



# Anales en Gerontología

Volumen 15, Número Especial, Año 2023/ 320-344  
VIII Congreso Internacional de Gerontología

ISSN: 2215-4647  
Ponencia

## SALUD Y BIENESTAR PSICOLÓGICO EN PERSONAS ADULTAS MAYORES QUE ASISTEN A CENTROS DIURNOS

## HEALTH AND PSYCHOLOGICAL WELL-BEING IN OLDER ADULTS WHO ATTEND DAY CENTERS

Oswaldo J. Hernández-Soto<sup>1</sup>, Edgardo Lorenzo-González<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> Doctorado.

**Afiliación Institucional:** Universidad Interamericana de Puerto Rico- San Germán, Puerto Rico. E-mail: [osvaldo\\_hernandez@intersg.edu](mailto:osvaldo_hernandez@intersg.edu) ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4426-3489>

<sup>2</sup> Doctorado.

**Afiliación Institucional:** Universidad de Puerto Rico, Recinto de Mayagüez, Puerto Rico. E-mail: [edgardo.lorenzol@upr.edu](mailto:edgardo.lorenzol@upr.edu)

## RESUMEN

El objetivo del estudio fue identificar la salud y el bienestar psicológico en personas adultas mayores en centros de servicios de la región suroeste en Puerto Rico. Investigación descriptiva con 55 participantes de ambos sexos. Se utilizó una planilla de datos sociodemográficos y salud general, se hicieron medidas antropométricas, y se aplicó la escala bienestar psicológico de Ryff. El análisis estadístico incluyó una prueba de normalidad U de Mann-Whitney; correlación de Pearson y Spearman para determinar las asociaciones entre las variables. Una prueba t, análisis de varianza Anova y Ji cuadrada para determinar diferencias. La mayoría de participantes constituía mujeres, con edad promedio de  $75.0 \pm 8.5$ , con escolaridad predominante preuniversitaria y bajo nivel socioeconómico. Auto reportaron la salud entre regular y buena; el índice de salud fue moderado, menor en las féminas. Las principales cronicidades fueron la hipertensión, diabetes y artritis. La mayoría dormía lo adecuado, pocos bebían y fumaban. En su mayoría estaban obesos y con la cintura agrandada. El bienestar psicológico fue bajo ( $72.4 \pm 10.4$ ), menor en los hombres. La autonomía asoció positivamente con la salud y negativamente con el IMC y la enfermedad.

**PALABRAS CLAVE:** Salud, bienestar psicológico, persona adulta mayor.

## ABSTRACT

The objective of the study was to identify the health and psychological well-being of older adults in service centers in the southwestern region of Puerto Rico. Descriptive research with 55 participants of both sexes. A spreadsheet of sociodemographic and general health data was used, anthropometric measurements were made, and Ryff psychological well-being scale was applied. Statistical analysis included a Mann-Whitney U normality test; Pearson and Spearman correlation to determine associations between variables. An A t-test, Anova and Chi-square analysis of variance to determine differences. The participants were mostly women. The median age was  $75.0 \pm 8.5$ , with predominant pre-university schooling and low socioeconomic status. Self-reported health between fair and good; the health index was moderate, lower in females. The main is chronicity it was hypertension, diabetes, and arthritis. Most slept adequately, few drank and smoked. They were mostly obese and with enlarged waists. Psychological well-being was low ( $72.4 \pm 10.4$ ), lower in men. Autonomy was positively associated with health and negatively with BMI and disease.

**KEY WORDS:** *Health, psychological well-being, elderly*

## Introducción

Salud es un concepto abstracto, complejo, multidimensional; posee objetividad y también subjetividad. Es un derecho humano (Declaración del Yakarta, 1997). Previo a los 50, la Organización Mundial de la Salud (Carta Otawa, 1986) describió salud como un completo estado de bienestar físico, mental y social, y no solo la ausencia de enfermedad o afección. Tener salud y ser funcional es un deseo de la mayoría de las personas. Se puede decir que la salud es un prerrequisito para producir, aportar, para ser funcional y autónomo. Para alcanzar salud se requiere de diferentes condiciones o requerimientos tales como vivienda, educación, alimentación, equidad. La salud atraviesa todos los campos del conocimiento, es esencial para la vida, especialmente cuando se piensa en el binomio salud y enfermedad (de Morais Silva et al., 2023).

Alcántara (2008) afirmó que no se debe hablar de salud sin considerarla indisolublemente ligada a la enfermedad; por lo tanto, la salud debería observarse como un proceso dinámico, cambiante, multidimensional, influenciado de forma multifactorial y donde la edad es sólo una variable más. Por lo tanto, no debe ser extraño que las personas experimenten experiencias de salud y enfermedad en el curso de la vida.

La salud puede analizarse desde la subjetividad (lo que siente) y también de forma objetiva (evaluación clínica). Según de La Guardia Gutiérrez y Ruvalcaba Ledezma (2020), en lo subjetivo la salud abarca las dimensiones del bienestar físico, mental y social; mientras que en lo objetivo (capacidad de funcionamiento), aspectos sociales (adaptación y trabajo productivo). Los autores en referencia sostuvieron que la salud es un recurso para vivir.

Para lograr un óptimo estado de salud se requiere educación, conocimiento de las causas de enfermedad y, entre otros aspectos, un reconocimiento accionado hacia el cuidado personal. Educar es un pilar para poseer una vida saludable (de Morais Silva et al., 2023); es importante que

cada persona posea información que pueda utilizar para promover salud y prevenir enfermedad. Reconocer la influencia de los determinantes sociales (ambiental, biológico, conductual, social, económico, laboral, cultural, servicios de salud) propuestos por OMS (2008) podría permitir acciones concertadas hacia la salud. Se dice que auto cuidarse es una actividad aprendida por la persona; incluye acciones para promover y mantener la salud, evitar y tratar las enfermedades (Cancio-Bello Ayes et al., 2020); se entiende que, en la medida que las personas ejerzan control de su salud, deberían tenderla.

De La Guardia Gutiérrez y Ruvalcaba Ledezma (2020) afirmaron que la salud de las personas podría mejorar si se establecieran estrategias en salud que consideren las desigualdades sociales, es decir, con enfoque de abordaje mediante los determinantes de la salud, esto desde un enfoque multidisciplinario, donde se considere lo biológico, lo social, los estilos de vida y el entorno ambiental (modelo factores de riesgo según Lalonde, 1974); la integración de todos esos elementos podría resultar favorable.

El propósito general de la investigación fue identificar la salud y el bienestar psicológico de personas mayores en centros de servicios de la región suroeste en Puerto Rico; los objetivos específicos del estudio fueron identificar el índice de salud, el bienestar psicológico (sus dominios), parámetros antropométricos y la asociación entre las variables. Esta investigación está sustentada por los modelos: 1). Factores de riesgo propuesto por Lalonde (1974, p. 2). Determinantes sociales según la OMS (2008) y la teoría de autocuidado desarrollada por Orem (1969).

### **Metodología**

Estudio descriptivo de correlación en el cual participaron 55 personas adultas mayores de ambos sexos de la región suroeste de Puerto Rico, quienes asistían a los centros Esperanza para la

vejez (ESPAVE) de Orocovis, Ponce, San Germán y Mayagüez. El proceso de reclutamiento inició con el envío de una hoja de invitación con información del estudio a cada uno de los centros. Se coordinó una vista de orientación donde se realizó una breve presentación que incluyó presentar los objetivos y los criterios de participación del estudio. Se contestaron preguntas e inquietudes.

En la reunión de orientación, a las personas mayores que mostraron interés se les proveyó información adicional de contacto y se recogió información para contactarles posteriormente. En una visita de seguimiento a los centros y en un lugar privado, se procedió a firmar el formulario de consentimiento informado. El estudio fue sometido y aprobado (1111883-1) por la Junta de Revisión Institucional de la Universidad Interamericana de Puerto Rico. Luego de la aprobación del comité de ética, se inició el proceso de mediciones. Respecto a los consentimientos informados firmados, medidas y datos de instrumentos utilizados en la investigación, estos se encuentran en un archivo privado con llaves según dispone el comité de ética (7 años).

### **Medidas Y Procedimientos**

Para determinar la salud, se construyó un cuestionario que proveyó para recoger algunas medidas antropométricas (estatura, peso, cintura, etc.), identificar las características sociodemográficas (estado civil, escolaridad, ingresos, etc.); conocer la percepción de la salud y los padecimientos (enfermedades). La percepción de salud de las personas mayores que participaron del estudio fue clasificada usando la escala: excelente, buena, regular o mala. La salud fue descrita mediante un índice construido. En este se incluyeron los criterios: índice de masa corporal (clasificado), circunferencia de la cintura (clasificada), ingesta de bebidas alcohólicas, ser fumador, horas que duerme (clasificada), número de enfermedades, uso de medicamentos. También incluyó el número de pasos por día (actividad física). Esta medida de actividad de física se realizó usando un acelerómetro. El índice de salud se clasificó en bajo, moderado o alto.

Se utilizaron algunas medidas antropométricas (peso, estatura, circunferencias), la antropometría permite evaluar el estado de salud y el riesgo de enfermedad de las personas adultas (Casadei & Kiel, 2022); al ser un indicador importante para el análisis de la salud (Hollander et al., 2012), se tomó como referencia indirecta de sobrepeso y obesidad, se calculó el índice de masa corporal ( $IMC = \text{peso (kg)} / \text{estatura (m}^2\text{)}$ ). Las medidas antropométricas se realizaron utilizando una báscula digital (para medir el peso) Tanita (Tanita Corporation of América, Illinois, USA), un estadiómetro portátil (para medir la estatura) SECA (SECA North América, California, USA) y una cinta métrica Gulick (para medir cintura y cadera).

El bienestar psicológico fue identificado por medio de la escala de bienestar psicológico desarrollada por Ryff & Keyes (1995). Se utilizó una versión en español validada y adaptada en Puerto Rico por González-Rivera et al. (2016), la cual supuso una versión corta de 17 reactivos y 4 dimensiones: dominio del entorno, propósito de vida, autoaceptación y autonomía. La escala es tipo Likert y va de 1 a 6 (representando 6 muy de acuerdo, 5 de acuerdo, 4 más bien en acuerdo, 3 más bien en desacuerdo, 2 en desacuerdo y 1 muy en desacuerdo). A medida que aumenta la puntuación, el bienestar psicológico exhibido por la persona es mayor.

Todas las medidas utilizadas se tomaron en los centros Esperanza para la vejez ESPAVE del suroeste por los asistentes del investigador; previamente adiestrados para esos propósitos. El investigador coordinó el acceso a los centros ESPAVE y el equipo utilizado.

### **Análisis De Datos**

El análisis estadístico descriptivo incluyó medidas de tendencia central (media y proporciones) y medidas de dispersión (desviación estándar), según correspondió para las variables del estudio (género, edad, escolaridad, ingresos, estatura, peso, índice de masa corporal,

circunferencia de cintura, ingesta de alcohol, fuma, percepción de salud, horas que duerme, número de enfermedades, ingesta de medicamentos, índice de salud y bienestar psicológico).

Para determinar las diferencias en el índice de salud y el bienestar psicológico entre las personas participantes se utilizó una prueba t, para las diferencias en proporciones se consideró una prueba de chi-cuadrado. También se utilizó análisis de correlación para identificar asociaciones entre las principales variables. Se utilizó el programa estadístico IBM-SPSS 27 (STATA Corp LLC, College Station, TX) con un alfa de 0.05 para determinar significancia estadística.

### **Resultados**

El estudio fue completado por 55 personas adultas mayores que asistían a centros de servicios diurnos, (61.8%, 34 mujeres y 38.2%, 21 hombres), cuya edad promedio era de  $75.0 \pm 8.5$  años (fémimas  $74.7 \pm 9.0$  y caballeros  $75.4 \pm 7.7$ ). El nivel de escolaridad predominante fue preuniversitario (85.5%), mientras que el ingreso económico anual menor a \$1000/año (63.6%).

Las principales características antropométricas se muestran en la Tabla 1. Los resultados muestran que las mujeres tuvieron menor estatura ( $152.0 \pm 6.9$  vs.  $168.3 \pm 10.5$  cm,  $p= 0.01^*$ ) y peso ( $70.9 \pm 14.3$  vs  $73.2 \pm 16.8$  kg,  $p=.594$ ), mayor IMC ( $30.5 \pm 5.4$  vs.  $26.0 \pm 6.5$  kg/m<sup>2</sup>,  $p=.008^*$ ), cintura ( $98.2 \pm 12.2$  vs.  $91.7 \pm 13.9$  cm,  $p=.076$ ) y menor índice cintura cadera ( $92.1 \pm 05.7$  vs.  $97.5 \pm 21.4$  cm,  $p=.046^*$ ) en comparación con los hombres.

**Tabla 1**

*Parámetros antropométricos de las personas participantes en el estudio (media (x) ± desviación estándar (ds))*

Parámetros antropométricos	Total (TOD)	Femenino (FEM)	Masculino (MAS)	p (t)
<b>Estatura (cm)</b>	158.2 ± 11.6	152.0 ± 6.9	168.3 ± 10.5	.001* (-6.907)
<b>Peso (Kg)</b>	71.8 ± 15.2	70.9 ± 14.3	73.2 ± 16.8	.594 (-.537)
<b>IMC (kg/m<sup>2</sup>)</b>	28.8 ± 6.2	30.5 ± 5.4	26.0 ± 6.5	.008* (2.776)
<b>Circunferencia de cintura (cm)</b>	95.8 ± 13.17	98.2 ± 12.2	91.7 ± 13.9	.076 (1.813)
<b>Índice de cintura y cadera</b>	94.2 ± .14	92.1 ± .05	97.5 ± .21	.046* (-1.409)

Nota: t, \*p < 0.05

Los hallazgos se presentan en la Tabla 2, respecto a la salud de las personas participantes, se evidencia que poseen un índice de salud moderado (58.0 ± 18.3). Las mujeres tuvieron menor índice salud que los hombres (52.2 ± 17.0 vs 65.8 ± 17.5;  $p=.011^*$ ), este hallazgo fue estadísticamente significativo. En otros parámetros de salud, se observó que la mayoría de participantes reportó dormir un promedio de 6.9 ± 1.7,  $p=.050^*$  horas cada noche; no bebían alcohol (69.1%) y tampoco fumaban (98%). En cuanto a percepción de la salud, la mayoría auto reportó tener una salud entre regular y buena (72.2%).

**Tabla 2**

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

Índice de salud general	Total (TOD)	Femenino (FEM)	Masculino (MAS)	p (t)
<b>Salud</b>	58.0 ± 18.3	52.2 ± 17.0	65.8 ± 17.5	.011* (-2.668)
<b>Parámetros de salud</b>				
<b>Horas que duerme</b>	6.9 ± 1.7	6.5 ± 1.6	7.5 ± 1.7	.050* (-2.012)
<b>Bebe alcohol (%) Sí vs No</b>	30.9 (17/55)	17.6 (6/34)	52.4 (11/22)	
<b>Fuma (%) Sí vs No</b>	1.8 (1/55)	0	4.8 (1/22)	
<b>Percepción de la salud (%)</b>				
<b>Excelente</b>	1.8 (1)	0 (0)	4.8 (1)	
<b>Muy buena</b>	18.2 (10)	14.7 (5)	23.8 (5)	
<b>Buena</b>	23.6 (13)	20.6 (7)	28.6 (6)	
<b>Regular</b>	49.1 (27)	52.9 (18)	42.9 (9)	
<b>Mala</b>	7.3 (4)	11.8 (4)	0 (0)	

Nota. F y Ji-cuadrado, \*p < 0.05



Los resultados de enfermedad se presentan en la Tabla 3. Se observó la hipertensión, diabetes y artritis como las principales cronicidades. El promedio de enfermedades en participantes fue de  $3.7 \pm 2.2$ , se evidenciaron diferencias estadísticamente significativas según el género ( $p=.001^*$ ). Solo el 49.1% reportó tomar medicamentos para las enfermedades.

**Tabla 3**

*Parámetros de enfermedad en los participantes del estudio (media (x)  $\pm$  desviación estándar (ds), frecuencia (f), o proporciones (%))*

Enfermedad	Total (TOD)	Femenino (FEM)	Masculino (MAS)	p (t)
<b>Total de enfermedades</b>	3.7 $\pm$ 2.2	4.5 $\pm$ 2.1	2.4 $\pm$ 1.9	.001* (3.502)
<b>Principales enfermedades (%)</b>				
<b>Hipertensión</b>	61.8 (34/55)	67.6 (23/34)	52.3 (11/21)	
<b>Diabetes</b>	47.3 (26/55)	41.8 (14/34)	57.1 (11/21)	
<b>Artritis</b>	45.5 (25/55)	58.8 (20/34)	23.8 (11/21)	
<b>Usa medicamentos (%) Sí vs No</b>	49.1 (27/55)	52.9 (18/34)	42.9 (9/21)	

Nota. t, \* $p < 0.05$

Todos los resultados de la escala de bienestar psicológico y sus dimensiones se incluyen en la Tabla 4. En lo que respecta al bienestar psicológico, los resultados indican un nivel bajo ( $72.0 \pm 10.4$ ). En promedio ( $72.8 \pm 10.0$  vs.  $70.6 \pm 11.2$ ), el bienestar psicológico fue más alto en las féminas, además, hay diferencias estadísticamente significativas ( $p=.451^*$ ). En cuanto a las dimensiones (dominio del entorno, propósito en la vida, autoaceptación y autonomía), todas fueron promedio (3-4), y no se encontraron diferencias estadísticamente significativas ( $p>0.05$ ) entre las personas participantes.

**Tabla 4**

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

Escala BPS	Total (TOD)	Femenino (FEM)	Masculino (MAS)	p (t)
<b>Bienestar psicológico general</b>	72.0 ± 10.4	72.8 ± 10.0	70.6 ± 11.2	.451* (.768)
<b>Dimensiones de la escala</b>				
<b>Dominio del entorno</b>	4.7 ± .82	4.9 ± .67	4.5 ± 1.0	.112 (1.616)
<b>Propósito en la vida</b>	3.8 ± .93	3.8 ± 1.0	3.8 ± .83	.969 (-.039)
<b>Autoaceptación</b>	4.6 ± .84	4.7 ± .72	4.5 ± 1.0	.644 (.464)
<b>Autonomía</b>	3.4 ± 1.0	3.3 ± 1.1	3.5 ± .72	.502 (-.676)

Nota. t, \*p < 0.05

Los resultados de las correlaciones se identifican en la Tabla 5. En cuanto a los parámetros antropométricos, se evidenciaron correlaciones significativas entre el índice de masa corporal y la cintura ( $r=.78$ ;  $p=.000^{**}$ ), salud ( $r=-.57$ ;  $p=.000^{**}$ ), enfermedad ( $r=.44$ ;  $p=.000^{**}$  y también con autonomía ( $r=-.23$ ;  $p=.044^{*}$ ). La cintura se relacionó negativa y significativamente con la salud ( $r=-.53$ ;  $p=.000^{**}$ ), y positiva y significativamente con la enfermedad ( $r=.38$ ;  $p=.002^{**}$ ). La salud correlacionó negativa y significativamente con la enfermedad, ( $r=-.76$ ;  $p=.000^{**}$ ), y positiva y significativamente con la autonomía ( $r=.31$ ;  $p=.011^{*}$ ). La enfermedad y la autonomía se asociaron de manera negativa y significativamente ( $r=-.29$ ;  $p=.016^{*}$ ).

**Tabla 5**

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

		IMC	CIN	SAL	ENF	AUTON
IMC	<i>r Pearson</i>	--				
	<i>N</i>	55				
CIN	<i>r Pearson</i>	.788**	--			
	<i>P</i>	.000				
SAL	<i>r Pearson</i>	-.571**	-.526**	--		
	<i>P</i>	.000	.000			
ENF	<i>r Pearson</i>	.442**	.380**	-.756**	--	
	<i>P</i>	.000	.002	.000		
AUTON	<i>r Pearson</i>	-.233*	-.103	.331*	-.289*	--
	<i>P</i>	.044	.227	.011	.016	

Nota. IMC (índice de masa muscular), CIN (cintura), SAL (salud), ENF (enfermedad), AUTON (autonomía); \*Correlación significativa al 0.05, \*\*Correlación significativa al 0.01, r (Correlación Pearson).

## Discusión y Conclusiones

Los auto reportes de salud han sido utilizados como predictores de mortalidad (Wuorela et al., 2020). En esta investigación, el 73% de las personas adultas mayores que participaron percibieron su salud entre buena y regular. El resultado es similar a lo reportado por Bennie et al. (2013), pero opuesto a lo evidenciado (muy buena y buena) por Orrego et al. (2017). Este hallazgo demuestra una actitud positiva hacia la salud general entre las personas participantes. La observación se sostiene al reconocer sus enfermedades (hipertensión, diabetes y artritis) y tratamientos (51% sostuvo que no toma medicamentos); este hallazgo es similar al de Moschny et al. (2011).

En lo que respecta al uso de medicamentos, es importante indicar que el incumplimiento con el uso del medicamento puede afectar su eficacia, de igual manera podría agravar la enfermedad (Ruscín & Linnebur, 2019). Un asunto de interés que podría auscultarse en quienes participaron de esta investigación serían los posibles factores (económico, educación, frecuencia de uso) que pudieran estar incidiendo en aquellos que no cumplen con el uso de sus fármacos. Es evidente que las condiciones adversas a la salud y su tratamiento no representan un pesar, o forma de pesimismo en las personas participantes. Más bien, es una manera positiva de autoaceptación. Una actitud positiva hacia uno mismo (Ryff, 2014).

En esta investigación se identificó un índice de salud moderado (58%) mayor en los hombres que en las mujeres. Este hallazgo se compara con lo reportado por Hernández Soto (2023), quien documentó en un estudio exploratorio un índice de salud moderado menor en mujeres. El estado de salud del ser humano es importante a cualquier edad; sin embargo, debido a los roles socio culturales que se le han asignado a la mujer, en estas podría ser más relevante. La salud individual, debe ser atendida como un asunto de responsabilidad personal (autocuidado).

Cancio-Bello Ayes et al. (2020) afirmaron que el estado de salud de una persona, entre otras cosas, depende de los cuidados que se brinde; de modo que el autocuidado es una estrategia para prevenir enfermedades y promover conductas saludables.

En esta investigación, también se evaluó la salud de las personas adultas mayores desde una mirada antropométrica que incluyó medidas de peso, estatura, cintura, etc.; estimación de índice de cintura cadera e índice de masa corporal (IMC). A través del análisis antropométrico se pueden describir e interpretar distintos indicadores (conductuales respecto a prácticas alimentarias, la salud y la enfermedad). La evaluación objetiva de la antropometría permite describir la presencia de riesgos para la salud y exposición para desarrollo de enfermedad; pueden ser útiles para conocer el riesgo de obesidad, desgaste muscular, aumento de la masa grasa, desnutrición e inadecuada distribución del tejido graso; además de servir para respaldar distintos indicadores de conductas (prácticas alimentarias, salud, enfermedad). Los resultados de las medidas antropométricas se relacionan con factores genéticos, características ambientales, condiciones sociales y culturales, estilo de vida, estado funcional y salud (Padilla et al., 2021).

Está documentado que la grasa en la cintura es mejor observada cuando se mide el índice de la cintura y la cadera (Streng et al., 2018). El tamaño de la cintura es un factor de riesgo para la salud. El volumen en la cintura favorece el desarrollo de enfermedades cardio metabólicas. En esta investigación se encontró que la razón cintura-cadera en mujeres y hombres está sobre el promedio de referencia (Winkler et al., 2015). Este hallazgo describe a participantes con un riesgo para el desarrollo de complicaciones de salud (hombres, promedio, y alto riesgo en féminas) (WHO, 2011). Gupta y Pushkala (2021) afirmaron que el tamaño de la cintura está relacionado a condiciones como la obesidad, enfermedades cardiovasculares, cáncer y diabetes; cintura agrandada es un predictor de enfermedades crónicas. En el presente estudio se evidenció una

asociación positiva entre la cintura, el índice de masa corporal y también la enfermedad. Este hallazgo compara con lo observado por Streng et al. (2018), quienes identificaron una relación positiva entre la razón cintura-cadera e índice de masa corporal, y mortalidad cardiovascular en personas adultas mayores. No obstante, es importante indicar que medidas de circunferencias (cintura, cadera, etc.), los pliegues cutáneos y el peso corporal son factores de riesgo modificables para la salud.

El índice de masa corporal (IMC) resulta de la relación entre la estatura y el peso corporal. El Centro para el control de enfermedades (CDC, 2022) afirmó que el IMC es una medida apropiada para identificar la obesidad y los riesgos asociados a la salud. En esta investigación, se observó que, en promedio, participantes estuvieron con sobrepeso (U.S. Department of Health and Human Services, 2018);  $IMC = 28.8 \pm 6.2 \text{ kg/m}^2$  (ACSM's Health-Related, 2021); sin embargo, las mujeres evidenciaron un  $IMC = 30.5 \pm 5.4 \text{ kg/m}^2$ , vs  $26.0 \pm 6.5 \text{ kg/m}^2$  en los hombres. Este resultado es similar al encontrado por Tamosiunas et al. (2019), quienes encontraron en las mujeres (30.4) un mayor IMC que los hombres (28.5) bajo estudio.

También se evidenció que las mujeres estaban obesas. Según Kıskaç et al. (2022), desde la pato fisiología, analizar la obesidad en personas adultas mayores es un asunto complejo, principalmente cuando es comparada con otros grupos de edad. En este estudio el IMC asoció negativamente con la salud.

El Instituto Nacional de Salud (NIH, 2023) estableció los siguientes parámetros: 18.5 a 24.9 (peso adecuado); 25.0 a 29.9 (sobre peso); 30 y más (obeso) para clasificar el IMC; no obstante, actualmente parece que no existe un consenso en las recomendaciones para personas adultas mayores. En la literatura se identifican varios parámetros para hombres y mujeres de mayor edad. El Instituto Nacional de la Diabetes y las Enfermedades Digestivas y Renales (NIDDK,

2021) sugiere un IMC entre 25 y 27 kg/m<sup>2</sup>; mientras que Kıskaç et al. (2022) propuso un rango de 31-32 kg/m<sup>2</sup> para mujeres y 27-28 kg/m<sup>2</sup> para hombres.

Lo que sí se observa es los parámetros sugeridos para las personas mayores son diferentes. Los valores bajo estudio son más altos que el rango actualmente recomendado de 18.5 a 24.9 kg/m<sup>2</sup> para personas más jóvenes. La recomendación ha sido establecida debido a estudios que consideran la edad, el sexo y la raza como variables que afectan el resultado (Recalde et al., 2021).

El IMC de participantes de este estudio fue de 28.5, lo que evidencia que se encuentran por encima de las recomendaciones antes presentadas. El resultado compara con resultados encontrados por Carr et al. (2023), según los cuales, había 28.0 en mayores de 75 años; también es comparable con lo evidenciado por Assiri et al. (2022), quienes reportaron un IMC de 31 en mayores de 67 años. En la población general, el índice de masa corporal y la circunferencia de la cintura son factores de riesgo atribuidos a varias enfermedades crónicas y mortalidad. De igual manera, existe riesgo elevado de enfermedades en personas mayores con bajo peso (Carr et al., 2023). Según Assiri et al. (2022), el IMC en personas mayores está relacionado con una baja expectativa de vida y alto riesgo de muerte cardiovascular. Por otro lado, Carr et al. (2023) sostuvieron que un elevado IMC es un factor de riesgo relacionado a enfermedades crónicas y muerte.

En este estudio se observó que el tamaño de la cintura y el IMC son opuestos a la salud y favorecedores de la enfermedad, ambos aspectos están relacionados a varios factores de riesgo y/o determinantes sociales de la salud como lo son el tipo y cantidad de la dieta por día, actividad física por semana, horas que pasa sentado durante el día, el ingreso, la educación y, entre otros, el autocuidado de las personas adultas mayores. La naturaleza multifactorial de la salud y la enfermedad hace del asunto uno complejo para atender.

Otros de los parámetros relacionados a la salud como dormir, uso de alcohol y fumar, evaluados en este estudio, evidenciaron que dormían 7 horas en promedio (6.5 mujeres y 7.5 hombres). El 31% de personas que participaron en el estudio bebía alcohol, siendo en su mayoría caballeros (52%). Sólo el 2% reportó fumar (5% hombres).

De acuerdo con la Sleep Fundation (2021), las personas mayores de 65 años deberían dormir de 7 a 8 horas por noche, por lo tanto, quienes participaron del presente estudio cumplieron con las recomendaciones mínimas. Se ha observado que, a medida que se envejece se duerme menos, esto probablemente se debe a la presencia de enfermedades y uso de algunos medicamentos; la falta de sueño está relacionada con la obesidad y con la presencia de enfermedades del corazón e infecciones; el sueño afecta tanto la salud física como la mental. Es fundamental para nuestro bienestar (NIH, 2023). En lo que respecta al uso de alcohol y fumar, el hallazgo concuerda con lo observado por Guimaraes-Borges et al. (2014), quienes reportaron que el 32% de personas mayores en México bebía alcohol y un 10 % fumaba cigarrillos. De acuerdo con los hallazgos de esta investigación, el vicio de cigarrillo no representa un problema de salud de las personas mayores; sin embargo, el alto consumo de alcohol es un problema que debe ser atendido.

El uso de alcohol es contrario a lo reportado por Tamosiunas et al. (2019), quienes reportaron que menos de un 11% de las mujeres y un 6% de los hombres que participaron en su estudio nunca había bebido alcohol. De acuerdo con la Harvard Medical School (2021), el consumo desmedido de alcohol en personas adultas mayores muestra una tendencia de incremento y destaca que es mayor en mujeres. Según la reconocida escuela, beber demasiado alcohol puede afectar tanto la salud física y la mental (problemas cardíacos, hepáticos, riesgo de cáncer, afecto en la memoria, el estado de ánimo y sistema inmunológico).

## **Bienestar Psicológico**

Bienestar se entiende como el conjunto de factores que una persona necesita para gozar de buena calidad (Tang et al., 2019); incluye aquellas cosas que inciden de manera positiva en la calidad de vida: empleo, recursos económicos, vivienda, educación, salud, tiempo para el ocio, Satici (2016). El diccionario de la Real Academia de la Lengua Española (2023) lo describe como conjunto de las cosas necesarias para vivir bien; estado de la persona en la que se le hace sensible el buen funcionamiento de su actividad somática (cuerpo) y psíquica (mente). Se habla de diferentes tipos de bienestar (físico, social, emocional, etc.).

En la década de los 90, Carol Ryff describió el bienestar psicológico como el esfuerzo de la persona para perfeccionar sus potenciales. Así que la vida de cada persona posee su propio significado; no está reducido a la felicidad, ni tampoco a las emociones positivas. Romero et al. (2009), lo definieron como un constructo multidimensional con ejes y dimensiones que abarcan maneras individuales y sociales de la persona y la forma de estar en el mundo, la valoración que hace y el significado que le otorga a su realidad.

De acuerdo con Alarcón-Riveros y Troncoso-Pantoja (2020), se puede considerar el bienestar psicológico como una forma de protección de la salud individual. En este sentido, conllevaría la autoaceptación, mantener relaciones positivas con iguales, poseer el control en la toma de decisiones, propiciar entornos favorables, contar con propósitos vitales realizables, acatar los retos y las oportunidades que se presentan en la vida. En esa noción donde se demuestra que la mente y el cuerpo se conjugan por la salud.

Aunque el modelo de bienestar psicológico propuesto por Carol Ryff consta de seis dimensiones; en este manuscrito se discuten los dominios: entorno, propósito en la vida, autoaceptación y autonomía. En esta investigación se observó un bajo nivel de bienestar



psicológico ( $72.0 \pm 10.4$ ) en las personas adultas mayores que participaron. Sin embargo, se evidenciaron diferencias en el bienestar psicológico entre mujeres y hombres, siendo el de las mujeres superior. De acuerdo con Matud et al. (2019), estudios sobre las diferencias en el bienestar psicológico entre mujeres y hombres no han arrojado resultados concluyentes. Está evidenciado que altos niveles de bienestar psicológico favorecen la salud sobre el deterioro funcional y la enfermedad. Un alto nivel de bienestar psicológico potencia una vida más larga (Las Heras et al., 2022), Hernández Soto (2023) sostuvo que la comprensión debe ir más allá del reconocimiento de los vínculos entre el bienestar psicológico la salud y/o la enfermedad. Se debe pensar en alternativas para promoverlo en todo el curso de la vida; en este caso, sería una medida de atención y prevención primaria (evitar la enfermedad). De igual forma, considerar el uso de medidas para atender a las personas mayores en los centros de cuidado o aquellos que reciben atención en el hogar. Esto podría ser un aliciente para quienes tienen niveles bajos de bienestar.

Al analizar la escala de bienestar en sus cuatro (4) dimensiones (dominio del entorno, autoaceptación, propósito de la vida y autonomía), se encontró que los puntajes de participantes fueron promedio. Dominio del entorno está relacionado con la capacidad y creatividad del individuo para hacer frente a las circunstancias que lo rodean. En esta investigación, el dominio del entorno se relacionó de forma negativa con las horas que duerme, con el IMC y la enfermedad; pero se relacionó favorablemente con el índice de salud. En ninguno fue significativo. Dominar el entorno es un asunto favorable para la salud. La persona capaz de controlar su ambiente podría brindarle atención a los factores ambientales que afectan la salud y favorecen la enfermedad. De acuerdo con Lalonde (1974), la salud se encuentra influenciada por factores ambientales, herencia, estilo de vida y el cuidado de la salud.

Auto aceptarse se refiere a la actitud de la persona a sí misma y también hacia a la vida. El reconocer las enfermedades y la pobre adherencia a los medicamentos es una forma positiva de autoaceptación. De acuerdo con Cancio-Bello Ayes et al. (2020), el afrontamiento de la enfermedad, la valoración de los recursos personales, el conocimiento sobre las creencias, respecto de la enfermedad, las redes de apoyo y las necesidades físicas, psicológicas y sociales inciden en el autocuidado de la persona. Se dice cuando se conocen las fortalezas al igual que las debilidades, estas pueden ser atendidas (Flecha-García, 2019).

El propósito vital se describe como el entendimiento de que la vida posee significado. Se dice que esta idea de propósitos en la vida es tan antigua como la humanidad; sin embargo, aunque las personas no pueden elegir las circunstancias del destino, son responsables de la forma en que se desea vivir (Furman, 2021). Este asunto está relacionado al modelo de determinantes sociales de la salud, el cual establece que está influenciada por las circunstancias en que se nace, crece, vive, trabaja, envejece y sistema de salud. Esto reafirma los múltiples factores y dimensiones que interactúan en la salud.

La autonomía describe a la persona que es capaz de resistir las presiones sociales y regular su comportamiento (Las Heras et al., 2022). Una persona autónoma es aquella que posee el control de sus acciones, es en función de sus concepciones socioculturales y experiencias que determinará su curso de acción (una conducta saludablemente positiva o negativa) (Hernández Soto, 2023). La autonomía como una dimensión del bienestar psicológico, en esta investigación fue moderada y correlacionó negativamente con el índice de masa corporal; también se asoció favorablemente con la salud y de manera opuesta con la enfermedad. Este resultado es comparable con el de Sánchez-García et al. (2019).

Este hallazgo tiene múltiples implicaciones: primero, en lo que respecta el IMC y la enfermedad; segundo, por las limitaciones en la funcionalidad de la persona adulta mayor que podrían conllevar diferentes cronicidades; tercero, por el estado de dependencia, la necesidad de servicios de salud y el impacto en sus costos. Es importante mantener un nivel de funcionalidad en que permita la independencia y la autonomía (Casa-Herrero et al., 2015). Se ha observado que cuando se logra la autonomía se promueve tanto la salud como la calidad de vida (Moilanen et al., 2021).

En esta investigación se documentó que las personas adultas mayores que asistían a centros diurnos del suroeste de Puerto Rico:

- Tuvieron un índice de salud general moderado (menor en las féminas).
- Auto reportaron la salud entre regular y buena.
- Mostraron un bajo bienestar psicológico; el bienestar fue mayor en las féminas; el dominio de autonomía asoció favorablemente con la salud y adversamente con el perímetro de la cintura, índice de masa corporal y con la enfermedad.
- Antropométricamente estaban obesos, con cintura grande (mayor IMC y cintura en mujeres).
- Dormían lo requerido, pocos bebían y fumaban; sus principales enfermedades fueron hipertensión, diabetes y artritis.

La salud en la vejez no es una cuestión de azar, aunque se observen algunas variaciones en la salud de las personas adultas mayores, las mismas pueden ser el reflejo de su herencia genética, de su entorno físico y social, las posibilidades de desarrollo y hábitos (Benavente-Cuesta & Quevedo-Aguado, 2019). Desde una mirada holística y considerando la idea de cuidado de salud

propuesta por Lalonde (1974) y autocuidado de Orem (1969); según Whelan (1984), se sostiene la importancia de capacitar a las personas sobre su salud. Es importante ofrecer a las personas adultas mayores, los medios para que ejerzan mejor control sobre su salud y la puedan mejorar (Hernández Soto, 2023). En ese sentido, Bortz (2018) sostuvo que una vejez saludable está en gran medida bajo el control de la persona. No es responsabilidad del gobierno o los padres, envejecer con salud debe ser la ocupación de todos.

## Referencias

- ACSM's *Health Related Physical Fitness Assessment Manual*. (2021). Philadelphia, PA: Wolters Kluwer.
- Alcántara, M. G. (2008). La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad. *Sapiens Revista Universitaria de Investigación*, 9(1), 93-107.
- Assiri, Y. M., Alhayyani, R. M., Alshahrany, A. M., Othman, L. M. & Alqahtani, N. A. (2022). Body mass index among elderly population and its association with neurological and musculoskeletal diseases in Aseer, Saudi Arabia. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 11(6), 2834-2838.
- Alarcón-Riveros, M. y Troncoso-Pantoja, C. (2020). Bienestar psicológico en personas mayores del sur de Chile. *Gad Med Bol*, 43(2), 158-161.
- Benavente-Cuesta, M. H. y Quevedo-Aguado, M. P. (2019). Autopercepción de Salud, Calidad de vida y Bienestar Psicológico en una muestra de mayores. *Revista española de comunicación en salud*, 10(1), 21-29. <https://doi.org/10.20318/recs.2019.3993>
- Bennie, J. A., Chau, J. Y., Van Der Ploeg, H. P., Stamatakis, E., Do, A. & Bauman, A. (2013). The prevalence and correlates of sitting in European adults -a comparison of 32 Eurobarometer-participating countries. *Int J Behav Nutr Phys Act*, 10(107), 1-13. <https://doi.org/10.1186/1479-5868-10-107>
- Bortz, W. (2018). Perspective: Why Exercise Is Good and Its Lack Bad for Everything. *American Journal of Lifestyle Medicine*. <https://doi.org/10.1177/1559827618778236>
- Cancio-Bello Ayes, C., Lorenzo Ruiz, A. y Alarcó Estévez, G. (2020). Autocuidado una aproximación teórica al concepto. *Informes psicológicos*, 20(2), 119-138. <https://doi.org/10.18566/infpsic.v20n2a9>
- Carr, P. R., Webb, K. L., Neumann, J. T., Thao, L. T. P., Beilin, L. J., Ernst, M. E., Fitzgibbon, B., Gasevic, D., Nelson, M. R., Newman, A. B., Orchard, S. G., Owen, A., Reid, C. M., Stocks, N. P., Tonkin, A. M., Woods, R. L. & McNeil, J. J. (2023). Associations of body size with all-cause and cause-specific mortality in healthy older adults. *Scientific Reports*, 13(1), 3799. <https://doi.org/10.1038/s41598-023-29586-w>
- Casadei, K. y Kiel, J. (2022). Anthropometric Measurement. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK537315/>
- Casas-Herrero, A., Cadore, E., Martínez, V. y Izquierdo, R. (2015). El ejercicio físico en el anciano frágil: una actualización. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 50(2), 74-81. [www.elsevier.es/regg](http://www.elsevier.es/regg)

- Centro para el control de enfermedades-CDC (2022). Body mass index (BIM). [Body Mass Index \(BMI\) | Healthy Weight, Nutrition, and Physical Activity | CDC Chronic Diseases and Cognitive Decline – A Public Health Issue.](#)
- Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española. (2023). [Diccionario de la lengua española Edición del Tricentenario | RAE - ASALE](#)
- De Moraes Silva, A., Couto de Almeida, N. y Chalegre de Freitas, V. L. (2023). La Salud en la Transversalidad del Conocimiento Educativo. *EDUCA International Journal*, 1(3), 1-13. <https://doi.org/10.55040/educa.v3i1.44>
- Flecha-García, A. C. (2019). Autoaceptación y sentido/propósito vital en personas mayores institucionalizadas. *Revista universitaria Pedagogía social* (33), 137-150.
- Furman, H. (2021). Propósito, Satisfacción y Proyecto de Vida: una relación dialéctica. *Subjetividad y procesos cognitivos*, 25(1), 73-83.
- Harvard Medical School. (2021). Rising alcohol use among older adults. <https://www.health.harvard.edu/blog/rising-alcohol-use-among-older-adult-202109242599#:~:text=Drinking%20too%20much%20alcohol%20can%20have%20negative%20physical,older%20adults%20who%20drink%20alcohol%20at%20additional%20risk>.
- Las Heras, M. L., Grau-Grau, M. & Rofcanin, Y. (2022). Human Flourishing: A Multidisciplinary Perspective on Neuroscience, Health, Organizations and Arts. <https://doi.org/10.1007/978-3-031-09786-7>
- Hernández Soto, O. (2023). Bienestar psicológico y el binomio salud enfermedad en adultos mayores: Estudio exploratorio. *Psicologías*, 6, 107-137. <https://revistas.upr.edu/index.php/psicologias/article/view/21040>
- Hollander, E. L., Bemelmans, W. J., Boshuizen, H. C., Friedrich, N., Wallaschofski, H., Guallar-Castillón, P., Walter, S., Zillikens, M. C., Rosengren, A., Lissner, L., Bassett, J. K., Giles, G. G., Orsini, N., Heim, N., Visser, M. & de Groot, L. C. (2012). The association between waist circumference and risk of mortality considering body mass index in 65- to 74-year-olds: a meta-analysis of 29 cohorts involving more than 58 000 elderly persons. *Int J Epidemiol*, 41(3), 805-817. <https://doi.org/10.1093/ije/dys008>
- González-Rivera, J. A., Quintero-Jiménez, N., Veray-Alicea, J. y Rosario-Rodríguez, A. (2016). Adaptación y Validación de la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff en una Muestra de Adultos Puertorriqueños. *Salud y Conducta Humana*, 3(1), 1-14.

- Guimaraes-Borges, G. L., Mendoza-Meléndez, M. A., López-Brambila, M. A., García-Pacheco, J. A., Velasco-Ángeles, L. R., Beltrán Silva, M. A., Valdez-Corchado, P. E., Medina-Mora, M. E. y Camacho-Solís, R. (2014). Prevalencia y factores asociados al consumo de tabaco, alcohol y drogas en una muestra poblacional de adultos mayores del Distrito Federal. *Salud mental*, 37(1), 15-25.
- Gupta, P. D. & Pushkala, K. (2021). Waist-to-Hip ratio: an indicator of health. *J. Cell Tissue Research*, 21(2), 3.
- Instituto Nacional de la Diabetes y las Enfermedades Digestivas y Renales (NIDDK, 2019). [Overweight & Obesity Statistics - NIDDK \(nih.gov\)](#)
- Instituto Nacional de Salud (NIH, 2023). *Los beneficios de dormir. Por qué hay que descansar bien durante la noche.* <https://salud.nih.gov/recursos-de-salud/nih-noticias-de-salud/los-beneficios-de-dormir>
- De La Guardia Gutiérrez, M. A. y Ruvalcaba Ledezma, J. C. (2020). La salud y sus determinantes, promoción de la salud y educación sanitaria. *JONNPR*, 5(1), 81-90. <https://doi.org/10.19230/jonnpr.3215>
- Lalonde, M. *A new perspective on the health of Canadians.* (1974). A working document. Ottawa: Government of Canada, 11-26.
- Moilanen, T., Kangasniemi, M., Papinaho, O., Mynttinen, M., Siipi, H., Suominen, S. & Suhonen, R. (2021). Older people's perceived autonomy in residential care: An integrative review. *Nurs Ethics*, 28(3), 414-434. <https://doi.org/10.1177/0969733020948115>
- Moschny, A., Platen, P., Klaatzen-Mielke, R., Trampisch, U. & Hinrichs, T. (2011). Barriers to physical activity in older adults in Germany: a cross-sectional study. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 8(121), 1-10. <https://doi.org/10.1186/1479-5868-8-121>
- Matud, M. P., López-Curbelo, M. & Demelza Fortes. (2019). Gender and Psychological Well-Being. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(19): 3531. <https://doi.org/10.3390/ijerph16193531>
- Kıskaç, M., Soysal, P., Smith, L., Capar, E. & Zorlu, M. E. (2022). What is the Optimal Body Mass Index Range for Older Adults? *Annals of Geriatric Medicine and Research*, 26, 49-57. <https://doi.org/10.4235/agmr.22.0012>
- Organización Mundial de la Salud. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. (2008). Subsana las desigualdades en una generación. Informe Final. Ginebra: OMS/OPS. [Microsoft Word - A62\\_9-sp.doc \(who.int\)](#)

- Orrego, S., García-González, L., Murillo, B., Zaragoza, J. & Aibar, A. (2017). Physical Activity Programmes in the Elderly: Successful Strategy for Healthy Ageing. *European Journal of Human Movement*, 39, 48-64. <https://doaj.org/article/28ffd01e99fd410d9d7bf33a664cca60>
- Ottawa Charter for Health Promotion. (1986). WHO/HPR/HEP/95.1.WHQ Geneva. [Health Promotion \(who.int\)](https://www.who.int/healthpromotion)
- Padilla, C. J., Ferreyro, F.A. & Arnold, W. D. (2021). Anthropometry as a readily accessible health assessment of older adults. *Exp Gerontol*, 1, 153, 111464. <https://doi.org/10.1016/j.exger.2021.111464>
- Recalde, M., Davila-Batista, V., Díaz, Y., Leitzmann, M., Romieu, I., Freisling, H. & Duarte-Salles, T. (2021). Body mass index and waist circumference in relation to the risk of 26 types of cancer: a prospective cohort study of 3.5 million adults in Spain. *BMC Med*, 14, 19(1), 10. <https://doi.org/10.1186/s12916-020-01877-3>
- Romero, A., García-Mas, A. & Brustad, R. (2009). Estado del arte, y perspectiva actual del concepto de bienestar psicológico en psicología del deporte. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 41(2), 335-347.
- Ruscín, M. y Linnebur, S. (2019). Problemas relacionados con los fármacos en los ancianos. *MANUAL MERCK versión para profesionales*. <https://www.merckmanuals.com/es>
- Ryff, C., & Keyes, C. (1995). The Structure of Psychological Well-Being Revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(4), 719-727. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.69.4.719>
- Ryff, C. (2014). Psychological Well-Being Revisited: Advances in Science and Practice of Eudaimonia. *Psychother Psychosom*, 83(1), 10-28.
- Sleep Foundation (2021). *How much sleep do you really need*. [How Much Sleep Do You Really Need? - National Sleep Foundation \(thensf.org\)](https://www.sleepfoundation.org/how-much-sleep-do-you-really-need)
- Sánchez-García, S., García-Peña, C., Ramírez-García, E., Moreno-Tamayo, K. & Cantú-Quintanilla, G. R. (2019). Decreased autonomy in community-dwelling older adults. *Clin Interv Aging*, 18(14), 2041-2053. <https://doi.org/10.2147/CIA.S225479>
- Satici, S. A. (2016). Psychological vulnerability, resilience, and subjective well-being: the mediating role of hope. *Person Indiv Diff*, 102, 68-73 <https://doi.org/10.1016/j.paid.2016.06.057>



- Streng K. W., Voors A. A., Hillege H. L., Anker S. D., Cleland, J. G., Dickstein, K., Filippatos, G., Metra, M., Ponikowski, P., Samani, N. J., Van Veldhuisen, D. J., Zwinderman, A. H., Zannad, F., Damman, K., Van Der Meer, P. & Lang, C. C. (2018). Waist-to-hip ratio and mortality in heart failure. *Eur J Heart Fail*, 20(9),1269-1277. <https://doi.org/10.1002/ejhf.1244>
- Tamosiunas, A., Sapranaviciute-Zabazlajeva, L., Luksiene, D., Virviciute, D. & Peasey, A. (2019). Psychological well-being and mortality: longitudinal findings from Lithuanian middle-aged and older adults study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 54, 803-811. <https://doi.org/10.1007/s00127-019-01657-2>
- Tang, Y. Y., Tang, R. & Gross, J. J. (2019). Promoting Psychological Well-Being Through an Evidence-Based Mindfulness Training Program. *Front Hum Neurosci*, 10, 13:237. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2019.00237>
- The Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century. HPR/HEP/41CHP/BR/97.4.WHO, Geneva. (1997). [The Jakarta Declaration : on leading health promotion into the 21st century \(who.int\)](https://www.who.int/publications/i/item/the-jakarta-declaration-on-leading-health-promotion-into-the-21st-century)
- Whelan, E. G. (1984). Analysis and application of Dorothea Orem's Self-Care Practice Model. *J Nurs Educ*, 23(8), 342-5. <https://doi.org/10.3928/0148-4834-19841001-07>
- Winkler, T. W., Justice, A. E., Graff, M., Barata, L., Feitosa, M. F. & Chu, S. (2015) The Influence of Age and Sex on Genetic Associations with Adult Body Size and Shape: A Large-Scale Genome-Wide Interaction Study. *PLoS Genet*, 11(10), <https://doi.org/10.1371/journal.pgen.1005378> Erratum in: *PLoS Genet*. 2016 Jun;12(6):e1006166.
- World Health Organization. Constitution. (1948). [couv arabe.indd \(who.int\)](https://www.who.int/about/who-we-are)
- World Health Organization. (2011). Waist circumference and waist-hip ratio: report of a WHO expert consultation, Geneva, 8-11.
- Wuorela, M., Lavonius, S., Salminen, M., Vahlberg, T., Viitanen, M. & Viikari, L. (2020). Self-rated health and objective health status as predictors of all-cause mortality among older people: a prospective study with a 5-, 10-, and 27-year follow-up. *BMC Geriatr*, 30,20(1):120. <https://doi.org/10.1186/s12877-020-01516-9>