividades de ocio, en un poco más de la mitad de los sujetos. Sin embargo, las categorías bajas también presentan porcentajes valiosos, por lo que se podría pensar que no todos cuentan con las mismas oportunidades de distracción, ya sea por falta de recursos o por otro tipo de limitaciones personales.

Ligado al lugar de vivienda, es indispensable mencionar que una característica que define el sitio como propicio o adecuado, es el acceso a todos los servicios básicos, tales como agua, luz, teléfono, EBAIS o transporte. Con respecto a éstos últimos dos puntos, en la Tabla 10 se aprecia una predisposición de los adultos mayores a estimarlos como servicios “bastante” o “totalmente” provechosos. Esto a pesar de que, en Costa Rica, alrededor de un 20% de la población adulta mayor debe esperar entre una hora y dos horas para ser atendida en un centro de salud, tanto en la zona rural como en la urbana⁸. Mientras que, el uso de transporte público, es visto como un elemento promotor de autonomía y participación social del adulto mayor, sin embargo, con frecuencia no se planifica tomando en cuenta las necesidades particulares que este grupo social puede presentar, lo que confiere dificultades en el desempeño durante el uso de transporte⁸⁶.

Tabla 10

Calidad de vida según el ambiente. Población adulta mayor que asiste a los grupos de Práctica Comunitaria de la carrera de Terapia Física de la Universidad de Costa Rica, II Semestre 2017

N= 70	Nada, n(%)	Un poco, n(%)	Lo normal, n(%)	Bastante, n(%)	Totalmente, n(%)
Salud ambiente	2 (2,9)	8 (11,4)	17 (24,3)	37 (52,9)	6 (8,6)
Seguridad en AVD	2 (2,9)	6 (8,6)	11 (15,7)	45 (64,3)	6 (8,6)
Dinero suficiente	2 (2,9)	18 (25,7)	29 (41,4)	16 (22,9)	5 (7,1)
Información necesaria	1 (1,4)	5 (7,1)	32 (45,7)	15 (21,4)	17 (24,3)
Actividades de ocio	5 (7,1)	16 (22,9)	11 (15,7)	25 (35,7)	13 (18,6)
Lugar donde vive	----	7 (10,0)	9 (12,9)	34 (48,6)	20 (28,6)
Acceso a servicios	----	4 (5,7)	8 (11,4)	45 (64,3)	13 (18,6)
Transporte	1 (1,4)	9 (12,9)	11 (15,7)	35 (50,0)	14 (20,0)

Fuente: elaboración propia a partir de los resultados obtenidos en las entrevistas a los adultos mayores que asisten a los grupos de Práctica Comunitaria, TF, U.C.R.

Por último, de acuerdo a lo analizado, se logran resumir los resultados, como se muestra en la Tabla 11, en cinco grandes niveles que contienen las calificaciones obtenidas según la calidad de vida de los sujetos en estudio. Estas evaluaciones no muestran datos desfavorables, más bien, indican que los adultos mayores que asisten a las Prácticas Comunitarias de la carrera de Terapia Física, se ven representados por una calidad de vida satisfactoria, manteniendo porcentajes bastante positivos.

Tabla 11

Nivel final de calidad de vida. Población adulta mayor que asiste a los grupos de Práctica Comunitaria de la carrera de Terapia Física de la Universidad de Costa Rica, II Semestre 2017

N = 70	Rango establecido	Frecuencia	Porcentaje (%)
Nula	0-20%	---	---
Baja	21-40%	---	---
Mediana	41-60%	5	7,1
Satisfactoria	61-80%	48	68,6
Alta	81-100%	17	24,3

Fuente: elaboración propia a partir de los resultados obtenidos en las entrevistas a los adultos mayores que asisten a los grupos de Práctica Comunitaria, TF, U.C.R.

4.2. Efecto de los determinantes sociales en la adherencia al ejercicio físico

Para dar respuesta al segundo objetivo de la presente investigación y poder conocer la influencia que tienen los determinantes sociales en la adherencia al ejercicio físico por parte del adulto mayor, se conoció, en primera instancia, las características que reflejan el grado de participación y asistencia a los grupos comunitarios organizados por la carrera de Terapia Física. De ésta manera, se analizó con mayor detalle la relación existente entre ambos argumentos.

4.2.1. Adherencia al ejercicio físico

En esta parte del capítulo se examinó el grado de adherencia al ejercicio físico en la población adulta mayor que participa en los grupos de Práctica Comunitaria de la carrera de Bachillerato y Licenciatura en Terapia Física. Se analizaron cinco secciones que se consideran de relevancia en el momento de la asistencia y permanencia a la actividad física, tal es el caso del aspecto social y económico, tomando en cuenta las redes de apoyo; la participación e influencia del equipo de asistencia; la intervención en la actividad propiamente dicha; la percepción del usuario sobre su capacidad física y aspectos relacionados con el participante y su motivación hacia la realización de ejercicio físico de forma regular.

Dichos apartados se han calificado, a su vez, en 5 modalidades: nunca, casi nunca, a veces, casi siempre y siempre; según la percepción de los participantes hacia cada una de las interrogantes.

a. Elementos socioeconómicos

El primer apartado corresponde al aspecto socioeconómico, en el que se dan a conocer características de tipo social, familiar y económico, los cuales tienen una relación directa con la práctica del ejercicio físico por parte de las personas adultas mayores. Al hacer referencia a la parte financiera, casi la mitad de los entrevistados mencionan que ~~—nunca~~” o ~~—asi~~ nunca” requieren de solvencia monetaria para participar en las prácticas de ejercicio físico (Tabla 12), ya que, en estos grupos, el dinero no es un requisito pues la asistencia es gratuita; por lo que, en este caso, no sería un aspecto que favorece o perjudica la adherencia. Con respecto a los participantes que sí incurren en gastos constantes (38,5% ~~—asi~~ siempre” y ~~—siempre~~”), lo hacen en el pago de transporte o por actividades propias del grupo.

Desde el punto de vista social, las redes de apoyo para la población adulta mayor juegan un papel indispensable en la práctica de ejercicio físico; ya que, más de la mitad de los participantes ven favorecida su participación gracias al respaldo social, siendo fundamental el sentido de pertenencia al grupo al que asisten. De igual forma, independientemente de las creencias que otros tengan sobre la condición física de los adultos mayores, casi el total de la población entrevistada, participa ~~—asi~~ siempre” o ~~—siempre~~” de las prácticas de ejercicio físico propuestas (Tabla 12).

Lo anterior, coincide con algunas investigaciones en las que se menciona que los participantes describen al grupo como una fuente de apoyo natural, pues con ellos la interacción y el cambio de estrategias les permite la superación de las barreras y el arraigo a una colectividad en la que no existen los prejuicios ni la comparación social¹⁰.

Otro pilar fundamental en la adherencia es sin duda la familia, ya que cualquier situación que involucre algún aspecto familiar puede propiciar o impedir la asistencia a los grupos de ejercicio físico. Para el caso en estudio se obtuvo que más de la mitad de los participantes —casi siempre” o —siempre” participan de las actividades propuestas en el grupo, independientemente de la situación familiar en la que se encuentren (Tabla 12); lo cual nos da a entender que estos adultos mayores mantiene un alto grado de autonomía o que cuentan con un apoyo incondicional por parte de sus familiares. Asimismo, en un estudio de DiMatteo sobre variables sociodemográficas ligadas con la adherencia, se concluyó que ésta es 1,74 veces mayor en los usuarios que disponen de una familia cohesionada y 1,53 veces menor en los participantes que proceden de familias en conflicto⁸⁷.

Tabla 12

Adherencia al ejercicio físico, según el aspecto socioeconómico. Población adulta mayor que asiste a los grupos de Práctica Comunitaria de la carrera de Terapia Física de la Universidad de Costa Rica, II Semestre 2017

N = 70	Nunca, n(%)	Casi nunca, n(%)	A veces, n(%)	Casi siempre, n(%)	Siempre, n(%)
Estado socioeconómico	11 (15,7)	21 (30,0)	11 (15,7)	8 (11,4)	19 (27,1)
Redes de apoyo social	1 (1,4)	2 (2,9)	2 (2,9)	18 (25,7)	47 (67,1)
Creencias condición física	1 (1,4)	2 (2,9)	3 (4,3)	30 (42,9)	34 (48,6)
Situación familiar	3 (4,3)	3 (4,3)	10 (14,3)	22 (31,4)	32 (45,7)

Fuente: elaboración propia a partir de los resultados obtenidos en las entrevistas a los adultos mayores que asisten a los grupos de Práctica Comunitaria, TF, U.C.R.

b. Elementos relacionados con el equipo de asistencia

El equipo de asistencia corresponde a un ente primordial en la adherencia al ejercicio físico, desde la atención primaria hasta los encargados de facilitar las sesiones debidas. Además, el conocimiento del personal y la adaptación de los

ejercicios hacia cada usuario, en su debido plan de intervención, parece ser un factor positivo a la hora de realizar ejercicio⁸⁸.

Sin embargo, es preocupante que los resultados revelen, en la Tabla 13, que casi la mitad de los entrevistados “nunca” han recibido una recomendación sobre prácticas adecuadas de ejercitación por parte del personal de salud en primer grado de atención; obteniendo, únicamente, la información que pueda ser transferida por los estudiantes de la carrera de Terapia Física que se encargan de dirigir las sesiones de ejercicio físico durante su práctica comunitaria.

Siendo, éste último factor, clave importante en la participación del adulto mayor en los grupos mencionados, ya que la mayoría de los entrevistados consideran que “siempre” los estudiantes cuentan con una preparación y conocimiento adecuado para dirigir las sesiones (Tabla 13). También, al ser evaluados al inicio y al final de cada período de intervención, han logrado sentirse instruidos sobre los posibles ejercicios que pueden practicar y los que deben evitar, además de tener un seguimiento que les permite verificar su propio progreso. De igual forma, la mayor parte de los entrevistados refiere que los encargados de las prácticas de ejercicio físico se preocupan “siempre”, tanto por la participación en las actividades, como por la permanencia en los grupos establecidos.

Lo anterior se relaciona con diversas investigaciones en las que se refleja el papel fundamental del profesional en la adherencia del participante a los programas de ejercicio físico. Los usuarios consideran la figura del facultativo como el elemento potenciador de la adherencia al programa, pues valoran la información que éste les pueda brindar sobre su condición¹⁰. Para reforzar una adecuada adherencia, es fundamental una interacción activa entre el profesional sanitario y el beneficiario en la toma de decisiones y recomendaciones⁸⁹. “Cuando los usuarios toman decisiones compartidas con un profesional, son más propensos a continuar con esas opciones porque lo consideran personal significativo”⁸⁷.

Tabla 13

Adherencia al ejercicio físico, según las características del equipo de asistencia. Población adulta mayor que asiste a los grupos de Práctica Comunitaria de la carrera de Terapia Física de la Universidad de Costa Rica, II Semestre 2017

N = 70	Nunca, n(%)	Casi nunca, n(%)	A veces, n(%)	Casi siempre, n(%)	Siempre, n(%)
Servicios de salud	30 (42,9)	18 (25,7)	8 (11,4)	11 (15,7)	3 (4,3)
Conocimiento y preparación	1 (1,4)	1 (1,4)	5 (7,1)	24 (34,3)	39 (55,7)
Educación y seguimiento	4 (5,7)	3 (4,3)	7 (10,0)	21 (30,0)	35 (50,0)
Preocupación permanencia	5 (7,1)	2 (2,9)	6 (8,6)	25 (35,7)	32 (45,7)

Fuente: elaboración propia a partir de los resultados obtenidos en las entrevistas a los adultos mayores que asisten a los grupos de Práctica Comunitaria, TF, U.C.R.

c. Elementos relacionados con la intervención

Una de las características más significativas relacionadas con la adherencia corresponde a la intervención como tal, haciendo especial énfasis al número de sesiones y a la asistencia a las mismas por parte del participante. Las intervenciones se enfocan en modificar o reforzar las conductas que favorecen el cumplimiento y en mejorar la capacidad del usuario en el manejo de su proceso⁸⁷. En el caso concreto de esta investigación, los más altos porcentajes señalan que la población en estudio recibe **“casi siempre”** o **“siempre”** las sesiones necesarias, y la mayoría de ellos mantienen una asistencia constante (Tabla 14), lo cual demuestra la importancia que los adultos mayores le dan a las intervenciones de Terapia Física en la comunidad.

Y es que, precisamente, algunas investigaciones señalan que un elemento clave en la adherencia es el tiempo que se dedica a la práctica de ejercicio físico, puesto que, con las vicisitudes de la vida cotidiana, la asistencia regular se ve perjudicada. Entran en juego aquí las motivaciones de cada uno y las experiencias previas con el ejercicio⁸⁸.

Resaltando ese último punto, se vuelve fundamental el análisis de la asistencia a las intervenciones en los casos que no se evidencien resultados inmediatos o por la aparición de posibles efectos colaterales propios del ejercicio físico. Como se muestra en la tabla 14, los resultados son bastante favorables tomando en cuenta que, aproximadamente, tres cuartas partes de los datos se mantienen en los niveles más altos de participación. Lo cual contrasta con lo expuesto en otras investigaciones, en las que se enfatiza que una de las causas del abandono o la interrupción a un proceso de tratamiento, corresponde a la aparición de efectos adversos. Un trato inadecuado o una percepción de falta de efectividad, son algunas de las razones expuestas por los usuarios ante tal deserción⁸⁹.

Tabla 14

Adherencia al ejercicio físico, según el aspecto de intervención. Población adulta mayor que asiste a los grupos de Práctica Comunitaria de la carrera de Terapia Física de la Universidad de Costa Rica, II Semestre 2017

N = 70	Nunca, n(%)	Casi nunca, n(%)	A veces, n(%)	Casi siempre, n(%)	Siempre, n(%)
Sesiones necesarias	1 (1,4)	---	13 (18,6)	29 (41,4)	27 (38,6)
Constante asistencia	1 (1,4)	4 (5,7)	15 (21,4)	23 (32,9)	27 (38,6)
Resultados inmediatos	1 (1,4)	6 (8,6)	10 (14,3)	26 (37,1)	27 (38,6)
Efectos colaterales	1 (1,4)	7 (10,0)	12 (17,1)	25 (35,7)	25 (35,7)

Fuente: elaboración propia a partir de los resultados obtenidos en las entrevistas a los adultos mayores que asisten a los grupos de Práctica Comunitaria, TF, U.C.R.

d. Elementos relacionados con la capacidad física

Según la OMS, se entiende por capacidad física a “la habilidad plena del individuo para cumplir con una tarea o acción”⁹⁰, lo cual es un punto importante a la hora de realizar ejercicio físico, principalmente en la población adulta mayor, ya que, por condiciones propias del envejecimiento, están propensos a presentar limitaciones físicas o dificultad en la ejecución de las actividades.

En la tabla 15 se puede observar que existe una tendencia, de la mayor cantidad de integrantes, a participar activamente de las sesiones ~~—siempre~~ o ~~—así siempre~~ sin importar los posibles inconvenientes físicos que enfrenten o la percepción propia que tengan sobre estos. No obstante, a pesar de que mantienen porcentajes elevados, hay una disminución de dicha participación en el caso de presentarse una progresión respecto a la limitación propia de la edad, pasando de 44,3% a 35,7%. Este último punto lo explican algunos artículos donde se enfatiza que una de las principales barreras que enfrentan los usuarios a la hora de realizar ejercicio físico es, precisamente, el miedo a las lesiones y a empeorar el dolor, ya que éste representa un factor condicionante incluso para las actividades de la vida diaria, con lo que realizar ejercicio no sería una de sus prioridades⁸⁸.

Aunado a las limitaciones que se pueden presentar en el envejecimiento, los adultos mayores también deben cumplir con sus citas médicas o enfrentar trastornos de salud adicionales o transitorios, siendo esto un problema real en la asistencia a las sesiones de ejercicio físico, pues sólo un 10% de los entrevistados aseguran que su participación no se ve afectada por dicho motivo, sin embargo, los porcentajes de mayor valor se mantienen en categorías bajas como ~~—así nunca~~, ~~—a veces~~ e incluso ~~—nunca~~ (Tabla 15). No obstante, ésta característica se considera como un elemento extrínseco, el cual no podría ser controlado, pues las citas médicas están sujetas a disponibilidad y los trastornos de salud son poco predecibles, por lo que es de esperar una disminución en la participación y asistencia al considerar tales factores.

Tabla 15

Adherencia al ejercicio físico, según el aspecto de capacidad física. Población adulta mayor que asiste a los grupos de Práctica Comunitaria de la carrera de Terapia Física de la Universidad de Costa Rica, II Semestre 2017

N = 70	Nunca, n(%)	Casi nunca, n(%)	A veces, n(%)	Casi siempre, n(%)	Siempre, n(%)
Limitación física	2 (2,9)	5 (7,1)	12 (17,1)	20 (28,6)	31 (44,3)
Percepción	3 (4,3)	5 (7,1)	9 (12,9)	21 (30,0)	32 (45,7)
Progresión	3 (4,3)	5 (7,1)	13 (18,6)	24 (34,3)	25 (35,7)
Trastornos de salud	13 (18,6)	20 (28,6)	16 (22,9)	14 (20,0)	7 (10,0)

Fuente: elaboración propia a partir de los resultados obtenidos en las entrevistas a los adultos mayores que asisten a los grupos de Práctica Comunitaria, TF, U.C.R.

e. Elementos relacionados al participante

Finalmente, es importante señalar que el factor más relevante en todo el proceso de adherencia es, por supuesto, el participante. Es indispensable que el mismo reconozca la práctica de ejercicio físico como elemento fundamental, además de que se sienta seguro y motivado durante la asistencia a las sesiones, siendo éste último punto un elemento imprescindible para mantener y continuar la realización del programa. Para tal efecto se reconocen tres factores clave: la autoeficacia, la percepción de cambio o fitness, y sobre todo la satisfacción¹⁰.

En el caso de la presente investigación se puede observar en la tabla 16 que, más de tres cuartas partes de los sujetos entrevistados, reconocen la necesidad de las sesiones de ejercicio físico y, ese mismo porcentaje, se mantiene positivo frente al proceso de actividad física. No obstante, éste valor baja más de 10%, en la categoría “siempre”, al hacer referencia a la motivación en asistir, por lo que ésta es una característica que no se debe descuidar, ya que la desmotivación hace que la persona no le encuentre sentido ni beneficio a la función que realiza. Mientras que, un participante motivado, se involucra en la actividad por el placer y disfrute que en sí le supone esa acción³.

Ligado a lo anterior y como parte esencial en la práctica del ejercicio físico, está el poder entender e interpretar de manera adecuada las indicaciones planteadas por los instructores durante las sesiones. En este caso, se aprecia que una mayor cantidad de individuos tiende a captar las pautas a seguir de manera eficiente, sin embargo, el mayor porcentaje se destaca en la categoría de “~~as~~ siempre” (Tabla 16), por lo que esta característica podría reforzarse en las prácticas, debido a que el emitir de manera apropiada las instrucciones, también se considera vital en éste proceso. Mientras que, al haber falta de acoplamiento entre las características inherentes a la actividad y las necesidades, reales o percibidas, del interesado, se incrementa el abandono en la práctica de ejercicio físico¹⁰.

Tabla 16

Adherencia al ejercicio físico, según las características del participante. Población adulta mayor que asiste a los grupos de Práctica Comunitaria de la carrera de Terapia Física de la Universidad de Costa Rica, II Semestre 2017

N = 70	Nunca, n(%)	Casi nunca, n(%)	A veces, n(%)	Casi siempre, n(%)	Siempre, n(%)
Motivación	---	4 (5,7)	6 (8,6)	15 (21,4)	45 (64,3)
Necesidad de sesiones	---	---	1 (1,4)	14 (20,0)	55 (78,6)
Instrucciones	---	3 (4,3)	10 (14,3)	31 (44,3)	26 (37,1)
Positivismo	1 (1,4)	1 (1,4)	7 (10,0)	6 (8,6)	55 (78,6)

Fuente: elaboración propia a partir de los resultados obtenidos en las entrevistas a los adultos mayores que asisten a los grupos de Práctica Comunitaria, TF, U.C.R.

Tomando en cuenta todas las características analizadas anteriormente y, según lo propuesto en el instrumento original para la evaluación de adherencia: *Scale to Measure Adherence to the Neurorehabilitation* (SMAN), se han logrado obtener las notas de cada participante en la adherencia al ejercicio físico (Tabla 17). Dicha calificación no percibe valores extremos, mientras que el nivel con el puntaje más alto demuestra que los adultos mayores mantienen una participación

satisfactoria, pero que podría mejorar manteniendo o potenciando los aspectos que comprenden cada sesión de actividad física.

Tabla 17

Nivel de adherencia al ejercicio físico. Población adulta mayor que asiste a los grupos de Práctica Comunitaria de la carrera de Terapia Física de la Universidad de Costa Rica, II Semestre 2017

N = 70	Rango establecido	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa (%)
Nula	0-4%	---	---
Baja	5-25%	1	1,4
Mediana	26-50%	5	7,1
Satisfactoria	51-94%	64	91,4
Alta	95-100%	---	---

Fuente: elaboración propia a partir de los resultados obtenidos en las entrevistas a los adultos mayores que asisten a los grupos de Práctica Comunitaria, TF, U.C.R.

4.2.2. Correlación entre las variables de Calidad de Vida y la Adherencia al ejercicio físico

Para ésta parte del análisis se realizó un estudio de comparación entre las respuestas del cuestionario de calidad de vida, con respecto a la nota obtenida por los participantes en cuanto a la adherencia al ejercicio físico. Se incluyen detalles generales sobre la calidad de vida y la satisfacción con la salud; además de aspectos relacionados a la salud física, lo referente a la dimensión psicológica, las relaciones sociales y lo perteneciente al ambiente o el entorno.

Para tal efecto, se emplea el análisis estadístico conocido como regresión lineal, con el que se calculó, tanto el R cuadrado, que midió la dependencia lineal entre las dos variables; y el coeficiente beta, con el que se comprueba el comportamiento de la variable Y (adherencia) frente a la variable X (determinantes sociales); de manera que si éste presenta una connotación positiva se puede predecir un aumento de Y al incrementar la variable X; mientras que si el valor es negativo, indicará un descenso de Y al aumentar X, o viceversa⁹¹.

a. Correlación entre los aspectos generales de la calidad de vida y la adherencia al ejercicio físico

Cuando las personas inician el proceso de envejecimiento, su calidad de vida se ve determinada, en gran medida, por la habilidad con la que cuentan para mantener la autonomía y la independencia funcional; además de una esperanza de vida sana⁹². En ésta investigación, al relacionar los aspectos generales de la calidad de vida con la adherencia obtenida, se puede comprobar, según el R cuadrado, que existe una correlación estadísticamente significativa, equivalente a 10,8% (Tabla 18). Siendo esto un dato bastante reducido, pero que brinda una noción sobre las características que identifican a los participantes que se ejercitan en las prácticas comunitarias.

De las dos variables analizadas en éste apartado, como lo muestra la tabla 18, el aspecto de calidad de vida, en general, es el que más influye sobre la adherencia al ejercicio físico, esto según el coeficiente beta, el cual revela una relación significativa y positiva entre ambos factores; es decir, a mayor percepción sobre una buena calidad de vida, aumentará la participación constante de los adultos mayores en las rutinas de ejercicio físico y viceversa.

Es decir, con estas prácticas, no sólo se pueden beneficiar con un proceso de envejecimiento más lento y activo, sino que también pueden satisfacer las necesidades de alcanzar logros, éxito, dominio y seguridad, adquiriendo una actitud de vida positiva⁹³.

En un estudio realizado por la Universidad de Costa Rica, en el distrito central de San Ramón, se entrevistaron personas adultas mayores que realizan ejercicio físico de forma regular; obteniendo como resultado que, la mayoría de éstos sujetos, está de acuerdo en que el ejercicio les brinda la posibilidad de sentirse mejor cada día, de disfrutar de una mejor calidad de vida y de vivir más plenamente de esta etapa de la existencia. Teniendo como requisito importante, que ésta actividad sea regulada y bien orientada⁹³.

Aunado a esto, otros estudios destacan que, el participar en grupos de ejercicio mejora aspectos, tanto físicos como psicosociales en el longevo; pues, no sólo impulsan a estas personas a ejercitarse, sino que también a ejercer participación social y adquirir hábitos saludables⁹⁴. De igual forma, algunos autores hacen referencia al concepto de envejecimiento exitoso, el cual involucra, no sólo la ausencia de enfermedad o el mantenimiento de la capacidad funcional; sino que toman ambos aspectos y los fusionan con la participación activa en la vida del anciano, logrando así una mejor calidad de vida⁹².

Desde ese mismo punto de vista, en la presente investigación se obtiene como resultado que, el sentirse complacido con la salud, no tiene relación con la adherencia al ejercicio físico (Tabla 18). No obstante, si se examina el coeficiente beta, podríamos suponer que aquellas personas que sienten satisfacción con su salud tienden a acercarse a los grupos comunitarios para ejercitarse; pues, en caso contrario, los estudios señalan que percibir una «mala salud» propia, tiene relación con un bajo rendimiento físico⁹⁵.

Tabla 18

Relación entre los aspectos generales de calidad de vida y la adherencia al ejercicio físico. Población adulta mayor que asiste a los grupos de Práctica Comunitaria de la carrera de Terapia Física de la Universidad de Costa Rica, II Semestre 2017

	Resumen del modelo			ANOVA	
	R	R cuadrado	Error típico de la estimación	F-test	Sig.
Aspectos generales	0,329	0,108	13,539	4,062	0,022
	Coeficientes				
	Beta	t-test	Sig.		
Calidad de vida	0,295	2,334	0,023		
Satisfacción con la salud	0,069	0,543	0,589		

Fuente: elaboración propia a partir de los resultados obtenidos en las entrevistas a los adultos mayores que asisten a los grupos de Práctica Comunitaria, TF, U.C.R.

b. Correlación entre salud física y la adherencia al ejercicio físico

La salud física representa el aspecto que más se relaciona o explica la adherencia a una práctica de ejercicio físico por parte de los adultos mayores en estudio. Los resultados en la tabla 19 indican un vínculo, estadísticamente significativo, de 29,7% entre ambos factores; destacando el aporte característico de la habilidad que manifiestan los participantes en la ejecución de sus actividades diarias (tales como bañarse, comer, vestirse); así como la capacidad con la que cuentan para cumplir con sus quehaceres cotidianos.

Esos dos puntos reflejan una influencia bastante importante, ya que, al disminuir la destreza en las actividades elementales diarias, existe una mayor tendencia a adherirse al ejercicio físico; posiblemente por la necesidad de volver a recuperar la misma o evitar una mayor afectación en tales gestiones. De igual forma, a mayor capacidad de trabajo, más gusto en la participación y permanencia en las intervenciones fisioterapéuticas en comunidad.

En este sentido, los autores señalan que, al aumentar la percepción negativa de la salud o de la incapacidad funcional, se incrementa también la dependencia para llevar a cabo actividades básicas diarias o instrumentales. Mientras que una sensación de bienestar estaría relacionada con una valoración funcional positiva y un mejor rendimiento físico⁹⁵. Y es que, precisamente, a medida que avanza el proceso de envejecimiento, los adultos mayores ven en la autonomía, una escala que determina su calidad de vida⁹⁶, por lo cual el proceso de adherencia al ejercicio físico resulta vital, ya que se logran mantener capacidades funcionales en actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.

Los otros factores, analizados en la tabla 19, no tienen relación con la variable en estudio, por lo que no se pueden considerar como influyentes a ésta. No obstante, según el coeficiente beta, se podrían predecir las tendencias de los mismos, obteniendo una inclinación positiva de la capacidad de desplazamiento o traslado, hacia la adherencia, es decir, entre más satisfactorio sea éste aspecto, habrá más apego hacia el ejercicio por parte de los adultos mayores. En los otros

casos destacan estimaciones negativas, haciendo alusión a un descenso en las prácticas de ejercitación, conforme aumente la presencia de dolor físico o la necesidad a un tratamiento médico.

Tabla 19

Relación entre la salud física y la adherencia al ejercicio físico. Población adulta mayor que asiste a los grupos de Práctica Comunitaria de la carrera de Terapia Física de la Universidad de Costa Rica, II Semestre 2017

	Resumen del modelo			ANOVA	
	R	R cuadrado	Error típico de la estimación	F-test	Sig.
Apartado de salud física	0,545	0,297	12,492	3,749	0,002
Coeficientes					
	Beta	t-test	Sig.		
Dolor físico	-0,194	-1,327	0,190		
Necesidad de tratamiento	-0,125	-1,051	0,297		
Energía AVD	-0,009	-0,060	0,952		
Cap. desplazamiento	0,228	1,737	0,087		
Sueño	-0,121	-1,069	0,289		
Habilidad AVD	-0,316	-2,054	0,044		
Capacidad de trabajo	0,410	2,312	0,024		

Fuente: elaboración propia a partir de los resultados obtenidos en las entrevistas a los adultos mayores que asisten a los grupos de Práctica Comunitaria, TF, U.C.R.

c. Correlación entre aspectos de la dimensión psicológica y adherencia al ejercicio físico

Con respecto a la dimensión psicológica, los resultados demuestran que éste no es un factor que modifique o intervenga en la adherencia al ejercicio físico por parte de los adultos mayores entrevistados. Según el R cuadrado, existe tan solo una relación equivalente al 7,6%, la cual no es significativa, ni de manera general, ni en cada una de las variables estudiadas.

Según lo anterior, de los 6 apartados que se muestran en la tabla 20 y que se relacionan con el aspecto psicológico, ninguno tiene una correlación explicativa

con la adherencia al ejercicio físico, sin embargo, con el coeficiente beta se podría estimar las tendencias del comportamiento de dichos factores. Destacando las características de satisfacción hacia los logros propios y lo realizado a lo largo de los años, además del disfrute por la vida y todo lo que ésta conlleva; de forma tal que, al aumentar dichas características, se esperaría un crecimiento en la adhesión a las prácticas de ejercicio físico en la comunidad.

Estos resultados se refuerzan desde investigaciones bibliográficas, en las que se hace alusión al término de envejecimiento activo, el cual se propone desde 1961 con la teoría de actividad de *Havighurst*, y que plantea una “adhesión continua a las actividades, como alternativa a la sustitución de los roles que se han perdido debido a la edad, con el fin de mantener un sentido positivo de uno mismo”. Información que es reforzada, en el mismo estudio, pero por otros autores, en el año 2012, cuando se enfatizan: la actividad, la productividad social y la satisfacción con la vida, como elementos clave de un envejecimiento exitoso⁹².

Por otra parte, los sentimientos negativos son otro de los puntos a destacar, aunque no de forma significativa. Al parecer, cuando una persona sufre algún trastorno como la depresión, angustia o tristeza, tiende a buscar alternativas como la actividad física que le ayuden a olvidarse por un momento de sus problemas o a superarlos de manera exitosa. El adulto mayor asiste a los grupos de ejercicio para enfrentar y eliminar depresiones, o salirse de la rutina diaria. Así lo demuestra en algunos estudios, donde los participantes mencionan que “asistir al programa les ayuda a eliminar los nervios, ya que su situación familiar es difícil y el programa de ejercicio les permite relajarse y estar mejor”⁹¹ Las depresiones severas son una de las principales afecciones del longevo, las cuales podrían convertirse en una causa de muerte; afortunadamente, el ejercicio actúa como un antidepresivo que mantiene a las personas tranquilas⁹³.

Tabla 20

Relación entre la dimensión psicológica y la adherencia al ejercicio físico.
Población adulta mayor que asiste a los grupos de Práctica Comunitaria de la carrera de Terapia Física de la Universidad de Costa Rica, II Semestre 2017

	Resumen del modelo			ANOVA	
	R	R cuadrado	Error típico de la estimación	F-test	Sig.
Apartado de psicología	0,276	0,076	14,210	0,866	0,525
	Coeficientes				
	Beta	t-test	Sig.		
Disfrutar la vida	0,110	0,581	0,563		
Sentido a la vida	0,045	0,237	0,813		
Concentración	0,038	0,282	0,779		
Apariencia física	0,001	0,009	0,993		
Satisfacción propia	0,271	1,303	0,197		
Sentimientos negativos	0,093	0,660	0,512		

Fuente: elaboración propia a partir de los resultados obtenidos en las entrevistas a los adultos mayores que asisten a los grupos de Práctica Comunitaria, TF, U.C.R.

d. Correlación entre las relaciones sociales y adherencia al ejercicio físico

Las relaciones sociales forman parte importante de la calidad de vida de las personas adultas mayores en general, y, por supuesto, de los sujetos en estudio. La tabla 21 muestra que, además, existe un 8,4% que vincula ésta característica con la participación y permanencia en los grupos de ejercicio físico de las comunidades en estudio. Dicho porcentaje es bastante reducido y no muestra una influencia significativa de manera general, no obstante, al observar las variables que componen este apartado, se puede apreciar que la vida sexual sí puede explicar o ser una causa relevante de la adherencia a las prácticas de ejercitación.

Según los resultados obtenidos, una vida sexual satisfactoria, es decir, una sexualidad plena o una buena convivencia y afecto hacia los seres queridos más allegados, podría ser un factor primordial que desencadene un enlace más sólido hacia la participación en las intervenciones terapéuticas comunitarias. Una buena relación familiar se vincula con mejor salud en la vida del adulto mayor. Así lo

afirman algunas investigaciones donde los resultados apuntan hacia una mejor relación familiar para aquellas personas con independencia funcional⁹⁷.

De igual forma, las buenas relaciones personales y el apoyo de amigos, a pesar de no ser factores que expliquen de forma significativa la adherencia, podrían simbolizar un aporte positivo hacia tal aspecto. Cuando un individuo longevo puede valerse por sí mismo, y, además, siente satisfacción en la relación con su familia y un apoyo adecuado por parte de amigos o vecinos, demuestra más facilidad para ser funcional aun cuando sufre alguna enfermedad⁹⁸.

Estos temas mencionados son, además, determinantes para la calidad de vida en el adulto mayor, no solo por factores biológicos, sino también por las posibilidades de establecer relaciones interpersonales y de participación social, aspectos que son considerados relevantes para establecer un envejecimiento activo y saludable. Los cuales pueden ser alcanzados por medio de la participación en actividades grupales⁹⁴.

Tabla 21

Relación entre los aspectos sociales y la adherencia al ejercicio físico. Población adulta mayor que asiste a los grupos de Práctica Comunitaria de la carrera de Terapia Física de la Universidad de Costa Rica, II Semestre 2017

	Resumen del modelo			ANOVA	
	R	R cuadrado	Error típico de la estimación	F-test	Sig.
Apartado de relaciones sociales	0,290	0,084	13,823	2,021	0,119
	Coeficientes				
	Beta	t-test	Sig.		
Relaciones personales	0,115	0,879	0,382		
Vida sexual	0,263	2,221	0,030		
Apoyo amigos	0,015	0,114	0,910		

Fuente: elaboración propia a partir de los resultados obtenidos en las entrevistas a los adultos mayores que asisten a los grupos de Práctica Comunitaria, TF, U.C.R.

4.2.5. Correlación entre ambiente y adherencia al ejercicio físico

Al analizar el aspecto ambiental o el entorno que rodea a los adultos mayores entrevistados, se comprueba que, a pesar de ser un factor relevante en la calidad de vida de los individuos en estudio, no tiene una relación significativa con la adhesión a las prácticas de ejercicio físico (Tabla 22), puesto que el R cuadrado muestra un vínculo de tan solo 10,2%. Además, ninguna de las variables que conforman el apartado de ambiente, influyen en la participación constante en los grupos comunitarios de actividad física.

A pesar de lo anterior, el coeficiente beta da una idea del comportamiento o la tendencia que presentan esos aspectos al asociarse con la adherencia al ejercicio físico. Un ejemplo de esto es la realización constante de actividades de ocio, o un aumento en la seguridad percibida al realizar labores cotidianas; ya que con éstas se logra una influencia ascendente y positiva hacia la adherencia (Tabla 22). Según algunos autores, cuando las instalaciones donde se desarrollan los ejercicios, se ubican en el vecindario y se dispone de un entorno seguro, se fomenta aún más la actividad física en los adultos mayores⁹⁹. Además, éstos ejercicios junto con la recreación, son valorados como elementos que propician un nuevo sentido a la vida de los adultos mayores; en éste caso se toman en cuenta tanto las actividades deportivas, como los paseos, el baile, la lectura y todas aquellas actividades constructivas que resulten agradables y favorezcan una mejor calidad de vida en el senescente, sus familiares y amigos⁹³.

En otras palabras, se podría conjeturar que los adultos mayores encuentran, en las prácticas de ejercicio físico, una forma de recrearse o salir de la rutina diaria que los aqueja; además, ésta participación influiría en una mayor sensación de seguridad en el entorno en el que se desenvuelven.

Por otro lado, pero siguiendo esa misma línea de análisis, la tabla 22 muestra que, al no haber buen acceso a los servicios de atención sanitaria, como es el caso de los EBAIS, por ejemplo; o el no contar con dinero suficiente para cubrir las necesidades básicas, así como no poder disponer de información necesaria para desenvolverse en la vida cotidiana (tomando en cuenta los

avances tecnológicos); hacen que las personas se vean más atraídas hacia opciones como las que se plantean en las Prácticas Comunitarias, donde las intervenciones fisioterapéuticas proponen alternativas gratuitas, brindando formación, tanto física como de aprendizaje, hacia estilos de vida más saludables.

Tabla 22

Relación entre el ambiente y la adherencia al ejercicio físico. Población adulta mayor que asiste a los grupos de Práctica Comunitaria de la carrera de Terapia Física de la Universidad de Costa Rica, II Semestre 2017

	Resumen del modelo			ANOVA	
	R	R cuadrado	Error típico de la estimación	F-test	Sig.
Apartado de ambiente	0,319	0,102	14,240	0,863	0,552
	Coeficientes				
	Beta	t-test	Sig.		
Seguridad en AVD	0,149	1,070	0,289		
Salud ambiente físico	-0,056	-0,405	0,687		
Dinero suficiente	-0,088	-0,628	0,532		
Inf. necesaria	-0,072	-0,485	0,629		
Actividades de ocio	0,218	1,610	0,113		
Lugar donde vive	-0,042	-0,327	0,745		
Acceso a servicios	-0,161	-1,226	0,225		
Transporte	-0,033	-0,256	0,799		

Fuente: elaboración propia a partir de los resultados obtenidos en las entrevistas a los adultos mayores que asisten a los grupos de Práctica Comunitaria, TF, U.C.R.

CAPÍTULO V. Propuesta de lineamientos

5.1. Presentación

La presente propuesta de lineamientos, a seguir en las intervenciones comunitarias de adulto mayor, fue realizado por Yerlany Rosales y Ángela Porras, autoras del trabajo final de graduación (TFG) *–Adherencia al ejercicio físico, a partir de los determinantes sociales, en personas adultas mayores que asisten a los grupos conformados en Práctica Comunitaria I y II (TF-0147 y TF-0148) de la carrera de Bachillerato y Licenciatura en Terapia Física de la Universidad de Costa Rica, durante el segundo semestre del año 2017*”, como parte del proyecto para optar por el grado de Licenciatura en Terapia Física.

Estas pautas se formulan como parte de los objetivos de la tesis y se basan en los resultados alcanzados en las entrevistas realizadas a adultos mayores que han formado parte de los grupos de ejercicio físico de la Práctica Comunitaria durante el segundo semestre del año 2017, en los que se comprueban algunos factores clave que favorecen la adherencia al ejercicio físico.

El documento va dirigido a los estudiantes y personal docente que llevan a cabo las Prácticas Comunitarias de intervención con la población adulta mayor, en la carrera de Terapia Física de la Universidad de Costa Rica.

Mediante la presente propuesta se busca reforzar, de manera positiva, la adherencia de la población longeva a los grupos de ejercicio físico, para lo cual, se formularon 2 cuestionarios a utilizar antes y después de la intervención (Anexo 4), así como una serie de pautas para planificar, desarrollar y concluir las intervenciones. La propuesta se debe utilizar en todo el proceso de práctica con adulto mayor, revisando cada una de las etapas y poniendo en práctica los consejos y recomendaciones para mejorar la adherencia al ejercicio físico, según corresponda.

5.2. Objetivo

Proporcionar al estudiante y al personal docente de la carrera de Terapia Física, una serie de lineamientos que fomenten la participación del adulto mayor en las intervenciones grupales realizadas como parte de las Prácticas Comunitarias.

5.3. Alcance

Los presentes lineamientos son una base para el diseño y planificación de las intervenciones por parte de los estudiantes y docentes de Bachillerato y Licenciatura en Terapia Física, en las Prácticas Comunitarias correspondientes al cuarto año de carrera, en los grupos de adulto mayor de las comunidades de San Juan y Concepción de la Unión, Lourdes de Montes de Oca y cantón Central de Curridabat.

5.4. Consideraciones generales

- Etapas: La presente guía cuenta con seis apartados que ejemplifican las etapas de intervención en el área comunitaria. En primera instancia una gestión curricular requerida en el proceso educativo para conocer las pautas necesarias en la Práctica Comunitaria. Seguidamente, es preciso ejecutar una valoración al inicio de la intervención, la cual permite caracterizar a la población adulta mayor, tanto desde el aspecto físico como el social. Posterior a eso, se proponen sesiones desde un diseño participativo e inclusivo, destacando las características positivas del usuario. Se continúa con la etapa de intervención propiamente, en la que destaca la capacitación de los encargados, su habilidad para adaptar las actividades según las necesidades de cada usuario, así como propiciar la unión de grupo. En última instancia, se recomienda repetir la evaluación física inicial, así como puntuar el nivel de adherencia alcanzado, para finalmente, dar recomendaciones que permitan la educación y el empoderamiento del participante sobre su estado físico.

- Requisitos: la formulación de los presentes lineamientos está pensada para la implementación en población adulta mayor, con edades iguales o superiores a los 65 años de edad, que asisten a grupos comunitarios de ejercicio físico de la carrera de Terapia Física de la Universidad de Costa Rica.

- Seguimiento: aunado a la evaluación física inicial, se realiza una valoración referente a los determinantes sociales que caracterizan a cada adulto mayor en cuestión, con el fin de estimar la probabilidad de adherencia al ejercicio físico en cada participante. Mientras que en la etapa final, se reiteran las pruebas mecánicas y se aplica un instrumento que considera la adherencia adquirida durante la intervención. Todo éste procedimiento se ejecuta en cada semestre con el fin de conservar y llevar un control sobre la participación de los adultos mayores en los grupos comunitarios.

- Instrumentos (Anexo 4): para valorar las características socio-demográficas distintivas en cada participante, se emplea el instrumento *Determinantes Sociales del Adulto Mayor (DSAM)*, el cual fue elaborado por las autoras del TFG antes mencionado, a partir de los resultados obtenidos. Tiene como objetivo propiciar un acercamiento hacia aspectos personales como edad, estado civil, antecedentes patológicos, entre otros; seguido de una lista donde se hace mención a los principales hallazgos del TFG. En este caso se debe marcar una puntuación de 0 a 17, obteniendo como resultado la probabilidad de adherencia al ejercicio físico en comunidad, según corresponda en la escala. De igual forma, al finalizar la intervención se propone el uso del instrumento de elaboración propia *Adherencia al Ejercicio Físico en el Adulto Mayor (Anexo 4)*, el cual busca evaluar las actividades realizadas y la participación de los sujetos durante toda la práctica, a la vez que se calcula un puntaje de adherencia (de 0 a 15) para cada uno de ellos.

- Responsabilidades: los encargados de la implementación de los lineamientos corresponden a los docentes y estudiantes de la carrera de Terapia

Física, que tengan a su cargo los grupos comunitarios de adulto mayor al momento de la intervención.

5.5. Propuesta de lineamientos para el diseño y planificación de la intervención comunitaria en adulto mayor.

a. Gestión curricular:

1. Los estudiantes tendrán que instruirse, en primera instancia, en el curso de Registro, Información y Calidad de los Servicios, en el que se expondrá el instrumento propio para la Práctica Comunitaria y su eventual llenado e interpretación, tanto para la etapa de valoración inicial, como para la evaluación final del adulto mayor. Además, se debe reforzar el concepto y la importancia de la adherencia al ejercicio físico en el transcurso de la carrera, en asignaturas como Terapéutica por el Ejercicio II, Terapia Física Aplicada y en Áreas Específicas de Intervención Fisioterapéutica, esto con el fin de fortalecer el quehacer del fisioterapeuta en la comunidad.

b. Valoración inicial:

2. En ésta etapa, los estudiantes deben aplicar la batería de pruebas físicas –*Senior Fitness Test (SFT)*” con la que se comprueba la condición física inicial de los individuos que participan en las Prácticas Comunitarias. Además, asociado a ésta herramienta, es importante conocer el perfil del adulto mayor que asiste a éstos grupos comunitarios, para lo cual, los encargados de la intervención pueden aplicar el instrumento *Determinantes sociales del adulto mayor* (Anexo 4), el cual aporta un conocimiento general sobre las características que forman parte de la vida diaria de los participantes y que a la vez influyen en la adherencia al ejercicio físico.

c. Planificación

3. A partir de los datos obtenidos en la valoración inicial, se le recomienda a los estudiantes, realizar un diseño de la propuesta de intervención, tomando en cuenta, tanto el criterio propio como la opinión del participante. Es fundamental que el instructor a cargo planifique previamente las actividades haciendo alusión a los gustos y preferencias de los usuarios con respecto a tipos de ejercicios, música, actividades recreativas y temas de interés; siempre manteniendo el criterio profesional. Esto por medio de la confección de un cronograma que pueda ser modificado y aprobado, tanto por el supervisor de la práctica, como por los individuos que reciben las sesiones de ejercicio físico. Se ha demostrado que una intervención es más efectiva, y genera mejores resultados, si es planteada en un consenso entre el profesional y el usuario; considerando las prioridades del individuo e incluyéndolas en las metas propuestas en el programa¹⁰.

4. Para la creación del cronograma de actividades, se considera de vital importancia adaptar éste al estado de salud del participante, lo cual se podría lograr tomando en cuenta los datos reportados en la Anamnesis y en el cuestionario DSAM, tales como enfermedades crónicas, antecedentes patológicos personales (APP), la presencia de algún dolor que impida la ejecución de ciertas actividades en la vida diaria u otro acontecimiento que merezca una intervención pertinente. Esto con el fin de que las sesiones puedan planificarse para todas las personas asistentes y estar anuente a realizar modificaciones o adaptaciones, según corresponda.

5. Es fundamental contar con sesiones que aporten funcionalidad al participante, es decir, planificar intervenciones que tengan como meta mantener o mejorar lo evaluado en el SFT, tales como el equilibrio, la fuerza, la coordinación, la resistencia, el tiempo de reacción y la flexibilidad, utilizando ejercicios funcionales para el adulto mayor como lo es agacharse, subir-bajar escaleras, levantar objetos, empujar, entre otros aspectos que corresponden a la salud física contemplada como parte de los determinantes sociales. Estas actividades deben

planearse de manera flexible, es decir, que en caso de que se presente una situación inesperada, el estudiante tenga una segunda opción que le permita modificar o adaptar el ejercicio sin perder el objetivo original. La unión de todos estos elementos se consideran esenciales para lograr un grado de adherencia elevado¹⁰.

6. El diseño de la intervención puede involucrar gestiones complementarias, es decir, fuera del tiempo programado para la intervención. Estableciendo, para cada semana, pequeñas tareas en las que se pueda ejercitar la motora fina y/o las actividades de ocio, de manera individual o involucrando otros miembros de la familia, esto con el fin de estimular aspectos relevantes de los determinantes sociales, como lo son las relaciones interpersonales y las tareas recreativas. Ya que tales recomendaciones aumentan la adherencia a la práctica física en la población³.

d. Intervención:

7. Es elemental que los participantes de los grupos comunitarios reconozcan la presencia de un profesor supervisor, quién debe intentar asistir a la mayor cantidad de sesiones programadas, de lo contrario, es oportuno que el profesional mantenga disponibilidad vía telefónica en caso de presentarse algún contratiempo inesperado. De igual forma, es vital que éste apruebe el cronograma de actividades con anterioridad, haciendo las observaciones y sugerencias pertinentes que permitan una intervención apropiada.

8. Resulta indispensable que los estudiantes a cargo demuestren el conocimiento adquirido durante los años de preparación universitaria. Se debe explicar la finalidad de los ejercicios planeados para cada día, la importancia de la preparación previa, además de los riesgos y beneficios a los que se está expuesto con la ejecución de la práctica regular. Igualmente, es fundamental aclarar el porqué de las adaptaciones y aplicarlas siempre que sea necesario. Ya que todo

esto representa un factor positivo en la implementación de estrategias efectuadas en las sesiones de ejercicio físico; pues, el tener dicho apoyo, refuerza la actitud del usuario al ejecutar las actividades propuestas⁸⁹.

9. Es importante además, que los estudiantes demuestren seguridad a la hora de dirigir y dar instrucciones a los participantes, brindándole al usuario la confianza de una intervención de gran beneficio. Las indicaciones se deben dirigir de forma clara y concisa, utilizando un lenguaje sencillo, repitiendo las instrucciones las veces que sean necesarias, estar siempre dispuesto a aclarar las dudas que se presenten durante las sesiones; al mismo tiempo que se va corrigiendo al usuario sobre la forma adecuada de realizar los ejercicios propuestos. Según algunos autores, los sujetos del grupo ven en la persona a cargo, una figura experta y especializada que puede suplir de conocimiento en diferentes disciplinas, tales como salud, actividad física y fisioterapia¹⁰.

10. En el momento de realizar las actividades, una buena actitud por parte de la persona a cargo, propicia una forma de ejercicio más atractiva y, además, si éste se adecua a la condición física que presenta el usuario, es más fácil para el mismo adaptarse a los requerimientos de la sesión. El estudiante o docente a cargo debe mantenerse siempre positivo en las intervenciones, motivando de forma constante a los individuos y celebrando los logros que cada participante merezca, de tal forma que se puedan enfrentar posibles sentimientos negativos que forman parte de los determinantes sociales en el adulto mayor. Por lo cual, es indispensable que el instructor conozca el perfil de los participantes y lo tome en cuenta al dar las indicaciones⁸⁹.

11. Al momento de aplicar la intervención, es importante empoderar al participante de conocimiento sobre las técnicas que se van a implementar durante la sesión, los beneficios que puede percibir de ésta, y, además, la forma correcta de realizarlo, para así propiciar mejores resultados. Asimismo, se puede contar con la presencia de otros profesionales o estudiantes de otras carreras que

faciliten pequeñas exposiciones o charlas sobre temas de interés para el adulto mayor, tales como manejo del estrés, leyes que los respaldan, nutrición durante el ejercicio, patologías crónicas más comunes, la forma correcta de administrar los medicamentos, recomendaciones para mejorar la salud, la correcta administración del dinero, entre otras particularidades que formen parte de los determinantes sociales y que estén repercutiendo en la adherencia al ejercicio físico en ésta población. Se sabe que las técnicas educativas fomentan en el individuo una actitud positiva ante el ejercicio físico y la importancia de adherirse a éste⁹⁰.

12. Durante la implementación de las sesiones, resulta primordial realizar actividades grupales, competencias, trabajo en equipo, relevos, refrigerios compartidos, celebraciones de eventos importantes, motivaciones para realizar actividad física en días subsecuentes a la intervención. Lo cual permite promover, en el grupo de intervención, una actitud de compañerismo y pertenencia, facilitándoles la comodidad y el deseo de asistir a las sesiones. Para ellos el grupo debe ser una fuente de apoyo natural, que les permita superar barreras y los motive a realizar ejercicio y hábitos saludables¹⁰.

e. Evaluación final:

13. Cuando se concrete, según lo estipulado en el cronograma, el número de sesiones programadas para el cumplimiento de los objetivos en la Práctica Comunitaria, es indispensable reevaluar las características físicas de cada uno de los participantes, con el fin de comprobar los logros alcanzados durante toda la intervención; además, es importante verificar el nivel de adherencia obtenido por los adultos mayores, para lo cual se puede aplicar el instrumento *Adherencia al ejercicio en adulto mayor* (Anexo 4), en el cual se plantean los principales puntos a valorar sobre la pertinencia de la intervención.

f. Clausura:

14. Se recomienda brindarle al participante un informe de su estado físico por medio de notas personalizadas, con recomendaciones adaptadas a cada caso en

particular, en el que se aprecien los cambios logrados durante el período de intervención, comparando su estado inicial con el final, de tal forma que se le puedan dar sugerencias para mejorar o conservar las características evaluadas. Dicha información puede incluir modalidades de ejercicio, la dosis de los mismos y los beneficios o perjuicios de estas prácticas⁸⁹.

15. Al finalizar las intervenciones, es importante motivar al usuario a que se mantenga activo durante los períodos de vacaciones de la Universidad, poniendo en práctica todo lo aprendido durante las sesiones y empoderándose de sus cuidados físicos, por lo que es pertinente propiciar guías de ejercicio que se puedan realizar desde el hogar y que se hayan practicado durante las sesiones. Logrando así que se conserve, en la medida de lo posible, el estado de independencia funcional, pues en esta etapa de la vida, son más susceptibles a perder, ante cualquier cambio en sus hábitos y actividades cotidianas, las adaptaciones logradas mediante el ejercicio⁹⁰.

Finalmente, para una mejor interpretación y secuencia de estos lineamientos, se propone, en el cuadro 2, un resumen de las principales pautas, en las que se puede apreciar una distribución según el actor o actores responsables de su respectiva ejecución. De esta forma, se puede llevar un mejor control del cumplimiento de objetivos durante las Prácticas Comunitarias con población adulta mayor.

Cuadro 2
Distribución de lineamientos según actor responsable

Lineamiento		Actor responsable		
		Supervisor	Estudiante	Participante
1	Guiar el llenado e interpretación de los instrumentos	X		
2	Realizar la valoración física y socio demográfica inicial		X	
2	Completar el instrumento de valoración inicial DSAM			X
3	Sugerir actividades de acuerdo a los gustos y habilidades personales			X
3	Diseño de la propuesta de intervención		X	
3	Aprobar el cronograma de intervención	X		X
4	Adaptar las actividades al estado de salud del participante		X	
5	Planear actividades funcionales, modificar y adaptar según corresponda		X	
6	Entregar tareas semanales a los participantes		X	
6	Realizar las tareas recomendadas, involucrando a familiares			X
7	Estar presente en las intervenciones o mantener disponibilidad telefónica	X		
8	Explicar la finalidad de los ejercicio en cada sesión		X	
9	Dar indicaciones claras y concisas a los participantes	X	X	
9	Asistir y participar activamente de las sesiones			X
10	Mantenerse motivado durante la intervención	X	X	X
11	Empoderar al participante sobre temas de interés	X	X	
11	Participar activamente en las charlas y exposiciones propuestas			X
12	Realizar actividad física en los días subsecuentes a la intervención			X
13	Realizar una evaluación física y nivel de adherencia al final de la práctica		X	
14	Realizar un informe final sobre el estado físico de cada participante		X	
15	Mantenerse activo físicamente durante el período de vacaciones universitaria			X

Fuente: Elaboración propia

CAPÍTULO VI. Conclusiones y recomendaciones

A partir de los objetivos planteados y de los resultados obtenidos de las entrevistas efectuadas a las personas adultas mayores, que asisten a los grupos de ejercicio físico de la Práctica Comunitaria, surgen las siguientes conclusiones. Así mismo, con base en estos hallazgos y la experiencia adquirida durante la elaboración de esta investigación, se brindan recomendaciones para los estudiantes de la carrera de Terapia Física y la Escuela de Tecnologías en Salud.

6.1. Conclusiones

Al término de la presente investigación y para dar respuesta a la pregunta que se formuló desde el planteamiento del problema, se destacan los siguientes hallazgos:

Con respecto a la caracterización, se concluye que a los grupos de ejercicio físico asisten más mujeres que hombres, sobresaliendo las personas casadas y viudas, con una escolaridad baja (educación primaria incompleta). Además, tienden a presentar patologías como la hipertensión arterial (HTA), dislipidemias y diabetes, siendo esto un factor de riesgo para enfermedades cardiovasculares, por lo que la mayoría está poli-medicada.

La calidad de vida de los participantes del estudio es muy buena, lo cual se traduce a un alto nivel de salud, tanto física como mental; además de una adecuada interacción social y ambiental. Las personas evaluadas, en su mayoría, no presentan un dolor físico limitante, lo cual hace que conserven una alta funcionalidad y energía para realizar actividades diarias básicas e instrumentales. Además, son individuos que disfrutan mucho de la vida y cuentan con una alta autoestima, siempre ligado a sentimientos negativos pero poco frecuentes.

De igual forma, se deduce que las personas entrevistadas mantienen relaciones personales bastante adecuadas, tanto con la sociedad en general como con amigos cercanos y seres queridos, con los cuales conviven en un ambiente saludable y seguro; con el dinero, la información y el acceso a los servicios de

salud y transporte necesarios para su diario vivir. Información que se traduce en una puntuación satisfactoria para el aspecto de calidad de vida.

Estos datos resultan sobresalientes, ya que, desde el año 2000, Costa Rica inicia un proceso de incrementación en la población adulta mayor, generando un importante impacto social y una carga económica mayor para el país, siendo más evidente en el ámbito de la salud y las pensiones. Por lo que resulta fundamental incentivar en las comunidades la prevención y rehabilitación de éste grupo etario, buscando así su independencia funcional y el mantenimiento de la calidad de vida.

Del apartado de adherencia, se destaca que, el estado socioeconómico y la capacidad física del adulto mayor, son indiferentes a la hora de tomar la decisión de participar en un grupo de ejercicio físico comunitario, influyendo más el respaldo de sus compañeros y el de su familia. Además, los participantes de las Prácticas Comunitarias refieren poca información sobre ejercicio físico por parte del personal sanitario de atención primaria o EBAIS, por lo que valoran positivamente la asesoría brindada por los encargados de las intervenciones comunitarias sobre su estado físico y la importancia de la constancia y permanencia en éstos grupos.

Ligado a esto, los entrevistados perciben un número de sesiones y asistencia pertinente, esto a pesar de no poder apreciar los resultados beneficiosos de forma inmediata, tener que enfrentar efectos colaterales propios del ejercicio o percibir limitaciones propias de la edad. Sin embargo, esta participación tiende a disminuir en caso de enfrentar un progreso en dichas circunstancias o al sufrir algún trastorno de salud adicional. Aun así, un gran porcentaje de los sujetos en estudio reconoce que las sesiones de ejercicio físico son necesarias y se mantienen positivos ante éste proceso, lo que se traduce en una adherencia satisfactoria.

De igual forma, al correlacionar las dos variables en estudio, se deduce que la adherencia a las prácticas de ejercicio físico, por parte de los adultos mayores, deriva de tres elementos principales: en primer lugar depende de la salud física de

los participantes, especialmente si presenta dependencia funcional para cumplir actividades elementales, en busca de la autonomía; o si, por el contrario, percibe una buena capacidad para desempeñar sus trabajos domésticos diarios y desea mantenerla. En segunda instancia, se percata una mayor participación en los grupos de ejercicio, cuando hay una adecuada y satisfactoria percepción de la calidad de vida, en general; y, finalmente, la adherencia se puede explicar a partir de una valiosa “vida sexual”, entendida ésta como un apoyo incondicional de los seres queridos más allegados.

Los demás aspectos de calidad de vida, analizados en ésta investigación, no tienen una influencia significativa hacia la participación y permanencia en los grupos de ejercitación; sin embargo, se deduce que existe una tendencia de algunos factores hacia la adherencia al ejercicio físico, tal es el caso de la ausencia de dolor, el amor por la vida, las buenas relaciones sociales y la seguridad en el entorno.

Ahora bien, a pesar de que en ésta investigación se analizan algunos datos relacionados con la adherencia específica para la población adulta mayor, la problemática va más allá de ésta agrupación. Es importante destacar que los individuos en estudio han tenido la oportunidad de participar en éste tipo de intervenciones propuestas por la Universidad, no obstante, es una situación que no se repite de manera frecuente en otras poblaciones ni grupos etarios. Lo anterior refleja que, a nivel país, el escenario comunitario no está teniendo una implicación activa por parte de los equipos básicos de salud en el sentido de promoción y prevención.

Asimismo, en Costa Rica no se encontraron precedentes informativos en los que la adherencia al ejercicio físico sea valorada como una inferencia a partir de los determinantes sociales que identifican la calidad de vida; por lo que trabajos de investigación como el presente son de suma importancia para poder brindar datos de gran relevancia acerca de aquellos factores que influyen en una mejor participación en grupos comunitarios de ejercicio físico, logrando así una intervención más integral.

Finalmente, con respecto a la malla curricular en la carrera de Terapia Física, se llega a la conclusión de que se requiere de un nuevo instrumento de evaluación específico para la Práctica Comunitaria, en el que se incluyan tanto aspectos personales como sociales que permitan caracterizar a la población que se va a intervenir. De ésta forma se podrá proyectar, de acuerdo a lo encontrado en ésta investigación, una probabilidad de adherencia al ejercicio físico, la cual será puntuada al finalizar la práctica.

Hasta el momento, los estudiantes de la carrera de Terapia Física no contaban con una guía que los orientara en la planificación y el diseño de las intervenciones comunitarias hacia la población adulta mayor; por lo que se considera que éste tipo de investigaciones son convenientes para facilitar y unificar las decisiones durante las actividades propuestas para cada sesión.

6.2. Recomendaciones

6.2.1. Recomendaciones para los estudiantes durante el proceso de investigación

1. Se les recomienda a los estudiantes de la carrera de Terapia Física, para futuras investigaciones, buscar asesoría de la Escuela de Estadística de la Universidad de Costa Rica, antes de presentar el ante-proyecto a la Comisión de Trabajos Finales de Graduación, esto con el fin de que previamente puedan darse cuenta que tipo de análisis estadístico van a necesitar, según las variables que vayan a evaluar, para que esto no sea un obstáculo en el desarrollo de su investigación.

2. Se les sugiere a los estudiantes que van a trabajar con la población adulta mayor, en futuras investigaciones, buscar ambientes que faciliten el diálogo y que permitan interpretar de manera adecuada la información requerida, en especial si la recolección de los datos precisa de entrevistas o del llenado de instrumentos.

3. Al elegir la población con la que se va a desarrollar el proyecto de graduación, se recomienda a los estudiantes informarse sobre horarios y días de reunión, para que el acceso al grupo o a la entidad de análisis, no sea un obstáculo en la recolección de datos.

4. Una recomendación necesaria a tomar en cuenta, por parte de los estudiantes, con respecto a los instrumentos que utilicen para la recolección de los datos, es que, a pesar de que estos estén ya validados, se debe disponer de un tiempo de análisis, interpretación y aplicación, con el fin de sentirse altamente familiarizados con el contenido de los mismos y así procurar un llenado exitoso.

5. Un punto importante en el trabajo final de graduación es que los estudiantes busquen un comité asesor que muestre conocimiento e interés en el tema de investigación, pues es una de las características que ayuda a la adecuada interacción y evolución de este proceso.

6.2.2. Recomendaciones para los estudiantes de la carrera de Terapia Física

1. A partir de los datos obtenidos en este trabajo final de graduación, se les recomienda a los estudiantes de Terapia Física continuar analizando los hallazgos de ésta investigación, involucrando adultos mayores en los que varíen las características demográficas, socioeconómicas, ambientales o de salud; o bien, poblaciones de otros grupos etarios. Esto con el fin de poder apreciar otros comportamientos propios de los determinantes sociales y su relación con la adherencia al ejercicio físico, y de esta manera, poder reforzar y complementar los resultados obtenidos en esta investigación.

2. De igual forma, se recomienda la implementación de los lineamientos e instrumentos planteados en ésta investigación, esto con el fin de que puedan ser evaluados y modificados en los aspectos que se consideren pertinentes, logrando así replantear la propuesta y adaptarla según corresponda.

3. Se recomienda abordar las variables estudiadas (determinantes sociales y adherencia) e incluir las evaluaciones o instrumentos propuestos, en otros ámbitos relacionados con la Terapia Física, por ejemplo las prácticas clínicas; esto con el fin de generar un abordaje más integral y adaptado a las necesidades de los usuarios con los que se trabaja.

6.2.3. Recomendaciones para la Escuela de Tecnologías en Salud

1. Se recomienda a la Escuela de Tecnologías en Salud fomentar en los estudiantes que cursan la Práctica Comunitaria I y II, dirigida a la población adulta mayor, el tomar en cuenta los lineamientos sugeridos en esta investigación, con el fin de ayudar a mejorar el proceso de dicha práctica y así incrementar los beneficios en los sujetos participantes. Además se sugiere reforzar el concepto y los beneficios de la adherencia al ejercicio físico en el transcurso de la carrera, en asignaturas como Terapéutica por el Ejercicio II, Terapia Física Aplicada y en Áreas Específicas de Intervención Fisioterapéutica.

2. Asimismo, se le recomienda a la Escuela de Tecnologías en Salud, que los encargados en la parte de trabajos finales de graduación, soliciten al Comité Ético Científico (CEC) los lineamientos a seguir con respecto a la reciente Ley Reguladora de Investigación Biomédica (Ley 9234); con el fin de brindarle a los estudiantes información completa y veraz, necesaria para desarrollar y aprobar su anteproyecto, incluyendo, el tipo de revisión requerida por parte de la Universidad de Costa Rica, cursos adicionales, requisitos para ser estudiante investigador y las condiciones que deba cumplir el comité asesor.

Referencias Bibliográficas

1. Organización Mundial de la Salud [Internet]. *World Organization*; 2012. [Citado 05 Junio de 2015]. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/es/
2. Organización Mundial de la Salud. *Manual de la OMS sobre enfermedades crónicas*. Suiza: Oficina de Publicaciones, Organización Mundial de la Salud; 2006.
3. Sicilia, Á., González Cutre, D., Artés, E., Orta, A., Casimiro, A., & Ferriz, R. Motivos de los ciudadanos para realizar ejercicio físico: un estudio desde la teoría de la autodeterminación. *Revista Latinoamericana de Psicología*. 2014; 46(2): 83-91.
4. Sanclemente Agualimpia, Y., & Arias Henao, M. Factores motivacionales que influyen en la adherencia a la actividad física en los usuarios del Gimnasio Zona Fitness. *Revista de Educación Física*. 2014; 3(1)89-116.
5. Instituto Nacional de Estadística y Censos [Internet]. *X Censo Nacional de Población y VI de Vivienda*; 2011. [Citado 23 Mayo de 2015]. Disponible en: <http://www.inec.go.cr/bincricri/RpWebEngine.exe/Portal?BASE=2011>
6. Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor. *Política Nacional de Envejecimiento y Vejez 2011-2012*. San José, Costa Rica: CONAPAM; 2013.
7. Salas Murillo, O. [Internet]. Mayoría de la población en Costa Rica es sedentaria. *Noticias Universidad de Costa Rica*; 23 de Enero de 2017. [Citado 16 Febrero de 2017]. Disponible en: <https://www.ucr.ac.cr/noticias/2017/01/23/mayoria-de-la-poblacion-en-costa-rica-es-sedentaria.html>
8. Fernández, X & Robles, A. [Internet]. I Informe estado de situación de la persona adulta mayor en Costa Rica. *Centro Centroamericano de Población, Universidad de Costa Rica*; 2008. [Citado 09 Marzo de 2017]. Disponible en: http://ccp.ucr.ac.cr/espam/descargas/ESPAM_cap6web.pdf.
9. Hernández Pacheco, A., Enríquez Reyna, M. C., Cruz Castruita, R., Rangel Colmenero, B., & Aguirre Zuazua, H. Aptitud física de adultos mayores: cambios basales generados por dos tipos de entrenamiento. *Revista de Ciencias del Ejercicio FOD*. 2015; 10(10) 1-15.
10. Serdà, B., Valle, A., & Gragera, R. M. La Adherencia al Ejercicio Físico en un Grupo con Cáncer de Próstata: un Modelo Integrado para la Mejora de la Calidad de Vida. *Psychosocial Intervention*; 2012; 21(1): 29-40.
11. Molinero, O., Salguero del Valle, A., & Márquez, S. Autodeterminación y adherencia al ejercicio: estado de la cuestión. *Revista Internacional de Ciencias del Deporte*. 2011; 25(7) 287-304.

12. Bocanegra, S., Gallego, F., & Rojo, L. *Motivos de permanencia en un programa de actividad física, deporte y recreación para adultos mayores*. Pereira: Universidad Tecnológica de Pereira; 2007.
13. Marcos Gragera, R., del Valle Gómez, A., & Serdà i Ferrer, B. La Adherencia al Ejercicio Físico en un Grupo con Cáncer de Próstata: un Modelo Integrado para la Mejora de la Calidad de Vida. *Psychosocial Intervention*. 2011; 21 (1)29-40.
14. Coello, D., Rojas, N., & Mayta, P. Falta de adherencia al tratamiento fisioterapéutico en pacientes con trastornos musculoesqueléticos en una clínica docente en Lima, Perú. *Fisioterapia*. 2016; 38(4)182-188.
15. Castellanos, P. *Epidemiología, Salud Pública y Condiciones de Vida. Consideraciones Conceptuales*. Sao Paulo, Brasil: Seminario Latinoamericano sobre Condiciones de Vida y Salud; 1995.
16. Organización Mundial de la Salud. La gente y la salud. ¿Qué calidad de vida? *Foro Mundial de la Salud*. 1996; 385-387.
17. Nava, T. I., Roeniger, A., & Arellano, A. Adherencia al programa de ejercicios de estabilización lumbar en pacientes con dolor crónico de espalda baja. *Cirugía y Cirujanos*; 2015.
18. Landinez Parra, N., Contreras Valencia, K., & Castro Villamil, Á. Proceso de envejecimiento, ejercicio y fisioterapia. *Rev Cubana de Salud Pública*. 2012; 38(4)562-580
19. Programa de Práctica Comunitaria II. *Práctica Comunitaria II, TF-0148*. San José, Costa Rica: Escuela de Tecnologías en Salud. Universidad de Costa Rica; 2015.
20. Schwartzmann, L. Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Ciencia y Enfermería*. 2003; 9(2) 9-21.
21. Paz, B., & Rocha, V. Fisioterapia comunitaria: el camino desde la conceptualización a la intervención con la comunidad. *Fisioterapia*. 2008; 30(5) 244–250.
22. Basagoiti, I., Almendro, & Armay, M. *Alfabetización en salud: de la información a la acción*. Editorial Itaca; 2014.
23. Organización Mundial de la Salud. Declaración política de Río sobre determinantes sociales de la salud. *Conferencia Mundial sobre Determinantes Sociales de la Salud*. Río de Janeiro, Brasil: Organización Mundial de la Salud; 2011.
24. Kornblit, A., & Mendes, A. *La Salud y la Enfermedad: Aspectos biológicos y sociales*. Editorial: Aique; 2000.
25. Velarde Jurado, E., & Avila Figueroa, C. Evaluación de la calidad de vida. *Salud Pública de México*. 2002; 44(4) 349-361.

26. Ruvalcaba, N., Salazar, J., & Fernández, P. Indicadores sociales, condiciones de vida y calidad de vida en jóvenes mexicanos. *Revista Iberoamericana de Psicología: Ciencia y Tecnología*. 2012, 5(1): 71-80.
27. Vega, J., Solar, O., & Irwin, A. Equidad y determinantes sociales de la salud: conceptos básicos, mecanismos de producción y alternativas para la acción. *Equipo de Equidad en Salud de la Organización Mundial de la Salud*. 2005; 9-18.
28. Organización Mundial de la Salud. *Determinantes sociales de la salud*. Suiza: Organización Mundial de la Salud; 2008.
29. Ministerio de Salud. *Política Nacional de Salud 2011-2021*. San José, Costa Rica: República de Costa Rica; 2011.
30. Palomino Moral, P., Grande Gascón, M. L., & Linares Abad, M. La salud y sus determinantes sociales. Desigualdades y exclusión en la sociedad del siglo XXI. *Revista Internacional de Sociología*. 2014; 72(1)71-91.
31. Manual CTO Oposiciones de Enfermería. *Prevención y Promoción de la Salud*. Comunidad de Castilla y León: C.T.O. Editorial; 2003.
32. Redondo, P. *Prevención de la enfermedad*. San José, Costa Rica: Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social (CENDEISSS); 2004.
33. Márquez Calderón, S., Villegas Portero, R., Gosalbes Soler, V., & Martínez Pecino, F. Promoción de la salud y prevención en tiempos de crisis: el rol del sector sanitario. Informe SESPAS 2014. *Gaceta Sanitaria*. 2014; 28(1)116–123.
34. Rodríguez, A., Valderrama, L., & Molina, J. Intervención psicológica en adultos mayores. *Psicología desde el Caribe*. 2010; (25) 246-258.
35. Fernández-Ballesteros, R., Zamarrón, M., López, M., Molina, M., Díez, J., Montero, P., y otros. Envejecimiento con éxito: criterios y predictores. *Psicothema*. 2010 22(4), 641-647.
36. Muñoz, S., & Cerón, J. *Análisis comparativo de la percepción de satisfacción del adulto mayor sobre la incidencia de dos programas de ejercicio físico bajo la dirección de un personal con formación académica y sin ella de la comuna 16 de Santiago de Cali*. Santiago de Cali: Universidad del Valle; 2013.
37. Sanhueza, M., Castro, M., & Merino, J. Adultos Mayores funcionales: un nuevo concepto en salud. *Ciencia y Enfermería*. 2005; 11(2)17-21.
38. Sitjas, E., Laporte, A., Armadans, L., Mundet, X., & Vilardell, M. Factores predictores del deterioro funcional geriátrico. *Aten Primaria*. 2003; 32(5) 282-287.
39. Escalante, Y. Actividad física, ejercicio físico y condición física en el ámbito de la Salud Pública. *Revista Española de Salud Pública*. 2011; 85(4) 325-328.

40. Organización Mundial de la Salud. *Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud*. Suiza: Biblioteca de la OMS; 2010.
41. Cuesta Hernández, M., & Calle Pascual, A. L. Beneficios del ejercicio físico en población sana e impacto sobre la aparición de enfermedad. *Endocrinología y Nutrición*. 2013; 60(6) 283-286.
42. Cordero, A., Masiá, M. D., & Galve, E. Ejercicio físico y salud. *Revista Española de Cardiología*. 2014; 67(9)748-753.
43. López, M. D., Zamarrón, M. D., & Fernández, R. Asociación entre la realización de ejercicio e indicadores de funcionamiento físico y cognitivo. Comparativa de resultados en función de la edad. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*. 2011; 46(1)15–20.
44. Organización Mundial de la Salud. *Campaña de la OMS por un envejecimiento activo I*. Suiza: Organización Mundial de la Salud; 2001.
45. Patiño, F. A., Arango, E. F., & Zuleta, L. Ejercicio físico y depresión en adultos mayores: una revisión sistemática. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 2013; 42(2) 198-211.
46. Casas, Á., Cadore, E., Martínez, N., & Izquierdo, M. El ejercicio físico en el anciano frágil: una actualización. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*. 2015; 50(2)74-81.
47. Gofin, J., & Gofin, R. *Fundamentos de Salud Comunitaria. una perspectiva global*. Barcelona, España: Editorial ELSEVIER MASSON; 2012.
48. Cordero Montero, C. *Perfil profesional del Terapeuta Físico o Fisioterapeuta*. San José, Costa Rica: Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica; 2010.
49. Castell Díaz, C. *Estatutos del Colegio Profesional de fisioterapeutas de la comunidad de Madrid*. Madrid, España: Área de Colegios Profesionales. Comunidad de Madrid; 2012.
50. Organización Mundial de la Salud. *Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción*. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud; 2004.
51. Libertad, A. [Internet]. *Acerca del concepto de adherencia terapéutica*. Revista Cubana de Salud Pública; 2004. [Citado el 20 de noviembre, 2016]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662004000400008
52. Dill, T., Valladare, A., Lizán, L., & Sacristán, J. A. Adherencia y persistencia terapéutica: causas, consecuencias y estrategias de mejora. *Atención Primaria*. 2009; 41 (6) 342–348.
53. Ferro García, R., García Ríos, M., & Vives Montero, M. Un análisis de la adherencia al tratamiento en fisioterapia. *Fisioterapia*. 2004; 26(6) 333-339.

54. Martínez González, M. *Estudio sobre los factores psicológicos influyentes en la adherencia a la rehabilitación de deportistas lesionados*. España: Universidad de Cantabria; 2014.
55. Hueso González, A., & Cascant, J. *Metodología y técnicas cuantitativas de Investigación*. Valencia, España : Universidad Politécnica de Valencia; 2012.
56. Sousa, V., Driessnack, M., & Costa, I. Revisión de diseños de investigación resaltantes para Enfermería. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2007; 15(3) 1-6.
57. Barrantes Echavarría, R. *Investigación: Un camino al conocimiento*. San José, Costa Rica: Editorial Universidad Estatal a Distancia; 2014.
58. Álvarez Hernández, G., & Delgado DelaMora, J. Diseño de estudios Epidemiológicos. *Departamento de Medicina y Ciencias de la Salud, Universidad de Sonora, Hermosillo, Sonora, México*. 2015; 32(1)26-34.
59. Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. *Metodología de la Investigación*. México: Mc Graw Hill; 2010.
60. Manterola, C., & Otzen, T. Los Sesgos en Investigación Clínica. *Int. J. Morphol.* 2015; 33(3) 1156-1164.
61. Mas Ruiz, F. *Temas de Investigación Comercial*. España: Editorial Club Universitario; 2012.
62. García, T. *El cuestionario como instrumento de investigación/evaluación*. Almendralejo, España: Centro Universitario Santa Ana; 2003.
63. WHOQOL Group. Study Protocol for the World Health Organization Project to develop a Quality of Life Assessment Instrument. *Qual Life Res.* 1993; 2(2)153-159.
64. Quiroz, C. A. *Diseño y validación de un instrumento para evaluar adherencia de pacientes adultos o procesos de neurorehabilitación funcional a largo plazo, basado en las dimensiones de la OMS*. Santiago de Cali, Colombia: Universidad Autónoma de Manizales; 2012.
65. Dagnino, J. Bioestadística y epidemiología. Análisis de varianza. *Revista Chilena de Anestesia*. 2014; 43(4) 306-310.
66. Cortés, J., Bielsa, N., & Cobo, E. (2015). *Regresión Lineal Simple*. España : Universitat Politècnica de Catalunya.
67. Rueda, L. Consideraciones éticas en el desarrollo de investigaciones que involucran a seres humanos como sujetos de investigación las investigaciones en terapia ocupacional comunitaria. *Escuela de Terapia Ocupacional. Facultad de Medicina de la Universidad de Chile*. 2004; 1-8.

68. Escobar, J., & Aristizabal, C. Los principios en la bioética: fuentes, propuestas y prácticas múltiples. *Revista Colombiana de Bioética*. 2011; 6(especial) 76-109.
69. Instituto Costarricense de Estadística y Censos [Internet]. La población adulta mayor se triplicaría en los próximos 40 años; 2015. [Citado 7 de Diciembre de 2017]. Disponible en: <http://www.inec.go.cr/noticia/la-poblacion-adulta-mayor-se-triplicaria-en-los-proximos-40-anos>
70. Casas, M., & Fraile, A. Un estudio sobre la actividad física en personas mayores . *Sistema de Información Científica Redalyc*. 2007, 8(15);141-176
71. Calderón, F. [Internet]. Costa Rica tiene el mejor índice en calidad de vida en adultos mayores en la región; 2013. [Citado 10 de Diciembre de 2017]. Disponible en: <http://www.crhoy.com/archivo/costa-rica-tiene-el-mejor-andice-en-calidad-de-vida-en-adultos-mayores-en-la-regian/nacionales/>
72. Varela, L. Calidad de vida en el adulto mayor. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*, 2016; 33(2): 199-200.
73. Barragán, A., Mejía, S., & Gutiérrez, L. M. Dolor en adultos mayores de 50 años: prevalencia y factores asociados. *Salud pública de México*, 2007; 49(4): 488-494.
74. Eiras, A., Teixeira, A., González, J., Castell, M., Queipo, R., & Otero, A. Consumo de medicamentos en mayores de 65 años en Oporto (Portugal) y riesgo de prescripción de medicamentos potencialmente inapropiados. *Atención Primaria*, 2016; 48(2): 110-120.
75. OPS. La salud de las personas adultas mayores en Costa Rica. San José, Costa Rica: Ministerio de Salud; 2004.
76. Cruz, E., Hernández, Y., Morera, B., Fernández, Z., & Rodríguez, J. Trastornos del sueño en la comunidad. *Ciencias Médicas*, 2008; 12(2): 1-12.
77. Sánchez, L., González, U., González, A., & Bacallao, J. Calidad de vida psíquica y estado de salud física en el adulto mayor. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 2014; 13(2): 337-349.
78. Peña, B., Terán, M., Moreno, F., & Bazán, M. Autopercepción de la calidad de vida del adulto mayor en la Clínica de Medicina Familiar Oriente del ISSSTE. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 2009; 14(2): 53-61.
79. Cardona, D., Segura, A., Segura, Á., & Garzón, M. O. Efectos contextuales asociados a la variabilidad del riesgo de depresión en adultos mayores, Antioquia, Colombia, 2012. *Revista Biomédica*, 2015; 35:73-80.

80. Fajardo, E., Córdoba, L., & Enciso, J. Calidad de vida en los adultos mayores: reflexiones sobre el contexto colombiano desde el modelo de Schalock y Verdugo. *Salud y Comunidad*, 2016; 14(2): 33-41.
81. Polizzi, L., & Arias, C. Los vínculos que brindar mayor satisfacción en la red de apoyo social de los adultos mayores. *Pensando Psicología*, 2014; 10(17): 1-10.
82. Vera, M. Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia. *Universidad Nacional Mayor de San Marcos*, 2007; 68(3): 284-290.
83. Sánchez, D. Ambiente físico-social y envejecimiento de la población desde la gerontología ambiental y geografía: Implicaciones socioespaciales en América Latina. *Revista de geografía Norte Grande*, 2015; 60: 97-114.
84. Díaz, C., & García, J. N. Internet en mayores (INMA). *INFAD Revista de Psicología*, 2015; 2(1): 35-42.
85. Yarce, E., Achicanoy, M. F., & Chaves, M. A. El ocio y tiempo libre del adulto mayor institucionalizado de la ciudad de Pasto. Departamento de Nariño, Colombia: UNIMAR; 2014.
86. Gajardo, J., & Aravena, J. Una escala para la valoración del desempeño en uso de transporte público en el adulto mayor: EVADUT-AM. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, 2015; 15(2): 1-13.
87. Pisano, M., & González, A. La modificación de los hábitos y la adherencia terapéutica, clave para el control de la enfermedad crónica. *Enfermería Clínica*, 2014; 224(1); 59-66.
88. Curbelo, R., Zarco, P., Almodóvar, R., Flórez, M., & Carmona, L. Barreras y facilitadores para la práctica del ejercicio físico en pacientes con espondiloartritis: estudio cualitativo de grupos focales (EJES-3D). *Reumatología clínica*, 2017; 13(2): 91-96.
89. Dilla, T., Valladares, A., Lizán, L., & Sacristán, J. Adherencia y persistencia terapéutica: causas, consecuencias y estrategias de mejora. *Atención Primaria*, 2009; 41(6): 342-348.
90. Organización Mundial de la Salud. La classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé. Francia: Editorial de la OMS; 2001
91. Carollo Limeres, C. *Regresión lineal simple*. España: Universidad de Santiago de Compostela; 2012.
92. Petretto, D., Pili, R., Gaviano, L., Matos, C., & Zuddas, C. Envejecimiento activo y de éxito o saludable: una breve historia de modelos conceptuales. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 2016; 51(4): 229-241.

93. Hernández, M. R. Ejercicio físico y la calidad de vida en los adultos mayores . *Revista Pensamiento Actual. Universidad de Costa Rica* , 2006; 6(7):134-142.
94. Santos, L., Oliveira, L., Barbosa, M., Nunes, D., & Brasil, V. Calidad de vida de los mayores que participan en el grupo de promoción de la salud. *Enfermería Global*, 2015; 14(40):12-22.
95. Estela, D., Espinoza, J., Columbus, M., Runzer, F., Parodi, J., & Mayta, P. Rendimiento físico de adultos mayores residentes en zonas rurales a nivel del mar y a gran altitud en Perú. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 2015; 50(2):56-61.
96. Monroy, A., Contreras, M., García, M., García, M., Cárdenas, L., & Rivero, L. Estatus funcional de adultos mayores de Tláhuac, Ciudad de México. *Enfermería Universitaria*, 2016; 13(1):25-30.
97. Jiménez, B., Baillet, L., Ávalos, F., & Campos, L. Dependencia funcional y percepción de apoyo familiar en el adulto mayor. *Universidad Autónoma de México*, 2016; 3(4):129-133.
98. Loredó, M., Gallegos, R., Xequé, A., Palomé, G., & Juárez, A. Nivel de dependencia, auto cuidado y calidad de vida del adulto mayor. *Enfermería Universitaria*, 2016;13(3):159-165.
99. Leirós, R., & García, J. Los programas de revitalización geriátrica: posibilidades de los parques públicos para promocionar la actividad física saludable en personas mayores. *Fisioterapia*, 2012;34(6): 267-274.

ANEXOS



BACHILLERATO Y LICENCIATURA EN TERAPIA FÍSICA

Anexo 1. CEC-O-04.

Fórmula de Consentimiento Informado

N° consentimiento: _____

“Adherencia al ejercicio físico, a partir de los determinantes sociales, en personas adultas mayores que asisten a los grupos conformados en práctica Comunitaria I y II (TF-0147 y TF-0148) de la carrera de Bachillerato y Licenciatura en Terapia Física de la Universidad de Costa Rica, durante el primer semestre del año 2017”

Código (o número) de proyecto: _____.

Nombre de los investigadores:

- Ángela Porras Quesada 1-1145-0198
- Yerlany Rosales Pérez 2-0696-0226

Nombre del participante: _____.

A) Propósito del proyecto

Éste proyecto se realizará, como requisito de graduación de la carrera de licenciatura en Terapia Física, de la Universidad de Costa Rica, por las Bachilleres en Terapia Física: Ángela Porras Quesada, cedula 1-1145-0198 y Yerlany Rosales Pérez, cedula 2-0696-0226.

Con éste trabajo se busca conocer el comportamiento del adulto mayor, relacionado a la asistencia, participación y permanencia a los grupos conformados en Práctica Comunitaria de la carrera de Terapia Física de la Universidad de Costa Rica durante el primer semestre del año 2017, con el fin de brindarle consejos útiles a la Universidad para mejorar los programas de ejercicio físico brindados.

B) ¿Que se hará?

Se iniciará con un primer contacto con la población adulta mayor que integra los diferentes grupos de ejercicio físico en la Práctica Comunitaria I y II. Se le hará entrega del consentimiento Informado y se le explicará de manera clara todo lo que incluye este documento. Si el participante está de acuerdo con ser parte de la investigación se procederá a la firma del documento, después se realizará una entrevista de manera individual con el fin de recolectar información personal, la percepción que tiene sobre su calidad de vida y aspectos que puedan sugerir que la persona se mantenga constante en la práctica al ejercicio físico. Se garantizará la privacidad de la información recolectada.

C) Riesgos:

La recolección de los datos no representará ningún riesgo físico para los participantes.

D) Beneficios:

Al finalizar la investigación, se les brindará los resultados obtenidos, en busca de potenciar aquellas características importantes que le permitan al adulto mayor, ser constante en la práctica de ejercicio físico. Además, tendrán un beneficio indirecto, al aportarles a la Universidad, consejos para mejorar las sesiones de ejercicio físico que se dan en estos grupos.

E) Voluntariedad:

Su participación en este estudio es voluntaria. Usted tiene el derecho de negarse a participar o a finalizar su participación en cualquier momento, sin que esta decisión afecte la calidad de la atención médica (o de otra índole) que requiere.

F) Confidencialidad:

Su participación en este estudio es confidencial, los resultados podrían aparecer en una publicación científica o ser divulgados en una reunión científica pero sin mencionar su nombre. Los documentos con la información recolectada, se guardarán por 5 años, pero después serán destruidos de manera permanente.

Los resultados de ésta investigación, podrán ser usados por otros investigadores, siempre manteniendo la confidencialidad de la información.

G) Información:

Antes de que usted acepte ser parte del estudio, deben haberse aclarado todas sus dudas. Si durante el proceso de participación en la investigación, usted requiere de más información preguntar a las investigadoras a los números: 8856-1790 con Ángela Porras o al 8501-6292 con Yerlany Rosales.

Además, puede consultar sobre los derechos de las personas participantes en proyectos de investigación al Consejo Nacional de Investigación en Salud (CONIS), del Ministerio de Salud, al teléfono 2257-7821 (extensión 119), de lunes a viernes de 9 a.m. a 3 p.m.

Cualquier consulta adicional puede comunicarse a la Vicerrectoría de Investigación de la Universidad de Costa Rica **a los teléfonos 2511-4201 ó 2511-5839**, de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m.

- a. Por firmar este documento no perderá ningún derecho legal.
- b. Recibirá una copia de esta fórmula firmada para su uso personal.

CONSENTIMIENTO

He leído o se me ha leído, toda la información descrita en esta fórmula, antes de firmarla. Se me ha brindado la oportunidad de hacer preguntas y éstas han sido respondidas en forma adecuada. Por lo tanto, accedo a participar como sujeto de investigación en este estudio.

Nombre, cédula y firma del sujeto Fecha

Nombre, cédula y firma del testigo Fecha

Nombre, cédula y firma del Investigador que solicita el consentimiento Fecha



Universidad de Costa Rica
Escuela de Tecnologías en Salud
Bachillerato Y Licenciatura en Terapia Física

N°.

**Anexo 2. CUESTIONARIO SOBRE DETERMINANTES SOCIALES DE LA ADHERENCIA
AL EJERCICIO FÍSICO EN ADULTO MAYOR**

P1. DATOS PERSONALES		Fecha de valoración: __/__/____
P1.1 Sexo : <input type="checkbox"/> 1. Mujer <input type="checkbox"/> 2. Hombre	P1.2 Edad en años cumplidos: _____	P1.3 Estado civil: <input type="checkbox"/> 1. Soltero <input type="checkbox"/> 2. Casado <input type="checkbox"/> 3. Divorciado <input type="checkbox"/> 4. Unión Libre <input type="checkbox"/> 5. Viudo <input type="checkbox"/> 99.NR
Domicilio: P1.4 Cantón: <input type="checkbox"/> 1. Montes de Oca <input type="checkbox"/> 2. Curridabat <input type="checkbox"/> 3. La Unión <input type="checkbox"/> 4. Otro <input type="checkbox"/> 5. NS/NR		P1.5 Grupo: <input type="checkbox"/> 1. Renacer <input type="checkbox"/> 2. Mujer y Vida <input type="checkbox"/> 3. Cuerpos en Acción <input type="checkbox"/> 4. Pastoral Social
P1.6 Años de escolaridad: _____		
P1.7 Situación laboral: <input type="checkbox"/> 1. Empleado <input type="checkbox"/> 2. Desempleado <input type="checkbox"/> 3. Jubilado <input type="checkbox"/> 4. Independiente <input type="checkbox"/> 5. Otro: _____ <input type="checkbox"/> 99. NR		
P1.8 Antecedentes Personales		
<input type="checkbox"/> 1. Diabetes <input type="checkbox"/> 2. HTA <input type="checkbox"/> 3. Dislipidemias <input type="checkbox"/> 4. Cardiopatías <input type="checkbox"/> 5. Asma <input type="checkbox"/> 6. Epilepsia <input type="checkbox"/> 7. Alergias _____ <input type="checkbox"/> 8. Osteoporosis <input type="checkbox"/> 9. Cáncer _____ <input type="checkbox"/> 10. Artritis <input type="checkbox"/> 11. Otros: _____ <input type="checkbox"/> 12. Ninguno <input type="checkbox"/> 99. NS		
P1.9 Consumo de sustancias		
<input type="checkbox"/> 1. Medicamentos <input type="checkbox"/> 2. Tabaco <input type="checkbox"/> 3. Alcohol <input type="checkbox"/> 4. Drogas <input type="checkbox"/> 5. Ninguno <input type="checkbox"/> 99. NR		

P2. ESCALA DE CALIDAD DE VIDA (WHOQOL-BREF).

Por favor lea cada pregunta, valores sus sentimientos y haga un círculo en el número de la escala de cada pregunta que sea su mejor respuesta.

		Muy mala	Regular	Normal	Bastante buena	Muy buena
1	¿Cómo calificaría su calidad de vida?	1	2	3	4	5
		Muy insatisfecho	Un poco insatisfecho	Lo normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho
2	¿Qué tan satisfecho/a está con su salud?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia al grado en que ha experimentado ciertos hechos en las dos últimas semanas.

		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
3	¿Hasta qué punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?	1	2	3	4	5
4	¿Qué tanto necesita un tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?	1	2	3	4	5
5	¿Cuánto disfruta de la vida?	1	2	3	4	5
6	¿Siente que su vida tiene sentido?	1	2	3	4	5
7	¿Cuál es su capacidad de concentración?	1	2	3	4	5
8	¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?	1	2	3	4	5
9	¿Qué tan saludable es el ambiente físico a su alrededor?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a si usted experimenta o fue capaz de hacer ciertas cosas en las dos últimas semanas, y en qué medida.

		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Totalmente
10	¿Tiene energía suficiente para la vida diaria?	1	2	3	4	5
11	¿Es capaz de aceptar su apariencia física?	1	2	3	4	5
12	¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	1	2	3	4	5
13	¿Cuenta con la información que necesaria para su vida diaria?	1	2	3	4	5
14	¿Hasta qué punto tiene oportunidad de realizar actividades de ocio?	1	2	3	4	5
15	¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a si en las dos últimas semana ha sentido satisfecho/a y cuánto, en varios aspectos de su vida

		Muy insatisfecho	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
16	¿Qué tan satisfecho/a está con su sueño?	1	2	3	4	5
17	¿Qué tan satisfecho/a está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?	1	2	3	4	5
18	¿Qué tan satisfecho/a está con su capacidad de trabajo?	1	2	3	4	5
19	¿Qué tan satisfecho/a está de sí mismo?	1	2	3	4	5

20	¿Qué tan satisfecho/a está con sus relaciones personales?	1	2	3	4	5
21	¿Qué tan satisfecho/a está con su vida sexual?	1	2	3	4	5
22	¿Qué tan satisfecho/a está con el apoyo que obtiene de sus amigos/as?	1	2	3	4	5
23	¿Qué tan satisfecho/a está de las condiciones del lugar donde vive?	1	2	3	4	5
24	¿Qué tan satisfecho/a está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?	1	2	3	4	5
25	¿Qué tan satisfecho/a está con los servicios de transporte de su zona?	1	2	3	4	5

La siguiente pregunta hace referencia a la frecuencia con que usted ha sentido o experimentado ciertos sentimientos en las dos últimas semanas.

		Nunca	Raramente	Moderadamente	Frecuentemente	Siempre
26	¿Con qué frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, o depresión?	1	2	3	4	5

P3. Evaluación de la adherencia al ejercicio físico (Según Instrumento SMANv 1.0)

Lea la pregunta y haga un círculo en el número de la escala que corresponda a la respuesta.

Factor		Pregunta	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
Socioeconómico	1	Mi estado socioeconómico favorece mi permanencia en el grupo de ejercicio físico.	1	2	3	4	5
	2	Las redes de apoyo social con las que cuento favorecen mi permanencia en el grupo de ejercicio físico.	1	2	3	4	5
	3	Independiente de las creencias que tengan otras personas sobre mi condición física, sigo el proceso de ejercicio físico.	1	2	3	4	5
	4	Sea cual sea mi situación familiar actual, continuo asistiendo a las sesiones de ejercicio físico	1	2	3	4	5
Factor		Pregunta	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
Equipo de asistencia	5	Los servicios de salud a los cuales tengo acceso, facilitan mi permanencia en el grupo de ejercicio físico.	1	2	3	4	5
	6	El conocimiento y preparación por parte de los encargados que me asisten, contribuyen positivamente en mi	1	2	3	4	5

		permanencia al grupo de ejercicio físico.					
	7	Me han suministrado educación y un adecuado seguimiento de mi condición física	1	2	3	4	5
	8	Los encargados del grupo se preocupan por mi permanencia en el grupo de ejercicio físico.	1	2	3	4	5
Factor		Pregunta	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
Intervención	9	Recibo las sesiones de ejercicio físico necesarias	1	2	3	4	5
	10	Soy constante en mi asistencia a las sesiones de ejercicio físico.	1	2	3	4	5
	11	A pesar que en ocasiones no se evidencien resultados inmediatos en mi condición física, sigo asistiendo a las sesiones de ejercicio físico	1	2	3	4	5
	12	A pesar de los posibles efectos colaterales del ejercicio, sigo asistiendo a las sesiones.	1	2	3	4	5
Factor		Pregunta	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
Capacidad física	13	A pesar de mi grado actual de limitación física continúo asistiendo a las sesiones de ejercicio físico.	1	2	3	4	5
	14	Independiente de mi percepción sobre mi limitación física, continúo asistiendo a las sesiones de ejercicio físico.	1	2	3	4	5
	15	A pesar de la progresión de mi limitación física, hago todo lo que esté a mi alcance para continuar asistiendo a las sesiones de ejercicio físico.	1	2	3	4	5
	16	Así se presenten trastornos de salud adicionales a los que padezco, sigo asistiendo a las sesiones de ejercicio físico.	1	2	3	4	5
Factor		Pregunta	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
Participante	17	Me mantengo motivado en asistir a las sesiones de ejercicio físico.	1	2	3	4	5
	18	Reconozco la necesidad de las sesiones de ejercicio físico	1	2	3	4	5
	19	Entiendo adecuadamente las instrucciones dadas en las sesiones de ejercicio físico	1	2	3	4	5
	20	Mantengo viva la esperanza y soy positivo frente mi proceso de ejercicio físico	1	2	3	4	5



BACHILLERATO Y LICENCIATURA EN TERAPIA FÍSICA

Anexo 3. Protocolo para la implementación de los instrumentos

Las investigadoras realizarán la entrevista a los participantes dirigiéndose por las siguientes pautas:

1. Posicionarse frente a la persona.
2. Se realiza un saludo.
3. Se le explica a la persona en que consiste la investigación.
4. Se le entrega el consentimiento informado.
5. Se le brinda a la persona un espacio para que lea detenidamente el consentimiento o, en su defecto, éste será leído por las investigadoras.
6. Las investigadoras deben aclarar todas las dudas que surjan durante la lectura del documento y, en caso de que el participante este de acuerdo con lo estipulado en el mismo, se procede a la firma respectiva.
7. Posteriormente se procederá a realizar la entrevista, si y sólo si la persona acepta participar en la investigación.
8. Los instrumentos van a ir en un mismo documento, para que se lleve una misma secuencia y que las investigadoras puedan ir haciendo el llenado correspondiente de los documentos.
9. Las investigadoras deben manejar el mismo criterio para cada uno de los puntos incluidos en los instrumentos, por si los participantes presentan inquietudes durante la entrevista.
10. Al finalizar la entrevista las investigadoras se despiden del participante, agradeciendo su participación.

Anexo 4.



TS

Escuela de
Tecnologías en Salud

**PROPUESTA DE LINEAMIENTOS PARA FOMENTAR LA ADHERENCIA A LOS
GRUPOS DE EJERCICIO FÍSICO EN LAS PRÁCTICAS COMUNITARIAS DE
ADULTO MAYOR**

AUTORES

YERLANY ROSALES PÉREZ

ÁNGELA PORRAS QUESADA

TERAPIA FÍSICA

ESCUELA DE TECNOLOGÍAS EN SALUD

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA

2018



Contenido

1. Presentación	119
2. Objetivo.....	120
3. Alcance	120
4. Consideraciones generales	120
5. Propuesta de lineamientos para el diseño y planificación de la intervención comunitaria en adulto mayor	122
a) Gestión curricular	122
b) Valoración inicial	122
c) Planificación	122
d) Intervención	124
e) Evaluación final	126
f) Clausura.....	126
6. Propuesta de Instrumentos para Práctica Comunitaria.....	129
7. Bibliografía	132

1. Presentación

La presente propuesta de lineamientos, a seguir en las intervenciones comunitarias de adulto mayor, fue realizado por Yerlany Rosales y Ángela Porras, autoras del trabajo final de graduación (TFG) *–Adherencia al ejercicio físico, a partir de los determinantes sociales, en personas adultas mayores que asisten a los grupos conformados en Práctica Comunitaria I y II (TF-0147 y TF-0148) de la carrera de Bachillerato y Licenciatura en Terapia Física de la Universidad de Costa Rica, durante el segundo semestre del año 2017*”, como parte del proyecto para optar por el grado de Licenciatura en Terapia Física.

Estas pautas se formulan como parte de los objetivos de la tesis y se basan en los resultados alcanzados en las entrevistas realizadas a adultos mayores que han formado parte de los grupos de ejercicio físico de la Práctica Comunitaria durante el segundo semestre del año 2017, en los que se comprueban algunos factores clave que favorecen la adherencia al ejercicio físico.

El documento va dirigido a los estudiantes y personal docente que llevan a cabo las Prácticas Comunitarias de intervención con la población adulta mayor, en la carrera de Terapia Física de la Universidad de Costa Rica.

Mediante la presente propuesta se busca reforzar, de manera positiva, la adherencia de la población longeva a los grupos de ejercicio físico, para lo cual, se formularon 2 cuestionarios a utilizar antes y después de la intervención, así como una serie de pautas para planificar, desarrollar y concluir las intervenciones. La propuesta se debe utilizar en todo el proceso de práctica con adulto mayor, revisando cada una de las etapas y poniendo en práctica los consejos y recomendaciones para mejorar la adherencia al ejercicio físico, según corresponda.

2. Objetivo

Proporcionar al estudiante y al personal docente de la carrera de Terapia Física, una serie de lineamientos que fomenten la participación del adulto mayor en las intervenciones grupales realizadas como parte de las Prácticas Comunitarias.

3. Alcance

Los presentes lineamientos son una base para el diseño y planificación de las intervenciones por parte de los estudiantes y docentes de Bachillerato y Licenciatura en Terapia Física, en las Prácticas Comunitarias correspondientes al cuarto año de carrera, en los grupos de adulto mayor de las comunidades de San Juan y Concepción de la Unión, Lourdes de Montes de Oca y cantón Central de Curridabat.

4. Consideraciones generales

- Etapas: La presente guía cuenta con seis apartados que ejemplifican las etapas de intervención en el área comunitaria. En primera instancia una gestión curricular requerida en el proceso educativo para conocer las pautas necesarias en la Práctica Comunitaria. Seguidamente, es preciso ejecutar una valoración al inicio de la intervención, la cual permite caracterizar a la población adulta mayor, tanto desde el aspecto físico como el social. Posterior a eso, se proponen sesiones desde un diseño participativo e inclusivo, destacando las características positivas del usuario. Se continúa con la etapa de intervención propiamente, en la que destaca la capacitación de los encargados, su habilidad para adaptar las actividades según las necesidades de cada usuario, así como propiciar la unión de grupo. En última instancia, se recomienda repetir la evaluación física inicial, así como puntuar el nivel de adherencia alcanzado, para finalmente, dar recomendaciones que permitan la educación y el empoderamiento del participante sobre su estado físico.

- Requisitos: la formulación de los presentes lineamientos está pensada para la implementación en población adulta mayor, con edades iguales o superiores a los 65 años de edad, que asisten a grupos comunitarios de ejercicio físico de la carrera de Terapia Física de la Universidad de Costa Rica.

- Seguimiento: aunado a la evaluación física inicial, se realiza una valoración referente a los determinantes sociales que caracterizan a cada adulto mayor en cuestión, con el fin de estimar la probabilidad de adherencia al ejercicio físico en cada participante. Mientras que en la etapa final, se reiteran las pruebas mecánicas y se aplica un instrumento que considera la adherencia adquirida durante la intervención. Todo éste procedimiento se ejecuta en cada semestre con el fin de conservar y llevar un control sobre la participación de los adultos mayores en los grupos comunitarios.

- Instrumentos: para valorar las características socio-demográficas distintivas en cada participante, se emplea el instrumento *Determinantes Sociales del Adulto Mayor* (DSAM), el cual fue elaborado por las autoras del TFG antes mencionado, a partir de los resultados obtenidos. Tiene como objetivo propiciar un acercamiento hacia aspectos personales como edad, estado civil, antecedentes patológicos, entre otros; seguido de una lista donde se hace mención a los principales hallazgos del TFG. En este caso se debe marcar una puntuación de 0 a 17, obteniendo como resultado la probabilidad de adherencia al ejercicio físico en comunidad, según corresponda en la escala. De igual forma, al finalizar la intervención se propone el uso del instrumento de elaboración propia *Adherencia al Ejercicio Físico en el Adulto Mayor*, el cual busca evaluar las actividades realizadas y la participación de los sujetos durante toda la práctica, a la vez que se calcula un puntaje de adherencia (de 0 a 15) para cada uno de ellos.

- Responsabilidades: los encargados de la implementación de los lineamientos corresponden a los docentes y estudiantes de la carrera de Terapia Física, que tengan a su cargo los grupos comunitarios de adulto mayor al momento de la intervención.

5. Propuesta de lineamientos para el diseño y planificación de la intervención comunitaria en adulto mayor

a) Gestión curricular

1. Los estudiantes tendrán que instruirse, en primera instancia, en el curso de Registro, Información y Calidad de los Servicios, en el que se expondrá el instrumento propio para la Práctica Comunitaria y su eventual llenado e interpretación, tanto para la etapa de valoración inicial, como para la evaluación final del adulto mayor. Además, se debe reforzar el concepto y la importancia de la adherencia al ejercicio físico en el transcurso de la carrera, en asignaturas como Terapéutica por el Ejercicio II, Terapia Física Aplicada y en Áreas Específicas de Intervención Fisioterapéutica, esto con el fin de fortalecer el quehacer del fisioterapeuta en la comunidad.

b) Valoración inicial

2. En ésta etapa, los estudiantes deben aplicar la batería de pruebas físicas –*Senior Fitness Test (SFT)*” con la que se comprueba la condición física inicial de los individuos que participan en las Prácticas Comunitarias. Además, asociado a ésta herramienta, es importante conocer el perfil del adulto mayor que asiste a éstos grupos comunitarios, para lo cual, los encargados de la intervención pueden aplicar el instrumento *Determinantes sociales del adulto mayor*, el cual aporta un conocimiento general sobre las características que forman parte de la vida diaria de los participantes y que a la vez influyen en la adherencia al ejercicio físico.

c) Planificación

3. A partir de los datos obtenidos en la valoración inicial, se le recomienda a los estudiantes, realizar un diseño de la propuesta de intervención, tomando en cuenta, tanto el criterio propio como la opinión del participante. Es fundamental que el instructor a cargo planifique previamente las actividades haciendo alusión a

los gustos y preferencias de los usuarios con respecto a tipos de ejercicios, música, actividades recreativas y temas de interés; siempre manteniendo el criterio profesional. Esto por medio de la confección de un cronograma que pueda ser modificado y aprobado, tanto por el supervisor de la práctica, como por los individuos que reciben las sesiones de ejercicio físico. Se ha demostrado que una intervención es más efectiva, y genera mejores resultados, si es planteada en un consenso entre el profesional y el usuario; considerando las prioridades del individuo e incluyéndolas en las metas propuestas en el programa (Serdá y otros, 2012).

4. Para la creación del cronograma de actividades, se considera de vital importancia adaptar éste al estado de salud del participante, lo cual se podría lograr tomando en cuenta los datos reportados en la Anamnesis y en el cuestionario DSAM, tales como enfermedades crónicas, antecedentes patológicos personales (APP), la presencia de algún dolor que impida la ejecución de ciertas actividades en la vida diaria u otro acontecimiento que merezca una intervención pertinente. Esto con el fin de que las sesiones puedan planificarse para todas las personas asistentes y estar anuente a realizar modificaciones o adaptaciones, según corresponda.

5. Es fundamental contar con sesiones que aporten funcionalidad al participante, es decir, planificar intervenciones que tengan como meta mantener o mejorar lo evaluado en el SFT, tales como el equilibrio, la fuerza, la coordinación, la resistencia, el tiempo de reacción y la flexibilidad, utilizando ejercicios funcionales para el adulto mayor como lo es agacharse, subir-bajar escaleras, levantar objetos, empujar, entre otros aspectos que corresponden a la salud física contemplada como parte de los determinantes sociales. Estas actividades deben planearse de manera flexible, es decir, que en caso de que se presente una situación inesperada, el estudiante tenga una segunda opción que le permita modificar o adaptar el ejercicio sin perder el objetivo original. La unión de todos

estos elementos se consideran esenciales para lograr un grado de adherencia elevado (Serdá y otros, 2012).

6. El diseño de la intervención puede involucrar gestiones complementarias, es decir, fuera del tiempo programado para la intervención. Estableciendo, para cada semana, pequeñas tareas en las que se pueda ejercitar la motora fina y/o las actividades de ocio, de manera individual o involucrando otros miembros de la familia, esto con el fin de estimular aspectos relevantes de los determinantes sociales, como lo son las relaciones interpersonales y las tareas recreativas. Ya que, según Sicilia y otros (2014), tales recomendaciones aumentan la adherencia a la práctica física en la población.

d) Intervención

7. Es elemental que los participantes de los grupos comunitarios reconozcan la presencia de un profesor supervisor, quién debe intentar asistir a la mayor cantidad de sesiones programadas, de lo contrario, es oportuno que el profesional mantenga disponibilidad vía telefónica en caso de presentarse algún contratiempo inesperado. De igual forma, es vital que éste apruebe el cronograma de actividades con anterioridad, haciendo las observaciones y sugerencias pertinentes que permitan una intervención apropiada.

8. Resulta indispensable que los estudiantes a cargo demuestren el conocimiento adquirido durante los años de preparación universitaria. Se debe explicar la finalidad de los ejercicios planeados para cada día, la importancia de la preparación previa, además de los riesgos y beneficios a los que se está expuesto con la ejecución de la práctica regular. Igualmente, es fundamental aclarar el porqué de las adaptaciones y aplicarlas siempre que sea necesario. Ya que todo esto representa un factor positivo en la implementación de estrategias efectuadas en las sesiones de ejercicio físico; pues, el tener dicho apoyo, refuerza la actitud del usuario al ejecutar las actividades propuestas (Curbero y otros, 2017).

9. Es importante además, que los estudiantes demuestren seguridad a la hora de dirigir y dar instrucciones a los participantes, brindándole al usuario la confianza de una intervención de gran beneficio. Las indicaciones se deben dirigir de forma clara y concisa, utilizando un lenguaje sencillo, repitiendo las instrucciones las veces que sean necesarias, estar siempre dispuesto a aclarar las dudas que se presenten durante las sesiones; al mismo tiempo que se va corrigiendo al usuario sobre la forma adecuada de realizar los ejercicios propuestos. Según Serdá y otros (2012), los sujetos del grupo ven en la persona a cargo, una figura experta y especializada que puede suplir de conocimiento en diferentes disciplinas, tales como salud, actividad física y fisioterapia

10. En el momento de realizar las actividades, una buena actitud por parte de la persona a cargo, propicia una forma de ejercicio más atractiva y, además, si éste se adecua a la condición física que presenta el usuario, es más fácil para el mismo adaptarse a los requerimientos de la sesión. El estudiante o docente a cargo debe mantenerse siempre positivo en las intervenciones, motivando de forma constante a los individuos y celebrando los logros que cada participante merezca, de tal forma que se puedan enfrentar posibles sentimientos negativos que forman parte de los determinantes sociales en el adulto mayor. Por lo cual, según Curbero y otros (2017), es indispensable que el instructor conozca el perfil de los participantes y lo tome en cuenta al dar las indicaciones.

11. Al momento de aplicar la intervención, es importante empoderar al participante de conocimiento sobre las técnicas que se van a implementar durante la sesión, los beneficios que puede percibir de ésta, y, además, la forma correcta de realizarlo, para así propiciar mejores resultados. Asimismo, se puede contar con la presencia de otros profesionales o estudiantes de otras carreras que faciliten pequeñas exposiciones o charlas sobre temas de interés para el adulto mayor, tales como manejo del estrés, leyes que los respaldan, nutrición durante el ejercicio, patologías crónicas más comunes, la forma correcta de administrar los medicamentos, recomendaciones para mejorar la salud, la correcta administración

del dinero, entre otras particularidades que formen parte de los determinantes sociales y que estén repercutiendo en la adherencia al ejercicio físico en ésta población. Se sabe que las técnicas educativas fomentan en el individuo una actitud positiva ante el ejercicio físico y la importancia de adherirse a éste (Dilla y otros, 2009).

12. Durante la implementación de las sesiones, resulta primordial realizar actividades grupales, competencias, trabajo en equipo, relevos, refrigerios compartidos, celebraciones de eventos importantes, motivaciones para realizar actividad física en días subsecuentes a la intervención. Lo cual permite promover, en el grupo de intervención, una actitud de compañerismo y pertenencia, facilitándoles la comodidad y el deseo de asistir a las sesiones. Para ellos el grupo debe ser una fuente de apoyo natural, que les permita superar barreras y los motive a realizar ejercicio y hábitos saludables (Serdá y otros, 2012).

e) Evaluación final

13. Cuando se concrete, según lo estipulado en el cronograma, el número de sesiones programadas para el cumplimiento de los objetivos en la Práctica Comunitaria, es indispensable reevaluar las características físicas de cada uno de los participantes, con el fin de comprobar los logros alcanzados durante toda la intervención; además, es importante verificar el nivel de adherencia obtenido por los adultos mayores, para lo cual se puede aplicar el instrumento *Adherencia al ejercicio en adulto mayor*, en el cual se plantean los principales puntos a valorar sobre la pertinencia de la intervención.

f) Clausura

14. Se recomienda brindarle al participante un informe de su estado físico por medio de notas personalizadas, con recomendaciones adaptadas a cada caso en particular, en el que se aprecien los cambios logrados durante el período de intervención, comparando su estado inicial con el final, de tal forma que se le

puedan dar sugerencias para mejorar o conservar las características evaluadas. Dicha información puede incluir modalidades de ejercicio, la dosis de los mismos y los beneficios o perjuicios de estas prácticas (Curbero y otros, 2017).

15. Al finalizar las intervenciones, es importante motivar al usuario a que se mantenga activo durante los períodos de vacaciones de la Universidad, poniendo en práctica todo lo aprendido durante las sesiones y empoderándose de sus cuidados físicos, por lo que es pertinente propiciar guías de ejercicio que se puedan realizar desde el hogar y que se hayan practicado durante las sesiones. Logrando así que se conserve, en la medida de lo posible, el estado de independencia funcional, pues en esta etapa de la vida, son más susceptibles a perder, ante cualquier cambio en sus hábitos y actividades cotidianas, las adaptaciones logradas mediante el ejercicio (Dilla y otros, 2009).

Finalmente, para una mejor interpretación y secuencia de estos lineamientos, se propone, en el cuadro 2, un resumen de las principales pautas, en las que se puede apreciar una distribución según el actor o actores responsables de su respectiva ejecución. De esta forma, se puede llevar un mejor control del cumplimiento de objetivos durante las Prácticas Comunitarias con población adulta mayor.

Cuadro 1. Distribución de lineamientos según actor responsable

Lineamiento		Actor responsable		
		Supervisor	Estudiante	Participante
1	Guiar el llenado e interpretación de los instrumentos	X		
2	Realizar la valoración física y socio demográfica inicial		X	
2	Completar el instrumento de valoración inicial DSAM			X
3	Sugerir actividades de acuerdo a los gustos y habilidades personales			X
3	Diseño de la propuesta de intervención		X	
3	Aprobar el cronograma de intervención	X		X
4	Adaptar las actividades al estado de salud del participante		X	
5	Planear actividades funcionales, modificar y adaptar según corresponda		X	
6	Entregar tareas semanales a los participantes		X	
6	Realizar las tareas recomendadas, involucrando a familiares			X
7	Estar presente en las intervenciones o mantener disponibilidad telefónica	X		
8	Explicar la finalidad de los ejercicio en cada sesión		X	
9	Dar indicaciones claras y concisas a los participantes	X	X	
9	Asistir y participar activamente de las sesiones			X
10	Mantenerse motivado durante la intervención	X	X	X
11	Empoderar al participante sobre temas de interés	X	X	
11	Participar activamente en las charlas y exposiciones propuestas			X
12	Realizar actividad física en los días subsecuentes a la intervención			X
13	Realizar una evaluación física y nivel de adherencia al final de la práctica		X	
14	Realizar un informe final sobre el estado físico de cada participante		X	
15	Mantenerse activo físicamente durante el período de vacaciones universitaria			X

Fuente: Elaboración propia

6. Propuesta de Instrumentos para Práctica Comunitaria



UNIVERSIDAD DE
COSTA RICA

Universidad de Costa Rica

Escuela de Tecnologías en Salud

Bachillerato Y Licenciatura en Terapia Física

TS Escuela de
Tecnologías en Salud

DETERMINANTES SOCIALES DEL ADULTO MAYOR

NOMBRE:		Fecha de valoración: __/__/____	
DATOS PERSONALES			
Sexo : <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre	Edad en años cumplidos: _____	Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Unión Libre <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> NR	
Años de escolaridad:			
Tiempo de permanencia en el grupo comunitario		<input type="checkbox"/> Menos de 1 año	<input type="checkbox"/> De 1 a 3 años
		<input type="checkbox"/> De 3 a 5 años	<input type="checkbox"/> Más de 5 años
¿Con quién vive? <input type="checkbox"/> Solo <input type="checkbox"/> Conyugue <input type="checkbox"/> Hijo/ Hija <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Otro: _____			
Antecedentes Personales			
<input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> HTA <input type="checkbox"/> Dislipidemias <input type="checkbox"/> Cardiopatías <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Epilepsia <input type="checkbox"/> Alergias _____ <input type="checkbox"/> Osteoporosis <input type="checkbox"/> Cáncer _____ <input type="checkbox"/> Artritis <input type="checkbox"/> Otros: _____ <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> NS			

Por favor lea cada pregunta, valore sus sentimientos y haga una marca en su mejor respuesta.

Determinantes sociales a evaluar		SI	NO
1	Considera usted que tiene una buena Calidad de Vida	1	0
2	Considera usted que su salud es adecuada	1	0
3	Presenta algún dolor que le impide realizar sus actividades diarias	0	1
4	Consume medicamentos con frecuencia	0	1
5	Se moviliza de manera independiente	1	0
6	Realiza las actividades básicas (comer, bañarse, vestirse) de manera independiente	0	1
7	Realiza sus labores instrumentales diarias (oficios domésticos, compras, jardinería) de manera independiente	1	0
8	Tiene una buena relación con sus vecinos y amigos	1	0
9	Tiene una buena relación con sus familiares	1	0
10	Disfruta su vida al máximo	1	0

11	Se siente a gusto con los logros personales a lo largo de su vida	1	0
12	Tiene sentimientos negativos con frecuencia (depresión, tristeza, ansiedad)	1	0
13	Se siente seguro en su casa-barrio-comunidad	1	0
14	Considera que usted tiene el dinero suficiente para cubrir sus necesidades básicas	0	1
15	Utiliza la tecnología actual para mantenerse informado	0	1
16	Realiza con frecuencia actividades recreativas o distractoras	1	0
17	Considera bueno el servicio de atención brindado por los centros de salud en su comunidad	0	1
TOTAL			

Escala de evaluación	0-3	4-7	8-9	10-13	14-17
Probabilidad de adherencia	Muy baja	Baja	Regular	Muy buena	Buena



Universidad de Costa Rica
Escuela de Tecnologías en Salud
Bachillerato Y Licenciatura en Terapia Física

ADHERENCIA AL EJERCICIO FÍSICO EN ADULTO MAYOR

Por favor lea cada pregunta, valore sus sentimientos y haga una marca en su mejor respuesta.

NOMBRE:		Fecha de valoración: __/__/----	
Adherencia al ejercicio físico		SI	NO
1	Considero que recibí las sesiones de ejercicio físico necesarias	1	0
2	Asistí y participé constantemente en las sesiones de ejercicio físico	1	0
3	Asistí a pesar de sentir alguna molestia posterior a los ejercicios	1	0
4	Asistí a pesar de que se me dificultaron algunos ejercicios	1	0
5	Asistí aunque mi progreso fue diferente al de mis compañeros	1	0
6	Asistí incluso cuando tuve algún trastorno de salud	1	0
7	Las instrucciones de los ejercicios siempre fueron claras y sencillas	1	0
8	Me brindaron información sobre los ejercicios abtos para mí	1	0
9	Percibí conocimiento y preparación por parte de los instructores	1	0
10	Los encargados me motivaron a participar y se preocuparon por mi asistencia	1	0
11	Se tomó en cuenta mi opinión y preferencias durante las sesiones de ejercicio	1	0
12	Se respetó mi condición de salud durante las sesiones de ejercicio físico	1	0
13	Me explicaron la importancia, riesgos y beneficios del ejercicio físico	1	0
14	Me mantuve siempre motivado en las sesiones de ejercicio físico	1	0
15	Considero que el ejercicio es importante en mi vida	1	0
TOTAL			

Escala de evaluación	0-2	3-5	6-9	10-12	13-15
Nivel de adherencia	Muy baja	Baja	Regular	Muy buena	Buena

7. Bibliografía de los lineamientos

- Curbelo, R., Zarco, P., Almodóvar, R., Flórez, M., & Carmona, L. (2017). Barreras y facilitadores para la práctica del ejercicio físico en pacientes con espondiloartritis: estudio cualitativo de grupos focales. *Reumatología clínica*; 13(2): 91-96.
- Dilla, T., Valladares, A., Lizán, L., & Sacristán, J. (2009). Adherencia y persistencia terapéutica: causas, consecuencias y estrategias de mejora. *Atención Primaria*; 41(6): 342-348.
- Serdà, B., Valle, A., & Gragera, R. M. (2012). La Adherencia al Ejercicio Físico en un Grupo con Cáncer de Próstata: un Modelo Integrado para la Mejora de la Calidad de Vida. *Psychosocial Intervention*; 21(1): 29-40.
- Sicilia, Á., González Cutre, D., Artés, E., Orta, A., Casimiro, A., & Ferriz, R. (2014). Motivos de los ciudadanos para realizar ejercicio físico: un estudio desde la teoría de la autodeterminación. *Revista Latinoamericana de Psicología*; 46(2): 83-91.