

Bienestar psicológico y el binomio salud enfermedad en adultos mayores: Estudio exploratorio

Psychological well-being and the health-disease binomial in older adults: Exploratory study

Oswaldo J. Hernández-Soto¹
Universidad Interamericana de Puerto Rico

Recibido: 10 de enero de 2022

Aceptado: 24 de agosto de 2022

Publicado: 4 de abril de 2023

Resumen

El objetivo del estudio fue identificar el bienestar psicológico y su relación con la salud y la enfermedad en adultos mayores en centros de servicios del oeste en Puerto Rico. Investigación exploratoria, descriptiva con 19 participantes de ambos sexos. Se utilizó una planilla de datos sociodemográficos y salud general, se hicieron medidas antropométricas y se aplicó la escala bienestar psicológico de Ryff. El análisis estadístico incluyó una prueba de normalidad U de Mann-Whitney; correlación de Pearson y Spearman para determinar las asociaciones entre las variables. Un análisis de varianza Anova y Ji cuadrada para determinar diferencias. Los participantes en su mayoría fueron mujeres. La edad promedio fue de 75.5 ± 9.3 , con escolaridad predominante preuniversitaria y bajo nivel socioeconómico. Percibieron la salud entre regular y buena; el índice de salud fue moderado. En promedio reportaron 4 enfermedades. La principal cronicidad fue la hipertensión. El bienestar psicológico fue bajo (70.1 ± 7.5) y se asoció positiva y moderadamente con salud; negativamente con la enfermedad y moderado con antropometría. Se evidenció la influencia de la salud, enfermedad y factores de riesgo con el bienestar psicológico.

Palabras clave: bienestar psicológico, salud/enfermedad, adulto mayor

Abstract

The objective of the study was to identify psychological well-being and its relationship with health and disease in older adults in western service centers in Puerto Rico. Exploratory research, descriptive with 19 participants of both sexes. A sociodemographic and general health data sheet was used, anthropometric

¹ Catedrático en el Departamento de Educación y Educación Física de la Universidad Interamericana de Puerto Rico, Recinto de San Germán. Toda correspondencia debe dirigirse al Dr. Oswaldo J. Hernández-Soto: osvaldo_hernandez@intersg.edu. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4426-3489>.

measurements were made, and the Ryff psychological well-being scale was applied. Statistical analysis included a Mann-Whitney U normality test; Pearson and Spearman correlation to determine associations between variables. A Anova and Ji square analysis of variance to determine differences. The participants were mostly women. The average age was 75.5 ± 9.3 , with predominant pre-university schooling and low socioeconomic status. They perceived health between regular and good; the health index was moderate. On average they reported 4 diseases. The main chronicity was hypertension. Psychological well-being was low (70.1 ± 7.5) and was positively and moderately associated with health, negatively with the disease and moderate with anthropometry. The influence of health, disease and risk factors on psychological well-being was evidenced.

Keywords: psychological well-being, health/illness, elderly

Introducción

A nivel mundial se observa un crecimiento de adultos mayores. Para el 2019 había más de un billón de personas mayores de 60 años. Para el 2030 se estiman 1.5 billones de adultos mayores de 60 años y para el 2050, 2.1 billón; se indica que la tendencia de incremento de ese segmento poblacional continuará (Díaz et al., 2021). De acuerdo con del CENSO 2020, en Puerto Rico existen 740, 832 adultos mayores de 65 años, este grupo representa el 22.7% de la población.

A medida que la sociedad envejece, aumenta la incidencia de limitaciones física, esto reduce la calidad de vida e incrementa los gastos por servicio de salud (Tieland et al., 2018). En adición, los cambios en función física y psicológica unidos al impacto de factores ambientales pueden llevar a una mayor o menor discapacidad (Faber, 2015). Además, puede acarrear en un declive de todos los sistemas biológicos aumentando la vulnerabilidad a enfermedades (crónicas y agudas), Fernández-Ballesteros, 2014. Estos cambios imponen retos en los diferentes servicios requeridos por los adultos mayores, sus asuntos particulares y su familia; también, podrían conducir a un aumento en las necesidades médicas y los gastos relacionados (Padilla et al., 2021) a servicios y atención de la salud.

En Puerto Rico no existen suficientes reportes publicados en revistas profesionales que atiendan asuntos de los adultos mayores en centros de servicio. Tampoco escritos con miradas inter o multi disciplinarias; este proyecto exploratorio persigue un acercamiento inicial en esa área de estudio. Se reconoce la Gerontología como disciplina que une, integra, trasciende fronteras de saberes y no se limita al estudio de la simple causa y el efecto, no persigue el reduccionismo. Los atributos en referencia se sostienen en el pensamiento complejo. Por ende, implica un conocimiento en múltiples dimensiones.

La Gerontología como campo interdisciplinario, estudia el envejecimiento considerando las dimensiones biopsicosociales (biología, psicología y sociología). En este sentido, se estudia al ser humano como un ser integral. En el cuál su cuerpo, la mente y su entorno se encuentran en interacción interna y externa. El bienestar de los seres humanos se encuentra influenciado de manera multidimensional. Por lo tanto, en cierta medida cada persona es agente y gestora de su propio envejecimiento; se dice que los cambios no ocurren al azar. Más bien, dependen de factores genéticos, ambientales y de conducta; de las interacciones de los seres humanos y sus contextos (Fernández-Ballesteros, 2011).

Salud y bienestar psicológico son constructos multidimensionales. Por el contrario, la enfermedad se refiere al funcionamiento inadecuado en alguna dimensión y la adaptación del ser humano juega un rol determinante. A la salud se le reconocen las dimensiones: física, mental o psicológica, social, emocional y espiritual; mientras que en el bienestar psicológico se identifican varios dominios; la autoaceptación (implica la evaluación favorable de sí mismo y de la vida pasada), las relaciones positivas (sugieren la posibilidad del individuo para generar relaciones confiables, cálidas y satisfactorias con otras personas), la autonomía (referente a la autodeterminación, la independencia y la autorregulación), el dominio del entorno (describe la

habilidad para crear ambientes favorables aprovechando las oportunidades y la sensación de control sobre los acontecimientos e influencias en diferentes contextos), el propósito en la vida (requiere poseer metas, es el sentido de dirección e intención donde la persona es capaz de darle sentido a las experiencias presentes y pasadas, comprendiendo el propósito de su vida) y el crecimiento personal (es el sentido de crecimiento y desarrollo continuo del propio potencial y el uso de las diferentes capacidades de la persona para enfrentarse a nuevos desafíos y tareas características propias de la vida). La salud, autonomía y la funcionalidad son factores determinantes en el bienestar subjetivo de los adultos mayores (San Román et al., 2017).

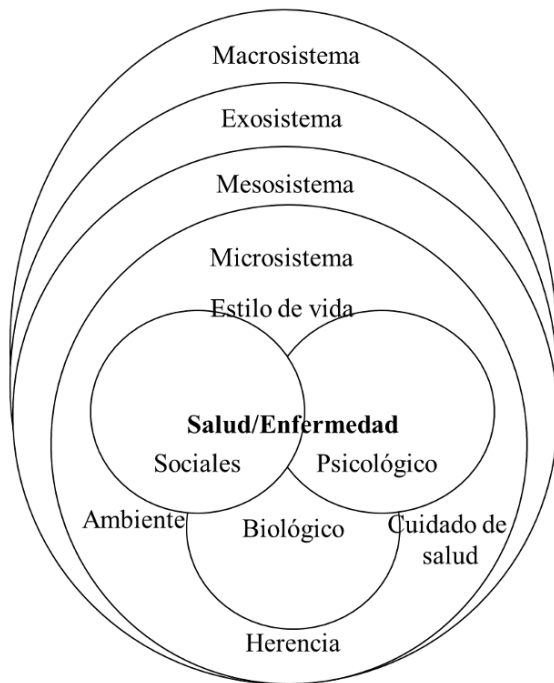
El bienestar psicológico puede significar un factor de protección para la salud (Alarcón & Troncoso, 2020). Esto implica, aceptarse como se es, mantener los vínculos con las personas, mantener el control decisonal, propiciar ambientes favorables, poseer metas alcanzables, aceptar los retos que imponen las experiencias vitales son formas de potenciar la salud en toda su amplitud. No se puede perder de perspectiva, que el cuerpo, la mente y el entorno del ser humano están en interacción (externa e interna) de forma continua.

El estudio tuvo como propósito identificar el bienestar psicológico y su relación con la salud y la enfermedad de adultos mayores en dos centros de servicios del oeste en Puerto Rico. Para respaldar teóricamente el estudio se diseñó un modelo ecléctico. En el mismo se contextualiza la salud y la enfermedad desde una perspectiva ecológica. Se reconoce que la salud y la enfermedad son influenciadas (favorable y/o desfavorable) por una multiplicidad de factores. Para atender los determinantes de la salud, se consideró el modelo de Lalonde, (1974); el Biopsicosocial de la salud según Engel (1977) y el modelo Ecológico de Bronfenbrenner (1992).

Según el modelo de factores de riesgo de Lalonde, se cree que el estilo de vida, el ambiente, la herencia y el cuidado personal son asuntos que influyen en la salud. En el modelo biopsicosocial

Figura 1

Modelo eclético integrado salud/enfermedad



se refieren factores biológicos, psicológicos y sociales; mientras que en el modelo ecológico se examinan las estructuras seriadas y ordenadas por niveles: microsistema (micro), mesosistema (meso), exosistema (exo) y macrosistema (macro). La interacción entre estos factores influye tanto en la salud como en la enfermedad. En este modelo eclético (Figura 1) se reconoce que la salud y la enfermedad son términos dinámicos, cambiantes, evolutivos presentes en el curso de la vida de las personas. Supone que

tanto la salud como la enfermedad describen cuestiones con elementos objetivos y subjetivos. La salud/enfermedad se influyen por vías biológicas, socioculturales, psicológicas, herencia, atención a la salud, estilo de vida y ambiente. Salud/enfermedad son procesos con transiciones en diferentes momentos del curso de la vida. En esta concepción, no es propio hablar de la salud o enfermedad en una edad en particular. La experiencia encuestando el asunto de salud/enfermedad en mayores evidencia adultos mayores sin enfermedad y con percepciones excelentes de la salud. De igual manera, lo contrario y también similar en niños y jóvenes, etc. Así, que la salud/enfermedad no es asunto de edad y si de la interacción multivariada y de la conducta asumida por la persona. Por lo tanto, desde la niñez, las oportunidades, experiencias, conocimientos, prácticas, la cultura, y entre otros, los valores adquiridos comienzan a influenciar y determinar la salud del ser humano. La conducta a su vez esta influenciada por factores de ambientales, sociales,

culturales, educación, valores, etc. La naturaleza de la influencia, acciones y cambios se presenta en el curso de la vida. Ese dinamismo multifactorial evolutivo hace el asunto uno complejo.

Metodología

Estudio exploratorio descriptivo en el que se reclutaron 20 adultos mayores de ambos sexos de la región oeste de PR. Los participantes asistían a los centros Esperanza para la vejez (ESPAVE) de San Germán y Mayagüez. El proceso de reclutamiento inició enviando una hoja de invitación con información del estudio a cada uno de los centros. Se coordinó una vista de orientación donde se realizó una breve presentación que incluyó los objetivos y los criterios de participación del estudio. Se contestaron preguntas e inquietudes “cuánto dura el proyecto”, “que me van a obsequiar”, “cuándo vuelve”, “a qué hora tengo que estar”. En la reunión de orientación, a los mayores que mostraron interés se les proveyó información adicional de contacto y se recogió información para posteriormente contactarlos. En una visita posterior al centro y en un lugar privado, se procedió a firmar el formulario de consentimiento informado previamente aprobado (1111883-1) por la Junta de Revisión Institucional (*Institutional Review Board*) de la Universidad Interamericana de PR (IAUPR-IRB), y se inició el proceso de mediciones.

Medidas y procedimientos

Para determinar la salud y enfermedad, se construyó un cuestionario. El mismo proveyó para recoger algunas medidas antropométricas y características sociodemográficas. Los criterios utilizados para evaluar la salud y enfermedad fueron: Peso, índice de masa corporal, razón cintura cadera, la circunferencia de la cintura, ingesta de bebidas alcohólicas, ser fumador, las horas que duerme, los padecimientos que posee, uso de medicamentos, el tiempo que dedica a la actividad física durante la semana. Para clasificar la percepción de salud de las personas mayores que participen del estudio, se utilizó la escala: excelente, buena, regular o mala. Se estableció un índice

de salud utilizando la siguiente información, respuestas a preguntas: como diría que es su salud; se encuentra en su peso deseable o tratando de bajar de peso, realiza actividad física, índice de masa corporal (clasificado), cintura (clasificada) y el número de enfermedades. El índice de salud se clasificó en bajo, moderado o alto.

Las medidas antropométricas permiten evaluar el estado de salud y el riesgo de enfermedad de los adultos, (Casadei & Kiel, 2022). Es por ello por lo que se utilizaron algunas medidas antropométricas (peso, estatura, circunferencias). Se afirma que la antropometría es un indicador importante para el análisis de la salud (Hollander et al., 2012). Como un indicador indirecto de sobrepeso y obesidad, se calculó el índice de masa corporal ($IMC = \text{peso (kg)} / \text{estatura (m}^2\text{)}$). También se determinó la relación entre tamaño y proporciones del cuerpo: razón cintura-cadera (RCC) y razón cintura-estatura (RCE). Las medidas antropométricas se realizaron utilizando una báscula digital (para medir el peso) Tanita (Tanita Corporation of América, Illinois, USA), un estadiómetro portátil (para medir la estatura) SECA (SECA North América, California, USA) y una cinta métrica Gulick (para medir cintura y cadera).

Para evaluar el bienestar psicológico de los participantes, se utilizó la escala de bienestar psicológico en su versión en español de las que desarrolló Ryff y Keyes (1995); fue validada y adaptada en PR por González et al. (2016). La adaptación sugiere una versión breve de 17 reactivos y 4 dimensiones (*dominio del entorno, propósito de vida, autoaceptación y autonomía*). Consta de una escala tipo Likert que va de 1 a 6 (representando 6 muy de acuerdo, 5 de acuerdo, 4 más bien en acuerdo, 3 más bien en desacuerdo, 2 en desacuerdo y 1 muy en desacuerdo). En la forma que aumenta la puntuación, mayor bienestar psicológico exhibe el sujeto.

Las medidas se realizaron en cada uno de los centros ESPAVE. Fueron tomadas por los asistentes del investigador quienes fueron previamente adiestrados para esos fines. La

coordinación para el acceso a los centros de servicio y el equipo utilizado correspondió al investigador.

Análisis de datos

El análisis estadístico descriptivo incluyó medidas de tendencia central (media y proporciones) y medidas de dispersión (desviación estándar), según correspondió para las variables del estudio (edad, escolaridad, ingresos, estatura, peso, índice de masa corporal, circunferencia de cintura, circunferencia de cadera, razón cintura-cadera, razón cintura-estatura, deseo de perder peso, ingesta de alcohol, fumado, percepción de salud, enfermedades, ingesta de medicamentos, tiempo de actividad física, bienestar psicológico).

Para determinar las diferencias en el índice de salud, la enfermedad y el bienestar psicológico entre los participantes se utilizó el Kruskal-Wallis. Una prueba no paramétrica para detectar diferencias en los grupos; también se utilizó una prueba de chi-cuadrado para diferencias en proporciones. También se utilizó análisis de correlación y regresión para identificar asociaciones entre las principales variables. Se utilizó el programado estadístico IBM-SPSS 27 (STATA Corp LLC, College Station, TX) con un alfa de 0.05 para determinar significancia estadística.

Resultados

El estudio fue completado por 19 adultos mayores, (58% mujeres=11 y 42% hombres=8). Del total de participantes que cumplieron con los criterios de admisión (20), uno fue excluido por no disponerse de todos los datos requeridos. La edad promedio de los participantes fue de 75.5 ± 9.3 años. El nivel de escolaridad predominante fue preuniversitario (78.9%), mientras que el ingreso económico anual menor a \$1000/año (73.7%). No hubo diferencias estadísticamente significativas en las variables antes presentadas.

Las principales características antropométricas se muestran en la Tabla 1. Los resultados muestran que los hombres, en comparación con las mujeres tuvieron menor peso (72.2 ± 16.8 vs 74.21 ± 17.1 kg, $p=.869$) y estatura (151.8 ± 8.2 vs. 167.0 ± 11.6 cm, $p= 0.08^*$), mayor IMC (31.0 ± 5.3 vs. 27.1 ± 8.4 kg/m², $p=.137$), cintura (98.7 ± 9.8 vs. 93.3 ± 11.1 cm, $P=.282$), caderas (107.6 ± 8.4 vs. 99.6 ± 8.8 cm, $p=.106$) y mayor razón cintura-estatura ($.65 \pm .05$ vs. $.56 \pm .09$, $p= .031^*$).

Tabla 1

Parámetros antropométricos de los participantes del estudio (media (x) ± desviación estándar (ds), frecuencia (f), o proporciones (%))

<i>Parámetros antropométricos</i>	<i>Total (TOD)</i>	<i>Femenino (FEM)</i>	<i>Masculino (MAS)</i>	<i>p (F)</i>
Estatura (cm)	158.2 ± 12.2	151.8 ± 8.2	167.0 ± 11.6	.008* (6.98)
Peso (Kg)	73.0 ± 16.5	72.2 ± 16.8	74.1 ± 17.1	.869 (.027)
IMC (kg/m ²)	29.4 ± 6.9	31.0 ± 5.3	27.1 ± 8.4	.137 (2.20)
Circunferencia de cintura (cm)	96.4 ± 10.4	98.7 ± 9.8	93.3 ± 11.1	.282 (1.15)
Circunferencia de caderas (cm)	104.2 ± 9.3	107.6 ± 8.4	99.6 ± 8.8	.106 (2.60)
Razón cintura cadera	.92 ± .03	.91 ± .03	.93 ± .03	.319 (.992)
Razón cintura estatura	.61 ± .06	.65 ± .05	.56 ± .09	.031* (4.66)

F y Ji-cuadrado, * $p < 0.05$

Todos los resultados de la escala de bienestar psicológico y sus dimensiones se incluyen en la Tabla 2. En lo que respecta al bienestar psicológico, los resultados indican un nivel bajo (70.1 ± 7.5). En promedio (68.3 ± 8.7 vs. 72.5 ± 5.1) el bienestar psicológico, fue más bajo en las féminas, sin embargo, no hubo diferencias estadísticamente significativas ($p=.301$). En cuanto a las dimensiones (dominio del entorno, propósito en la vida, autoaceptación y autonomía), todas fueron promedio (3-4) y no se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p>0.05$) entre los participantes.

Tabla 2

Dimensiones de la escala de bienestar psicológico (media (x) ± desviación estándar (ds) y valor p para los participantes y según el género

<i>Dimensiones de la escala</i>	<i>Total (TOD)</i>	<i>Femenino (FEM)</i>	<i>Masculino (MAS)</i>	<i>p (F)</i>
Dominio del entorno	4.6 ± .7	4.5 ± .9	4.7 ± .5	.085 (.771)
Propósito en la vida	3.7 ± .8	3.6 ± .8	3.8 ± .8	.740 (.110)
Autoaceptación	4.3 ± .7	4.1 ± .7	4.6 ± .5	.158 (1.99)

Autonomía	3.4 ± 1.0	3.4 ± 1.3	3.4 ± .5	.804 (.062)
Escala BPS	70.1 ± 7.5	68.3 ± 8.7	72.5 ± 5.1	.301 (1.07)

F y Ji-cuadrado, *p < 0.05

Los parámetros de salud y enfermedades de los participantes se presentan en la Tabla 3. Los resultados indican que la mayoría de los participantes del estudio reportaron dormir un promedio de 6.6 ± 1.5 , $p=.734$ horas cada noche. En su mayoría (68.4%), los adultos mayores no deseaban bajar de peso; no bebían alcohol (78.9%) y no fumaban (100%).

Tabla 3

Parámetros de salud y enfermedad de los participantes del estudio (media (x) ± desviación estándar (ds), frecuencia (f), o proporciones (%))

<i>Parámetros de salud</i>	<i>Total (TOD)</i>	<i>Femenino (FEM)</i>	<i>Masculino (MAS)</i>	<i>p (F)</i>
Horas que duerme	6.6 ± 1.5	6.5 ± 1.5	6.7 ± 1.6	.734 (.115)
Peso deseable (%) Sí vs No	57.9 vs 42.1	63.6 vs 36.3	50 vs 50	
Bajar de peso (%) Sí vs No	31.6 vs 68.4	36.3 vs 63.6	25 vs 75	
Bebe alcohol (%) Sí vs No	21.1 vs 78.9	9.1 vs 90.9	37.5 vs 62.5	
Fuma (%) Sí vs No	0	0	0	
<i>Percepción de la salud (%)</i>				
Mala	15.8 (3)	27.3 (3)	0 (0)	
Regular	36.8 (7)	27.3 (3)	50.0 (4)	
Buena	31.6 (6)	36.4 (4)	25.0 (2)	
Muy buena	10.5 (2)	9.1 (1)	12.5 (1)	
Excelente	5.3 (1)	0 (0)	12.5 (1)	
Salud (índice)	3.6 ± 1.0	3.2 ± .94	4.0 ± 1.1	.122 (2.38)
<i>Parámetros de enfermedad</i>				
<i>Principales enfermedades (%) Sí vs No</i>				
Hipertensión	68.4 vs 31.6	72.7 vs 27.3	62.5 vs 37.5	
Diabetes	52.6 vs 47.4	36.4 vs 63.6	75 vs 25	
Artritis	47.4 vs 52.6	63.6 vs 36.4	25.0 vs 75.5	
Tiroides	36.8 vs 63.2	45.5 vs 54.5	25.0 vs 75.0	
Total de enfermedades	4.0 ± 2.4	4.6 ± 2.2	3.1 ± 2.4	.155 (2.02)
Usa medicamentos (%) Sí vs No	63.2 vs 36.8	63.6 vs 36.4	62.5 vs 37.5	

F y Ji-cuadrado, *p < 0.05

En el contexto de la salud, la mayoría de los participantes auto reportaron una percepción de la salud entre regular y buena (68.4%). Evidenciaron poseer un índice de salud moderado (3.6 ± 1.5). Las mujeres evidenciaron menor salud que los hombres ($3.2 \pm .94$; 4.0 ± 1.1 ; $p=.122$), este hallazgo no fue estadísticamente significativo. Referente a la enfermedad, se observó la hipertensión, diabetes y artritis como las principales cronicidades. El promedio de enfermedades

en los participantes fue de 4.0 ± 2.4 , no se evidenció diferencias estadísticamente significativas según el género ($p=.155$). El 63.2% indicó tomar medicamentos para las enfermedades.

Los resultados de las correlaciones se identifican en la Tabla 4. En cuanto a los parámetros antropométricos, se evidenciaron correlaciones positivas significativas entre el peso y la cintura ($r=.74$; $p=.000^{**}$), el índice de masa corporal ($r=.84$; $p=.000^{**}$), la razón cintura cadera ($r=.42$; $p=.037^{*}$) y también la razón cintura estatura ($r=.46$; $p=.026^{*}$). La salud se relacionó negativa y significativamente con el peso ($r=-.60$; $p=.003^{**}$), la cintura ($r=-.74$; $p=.000^{**}$), el índice de masa corporal, ($r=-.76$; $p=.000^{**}$), la razón cintura cadera ($r=-.40$; $p=.045^{*}$), y la razón cintura estatura ($r=-.72$; $p=.000^{**}$). La salud correlacionó negativa y significativamente con la enfermedad ($r=-.76$; $p=.000^{**}$).

Respecto a la enfermedad, esta asoció positiva y significativamente con el peso ($r=.60$; $p=.003^{**}$), la cintura ($r=.72$; $p=.000^{**}$), el índice de masa corporal, ($r=.59$; $p=.004^{**}$), la razón cintura y cadera, ($r=.54$; $p=.009^{**}$) y también en la razón cintura estatura, ($r=.57$; $p=.006^{**}$). El bienestar psicológico se relacionó negativa y significativamente con la enfermedad ($r=-.66$; $p=.001^{**}$), y positiva y significativamente con la salud ($r=.53$; $p=.010^{*}$). En cuanto a las dimensiones del bienestar psicológico, el dominio del entorno correlacionó negativa y significativamente con la razón cintura cadera ($r=-.42$; $p=.036^{*}$) y con la enfermedad ($r=-.65$; $p=.001^{**}$); también correlacionó de forma significativa y positivamente con la salud ($r=.41$; $p=.042^{*}$). El dominio autoaceptación se relacionó negativa y significativamente con la enfermedad ($r=-.48$; $p=.018^{*}$). Mientras que el dominio autonomía correlacionó positiva y significativamente con la salud ($r=.40$; $p=.045^{*}$).

Tabla 4*Correlaciones significativas entre los parámetros antropométricos, salud, enfermedad y bienestar psicológico*

		Peso	Cintura	IMC	RCC	RCE	ENF	SAL	BPS	DEN	DPV	DAUD	DAUT
Peso	<i>r Person</i>	--											
	<i>N</i>	19											
Cintura	<i>r Person</i>	.738**	--										
	<i>P</i>	.000											
IMC	<i>r Person</i>	.839**	.787**	--									
	<i>P</i>	.000	.000										
RCC	<i>r Person</i>	.418*	.655**	.301	--								
	<i>P</i>	.037	.001	.106									
RCE	<i>r Person</i>	.455*	.863**	.781**	.453*	--							
	<i>P</i>	.025	.000	.000	.026								
ENF	<i>r Person</i>	.604**	.716**	.592**	.537**	.567**	--						
	<i>P</i>	.003	.000	.004	.009	.006							
SAL	<i>r Person</i>	-.603**	-.737**	-.761**	-.399*	-.721**	-.762**	--					
	<i>P</i>	.003	.000	.000	.045	.000	.000						
BPS	<i>r Person</i>	-.182	-.320	-.146	-.285	-.210	-.663**	.526*	--				
	<i>P</i>	.228	.091	.275	.118	.195	.001	.010					
DEN	<i>r Person</i>	-.382	-.347	-.189	-.423*	-.096	-.654**	.407*	.521*	--			
	<i>P</i>	.053	.073	.219	.036	.347	.001	.042	.011				
DPV	<i>r Person</i>	.157	-.107	.097	-.098	-.135	.048	.132	.471*	-.226	--		
	<i>P</i>	.260	.332	.346	.344	.290	.422	.296	.021	.176			
DAUD	<i>r Person</i>	-.005	-.144	.030	-.227	-.084	-.484*	.192	.697**	.391*	.038	--	
	<i>P</i>	.492	.278	.451	.175	.366	.018	.216	.000	.049	.439		
DAUT	<i>r Person</i>	-.201	-.128	-.305	.147	-.175	-.304	.400*	.414*	-.168	.292	-.071	--
	<i>P</i>	.204	.300	.102	.275	.237	.103	.045	.039	.246	.112	.387	

ENF (enfermedad); SAL (salud); IMC (índice de masa muscular); RCC (razón cintura cadera); BPS (bienestar psicológico); DEN (dominio del entorno); DPV (dominio propósito en la vida); DAUD (dominio autoaceptación); DAUT (dominio autonomía); *Correlación significativa al 0.05; **Correlación significativa al 0.01; r (Correlación Pearson)

Discusión

La antropometría se puede estudiar como proceso; consiste en medir diferentes parámetros corporales (estatura, peso, circunferencias, panículos, diámetros, longitud, etc.), y pueden ser interpretados de manera directa o utilizados en la construcción de distintos indicadores (conductuales respecto a prácticas alimentarias, salud, enfermedad). Los registros antropométricos están relacionados con factores genéticos, características ambientales, condiciones sociales y culturales, estilo de vida, estado funcional y salud.

Las medidas del cuerpo (peso, estatura, perímetro de la cintura, circunferencia de las caderas, etc.) se pueden utilizar para evaluar el riesgo de obesidad, desgaste muscular, aumento de la masa grasa, desnutrición e inadecuada distribución del tejido adiposo. Entre las medidas antropométricas identificadas, los posibles factores modificables incluyen las circunferencias (cintura, cadera, etc.), los pliegues cutáneos y el peso corporal (Padilla et al., 2021).

Se ha observado que la grasa abdominal se refleja mejor midiendo la relación cintura-cadera (Streng et al., 2018). Se conoce que la cintura agrandada es un factor de riesgo para la salud; es una variable que favorece enfermedades cardio metabólicas. En esta investigación se identificaron valores promedio en la razón cintura-cadera. Este resultado clasificó a los participantes con un riesgo promedio (hombres) y alto riesgo (fémimas) para el desarrollo de complicaciones de salud (World Health Organization, 2011). De igual manera se evidenció un riesgo para la salud en la medición de la razón cintura-estatura (Corrêa et al., 2016). Se observó un perímetro agrandado de la cintura (98.7 ± 9.8 fémimas (alto) vs. 93.3 ± 11.1 hombres (promedio) centímetros); de acuerdo con Gupta y Pushkala (2021), la cintura agrandada está relacionado a la obesidad, enfermedades cardiovasculares, cáncer y diabetes; es un predictor de enfermedades. De igual forma, se ha evidenciado una relación entre la razón cintura cadera, índice de masa corporal y mortalidad cardiovascular en adultos mayores (Streng et al., 2018).

En esta investigación en promedio, los participantes estuvieron sobre el límite superior del sobrepeso, (U.S. Department of Health and Human Services, 2018); $IMC = 29.4 \pm 6.9 \text{ kg/m}^2$, (ACSM's Health-Related, 2021), no obstante, la mayoría reportó estar en su peso deseable (57.9%) y sostuvieron que no deseaban perder peso (68.4%). Este asunto denota que los adultos mayores que participaron posiblemente subestiman los riesgos asociados que implica estar fuera del peso saludable. De igual forma, sugiere que no poseen una preocupación por la imagen corporal. Se ha observado que la imagen corporal cambia a través de los años (Sarabia, 2012). Respecto al peso corporal, se ha evidenciado que adultos mayores con peso saludable, poseen un mejor bienestar subjetivo (Alvarado et al., 2017).

El IMC es un indicador antropométrico utilizado para predecir bajo peso, peso saludable, sobre peso, obesidad y también diabetes (Bawadi, 2019). Es importante destacar que las variables antropométricas en referencia se relacionan directamente entre sí; además, pueden ser influenciadas de forma multidimensional (biológica, psicológica, social). En lo biológico se sabe que existen condiciones metabólicas y que se pueden heredar rasgos que afecten la salud y el bienestar. De igual manera, cumplir con una adecuada alimentación y con las recomendaciones de actividad física, conllevan procesos de aprendizaje (conductuales) adecuados. El aprendizaje puede ser influenciado favorable o desfavorablemente por el modelaje, las creencias, los recursos disponibles, etc.

La influencia de las variables antropométricas en la salud, la enfermedad y el bienestar psicológico, demuestra la complejidad del asunto bajo análisis. El binomio de la salud y la enfermedad como algo dinámico (cambiante, evolutivo) en un contexto ecológico (ambientes de crianza, escuela, comunidad, laboral, etc.), (concepción ecológica). Por lo tanto, el resultado del

bienestar y/o malestar en algún momento de la vida, puede resultar de las consecuencias de acciones y decisiones que potencien la enfermedad, o sean favorecedoras de la salud y el bienestar.

El concepto de bienestar psicológico propuesto por Carol Ryff (2008) en los 90 se refiere al esfuerzo de la persona para perfeccionar sus potenciales. Por lo tanto, la vida de cada persona posee su significado. En este sentido el bienestar al igual que la salud, son términos multidimensionales. Así, que el bienestar psicológico no se limita a la felicidad, ni a las emociones positivas. Aunque el modelo de bienestar psicológico propone seis dominios; en este estudio solamente se discuten los dominios: entorno, propósito en la vida, autoaceptación y autonomía.

En la presente investigación se evidenció que los adultos mayores que participaron tenían un bajo nivel de bienestar psicológico (70.1 ± 7.5). Aunque no hubo diferencias estadísticamente significativas, las mujeres mostraron un menor bienestar psicológico. Según Heras et al. (2022), niveles óptimos de bienestar psicológico favorece la salud sobre el deterioro funcional y la enfermedad; es un potenciador para que se alcance una vida más larga. La idea debe ir más allá de reconocer el vínculo entre el bienestar psicológico la salud y la enfermedad. Se debe pensar en alternativas para promoverlo en todo el curso de la vida; en este caso sería una medida de atención y prevención primaria (evitar la enfermedad). De igual forma, considerar el uso de medidas para atender a adultos mayores en los centros de cuidado o aquellos que reciben atención en el hogar. Esto podría ser un aliciente para los que tienen niveles bajos de bienestar.

El bienestar psicológico correlacionó favorablemente con la salud y de manera opuesta con la enfermedad. Existe evidencia que demuestra que niveles altos de bienestar psicológico, promueve conductas favorecedoras de salud menos enfermedades, (Pressman et al., 2019). En cuanto las dimensiones del bienestar psicológico en esta investigación se encontraron valores promedio en cada una. El dominio del entorno describe la capacidad de la persona para adaptarse

a circunstancias que no espera. Describe al adulto mayor que participa en actividades y atiende las responsabilidades del diario vivir (Heras et al., 2022). El dominio del entorno está relacionado con la capacidad de la persona y su creatividad para enfrentarse a las circunstancias que lo rodean. En esta investigación, el dominio del entorno se relacionó negativamente con la enfermedad. Turiano et al. (2014), evidenciaron que las personas que perciben la vida manteniendo el control de esta, poseen bajas probabilidades de morir; este fenómeno se ha observado en personas con menor nivel de educación. Se ha encontrado que cuando se percibe poseer control del ambiente, la resiliencia puede aumentar ante los eventos adversos para la salud provocados por factores estresantes (Elliot, et al. 2018).

La dimensión de propósito vital implica tener metas en la vida y el sentido de dirección que estas le brindan. El adulto mayor reconoce que la vida ha tenido significado y mantiene enfocado alcanzar nuevos objetivos (Heras et al., 2022). Tener un propósito en la vida es un dominio del bienestar psicológico que representa el sentido de orientación de la persona. Implica el significado de la vida tanto en el presente como en el pasado. En esta investigación no se evidenciaron asociaciones significativas entre el propósito de la vida, la salud y tampoco con enfermedad, etc. No obstante, la evidencia científica (Trudel et al., 2019) sostiene que las mujeres con altos índices en propósitos de la vida poseen menos riesgo de mortalidad por enfermedades cardiovasculares. De igual forma, se ha evidenciado que las personas con propósitos vitales poseen una mayor sensación de crecimiento personal y mejores relaciones interpersonales (Vázquez et al., 2009). Esta dimensión disminuye con la edad (Ryff, 2014). Por lo tanto, es importante que los profesionales de la conducta identifiquen estrategias que promuevan y/o motiven a los adultos mayores a identificar y mantener propósitos vitales. Se afirma que las personas mantienen estrategias en la vida acorde a sus creencias y valores. De acuerdo con Ryff (2014), las creencias

de las personas le brindan orientación a la vida. Se dice que la persona trata de buscarle sentido a la vida (López, 2012). Por lo tanto, puede afrontar la vida: 1). Dándole sentido a sí mismo (encontrando una razón para vivir), 2). Entregándose a actividades (tareas que lo motivan, disfruta y entrega a una meta), 3). Logrando sus propósitos o metas como fuente de sentido (encontrando motivación y esfuerzos para lograrlo).

Se ha observado que los adultos mayores conservan la capacidad para afrontar eficazmente sus problemas de salud y mantener su bienestar, (Navarro & Bueno, 2015). Por lo tanto, el bienestar psicológico actúa como un factor protector de la salud (Telzer et al., 2014), y un predictor de longevidad (Tamosiunas et al., 2019). Se ha encontrado que personas con altos niveles de propósito en la vida y con mayor crecimiento personal, poseen menor riesgo de desarrollar enfermedades coronarias (Ryff et al., 2006).

Autoaceptación describe al adulto mayor con una actitud positiva. Reconoce los aspectos positivos y negativos de su vida. Posee satisfacción con su vida pasada (Heras et al., 2022). La autoaceptación es una dimensión del bienestar psicológico que se evidencia mostrando una actitud positiva hacia sí y a la vida. En este estudio, la autoaceptación correlacionó negativa y significativamente con la enfermedad. Alarcón y Troncoso (2020), encontraron una relación percibida de dependencia directa entre la autoaceptación y la salud. Así que las personas que se reconocen y aceptan tal cuales sus experiencias vividas, seguramente no cambiarían nada.

La autonomía describe a la persona como autodeterminada e independiente. En el adulto mayor describe a la persona que es capaz de resistir las presiones sociales y regular su comportamiento. Es la persona que confía en su opinión (Heras et al., 2022). La autonomía se refiere a la propia individualidad. De igual manera podría ser interpretado como libertad de acción o deliberación efectiva. Se ha encontrado que los hombres presentan niveles más altos de

autonomía en comparación con las mujeres (Ryff, 1989). En esta investigación la autonomía se relacionó positiva y significativamente con la salud. Netuveli et al. (2012), evidenciaron que el riesgo de muerte no se relaciona con la autonomía. Es importante destacar que algunos hallazgos en investigaciones sobre la autonomía en función a la edad son contradictorios, (Ryff & Keyes, 1995), sostienen que la misma aumenta a medida que se incrementan los años vividos, mientras que Mayordomo et al. (2016), señalan que la autonomía se pierde a medida que se produce el envejecimiento. Sin embargo, debe quedar claro que la autonomía es un factor determinante en el bienestar de las personas, (Alvarado et al., 2017).

Respecto al bienestar psicológico y la relación con la salud y la enfermedad, en la presente investigación se observó una relación adversa entre el bienestar psicológico y la enfermedad y una asociación directa con la salud, ambas fueron significativas. En cuanto a las dimensiones del bienestar psicológico, el dominio del entorno correlacionó negativa y significativamente con la razón cintura cadera y con la enfermedad; el ambiente también correlacionó positiva y significativamente con la salud. Mientras que la autoaceptación se relacionó negativa y significativamente con la enfermedad y la autonomía correlacionó positiva y significativamente con la salud.

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

En lo que se refiere a la salud, en promedio los adultos mayores bajo estudio percibieron su salud entre regular y buena. Este resultado es cónsono con lo reportado por otros investigadores (Bennie et al., 2013), pero es contrario a lo que encontraron (muy buena y buena) Orrego et al. (2017). Respecto a la percepción de la salud (regular y buena >65%), denota que los participantes poseen una actitud positiva hacia la salud general; sobre todo al reconocer sus patologías y tratamientos sin presentarlos como un obstáculo, o proyectarse con pesimismo, más bien una manera favorable de autoaceptación; según Ryff (2014), es una actitud positiva hacia uno mismo. Se ha observado que adultos mayores con niveles educativos superiores, poseen mejores niveles de salud percibida (Mesa-Fernández et al., 2016); aunque en esta investigación no se observaron asociaciones significativas en esas variables, los resultados pueden evidenciar que los participantes poseen recursos adecuados para lidiar con situaciones respecto a su salud.

La salud se relacionó negativa y significativamente con el peso, la cintura, el índice de masa corporal, la razón cintura cadera, y con la razón cintura estatura. La salud correlacionó negativa y significativamente con la enfermedad. El peso es una variable antropométrica y en esta investigación se ha observado que se asocia con el bienestar psicológico, la salud y la enfermedad. Por la multiplicidad de factores que influyen (edad, metabolismo, fármacos, actividad física, influencia socio cultural, la conducta, etc.) en el peso, su manejo es complejo. Se dice que después de los 25 años, el peso puede incrementar entre .5 y .8 kg por año (Jakicic et al., 2018).

En general, menos del 25% adultos mayores que participaron en el estudio, sostuvo que bebe alcohol y ninguno indicó que fumaba. Este resultado en parte concurre con lo documentado por Guimaraes et al. (2014), quienes reportaron que el 32% de los mayores de 66 años de México bebían alcohol y un 10 % fumaba. Se evidencia que el bajo consumo de alcohol y cigarrillo no representan un problema de salud para los adultos mayores bajo estudio.

En cuanto a la enfermedad, la mayoría de los adultos mayores reportó tener al menos tres (3) enfermedades (hipertensión, diabetes y artritis). Este hallazgo concuerda con Moschny et al. (2011). Más del 60% de los participantes, reportó tomar medicamentos para sus enfermedades. Se reconoce que la falta de cumplimiento en el uso del medicamento puede afectar la eficacia del fármaco y hasta agravar la cronicidad (Ruscin & Linnebur, 2019), Un asunto de interés podría auscultarse en los participantes de esta investigación, serían los factores (económico, educación, frecuencia de uso) que podrían estar incidiendo en los mayores que no cumplen con el uso de sus fármacos.

En esta investigación se evidenció el contraste entre la salud y la enfermedad afectando de manera opuesta (mayor salud y menor enfermedad) el bienestar psicológico de los adultos mayores. De igual forma se observó la influencia adversa de las variables antropométricas en la salud y el bienestar psicológico. La mayoría de los participantes demostró tener varios factores de riesgo (hipertensión, diabetes, sobrepeso, obesidad, perímetro de la cintura agrandado) para desarrollar enfermedades cardiovasculares, metabólicas y condiciones cerebrovasculares. El conjunto de tres factores se conoce como síndrome metabólico (Midei & Matthews, 2014), identificaron asociaciones inversas entre un mayor bienestar psicológico y la prevalencia del síndrome metabólico. Otros investigadores, Kubzansky et al. (2018), establecieron que un mayor bienestar psicológico se asocia a un riesgo inferior de disfunción metabólica.

Es importante destacar que envejecer no se encuentra atado al malestar, el dolor o a la enfermedad. Es por ello, que a cualquier edad se pueden identificar personas con un estado óptimo de salud, sin enfermedad y también lo contrario. En esta investigación se identificaron adultos mayores sin enfermedades, al igual que otros que percibían su salud excelente y muy buena.

Conclusiones

En esta investigación se observó la presencia de un estado de salud auto percibido entre regular y bueno (índice de salud moderado), vinculado favorablemente al bienestar psicológico. En cuanto a la enfermedad se reconocieron varias; no obstante, es contrario a la salud, al índice de masa corporal, al bienestar psicológico, influyendo negativamente en la autoaceptación y el dominio del ambiente. Así que queda claro que tanto la enfermedad, como los factores de riesgo identificado en esta investigación demostraron influir de manera adversa en el bienestar psicológico. Entonces es importante sostener la importancia de promover la salud para prevenir enfermedad; potenciar el bienestar psicológico por su influencia en la autoaceptación, en el sostenimiento de vínculos, la autonomía, el manejo del ambiente, contar con propósitos vitales y desarrollo continuo.

Las enfermedades se pueden prevenir al igual que la salud y el bienestar psicológico general, se pueden promover. Por lo tanto, si se aspira a vivir una vejez a plenitud, con propósitos, autoaceptación, dominio del entorno y autonomía; esta tarea no puede circunscribirse a un momento específico del tiempo. Debe ser parte de lo que es la vida, un continuo transcurrir con buenas y malas. Así que, es necesaria la educación continua, reeducación gerontológica a todos los niveles educativos. La atención a este asunto serviría para anticipar situaciones que puedan afectar al individuo de forma multidimensional y trabajar con la prevención. Como afirmó Zarebski (2011), “el futuro se construye hoy”. Así que, desde una mirada salubrista a cada quien, le corresponde comenzar a ocuparse ya.

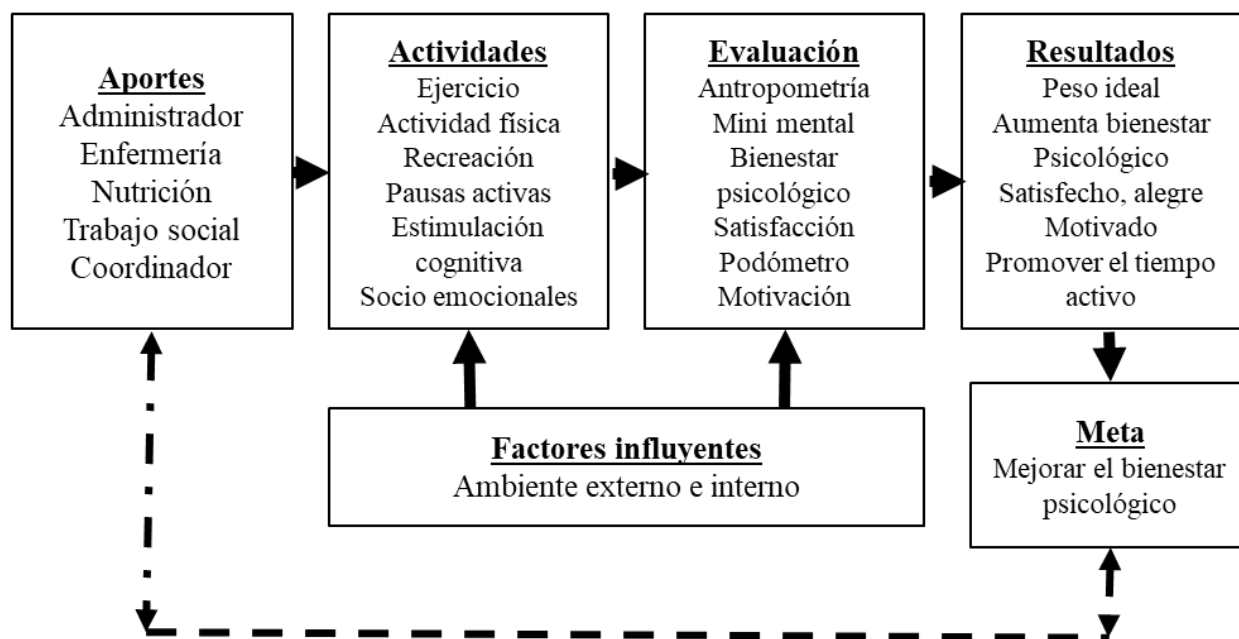
Recomendaciones en función de los hallazgos

Se propone el uso del Modelo lógico de intervención “Punto Balance” (véase Figura 2). El modelo puede ser utilizado por los centros de servicios que participaron en el estudio. Se creó

utilizando los resultados de esta investigación. Por lo tanto, los hallazgos se convirtieron en el perfil de los adultos mayores. Las actividades propuestas responden a sus necesidades. Para tener un norte como referencia, se estableció su meta.

El Modelo “Punto Balance” sugiere la importancia de hacer un balance entre las actividades del diario vivir (físicas, pasivas, mentales y sociales). La meta que se persigue con la intervención es mejorar el bienestar psicológico del adulto mayor. La meta fue establecida en función de los hallazgos de la presente investigación.

Figura 2
Modelo lógico de intervención “Punto Balance”



El modelo se sostiene en lo ecológico; se reconoce la influencia de factores en las actividades y la evaluación. Estas, deben ser desarrolladas por personal adiestrado. Al componente gerencial, le corresponde la administración del plan (intervención) con todo lo que implica su implementación (personal capacitado). En el contexto de la presente recomendación (implementación del programa), le corresponde a la gerencia identificar los recursos necesarios

para desarrollar el programa. Los recursos (económicos, humanos) podrían adquirirse mediante acuerdos de colaboración e intercambios de recursos.

El racional del Modelo lógico de intervención que se propone, esta sostenido en varias creencias. En primer lugar, se reconoce que el adulto mayor es un ser humano que coexiste y subsiste con las influencias del exo y endo ambiente. El ser humano en el lugar que habita se encuentra influenciado por redes internas (órganos, sistemas) y externas (medio ambiente). Por lo tanto, en su contexto interno al igual que en el externo, el individuo se encuentra en constante cambio, evolución a través del tiempo. El reconocimiento de esa naturaleza compleja en la que se sitúa al ser humano podría ayudar a explicar y entender las diferentes conductas que se podrían observar en los adultos mayores. Un reflejo de la heterogeneidad y la universalidad del envejecimiento natural del ser humano.

Las multiplicidades de experiencias de cada adulto mayor a través de sus trayectos vitales pueden ser factores determinantes en sus quehaceres cotidianos. Por lo tanto, se entiende que si el adulto mayor es potenciado mediante una capacitación que incluya destrezas, actitudes y valores; participación en talleres de formación balanceados que integren: destrezas, oportunidades, estímulos y que conlleven el hacer, (psicomotor), el saber (cognitivo) y el sentir (afectivo). En esta dinámica, el adulto mayor podría tener control de aquellos factores que se pueden modificar (cuidado de la salud, alimentación, actividad física).

La educación en salud es una forma de prevención de enfermedad y promoción de salud. Algunas áreas temáticas que podrían ser consideradas en la formación de experiencias teóricas y prácticas, serían:

1. Recalcar la importancia de la estimulación cognitiva reconociendo que el ser humano funciona de manera integrada. Por lo tanto, el trabajo que se hace para la mente influye en el cuerpo, y las actividades para el cuerpo afectan la mente.
2. Destacar la utilidad de la actividad física, considerar diferentes alternativas como podría ser la educación física, deportes, recreación (adaptado a las particularidades de cada quien), considerar la individualidad; tener presente las recomendaciones de la intensidad en la ejecución y la duración.

Teóricamente el Modelo lógico “Punto Balance” se sostiene con varias teorías y postulados. Las teorías están alineadas a nivel de comunidad, el ser humano interpersonal e individualmente. En lo que respecta a contexto de comunidad se utiliza el enfoque ecológico de Sallis (1998). Del cual se reconoce que las intervenciones efectivas deben afectar diferentes niveles de salud debido a que la misma es influenciada de manera multidimensional. En lo interpersonal se utiliza la teoría sociocognitiva de Bandura (1994). Esta teoría establece que una variedad de factores (biológicos, ambientales, cognitivos, motivacionales, emocionales, etc.) interactúan entre sí de forma recíproca. Otro fundamento teórico que forma parte del modelo lógico “Punto Balance” es el modelo de creencias de salud de Rosenstock (1974). El modelo de creencias de salud establece que para adaptar conductas físicamente activas y reducir una conducta pasiva, los riesgos y beneficios reconocidos, deben mayores que las barreras percibidas para actuar. En la mayor parte de la vida, el ser humano posee el control de sus acciones voluntarias (activas y pasivas) que repercuten en su bienestar integral. Hacer un balance o inclinar la balanza en la dirección de estímulos físicos, psicológicos, sociales y espirituales, podría ser favorecedor para la salud; y representar una determinación adecuada, efectiva.

Referencias

ACSM's Health-Related (2021). *Health Related Physical Fitness Assessment Manual* (5^{ta} ed).

Wolters Kluwer.

Alarcón-Riveros, M., & Troncoso-Pantoja, C. (2020). Bienestar psicológico en personas mayores del sur de Chile. *Gad Med Bol*, 43(2), 158-161.

Alcántara, M.G. (2008). La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad. *Sapiens. Revista Universitaria de Investigación*, 9(1), 93-107.

Alvarado San Román, X., Toffoletto, M.C., Oyanedel Sepúlveda, J.C., Salfate, S.V., & Reynaldos Grandón, K.L. (2017). Factores asociados al bienestar subjetivo en los adultos mayores. *Texto & Contexto Enfermagem*, 26(2), 1-10. <https://doi.org/10.1590/0104-07072017005460015>

Bawadi, H., Abouwatfa, M., Alsaeed, S., Kerkadi, A., & Shi, Z. (2019). Body Shape Index Is a Stronger Predictor of Diabetes. *Nutrients*, 11(5),1018. <https://doi.org/10.3390/nu11051018>

Bandura, A. (1994). Self-Efficacy. En V.S. Ramachaudram (Ed.) *Encyclopedia of Human Behavior*. 4, 71-81. Academic Press.

Bennie, J.A., Chau, J.Y., van der Ploeg, H.P., Stamatakis, E., Do, A., & Bauman, A. (2013). The prevalence and correlates of sitting in European adults - a comparison of 32 Eurobarometer-participating countries. *Int J Behav Nutr Phys Act*, 10(107), 1-13. <https://doi.org/10.1186/1479-5868-10-107>

Bronfenbrenner, U. (1992). Ecological systems theory. En R.Vasta (Ed.), *Six theories of child development: revised formulations and current issues* (pp. 187-249). Bristol: Jessica Kingsley Publisher.

Casadei, K., & Kiel, J. (2022). *Anthropometric Measurement*. StatPearls Publishing

LLC. Treasure Island.

Census (2020). Demographic Data Map. <https://www.census.gov/>

Corrêa, M.M., Thumé, E., de Oliveira, E.R., & Tomasi, E. (2016). Performance of the waist-to-height ratio in identifying obesity and predicting non-communicable diseases in the elderly population: A systematic literature review. *Archives of gerontology and geriatrics*, 65, 174-82. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2016.03.021>

Díaz García, R., Felici, M.R., Cases, A., & Ruíz Serrano, K. (2021). Adulto Mayor 2019.

División de Prevención y Control de Enfermedades Crónicas, Secretaria de Promoción para la Salud del Departamento de Salud de Puerto Rico.

Elliot, A.J., Turiano, N.A., Infurna, F.J., Lachman, M.E., & Chapman, B.P. (2018). Lifetime trauma, perceived control, and all-cause mortality: Results from the Midlife in the United States Study. *Health Psychology*, 37(3), 262-270. <https://doi.org/10.1037/hea0000585>

Faber, P. (2015). *Envejecimiento activo. Un marco político ante la revolución de la longevidad*. Río de Janeiro. International Longevity Centre Brazil (ILC-Brazil).

Fernández-Ballesteros, R. (2011). Envejecimiento saludable. *Congreso sobre envejecimiento. La investigación*.

Fernández-Ballesteros, R. (2014). *Temas de Psicogerontología* (1ra ed). Orosa Fraíz. Editorial Universitaria.

González-Rivera, J.A., Quintero-Jiménez, N., Veray-Alicea, J., & Rosario-Rodríguez, A.

(2016). Adaptación y Validación de la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff en una Muestra de Adultos Puertorriqueños. *Salud y Conducta Humana*, 3(1), 1-14.

Guimaraes, B.G., Mendoza, M.M, López, B.M., García, P.J., Velasco-Ángeles, L.R., Beltrán S.

- M., Valdez, C.P., Medina-Mora, M.E., & Camacho, S.R. (2014). Prevalencia y factores asociados al consumo de tabaco, alcohol y drogas en una muestra poblacional de adultos mayores del Distrito Federal. *Salud mental*, 37(1), 15-25.
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252014000100003&lng=es&tlng=es.
- Gupta, P.D., & Pushkala K. (2021). Waist-to-Hip ratio: an indicator of health. *Cell and Tissue Research*, 21(2).
- Heras, M.L., Grau-Grau, M., & Rofcanin, Y. (2022). *Human Flourishing: A Multidisciplinary Perspective on Neuroscience, Health, Organizations and Arts*. Springer.
<https://doi.org/0.1007/978-3-031-09786-7>
- Hollander, E.L., Bemelmans, W.J., Boshuizen, H.C., Friedrich, N., Wallaschofski, H., Guallar-Castillón, P., Walter, S., Zillikens, M.C, Rosengren, A., Lissner, L., Bassett, J. K, Giles., G.G., Orsini, N., Heim, N., Visser, M., & de Groot, L.C. (2012). The association between waist circumference and risk of mortality considering body mass index in 65- to 74-year-olds: a meta-analysis of 29 cohorts involving more than 58 000 elderly persons. *Int J Epidemiol*, 41(3), 805-817. <https://doi.org/10.1093/ije/dys008>
- Jakicic, J.M., Powell K.E., Campbell, W.W., Dipietro, L., Pate, R.R., Pescatello, L.S., Collins K.A., Bloodgood, B., Piercy, K.L, (2018). Physical Activity and the Prevention of Weight Gain in Adults: A Systematic Review. *Med Sci Sports Exerc*, 51(6), 1262-1269.
<https://doi.org/10.1249/MSS.0000000000001938>
- Kubzansky, L., Huffman, J.C., Boehm, J.K., Hernandez, R., Kim, E.S., Koga, H.K., Feig, E.H.,

- Lloyd-Jones, D.M., Seligman, M., & Labarthe, D. (2018). Bienestar psicológico positivo y enfermedad cardiovascular. *Journal of The American College of Cardiology*, 72(12), 735-1097. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2018.07.042>
- Lalonde, M. (1974). *A new perspective on the health of Canadians*. Minister of National Health and Welfare.
- López, F. (2012). *Sexualidad y Afectos en la Vejez* (1ra ed.). Pirámide.
- Mayordomo, T., Sales, A., Satorres, E. & Meléndez, J. (2016). Bienestar psicológico en función de la etapa de vida, el sexo y su interacción. *Pensamiento psicológico*, 14(2), 101-112. <https://doi.org/10.11144/Javerianacali.PPSI14-2.bpfe>
- Mesa-Fernández, M., Pérez-Padilla, J., Cristina-Nunes, & Susana-Méndez, (2016). Bienestar psicológico en las personas mayores no dependientes y su relación con la autoestima y la autoeficacia. *ABRASCO- Associação Brasileira de Saúde Coletiva*, 24(1). <https://doi.org/10.1590/1413-81232018241.35302016>
- Midei, A.J. & Matthews, K.A. (2014). Positive attributes protect adolescents from risk for the metabolic syndrome. *Elsevier*, 55(5), 678-683. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2014.05.018>
- Moschny, A., Platen, P., Klaaßen-Mielke, R., Trampisch, U., & Hinrichs, T. (2011). Barriers to physical activity in older adults in germany: a cross-sectional study. *The International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 8, 121-121. <https://doi.org/10.1186/1479-5868-8-121>
- Navarro, A., & Bueno, B. (2015). Afrontamiento de problemas de salud en personas muy mayores. *Anales de psicología*, 31(3), 1008-1017. <https://doi.org/10.6018/analesps.31.3.172481>

- Netuveli, G., Pikhart, H., Bobak, M., & Blane, D. (2012). Generic quality of life predicts all-cause mortality in the short term: evidence from British household panel survey. *Journal of Epidemiology and Community Health, 66*(10), 962-966.
<https://doi.org/10.1136/jech-2011-200310>
- Orrego, S., García-González, L., Murillo, B., Zaragoza, J., & Aibar, A. (2017). Physical Activity Programmes In The Elderly: Successful Strategy For Healthy Ageing. *European Journal of Human Movement, 39*, 48-64.
- Padilla, C.J., Ferreyro, F.A., & Arnold, W.D. (2021). Anthropometry as a readily accessible health assessment of older adults. *Experimental Gerontology, 1*(153), 1-9.
<https://10.1016/j.exger.2021.111464>
- Pressman, S.D., Jenkins, B.N., & Moskowitz, J.T. (2019). Positive affect and health: what do we know and where next should we go? *Annual Journal of Psychology, 70*, 627-650.
<https://doi.org/10.1146/annurev-psych-010418-102955>
- Rosenstock, I.M. (1974). Historical origins of the health belief model. *Health Education Monographs, 2*, 328-335. <https://doi.org/10.1177/109019817400200403>
- Ruscin, M., & Linnebur, S. (2019). Problemas relacionados con los fármacos en los ancianos. *MANUAL MERCK*. <https://www.merckmanuals.com/es-pr/professional/geriatr%C3%ADa/farmacoterapia-en-los-ancianos/problemas-relacionados-con-los-f%C3%A1rmacos-en-los-ancianos>
- Ryff, C. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology, 57*(6), 1069-1081.
- Ryff, C., & Keyes, C. (1995). The Structure of Psychological Well-Being Revisited. *Journal of*

- Personality and Social Psychology*, 69(4), 719-727. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.69.4.719>
- Ryff, C., Love, G., Urry, H., Muller, D., Rosenkranz, M., Friedman, E., Davidson, R., & Singer, B. (2006). Psychological well-being and illbeing: Do they have distinct or mirrored biological correlates? *Psychotherapy and Psychosomatics*, 75(2), 85-95. <https://doi.org/10.1159/000090892>
- Ryff, C. (2008). Know Thyself and Become What You Are: A Eudaimonic Approach To Psychological Well-Being. *Journal of Happiness Studies*, 9, 13-39.
- Ryff, C. (2014). Psychological Well-Being Revisited: Advances in Science and Practice of Eudaimonia. *Psychother Psychosom*, 83(1),10-28.
- Sallis, J., & Owen, N. (1998). *Physical Activity and Behavioral Medicine*. Sage Publications.
- Sarabia-Cobo, C. (2012). La imagen corporal en los ancianos: Estudio descriptivo. *Gerokomos*, 23(1), 15-18. <https://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2012000100003>
- Streng, K.W., Voors A.A., Hillege, H.L., Anker, S.D., Cleland, J.G., Dickstein, K., Filippatos, G., Metra, M., Ng, L.L., Ponikowski, P., Samani, N.J., van Veldhuisen, D.J., Zwinderman, A.H., Zannad, F., Damman, K., van der Meer, P., & Lang, C.C. (2018). Waist-to-hip ratio and mortality in heart failure. *Eur J Heart Fail*, 20(9), 1269-1277. <https://doi.org/10.1002/ejhf.1244>
- Tamosiunas, A., Sapranaviciute-Zabazlajeva, L., Luksiene, D., Virviciute, D., & Peasey A. (2019). Psychological well-being and mortality: longitudinal findings from Lithuanian middle-aged and older adults study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 54, 803-811. <https://doi.org/10.1007/s00127-019-01657-2>
- Telzer, E., Fulgini, A., Lieberman, M., & Galvan, A. (2014). Neural sensitivity to eudaimonic

and hedonic rewards differentially predict adolescent depressive symptoms over time.

Proceedings of National Academy of Sciences, 111(18), 6600-6605.

<https://doi.org/10.1073/pnas.1323014111>

Tieland, M., Trouwborst, I., & Clark, B.C. (2018) Skeletal muscle performance and ageing. *Journal of Cachexia, Sarcopenia and Muscle*, 9, 3-19.

<https://doi.org/10.1002/jcsm.12238>.

Trudel-Fitzgerald, C., Millstein, R.A., von Hippel, C., Howe, C.J., Tomasso, L.P., Wagner, G.R., & VanderWeele, T.J. (2019). Psychological well-being as part of the public health debate? Insight into dimensions, interventions, and policy. *BMC Public Health*, 19, 1712.

Turiano, N.A., Chapman, B.P., Agrigoroaei, S., Infurna, F.J., & Lachman, M. (2014). Perceived control reduces mortality risk at low, not high, education levels. *Health Psychol*, 33(8), 83-90.

U.S. Department of Health and Human Services (2018). *Physical Activity Guidelines for Americans* (2nd ed.). https://health.gov/sites/default/files/2019-09/Physical_Activity_Guidelines_2nd_edition.pdf

Vázquez, C., Hervás, G., Rahona, J., & Gómez, D. (2009). Bienestar psicológico y salud: Aportaciones desde la Psicología Positiva. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, 5, 15-28.

World Health Organization (2011). Waist circumference and waist-hip ratio: report of a who expert consultation. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241501491>

Zarebski, G. (2011). *El Futuro se construye hoy. La reserva humana un pasaporte hacia un buen envejecimiento* (1ra ed.). Paidós.