

Cómo tener una vejez saludable: la respuesta de los adultos mayores autopercebidos como sanos

Zoila Edith Hernández Zamora²⁶, Yamilet Ehrenzweig
Sánchez²⁷, José María Vázquez Espinosa²⁸

Universidad Veracruzana

Resumen

El presente trabajo tuvo como objetivo detectar las respuestas que las personas mayores, que se perciben como sanas, ofrecen a la cuestión sobre cómo han hecho para llegar saludables a edades mayores a los 60 años. Se encontró que la generalidad de las declaraciones se inclinan hacia el hecho de que el apoyo social y familiar influye de manera preponderante en su estado de salud, así como no haber cambiado radicalmente su forma de vivir después de los sesenta años. Otro aspecto que reportan es la práctica de ejercicio y una alimentación adecuada. Además, se detectó que el componente psicológico influye fuertemente tanto en la percepción como en el estado real de ubicarse como saludables. Para ellas

²⁶ Instituto de Investigaciones Psicológicas de la Universidad Veracruzana. Correo e: zhernandez@uv.mx

²⁷ Instituto de Investigaciones Psicológicas de la Universidad Veracruzana. Correo e: yehrenzweig@uv.mx

²⁸ Instituto de Investigaciones Psicológicas de la Universidad Veracruzana. Correo e: che_ma287@hotmail.com

no es tan importante tener una enfermedad, sino que ésta no les afecte para sentirse bien y disfrutar de la vida, a la vez que se sienten independientes, lo que implica autoperibirse como sanas.

Palabras clave: adultos mayores, autopercepción, salud, factor psicológico, apoyo

Abstract

This article aims to detect the answers that the aged, who perceive themselves as healthy people, give when they are asked about being healthy at 60 and older than that. Most of the answers refer the fact that the social and family support are important and determine their health, as well as not having radically changed their lives after 60. Another aspect is the exercise and an appropriate diet. Likewise, we detected that the psychological factor strongly influences their perception of being healthy. To them, it is not so important to suffer from some illness, but to avoid that this affects them and avoid them to feel well and enjoy life, at the same time, they feel independent, which makes them to feel healthy.

Keywords: *the aged, self-perception, health, psychological factor, support.*

Introducción

El concepto de salud ha sido un aspecto muy controvertido de la medicina a través del tiempo. Ha quedado en desuso el criterio de que salud es igual a la ausencia de enfermedad; la OMS introdujo el concepto que entiende como tal "un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la au-

sencia de afecciones y enfermedades" (OMS y UNICEF, 1996). Salud y enfermedad constituyen un par de categorías contradictorias; forman parte de un proceso continuo, móvil que refleja el grado de adaptación del hombre como ser biopsicosocial a las condiciones biológicas y sociales del medio (Martínez y Fernández, 2008).

La salud es un estado de equilibrio, con un determinado grado de componente subjetivo, entre lo biológico y lo psíquico con el medio ambiente social, cultural y natural. Así, la salud es un estado biocultural de equilibrio relativo y función normal mantenidos dentro de contextos temporales, sociales, culturales y ecológicos específicos. No es difícil llegar a la conclusión que el criterio utilizado por la OMS para definir la salud no se ajusta a los adultos mayores, considerados como aquellas personas de 60 y más años. Los cambios que acompañan el proceso de envejecimiento conllevan, en una buena parte, determinadas deficiencias funcionales en órganos del cuerpo que conducen a la disminución funcional del organismo como un todo.

Para Piña, Martínez, Durán y Baster (2007), la salud de la persona mayor es considerada como la capacidad funcional de atenderse a sí mismo y desarrollarse en el seno de la familia y la sociedad, la cual le permite, de una forma dinámica, el desempeño de sus actividades del diario vivir. Algunos autores no dejan de considerar "la dificultad existente para medir la capacidad funcional de un individuo en tres esferas (física, mental y social), y sobre todo para seguir de una manera real y objetiva la evolución funcional de un anciano y valorar la

eficacia de la terapéutica que se esté empleando" (Devesa, 1992; p. 48).

En muchos países se observa un proceso de envejecimiento de la población, por lo que han aumentado los problemas de salud, sociales, económicos y políticos. Esto ha propiciado un creciente interés en el estudio de los determinantes de la salud de las personas mayores, entendiéndose como un concepto multidimensional que tiene aspectos objetivos y subjetivos (Conde, 2001; Ranzijn, Luszez y Viguera, 2000; Viguera, 2000). Los aspectos objetivos consideran los determinantes sociales, demográficos, políticos y económicos; los aspectos subjetivos, la percepción que la persona tiene de su salud y de su bienestar psicológico (Martínez y García, 1994; Ormel, Lindenberg, Steverink y Vonkorf, 1997).

Para la psicología, estos dos últimos aspectos tienen mucha importancia ya que los elementos subjetivos de una salud integral son mediadores de la percepción y cambios de los aspectos objetivos, una vez que estos últimos no garantizan por sí solos

"una respuesta global a la necesidad que tienen las personas de: a) sentirse satisfechas con sus vidas durante todo el ciclo vital; b) tener la capacidad y competencia para conse-

guirlo; c) adquirir y mantener poder y control sobre su medio y condiciones de vida” (Martínez y García, 1994; p. 56).

El bienestar subjetivo está asociado a un envejecimiento más saludable (García, 1997), es un indicador de la salud mental (Kozman, 1991; citado en Anguas, 1997) y se considera sinónimo de felicidad, fortaleza del ego, ajuste, integración social (Veerhoven, 1991; citado en Anguas, 1997). Además, se asocia negativamente con síntomas depresivos y se relaciona con ausencia de enfermedades (Martínez y García, 1994). La evaluación del bienestar subjetivo puede informar sobre el nivel de ajuste y adaptación vivido por los adultos mayores en ese periodo de su desarrollo, en cual, conforme a la estructura demográfica actual, constituye una cuarta parte de la vida. Parece que, en la medida en que las personas se perciben satisfechas y con suficientes recursos de enfrentamiento ante los eventos de estrés, así como con sentimientos de placer, euforia y alegría, es más probable que tengan los denominados “factores protectores” que básicamente son competencias y habilidades personales para el cuidado de su salud.

Existe un acuerdo entre los investigadores de que los componentes del bienestar subjetivo son la satisfacción con la vida y el balance de

los afectos positivos y negativos (Anguas, 1997; Martínez y García, 1994; Pinquart y Sörensen, 2000). Se evidencia que la satisfacción con la vida es una cognición, un proceso de juicio y una evaluación de la propia vida (Emmons, 1986). Los afectos positivos son emociones placenteras como la felicidad y la alegría; en cuanto a los afectos negativos, son sentimientos o emociones desagradables como la tristeza y el miedo.

Entre los predictores del bienestar subjetivo ha sido mencionada la importancia de la personalidad (Adkins, Martín y Ponn, 1996). Específicamente, Anguas (1997) dice que el locus de control, la orientación al éxito, el autoconcepto y las estrategias de enfrentamiento en conjunto pueden explicar una parte importante del bienestar subjetivo. Además hay otras variables que pueden influir en el bienestar: demográficas, sociales, participación en actividades, eventos estresantes de la vida (Abril, 1998) así como las múltiples asociaciones encontradas entre los recursos de afrontamiento y apoyo social (Abril, 1998; Rodríguez, 1995).

Las fuentes de apoyo (instrumental y emocional) son indispensables para el bienestar del adulto mayor. Todas las personas desean convivir, compartir y sentirse acompañadas de su familia y amistades. García (1997) explica

que en ambas fuentes se encuentran miembros de mucha confianza y su presencia en la red social del adulto mayor no solamente está relacionada con la buena salud mental, sino que también parece actuar como un mecanismo protector reduciendo la ansiedad y la tensión, además de afirmar los sentimientos de valor personal y autoestima en la tercera edad.

Herzog, Franks, Markus y Holmberg (1998) mencionan que la continuidad en la participación de las actividades durante la vejez se asocia con el sentido de identidad, salud física y mental; la participación en las relaciones sociales y familiares respalda el autoconcepto y mantiene el bienestar subjetivo en las personas mayores. Entre aquellos que no trabajan y no tienen familia, las actividades ocupacionales y sociales favorecen un espacio de expresión y autoafirmación personal.

En cuanto al envejecimiento normal, existen enormes diferencias en la manera en que cada persona envejece, que abarcan desde las habilidades físicas hasta la energía y el compromiso con la vida. Sin embargo, en el modelo de la curva normal de maduración aparecen modificaciones predecibles durante el desarrollo de una persona. Asociados a la edad, estos cambios suelen formularse como un

movimiento ascendente que implica el aumento de capacidades y habilidades hasta un periodo más o menos predeterminado (Muchinik, 2006).

En este modelo, la curva posee forma de campana; ésta sería creciente hasta la madurez y alcanzaría su punto máximo en el desarrollo: el cenit se hallaría alrededor de los 30 o 35 años, y desde allí se perfilaría una vertiente descendente. El modelo llevaría a evaluar el desempeño y rendimiento no sólo en los niños, sino también en los adultos y es utilizado para estimar las expectativas y resultados de desempeño en relación con la edad (Muchinik, 2006). Pero esta formulación modelo no escapa de las discusiones sobre los conceptos de desarrollo adulto y envejecimiento: con frecuencia evalúa los resultados en función de cambios en la personalidad más que interpretarlos como un proceso de desarrollo (Munnichs, Musen y Olbrich, 1985).

Estos modelos, al considerar únicamente algunas variables cuantitativas vinculadas a la edad cronológica, enfatizan hipótesis sobre las pérdidas y el deterioro -relacionados con marcadores anatómicos y fisiológicos- a medida que se envejece y puede que hayan contribuido con la asociación: vejez, enfermedad y decadencia. Ocurre que se suele olvidar que

un viejo es un adulto, con una trayectoria, una historia, con experiencia de vida y con memoria. Aún existe dificultad para pensar la adultez en términos de crecimiento y sabiduría.

Estos estudios suelen correr el riesgo de propiciar actitudes negativas que afectan, apriorísticamente, la conducta de profesionales y de investigadores que trabajan con adultos mayores. Resulta entonces que una de las mayores falacias es considerar aún la edad cronológica como criterio y como categoría de análisis (Nelson y Dannenfer, 1992).

Para Birren (1996) la edad cronológica es como ver la vida en blanco y negro solamente, un criterio clasificatorio según el cual sería posible definir el curso paralelo de los procesos de maduración y deterioro, y las pautas de conducta que de ellos se desprenden. La asignación de rasgos atribuibles a los viejos surge de utilizar estos criterios para caracterizar a los adultos mayores. Este tipo de estudios conduce a generalizaciones excesivas referidas a la mayor edad que ignoran las diferencias. La existencia de patrones normativos presenta un cuadro sobre simplificado de los cambios que operan a medida que los individuos envejecen, la heterogeneidad parece no estar aún todavía suficientemente documentada.

Objetivo

A partir de lo anterior, puede observarse que son numerosos los factores que intervienen para que una persona llegue sana a edades avanzadas y que tales factores difieren en cuanto al nivel de influencia y participación durante la etapa de la vejez, por lo cual, el presente estudio, a través de un instrumento hecho expresamente para personas mayores auto percibidas como sanas, trata de detectar los elementos tanto internos como externos que han influido como protectores o como predisponentes para llegar a una vejez saludable.

Metodología

Participantes

Se trabajó con una muestra intencional voluntaria de 67 adultos mayores, o sea, personas de más de 60 años, 19 hombres y 48 mujeres, con una edad promedio de 69.3 años, 46.3% con estudios profesionales y 23.9% con bachi-

lterato; 44.8% amas de casa y 22.4% jubilados o pensionados, aunque hay que aclarar que nueve de estas amas de casa eran jubiladas o pensionadas; 55.2% con pareja. El criterio de inclusión es que tuvieran 60 o más años de edad y desearan participar en el estudio, además de que percibieran su salud como buena o muy buena (lo cual no quiere decir que no tuvieran alguna enfermedad). Los cuestionarios fueron aplicados de manera individual en la modalidad de entrevista.

Situación o ámbito

El estudio se llevó a cabo en una estancia diurna que depende del DIF estatal y que es exclusiva para el uso de personas mayores de 60 años. Está compuesta por clubes que se agrupan dependiendo de los intereses de las personas y se reúnen de una a cinco veces a la semana.

Instrumentos de medición

Cuestionario de datos generales y de salud: constó de 47 preguntas donde se incluyen datos sobre salud, autocuidado, aficiones, satisfacción con la vida, familia y amistades, conductas practicadas en la mediana edad, pareja, pérdidas, carácter, estado de ánimo, autoimagen y estilos de vida.

Cuestionario General de Salud de Goldberg (GHQ). En su versión abreviada (12 preguntas) es un instrumento estandarizado para México y se ha utilizado dentro de los programas de atención primaria a la salud o para evaluar a pacientes de consulta externa en el servicio de medicina general, situaciones donde ha sido ampliamente validado para su uso en la población mexicana (Medina, Padilla y Ezban, 1983; Caraveo, González y Ramos, 1985; Ezban, Padilla, Medina y Gutiérrez, 1985).

Se trata de un cuestionario que, además de servir para la detección de casos probables de trastornos psiquiátricos, permite conocer las actitudes del sujeto en cuanto a su estado de salud y para identificar la aparición de fenómenos asociados con situaciones de estrés natural como serían depresión, ansiedad, deterioro social y trastornos somáticos (Mc Dowell y Newell, 1987; Medina y cols., 1983; Ezban y cols. 1985; Romero y Medina, 1987).

El GHQ es un cuestionario para evaluar salud autopercebida, es decir, la evaluación que hace el individuo de su estado de bienestar general, especialmente en lo que se refiere a la presencia de ciertos estados emocionales. También, pretende la evaluación de algunas funciones intelectuales y fisiológicas y la autovaloración del individuo en el establecimiento y

alcanze de sus metas y propósitos en la vida y del enfrentamiento a las dificultades. Ha sido considerado por algunos autores como instrumento para evaluar bienestar psicológico, aunque en este estudio se prefiere retomar la intención original del autor al llamarlo Cuestionario de Salud General o de Salud Mental. En realidad el bienestar psicológico es un determinante de la salud y a la vez un componente de ella (por eso se acepta su inclusión en un cuestionario de salud general), pero no son categorías sinónimas. En la literatura revisada se han encontrado autores que emplean el GHQ como indicador de otras categorías tales como "dimensión psicológica de la calidad de vida en el ámbito de salud" (Naughton y Wiklund, 1993) quienes coinciden con Goldberg al considerarlo como la expresión mental de la salud, o Cuestionario de Salud Mental.

Procedimiento

Se realizaron contactos institucionales así como con la población de estudio para solicitar permisos para la aplicación de los instrumentos de medición y explicar los objetivos del estudio.

Después se llevó a cabo un estudio piloto para detectar posibles errores u omisiones en ambos instrumentos y advertir si el vocabulario

utilizado era accesible a la población de estudio.

La muestra se seleccionó de manera intencional, ya que se descartaban, de manera sutil y sin que lo advirtieran, a aquellas personas autopercebidas con mala o muy mala salud. A las personas que se percibían con buena o muy buena salud se les aplicaron los instrumentos de medición a manera de entrevista y de forma individual

Resultados

Como consecuencia de que la población de estudio se limitó a una muestra en una sola comunidad de adultos mayores, se sugiere no generalizar los resultados a otras comunidades o grupos de adultos mayores, no obstante los datos recabados ofrecen información de sumo interés y utilidad en la prevención, mantenimiento y mejora de la salud tanto de este grupo etario como de otros grupos de edad.

El cuestionario denominado de datos generales y de salud y que fue elaborado por el equipo de trabajo, fue hecho expresamente para detectar aquellos factores que pudieran determinar el estado de salud de una persona, aunque pensando también en factores imponderables que surgieran de la población

estudiada y que no estuvieran considerados en otras investigaciones o en la bibliografía consultada y que las personas entrevistadas consideran relevantes para el mantenimiento de su salud.

Con base en lo anterior se presentan los resultados sobresalientes de esta investigación.

Para todas las correlaciones se utilizó la prueba de *Chi* cuadrada de Pearson con $p < .05$ y

en las tablas donde se menciona la autopercepción en salud sólo se manejan las variables buena y muy buena, ya que las que corresponden a regular, mala y muy mala quedaron excluidas de la muestra de estudio.

Con respecto a la relación entre el sexo y número de enfermedades, se observa, en general, las mujeres, porcentualmente, presentan mayor mas enfermedades que los hombres (Véase Tabla 1) y una correlación de .246.

Tabla 1. Resultados de la Prueba Chi cuadrada de Pearson entre la relación sexo y número de enfermedades.

Número de enfermedades	Sexo			
	Masculino		Femenino	
	<i>Fr</i>	%	<i>Fr</i>	%
Ninguna	16	36.4	28	63.6
Una	3	16.7	15	83.3
Dos	0	0	3	100.0
Tres	0	0	1	100.0
Cuatro	0	0	1	100.0

Correlación			
		Sexo	Número de enfermedades
Sexo	Correlación de Pearson	1	.246*
	Sig. (2-tailed)		.045

	<i>N</i>	67	67
Número de enfermedades	Correlación de Pearson	.246*	1
	Sig. (2-tailed)	.045	67

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Se observa una correlación de -0.496 entre considerar una buena salud y presentar una o ninguna enfermedad (véase Tabla 2).

Tabla 2. Resultados de la Prueba Chi cuadrada de Pearson de la relación entre cómo considera su salud y número de enfermedades.

Cómo considera su salud	No. enfermedades											
	Ninguna		Una		Dos		Tres		Cuatro			
	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%		
Buena	37	62.7	17	28.8	3	5.1	1	1.7	1	1.7		
Muy buena	7	87.5	1	12.5	0	0	0	0	0	0		
Correlación					¿Cómo considera su salud?		Número de enfermedades					
Cómo considera su salud					Correlación de Pearson		1		-.496**			
					Sig. (2-tailed)				.000			
					<i>N</i>		67		67			
Número de enfermedades					Correlación de Pearson		-.496**		1			
					Sig. (2-tailed)		.000					

	<i>N</i>	67	67
**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).			

Al relacionar cómo ha sido su salud y ha sido feliz con su pareja, no se encuentran resultados significativos (Véase Tabla 3).

Tabla 3. Resultados de la Prueba Chi cuadrada de Pearson de la relación entre cómo considera su salud y ha sido feliz con su pareja.

Cómo considera su salud	Ha sido feliz o fue feliz con su pareja					
	No		Medianamente feliz		No	
	<i>Fr</i>	%	<i>Fr</i>	%	<i>Fr</i>	%
Buena	14	23.7	8	13.6	37	62.7
Muy buena	0	0	4	50.0	4	50.0

Correlación		Cómo considera su salud	Ha sido feliz o fue feliz con su pareja
Cómo considera su salud	Correlación de Pearson	1	.017
	Sig. (2-tailed)		.891
	<i>N</i>	67	67

Ha sido feliz con su pareja	Correlación de Pearson	.017	1
	Sig. (2-tailed)	.891	
	<i>N</i>	67	67

Asimismo, no se encontró correlación entre cómo considera su salud y la importancia de situaciones afectivas, económicas o de salud (Véase Tabla 4).

Tabla 4. Resultados de la Prueba Chi cuadrada de Pearson de la relación entre cómo considera su salud y qué ha sido lo más importante para usted.

Cómo considera su salud	Qué ha sido lo más importante para usted					
	Situación afectiva		Situación económica		Su salud	
	<i>Fr</i>	%	<i>Fr</i>	%	<i>Fr</i>	%
Buena	31	52.5	3	5.1	25	42.4
Muy buena	4	50.0	0	0	4	50.0

Correlación		Cómo considera su salud	Qué ha sido lo más importante para usted
Cómo considera su salud	Correlación de Pearson	1	.011
	Sig. (2-tailed)		.929
	<i>N</i>	67	66
Qué ha sido lo más importante para usted	Correlación de Pearson	.011	1
	Sig. (2-tailed)	.929	
	<i>N</i>	66	66

La Tabla 5 muestra los resultados obtenidos de la prueba *Chi* cuadrada de Pearson de la relación entre cómo considera su salud y cuántas horas diarias duerme donde no se observan datos de significancia.

Tabla 5. Resultados de la Prueba *Chi* cuadrada de Pearson de la relación entre cómo considera su salud y cuántas horas diarias duerme.

Cómo considera su salud	¿Cuántas horas al día acostumbra dormir?							
	Más de nueve		Entre 7 y 9		Entre 5 y 7		Menos de 5	
	<i>Fr</i>	%	<i>Fr</i>	%	<i>Fr</i>	%	<i>Fr</i>	%
Buena	2	3.4	29	49.2	28	47.4	0	0
Muy buena	0	0	3	37.5	5	62.5	0	0

Correlación		Cómo considera su salud	Cuántas horas al día aproximadamente acostumbra dormir de unos 5 años a la fecha
Cómo considera su salud	Correlación de Pearson	1	.074
	Sig. (2-tailed)		.553
	<i>N</i>	67	67
Cuántas horas diarias acostumbra dormir de unos 5 años a la fecha	Correlación de Pearson	.074	1
	Sig. (2-tailed)	.553	
	<i>N</i>	67	67

Los resultados obtenidos de la relación entre cómo considera su salud y los cambios del estado de ánimo conforme avanza la edad (Véase Tabla 6), hace ejercicio (Véase Tabla 7) y ser caso o no caso probable psiquiátrico (Véase Tabla 8), tampoco reportan resultados significativos.

Tabla 6. Resultados de la Prueba Chi cuadrada de Pearson de la relación entre cómo considera su salud y cómo se siente de estado de ánimo a medida que avanza en edad.

Cómo considera su salud	Cómo se siente en cuanto a su estado de ánimo a medida que avanza en edad									
	Muy mal		Mal		Regular		Bien		Muy bien	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
Buena	0	0	0	0	9	15.3	43	72.9	7	11.9
Muy buena	0	0	0	0	1	12.5	5	62.5	2	25.0

Correlación		Cómo considera su salud	Cómo se siente de estado de ánimo a medida que avanza en edad
Cómo considera su salud	Correlación de Pearson	1	.004
	Sig. (2-tailed)		.974
	N	67	67
Cómo se siente en cuanto a su estado de ánimo a medida que avanza en edad	Correlación de Pearson	.004	1
	Sig. (2-tailed)	.974	
	N	67	67

Tabla 7. Resultados de la Prueba Chi cuadrada de Pearson de la relación entre cómo considera su salud y hace ejercicio.

Cómo considera su salud	Hace ejercicio			
	No		Sí	
	<i>Fr</i>	%	<i>Fr</i>	%
Buena	13	22.0	46	78.0
Muy buena	1	12.5	7	87.5

Correlación		Cómo considera su salud	Hace ejercicio
Cómo considera su salud	Correlación de Pearson	1	.025
	Sig. (2-tailed)		.844
	<i>N</i>	67	67
Hace ejercicio	Correlación de Pearson	.025	1
	Sig. (2-tailed)	.844	
	<i>N</i>	67	67

Tabla 8. Resultados de la Prueba Chi cuadrada de Pearson de la relación entre cómo considera su salud y ser caso o no caso probable psiquiátrico.

Cómo considera su salud	Caso probable psiquiátrico			
	No caso		Caso	
	<i>Fr</i>	%	<i>Fr</i>	%
Buena	53	89.8	6	10.2
Muy buena	8	100.0	0	0

Correlación		Cómo considera su salud	Caso probable psiquiátrico
Cómo considera su salud	Correlación de Pearson	1	-.169
	Sig. (2-tailed)		.170
	<i>N</i>	67	67
CGS	Correlación de Pearson	-.169	1
	Sig. (2-tailed)	.170	
	<i>N</i>	67	67

Tabla 9. Resultados de la Prueba Chi cuadrada de Pearson de la relación entre número de enfermedades y ser caso o no caso probable psiquiátrico.

No. enfermedades	Caso probable psiquiátrico			
	No caso		Caso	
	<i>Fr</i>	%	<i>Fr</i>	%
Ninguna	42	95.5	2	4.5
Una	16	88.9	2	11.1
Dos	2	66.7	1	33.3
Tres	1	100.0	0	0
Cuatro	0	0	1	100.0

Correlación		Padece alguna enfermedad	CGS
Número de enfermedades	Correlación de Pearson	1	.351**
	Sig. (2-tailed)		.004
	<i>N</i>	67	67
CGS	Correlación de Pearson	.351**	1
	Sig. (2-tailed)	.004	
	<i>N</i>	67	67

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Tabla 10. Resultados de la Prueba Chi cuadrada de Pearson de la relación entre hace ejercicio y ser o no caso probable psiquiátrico.

Hace ejercicio	CGS			
	No caso		Caso	
	<i>Fr</i>	%	<i>Fr</i>	%
No	12	85.7	2	14.3
Sí	49	92.5	4	7.5

Correlación		¿Hace ejercicio?	Caso prob. psiq.
Hace ejercicio	Correlación de Pearson	1	-.096
	Sig. (2-tailed)		.440
	<i>N</i>	67	67

Caso probable psiquiátrico	Correlación de Pearson	-.096	1
	Sig. (2-tailed)	.440	
	<i>N</i>	67	67

Discusión

La presente investigación tuvo como objetivo original trabajar sólo con personas sanas, o sea, sin ninguna enfermedad o padecimiento detectado por un médico; tal objetivo se desvió debido a que un número menor a la mitad de los participantes, si bien estaban diagnosticados con alguna enfermedad, se auto percibían como sanos, probablemente porque como mencionan Conde (2001) y Viguera (2000) el componente psicológico a esta edad juega un papel determinante en sentirse sano; el hecho de poder participar en diversas actividades, de poder llevar una vida social y familiar satisfactoria, de poseer independencia física y psicológica les da a estas personas la sensación de estar sanos.

No obstante, aquellas personas que se auto percibían como sanas aunque diagnosticadas médicamente con alguna enfermedad, de manera estadísticamente significativa, se percibieron con un nivel de salud menor a aquellas que reportaron no padecer ninguna lo cual quiere decir que el hecho de saber que se

padece alguna enfermedad, aun cuando ésta no afecte de manera importante la calidad de vida, influye en la manera en como las personas perciben su propia salud.

Otro dato obtenido en esta investigación demuestra concordancia con otros estudios (Belsky, 2001) que han detectado que la mujer presenta una mayor morbilidad que los hombres, en especial en edades avanzadas, como es el caso que nos ocupa ya que, de manera estadísticamente significativa las mujeres presentan mayor número de enfermedades comparadas con los hombres (Sojo, Sierra y López, 2002).

Contrastando con los resultados obtenidos en otro estudio (Hernández, 2006) en donde se encontró que aquellas personas que tiene pareja suelen ser más saludables que las que no tienen, en el presente estudio se encontró que haber sido feliz o ser feliz con la pareja no influye de manera significativa para considerarse con buena salud, probablemente porque tienen otras redes de apoyo (familia y amistades) que compensan tener o no tener

pareja, o bien, ser o haber sido feliz o no con la pareja.

En cuanto al factor que han considerado más importante en su vida se les presentaron tres alternativas: salud, situación económica y situación afectiva, lo más importante para ellos fue la situación afectiva seguida muy cercanamente por la salud. Al relacionar las tres alternativas mencionadas al principio de este párrafo con cómo consideran su salud, ninguna correlacionó significativamente con esta variable. De igual manera no hubo correlación significativa entre las horas diarias de sueño con como consideran su salud.

La mayoría de las personas entrevistadas manifestó sentirse bien o muy bien de estado de ánimo a medida que envejecen y son muy pocos los que creen que su estado de ánimo es regular y ninguno manifestó sentirse mal o muy mal, debido a esta circunstancia no se encontró correlación significativa entre como consideran su salud y estado de ánimo.

Tampoco se encontró que hacer ejercicio de manera sistemática y constante tenga correlación con cómo consideran su salud los entrevistados, o sea que aun cuando solamente una minoría de ellos no hace ejercicio, esto no tuvo influencia para que dejaran de conside-

rar su salud como buena, a lo cual puede agregarse que, no obstante no hacer ejercicio, estas personas tienen otra clase de apoyo que le da sentido a su vida y los hace sentirse bien, en especial, el sostén social.

A partir de la aplicación del Cuestionario General de Salud de Goldberg que distingue casos probables psiquiátricos de no casos, se encontró un número reducido de los primeros, la gran mayoría está ubicada como no caso probable psiquiátrico lo que contribuye a auto percibir su salud como buena o muy buena, por lo regular los casos que se detectaron como probables psiquiátricos corresponden a personas que padecen algún trastorno depresivo y con poco apoyo social.

En cuanto a la relación entre ser caso o no caso probable psiquiátrico y el número de enfermedades, se encontró una correlación estadísticamente significativa entre ser caso y tener una o más enfermedades reportadas por los entrevistados, a partir de lo cual puede afirmarse que es factible que presentar alguna (s) enfermedad (es), en especial si ésta es de tipo crónico-degenerativo afecte, como sucede en el caso que nos ocupa, la salud mental y propicien la aparición de enfermedades depresivas en los participantes o caso contrario, que una enfermedad depresiva

favorezca la aparición de enfermedades crónico degenerativas. Caso contrario, ser caso probable psiquiátrico no influye para que las personas dejen de hacer ejercicio, lo cual resulta alentador ya que éste podría mejorar las condiciones de salud general de los entrevistados.

Suele suceder que los estilos de vida de los individuos cambien, ya sea de manera positiva o negativa para su salud, con el transcurso de los años, debido a esta circunstancia, es que se investigó si los estilos de vida de los integrantes de la población de estudio habían cambiado, comparando la etapa comprendida entre los 40 y los 59 años y la etapa que están viviendo, o sea, después de los sesenta años; a partir de lo anterior, se encontró que, de manera significativa, las personas han cambiado los comportamientos para cuidar su salud antes y después de llegar a la sesentena. Antes de llegar a los sesenta predominaba más el no hacer nada por su salud. En la actualidad cuidan más su alimentación, hacen ejercicio de forma sistemática y constante y se hacen chequeos médicos.

En cuanto a comparar qué les hacía feliz antes y que les hace feliz ahora no existe una diferencia importante, lo cual tiene que ver con lo que afirma Izquierdo (1997) que las personas

que creen estar viviendo con la misma forma de vida que solían llevar antes, la salud mental es mayor que entre las personas de 60 años y más años que creen haber cambiado drásticamente de forma de vida después de los 60 años.

De lo anterior puede concluirse que aquellas personas que han llegado sanas a la vejez:

No es tan importante tener una enfermedad, sino que ésta no les afecte para sentirse bien y disfrutar de la vida, a la vez que se sienten independientes, lo que implica autoperibirse como sanas

A esta edad el factor psicológico juega un papel muy importante para que las personas se perciban como saludables.

Una buena alimentación y realizar ejercicio de manera ordenada, equilibrada y sistemática les ha ayudado a conservar su salud a edades que van más allá de los sesenta años.

Las relaciones sociales, en especial con la familia y las amistades, les ayudan a mantener un buen estado de salud.

Las personas que no han cambiado drásticamente su forma de vivir después de los 60 años se conservan mejor mentalmente.

Tener o no pareja no influye en su salud siempre y cuando tengan apoyo social y familiar.

Referencias

- Abril, V. (1998). Instrumentos de psicología comunitaria. Apoyo social y marketing social. Valencia: Pomolibro
- Adkins, G., Martín, G. y Poon, L. (1996). Personality traits and states as predictors of subjective well-being in certain and sexagenarians. *Psychology and Aging*, 11 (3), 408-416.
- Anguas, A. (1997). El significado del bienestar subjetivo, su valoración en México. Tesis de maestría en psicología social. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Belsky, J. (2001). Psicología del envejecimiento. Buenos Aires: Paraninfo.
- Birren, J. (1996). Autobiography; exploring the self, and encouraging development". En K. Gary y R. Jan-Erik (eds): *Aging Biography: Explorations in adult development* (pp. 180-210). New York: Springer.
- Caraveo, A., González, F. y Ramos, L. (1985). Indicadores clínicos de alteración psiquiátrica en la práctica médica general. *Salud pública de México*, 27, 140-141.
- Conde, J. (2001). Vivir la vejez positivamente. *Interpsiquis*, 2, URL disponible en: <http://www.psiquiatria.com>
- Devesa, E (1992). El concepto de salud en el anciano. En: Algunas precisiones en geronto-geriátrica. Documento de discusión. Complejo Geriátrico Hospital-Facultad "Dr. Salvador Allende" La Habana, Cuba.
- Dominguez, M. (2002). Análise do bem-estar subjetivo em idosos. Tesis de maestría, Universidade Federal da Paraíba, Brasil.
- Emmons, R. (1986). Personal strivings: an approach to personality and subjective well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51 (5), 1058-1068.

- Ezban, B., Padilla, G., Medina, M. y Gutiérrez, C. (1985). Aplicación de un cuestionario de detección de casos psiquiátricos en dos poblaciones de la práctica médica general. *Salud Pública de México*, 27, 384-390
- García, E. (1997). *El apoyo social en la intervención comunitaria*. Barcelona: Paidós.
- Hernández, Z. (2006). Estudio exploratorio sobre el proyecto de vida en el adulto mayor. *Psicología y Salud*, 16 (1), 103-112
- Herzog, A., Franks, M., Markus, H. y Holmberg, D. (1998). Activities and well-being in older age: effects of self-concept and educational attainment. *Psychology an Aging*, 13 (2), 179-185.
- Izquierdo, C. (1997). *Envejecer y vivir con alegría*. México: Paulinas, S.A. De C.V.
- Martínez, A. y Fernández, I. (2008). Ancianos y salud. URL disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol24_4_08/mgi10408.htm.
- Martínez, M. y García, M (1994). La autopercepción de la salud y el bienestar psicológico como indicador de la calidad de vida percibida en la vejez. *Revista de Psicología de la Salud*, 6 (1), 55-74.
- Mc Dowell, I. y Newell, C. (1987). *Measuring Health*. Oxford University Press.
- Medina, M., Padilla, G. y Ezban, B. (1983). The factor structure of the G.H.Q. a escaled version for a Hospital General Practice service in México. *Psychological Medicine*, 13, 355-361.
- Muchnik, E. (2006). *Envejecer en el siglo XXI*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Munnichs, J., Musen, P. y Olbrich, E. (1985). *Life span and change in gerontological perspective*. Londres: Academic Press.
- Naughton, M. Y Wiklund, J. (1993). A critical review of dimension -specific measures of healthy related quality of life incross- cultural research. *Qual Life Res*, 2 (6), 397-404
- Nelson, E. y Dannenfer, A. (1992) Fact or Fiction? The fate of diversity in Gerontological Research. *The Gerontologist*, 32, 87-101.

- OMS y UNICEF (1996). Atención Primaria en Salud. Serie Salud para Todos, 1 Ginebra: Organización Mundial de la Salud y Fondo de Naciones Unidas para la Infancia
- Ormel, J., Lindenberg, S., Steverink, N. y Vonkorf, M. (1997). Quality life and social production functions: a framework for understanding health effects. *Social Science Medical*, 45 (7) 1051-1063.
- Pinquart, M. y Sörensen, S. (2000) Influences of socioeconomic status, social network and competence on subjective well-being in later life: a meta-analysis. *Psychology and Aging*, 5 (2), 187-224.
- Piña, S., Martínez, M., Duran, L. y Baster, J. (2007). Depresión y estado de salud en el anciano. *Correo Científico Médico de Holguín*, 11 (4, suplemento 1). URL disponible en: <http://www.cocmed.sld.cu/no114sp/ns114ori2.htm>.
- Ranzijn, R., Luszez, M. y Viguera, L. (2000) Measurement of subjective quality of life elders. *International Journal of Aging and Human Development*, 50 (4), 263-278.
- Rodríguez, J. (1995). *Psicología social de la salud*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Jung, J. (1997). Balance and source of social support in relation well-being. *The Journal of General Psychology*, 724 (3), 77-99.
- Romero, M. y Medina, M. (1987). Validez de una versión del Cuestionario General de Salud para detectar psicopatología en estudiantes universitarios. *Salud Mental*, 10, 196-203
- Sojo, D., Sierra, B. y López, I. (2002). *Salud y género*. Madrid: Médicos del Mundo.
- Viguera, V. (2000). Identidad y autoestima en los adultos mayores. *Revista Tiempo. El Portal de la psicogerontología*, 5. URL disponible en: www.psicomundo.com