

Percepción de salud, autoestima y autoconcepto físico en personas mayores en función de su actividad física

Pablo Jodra¹, José Luis Maté-Muñoz² y Raúl Domínguez³

Resumen

El propósito de este estudio es analizar la relación existente entre la Autoestima y las dimensiones que definen el Autoconcepto Físico, y la percepción de la salud en personas mayores, en relación con el nivel de práctica de actividad física que realizan. Para ello, 130 participantes de entre 63 y 75 años ($M = 67.3$ y $DT = 3.14$), fueron clasificados en dos grupos, personas físicamente activas y personas físicamente inactivas, en función del nivel de actividad física que realizan; a todos se les aplicó la Self-Esteem Scale de Rosenberg, el Physical Self-Perception Profile de Fox y Corbin y el Cuestionario de Salud SF-36 de Ware y Sherbourne. Los resultados ponen de manifiesto la relación positiva que se establece entre ser una persona físicamente activa y los mejores niveles en autoestima, condición física y competencia percibida. Además, se determina que el rol físico y emocional que desempeñan las personas en las rutinas diarias, están en relación respectivamente, con la competencia percibida y la apariencia física.

Palabras clave: Personas mayores, Actividad física, Autoconcepto, Autoestima, Salud

La calidad de vida es un concepto valorativo que se debe abordar desde un paradigma multidisciplinar, y está asociado con la percepción de bienestar del individuo en su integridad física, psíquica y social (Amador y Esteban, 2015). La salud constituye un factor esencial cuando se refiere a la calidad de vida en la vejez. El proceso de envejecimiento representa el deterioro de las capacidades funcionales y la exposición del organismo a trastornos biológicos y psicológicos; es necesario analizar el envejecimiento desde un prisma positivo, para adaptar la realidad de cada persona a las circunstancias sociales e individuales en todas sus dimensiones. La auto-percepción sobre el estado de salud está determinada por el estado físico y las enfermedades padecidas, por los factores sociales, económicos y del entorno; la salud representa un aspecto importante para las personas mayores, y uno de los factores asociados es la independencia como soporte de la autorrealización (Gallegos, Durán, López y López, 2003).

Un planteamiento genérico establece que, la actividad física realizada de forma regular previene el desarrollo paulatino de las limitaciones físicas y funcionales en las personas mayores (Gómez-Cabello, Vicente, Vila-Maldonado, Casajús y Ara, 2012). Son numerosos los estudios que versan sobre los beneficios físicos (Castillo-Rodríguez y Chinchilla-Minguet, 2014; Castillo, Ortega y Ruiz, 2005; Santin y Garatachea, 2010), psíquicos (Prakash, Voss, Erickson y Kramer, 2015; Vicentini, Marques y Martins, 2014) y sociales (Aparicio, Carbonell y Delgado, 2010; Dionigi, 2007) que tiene la práctica de la actividad física en las personas mayores. Entre los efectos positivos que tiene la práctica de actividad física sobre la salud psíquica de las personas mayores, se con-

templa la incidencia en el autoconcepto físico respecto de las propias capacidades del cuerpo (Goñi e Infante, 2010), y en la autoestima de las personas (García, Marín y Bohórquez, 2012). También, los niveles de ansiedad y estrés se ven favorecidos con el ejercicio físico basado en actividades aeróbicas cíclicas de moderada a baja intensidad (Guszkowska, 2004); existe una sensación de bienestar general, disminuyendo los síntomas de depresión (Macía, Caballero y Larios, 2015), y aumentando y conservando la función cognitiva, manteniendo los niveles de atención y aumentando la capacidad de decisión (González, Pedrero, Aparicio, Fuentes y Meléndez, 2015; Liu-Ambrose y Donaldson, 2009). Incluso el cerebro en envejecimiento puede ser receptivo a la plasticidad neuronal y cognitiva cuando se realiza entrenamiento físico adecuado (Rahe et al., 2015).

Diferentes estudios sobre los hábitos de actividad física de las personas mayores (García-Ferrando, 2006; Serra, 2015; Troiano et al., 2008), coinciden en señalar que hay un índice elevado de inactividad en la población, a pesar de los beneficios que se desprenden de la práctica físico-deportiva, y de la apreciación que tienen las personas mayores sobre la actividad física que se corresponde con una valoración positiva y beneficiosa, próxima a hábitos saludables, que les permite estar en contacto con la sociedad y mantenerse ociosos, rompiendo con la monotonía de la vida cotidiana. Cuando se analizan los motivos que esgrimen las personas mayores para la práctica de actividad física o para la inactividad, los principales motivos para realizar actividad física son aquellos relacionados con la salud y el bienestar físico y psíquico, mientras que entre los motivos para

1 Universidad Alfonso X El Sabio de Madrid. Autor de correspondencia. Facultad de Ciencias de la Actividad Física y del Deporte. Universidad Alfonso X El Sabio. Villanueva de la Cañada – Madrid, 20000. E-mail: pjodrjim@uax.es

2 Universidad Alfonso X El Sabio de Madrid

3 Universidad Isabel I de Burgos

no practicar actividad física está la concepción subjetiva de los problemas de salud que poseen las personas mayores (Moreno, Cervelló y Martínez, 2007).

La actividad física constituye un incremento del gasto energético de forma sustancial (Howley, 2001), e incluye tanto las actividades cotidianas que requieren movimiento corporal, como el ejercicio planificado y sistemático. Siguiendo las recomendaciones de la OMS (2010) y del American College of Sports Medicine (2014) en sus directrices generales para personas mayores, se cataloga a una como persona físicamente activa cuando realiza al menos 150 minutos de ejercicio aeróbico moderado a la semana, y quienes no practican ese nivel de ejercicio se catalogan como personas físicamente inactivas (Bull, 2003; Nelson et al., 2007). Para la valoración de los patrones de actividad física, se utilizan métodos de estimación directa, como los acelerómetros o los podómetros, que proporcionan medidas objetivas de la actividad física; y métodos indirectos, como son los registros y los cuestionarios, donde se identifica el tipo de actividad realizada, el propósito, la duración, o la percepción de la intensidad, posibilitando con ello una clasificación global de las personas en activos e inactivos (Guirao, Cabrero-García, Moreno y Muñoz-Mendoza, 2009).

La autoestima y el autoconcepto pueden considerarse índices cognitivos, evaluativos y afectivos que el individuo hace de sí mismo (Goñi y Fernández, 2008). La autoestima, como valoración de uno mismo, supone un proceso de análisis e introspección sobre los propios sentimientos, sobre las características que definen a la persona, y sobre las capacidades y logros; es decir, se entiende como el conjunto de percepciones y evaluaciones que, si bien son dirigidas hacia uno mismo, contienen el punto de vista de los demás, lo cual influye en el modo de ser, de actuar en el mundo y de relacionarse con los demás (Enrique y Muñoz, 2014). El autoconcepto hace referencia a los aspectos cognitivos y descriptivos de la persona, y se identifica con el conocimiento y las creencias que el sujeto tiene de él mismo en todas las dimensiones y aspectos que lo configuran como persona (corporal, psicológico, emocional, social, etc.). Implica una descripción de uno mismo que sirven para distinguir a una persona como única y diferente de todas las demás, siendo numerosos los atributos que pueden servir para configurar el autoconcepto; aunque a menudo están relacionados con los elementos físicos (Guillén y Ramírez, 2011).

El autoconcepto físico se entiende como un conjunto de percepciones que tienen los individuos sobre sus habilidades y sobre su apariencia física (Rodríguez, Axpe y Goñi, 2015). En la evolución del autoconcepto físico en las personas mayores (Infante et al., 2011), se confirma que, las autopercepciones de habilidad física, fuerza y autoconcepto general, son significativamente peores que en el tramo anterior de personas adultas, lo que puede ser un reflejo de la disminución de las capacidades físicas y de los cambios en la estructura corporal de las personas mayores; por otra parte, la percepción sobre el atractivo físico se convierte en una dimensión del autoconcepto físico que tiende a mejorar con la edad

(Esnaola, 2008; Tiggemann, 2004). En cuanto a la relación del autoconcepto físico con otros factores vinculados, se ha comprobado la existencia de relación con los hábitos de vida saludables en general (Ruiz, 2007), con la percepción de control sobre los acontecimientos de la vida y los cambios asociados al proceso de envejecimiento (Vera, Domínguez, Laborín, Batista y Seabra, 2007), con el bienestar psicológico (Rodríguez y Esnaola, 2008), y también se ha encontrado relación con la práctica de actividad física, donde se confirma la premisa de a mayor cantidad de ejercicio físico realizado mejores son las autopercepciones físicas de los individuos (Contreras, Fernández, García, Palou y Ponseti, 2010).

En personas mayores, una sistemática frecuencia de actividad física aparece asociada con índices elevados de autoconcepto físico (Dieppa, Marchago, Luján y Guillén, 2008), comprobándose correlaciones positivas entre la autopercepción de la condición física, el autoconcepto general y la salud física (Taylor y Fox, 2005). Los beneficios potenciales que proporciona la actividad física, en el autoconcepto, la autoestima y la percepción de la salud, son especialmente importantes para la salud y el bienestar de las personas. Siguiendo los planteamientos de Fox (1999), se han realizado numerosas investigaciones que apoyan la relación entre la práctica de actividad física y los sistemas de autopercepción de las personas, estableciéndose una correspondencia directa entre la práctica de la actividad física y la mejora en la valoración de los constructos perceptivos.

El objetivo general de este estudio es analizar la relación entre la percepción de la salud, la autoestima y el autoconcepto físico en personas mayores en función de la actividad física.

Método

Participantes

La muestra estuvo compuesta por 130 personas cuyas edades oscilaban entre los 63 y los 75 años ($M = 67.3$ y $DT = 3.14$), y que colaboraron de forma voluntaria en este estudio. La selección de los participantes se realizó a través de un muestreo no probabilístico y circunstancial, entre usuarios de centros de día de la Comunidad de Madrid. Una vez recogidos los diarios de actividad física, y establecido el patrón de actividad de cada uno de los participantes, se constituyeron dos grupos, uno de personas físicamente activas con 70 participantes, y otro grupo de personas físicamente inactivas de 60 participantes. En los datos de edad, para el grupo de personas físicamente activas, la media fue de 67.16 años y la desviación típica 2.85, mientras que, para el grupo de personas físicamente inactivas, la media fue de 67.47 años y la desviación típica 3.47.

Instrumentos

En la realización de este estudio se utilizó una batería de tres pruebas y un registro de actividad física para su cumplimentación de forma individual.

Para determinar el patrón de actividad física que corresponde a los participantes, y poder establecer los dos grupos del estudio, se utilizó un registro de actividad física de cada participante, siguiendo las indicaciones de Ainsworth et al. (1993), donde se identificaba el tipo de actividad cotidiana que realizaban (p. ej.: tareas domésticas, desplazamientos, actividades de ocio), el ejercicio específico y sistemático (p. ej: fitness, pesas, participación en cualquier modalidad deportiva), la duración de cada actividad (en minutos semanales) y la percepción del esfuerzo (leve, moderado o fuerte). Los participantes debían registrar cada actividad, su duración y la percepción del esfuerzo, durante dos semanas para establecer la cantidad e intensidad de la actividad física, y constituir los dos grupos de estudio, el de personas físicamente activas cuando hacían al menos 150 minutos por semana de ejercicio aeróbico moderado, y el grupo de personas físicamente inactivas cuando no realizaban ese nivel estipulado.

La autoestima se evaluó a través de la prueba estandarizada Self-Esteem Scale de Rosenberg (1965) en la adaptación española de Atienza, Moreno y Balaguer (2000). Es una prueba creada para medir unidimensionalmente la Autoestima Global de la persona. Está compuesta por 10 ítems, cuyos contenidos se centran en los sentimientos de respeto y aceptación de sí mismo; para controlar el efecto de la aquiescencia, cinco ítems están enunciados de forma positiva y otros cinco ítems de forma negativa. En este estudio, el índice de fiabilidad interna para el instrumento ha sido de un Alpha de Cronbach de $\alpha = .77$.

El autoconcepto físico se evaluó con la prueba Physical Self-Perception Profile (PSPP) de Fox y Corbin (1989) en la adaptación española de Moreno y Cervelló (2005). Es una prueba diseñada para evaluar percepciones del self físico desde una perspectiva multidimensional y jerárquica, que determina cinco factores: Condición Física, Apariencia, Competencia Percibida, Fuerza, y Autoconcepto General. Las diferentes investigaciones que han analizado la fiabilidad de este instrumento han mostrado que la consistencia interna de sus sub-escalas, así como la estabilidad temporal de sus puntuaciones es adecuada. En este estudio, el coeficiente de fiabilidad encontrado para la prueba ha sido $\alpha = .91$, y para las variables medidas, los coeficientes de fiabilidad fueron: Condición Física ($\alpha = .78$), Apariencia ($\alpha = .73$), Competencia Percibida ($\alpha = .82$), Fuerza ($\alpha = .71$) y Autoconcepto General ($\alpha = .70$). Esta prueba consta de 30 ítems, y para controlar la aquiescencia, algunos ítems son enunciados de forma positiva y otros ítems son enunciados de forma negativa; la respuesta se realiza mediante una escala tipo Likert de 1 (*Totalmente en desacuerdo*) a 4 (*Totalmente de acuerdo*).

Para valorar la calidad de vida relacionada con la salud, se ha utilizado el Cuestionario de Salud SF-36 de Ware y Sherbourne (1992), en la adaptación española de Alonso, Prieto y Antó (1995). Consta de 36 ítems que exploran 8 dimensiones de los estados tanto positivos como negativos de la salud: Función Física, Rol Físico, Dolor Corporal, Salud General, Vitalidad, Función Social, Rol Emocional, y

Salud Mental. En este estudio, el coeficiente de fiabilidad encontrado para la prueba ha sido $\alpha = .93$, y para las variables medidas: Función Física ($\alpha = .82$), Rol Físico ($\alpha = .80$), Dolor Corporal ($\alpha = .79$), Salud General ($\alpha = .76$), Vitalidad ($\alpha = .80$), Función Social ($\alpha = .65$), Rol Emocional ($\alpha = .62$) y Salud Mental ($\alpha = .81$).

Procedimiento

Con el listado de los usuarios de centros de día de la Comunidad de Madrid, se establecieron grupos informativos de personas que tenían entre 63 y 75 años para explicar la finalidad del estudio. Una vez obtenido el consentimiento informado de su participación, se les aplicó la batería de pruebas, en primer lugar, se aplicó la Self-Esteem Scale, cinco minutos después de terminar, cumplieron el Physical Self-Perception Profile (PSPP), y quince minutos después de terminar esta prueba se administró el Cuestionario de Salud SF-36. Toda la sesión se llevó a cabo en una sala del centro de día para personas mayores, acondicionada para la ubicación de un grupo de veinte personas sentadas, con mesa para poder escribir y provista de luz natural. El responsable de la investigación permaneció en la sala durante la aplicación de las pruebas, y contó con la colaboración de tres personas que estaban disponibles para resolver dudas, supervisar la correcta cumplimentación de las respuestas y ayudar en la comprensión de las preguntas. Cuando terminaron de cumplimentar la batería de pruebas, se les dio la hoja de registro de actividad física explicándoles cómo debían anotar la actividad cotidiana y los ejercicios específicos durante los siguientes quince días. Las hojas se recogieron en los centros de día donde los participantes eran usuarios.

Análisis de los datos

Se analizó la consistencia interna de las pruebas mediante el coeficiente alfa de Cronbach; con el fin de contrastar los dos grupos de participantes, los físicamente activos y los físicamente inactivos, se comprobó el supuesto de normalidad de la distribución de las variables mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov, se utilizó la prueba T de Student para muestras independientes en aquellos casos en los que al aplicar la prueba de Levene existía homogeneidad de varianzas, en este caso en la variable autoestima, y en los casos en los que la distribución no era normal, se realizó el análisis inferencial mediante la prueba U de Mann-Whitney. Para examinar la relación entre el autoconcepto físico y la percepción de la salud en los participantes en función de la actividad física que practican, se realizaron análisis de varianzas multivariados (MANOVA) tomando como variables dependientes las dimensiones del autoconcepto físico (Condición Física, Apariencia Física, Competencia Percibida, Fuerza y Autoconcepto General), y como factores fijos el nivel de actividad física que determina ser físicamente activos o inactivos, y las dimensiones sobre la percepción de la salud (Función Física, Rol Físico, Dolor Corporal, Salud General, Vitalidad, Función Social, Rol Emocional, y Salud Mental); en todos las pruebas se calculó el tamaño del efecto, mediante el índice *eta cuadrado parcial*

($p < .05$), categorizado como pequeño = 0.01, mediano = 0.06, y grande = 0.14. Los análisis estadísticos fueron realizados con el software IBM SPSS Statistics, Versión 21.0.

Resultados

Tabla 1

Datos descriptivos para las dimensiones de las pruebas estudiadas en función del Nivel de Actividad Física (Activos e Inactivos).

| Variables | Activos (n = 70) | | Inactivos (n = 60) | |
|-----------------------|---------------------|------|-----------------------|------|
| | M | DE | M | DE |
| Autoestima Global | 31.79 | 4.10 | 29.58 | 4.37 |
| Condición Física | 15.79 | 2.93 | 12.58 | 2.33 |
| Apariencia Física | 21.44 | 3.03 | 19.57 | 3.78 |
| Competencia Percibida | 14.66 | 3.12 | 11.82 | 3.10 |
| Fuerza | 13.07 | 2.14 | 11.80 | 1.92 |

Tabla 2

Diferencias de medias en la variable Autoestima Global

| | | Prueba de Levene para la igualdad de varianzas | | Prueba T para la igualdad de medias | | |
|-------------------|----------------------------------|--|------|-------------------------------------|-----|------------------|
| | | F | Sig. | t | gl | Sig. (bilateral) |
| AUTOESTIMA GLOBAL | Se han asumido varianzas iguales | .233 | .630 | 2.963 | 128 | .004(*) |

En las variables pertenecientes a la prueba Physical Self-Perception Profile (PSP) que definen el Autoconcepto Físico, los resultados obtenidos indican que las personas mayores físicamente activas tienen una perspectiva sobre su estado y aspecto físico mejor que las personas mayores físicamente inactivas; estas diferencias son estadísticamente significativas en todas las variables analizadas: Condición Física $p = .000$ ($U = 828.50$; $p < .01$), Apariencia Física $p = .002$ ($U = 1447.50$; $p < .01$), Competencia Percibida $p = .000$ ($U = 1099.00$; $p < .01$), Fuerza $p = .001$ ($U = 1402.00$; $p < .01$), y Autoconcepto General $p = .001$ ($U = 1363.50$; $p < .01$).

Tabla 3

Valores del contraste y nivel de significación para las variables del Autoconcepto Físico

| Variable | U de Mann-Whitney | |
|-----------------------|--------------------------|---------------|
| | Estadístico de contraste | Sig. asintót. |
| CONDICIÓN FÍSICA | 828.50 | .000(*) |
| APARIENCIA FÍSICA | 1447.50 | .002(*) |
| COMPETENCIA PERCIBIDA | 1099.00 | .000(*) |
| FUERZA | 1402.00 | .001(*) |
| AUTOCONCEPTO GENERAL | 1363.50 | .001(*) |

Respecto de la percepción que tienen las personas mayores sobre su salud, encontramos que hay diferencias

| | | | | |
|----------------------|-------|-------|-------|-------|
| Autoconcepto General | 13.09 | 2.35 | 11.65 | 2.40 |
| Función Física | 86.14 | 14.35 | 78.17 | 16.08 |
| Rol Físico | 89.64 | 24.26 | 65.42 | 35.98 |
| Dolor Corporal | 84.18 | 17.70 | 66.54 | 20.46 |
| Salud General | 66.00 | 15.82 | 53.00 | 15.49 |
| Vitalidad | 73.64 | 15.62 | 57.83 | 14.74 |
| Función Social | 89.43 | 16.09 | 81.04 | 18.38 |
| Rol Emocional | 89.52 | 25.09 | 75.56 | 36.76 |
| Salud Mental | 79.37 | 15.75 | 68.27 | 16.30 |

Los resultados descriptivos (media y desviación típica) para las diferentes dimensiones de las pruebas aplicadas, en función del nivel de actividad física que practican, se presentan en la Tabla 1.

Los participantes pertenecientes al grupo de personas físicamente activas presentan un nivel de Autoestima Global ($M = 31.79$; $DT = 4.10$) más elevado que aquellos pertenecientes al grupo de personas físicamente inactivas ($M = 29.58$; $DT = 4.37$), siendo esta diferencia de medias estadísticamente significativa $p = .004$ ($t_{128} = 2.963$; $p < .01$).

estadísticamente significativas en todas las dimensiones evaluadas por el Cuestionario de Salud SF-36, siendo mejores los niveles de salud percibida por el grupo de personas físicamente activas que en el grupo de personas físicamente inactivas: Función Física $p = .001$ ($U = 1400.50$; $p < .01$), Rol Físico $p = .000$ ($U = 1204.50$; $p < .01$), Dolor Corporal $p = .000$ ($U = 984.50$; $p < .01$), Salud General $p = .000$ ($U = 1210.50$; $p < .01$), Vitalidad $p = .000$ ($U = 963.50$; $p < .01$), Función Social $p = .001$ ($U = 1451.00$; $p < .01$), Rol Emocional $p = .020$ ($U = 1708.00$; $p < .05$), y Salud Mental $p = .000$ ($U = 1225.50$; $p < .01$).

Tabla 4

Variables de contraste y nivel de significación de la percepción de la Salud

| Variable | U de Mann-Whitney | |
|----------------|--------------------------|---------------|
| | Estadístico de contraste | Sig. asintót. |
| FUNCIÓN FÍSICA | 1400.50 | .001(*) |
| ROL FÍSICO | 1204.50 | .000(*) |
| DOLOR CORPORAL | 984.50 | .000(*) |
| SALUD GENERAL | 1210.50 | .000(*) |
| VITALIDAD | 963.50 | .000(*) |
| FUNCIÓN SOCIAL | 1451.00 | .001(*) |
| ROL EMOCIONAL | 1708.00 | .020(*) |
| SALUD MENTAL | 1225.50 | .000(*) |

Los resultados en el análisis de varianza multivariados (MANOVA) mostraron diferencias significativas en Rol Físico (*Traza de Pillai* = .90; $F(1,128) = 1.68$; $p = .046$; $TE = .24$; $PE = .84$) y Salud General (*Traza de Pillai* = 1.97; $F(1,128) = 1.39$; $p = .049$; $TE = .42$; $PE = .99$); no determinando diferencias significativas en la combinación de las variables dependientes (Condición Física, Apariencia Física, Competencia Percibida, Fuerza, Autoestima) para los Niveles de Actividad Física (*Traza de Pillai* = .26; $F(1,128) = 1.85$; $p = .138$; $TE = .26$; $PE = .54$), Función Física (*Traza de Pillai* = 1.64; $F(1,128) = 1.22$; $p = .168$; $TE = .35$; $PE = .97$), Dolor Corporal (*Traza de Pillai* = 1.49; $F(1,128) = .98$; $p = .523$; $TE = .32$; $PE = .93$), Vitalidad (*Traza de Pillai* = 1.51; $F(1,128) = 1.00$; $p = .485$; $TE = .32$; $PE = .94$), Función Social (*Traza de Pillai* = 1.64; $F(1,128) = 1.22$; $p = .172$; $TE = .35$; $PE = .98$), Rol Emocional (*Traza de Pillai* = .39; $F(1,128) = .83$; $p = .640$; $TE = .14$; $PE = .45$), Salud Mental (*Traza de Pillai* = 1.90; $F(1,128) = 1.08$; $p = .380$; $TE = .41$; $PE = .98$), Transición (*Traza de Pillai* = .79; $F(1,128) = 1.43$; $p = .120$; $TE = .23$; $PE = .83$).

Por su parte, analizando cada una de las variables dependientes por separado, se observan diferencias significativas en los Niveles de Actividad Física en relación a la Condición Física ($F(1,128) = 6.43$; $p = .017$; $TE = .18$; $PE = .69$), Competencia percibida ($F(1,128) = 4.70$; $p = .038$; $TE = .14$; $PE = .56$) y Autoestima ($F(1,128) = 6.32$; $p = .018$; $TE = .17$; $PE = .68$). También se producen diferencias estadísticamente significativas en relación al Rol Físico con la Competencia Percibida ($F(1,128) = 3.25$; $p = .025$; $TE = .30$; $PE = .77$), a la Salud General respecto a la Fuerza ($F(1,128) = 6.83$; $p = .042$; $TE = .50$; $PE = .86$) y al Rol Emocional frente a la Apariencia Física ($F(1,128) = 3.02$; $p = .045$; $TE = .23$; $PE = .65$). Además, se observa también una tendencia a la significación estadística en relación al Rol Físico con la Condición Física ($F(1,128) = 2.65$; $p = .053$; $TE = .26$; $PE = .67$), y con la Fuerza ($F(1,128) = 2.60$; $p = .056$; $TE = .26$; $PE = .66$).

Discusión

De los resultados obtenidos en este estudio se deduce que, la actividad física, realizada de una forma regular y constante, tiene efectos positivos sobre los componentes relacionados con la autoestima y la autopercepción física en las personas mayores, lo que concuerda con los datos obtenidos en otros estudios (Castellón, 2003; Gallegos et al., 2003; Infante, Goñi y Villarreal, 2011). Cuando los individuos se mantienen físicamente activos, presentan mejores niveles de aceptación y valoración de sí mismos, en relación con aquellos individuos que están físicamente inactivos o sedentarios; esta conclusión está en consonancia con otros estudios (De Juanas, Limón y Navarro, 2013; García y Froment, 2018; García, Marín y Bohórquez, 2012; Mänty et al., 2009), donde la persona mayor que se encuentra activa físicamente, genera un patrón de afrontamiento de la vejez enmarcado por la valía y la consideración positiva sobre la

propia capacidad de asumir retos en la vida; es decir, existe una correlación positiva entre mantenerse físicamente activo y mejor autoestima.

Según los resultados obtenidos en el autoconcepto físico, la percepción que la persona mayor tiene respecto de sus habilidades y sobre su apariencia física, se ve influenciada de manera positiva con la participación, de forma regular y constante, en actividades físicas (Goñi e Infante, 2010). El estado físico de las personas mayores influye en la percepción de su capacidad para realizar actividades que requieren esfuerzo físico; así, la condición física necesaria para la resistencia y la confianza en el estado físico, la competencia percibida para el desarrollo de práctica en diferentes contextos, y la sensación de fuerza cuando se afrontan las tareas, constituyen ámbitos donde la preparación física y el entrenamiento posibilitan una percepción positiva. Además, se añade la satisfacción con uno mismo por las capacidades y los objetivos logrados, y la proyección en una imagen corporal más atractiva.

En cuanto a la competencia percibida, existen diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de personas físicamente activas y físicamente inactivas, obteniendo que estar físicamente activo proporciona la sensación de poder interactuar con el entorno de manera efectiva, es decir, con mayor autoeficacia, lo que coincide con las conclusiones de otros estudios (Awick, et al., 2017; Bermúdez, Rueda y Pérez, 2005). Además, la competencia percibida representa un aspecto subjetivo en la valoración del desempeño físico que realizan las personas mayores en sus actividades, lo cual queda reflejado en la relación encontrada entre el rol físico y la competencia percibida. Por otra parte, la apariencia física constituye una valoración subjetiva relacionada con la función emocional que las personas mayores entienden en su relación con el contexto social; así, sentirse bien, satisfecho con la vida y con deseo de relacionarse con los demás, son aspectos que contemplan el rol emocional de las personas.

El factor de salud general percibido por las personas está relacionado con la fuerza muscular, lo que se corresponde con los resultados obtenidos en otros estudios (Chalaped-Narváez y Escobar-Almarino, 2017) donde se constata la importancia de mantenerse físicamente activo para mejorar la fuerza muscular y con ello conservar la funcionalidad y autonomía de las personas mayores.

La calidad de vida relacionada con la salud ha sido considerada como uno de los eslabones principales de un envejecimiento saludable, y como se comprueba en este trabajo, de forma similar a los resultados de otros estudios (Gallegos et al., 2003; Xavier, Ferraz, Marc, Escosteguy y Moriguchi, 2003), las capacidades funcionales de las personas mayores para el desempeño de las tareas laborales y cotidianas, la vitalidad o dinamismo para afrontar los esfuerzos vitales, o la percepción de un estado general de salud física y mental, constituyen dimensiones que se ven influenciadas positivamente por la práctica de actividad física.

En conclusión, los resultados de este estudio corroboran los planteamientos teóricos sobre el proceso del envejecimiento activo que postulan la necesidad de realizar actividad física para mantener un estado de salud adecuado, y con ello, una calidad de vida positiva. Estos beneficios que se obtienen de la práctica de actividad físico-deportiva, tienen sus correlatos en los ámbitos físico, psíquico y social, situándose como uno de los vectores principales en los sistemas de prevención y desarrollo de hábitos saludables.

Las personas mayores que practican actividad física asocian la autoestima con una vertiente más emocional y psicológica que física, en cambio, las personas mayores inactivas asocian la autoestima con variables más físicas. Esto

representa una valoración de la satisfacción en las personas activas con lo que se hace, y la repercusión emocional que tiene la realización de ejercicio físico; en cambio, la inactividad conlleva la asociación de la capacidad física para realizar tareas y movimientos con la valoración del estado individual.

Nota de los autores

Este trabajo ha sido subvencionado en parte por la Fundación Universidad Alfonso X El Sabio con el Programa UAX-Santander 2019.

Perception of health, self-esteem and physical self-concept in elderly persons based on their physical activity

Abstract

The purpose of this study is to analyze the relationship between self-esteem and the dimensions that define physical self-concept, and the perception of health in older people, in relation to the level of physical activity practice they perform. To do this, 130 participants between 63 and 75 years old ($M = 67.3$ and $DT = 3.14$), were classified into two groups, physically active and physically inactive, depending on the level of physical activity they perform; Rosenberg's Self-Esteem Scale, Fox and Corbin's Physical Self-Perception Profile, and SF-36 Health Survey from Ware and Sherbourne were all applied to them. The results show the positive relationship established between being a physically active person and the best levels in self-esteem, physical condition and perceived competence. In addition, it is determined that the physical and emotional role played by people in daily routines, are respectively related to perceived competence and physical appearance.

Keywords: Seniors, Physical activity, Self-concept, Self-Esteem, Health

Percepção da saúde, auto-estima e autoconceito físico em pessoas idosas baseadas em sua atividade física

Resumo

O objetivo deste estudo é analisar a relação entre auto-estima e as dimensões que definem o auto-conceito físico, e a percepção de saúde em idosos, em relação ao nível de atividade física que executam. Para isso, 130 participantes com idade 63 a 75 anos ($M = 67,3$ e $SD = 3,14$), foram classificados em dois grupos, fisicamente ativos e fisicamente inativos, dependendo do nível da atividade física que realizam; A Self-Esteem Scale de Rosenberg, Physical Self-Perception Profile de Fox y Corbin e o Questionário de Salud SF-36 de Ware e Sherbourne, foram todos aplicados a eles. Os resultados mostram a relação positiva estabelecida entre ser uma pessoa fisicamente ativa e os melhores níveis de autoestima, condição física e competência percebida. Além disso, determina-se que o papel físico e emocional desempenhado pelas pessoas nas rotinas diárias esteja relacionado, respectivamente, à competência percebida e à aparência física.

Palabras chave: Idosos, Atividade Física, Autoconceito, Auto-estima, Saúde

Referencias

- Ainsworth, B.E., Haskell, W.L., Leon, A.S., Jacobs, D.R., Montoye, H.J., Sallis, J.F. et al. (1993). Compendium of physical activities: Classification of energy costs of human physical activities. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 25(1), 71-78. doi: 10.1249/00005768-199301000-00011.
- Alonso, J., Prieto, L. y Antó, J.M. (1995). La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): Un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Medicina Clínica*, 104(20), 771-776.
- American College of Sports Medicine – ACSM (2014). *ACSM's guidelines for exercise testing and prescription* (9th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.
- Aparicio, V.A., Carbonell, A. y Delgado, M. (2010). Beneficios de la actividad física en personas mayores. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte*, 10(40), 556-576.
- Atienza, F.L., Moreno, Y. y Balaguer, I. (2000). Análisis de la dimensionalidad de la Escala de Autoestima de Rosenberg en una muestra de adolescentes valencianos. *Revista de Psicología. Universitas Tarraconensis*, 22, 29-42.
- Awick, E.A., Ehlers, D., Fanning, J., Philips, M.S., Wójcicki, T., Mackenzie, M.J., Motl, R. y McAuley, E. (2017). Effects of a home-based DVD-Delivered physical activity program on self-esteem in older adults: Results from a randomized controlled trial. *Psychosomatic Medicine*, 79(1), 71-80. doi: 10.1097/PSY.0000000000000358.

- Bermúdez, J.B., Rueda, B. y Pérez, A.M. (2005). Estudio de la competencia percibida a partir de sus dos componentes. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 58(1), 75-88.
- Bull, F. (2003). Defining psysical inactivity. *Lancet*, 361(9353), 258-259. doi: 10.1016/S0140-6736(03)12290-8.
- Castellón, A. (2003). Calidad de vida en la atención al mayor. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 13(3), 188-192.
- Castillo-Rodríguez, A. y Chinchilla-Minguet, J.L. (2014). Cardiovascular program to improve physical fitness in those over 60 years old – pilot study. *Journal of Clinical Interventions in Aging*, 9, 1269-1275.
- Castillo, M.J., Ortega, F.B. y Ruiz, J. (2005). Improvement of physical fitness as anti-aging intervention. *Medicina Clínica*, 124(4), 146-155.
- Chalaped-Narváez, L.M. y Escobar-Almario, A. (2017). Actividad física para mejorar fuerza y equilibrio en el adulto mayor. *Revista Universidad y Salud*, 19(1), 94-101.
- Contreras, O.R., Fernández, J.G., García, L.M., Palou, P. y Ponseti, J. (2010). El autoconcepto físico y su relación con la práctica deportiva en estudiantes adolescentes. *Revista de Psicología del Deporte*, 19(1), 23-39.
- De Juanas, A., Limón, M.R. y Navarro, E. (2013) Análisis del bienestar psicológico, estado de salud percibido y calidad de vida en personas adultas mayores. *Pedagogía Social. Revista Interuniversitaria*, 22, 153-168. doi: 10.7179/PSRI_2013.22.02.
- Dieppa, M., Marchago, J., Luján, I. y Guillén, F. (2008). Autoconcepto general y físico en jóvenes españoles y brasileños que practican actividad física vs. no practicantes. *Revista de Psicología del Deporte*, 17(2), 221-239.
- Dionigi, R. (2007). Resistance training and older adults' beliefs about psychological benefits: The importance of self-efficacy and social interaction. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 29(6), 723-746.
- Enrique, M. y Muñoz, R. (2014). El problema de la autoestima basado en la eficacia. *Revista de Investigación en Psicología Social*, 1(1), 52-58.
- Esnaola, I. (2008). El autoconcepto físico durante el ciclo vital. *Anales de Psicología*, 24(1), 1-8.
- Fox, K. (1999). Self-esteem and quality of live in exercise and sport. En V. Hosek, P. Tilinger y L. Bilek (Eds.), *Psychology of sport exercise: Enhancing the quality of live* (pp. 12-19). Proceedings of the 10th European Congress of Sport Psychology. Prague: FEPSAC.
- Fox, K. y Corbin, C. (1989). The Physical Self-Perception Profile: Development and preliminary validation. *Journal of Sports and Exercise Psychology*, 11(4), 408-430.
- Gallegos, K., Durán, J.L., López, L. y López, M. (2003). Associated factors to quality of life in ederly people in Morelos. *Revista de Investigación Clínica*, 55(3), 260-269.
- García, A.J. y Froment, F. (2018). Beneficios de la actividad física sobre la autoestima y la calidad de vida de personas mayores. *Retos*, 33, 3-9.
- García, A.J., Marín, M. y Bohórquez, M.R. (2012). Autoestima como variable psicosocial predictora de la actividad física en personas mayores. *Revista de Psicología del Deporte*, 21(1), 195-200.
- García-Ferrando, M. (2006). *Postmodernidad y deporte: Entre la individualización y la masificación. Encuesta sobre hábitos deportivos de los españoles, 2005*. Madrid: CIS-CSD.
- Gómez-Cabello, A., Vicente, G., Vila-Maldonado, S., Casajús, J.A. y Ara, I. (2012). Envejecimiento y composición corporal: la obesidad sarcopénica en España. *Nutrición Hospitalaria*, 27(1), 22-30.
- González, M., Pedrero, R., Aparicio, R. Fuentes, F. y Meléndez, A. (2015). Ejercicio físico y envejecimiento: Aspectos cognitivos y de calidad de vida. En P. Montiel, A. Merino, J.L. Chinchilla y A. Castillo (Comp.), *Longevidad y salud. Innovación en la actividad física*, (pp. 65-72). Málaga: Área de Cultura y Deportes de la Diputación de Málaga.
- Goñi, E. y Fernández, A. (2008). El autoconcepto. En A. Goñi (Ed.), *El autoconcepto físico: Psicología y educación* (pp. 23-58). Madrid: Pirámide.
- Goñi, E. e Infante, G. (2010). Actividad físico-deportiva, autoconcepto físico y satisfacción con la vida. *European Journal of Education and Psychology*, 3(2), 199-208. doi: 10.1989/ejep.v3i2.60.
- Guillén, F. y Ramírez, M. (2011). Relación entre el autoconcepto y la condición física en alumnos del tercer ciclo de primaria. *Revista de Psicología del Deporte*, 20(1), 45-59.
- Guirao, J.A., Cabrero-García, J., Moreno, J. y Muñoz-Mendoza, C.L. (2009). Revisión estructurada de los cuestionarios y escalas que miden la actividad física en los adultos mayores y ancianos. *Gaceta Sanitaria*, 23(4), 51-67. doi: 10.1016/j.gaceta.2009.03.002.
- Guszkowska, M. (2004). Effects of exercise on anxiety, depression and mood. *Psychiatria Polska*, 38(4), 611-620.
- Howley, E.T. (2001). Type of activity: Resistance, aerobic and leisure versus occupational physical activity. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 33(6 Suppl), S364-369.
- Infante, G., Goñi, A. y Villarroel, J.D. (2011). Actividad física y autoconcepto, físico y general, a lo largo de la edad adulta. *Revista de Psicología del Deporte*, 20(2), 429-444.
- Liu-Ambrose, T. y Donaldson, M.G. (2009). Exercise and cognition in older adults: Is there a role for resistance training programmes? *British Journal of Sports Medicine*, 43(1), 25-27. doi: 10.1136/bjism.2008.055616.

- Macía, P., Caballero, M.D. y Larios, M.J. (2015). El ejercicio físico como factor condicionante en la prevalencia de la depresión en ancianos. En P. Montiel, A. Merino, J.L. Chinchilla y A. Castillo (Comp.), *Longevidad y salud. Innovación en la actividad física*. (pp. 403–411). Málaga: Área de Cultura y Deportes de la Diputación de Málaga.
- Mänty, M., Heinonen, A., Leinonen, R., Törmäkangas, T., Hirvensalo, M., Kallinen, M. et al. (2009). Long-term effect of physical activity counseling on mobility limitation among older people: A randomized controlled study. *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, 64(1), 83–89. doi: 10.1093/gerona/gln029.
- Moreno, J.A. y Cervelló, E. (2005). Physical self-perception in spanish adolescents: Gender and involvement in physical activity effects. *Journal of Human Movement Studies*, 48, 291–311.
- Moreno, J.A., Cervelló, E. y Martínez, A. (2007). Validación de la Escala de Medida de los Motivos para la Actividad Física-Revisada en españoles: Diferencias por motivos de participación. *Anales de Psicología*, 23(1), 167–176.
- Nelson, M.E., Rejeski, W.J., Blair, S.N., Duncan, P.W., Judge, J.O., King, A.C. et al. (2007). Physical activity and public health in older adults. Recommendation from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 39(8), 1435–1445. doi: 10.1249/mss.0b013e3180616aa2.
- Organización Mundial de la Salud – OMS (2010). *Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Prakash, R., Voss, M., Erickson, K. y Kramer, A. (2015). Physical activity and cognitive vitality. *Annual Review of Psychology*, 66(3), 769–797. doi: 10.1146/annurev-psych-010814-015249.
- Rahe, J., Petrelli, A., Kaesberg, S., Fink, G.R., Kessler, J. y Kalbe, E. (2015). Effects of cognitive training with additional physical activity compared to pure cognitive training in healthy older adults. *Journal of Clinical Interventions in Aging*, 10, 297–310. doi: 10.2147/CIA.S74071.
- Rodríguez, A. y Esnaola, A. (2008). Los trastornos de la conducta alimentaria y el autoconcepto físico. En A. Goñi (Ed.), *El autoconcepto físico: Psicología y educación* (pp. 173–192). Madrid: Pirámide.
- Rodríguez, A., Axpe, I. y Goñi, A. (2015). Propiedades psicométricas de una versión abreviada del Cuestionario de Autoconcepto Físico (CAF). *Actas Españolas de Psiquiatría*, 43(4), 125–132.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, N.J.: Princeton University Press.
- Ruiz, S. (2007). *El autoconcepto físico: Estructura interna, medida y variabilidad*. Bilbao: Universidad del País Vasco.
- Santin, F. y Garatachea, N. (2010). Efectos musculoesqueléticos del entrenamiento con vibraciones en ancianos. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 45(5), 281–284.
- Serra, J.A. (2015). Actividad física y personas mayores. En P. Montiel, A. Merino, J.L. Chinchilla y A. Castillo (Comp.), *Longevidad y salud. Innovación en la actividad física*. (pp. 21–27). Málaga: Área de Cultura y Deportes de la Diputación de Málaga.
- Taylor, A.H. y Fox, K.R. (2005). Effectiveness of a primary care exercise referral intervention for changing physical self-perceptions over 9 months. *Health Psychology*, 24(1), 11–21. doi: 10.1037/0278-6133.24.1.11.
- Tiggemann, M. (2004). Body image across the adult life span: Stability and change. *Body Image*, 1(1), 29–41. doi: 10.1016/S1740-1445(03)00002-0.
- Troiano, R.P., Berrigan, D., Dodd, K.W., Mâsse, L.C., Tilert, T. y McDowell, M. (2008). Physical activity in the United States measured by accelerometer. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 40(1), 181–188. doi: 10.1249/mss.b013e31815a51b3.
- Vera, J.A., Domínguez, M.T., Laborín, J.F., Batista, F.J. y Seabra, M. (2007). Autoconcepto, locus de control y orientación al éxito: Sus relaciones predictivas en adultos mayores del noreste brasileño. *Psicología USP*, 18(1), 137–151.
- Vicentini, D., Marques, S.M. y Martins, J. (2014). Qualidade de vida de idosos praticantes de diferentes modalidades de exercício físico. *ConScientiae Saúde*, 13(2), 187–195. doi: 10.5585/ConsSaude.v13n2.4697.
- Ware, J.E. y Sherbourne, C.D. (1992) The MOS 36-item short-form health survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 30(6), 473–483.
- Xavier, F.M., Ferraz, M.P., Marc, N., Escosteguy, N.U. y Moriguchi, E.H. (2003). Elderly people's definition of quality of life. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 25(1), 31–39. doi: 10.1590/S1516-44462003000100007.