

## **Beneficios en la calidad de vida de mujeres entre los 50 y los 81 años de edad al participar en un programa de recreación física grupal**

### **Benefits in the Quality of life of Women Between 50 and 81 Years of Age Participating in a Group Physical Recreation Program**

*José Alberto Madrigal Jiménez*  
*Universidad de Costa Rica, Sede de Occidente,*  
*San Ramón, Alajuela, Costa Rica*  
*jose.madrigaljimenez@ucr.ac.cr*

*Recibido 09-08-2010 • Aceptado 17-09-2010 • Corregido 01-11-2010*

**Resumen:** *El propósito de esta investigación fue profundizar en la experiencia individual y colectiva de mujeres al enfocarse en su percepción de cambios en la calidad de vida durante su participación en un programa de recreación física grupal. El enfoque que orientó este estudio fue mixto, con una predominancia cuantitativa. Participaron voluntariamente 27 mujeres con edades entre los 50 y 81 años, quienes integraban de forma activa el grupo “Manos de Oro” en Barrio Copán, en el cantón de San Ramón, Alajuela. Se puso en práctica un programa de actividades de recreación física grupal de cinco semanas, desarrollado en 15 sesiones de 75 minutos cada una (tres sesiones por semana). Para la medición de los diferentes dominios de la calidad de vida, se utilizó la versión española del Cuestionario de Salud SF-36. También, las participantes realizaron reflexiones personales acerca de cada sesión y, además, se hicieron entrevistas en grupo focal. Los resultados indicaron que el programa de recreación física grupal ayudó a mejorar la percepción de cambios en la calidad de vida de las participantes con respecto a las ocho dimensiones medidas con el Cuestionario de Salud SF-36. Además, se encontraron evidencias de cómo las mejoras en una variable pueden influenciar y cambiar a otras. Con respecto a las reflexiones personales y a las entrevistas en grupo focal, las*

## **Introducción**

Durante muchos años, las personas mayores han enfrentado diferentes retos, tanto de tipo físico como social y emocional. En muchos casos, la vida de estas personas ha estado marcada por los estereotipos del entorno en el cual se desarrollan, además de encontrarse rodeada de mitos que impiden que el proceso de envejecimiento sea placentero y digno (Bonilla y Mata, 1998; Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor [CONAPAM], 2007).

Actualmente, la recreación se ha convertido en un estilo de vida para muchas personas, ya que por medio de esta se pueden promover cambios positivos que conllevan a mejores estados de salud (Ballesteros, 1999).

Las actividades recreativas son de muchos tipos y se clasifican por modalidades, dentro de las cuales se pueden mencionar: actividades deportivas,

*participantes percibieron la calidad de vida como tener libertad e independencia, tener buena salud y tener buena convivencia familiar. También afirmaron tener una vida con calidad, por razones tales como tener estabilidad y convivencia, poder ejercitarse y sentirse bien. Asimismo, percibieron beneficios de las actividades de recreación física en las que participaron, como el hecho de sentirse mejor, ser más funcionales, flexibles y sentir menos dolor corporal. Con el estudio se concluyó que el programa de recreación física produjo mejoras significativas en la percepción de cambios en la calidad de vida de las participantes, así como una serie de beneficios auto-percibidos, lo cual puede ser un estímulo para que ellas adopten la recreación física como parte de sus actividades recreativas y forme parte de su estilo de vida.*

**Palabras clave:** *Calidad de vida, personas mayores, recreación física, envejecimiento, cuestionario de salud SF-36.*

**Abstract:** *The purpose of this research was to delve deeper into the individual and collective experience of women between the ages of fifty (50) and eighty-one (81) years old, focusing on the perception of changes in their quality of life during their participation in a physical recreational group program. This work was oriented by a fusion of approaches in which the qualitative was the predominant. There were twenty-seven (27) women between the ages of fifty (50) and eighty-one (81) years old who voluntarily participated and integrated into the group "Manos de Oro" in the Copan neighborhood, located in San Ramon, Alajuela. A physical recreational group activity program was put into practice for five weeks, in which fifteen sessions of seventy-five minutes each were developed (three sessions per week). To measure the different quality lifestyle domains, the Spanish version of the Health Questionnaire SF-36 was used. Also, personal opinions and focus group interviews were taken into account during each session. The results indicated that the physical recreational group program helped to enhance the perception of the participants' changes in their quality of life in respect to the eight dimensions measured with the Health Questionnaire SF-36. Also, evidence of how the improvement of one variable can influence changes in another variable were found. In regards to personal experiences and the focal interviews, the participants perceived their quality of life as: being free and independent, having good health and good family rapport. They also claimed to have a good quality of life, for reasons such as having stability and coexistence, being able to exercise and feeling good. Likewise, they perceived benefits from physical recreation activities in which they participated, such as feeling better, being more functional, being flexible*

artísticas, culturales, pedagógicas, sociales, terapéuticas, ambientales y turísticas, además de un gran número de pasatiempos. Estas actividades se pueden realizar en sitios cerrados o al aire libre, y algunas utilizan la música, el arte y el juego como herramienta para el desarrollo de destrezas (Barrios, Borges y Cardoso, 2003; Salazar, 2007).

Además de la importancia que tiene la recreación en la vida de las personas, la práctica de actividades de recreación física, por su parte, juega un papel de gran relevancia en el mantenimiento no solo de la salud física, sino también de la salud mental y emocional (Ballester, 1999; Ospina, 2001; Salazar, 2007).

Según Pereira y Baptista (2008), la capacidad para realizar las actividades de la vida diaria se asocia con la función física, la cual se deteriora con la edad. En este sentido, se menciona que el ejercicio físico provoca efectos beneficiosos en las áreas fisiológica, psicológica y social, lo cual es una razón de peso para que las personas mayores realicen alguna actividad de este tipo y así puedan mejorar su calidad de vida (Lago, 2005; Salinas, Cocca, Ocaña y Viciano, 2007).

Después de los 60 años, el cuerpo es más sensible al sedentarismo, la capacidad funcional se pierde con más facilidad y su recuperación es más lenta, y aunque esta es posible de alcanzar a cualquier edad, conforme la persona envejece dicho proceso es más lento y difícil de lograr (Duarte, 2005).

En las personas mayores, particularmente las mujeres, existe una tendencia a disminuir la cantidad de actividades físico-recreativas que realizan conforme avanza la edad. Esta situación es asociada por algunos autores a la inactividad, al sedentarismo y, en cierta medida, a factores sociales (Fernández y Méndez 2007; Paglilla, 2001).

De la misma forma, se puede mencionar que los cambios experimentados durante el envejecimiento producen

*and feeling less bodily pain. The study concluded that the physical recreation program produced significant improvements in the subjective perception of changes in the quality of life of participants as well as a series of self-perceived benefits, which can be a stimulus to adopt physical recreation as part of their leisure activities and lifestyle.*

**Key words:** *Quality of life, subjective perception, older people, physical recreation, getting old, Health Questionnaire SF-36.*

reducciones en la función física, lo cual es catalogado como uno de los principales problemas de salud pública, especialmente en las mujeres (Valentine, Misisic, Ebersole y Evans, 2008).

Cabe mencionar que no existe una edad establecida para realizar recreación física, ya que mantenerse en forma es una tarea de toda la vida. Este tipo de actividades se pueden iniciar en el momento que se decida (Duarte, 2005).

Según Ballesteros (1999), las actividades de recreación física programada y sistemática que sean ofrecidas a personas adultas mayores pueden contribuir a mejorar significativamente su bienestar físico, mental y emocional, lo cual beneficia su calidad de vida. También, Duarte (2005) afirma que “el ejercicio físico es uno de los pilares fundamentales de un envejecimiento exitoso, que no es más que llegar a una vejez y transitar por ella con calidad de vida, felices, con plenitud y autonomía” (p. 76).

En este punto, es necesario mencionar la importancia que tiene para la vida de las personas, la práctica de actividades recreativas en general y específicamente la participación en actividades de recreación física, sin importar edad, sexo, condición social o creencias que estas posean. La recreación debe ser vista y adoptada como un estilo de vida, la cual puede mejorar la salud de forma integral y producir beneficios para las diferentes dimensiones que componen el concepto de calidad de vida en el ser humano.

Los objetivos que orientaron esta investigación fueron los siguientes:

### **Objetivo General**

Desarrollar una experiencia individual y colectiva de mujeres entre 50 y 81 años mediante su participación en un programa de recreación física grupal y establecer su percepción de cambios en la calidad de vida.

## Objetivos Específicos

1. Describir cambios en indicadores subjetivos de calidad de vida (función física, desempeño físico, desempeño emocional, vitalidad, salud mental, función social, dolor físico y salud general) en el grupo de mujeres participantes.
2. Analizar el concepto de calidad de vida y la percepción de la calidad con que se vive en el grupo.
3. Identificar beneficios percibidos en varios aspectos relacionados con la calidad de vida en el grupo durante su participación en un programa de recreación física grupal.

## Marco Conceptual

Para posicionarse en la temática de investigación es necesario ampliar los siguientes conceptos:

### Recreación

Es la realización de actividades agradables, en las cuales se participa durante el tiempo libre y que fomentan el uso positivo del mismo. Dichas actividades promueven y contribuyen con el desarrollo integral de las personas, lo cual se alcanza por medio de experiencias significativas de educación no formal, que producen disfrute o gozo y cuya selección y participación es de forma voluntaria (Salazar, 2007, 2008).

### Recreación física

Es la realización de actividades físicas durante el tiempo libre, las cuales favorecen el mantenimiento, desarrollo y recuperación de habilidades diversas, además de facilitar experiencias que contribuyan al bienestar y a la autoestima de las personas participantes, al establecimiento de

relaciones interpersonales, a la integración social de los sujetos y a mejorar la autonomía, la salud y el bienestar psicológico.

Dentro de la recreación física, se pueden encontrar: los deportes individuales, en parejas o colectivos; juegos organizados, juegos tradicionales y actividades de acondicionamiento físico y motriz, entre otras (Ospina, 2001; Salazar, 2007).

### Concepto de calidad de vida relacionado con la salud

La esencia del concepto de calidad de vida relacionado con la salud está en reconocer que la percepción de las personas sobre su estado de bienestar físico, psíquico, social y espiritual depende en gran medida de sus valores, creencias, contexto cultural e historia personal (Schwartzmann, 2003).

El término “calidad de vida relacionado con la salud” surge como un concepto que hace referencia a valoraciones de la percepción de la salud por parte del individuo, ya que este acumula aspectos tanto objetivos como subjetivos (Robinson, 2007).

Para comprender claramente el concepto anterior, es necesario conocer detalladamente las definiciones y opiniones de diversos autores, las cuales se revisaron para responder la siguiente pregunta.

### ¿Qué es Calidad de Vida?

Es la percepción que tiene el individuo de su posición en la vida, en el contexto de la cultura y en el sistema de valores que vive, en relación con sus objetivos, expectativas, patrones y preocupaciones (The World Health Organization Quality of Life Assessment Group WHOQOL GROUP, 1995).

Calidad de vida es un concepto subjetivo y multidimensional, construido por la experiencia de cada persona al considerar el contexto de la cultura y el sistema de valores en los que esté inmersa. El concepto

es valorado por la propia percepción que el individuo tiene de sí mismo, libre de juicios y valores externos a él (Rucci et ál. 2007).

También, las principales definiciones acerca de la calidad de vida percibida de manera subjetiva se han analizado desde el punto de vista fenomenológico y se han identificado dos atributos centrales: felicidad y satisfacción. La felicidad constituye una experiencia afectiva relacionada con estados emocionales transitorios de alegría y euforia, mientras que la satisfacción es una experiencia cognitiva que se relaciona con la discrepancia percibida entre aspiración y realización, realización y privación (Naito, Nakayama y Fukuhara, 2004; Oleson, 1990).

Al consultar otros autores se encontraron diferentes opiniones que hacen referencia al concepto. Dentro de estos se puede mencionar a Rojas (1999), quien afirma que la calidad de vida involucra aspectos referidos al deterioro físico delimitado por el paso de los años, el acceso al conocimiento y los niveles adecuados de vida.

Según Robinson (2007), la calidad de vida puede estimarse por medio de la función física, el estado psicológico, la función e interacción social y los síntomas físicos, variables íntimamente relacionadas con la salud.

Calidad de vida es sentirse bien consigo mismo, es aprovechar la fuerza interior para realizar aquellas acciones que, por distintas circunstancias, no se han podido lograr (Ballester, 1999). Además, esta noción se relaciona con unidades familiares, económicas, sociales, comunales, laborales, intelectuales, espirituales, emocionales y de la salud en general. Dichas unidades permiten satisfacer las necesidades del ser humano (Ballester, 1999; Rojas, 1999).

Sin embargo, en las personas adultas mayores la calidad de vida está delimitada por la capacidad funcional, la autonomía psicológica, el ambiente del hogar, el entorno social y los apoyos políticos y sociales en general (Rojas, 1999). Para complementar

lo anterior, en el contexto de este estudio se afirma que ser mujer y haber tenido un problema de salud en el último año son las variables más relacionadas con la calidad de vida, ya que ambas condiciones aumentan el riesgo de tener un mal funcionamiento físico, mala percepción general de la salud y algún problema de tipo emocional (Gallegos, Durán, López y López, 2003).

Aún así, la dificultad de definir un patrón para referirse a calidad de vida llevó a varios autores a descomponer el concepto en dominios o componentes, los cuales abarcan diferentes aspectos de su dimensionalidad y ciertas circunstancias. El concepto puede alcanzar unidimensionalidad cuando solamente un dominio, como la salud, sirve de parámetro para evaluar la calidad de vida (Robinson, 2007).

En este sentido, Los Santos (2002) formuló cinco categorías generales para definir con precisión el concepto de calidad de vida en personas mayores:

- Bienestar físico: se refiere a la comodidad en términos materiales, de higiene, salud y seguridad.
- Relaciones interpersonales: se refiere a las relaciones familiares y comunales.
- Desarrollo personal: se refiere a las oportunidades de desarrollo intelectual, autoexpresión, actividad lucrativa y autoconciencia.
- Actividades recreativas: se realizan para socializar y buscar una recreación pasiva y activa.
- Actividades espirituales: se refiere a las creencias religiosas personales.

## La Gerontología

La Gerontología es el estudio de la vejez (Laforest, 1991): "Es una disciplina científica cuyo objeto es el estudio del fenómeno del envejecimiento, por el que se entienden los cambios progresivos que



tienen lugar en una célula, un tejido, un organismo, o un grupo de organismos con el paso del tiempo” (Gaminde, 1999, p. 11).

Según Laforest (1991), las tres características principales de la Gerontología son:

1. Es una reflexión existencial, pertenece a lo humano como tal.
2. Es una reflexión colectiva. Debido a los fenómenos demográficos de los dos últimos siglos, ya no es solo el individuo el que envejece, sino, también la sociedad.
3. Y, por último, es esencialmente multidisciplinaria.

Además de las características ya mencionadas, la Gerontología abarca diferentes áreas de conocimiento, las cuales se enumeran de la siguiente forma: (1) los problemas sociales y económicos debidos al incremento del número de personas mayores en la población; (2) los aspectos psicológicos del envejecimiento, que incluyen tanto la capacidad intelectual como la adaptación personal a él; (3) las bases fisiológicas del envejecimiento, junto con las desviaciones patológicas y los procesos de enfermar; y (4) los aspectos biológicos generales del envejecimiento en todas las especies animales (Gaminde, 1999).

En general, la Gerontología es un campo científico con una perspectiva multidisciplinaria de estudio y tratamiento de los temas y las situaciones particulares que envuelven el proceso de envejecimiento.

Es primordial mencionar que la edad promedio de las 27 mujeres que participaron en este estudio fue de 65,6 años, por lo cual es importante hacer referencia a las características de la población mayor de 65 años de Costa Rica.

### Las Personas Adultas Mayores

Según la Ley 7935, se define a la persona adulta mayor como toda persona

de sesenta y cinco años o más (Costa Rica. Asamblea Legislativa, 1999). Para Fernández y Robles (2008), el número absoluto y la proporción de personas de 65 años y más se han incrementado en Costa Rica en las últimas décadas y continuarán haciéndolo en los próximos años. De acuerdo con las proyecciones vigentes de población, a mediados del 2008 se contabilizaron aproximadamente 278 mil personas adultas mayores en el país, lo cual constituía el 6 % de la población (Fernández y Robles, 2008).

El número de personas adultas mayores es distinto en la población de hombres y la de mujeres. Entre los hombres, a mitad del 2008 había 129 mil personas de 65 años o más, quienes representaban un 5,7% de la población masculina. Para las mujeres, estas cifras eran de 148 mil adultas mayores, o sea, 6,7 % de la población femenina. Además, existía una variación significativa según la edad, ya que una de cada tres personas adultas mayores se encontraba entre las edades de 65 a 69 años, mientras que una de cada cinco tenía 80 años o más (Fernández y Robles, 2008).

Geográficamente, esta población se concentra en el área metropolitana y en unos pocos cantones. Aproximadamente, dos tercios de la población de 65 años o más viven en la región central y la mitad vive en la zona urbana de esta región. Así mismo, la mitad de esta población reside en tan solo 15 de los 81 cantones del país (Fernández y Robles, 2008).

Según las proyecciones de población vigentes en el país, en el año 2025 habrá aproximadamente 600 mil personas adultas mayores y en el 2050 serán algo más de un millón 200 mil (Fernández y Robles, 2008).

Para conocer más a fondo las características de las personas mayores, es necesario profundizar en los cambios que estas experimentan con el proceso de envejecimiento, además de tener en cuenta algunos aspectos que se detallan a continuación.

## El Proceso de Envejecimiento

El envejecimiento es un proceso continuo que el ser humano experimenta a lo largo de la vida, no se detiene y depende de los hábitos físicos, sociales, espirituales, familiares y del estilo de vida en general que desarrolle cada individuo (Ballestero, 1999).

Este proceso está acompañado de un conjunto de efectos que disminuyen la aptitud y el rendimiento físico. Estos, en muchas ocasiones, resultan de la disminución de la actividad motora. Además, es un proceso fisiológico que no ocurre necesariamente de forma paralela a la edad cronológica, por lo que presenta una considerable variación individual (Barrios et ál., 2003; Fernández, 2005).

El envejecimiento es un deterioro progresivo en el organismo, el cual se produce a medida que un individuo avanza en edad. Se manifiesta por una disminución de las funciones del cuerpo, que lo hacen más susceptible a cualquier tipo de enfermedad. En el envejecimiento se toma en cuenta el estilo de vida, el sexo, las condiciones ambientales, sociales, económicas, entre otras. Todos estos factores influyen en el proceso y pueden retardarlo o acelerarlo (Bernis, 2004; Fernández, 2005; Jaramillo, Gómez y Zuluaga, 2000; Jaramillo, Orozco y Ortiz, 2002).

También, dicho proceso ocasiona una serie de efectos a nivel físico, los cuales pueden afectar de una u otra forma a las personas mayores. Dentro de estos se mencionan la disminución de la estatura, la disminución de la masa muscular y el incremento de la grasa corporal, la disminución de la densidad ósea, la pérdida de fuerza, un mayor índice de fatiga muscular, disminución del gasto cardíaco, de la frecuencia y del volumen sistólico, disminución del consumo de oxígeno y su utilización por los tejidos, un aumento de la presión arterial, así como una menor capacidad de adaptación y recuperación del ejercicio,

menor velocidad de movimientos y menor tiempo de reacción. Además, se da una disminución de la agilidad, la coordinación, el equilibrio, la movilidad articular y un aumento de la rigidez de cartílagos, tendones y ligamentos (Barrios et ál, 2003; Bernis, 2004).

En el ámbito sociopsicológico, la persona adulta mayor se enfrenta a nuevas condiciones de vida, debido a la pérdida de roles familiares y sociales que se agregan a una cantidad de padecimientos y a la disminución de sus capacidades de adaptación. También resultan frecuentes los problemas de autoestima, depresión, distracción y relaciones sociales (Barrios et ál., 2003).

Algunos autores mencionan que el envejecimiento es un proceso dinámico que se inicia con el nacimiento y es de naturaleza multifactorial (Terry y García, 2003).

Según la Organización Mundial de la Salud, es importante diferenciar el envejecimiento como proceso y el proceso de envejecimiento de la siguiente manera: el envejecimiento como proceso (envejecimiento normal) representa los cambios biológicos universales que se producen con la edad y que no están afectados por la influencia de enfermedades o del entorno. No todos estos cambios relacionados con la edad tienen consecuencias clínicas negativas. Por el contrario, el proceso de envejecimiento está influenciado por los efectos de los estados del entorno, del estilo de vida y de las enfermedades, pero que no se deben al envejecimiento en sí (Organización Mundial de la Salud, 2001).

Este estudio se fundamentó en la definición de envejecimiento presentada por Ballestero (1999).

A continuación, se hará énfasis en el tema de las actividades recreativas.

## Clasificación y Modalidades de las Actividades Recreativas

Según Ospina (2001), las modalidades de recreación que pueden ser instrumentadas

deben dejar siempre abierta la iniciativa de libre elección.

Dentro de la clasificación y las modalidades de actividades recreativas, según Ospina (2001) y Salazar (2007), se pueden mencionar las siguientes:

### *Recreación Física*

Dentro de esta división se pueden encontrar deportes individuales, en parejas o colectivos, juegos organizados, juegos tradicionales y actividades de acondicionamiento físico y motor. Este tipo de actividades tiene como fin primordial el mantenimiento, el desarrollo y la recuperación de habilidades diversas y facilitar experiencias que contribuyan al bienestar y la autoestima de las personas participantes. Además, estas actividades favorecen el establecimiento de relaciones interpersonales, la integración social de los sujetos y mejora la autonomía, la salud y el bienestar psicológico.

### *Recreación Artística y Cultural*

En esta categoría se encuentran la danza y el baile, la música, las artes plásticas, las manualidades, el teatro y el canto. Su propósito es servir de estímulo a la creatividad y al desarrollo de habilidades.

### *Recreación Social*

En esta clasificación se encuentran las reuniones sociales, clubes, fiestas, celebraciones, actividades socializadoras, actividades relacionadas con comida, por ejemplo: cenas, almuerzos o cafés, visitas, entre otras. Estas actividades se orientan a la creación o fortalecimiento de redes de apoyo social, favorecen el establecimiento de relaciones sociales y la integración, principalmente de personas que viven solas, tienen pocos familiares o son de escasos recursos económicos.

### *Recreación Pedagógica y Cognoscitiva*

Este tipo de actividades se relacionan con el conocimiento y la parte intelectual. Algunas actividades son: escribir, oratoria, leer, discusión de temas, juegos pasivos de índole intelectual, juegos con cartas, dominó, estudio y análisis de diferentes temas, actividades relacionadas con la computación, cursos, talleres, entre otros.

### *Recreación Ambiental y Turismo*

Este tipo de recreación incluye: ecoturismo, paseos y visitas a parques, volcanes, playas, ríos, lagos, lugares específicos, entre otros. Estas actividades, además de propiciar el disfrute de las relaciones con el medio ambiente, favorecen la identificación con este y fomentan el desarrollo de una cultura sostenible y la motivación por conservar los recursos naturales.

### *Recreación Terapéutica*

Incluye actividades utilizadas como terapia a ciertos problemas físicos o mentales, como ejemplo se pueden citar el yoga, el taichi, ejercicios de relajación y postura corporal, aromaterapia y musicoterapia. La recreación terapéutica puede estar orientada a personas con problemas funcionales, físicos o psicológicos y puede ser un método de rehabilitación o complemento de programas diseñados para estos fines.

### *Los Pasatiempos*

Dentro de este tipo de actividades se pueden mencionar lo concerniente a coleccionar objetos, autos a escala, la jardinería, el arte culinario y la observación del espacio. En general, lo importante es emplear estas actividades recreativas para el fortalecimiento de estilos de vida en las personas mayores, propiciar salud y



bienestar, así como incorporarlas a un estilo de vida que estimule el crecimiento, la autodeterminación personal y su adecuada inserción en la vida comunitaria y social.

Después de familiarizarse con la clasificación de las actividades recreativas, es importante conocer los beneficios de la recreación física, ya que esta fue la modalidad utilizada en esta investigación.

En términos generales, dentro de los beneficios de la recreación, los beneficios físicos son los que más se han estudiado ya que están asociados con la actividad física que se realiza durante el tiempo libre. Según Salazar (2007, p. 43), las investigaciones realizadas han detectado que el ejercicio físico regular contribuye con la salud de las personas por las siguientes razones:

- (a) previene el derrame cerebral, el cáncer de colon y la diabetes, entre otros problemas de salud;
- (b) reduce los hábitos sedentarios, el riesgo de enfermedades del corazón, la hipertensión, el consumo de alcohol y tabaco, la grasa corporal, la morbilidad prematura, la presión alta y la tensión;
- (c) mejora las funciones cardiovasculares, las funciones neurológicas, las funciones respiratorias, la masa y la fuerza del hueso, la fuerza muscular, la resistencia a la fatiga, el ciclo menstrual, la artritis, la ejecución física y la salud general como un componente de la calidad y la satisfacción de la vida.

### **Beneficios de la Recreación Física en las Personas Mayores**

Además de todos los beneficios mencionados anteriormente, se señalan otros beneficios de la recreación física en las personas mayores, referidos por diferentes autores y considerados de importancia para esta revisión.

Por ejemplo, en las personas adultas mayores los beneficios del ejercicio para la salud incluyen una reducción significativa del riesgo de padecer enfermedad coronaria, diabetes mellitus y resistencia a la insulina, hipertensión y obesidad, así como mejoras en la densidad ósea, la masa muscular y el metabolismo energético (Mazzeo y Tanaka, 2001).

El ejercicio físico, al aumentar la función cardiovascular, la fuerza muscular y la capacidad funcional global, permite a las personas de edad avanzada mantener su independencia, aumentar los niveles de actividad física y participar libremente en las actividades relacionadas con la vida diaria (Mazzeo y Tanaka, 2001).

Por otra parte, Árraga y Sánchez (2007) mencionan que “la recreación vista como actividad inherente a la trayectoria de la vida de las personas, parte de un interés motivacional interno que conlleva la búsqueda del disfrute de la vida, promoviendo el desarrollo coherente, equilibrado y armónico en todas las dimensiones personales” (p. 737).

El hecho de que las personas longevas puedan realizar una variedad de actividades recreativas acorde con su realidad individual y grupal posibilita mejorar su calidad de vida y ampliar sus oportunidades de crecimiento personal. Esto se debe a que participar en diversas actividades libera de la rutina, la inactividad y el sedentarismo, así como del estrés, la ansiedad, el aburrimiento y, en algunos casos, la depresión. Dentro de los beneficios de las actividades recreativas se encuentran: la facilidad de interacción con otras personas, lo cual rompe el aislamiento y la soledad, además de ayudar a retardar el proceso de envejecimiento e inclusive prevenir algunas enfermedades relacionadas con la inactividad (Murillo, 2003).

Fajn (2001) hace referencia a la importancia de la recreación en la vejez y menciona que recrearse brinda la oportunidad de retomar, iniciar, profundizar o descubrir intereses, deseos y necesidades que pueden convertirse en un nuevo motor

y organizador de la vida cotidiana, lo cual puede beneficiar durante el proceso de envejecimiento.

La recreación ayuda a las personas adultas mayores a mantenerse activas, olvidar preocupaciones, atenuar inquietudes y desarrollar sus potencialidades en convivencia con otras personas (Árraga y Sánchez, 2007).

Cabe mencionar que la recreación es más que juego, actividad física o deporte. Es parte de un estilo de vida, necesario para el desarrollo integral de las personas y el buen accionar de las mismas, en los ámbitos emocional, físico, social y mental.

De manera general, los beneficios que se pueden obtener al incorporarse en la práctica de actividades de recreación física son muchos. Solo es necesario tomar la iniciativa e incluir y valorar la recreación como un estilo de vida necesario, el cual puede provocar cambios positivos y, por ende, mejorar la calidad de vida de todas aquellas personas que lo practiquen.

## Metodología

### A. Tipo de Investigación

La propuesta de investigación se delimitó dentro de los enfoques cualitativo (modelos fenomenológico y etnográfico) y cuantitativo (aplicación de instrumentos de medida cuantitativa de variables dependientes). Por lo tanto, el enfoque que orientó este estudio fue mixto, pero con una predominancia cuantitativa.

### B. Participantes y su selección

Las personas participantes en la investigación fueron 27 mujeres adultas, con edades comprendidas entre 50 y 81 años, con un promedio de edad de 65,63 años, las cuales en el momento del estudio integraban el grupo "Manos de Oro" en

Barrio Copán, en el cantón de San Ramón, Alajuela. Dicho grupo es financiado y coordinado por la Fundación Cristiana para Niños y Ancianos.

### C. Instrumentos y técnicas de recolección de datos

#### 1. Cuestionario de Salud SF-36

Para la medición de la calidad de vida se utilizó la versión española del Cuestionario de Salud SF-36, en su versión 1.4 de 1999. Actualmente, el SF-36 es uno de los cuestionarios más utilizados para evaluar la calidad de vida, debido a su simplicidad y corto tiempo de aplicación. Consiste en 36 ítems subdivididos en ocho dominios: función física, 10 ítems: 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11 y 12; vitalidad, 4 ítems: 23, 27, 29 y 31; desempeño físico, 4 ítems: 13, 14, 15 y 16; dolor físico, 2 ítems: 21 y 22; salud general, 5 ítems: 1, 33, 34, 35 y 36; función social, 2 ítems: 20 y 32; desempeño emocional, 3 ítems: 17, 18 y 19; salud mental, 5 ítems: 24, 25, 26, 28 y 30; cambio de salud, 1 ítem: 2 (Lugo, García y Gómez, 2006).

Cada pregunta recibe un valor que se transforma en una escala de 0 a 100, donde 0 corresponde al peor estado de salud y 100 a la salud óptima, luego se suman los resultados de los ítems que pertenecen a cada dominio para obtener un valor general (Vilagut et al., 2005).

#### 2. Reflexiones Personales de las Participantes en cada Sesión

En la actualidad, es muy popular que las personas participantes en un tratamiento registren su propia conducta (Sulzer y Mayer, 1990). En esta investigación, este tipo de reflexiones consistió en hacer tres preguntas por escrito a dos participantes escogidas aleatoriamente por el método de tómbola. Las preguntas estaban relacionadas

con la experiencia vivida durante la sesión, los beneficios que pudieron percibir y de cómo dichas actividades podrían ayudar a hacer más eficientemente los quehaceres diarios. Este procedimiento se realizó al finalizar cada sesión.

### 3. *Entrevista en Grupo Focal*

Esta técnica se utiliza principalmente para comprender cómo se forman las diferentes percepciones y actitudes sobre un tema específico (Carlini, 1996). Dicha técnica está fundamentada epistemológicamente en el principio de complementariedad que subraya la incapacidad humana de agotar la realidad con una sola perspectiva o punto de vista. Por ende, metodológicamente los grupos focales poseen elementos de la observación participante y de la entrevista cualitativa, es decir, es una forma de escuchar a las personas y aprender de ellas a partir de su interacción en el grupo (Gurdián, 2007).

Para la entrevista se utilizó una guía de cuatro preguntas generadoras, relacionadas con el concepto de calidad de vida, la consideración del hecho de tener una vida de buena calidad, la experiencia vivida semejante a otra y los beneficios percibidos al participar en el programa. Además se grabaron las respuestas por medios digitales para luego transcribir la información.

### D. **Procedimientos**

1. Antes de iniciar con el programa de recreación física grupal, se planificó una reunión con las posibles participantes, en la cual se explicó con detalle en qué consistía el programa de recreación física. Una vez que accedieron a participar, llenaron una fórmula de consentimiento informado.
2. A modo de *pretest*, se aplicó el “Cuestionario de Salud SF-36” para medir los diferentes indicadores de calidad de vida previo al desarrollo del programa de actividades de recreación física.
3. Se puso en práctica el programa de actividades de recreación física de cinco semanas, el cual fue desarrollado en 15 sesiones de 75 minutos cada una (tres sesiones por semana).
4. En la primera sesión se entregó a cada participante un fólder para guardar las reflexiones que se leyeron al inicio de cada sesión.
5. En cada sesión se realizó un calentamiento y estiramiento muscular, una parte principal de actividades de recreación física y, finalmente, un espacio de enfriamiento o vuelta a la calma. Dentro de las actividades que se realizaron se encontraban: actividades reflexivas, estiramientos, diferentes ejercicios físicos, movimientos corporales con música, caminatas, juegos grupales, dinámicas grupales, baile, ejercicios de flexibilidad, equilibrio, coordinación y agilidad, ejercicios de relajación y concentración, cantos jocosos, entre otras actividades.
6. Al finalizar cada sesión se realizaron las “Reflexiones personales de cada sesión”, para lo cual se escogió aleatoriamente a dos personas como muestra que representara al resto del grupo en la sesión correspondiente. Esto se hizo así para favorecer el hecho de contar con la información requerida en cada sesión, sin tener que estar entrevistando reiterativamente a todas las participantes, lo cual, además de tedioso para ellas habría resultado en una gran demanda de tiempo adicional a cada sesión.
7. Después de realizar las 15 sesiones del programa, se aplicó nuevamente el “Cuestionario de Salud SF-36” para medir los diferentes indicadores de calidad de vida.
8. Posteriormente a la finalización de las sesiones, se llevó a cabo la

“Entrevista en grupo focal”, y como el grupo era numeroso se dividió en tres subgrupos para garantizar que la entrevista se desarrollara en forma adecuada, tomando en cuenta las opiniones de todas las participantes sin que estas se encontraran juntas en un solo grupo. Los subgrupos se entrevistaron por separado y en tiempos diferentes, durante el mismo día. Además, se realizó la grabación de las respuestas digitalmente.

### E. Análisis de la Información

La información cuantitativa se analizó por medio del paquete estadístico SPSS 13.0. Como estadística descriptiva se utilizó promedios y desviaciones estándar. Como estadística inferencial se realizó un análisis de varianza (ANOVA), de dos vías (factores X mediciones) de medidas repetidas por medio del cual se compararon los resultados arrojados en los ocho factores del SF-36 en dos mediciones: antes de iniciar el programa de recreación física y al finalizar el mismo. Además, se aplicó la correlación de Pearson para analizar la relación entre los porcentajes de cambio obtenidos en cada factor del SF-36. También, se realizó una prueba de *t-Student* para comparar las mediciones (*pretest-postest*)

del ítem número dos, que es un indicador de variaciones en la percepción de salud.

La información cualitativa (reflexiones de cada sesión y entrevista en grupo focal) se transcribió y clasificó en categorías. Luego su interpretación se realizó mediante análisis descriptivo del contenido de las respuestas.

## IV Resultados

A continuación se muestran los resultados del análisis de varianza de dos vías de medidas repetidas, el cual fue realizado para comparar las mediciones *pretest* y *postest* en los ocho factores que conforman el Cuestionario de Salud SF-36. Los resultados descriptivos obtenidos de este primer análisis se ilustran en la Tabla 1 y en el Gráfico 1. En la Tabla 2, se ilustran los resultados del análisis de varianza de dos vías de medidas repetidas.

Como se aprecia en la Tabla 2 y se ilustra en el Gráfico 1, se encontraron diferencias significativas entre las mediciones y también entre los factores. Sin embargo, al no existir interacción significativa entre mediciones y factores, se determina que en cada factor se presentó el mismo efecto de mejora significativa. Es decir, en los ocho factores se dieron mejoras significativas entre la medición inicial y la final.

Tabla 1

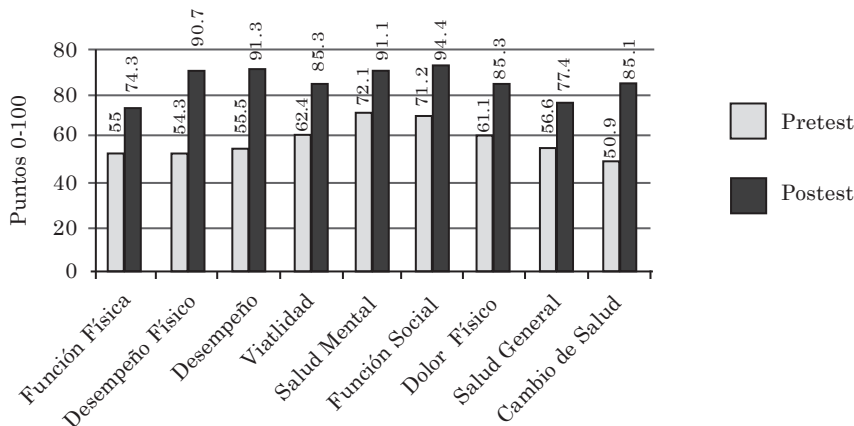
Resumen de promedios y desviaciones estándar de los puntajes de las ocho dimensiones del Cuestionario de Salud SF-36, aplicado en mujeres entre 50 y 81 años de edad, durante su participación en un programa de recreación física grupal

Factores SF-36	Pre test		Post test	
	Promedio	Desviación estándar	Promedio	Desviación estándar
Función física	55,00	20,85	74,37	19,33
Desempeño físico	54,40	41,95	90,74	25,14
Desempeño emocional	55,55	47,14	91,36	23,74
Vitalidad	62,41	24,82	85,37	15,62
Salud mental	72,15	21,89	91,11	14,00
Función social	71,30	24,71	94,44	10,59
Dolor físico	61,11	27,42	85,37	17,73
Salud general	56,67	21,62	77,41	18,15

Nota: para todos los factores  $N = 27$

Gráfico 1

Comparación entre *pretest* y *postest* de las ocho dimensiones del Cuestionario de Salud SF-36 aplicado en mujeres entre 50 y 81 años de edad, durante su participación en un programa de recreación física grupal



Nota: cambio de salud corresponde a un ítem que es independiente de las ocho dimensiones del SF36.

Tabla 2

Resumen de análisis de varianza de dos vías (factores X mediciones) de medidas repetidas, aplicado al puntaje de las ocho dimensiones del Cuestionario de Salud SF-36

Fuente	F	Significación
factor	4,714	0,002**
medición	64,908	2*10 <sup>-8</sup> **
factor * medición	1,873	0,125

Nota: los grados de libertad se corrigieron con el procedimiento Greenhouse-Geisser, pues no se asume esfericidad en este análisis.

\*\*significativo con  $p < 0,01$

También, se efectuó una prueba de *t-Student* para comparar las mediciones del ítem número dos, el cual es el indicador de variaciones en la percepción de salud. Este ítem no se comparó con los ocho factores del SF-36, pues, en sí mismo, no es una dimensión, sino un indicador de cambio en la forma en que las participantes percibían su salud en el momento del inicio y del final del estudio, en comparación con la salud que tenían un año antes. En este análisis se encontró la misma tendencia mostrada por el análisis de varianza. Al final

del programa, las participantes mejoraron significativamente ( $t = -8,059$ ;  $p < 2 \cdot 10^{-8}$ ) su percepción de salud, con respecto a la de un año antes. En la Tabla 3 se ilustra la magnitud de estos cambios.

Tabla 3

Porcentaje de cambio (promedio y desviación estándar) aplicado al puntaje de las ocho dimensiones del Cuestionario de Salud SF-36, utilizado en mujeres entre 50 y 81 años de edad, residentes en el cantón de San Ramón, durante su participación en un programa de recreación física grupal

Porcentaje de Cambio	Media	Desv. típ.
función física	50,19%	59,60
desempeño físico	2350,25%	04193,95
desempeño emocional	3222,85%	4470,66
vitalidad	67,08%	100,46
salud mental	42,76%	75,26
función social	65,96%	136,04
dolor físico	331,55%	1339,75
salud general	55,77%	66,64
percepción de cambio en salud	271,60%	948,06

Nota: para todos los factores  $N = 27$



En general, para las ocho dimensiones del Cuestionario de Salud SF-36 y para el ítem dos (percepción de cambio de salud) se encontraron porcentajes de cambio positivos (mejoras), pero, en algunas dimensiones o factores el porcentaje de cambio fue más alto, como puede apreciarse para el factor desempeño físico, el factor desempeño emocional, el factor dolor físico y, también, el cambio de percepción de salud.

En síntesis, se aprecia cómo el tratamiento aplicado ayudó a impactar positivamente en los indicadores de calidad de vida, valorados con el Cuestionario de Salud SF-36 y, además, se encontraron evidencias de cómo pueden influir las mejoras en una variable sobre los cambios en otras.

### **Reflexiones personales de cada sesión**

En las reflexiones personales de cada sesión se realizaron tres preguntas por escrito, a dos participantes seleccionada aleatoriamente, al finalizar cada sesión del programa. Posteriormente, todas las respuestas de las 15 sesiones fueron agrupadas en categorías para su interpretación. A continuación, se detallan las preguntas y respuestas en dicho proceso.

*Pregunta 1:* ¿Se ha sentido bien al realizar las actividades durante la clase? Sí, no, ¿por qué?

Las 27 participantes afirmaron haberse sentido bien al realizar las actividades durante la clase. Además, se contabilizaron 59 respuestas al ¿por qué? Las categorías con mayor frecuencia fueron: compartimos (16), me siento más liviana (8), tengo más energía (8), disfruto (5), me siento más relajada (5), me siento bien (5), mejora mi salud (4), aprendí (3), salgo de la rutina (3), siento menos dolores (2).

*Pregunta 2:* ¿Percibe que las actividades que realizó durante la sesión le produjeron algún beneficio? Sí, no, ¿por qué?

En este caso las 27 participantes afirmaron haber percibido algún beneficio. Además, se contabilizaron 60 respuestas al ¿por qué? Las categorías con mayor frecuencia fueron: me siento mejor (14), tengo más energía (11), siento menos dolores (6), mejoró mi salud (6), me siento más tranquila (6), duermo mejor (5), me puedo mover mejor (4), me siento feliz (3), compartimos (3) y me siento realizada (2).

*Pregunta 3:* ¿Considera que las actividades que realizó le pueden ayudar de alguna manera en sus quehaceres diarios? Sí, no, ¿por qué?

Al igual que en las dos preguntas anteriores, las 27 participantes afirmaron considerar que las actividades que realizaron les ayudaron de alguna manera en sus quehaceres diarios. Además, se contabilizaron 54 respuestas al ¿por qué? Las categorías fueron: tengo más energía (22), porque me siento mejor (11), me siento más liviana (11), me puedo mover mejor (6), me siento feliz (2) y soy más creativa (2).

En resumen, se puede indicar que, en la pregunta uno, la mayoría de las participantes hicieron referencia al hecho de compartir, al de sentirse más livianas y con más energía, aspectos que también fueron observados por el investigador en la mayoría de las sesiones. En la pregunta dos, las respuestas que más se mencionaron fueron que las participantes se sintieron mejor, con más energía, además de sentir menos dolores. En la respuesta tres, predominó el hecho de tener más energía, de sentirse mejor y más livianas, aspectos que concuerdan con lo observado y escuchado por el investigador durante el desarrollo del programa.

### **Entrevista en grupo focal**

Con respecto a los resultados de las tres entrevistas en grupo focal, a

continuación se detallan las respuestas a las cuatro preguntas generadoras, las cuales se agruparon por categorías para su respectiva representación. Cabe mencionar que una de las 27 participantes del programa no pudo asistir a la entrevista, por lo cual solo participaron 26 personas.

*Pregunta 1:* ¿Para ustedes qué es calidad de vida o qué es vivir con calidad?

Se registraron 68 respuestas, las cuales se agruparon en siete categorías de la siguiente forma: tener estabilidad y convivencia (19), poder ejercitarnos (12), es sentirse bien (11), es hacer amistades y compartir (9), tener buena salud (8), es tener energía y fortaleza (5) y, es tener a Dios (4).

*Pregunta 2:* ¿Consideran ustedes que tienen una vida de buena calidad? ¿Sí? ¿No? ¿Por qué?

En este caso, 25 personas afirmaron tener una vida de buena calidad y solo una respondió en forma negativa, ya que como mencionó ella, “sufro de preocupación por mis hijos, pues estos están lejos y los extraño mucho”.

Se registraron 42 respuestas agrupadas en siete categorías como se muestra: porque tengo libertad e independencia (13), porque tengo salud (6), por la buena convivencia familiar (6), porque me siento feliz (6), porque vivo tranquila (4), porque tengo energía (4) y porque tengo a Dios (3).

Cabe mencionar que de las 25 personas que afirmaron tener una vida de buena calidad, cinco manifestaron que necesitaban recrearse más y realizar ejercicio físico frecuentemente, y dos afirmaron que en ocasiones el carácter de los hijos y los problemas familiares hacían que la calidad de vida no fuera al cien por ciento.

*Pregunta 3:* ¿Su participación en este programa fue una experiencia parecida

a alguna que haya vivido anteriormente? ¿Sí? ¿No? ¿Por qué?

De las 26 mujeres entrevistadas, 11 afirmaron que el programa fue una experiencia parecida a alguna vivida anteriormente. Dichas respuestas se agruparon en tres categorías: fue similar a otra experiencia (5), participé en el programa de la UCR (4), porque hemos compartido con otras personas (2).

También, 15 mencionaron que el programa no fue una experiencia parecida a alguna vivida anteriormente. Las respuestas se agruparon en tres categorías: nunca he tenido la oportunidad (8), aquí es diferente y nos sentimos mejor (4), es la primera vez (3).

*Pregunta 4:* ¿Su participación en este programa le ha traído algún beneficio a su vida? ¿Sí? ¿No? ¿Por qué?

En esta última pregunta, todas las mujeres percibieron beneficios al participar en el programa. Se registraron 73 respuestas, las cuales se agruparon en ocho categorías: me siento mejor (23), soy más funcional y flexible (14), siento menos dolor corporal (11), aprendí cosas nuevas (8), mayor apoyo y compañerismo (6), tengo más energía (4), me dedico tiempo (4) y duermo mejor (3).

En síntesis, se observó que en la pregunta uno, la mayoría de las participantes consideraron que calidad de vida es tener estabilidad y convivencia, poder ejercitarse, sentirse bien y tener buena salud.

En la pregunta dos, 25 personas afirmaron tener una vida de buena calidad, por razones tales como: tener libertad e independencia, por tener salud, por la buena convivencia familiar y por el hecho de sentirse felices. Solo una participante dijo no tener una vida de calidad, ya que sus hijos estaban lejos y eso le preocupaba mucho.

En la pregunta tres, 11 personas afirmaron haber vivido una experiencia similar al participar en otros programas

a nivel comunitario y por el hecho de compartir con otras personas. Por otra parte, 15 personas mencionaron no haber tenido una experiencia similar, ya que para algunas era la primera vez. Otras nunca habían tenido la oportunidad de participar en un programa así, pero destacan que algunas que habían tenido experiencia en otros programas indicaron haberse sentido mejor en esta ocasión.

Con respecto a la pregunta cuatro, los mayores beneficios percibidos por las participantes relacionados con su participación en el programa, fueron: el hecho de sentirse mejor, ser más funcionales y flexibles y sentir menos dolor corporal.

## Resumen de Resultados

Por medio de la aplicación de métodos cuantitativos, se logró describir cambios en los ocho indicadores subjetivos de calidad de vida medidos con el Cuestionario de Salud SF-36 en el grupo de mujeres participantes en el programa de recreación física grupal. Se encontraron mejoras significativas en todos los indicadores subjetivos de calidad de vida: función física, desempeño físico, desempeño emocional, vitalidad, salud mental, función social, dolor físico y salud general.

Además, el concepto de calidad de vida que tienen las participantes se caracterizó por tener estabilidad y convivencia, poder ejercitarse, sentirse bien y tener buena salud. Con respecto a la percepción de la calidad con que se vive, las participantes manifestaron tener una vida de buena calidad, y dentro de las razones mencionaron: tener libertad e independencia, tener salud, buena convivencia familiar y sentirse felices.

Así mismo, se identificaron los beneficios percibidos en varios aspectos relacionados con la calidad de vida, de modo tal que por medio del programa de recreación física grupal las participantes percibieron beneficios como el hecho

de sentirse mejor, ser más funcionales y flexibles, sentir menos dolor corporal, aprender cosas nuevas, tener mayor apoyo y compañerismo y tener más energía.

## Discusión, conclusiones y recomendaciones

### Discusión

Con la aplicación del programa de recreación física grupal y de los instrumentos utilizados se logró identificar cambios en indicadores subjetivos de calidad de vida (función física, desempeño físico, desempeño emocional, vitalidad, salud mental, función social, dolor físico y salud general) en mujeres entre 50 y 81 años.

Así mismo, se evidenció que, por medio del programa de recreación física, fue posible obtener cambios relevantes y positivos en los diferentes indicadores que componen el concepto de calidad de vida. Tal como lo menciona Ballesteros (1999), las actividades de recreación física programada y sistemática que sean ofrecidas a personas mayores pueden contribuir a mejorar significativamente su bienestar físico, mental y emocional y, por ende, su calidad de vida.

Los cambios encontrados en las ocho dimensiones medidas con el Cuestionario de Salud SF-36 indican que hubo mejoras significativas al finalizar el programa. Este hecho significa que mejoró la percepción que tenían las participantes respecto a su calidad de vida. Además, se identificó una clara mejoría a nivel grupal y se encontró porcentajes de cambio positivo en todos los factores.

Estos hallazgos se fundamentan con la literatura que afirma que la recreación física le permite a las personas mayores obtener resultados positivos en su calidad de vida (Mora, Villalobos, Araya y Ozols, 2004). Cabe indicar que, en algunas dimensiones, el porcentaje de cambio fue más alto, tal fue el caso de los factores:

desempeño emocional, desempeño físico y dolor físico. La mejoría pudo ser producto de dos factores. En primer lugar, al aumento en la actividad física, lo cual, según Palmer (2005), reduce notablemente los síntomas depresivos, lo que beneficia al desempeño emocional. En segundo lugar, el ejercicio físico aumenta la función cardiovascular, la fuerza muscular y la capacidad funcional global. Esto permite a las personas de edad avanzada mantener su independencia, aumentar los niveles de actividad física y participar libremente en las actividades relacionadas con la vida diaria (Mazzeo y Tanaka, 2001). Lo anterior se refleja en un mayor desempeño físico y en la disminución significativa del dolor corporal percibido por las participantes.

Es importante mencionar lo encontrado por Bolaños y Mora (1999), quienes afirman que el estado emocional de las personas mayores es influenciado en forma positiva por la actividad de recreación física y, en este estudio, el desempeño emocional obtuvo el mayor cambio positivo comparado con los demás factores. Esto no solo lo demuestran los resultados cuantitativos, sino también la experiencia vivida por el investigador, el cual observó cambios favorables en las participantes e incluso las mismas externaron su mejoría emocional de la siguiente manera: “me siento feliz y realizada”, “me da más ánimo” y “se me quitó la depresión”. Estas expresiones pusieron en evidencia la importancia de la recreación en las personas mayores, ya que según Árraga y Sánchez (2007), la recreación ayuda a las personas mayores a mantenerse activas, olvidar preocupaciones, atenuar inquietudes y desarrollar sus potencialidades en convivencia con otras personas.

Después de conocer el significado de calidad de vida y la percepción de la calidad que tienen las 26 mujeres entrevistadas, se estableció una relación con el concepto brindado por diversos autores, quienes definen el término como una serie de variables relacionadas con la salud, con

aspectos emocionales y con el contexto cultural (Robinson, 2007; Rojas, 1999; Rucci et al., 2007), y de una manera más específica, con sentirse bien consigo mismo y con sentirse feliz y satisfecho (Ballesteros, 1999; Naito et ál., 2004; Oleson, 1990). Dichas definiciones son muy parecidas a las emitidas por las participantes, quienes de manera general mencionaron que calidad de vida es tener estabilidad y convivencia, poder ejercitarse, sentirse bien, tener buena salud y compartir, aspectos que ponen en evidencia la relación existente entre la teoría y la realidad percibida.

De las 26 participantes en la entrevista, 25 afirmaron tener una vida de buena calidad por el hecho de tener libertad e independencia. Esta última razón es de gran importancia en el proceso de envejecimiento, ya que una persona mayor que tenga independencia deja de lado una serie de factores que impiden tener una buena calidad de vida (Mazzeo y Tanaka, 2001).

Llamó mucho la atención que algunas personas nunca habían tenido la oportunidad o para ellas era la primera vez que participaban en un programa de recreación física grupal, lo que evidencia una de las necesidades que tiene esta población.

En cuanto a los beneficios percibidos por las participantes en varios aspectos relacionados con la calidad de vida durante su participación en el programa de recreación física grupal, se encontraron gran variedad de respuestas que hacen que el proceso de investigación sea muy satisfactorio. Dentro de las afirmaciones recopiladas se pueden mencionar las siguientes: me he sentido mejor (“me he sentido como una muchacha de 15 años”), soy más funcional y flexible (“ahora hasta puedo bailar”), siento menos dolor corporal, aprendí cosas nuevas (“hice cosas que nunca había hecho como jugar y ejercitarme”), mayor apoyo y compañerismo, más energía, entre otras expresiones igualmente importantes. Las respuestas mencionadas son evidencia de los resultados positivos, obtenidos con la participación en el programa de recreación

física grupal, y son similares a los arrojados por el Cuestionario de Salud SF-36.

La actividad física regular aumenta el funcionamiento en las áreas física y mental, reduce la ansiedad y la depresión, además de prevenir y reducir el dolor relacionado con enfermedades crónicas (Palmer, 2005). También estimula la interacción con otras personas, la cual rompe el aislamiento y la soledad (Murillo, 2003). Estos efectos, por lo tanto, podrían explicar, en parte, los cambios positivos observados en las participantes del programa de recreación física grupal.

Por último, los resultados del proceso de investigación lograron demostrar la importancia que tiene la práctica de actividades recreativas y más específicamente de recreación física en la vida de las personas mayores y cómo esta influye positivamente en la percepción subjetiva de calidad de vida de este grupo etario. Por lo tanto, es conveniente incentivar a esta población para que visualice y viva la recreación como un estilo de vida que pueda brindarle muchos beneficios a largo plazo.

## Conclusiones

De acuerdo con los objetivos de investigación y con los resultados obtenidos al finalizar el programa de recreación física grupal para las adultas mayores pertenecientes al grupo Manos de Oro, en el cantón de San Ramón, se obtuvieron las siguientes conclusiones del proceso de investigación:

1. El grupo conformado por 27 mujeres con edades entre 50 y 81 años experimentó mejoras significativas en todos los indicadores subjetivos de calidad de vida medidos con el cuestionario SF-36 (función física, desempeño físico, desempeño emocional, vitalidad, salud mental, función social, dolor físico y salud general).
2. El concepto de calidad de vida de las participantes incluyó características como tener estabilidad y convivencia, poder ejercitarse, sentirse bien y tener buena salud. En cuanto a la percepción de la calidad con que vivían, las participantes manifestaron tener una vida de buena calidad y, dentro de las razones, mencionaron: tener libertad e independencia, tener salud, por la buena convivencia familiar y por sentirse felices.
3. Por medio del programa de recreación física grupal, las participantes percibieron beneficios como sentirse mejor, ser más funcionales y flexibles y sentir menos dolor corporal.
4. Al contar con información cuantitativa se comprobó que los cambios percibidos por las participantes en los ocho factores que componen el Cuestionario de Salud SF-36, produjeron en las mismas un estado positivo de bienestar emocional, físico, mental, social y de la salud general que pudo mejorar la percepción de su calidad de vida. Los detalles aportados por los comentarios de las participantes (reflexiones individuales de cada sesión y grupo focal) sirvieron para dar más validez a los resultados cuantitativos, al visualizar la opinión de las participantes, la cual refuerza los resultados obtenidos con el SF-36.
5. Dentro de las actividades que más agradaron a las participantes se encuentran las relacionadas con la expresión corporal como el baile y las rutinas básicas de ejercicios aeróbicos, los juegos grupales de coordinación y los cantos jocosos con movimientos corporales. De manera general se observó que todas las actividades planteadas fueron de agrado para las participantes.
6. El programa de recreación física grupal mejoró significativamente la percepción de la calidad de vida de



las participantes, lo cual pudo ser un estímulo para que ellas adopten la recreación como un estilo de vida.

## Recomendaciones

Con base en la realización de esta investigación y sus resultados, se sugiere:

1. Que las instituciones públicas y privadas busquen mecanismos para concientizar a la población acerca de la importancia de tomar la recreación como parte de un estilo de vida que puede contribuir a llegar a la vejez con calidad de vida.
2. Que las personas mayores valoren la importancia y la necesidad de practicar la recreación física así como de los beneficios que este tipo de actividades recreativas trae a sus vidas, además de incorporarse a alguno de los programas de recreación física ofrecidos por la Universidad de Costa Rica y por organizaciones o instituciones públicas y privadas.
3. Que las personas y profesionales que trabajen con población mayor incentiven la puesta en práctica de programas de recreación física con el fin de que la población mayor pueda percibir sus beneficios, tal como lo hizo el grupo de mujeres estudiadas, las cuales mostraron disfrutar y sentirse a gusto con las actividades ofrecidas a tal punto que en todas las actividades participó el cien por ciento del grupo.
4. Realizar más investigaciones en el área de la recreación y con población adulta y adulta mayor, con el propósito de crear más bases científicas que fortalezcan la implementación de programas recreativos para esta población costarricense.
5. Implementar a nivel gubernamental programas de recreación física para la población costarricense que sean más

estables y duraderos, no solo en las zonas urbanas sino también en zonas fuera del Gran Área Metropolitana, en los que se cuente con la colaboración del Instituto Costarricense del Deporte y la Recreación (ICODER), la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), el Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor (CONAPAM), municipalidades, organizaciones no gubernamentales, asociaciones y comités de desarrollo comunal, empresas privadas, entre otras entidades.

## Referencias bibliográficas

- Árraga, M. y Sánchez, M. (2007). Recreación y calidad de vida en adultos mayores que viven en instituciones geriátricas y en sus hogares. Un estudio comparativo. *Espacio Abierto*, 16(4), 737-756.
- Ballester, C. (1999). *Modificaciones del estado físico, anímico, calidad de vida y autoestima en adultas mayores por medio de un programa de actividad sistemática de Karate Do*. (Tesis de maestría sin publicar), Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica.
- Barrios, R., Borges, R. y Cardoso, L. (2003). Beneficios percibidos por adultos mayores incorporados al ejercicio. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 19(2), 87-94.
- Bernis, C. (2004). Envejecimiento, poblaciones envejecidas y personas ancianas. *Antropo*, 6, 1-14. Recuperado el 13 de noviembre de 2008 de <http://www.senba.es/recursos/pdf/Envejecimiento.pdf>
- Bolaños, A. I. y Mora, M. (1999). *Actividad física recreativa y estado emocional*

*que presentan los adultos mayores de 55 a 75 años de edad de los grupos gerontológicos del área central (San José-Heredia).* (Tesis de licenciatura sin publicar). Universidad Nacional, Heredia, Costa Rica.

- Bonilla, F. S. y Mata, A. (1998). *Plenitud después de los 60: Proyecto de toda una vida.* San José: Editorial Universidad de Costa Rica.
- Carlini, B. (1996). Potencialidades da técnica qualitativa grupo focal em investigações sobre abuso de substâncias. *Revista de Saúde Pública, 30*(3). Recuperado el 30 de agosto de 2008 de <http://www.scielosp.org/scielo>
- Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor. (2007). *Mitos y estereotipos en el envejecimiento y la vejez.* San José; Costa Rica: el autor.
- Costa Rica. Asamblea Legislativa. (1999). *Ley 7935. Ley integral para la persona adulta mayor.* Obtenido el 27 de mayo de 2008, de [http://www.asamblea.go.cr/leyes\\_numero.htm](http://www.asamblea.go.cr/leyes_numero.htm)
- Duarte, T. (2005). Alternativas de desarrollo personal para el grupo "Envejecimiento Feliz", comunidad de Orosi. *Anales en Gerontología, 5*, 71-81.
- Fajn, S. (2001). *Recreación en la vejez, una propuesta saludable. Curso virtual de educación para el envejecimiento.* Recuperado el 25 de septiembre de 2007 de <http://www.psicomundo.com/tiempo/cvepe2/biblio1.htm>
- Fernández, R. H. (2005). Teorías sobre el envejecimiento. Etapas de la edad senil. *Revista Digital Investigación y Educación, 3*(20). Recuperado el 15 de setiembre de 2008, de [http://web.unvi.utp.ac.pa/bibliotecavirtual/files/Teorias\\_sobre\\_e\\_1196.pdf](http://web.unvi.utp.ac.pa/bibliotecavirtual/files/Teorias_sobre_e_1196.pdf)
- Fernández, X. y Méndez, E. (2007). Estilos de vida y factores de riesgo para las personas adultas mayores del proyecto CRELES-Costa Rica 2004-2006. *Revista Electrónica Población y Salud en Mesoamérica, 5*(1), 1-17. Recuperado el 21 de mayo del 2008 de <http://ccp.ucr.ac.cr/revista/volumenes/5/5-1/5-1-1t/5-1-it1.pdf>
- Fernández, X. y Robles, A. (2008). *I informe estado de situación de la persona adulta mayor en Costa Rica.* San José: Centro Centroamericano de Población (CCP) y Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor (CONAPAN).
- Gallegos, K., Durán, J., López, L. y López, M. (2003). Factores asociados con las dimensiones de calidad de vida del adulto mayor en Morelos. *Revista de Investigación Clínica, 5*(3), 260-269.
- Gaminde, I. (1999). Gerontología social. *Anales, 22* (Suplemento 1), 11-17.
- Gurdián, A. (2007). *El paradigma cualitativo en la investigación socio-educativa.* San José, Costa Rica: Colección de Investigación y Desarrollo Educativo Regional (IDER).
- Jaramillo, L. G., Gómez, E. y Zuluaga, M. (2000). El baile de salón como ejercicio físico en los ancianos que asisten a la Caja de Compensación Familiar (Confamiliares) de la ciudad de Manizales. *Revista Digital efdeportes, 5*(28), Recuperado el 25 de septiembre del 2007 de <http://www.efdeportes.com/efd28a/baile1.htm>
- Jaramillo, L. G., Orozco, J. I. y Ortiz, C. A. (2002). Baile de salón y relaciones sociales entre ancianos: La cultura de la ancianidad. *Fundación Latinoamericana de Tiempo Libre y Recreación. [FUNLIBRE].*

- Recuperado el 24 de enero del 2007 de <http://www.redcreacion.org/documentos /congreso7/L Jaramillo.html>
- Laforest, J. (1991). *Introducción a la gerontología. El arte de envejecer*. Barcelona, España: Ed. Herder.
- Lago, J. (2005). Prescripción de programas de ejercicio físico para la salud en personas mayores en salas de fitness. *Revista Digital efdeportes*, 10(81). Recuperado el 15 de octubre de 2008 de <http://www.efdeportes.com/efd81/prescripción-de-programas-de-ejercicio-físico-para-la-salud-en-personas-mayores-en-salas-de-fitness.html>
- Los Santos, S. F. (2002). La recreación en la tercera edad. *Revista Digital efdeportes*, 8(45). Obtenido el 12 de septiembre del 2007, de <http://www.efdeportes.com/efd45 /tedad.htm>
- Lugo, L., García, H. y Gómez, C. (2006). Confiabilidad del cuestionario de calidad de vida en salud SF-36 en Medellín, Colombia. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 24(2), 37-50.
- Mazzeo, R. y Tanaka, H. (2001). Exercise prescription for the elderly. *Sports Medicine*, 31(11), 809-818.
- Mora, M., Villalobos, D., Araya, G., y Ozols, A. (2004). Perspectiva subjetiva de la calidad de vida del adulto mayor, diferencias ligadas al género y a la práctica de la actividad física. *Revista MHSalud*, 1(1). Obtenido el 22 de enero del 2008 de [http://www.una.ac.cr/mhsalud/documents/ARTICULO MONICAMORA\\_18.pdf](http://www.una.ac.cr/mhsalud/documents/ARTICULO MONICAMORA_18.pdf)
- Murillo, J. (2003). *Talleres recreativos para personas mayores*. Bogotá, Colombia: Editorial San Pablo.
- Naito, M., Nakayama, T. y Fukuhara, S. (2004). Quality of life assessment and reporting in randomized controlled trials: A study of literature published from Japan. *Health and Quality of Life Outcomes*, 2, 24-29.
- Oleson, M. (1990). Subjectively perceived quality of life. *Journal of Nurses School*, 22, 187-190.
- Organización Mundial de la Salud. (2001). *Hombres, envejecimiento y salud: Conservar la salud a lo largo de la vida*. Recuperado el 6 de noviembre del 2007 de [http://www.medicinainformacion.com/geriatria\\_libros4.htm](http://www.medicinainformacion.com/geriatria_libros4.htm)
- Ospina, G. A. (2001). La recreación como estrategia de desarrollo para los adultos mayores. *Fundación Latinoamericana de Tiempo Libre y Recreación [FUNLIBRE]*. Recuperado el 18 de setiembre del 2007 de <http://www.redcreacion.org/documentos/simposio2/GOspina.html>
- Paglilla, D. (2001). La tercera edad y la actividad física. *Revista Digital efdeportes*, 7(36). Obtenido el 25 de mayo del 2008, de <http://www.efdeportes.com/efd36/3a edad.htm>
- Palmer, C. (2005). Exercise as a treatment for depression in elders. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 17(2), 60-66.
- Pereira, K. y Baptista, F. (2008). Physical function loss in active community-residing older women. *Medicine and Science in Sport and Exercise Supplement*, 40(5), S373.
- Robinson, F. T. (2007). Calidad de vida relacionada con la salud como medida de resultados en salud: Revisión sistemática de la literatura. *Revista*

*Colombiana de Cardiología*, 14(4), 207-222.

Rojas, L. M. (1999). *Calidad de vida y autonomía en personas mayores*. (Tesis de maestría sin publicar), Universidad de Costa Rica, Costa Rica.

Rucci, P., Rossi, A., Mauri, M., Maina, G., Pieraccini, F., y Pallanti, S. (2007). Validity and reliability of quality of life, enjoyment and satisfaction questionnaire, short form. *Epidemiology Psychiatry Society*, 16, 79-89.

Salazar, C. G. (2007). *Recreación*. San José. Editorial Universidad de Costa Rica.

Salazar, C. G. (2008). Recreación: Fuente inagotable de beneficios. En Foro Centroamericano de Recreación, Educación Física y Deportes, *Memoria del IV Congreso Centroamericano de Educación Física, Deporte y Recreación, "Naturaleza, movimiento y salud"* (pp. 21-25 julio 2008 [documento digital]. San José, Costa Rica: FECERED.

Salinas, F., Cocca, A., Ocaña, F., y Viciano, J. (2007). La actividad física como elemento de salud en la tercera edad. Razones y beneficios que justifican su práctica. *Revista Digital efdeportes*, 12(112). Obtenido el 19 de agosto de 2008, de <http://www.efdeportes.com/efd112/la-actividad-fisica-como-elemento-de-salud-en-la-tercera-edad.htm>

Schwartzmann, L. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud: Aspectos conceptuales. *Ciencia y Enfermería*, 9(2), 09-21. Recuperado

el 8 de agosto del 2008 de [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S07179553200300020002&lg=es&nrm=iso](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S07179553200300020002&lg=es&nrm=iso). ISSN 0717-9553

Sulzer, B. y Mayer, G. R. (1990). *Procedimientos del análisis conductual aplicado con niños y jóvenes* (2ª ed.). México: Editorial Trillas.

Terry, J., y García, M. G. (2003). Estudio diagnóstico para la aplicación de ejercicios físicos de yoga en la participación del adulto mayor del Consejo Popular Tulipán en el Municipio Cienfuegos. *Revista Digital efdeportes*, 8(58). Recuperado el 25 de septiembre del 2007 de <http://www.efdeportes.com/efd58/yoga.htm>

The World Health Organization Quality of Life Assessment Group. (1995). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Social Science Medicine*, 41(10), 1403-1409.

Valentine, R., Misic, M., Ebersole, K., y Evans, E. (2008). Influence of body composition on gait function in young and old women. *Medicine and Science in Sport and Exercise Supplement*, 40(5), S372.

Vilagut, G., Ferrer, L., Rajmil, P., Rebollo, G., Permanyer, J., Quintana, R., Santed, R., Valderas, J., Ribera, A., Domingo, A., y Alonso, J. (2005). El cuestionario de salud SF-36 español: Una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gaceta Sanitaria*, 9(2), 135-150.