



UGR Universidad
del Gran Rosario

TESINA

Presentado para acceder al título de grado de

LICENCIATURA EN KINESIOLOGÍA Y FISIATRÍA

*“Actividad física adaptada y diferencias en la calidad de vida
percibida y la función física en adultos mayores institucionalizados
en el Hogar Don Guanella”*

Autoras:

Candela Arce; Ludmila Correa.

Director: Lic. Balderrama Jeremias.

Co-Director: Lic. Eberhardt Eduardo.

Lugar y fecha de presentación:

Santa Fe - Argentina

13/07/2026

Firmas de Autores

Resumen

Introducción: El envejecimiento acarrea alteraciones fisiológicas y daño celular, que generan vulnerabilidad ante enfermedades y discapacidad. La actividad física es una herramienta para promover la autonomía, mejorar la calidad de vida, entre otros. Existe una brecha entre los beneficios conocidos de estas intervenciones y su adherencia en residencias de ancianos.

Objetivo: Identificar la existencia de diferencias en la calidad de vida percibida y la función física entre los adultos mayores que residen en el Hogar de Ancianos “Don Guanella” que realizan actividad física adaptada y los que no.

Materiales y Métodos: Se realizó un trabajo de campo en el Hogar de Ancianos “Don Guanella”, donde se evaluó la percepción de la calidad de vida mediante el cuestionario SF-36, la función física a través del SPPB y las barreras y facilitadores con una entrevista, en adultos mayores de 65 años. Los participantes se dividieron en dos grupos: uno que realizaba actividad física y otro que no.

Resultados: Participaron 10 adultos mayores, donde el grupo activo presentó una mejor percepción de calidad de vida, con un porcentaje del 78,5%, en comparación con el 63% obtenido por el grupo no activo. En la evaluación de la función física, el grupo activo obtuvo una puntuación media de 8,4 puntos en el SPPB, y el grupo no activo una media de 5,8 puntos. Dentro de los facilitadores para la realización de actividad física, se identificaron la elevada motivación intrínseca, el sentido de pertenencia, la satisfacción con el servicio y su personalización. En cuanto a las barreras se encontraron la limitada motivación intrínseca, la kinesiofobia, la falta de conocimientos sobre el servicio.

Conclusión: La actividad física en hogares de ancianos promueve beneficios sobre la calidad de vida percibida y la función física.

Palabras Clave: Anciano - Envejecimiento - Calidad de Vida - Ejercicio Físico - Motivación.

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. OBJETIVOS.....	3
II.a. Objetivo General.....	3
II.b. Objetivos Específicos.....	3
III. MARCO TEÓRICO.....	4
III.a. Envejecimiento y Multimorbilidad.....	4
III.b. Sedentarismo.....	5
III.c. Actividad Física y sus Beneficios.....	6
III.d. Función Física.....	8
III.e. Calidad de Vida.....	9
III.f. Atención Geriátrica.....	10
III.f.1. Descripción de la Institución.....	12
III.g. Barreras y Facilitadores.....	12
IV. JUSTIFICACIÓN.....	14
V. MATERIALES Y MÉTODOS.....	15
V.a. Estrategias de Búsqueda.....	15
V.a.1. Diagrama de Flujo.....	20
V.b. Trabajo de Campo.....	20
V.b.1. Criterios de Inclusión y Exclusión.....	20
V.b.2. Muestra y Conformación de Grupos.....	21
V.b.3. Evaluación.....	21
V.b.3.(a) SF-36.....	22
V.b.3.(b) SPPB.....	22
VI. RESULTADOS.....	24
VI.a. Resultados de la Revisión Bibliográfica.....	24
VI.b. Resultados del Trabajo de Campo.....	29
VI.b.1. SF-36.....	29
VI.b.1.a) Grupo No Activo.....	29
VI.b.1.b) Grupo Activo.....	29
VI.b.1.c). Síntesis del SF-36 de Ambos Grupos.....	30
VI.b.2 SPPB.....	31
VI.b.2 a). Grupo No Activo.....	31
VI.b.2.b) Grupo Activo.....	31
VI.b.2.c) Síntesis del SPPB de Ambos Grupos.....	32
VI.b.3. Historial Clínico.....	33
VI.b.3.a) Grupo No Activo.....	33
VI.b.3.b) Grupo Activo.....	33
VI.b.3.c) Síntesis de Enfermedades Previas y FDR CV.....	34
VI.b.4. Entrevistas.....	35
VI.b.4.a) Grupo No Activo.....	36
VI.b.4.b) Grupo Activo.....	37
VI.c. Análisis de Resultados.....	38
VI. DISCUSIÓN.....	42
VII. CONCLUSIÓN.....	48
VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	49

X. ANEXOS.....	54
X.a. Documentación del Proceso de Consentimiento Informado.....	54
X.b. Pedido de Autorización.....	57
X.c. Carta de Aceptación de Director y Codirector.....	58
X.d. SPPB.....	60

I. INTRODUCCIÓN.

El envejecimiento es un proceso biológico universal e irreversible caracterizado por la acumulación progresiva de alteraciones fisiológicas y daño celular. Estas modificaciones conllevan una disminución gradual de la capacidad física y cognitiva, aumentando la vulnerabilidad a enfermedades, discapacidad e institucionalización (1). Entre las principales consecuencias del envejecimiento se destacan la fragilidad, el deterioro funcional y el mayor riesgo de caídas, fenómenos que representan un problema de salud pública por su elevada prevalencia y las graves repercusiones que ocasionan, como lesiones, pérdida de independencia e incluso la muerte (2). Estos cambios, junto con el aumento de enfermedades crónicas no transmisibles, reducen de forma significativa la esperanza y calidad de vida (CV) en esta población.

La CV, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se define como “la percepción que tiene un individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistemas de valores en los que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares e intereses”. En los adultos mayores, una buena CV se asocia con sentirse bien, mantener la autonomía y realizar adecuadamente las actividades básicas de la vida diaria (AVD). Por ello, constituye un objetivo central para los programas de atención geriátrica (3). Una CV deficiente se relaciona con factores como deterioro cognitivo, movilidad reducida, ausencia de actividades sociales, depresión y bajo desempeño funcional (4).

Entre los determinantes modificables de la CV, la práctica insuficiente de actividad física (AF) y los hábitos dietéticos inadecuados ocupan un lugar relevante (5). La disminución de la función física no solo incrementa la dependencia y los costos de atención médica, sino que también repercute negativamente en la CV de los adultos mayores institucionalizados (6). Además, el rendimiento físico puede verse influido por enfermedades agudas o lesiones, por lo que su evaluación debe contemplar tanto la condición actual como la presencia de comorbilidades (7). El resultado de un estudio señaló que los adultos mayores con multimorbilidad presentan un menor desempeño funcional, especialmente quienes presentan enfermedades crónicas como las cardiovasculares, respiratorias, mentales-sensoriales u osteoarticulares (8).

En este contexto, el sedentarismo constituye un factor crítico: se estima que los adultos mayores institucionalizados destinan entre el 65% y el 80% de su tiempo de vigilia a conductas sedentarias (9), es decir, alrededor de 9,4 horas diarias, lo que aumenta el riesgo de enfermedades crónicas, deterioro funcional, depresión y mortalidad (10). En Argentina, muchos hogares de ancianos ofrecen programas de AF

adaptada dirigidos por profesionales, aunque no siempre participa la totalidad de los residentes a pesar de los beneficios reconocidos de la AF. Tal es el caso del Hogar de Ancianos Don Guanella, en la provincia de Santa Fe, Argentina, donde algunos residentes asisten a sesiones de ejercicio adaptado dos veces por semana, brindado por el servicio de kinesiología, mientras otros deciden permanecer sedentarios. En este contexto, un estudio ha identificado barreras para la participación, como lo son el abandono previo de la AF, la falta de prescripción profesional, la baja percepción de importancia del ejercicio y ciertas creencias asociadas a las enfermedades crónicas. En contrapartida, entre los factores facilitadores se destacan la buena autopercepción de salud, condiciones adecuadas para el autocuidado y la participación en programas con frecuencia mínima de dos veces por semana (11).

Frente a este escenario, surge la necesidad de comparar la percepción de la CV entre adultos mayores institucionalizados sedentarios y aquellos que participan en programas de AF adaptada, con el fin de aportar evidencia sobre la relevancia de estas intervenciones para la promoción de la autonomía y el bienestar en la vejez. En este contexto, surge la siguiente pregunta de investigación: ¿Existen diferencias en la percepción de la calidad de vida y la función física entre los adultos mayores que viven en el Hogar de Ancianos Don Guanella que realizan actividad física adaptada y los que no?

II. OBJETIVOS.

II.a. Objetivo General.

Identificar la existencia de diferencias en la calidad de vida percibida y la función física entre los adultos mayores que residen en el Hogar de Ancianos “Don Guanella” que realizan actividad física adaptada y los que no.

II.b. Objetivos Específicos.

- Identificar las motivaciones y barreras percibidas que condicionan la participación de los adultos mayores al servicio de AF adaptada;
- Analizar los resultados obtenidos considerando los antecedentes clínicos y patológicos;
- Analizar la relación entre los resultados obtenidos en las evaluaciones de la CV y la función física.

III. MARCO TEÓRICO.

III.a. Envejecimiento y Multimorbilidad.

El envejecimiento es un proceso progresivo, intrínseco y universal que ocurre en todos los seres vivos tras la interacción entre el programa genético y el entorno (12), lo que resulta de una acumulación gradual de daño celular a lo largo de la vida, disminuyendo la capacidad física y mental y, en consecuencia, aumentando el riesgo de resultados adversos para la salud, como lo son la fragilidad, deterioro funcional y aumento de la mortalidad (13).

Desde el punto de vista fisiológico, el envejecimiento cursa con diferentes alteraciones sistémicas debido a la disminución progresiva de la actividad de órganos y tejidos, provocando disminución de la flexibilidad tisular, pérdida de células nerviosas, endurecimiento de los vasos sanguíneos y disminución del tono muscular, afectando finalmente a las respuestas biológicas en el adulto para realizar las AVD y, por ende, a la CV (14). Sumado a esto, el envejecimiento no necesariamente ocurre en paralelo con la edad cronológica, ya que es influenciado por múltiples factores, tanto biológicos como así también la aparición de enfermedades crónicas y determinados patrones de estilo de vida, como el bajo nivel de AF (3).

El deterioro de las funciones predispone a los adultos mayores a padecer multimorbilidad, definida comúnmente como la coexistencia de dos o más enfermedades crónicas (15). Esto se debe a que ciertas enfermedades tienden a acumularse y se agrupan sistémicamente debido a mecanismos fisiopatológicos y/o factores de riesgo, generando patrones cardiopulmonares, vascular-metabólicos o mental-musculoesqueléticos. Estos patrones se asocian a mayor probabilidad de discapacidad funcional, demencia, institucionalización y mortalidad (16).

Debido a los cambios fisiológicos derivados del envejecimiento y en relación al tejido muscular, se estima que entre el 20% y el 30% de la masa muscular esquelética se pierde entre la adultez temprana y los 80 años. Este fenómeno se relaciona con la atrofia y disminución del número de fibras musculares. Se ha identificado que una causa de la pérdida de fuerza es la atrofia de las fibras musculares esqueléticas tipo II debido al envejecimiento fisiológico, sumado a un deterioro de la función vasodilatadora por la pérdida progresiva y gradual de capilares en el tejido. Finalmente, esta atrofia y la pérdida de fuerza muscular se asocian a una disminución severa de la reserva fisiológica, estado clínicamente reconocido como fragilidad (17).

En definitiva, el envejecimiento es un proceso multifactorial inevitable que puede verse acelerado por la aparición de enfermedades crónicas y por los diferentes

estilos de vida. Por su parte, la pérdida de fuerza muscular y la fragilidad constituyen factores clave que impactan directamente en la autonomía y en la CV de los adultos mayores. Por ello, teniendo en cuenta las limitaciones en las AVD y en la CV que surgen en consecuencia del envejecimiento, resulta primordial la evaluación del estilo de vida, ya sea activo o sedentario, que permita brindar información relevante sobre los indicadores de la salud, como lo son la funcionalidad física, composición corporal y CV (14).

III.b. Sedentarismo.

El comportamiento sedentario (CS) se define como cualquier conducta de vigilia caracterizada por un gasto energético $\leq 1,5$ equivalentes metabólicos (METs), realizada en postura sentada, reclinada o acostada. Este concepto debe diferenciarse de otros términos relacionados. Un “estilo de vida sedentario” hace referencia a la combinación de bajos niveles de AF moderada a vigorosa junto con conductas sedentarias prolongadas, tales como mirar televisión, leer, utilizar el ordenador o el teléfono móvil y realizar trabajo de oficina. Por su parte, la “AF insuficiente” describe a aquellas personas que no alcanzan las recomendaciones establecidas por la OMS, que sugieren entre 150 y 300 minutos semanales de AF de intensidad moderada a vigorosa. Esta distinción conceptual permite una comunicación más precisa acerca de los riesgos asociados tanto a la inactividad física como al exceso de tiempo sedentario (1).

El Tiempo Sedentario Total (TS) se refiere al tiempo acumulado dedicado a actividades sedentarias, mientras que los Patrones de Acumulación describen la forma en que dicho tiempo se distribuye a lo largo del día o la semana, considerando la duración, frecuencia y continuidad de los episodios sedentarios. La evidencia señala que no solo el volumen total de tiempo sedentario se asocia negativamente con la salud, sino también la presencia de episodios prolongados e ininterrumpidos de sedentarismo (10).

Desde el punto de vista fisiológico, un estilo de vida sedentario provoca cambios significativos en el organismo, entre ellos la reducción de la capacidad aeróbica máxima, la disminución de la fuerza muscular, el deterioro de las respuestas motoras y la reducción de la capacidad funcional general. Estas alteraciones repercuten directamente sobre la autonomía, ya que se asocian con una menor capacidad para realizar las AVD. En consecuencia, el envejecimiento acompañado de conductas sedentarias favorece la dependencia física, mental y social, afectando negativamente la CV (3).

Asimismo, la exposición prolongada al sedentarismo se vincula con un mayor riesgo de mortalidad por todas las causas y con el desarrollo de enfermedades crónicas no transmisibles, tales como diabetes mellitus (DBT), enfermedades cardiovasculares y obesidad. En este contexto, el sedentarismo no debe entenderse únicamente como la ausencia de ejercicio, sino como un factor de riesgo independiente con impacto clínico relevante en la población mayor.

Los adultos mayores constituyen el grupo etario más sedentario. La elevada exposición al sedentarismo lo convierte en un problema relevante dentro del campo de la geriatría y la salud pública (10). Por lo tanto, la promoción del movimiento y la reducción del tiempo de inactividad constituyen intervenciones claves para preservar la funcionalidad, la independencia y la CV en personas de edad avanzada.

III.c. Actividad Física y sus Beneficios.

La AF se define como cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que incrementa el gasto energético por encima de los niveles de reposo. Incluye AVD como caminar, subir escaleras, bailar, realizar tareas domésticas o jardinería (3). El ejercicio físico, en cambio, constituye un subconjunto de la AF y se caracteriza por ser planificado, estructurado y repetitivo, con el objetivo de mejorar o mantener uno o más componentes de la condición física, tales como la capacidad aeróbica, la fuerza y resistencia muscular, el equilibrio, la coordinación o la flexibilidad (1).

En el contexto del envejecimiento, tanto la AF como el ejercicio desempeñan un rol fundamental en la prevención y el tratamiento de múltiples enfermedades asociadas al estilo de vida. Se ha demostrado que su práctica regular puede prevenir o aliviar enfermedades crónicas no transmisibles, incluyendo patologías cardiometabólicas, cáncer, enfermedades musculoesqueléticas, neurológicas y respiratorias crónicas, además de reducir la mortalidad prematura. Asimismo, la AF se asocia con una mejora de la función física, una disminución de la carga de comorbilidad y un aumento de la esperanza de vida (1,3).

Desde una perspectiva biológica, la AF influye directamente sobre los motores celulares y moleculares del envejecimiento, contribuyendo a ralentizar las tasas de envejecimiento biológico. En este sentido, actúa tanto como una herramienta de prevención primaria como un agente terapéutico en diferentes estados patológicos, constituyendo uno de los pilares fundamentales de la gerociencia (1).

Las guías actuales recomiendan para los adultos mayores un régimen de ejercicio multifacético que incluya entrenamiento aeróbico, de fuerza, equilibrio y

flexibilidad, combinando actividades estructuradas con actividades incidentales propias del estilo de vida cotidiano. En este marco, las prescripciones de ejercicio deben ser individualizadas y monitorizadas, considerando la relación dosis-respuesta y las adaptaciones específicas necesarias para alcanzar los objetivos funcionales y de salud deseados, de manera similar a cualquier otro tratamiento médico (1).

Los programas de ejercicios personalizados han demostrado ser particularmente efectivos para ayudar a los adultos mayores a mantener sus capacidades funcionales, prolongar su autonomía y mejorar su CV. Dentro de estos programas, los ejercicios de carácter anabólico, como el entrenamiento progresivo de resistencia, resultan indispensables para preservar o mejorar la capacidad funcional, especialmente en personas mayores con fragilidad, sarcopenia u osteoporosis, así como en aquellos institucionalizados u hospitalizados (1).

En los extremos del espectro de AF se observan diferencias marcadas en los procesos de envejecimiento. Por un lado, las personas que realizan ejercicio de manera sostenida a lo largo de la vida, incluidos los atletas máster, presentan niveles de rendimiento físico y funcional significativamente superiores a los de sus pares físicamente inactivos, a pesar del declive asociado a la edad. Estos individuos ejemplifican cómo el ejercicio puede preservar la función fisiológica y favorecer un envejecimiento saludable. En contraste, la inactividad física se asocia con una mayor carga de enfermedad, discapacidad y morbilidad en etapas avanzadas de la vida (1).

Además de los beneficios físicos, la AF regular en adultos mayores se vincula con mejoras en la salud mental y psicosocial. Se ha observado que su práctica regular se asocia con menores niveles de ansiedad y depresión, un aumento de la autoestima, una mayor participación social y un mejor equilibrio emocional. Estas mejoras repercuten positivamente en la CV percibida y favorecen trayectorias de envejecimiento más saludables (3).

En términos funcionales y antropométricos, la práctica habitual de AF se asocia con reducciones significativas del peso corporal, la masa grasa, la circunferencia de cintura y el índice de masa corporal, así como con un menor riesgo de caídas. Asimismo, contribuye al aumento de la masa y fuerza muscular, la flexibilidad, la capacidad cardiorrespiratoria, la agilidad, el equilibrio dinámico y la función cognitiva. En conjunto, estos efectos permiten a las personas mayores mantener su independencia y reducir el riesgo de mortalidad por todas las causas, incrementando incluso la esperanza de vida en comparación con individuos físicamente inactivos (18).

En síntesis, la AF y el ejercicio constituyen intervenciones centrales en la atención geriátrica, ya que actúan sobre los mecanismos biológicos del

envejecimiento, mejoran la capacidad funcional y promueven la salud integral de las personas mayores, favoreciendo un envejecimiento activo y una mejor CV.

III.d. Función Física.

La función física constituye un componente fundamental de la vida diaria, ya que hace referencia a la capacidad de una persona para realizar actividades que requieren acciones físicas. Este concepto abarca un amplio espectro de tareas, que incluyen desde AVD hasta actividades más complejas que implican la integración de diversas habilidades físicas dentro de un contexto social. En este sentido, la función física representa un indicador clave del estado de salud y del nivel de autonomía de las personas mayores (19).

En la vejez, el mantenimiento de una adecuada función física resulta esencial para preservar la CV y es un predictor independiente de la independencia funcional, la discapacidad, la morbilidad y la mortalidad en personas mayores, tanto en poblaciones sanas como en aquellas con enfermedades crónicas. Asimismo, una disminución de la función física se asocia con resultados adversos para la salud, tales como un mayor riesgo de caídas, deterioro cognitivo, problemas de salud mental, hospitalizaciones y aumento de la mortalidad (20).

La función física se encuentra influenciada por múltiples factores, entre los cuales se destacan la capacidad física y la AF. La capacidad física se refiere a lo que una persona es capaz de realizar en condiciones estandarizadas, mientras que la AF describe las acciones que el individuo efectivamente lleva a cabo en su vida cotidiana. La interacción entre estos factores resulta determinante para el mantenimiento de la funcionalidad y la autonomía en la población adulta mayor (19).

Cuando se produce un deterioro de la función física, puede aparecer discapacidad funcional adquirida, definida como la incapacidad para realizar las tareas necesarias para una vida independiente. Esta situación suele estar asociada a diferentes limitaciones físicas, como debilidad muscular, reducción de la movilidad, caídas recurrentes o fatiga, las cuales pueden comprometer significativamente la capacidad de las personas mayores para desenvolverse de manera autónoma (21).

Por otra parte, la función física también ocupa un lugar central en la definición del fenotipo de fragilidad, condición frecuente en adultos mayores que se caracteriza por una mayor vulnerabilidad frente a factores estresores y un mayor riesgo de eventos adversos para la salud. Además, la presencia de multimorbilidad es común en esta población y suele asociarse con polifarmacia, limitación del estado funcional, reducción de la CV y deterioro de la función física (20).

En este contexto, la evaluación y el mantenimiento de la función física adquieren un papel fundamental en el abordaje de la salud de las personas mayores.

Una herramienta para evaluar la función física es el test de Batería Corta de Rendimiento Físico o Short Physical Performance Battery (SPPB), el cual consta de tres pruebas secuenciales: Balance Test, para evaluar el equilibrio estático; Prueba de Marcha de 4 Metros, para evaluar la velocidad de marcha; y Test de Levantarse de una Silla, que evalúa la fuerza de miembros inferiores. Se obtiene una puntuación total de 0 a 12 puntos; cuanto más alto el puntaje, mejor función física. Según los resultados, se puede clasificar en: discapacidad, fragilidad, pre-fragilidad y autonomía (13,30).

III.e. Calidad de Vida.

El concepto de CV es complejo y multidimensional, ya que integra diversos aspectos de la vida de las personas que se encuentran interrelacionados. Entre los múltiples determinantes que influyen en la CV se incluyen factores biológicos, psicológicos, sociales y ambientales, así como hábitos de vida como la alimentación y la AF (5).

Según la OMS, la CV se define como “la percepción que el individuo tiene de su posición en la vida, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas, normas y preocupaciones” (12). Este concepto abarca diferentes dimensiones, entre ellas la salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, los factores ambientales y las creencias personales. Asimismo, variables como la edad, el género, el estado de salud y el contexto cultural pueden influir significativamente en la forma en que cada individuo la percibe (12).

En el ámbito sanitario, cobra especial relevancia el concepto de CV relacionada con la salud (CVRS), el cual se refiere a la percepción subjetiva del individuo acerca de su bienestar en relación con su estado de salud y su capacidad para desenvolverse en la vida cotidiana. La CVRS constituye un resultado importante centrado en el paciente, ya que permite evaluar el impacto de las enfermedades, las intervenciones terapéuticas y los programas de rehabilitación en la vida diaria de las personas. En este sentido, los resultados informados por los propios pacientes proporcionan información valiosa acerca de su experiencia con la atención sanitaria y su percepción del cuidado recibido (22). En este contexto, una de las herramientas validadas y ampliamente utilizada en personas mayores es el cuestionario autoadministrado de salud SF-36, que mediante 36 preguntas engloba 9 dimensiones de la percepción de

la CV y se puntúa del 0 al 100, mientras mayor sea el resultado, mejor percepción (12).

En la población adulta mayor, la CV se encuentra estrechamente vinculada con el mantenimiento de la autonomía y la independencia funcional (3). Con el avance del proceso de envejecimiento, puede verse progresivamente afectada debido al deterioro físico y cognitivo, el aumento de la fragilidad y la mayor necesidad de asistencia para realizar las AVD. Por esta razón, una buena CV en las personas mayores suele asociarse con la capacidad de desempeñar adecuadamente sus actividades cotidianas, mantener su independencia y conservar un adecuado estado de bienestar físico y emocional.

Diversos factores influyen en la CV en la vejez. Entre ellos, se ha observado que una alta carga de síntomas, la presencia de síntomas depresivos y una menor capacidad para realizar las AVD se asocian negativamente con la CVRS en adultos mayores que viven en la comunidad y presentan una elevada utilización de servicios de salud (22). Por otro lado, la percepción de la propia salud y la eficiencia corporal —entendida como la capacidad funcional que permite un desempeño autónomo en diferentes áreas de la vida— constituyen elementos clave en la valoración que las personas mayores realizan de su CV (23).

En este contexto, la aptitud física y el mantenimiento de la funcionalidad adquieren un papel central. Un nivel adecuado de independencia física y motora favorece el funcionamiento autónomo y contribuye positivamente a la percepción de bienestar. Asimismo, la AF regular se ha asociado con múltiples beneficios que impactan favorablemente en la CVRS (17).

La mejora en la percepción de bienestar derivada de la práctica de AF también puede favorecer una mayor participación social, lo que contribuye a fortalecer las redes de apoyo y las relaciones interpersonales. De esta manera, se genera un ciclo positivo en el cual la AF contribuye a mejorar la CV, mientras que una mejor percepción de bienestar motiva a las personas mayores a mantenerse activas y participar en sus actividades diarias (17).

III.f. Atención Geriátrica.

Las residencias de ancianos se definen como instituciones de cuidados especializados que brindan apoyo clínico y supervisión las 24 horas a personas con necesidades de salud complejas, alta vulnerabilidad y que requieren asistencia con las AVD (24). Estas personas con deterioro físico y cognitivo experimentan pérdida de independencia y aumenta su índice de fragilidad (22).

Aunque estas instalaciones surgen para cubrir demandas que la comunidad no puede satisfacer, el proceso de institucionalización a menudo conlleva una pérdida de control sobre las decisiones personales y dificultades de adaptación que impactan negativamente en la salud del residente (25). Los resultados de un estudio en una residencia de ancianos sobre el CS, con mediciones hechas mediante una tobillera, hallaron que los adultos mayores promedian apenas los 1000 pasos por día, alcanzando en algunos casos mínimos de tan solo 70 pasos. Estos datos reflejan el sedentarismo extremo dentro de estas instituciones: las personas mayores pasan entre el 77% y 79% de sus horas de vigilia inactivos, lo que se traduce en aproximadamente 9 horas diarias sentados o acostados, frecuentemente sin interrupciones (26). Esta inactividad prolongada genera consecuencias biopsicosociales, elevando el riesgo cardiovascular, el aislamiento social, el deterioro de la salud mental, la muerte prematura y menor CV (27).

Fisiológicamente, el estilo de vida sedentario, inmovilidad o discapacidad relacionada con una enfermedad son factores de riesgo determinantes para la sarcopenia y, a pesar de su prevalencia entre los adultos mayores, se cree que es mayor especialmente en aquellos que viven en residencias de ancianos. La pérdida de masa no solo afecta la funcionalidad, sino que desencadena un círculo vicioso de fragilidad, caídas, fracturas y mayor dependencia en las AVD, cuya preservación es fundamental para la CVRS (28). Sumado a esto, la propia atención geriátrica puede profundizar este problema. Un hallazgo cualitativo demostró que, en algunos casos, los residentes podrían realizar AVD con ayuda, pero el personal opta por ejecutarlas ellos mismos, agilizando la atención y seguridad pero favoreciendo la inactividad y dependencia (24). Además, la promoción de la AF para las personas que padecen enfermedades físicas y cognitivas es limitada, gracias al pensamiento de procurar evitar riesgos ante posibles caídas, lo que profundiza la situación por parte del personal (24).

Para mitigar este deterioro funcional acelerado, es crucial que las residencias evolucionen y se adapten hacia prácticas basadas en la evidencia y evaluaciones sistemáticas que optimicen la intensidad de las intervenciones. Fomentar las terapias basadas en ejercicio físico y apoyo nutricional son necesarios para retrasar las consecuencias del envejecimiento. En este sentido, el entrenamiento de fuerza se posiciona como una de las intervenciones más eficaces para mejorar la CV y prevenir caídas, siempre que se logre un equilibrio que promueva el apoyo social y la motivación dentro de la residencia (24, 29).

III.f.1. Descripción de la Institución.

El Hogar de Ancianos “Don Guanella” es una institución privada ubicada en la ciudad de Santa Fe, Argentina. Surge a partir de una iniciativa vinculada a la Iglesia Católica y brinda atención integral a personas mayores. La institución cuenta con instalaciones amplias, luminosas y limpias, además de espacios verdes y jardines cuidados que favorecen el contacto de los residentes con la naturaleza. Asimismo, todos sus ambientes son accesibles para personas que utilizan silla de ruedas, promoviendo la inclusión y la movilidad dentro del establecimiento.

Con el objetivo de favorecer el bienestar de los residentes, el hogar desarrolla diversas actividades, entre ellas agricultura y talleres de manualidades. Además, promueve la participación de organizaciones externas, como universidades, que implementan distintas propuestas orientadas al fortalecimiento de las capacidades físicas, sociales y cognitivas de los adultos mayores. Entre los servicios que ofrece se incluyen atención médica y control de la salud, asistencia en las actividades de la vida diaria, terapia física y ocupacional; actividades recreativas, culturales y lúdicas, talleres, salidas recreativas y excursiones, servicio de enfermería las 24 horas, cuidados paliativos, entre otros.

En relación con el servicio de kinesiología, este se brinda dos veces por semana y la participación de los residentes es voluntaria. Su objetivo es ofrecer tratamiento para diversas dolencias o patologías y/o desarrollar programas de actividad física adaptada, según las necesidades e intereses de cada residente. El espacio destinado a esta prestación es amplio y dispone del equipamiento necesario para llevar a cabo las diferentes intervenciones, incluyendo barras paralelas, bandas elásticas, escaleras de entrenamiento, bicicletas fijas, camillas, pesas y otros elementos terapéuticos.

III.g. Barreras y Facilitadores.

Los adultos mayores, como se mencionó anteriormente, son identificados como una población vulnerable que suele presentar una salud deteriorada debido, entre múltiples factores, a la insuficiencia de AF (5). A pesar de sus beneficios bien conocidos, se han propuesto programas adaptados en las residencias, donde la participación suele ser voluntaria y no resulta atractiva para los residentes. En consecuencia, y aún pese a las iniciativas, la capacidad funcional de los residentes se deteriora rápidamente a causa del proceso de envejecimiento y la baja AF (29). Por lo tanto, la alta prevalencia de CS e inactividad física en esta población constituye un

factor crítico, justificando las evaluaciones sobre las influencias sociales y contextuales que condicionan la adhesión al ejercicio (1).

Por su parte, las barreras y facilitadores que afectan a la adherencia al ejercicio en hogares de ancianos incluyen tanto a los residentes, profesionales sanitarios, recursos comunitarios, apoyo social y marcos políticos.

Entre los hallazgos más significativos se mencionan: limitaciones físicas y funcionales propias como principal motivo para el sedentarismo, destacando el dolor y la falta de fuerza (26). Desde un punto de vista cualitativo, se identificaron otros factores que modulan la participación a la AF dentro de una institución para ancianos. Entre los desafíos se mencionan las limitaciones y capacidades cognitivas, una imagen negativa de sí mismos, miedo a los errores y vergüenza a participar en actividades. Por otro lado, entre los facilitadores, los residentes que perciben mejoras físicas y psicosociales tras la realización de AF facilita la reducción del tiempo sedentario, ayudando a superar el decaimiento, mantener la dignidad y respeto. En torno a la interacción social, la influencia positiva, el compañerismo, la competencia y las interacciones entre pares incentiva a la participación, pero, en contraparte, la presión social puede influir negativamente (24).

Finalmente, sobre el rol del personal de salud, es fundamental un equipo de trabajo estable y bien organizado que se comunique y colabore regularmente, ya que resulta favorable para garantizar y promover la AF de forma eficaz y segura entre los residentes, que pueden o no padecer limitaciones físicas y cognitivas graves. Por el contrario, la falta de evaluaciones sistemáticas y pautas, las barreras ambientales, la escasez de recursos, entre otras, fueron otras barreras estudiadas (24).

Dado que el sedentarismo representa un riesgo para la salud principalmente en esta población, exige la implementación de programas de promoción de la AF, identificar los variables modificables para reducir los largos periodos de tiempo de inactividad e incorporar prácticas basadas en la evidencia y la evaluación para comprender y mejorar la implementación de la intervención (24, 26).

IV. JUSTIFICACIÓN.

A pesar de los ampliamente reconocidos beneficios de la AF para la salud y el bienestar de los adultos mayores, los hogares de ancianos suelen ofrecer pocas oportunidades de participación en actividades recreativas que promuevan la movilidad y la función física. No obstante, el Hogar de Ancianos “Don Guanella” cuenta con un espacio destinado a la AF adaptada, abierto a todos los residentes que deseen participar. Sin embargo, la adherencia y la participación en estas actividades no es satisfactoria.

Por ello, se propuso este trabajo con el objetivo de examinar el impacto de la AF adaptada sobre la CV percibida y la función física de los adultos mayores residentes. La identificación de diferencias entre quienes participan y quienes no, permitirá evidenciar posibles beneficios y motivaciones asociados a la práctica regular de AF.

Los resultados obtenidos podrían servir como un medio de concientización para los propios residentes, reforzando su asistencia y participación. Asimismo, la evaluación de las limitaciones, barreras y factores motivacionales que afectan la participación en estas actividades proporcionará a la institución un diagnóstico más preciso de la situación actual de los adultos mayores, posibilitando la implementación de estrategias y herramientas que fomenten la adherencia, favorezcan un entorno inclusivo y promuevan el bienestar integral de los residentes.

V. MATERIALES Y MÉTODOS.

Se desarrolló un trabajo de campo observacional en el Hogar de Ancianos “Don Guanella” ubicado en Santa Fe, Argentina, entre marzo y abril del año 2026. El número de muestra fue de 10 residentes. Asimismo, se realizó una revisión bibliográfica para integrar los conocimientos sobre adultos mayores, consecuencias del envejecimiento, CV y los factores que la influyen, y los beneficios de la AF. La información fue utilizada para basar la investigación con conocimiento científico y relacionarla con los resultados obtenidos.

Por su parte, el trabajo de campo consistió en una entrevista, un cuestionario autoadministrado y evaluaciones funcionales.

V.a. Estrategias de Búsqueda.

Para la realización de este trabajo fueron utilizadas las plataformas virtuales PubMed para las búsquedas en inglés; Biblioteca Virtual de la Salud (BVS) para las búsquedas en español; libros físicos y la página web de la OMS.

Para las búsquedas virtuales se emplearon términos MeSH, DeCS y términos libres. Los mismos fueron combinados en oraciones con los conectores “AND” y “OR”, incluyendo los mencionados en el siguiente cuadro:

	MeSH	DeCS	Término Libre
1	Aged Frail elderly	Anciano	Older adult Senior Older person Elderly person Adulto mayor
2	Aging	Envejecimiento	
3	Nursing homes	Hogares para ancianos	

4	Quality of life HRQOL	Calidad de vida	
5	Activities of daily living	Actividades cotidianas	AVD
6	Surveys and questionnaires	Encuestas y cuestionarios	
7	Sarcopenia	Sarcopenia	
8	Muscle weakness	Debilidad muscular	
9	Muscle strength	Fuerza muscular	
10	Sedentary behavior	Conducta sedentaria	Comportamiento sedentario
11	Physical therapy modalities	Modalidades de fisioterapia	Physical therapy
12	Physical functional performance	Rendimiento físico funcional	
13	Accidental falls	Accidentes por caídas	Falls
14			SPPB Short Physical Performance Battery
15			SF-36
16			Mortality predictor

17			Physical functional assessment
18	Exercise	Ejercicio físico	Physical activity Actividad física Ejercicio Entrenamiento físico
19	Exercise therapy	Terapia por ejercicio	
20	Chronic disease	Enfermedad crónica Enfermedades no Transmisibles	
21	Motivation	Motivación	
22			Barreras

Se incluyeron artículos publicados en los últimos 10 años, de texto completo, en inglés, español y portugués; aquellos que estén catalogados como metaanálisis fueron excluidos con el fin de priorizar la inclusión de estudios que cumplan con los criterios mencionados, cuya metodología y población permitan comparar los resultados con los del presente trabajo.

Las combinaciones aplicadas en las plataformas fueron las siguientes:

1. ("AGED") AND ("PHYSICAL THERAPY") AND ("MUSCLE WEAKNESS" OR "SARCOPENIA") AND ("FALLS");

En PubMed se encontraron 63 resultados, de los cuales se seleccionó 1 artículo.

2. ("OLDER ADULT" OR "SENIOR" OR "ELDERLY PERSON" OR "OLDER PERSON") AND ("SF-36") AND ("QUALITY OF LIFE" OR "HRQOL");

En PubMed se encontraron 96 resultados, de los cuales se seleccionó 1 artículo.

3. ("AGED" OR "OLDER ADULTS") AND ("SHORT PHYSICAL PERFORMANCE BATTERY" OR "SPPB") AND ("PHYSICAL FUNCTIONAL PERFORMANCE") AND (MORTALITY PREDICTOR);

En PubMed se encontraron 20 resultados, de los cuales no se seleccionaron artículos.

4. ("AGED" OR "OLDER ADULTS") AND ("SHORT PHYSICAL PERFORMANCE BATTERY" OR "SPPB") AND ("FRAILTY PHENOTYPE");

En PubMed se encontraron 96 resultados, de los cuales no se seleccionaron artículos.

5. ("AGING") AND ("OLDER ADULTS") AND ("FALLS" OR "ACCIDENTAL FALL") AND ("MUSCLE STRENGTH");

En PubMed se encontraron 212 resultados, de los cuales no se seleccionaron artículos.

6. ("AGED") AND ("SEDENTARY BEHAVIOR") AND ("SARCOPENIA");

En PubMed se encontraron 130 resultados, de los cuales se seleccionó 1 artículo correspondiente al mismo ya incluido en la búsqueda 1.

7. ("AGED" OR "OLDER ADULTS" OR "OLDER PERSON") AND ("PHYSICAL FUNCTIONAL ASSESSMENT");

En PubMed se encontraron 6 resultados, de los cuales no se seleccionaron artículos.

8. ("AGED" OR "OLDER PERSON") AND ("PHYSICAL FUNCTION" OR "PHYSICAL FUNCTIONAL PERFORMANCE") AND ("QUALITY OF LIFE") AND ("SARCOPENIA") AND ("NURSING HOME");

En PubMed se encontraron 4 resultados, de los cuales no se seleccionaron artículos.

9. ("AGED" OR "OLDER ADULTS") AND ("SEDENTARY BEHAVIOR") AND ("NURSING HOME");

En PubMed se encontraron 24 resultados, de los cuales se seleccionó 1 artículo.

10. ("OLDER ADULT" OR "OLDER PERSON") AND ("SF-36") AND ("QUALITY OF LIFE" OR "HRQOL") AND ("SEDENTARY BEHAVIOR");

En PubMed se encontró 1 resultado, el cual no fue seleccionado.

11. ("AGED" OR "OLDER PERSON") AND ("QUALITY OF LIFE") AND ("EXERCISE") AND ("NURSING HOME");

En PubMed se encontraron 84 resultados, de los cuales no se seleccionaron artículos.

12. ("QUALITY OF LIFE" OR "HRQOL") AND ("OLDER ADULT" OR "AGED") AND ("PHYSICAL ACTIVITY") AND ("NURSING HOMES");

En PubMed se encontraron 80 resultados, de los cuales no se seleccionaron artículos.

13. ("CHRONIC DISEASE") AND ("AGED" OR "OLDER ADULT") AND ("PHYSICAL FUNCTIONAL PERFORMANCE");

En PubMed se encontraron 94 resultados, de los cuales no se seleccionaron artículos.

14. ("ANCIANO") AND ("COMPORTAMIENTO SEDENTARIO");

En BVS se encontraron 23 resultados, de los cuales se seleccionó 1 artículo.

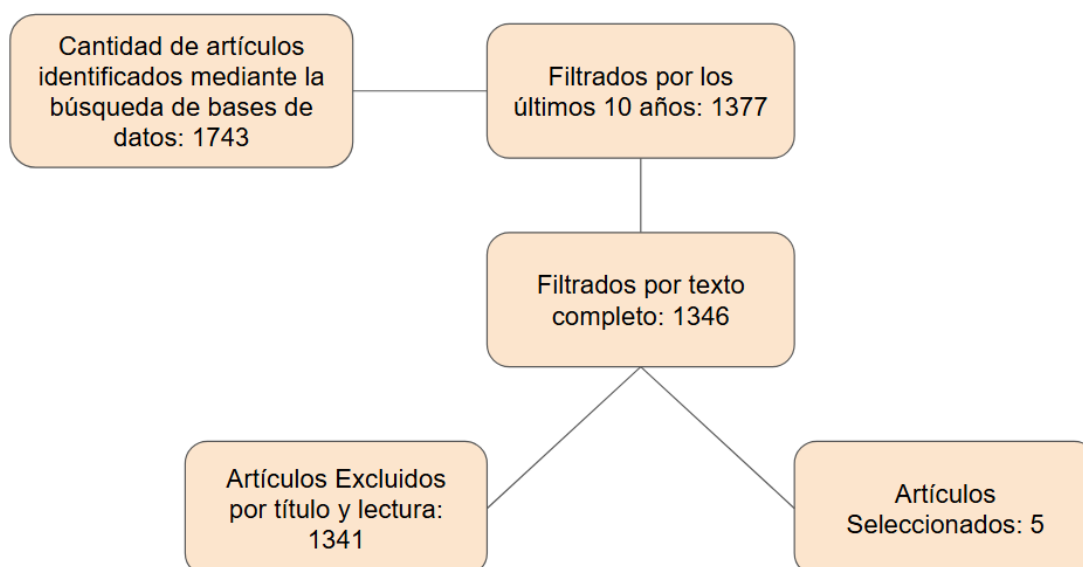
15. ("ANCIANO" OR "ADULTO MAYOR") AND ("MOTIVACIÓN" OR "BARRERAS") AND ("CALIDAD DE VIDA");

En BVS se encontraron 390 resultados, de los cuales no se seleccionaron artículos.

16. ("OLDER ADULT" OR "SENIOR" OR "ELDERLY") AND ("FALLS") AND ("QUALITY OF LIFE" OR "HRQOL") AND ("SF-36").

En PubMed se encontraron 23 resultados, de los cuales se seleccionó 1 artículo.

V.a.1. Diagrama de Flujo.



V.b. Trabajo de Campo.

Se realizó un trabajo de campo observacional, con datos que fueron recopilados de adultos mayores de ambos sexos con edad igual o mayor a 65 años que residían en el Hogar de Ancianos “Don Guanella”, Santa Fe, Argentina; entre marzo y abril del año 2026. La técnica de muestreo fue no aleatoria intencional teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión. Posteriormente la muestra fue dividida en dos grupos según su participación en el servicio de AF del hogar.

Para poder llevarlo a cabo, los directores de la institución y cada participante fueron informados acerca del objetivo del trabajo y el procedimiento a seguir mediante un consentimiento informado (ANEXOS X.a y X.b), el cual firmaron.

V.b.1. Criterios de Inclusión y Exclusión.

Los criterios de inclusión fueron los siguientes:

- Ser residente del geriátrico con al menos un mes de residencia previo al día de la evaluación;
- Edad igual o mayor a 65 años;
- No padecer enfermedades agudas;
- No haber sufrido ninguna descompensación o caídas en los últimos 14 días;
- Ser capaz de deambular con o sin ayuda técnica;
- Comprender órdenes simples;
- Estar orientado en tiempo y espacio;

- Haber firmado el consentimiento informado (ANEXO X.a.).

Se excluyeron aquellas personas que:

- Dependían de una silla de ruedas para poder desplazarse;
- Tenían algún antecedente reciente de fractura;
- Manifestaban miedo, inseguridad o pérdida de equilibrio al estar de pie o al caminar.

V.b.2. Muestra y Conformación de Grupos.

Luego de la selección de participantes, la muestra fue dividida en dos grupos:

- Grupo de terapia física o grupo activo (GA): conformada por quienes habían cumplido asistencia al menos una sesión por semana en el último mes y cuya rehabilitación incluían ejercicios de fuerza, resistencia, equilibrio y flexibilidad;
- Grupo sedentario o no activo (GNA): fueron incluidos aquellos que no asistían regularmente a la terapia física semanal, realizaban terapias pasivas (masajes o fisioterapia) y/o cuyas sesiones estaban dedicadas únicamente a AF aeróbica (como bicicleta fija), debido a que la evidencia explica que se recomienda un régimen de ejercicio multifacético.

V.b.3. Evaluación.

Previamente a las evaluaciones, se realizó una entrevista para recolectar información sobre el historial clínico (HC) y patológico del participante, incluyendo: edad, factores de riesgo cardiovasculares (FDR CV) (si está controlado o no), enfermedades previas, antecedentes de caídas en el último año, uso de asistencia de marcha y cantidad de medicamentos que consumía. Posteriormente, se les realizaron las siguientes preguntas:

- ¿Usted conoce el servicio de actividad física o el servicio de kinesiología que otorga la institución?;
- ¿Tiene alguna idea de lo que se realiza ahí o para qué sirve?;
- ¿Asistió alguna vez?, en el caso de que su respuesta haya sido "SI", ¿por qué dejó de asistir y qué le parece que debería cambiar para motivarlo a retomar la actividad?;

Una vez finalizada la entrevista, para evaluar la percepción de la CVRS se le solicitó completar el Cuestionario de la Salud de 36 Ítems o Short-Form 36 Health Survey (SF-36). Además, se les realizaron preguntas abiertas subjetivas para ampliar las respuestas obtenidas.

Finalmente, la función física fue evaluada mediante el SPPB. Previo a su realización, se identificaron factores individuales que puedan alterar la puntuación obtenida de dicho test.

V.b.3.(a) SF-36.

La CVRS fue medida con el cuestionario autoadministrado SF-36. Consta de 36 preguntas que engloban 9 dimensiones: función física, rol físico, salud general, vitalidad, dolor corporal, función social, rol emocional, salud mental y cambios en la salud. La puntuación puede variar desde 0 al 100, donde los valores más altos son indicativos de mejor percepción de la CV (12).

Para conocer más sobre las barreras personales y contextuales, así como las motivaciones, para la asistencia a las sesiones de AF adaptada, se amplió la información mediante preguntas abiertas a quienes deseen ser partícipes de una entrevista posteriormente al finalizar el cuestionario autoadministrado.

Los interrogantes complementarios en las preguntas fueron los siguientes:

- Ítem 1: ¿por qué eligió esa respuesta?;
- Ítem 13: ¿cuáles son las actividades que normalmente hace?;
- Ítem 21: en el caso que haya sentido dolor, ¿ha tenido en cuenta el servicio de kinesiología?;
- Al finalizar el cuestionario: ¿qué cambios podrías contarnos que sientes desde que comenzaste a realizar actividad física adaptada?.

V.b.3.(b) SPPB.

El SPPB consta de tres pruebas secuenciales: Balance Test, Prueba de Marcha de 4 Metros y Test de Levantarse de una Silla. Las puntuaciones de cada test varían del 0-4, y el puntaje máximo total es 12. Un puntaje alto indica buena función física, en caso contrario, uno bajo representa limitaciones funcionales (13,30). Según los resultados, se puede clasificar en:

- Discapacidad (limitación grave): 0 a 3 puntos;

- Fragilidad (limitación moderada): 4 a 6 puntos;
- Pre-fragilidad (limitación leve): 7 a 9 puntos;
- Autonomía (limitación mínima o sin limitación): 10 a 12 puntos.

Por su parte, cada prueba tiene como objetivo evaluar diferentes capacidades funcionales, las cuales son:

- Balance test: evalúa el equilibrio estático por medio de la capacidad de mantenerse durante 10 segundos en una posición de pie, que se va complejizando a medida que el paciente cumple con el tiempo predeterminado;
- Prueba de marcha de 4 metros: se evalúa velocidad de marcha. Se mide el tiempo en segundos que un participante tarda en completar un recorrido de 4 metros a paso normal;
- Test de levantarse de la silla: evalúa la fuerza de ambos miembros inferiores. Se le pide que se levante y se sienta 5 veces lo más rápido posible sin impulsarse con sus brazos. La puntuación se mide según el tiempo en segundos.

VI. RESULTADOS.

VI.a. Resultados de la Revisión Bibliográfica.

Título	Autor y año	Objetivos	Participantes y métodos	Resultados	Conclusión	Disponible en
Efectos de la actividad física sobre la ansiedad, la depresión y la calidad de vida en personas mayores que viven en la comunidad.	Da Silva et al. (3). 2019.	Analizar los efectos de la actividad física en la calidad de vida, la ansiedad y la depresión en la población mayor.	Se realizó un estudio cuantitativo, transversal con adultos mayores que viven en la comunidad, los cuales se dividieron en dos grupos: uno que realizaba actividad física en un centro social y otro que no. Los instrumentos utilizados para evaluar la actividad física, la calidad de vida y la ansiedad y depresión fueron, respectivamente: el cuestionario Baecke modificado; SF-36; y la	El grupo activo obtuvo puntuaciones más altas de actividad física y calidad de vida. Por el contrario, el grupo sedentario mostró puntuaciones más altas de ansiedad y depresión. La evaluación de datos reveló una fuerte correlación entre los dominios calidad de vida, nivel de vitalidad y salud mental.	El estudio destaca la importancia de que los centros de día para personas mayores ofrezcan actividades físicas tanto en espacios públicos como privados. Entre todas las estrategias conocidas para garantizar la promoción de la salud de los mayores, debe priorizarse la práctica regular de la actividad física.	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30994779/

			Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS).			
Calidad de vida relacionada con la salud, fuerza en el agarre de manos y caídas durante el desentrenamiento o en personas mayores que hacen ejercicio habitual.	Esain et al. (12). 2017.	Evaluar el efecto de 3 meses de desentrenamiento o en hombres y mujeres mayores que previamente habían practicado actividad física supervisada regularmente, en términos de calidad de vida y fuerza de agarre de manos y también en su relación con las caídas.	Se realizó un estudio cuantitativo, longitudinal y prospectivo. Participaron hombres y mujeres mayores de 65 años, quienes participaron en un programa de ejercicio físico supervisado durante 9 meses, seguido de un periodo de desentrenamiento o de 3 meses. Los participantes completaron el cuestionario SF-36 al inicio del desentrenamiento o y 3 meses después. También se registraron la fuerza del agarre y el número de	Tras el periodo de desentrenamiento o, se encontró un descenso en todas las dimensiones de SF-36, con la excepción de la fuerza de agarre. Las mujeres presentaron un descenso mayor que los hombres. Durante el periodo de desentrenamiento o, el 18,4% de los participantes tuvieron un incidente de caída.	Los resultados permiten destacar que se deben hacer esfuerzos para mantener el mismo tipo de ejercicio y/o acortar las vacaciones o los periodos de descanso en los programas de actividad física de adultos mayores, especialmente en el caso de las mujeres.	https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5697062/

			caídas.			
Barreras y facilitadores para abordar el comportamiento sedentario y la inactividad física entre los residentes de residencias de ancianos: un estudio cualitativo.	Mo et al. (24) 2025.	Explorar las perspectivas y experiencias de los residentes y el personal de residencias de ancianos con respecto a las intervenciones para abordar el sedentarismo y la inactividad física y perfeccionar un modelo lógico de la Teoría del Cambio para dichas intervenciones en residencias de ancianos.	Se realizó un estudio cualitativo exploratorio con entrevistas presenciales en dos residencias de ancianos ubicadas en China. Se incluyeron 14 residentes mayores a 60 años con capacidad mental para dar consentimiento informado y riesgo de sarcopenia; y 12 miembros del personal con experiencia de trabajo de 3 meses o más en cuidados a largo plazo.	Se identificaron cuatro sistemas que influyen con respecto a las intervenciones para abordar el sedentarismo y la inactividad física en los hogares de ancianos analizados: Microsistema (limitaciones físicas, psicosociales, cognitivas y educativas); mesosistema (interacción social entre los residentes); exosistema (influencia del apoyo familiar); macrosistema (financiación suficiente para brindar y mantener actividades en hogares de ancianos).	Se identificaron factores individuales, organizacionales, familiares y sociales. Se concluyó que para optimizar las intervenciones de actividad en residencias de ancianos resulta primordial potenciar las funciones del personal, mejorar la gestión de las actividades, aprovechar las interacciones sociales dentro de las residencias, mantener la participación y apoyo familiar, asegurar la financiación suficiente y colaborar con organizaciones sociales.	https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12366238/

Determinantes del comportamiento sedentario entre las personas mayores que viven en Portugal: un análisis temático cualitativo basado en el marco SOS.	Ramalho et al. (27). 2023.	Identificar y comprender los determinantes del comportamiento sedentario entre las personas mayores que viven en Portugal.	Se realizó un estudio descriptivo cualitativo, donde participaron 12 personas mayores de entre 71 y 86 años (tres de los adultos residían en sus propios hogares, seis asistían al centro de día y tres eran residentes del hogar de ancianos). Se llevó a cabo una entrevista semiestructurada, conformada por preguntas cerradas exploratorias sobre los determinantes del comportamiento sedentario y preguntas abiertas, que surgían a medida que se realizaba la entrevista. Posteriormente, los	Los determinantes más mencionados por los participantes fueron limitaciones físicas, las actividades organizadas en grupo, la soledad, la falta de motivación y de facilidades para salir de casa, las políticas institucionales, la comodidad de la habitación y las autoridades locales que no realizan actividades (por ejemplo, asociadas a la falta de recursos económicos).	El estudio resalta que el comportamiento sedentario en las personas mayores está influenciado por diferentes variantes, incluyendo factores individuales, sociales, ambientales, organizaciones y políticos. El estudio concluye sobre la importancia de comprender qué motiva a las personas mayores a realizar actividad física, conocer los determinantes del sedentarismo en esta población también es una importante contribución para proporcionar herramientas útiles a los profesionales de	https://pesquisa.bvsalud.org/porta/resource/es/ibc-225486
--	----------------------------	--	---	---	---	---

			determinantes identificados fueron enmarcados según el marco SOS.		la salud y ofrecerles una mejor calidad de vida.	
--	--	--	---	--	--	--

Título	Autor y año	Resumen	Conclusión	Disponible en
Consenso mundial sobre recomendaciones óptimas de ejercicio para mejorar la longevidad saludable en adultos mayores (ICFSR).	Izquierdo et al. (1). 2024.	Este consenso proporciona la base para la integración de la actividad física en las estrategias de promoción de la salud, prevención y manejo de enfermedades en adultos mayores. Se incluyen guías para modalidades y dosis específicas de ejercicio con eficacia comprobada en ensayos controlados aleatorizados.	Promover la actividad física en adultos mayores es un problema social complejo que involucra no solo a geriatras, sino también a médicos de familia, entrenadores físicos y fisioterapeutas, entre otros. Este consenso exige programas de ejercicio basados en la evidencia, adaptados a las necesidades y capacidades de los adultos mayores, garantizando que estos programas sean integrales y adaptables a las condiciones de salud individuales.	https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11812118/#sec0300

VI.b. Resultados del Trabajo de Campo.

A continuación se presentan los resultados obtenidos en este estudio. La muestra fue de 10 adultos mayores de 65 años, residentes del hogar “Don Guanella”. En base a la conformación de los grupos, cada uno contó con 5 participantes.

VI.b.1. SF-36.

Se exponen las medias obtenidas en cada una de las dimensiones evaluadas y la media total del cuestionario, con el objetivo de ofrecer una visión global del desempeño de los grupos. Posteriormente, se presentan los resultados del cuestionario SF-36 correspondientes a cada participante de cada grupo, detallados por dimensiones en las Tablas 1 y 2.

VI.b.1.a) Grupo No Activo.

En términos generales, las puntuaciones medias de cada dimensión en este grupo fueron: Salud General (SG) 53%; Cambios en la salud (CeS) 40%; Función física (FF) 44%; Rol Físico (RF) 60%; Rol emocional (RE) 73,2%; Vitalidad (Vit) 69%; Dolor (Dol) 71%; Salud mental (SM) 72,8%; Función social (FS) 91%. La puntuación media total del cuestionario fue de 63%.

Tabla 1. Resultados del SF-36 del GNA.

GNA	SG	CeS	FF	RF	RE	Vit	Dol	SM	FS
NA1	50%	50%	75%	100%	100%	90%	100%	88%	100%
NA2	25%	25%	15%	25%	0%	70%	10%	68%	55%
NA3	60%	25%	25%	100%	100%	45%	75%	72%	100%
NA4	75%	50%	50%	50%	66%	75%	100%	88%	100%
NA5	55%	50%	55%	25%	100%	65%	70%	48%	100%

VI.b.1.b) Grupo Activo.

La media obtenida en cada dimensión en el GA fueron: SG 67%; CeS 65%; FF 62%; RF 85%; RE 80%; Vit 77%; Dol 79%; SM 86,4%; FS 87%. Asimismo, la puntuación media total fue de 78,5%.

Tabla 2. Resultados del SF-36 del GA.

GA	SG	CeS	FF	RF	RE	Vit	Dol	SM	FS
A1	65%	100%	20%	25%	0%	50%	90%	84%	77,5%
A2	85%	50%	95%	100%	100%	100%	100%	92%	100%
A3	55%	100%	80%	100%	100%	85%	67,5%	92%	67,5%
A4	55%	25%	55%	100%	100%	70%	70%	80%	100%
A5	75%	50%	60%	100%	100%	80%	67,5%	84%	90%

VI.b.1.c). Síntesis del SF-36 de Ambos Grupos.

A continuación, en la Tabla 3 y Gráfico 1 se exponen las medias de cada dimensión de ambos grupos a manera de comparación.

Tabla 3. Tabla de comparación entre las medias de las dimensiones del SF-36.

	SG	CeS	FF	RF	RE	Vit	Dol	SM	FS	Total
GNA	53%	40%	44%	60%	73,2%	69%	71%	72,8%	91%	63%
GA	67%	65%	62%	85%	80%	77%	79%	86,4%	87%	78,5%

Gráfico 1. Comparación de las medias del SF-36 de ambos grupos.



VI.b.2 SPPB.

A continuación, se presentan los resultados de la prueba de función física (SPPB) correspondientes a cada participante de cada grupo, detallados por test en las Tablas 4 y 5.

Posteriormente, se exponen las medias obtenidas con el objetivo de ofrecer una visión global del desempeño de los grupos.

Ningún participante utilizó auxiliar de marcha durante la realización de la prueba.

VI.b.2 a). Grupo No Activo.

Como se puede observar de los 5 participantes de este grupo, 4 tuvieron resultados que los clasifican como “frágil” (con puntajes de 4, 5 y 6) y uno solo como “pre frágil” (9 pts). La media total del grupo fue de 5,8 puntos.

Tabla 4. Resultados del SPPB del GNA.

GNA	Velocidad de Marcha	Levantarse de la silla	Berg Balance	Total
NA1	4 pts	1pt	4pts	9 (pre frágil)
NA2	1pt	1pt	4pts	6 (fragil)
NA3	1pt	1pt	3pt	5 (fragil)
NA4	2pt	1pt	2pt	5 (fragil)
NA5	2pt	1pt	1pt	4 (fragil)
Media				5,8

VI.b.2.b) Grupo Activo.

Como se representa en la tabla 5, una única persona fue clasificada como “autónoma”, con una puntuación de 10; mientras que el resto obtuvo la clasificación de “pre frágil”. La media total fue de 8,4.

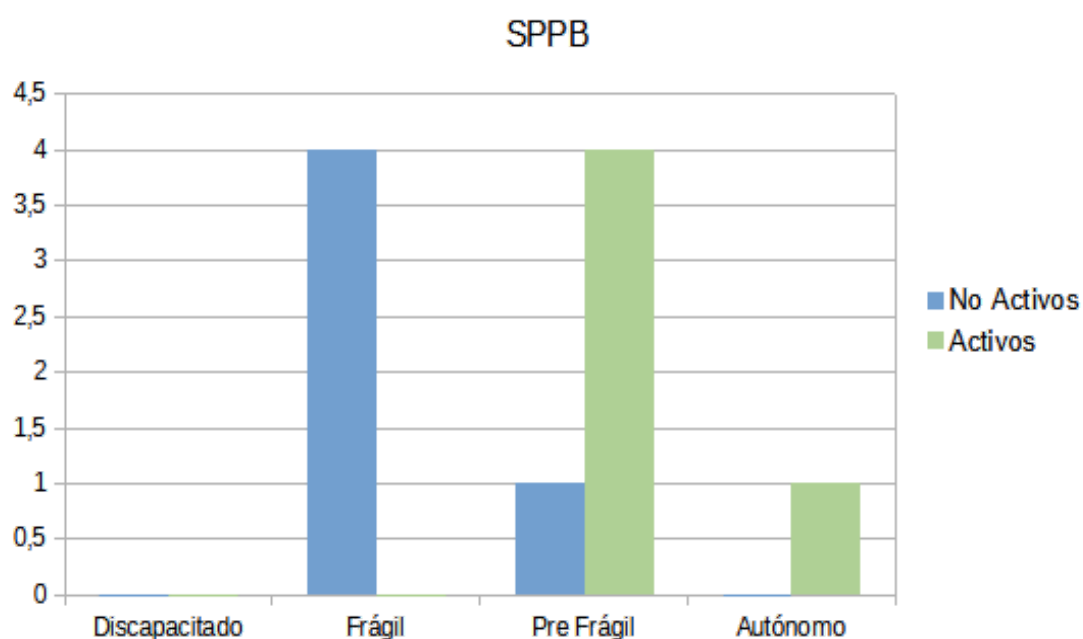
Tabla 5. Resultados del SPPB del GA.

GA	Velocidad de Marcha	Levantarse de la silla	Berg Balance	Total
A1	3pts	1pt	3pts	7 (pre frágil)
A2	3pts	3pts	4pts	10 (autónomo)
A3	2 pts	2 pts	4pts	8 (pre frágil)
A4	3pts	2 pts	4pts	9 (pre frágil)
A5	3pts	1pt	4pts	8 (pre frágil)
Media				8,4

VI.b.2.c) Síntesis del SPPB de Ambos Grupos.

Se presenta a continuación el Gráfico 2 con los resultados del SPPB, junto con su clasificación estandarizada según los puntajes obtenidos de cada participante:

Gráfico 2. Comparación de las medias del SPPB de ambos grupos.



VI.b.3. Historial Clínico.

Se presentan las tablas correspondientes a cada grupo, que incluyen los datos recolectados del HC (descritos en el apartado de Materiales y Métodos).

VI.b.3.a) Grupo No Activo.

En este grupo, la edad de los participantes osciló entre los 75 y 86 años, con una media de 79,8 años. Se conformó por dos hombres y tres mujeres. El 80% de los participantes presentaba algún FDR CV, encontrándose todos ellos bajo control. Asimismo, el 80% refirió antecedentes de enfermedades previas y el 60% manifestó haber sufrido al menos una caída en el último año. Solo un participante utilizaba auxiliar de marcha, específicamente un andador. Por otra parte, todos los participantes consumían medicación, con una media de 2,2 medicamentos por persona.

Tabla 6. Tabla de datos del HC del GNA.

GNA	Edad	FDR CV	Controla do	Enferme dades Previas	Antecede ntes de Caídas	Asistenci a de Marcha	Cantidad de Medicam entos
NA1	76	Si	Si	No	No	No	1
NA2	85	Si	Si	Si	Si	Si (Andador)	4
NA3	86	No	-	Si	Si	No	1
NA4	75	Si	Si	Si	No	No	2-3
NA5	77	Si	Si	Si	Si	No	2
Media	79,8	80%	100%	80%	60%	20%	2,2

VI.b.3.b) Grupo Activo.

Para este grupo, la edad media fue de 80,8 años (con un rango de entre 75 y 85 años) y se formó por dos hombres y tres mujeres. En cuanto al perfil clínico, el 80% de los participantes padecían al menos un FDR CV (todos ellos tomaban medicación

de control); y el 80% poseía alguna enfermedad previa. Respecto a los antecedentes de caída y asistencia de marcha, sólo un participante requería el uso de andador y no se reportaron antecedentes de caídas. Finalmente, se registró un promedio de consumo de 4 medicamentos por participante.

Tabla 7. Tabla de datos del HC del GA.

GA	Edad	FDR CV	Controla do	Enferme dades Previas	Antecede nte de Caídas	Asistenci a de Marcha	Cantidad de Medicam entos
A1	85	Si	Si	Si	No	Si (Andador)	2
A2	81	No	-	No	No	No	0
A3	87	Si	Si	Si	No	No	7
A4	75	Si	Si	Si	No	No	+5
A5	76	Si	Si	Si	No	No	4-6
Media	80,8	80%	100%	80%	0%	20%	4

VI.b.3.c) Síntesis de Enfermedades Previas y FDR CV.

En la Tabla 8, se nombran las diferentes enfermedades previas y los FDR CV relatados por los participantes.

En resultado, se encontró que el 60% de los integrantes de ambos grupos tuvo alguna Cirugía (Cx) General; el 20% refirió antecedentes de Hernia Inguinal y el 20% padece Artritis Reumatoidea (AR). Asimismo, el 80% del GNA y el 60% de GA tienen hipertensión arterial (HTA). Por su parte, en el GNA encontramos casos aislados de EPOC, Cx de Columna y dos casos de DBT; y, por otra parte, el GA presentó casos aislados de Cefalea, ACV, Arritmia, Cx de Muñeca y Cx Meniscal.

Tabla 8. Tabla de datos y medias de enfermedades previas y FDR CV de ambos grupos.

Enfermedades Previas y FDR CV	GNA	GA
Cx General (colecistectomía, ooforectomía, histerectomía, apendicectomía, tiroidectomía total).	3 (60%)	3 (60%)
Hernia Inguinal	1 (20%)	1 (20%)
AR	1 (20%)	1 (20%)
EPOC	1 (20%)	0 (0%)
Cefalea	0 (0%)	1 (20%)
ACV	0 (0%)	1 (20%)
Cx Muñeca	0 (0%)	1 (20%)
Cx Meniscal	0 (0%)	1 (20%)
Cx Columna	1 (20%)	0 (0%)
HTA	4 (80%)	3 (60%)
DBT	2 (40%)	0
Arritmia	0	1 (20%)

*Nota: Cirugía (Cx); Artritis Reumatoidea (AR); Hipertensión Arterial (HTA); Diabetes (DBT).

VI.b.4. Entrevistas.

A continuación, se presentan los resultados de las entrevistas realizadas a los sujetos, sintetizando las respuestas más frecuentes.

En una primera instancia, se indagó sobre el conocimiento de los servicios de “Actividad Física y Kinesiología” de la institución; posteriormente, se profundizó en algunos ítems del cuestionario SF-36.

VI.b.4.a) Grupo No Activo.

Ante la consulta sobre el conocimiento del servicio de AF brindado por la institución, todos los participantes respondieron afirmativamente. Asimismo, refirieron haber asistido previamente, lo que indica que conocían, de manera limitada, el funcionamiento del servicio.

Al indagar sobre los motivos de no asistencia actual, las respuestas fueron variadas, entre las que se destacan:

- *“No voy porque no me gusta, y tengo temor de caerme.”;*
- *“No voy porque me quiero quedar durmiendo. Me da fiaca.”;*
- *“Fui porque tenía dolor de rodilla. Cuando mejoró no fui más.”;*
- *“Fui porque sentía dolor, asistí solo por masajes y después de la sesión el dolor aumentó. No puedo hacer lo mismo que el resto (lo que ve que se hace en el pasillo); si bajan la intensidad, iría.”*

Ante el interrogante sobre las propuestas para mejorar el servicio para retomar su participación, ninguno de los participantes expresó ideas o alternativas.

En relación con el SF-36, se obtuvieron las siguientes declaraciones complementarias:

- **Ítem 1 (“*En general, usted diría que su salud es...*”): ¿Por qué eligió esa respuesta?**

Todos los participantes manifestaron haber elegido su respuesta por considerarla la más adecuada a su situación, destacando la presencia de enfermedades que condicionan su estado de salud.

- **Ítem 13 (“*Durante las últimas 4 semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas a causa de su salud física?*”): ¿Qué actividades realizan normalmente?**

Las respuestas incluyeron:

- *“No hago nada.”;*
- *“Ordeno la habitación.”;*
- *“Camino mucho.”;*
- *“Ayudo en lo que puedo, como trasladar a otros en silla de ruedas.”*

- **Ítem 21 (“¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?”):** Cuando usted siente dolor, ¿asiste a las sesiones que otorga el servicio de kinesiología?

Dos participantes indicaron haber asistido inicialmente por dolor, pero luego abandonaron el tratamiento. Otros dos refirieron conocer la posibilidad de asistir en presencia de dolor, aunque no lo hacen; mientras que un participante manifestó desconocer que podía recurrir al servicio para su tratamiento.

VI.b.4.b) Grupo Activo.

En cuanto a los participantes que asisten regularmente al servicio de AF adaptada, se observó un alto nivel de satisfacción y adherencia. Sus motivaciones principales se centran en el gusto por moverse y mantenerse activo, y un enfoque terapéutico, como manejo del dolor y contracturas. Algunos comentarios que se destacaron incluyeron: “*Me encanta la actividad física... mejoró mi salud*” y “*El servicio sirve para mantenerse activo y moverse*”.

A continuación, se detallan los resultados de las preguntas complementarias del cuestionario:

- **Ítem 1 (“En general, usted diría que su salud es...”):** ¿Por qué eligió esa respuesta?

Las respuestas fueron variadas y, en su mayoría, se encontraron relacionadas con sus situaciones personales. No obstante, se destacaron dos respuestas de sujetos que en el SF-36 percibieron su salud como “Mucho mejor que hace un año”, a la cual uno de ellos la relacionó con el aumento de la movilidad desde que se incorporó al programa y, el segundo, el segundo, por otro lado, con el alivio general que sintió tras su ingreso a la institución.

- **Ítem 13 (“Durante las últimas 4 semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas a causa de su salud física?”):** ¿Qué actividades realizan normalmente?

En relación a las AVD, el grupo demostró una participación activa en su día a día, realizando caminatas, actividades físicas y tareas domésticas (lavado de ropa, limpieza de sus habitaciones y de la mesa posteriores a las comidas). Asimismo, uno de los residentes que tenía permitido salir de la institución realizaba mandados, visitas familiares y atendía una santería. Finalmente, otras actividades mencionadas fueron la realización de manualidades, baile y juegos de mesa.

- **Ítem 21 (“¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?”):** Cuando usted siente dolor, ¿asiste a las sesiones que otorga el servicio de kinesiología?

La mayoría de los participantes manifestaron que el dolor no era una barrera para la asistencia, destacando que en el servicio de kinesiología le brindaban tratamiento y educación para el mismo, como la elongación, que les era útil para su autocuidado.

Por otro lado, un participante destacó que su asistencia a la AF es por gusto y bienestar general, ya que no suele sentir dolores.

- **Al finalizar el cuestionario: Cambios percibidos desde que comenzaron a asistir a la actividad física adaptada.**

Al preguntar sobre los cambios percibidos desde su incorporación al programa, las respuestas coinciden en una mejora en sus estados físicos y emocionales:

- Cambios físicos: Los residentes reportaron una mayor sensación de flexibilidad, incremento en los niveles de energía y facilidad para su movilidad. Se destacan la reducción del dolor de espalda y la liberación de tensiones musculares. Algunas respuestas fueron:
 - *"Me siento más flexible, con más energía, con facilidad para moverme. Aparte, me mejoró el humor."*;
 - *"Me siento más libre, con más energía."*;
 - *"Me ayudó mucho a descontracturar. Me disminuyó el dolor de espalda."*
- Cambios emocionales: Se observaron beneficios en el estado de ánimo y energía. Un participante atribuyó lo siguiente: *"Me siento mejor, siento que me puedo mover más. El dolor mejoró."*

VI.c. Análisis de Resultados.

En relación con el cuestionario SF-36, los resultados evidenciaron una mejor percepción de la CV en el GA en comparación con el GNA, con medias del 78,5% y 63%, respectivamente. Al analizar cada una de las dimensiones, se observó que el GA obtuvo puntuaciones superiores en la mayoría de ellas.

- En la SG, el GA alcanzó una media del 67%, mientras que el GNA obtuvo un 53%.

- Las diferencias más marcadas se registraron en CeS y FF, donde el GA presentó medias del 65% y 62%, respectivamente, frente al 40% y 44% observados en el GNA.
- En las dimensiones relacionadas con el desempeño de los roles se encontraron los siguientes resultados: en RF, el GA alcanzó una media del 85%, superior al 60% registrado en el GNA; en cambio, en RE las puntuaciones fueron más similares, con medias del 80% para el GA y del 73,2% para el GNA.
- En la dimensión Vit, el GA obtuvo una media del 77%, mientras que el GNA alcanzó el 69%.
- En Dol, las diferencias fueron menores, registrándose un 79% en el GA y un 71% en el GNA.
- Del mismo modo, en SM, el GA presentó una media superior (86,4%) respecto del GNA (72,8%).
- La única excepción se observó en la dimensión FS, en la cual el GNA obtuvo una puntuación media ligeramente superior (91%) en comparación con el GA (87%).

Por otra parte, los resultados del SPPB también mostraron un mejor desempeño en el grupo que realizaba AF. Cabe aclarar que ninguno de los participantes utilizó el auxiliar de marcha para realizar el test. El GA alcanzó una media total de 8,4 puntos, mientras que el GNA obtuvo 5,8 puntos. En términos generales, los participantes del GNA fueron clasificados como frágiles, con excepción de un participante clasificado como pre frágil. En contraste, la mayoría de los integrantes del GA fueron clasificados como pre frágiles y uno de ellos como autónomo.

Respecto a la HC, ambos grupos presentaron características similares en cuanto a sexo, edad y FDR CV. Cada grupo estuvo conformado por dos hombres y tres mujeres, con una edad media de 79,8 años en el GNA y de 80,8 años en el GA.

En relación con los FDR CV, se observó un predominio de HTA en ambos grupos. Además, en el GNA se registraron dos casos de DBT, mientras que en el GA se identificó un caso de arritmia. En ambos grupos, el 80% de los participantes presentó al menos un FDR CV y todos se encontraban bajo tratamiento y control médico.

En cuanto a los antecedentes patológicos, ambos grupos registraron una elevada frecuencia de Cx generales (60%), además de casos aislados de Cx de meniscos, columna y muñeca. Asimismo, se identificaron casos de AR en el 20% de

los participantes de cada grupo y otras comorbilidades aisladas, como EPOC, ACV y cefalea.

Con respecto a los antecedentes de caídas, ninguno de los participantes del GA refirió haber sufrido caídas durante el último año, mientras que en el GNA el 60% manifestó haber presentado al menos un episodio.

En relación con el uso de ayudas para la marcha, un participante de cada grupo utilizaba andador, representando el 20% de los integrantes de cada grupo.

Finalmente, la media de medicamentos consumidos diariamente fue de 2,2 en el GNA y de 4 en el GA.

En cuanto a las entrevistas, se observaron diferencias entre ambos grupos en la percepción sobre servicio de AF, el desempeño de las AVD y los cambios percibidos en el bienestar físico y emocional.

En el GNA, todos los participantes manifestaron conocer el servicio de AF ofrecido por la institución; sin embargo, la mayoría indicó haber asistido anteriormente sin mantener su participación en la actualidad, y no hubo propuestas de posibles cambios para retomar la actividad ante el interrogatorio. Entre los principales motivos de inasistencia se identificaron la falta de interés, el temor a sufrir caídas, la percepción de limitaciones personales y experiencias previas relacionadas con el servicio.

En las preguntas complementarias al SF-36, los participantes del GNA manifestaron percibir su estado de salud como adecuado dentro de su contexto físico, emocional y social. Asimismo, refirieron una menor participación en AVD, limitándose principalmente a tareas básicas como caminar o colaborar con el orden de sus habitaciones.

En cuanto al servicio de kinesiología, cuatro participantes conocían la posibilidad de asistir para recibir tratamiento, aunque no hacían uso del mismo o habían abandonado la asistencia. Solo un participante manifestó desconocer que el servicio podía utilizarse para el tratamiento del dolor.

Por el contrario, los participantes del GA evidenciaron una mayor adherencia al programa de AF adaptada, señalando como principales motivaciones los beneficios físicos percibidos, el interés por mantenerse activos y el valor terapéutico de la actividad. En las preguntas complementarias al cuestionario también refirieron una mayor participación en las AVD, tanto dentro como fuera de la institución, incluyendo actividades de mayor complejidad como baile y manualidades.

Asimismo, el servicio de kinesiología fue percibido como un complemento para el manejo del dolor y no como un impedimento para participar en las clases de AF adaptada. Los participantes destacaron los beneficios del tratamiento, la educación para el manejo del dolor y las estrategias de autocuidado. No obstante, uno de ellos aclaró que asistía al servicio no por dolor, sino con el objetivo de mantener su bienestar general.

Finalmente, los integrantes del GA manifestaron haber experimentado mejoras físicas y emocionales desde su incorporación al programa de AF del hogar. Entre los principales beneficios mencionaron una mayor flexibilidad, incremento de la energía, mejor movilidad, disminución del dolor y mejoras en el estado de ánimo.

VI. DISCUSIÓN.

El objetivo del presente trabajo fue analizar las diferencias en la CV percibida y en la función física entre adultos mayores institucionalizados que realizan AF adaptada y aquellos que no participan de ella. Para ello, se emplearon el cuestionario SF-36 y el SPPB, respectivamente. Además, se consideraron las motivaciones y barreras para la práctica de AF, así como los antecedentes clínicos y patológicos de los participantes, a fin de interpretar la relación entre estas variables y los resultados obtenidos.

Con respecto al SF-36, a pesar que el GA obtuvo una puntuación media total mayor a la del GNA, cabe destacar que, al analizar cada dimensión de manera individual no siempre se observaron grandes diferencias, existiendo una marcada proximidad de ambos grupos.

Comenzando con las dimensiones SM y RE, las diferencias no fueron significativas, ya que todos los adultos mayores que se encuentran bajo términos de institucionalización están expuestos a factores emocionales, tales como depresión, ansiedad, tristeza, pérdida de autonomía, situaciones familiares, entre otros; que generan un impacto emocional y físico. Sin embargo, los resultados sugieren que la AF actúa como un factor regulador del estado emocional, disminuyendo las barreras emocionales que interfieren en las AVD y favoreciendo una mejor percepción de la CV.

Asimismo, la mayor heterogeneidad observada en los resultados de los participantes del GNA (tabla 1), evidenciada por la dispersión de los puntajes obtenidos entre los integrantes del grupo, en contraste con la mayor homogeneidad observada en el GA, podría indicar que los adultos mayores sedentarios presentan respuestas más variables respecto de su bienestar emocional. Esta variabilidad podría estar relacionada con diferencias individuales en factores como el estado de salud, el grado de autonomía, el apoyo social o la presencia de síntomas de ansiedad y depresión, los cuales podrían influir de manera distinta en la percepción de la CV; por el contrario, la práctica de AF podría actuar como un factor común que favorece respuestas más consistentes dentro del GA. Izquierdo et al. (1) señala que la práctica de AF se asocia con una menor incidencia de síntomas depresivos y de ansiedad en los adultos mayores, observándose que gran parte de estos beneficios se obtienen al pasar de un estilo de vida sedentario a realizar al menos algún nivel de AF. Además, plantea que estos efectos probablemente respondan a múltiples mecanismos biológicos y psicológicos, tales como cambios en neurotransmisores, disminución de la inflamación, mayor neuroplasticidad, incremento de la autoeficacia y preservación de la independencia funcional.

Estos resultados, además, coinciden con los hallados por da Silva et al. (3), quien observó que los puntajes más bajos del SF-36 se asociaban significativamente con mayores niveles de ansiedad y depresión en los participantes, concluyendo que la AF puede contribuir a mejorar la CV y reducir dichos síntomas en personas mayores. En concordancia con estos hallazgos, el GNA presentó puntajes inferiores al GA en las dimensiones SM y RE, lo que podría sugerir una peor percepción del bienestar emocional.

Por otra parte, ese mismo estudio también señala que las personas con mayor implicación en las relaciones sociales tendían a ser más activas físicamente (3). Sin embargo, esto difiere de los resultados obtenidos en la dimensión FS, en la cual, el GNA tuvo un resultado ligeramente mayor que el GA, teniendo ambos puntajes altos. Este hallazgo plantea una discrepancia, ya que se pueden considerar dos puntos de vista ante los resultados. Por un lado, Mo et al. (24), describe a las residencias de ancianos como sociedades pequeñas donde las relaciones sociales entre los pares influyen en la participación en la AF, ya que valoran la socialización y el apoyo, prefiriendo el ejercicio grupal sobre el individual. Los residentes que participan en la AF pueden empoderar e inspirar a otros a sumarse o mantenerse en actividad. En contrapartida, Ramalho et al. (27), explica que, si bien las actividades grupales evitan la sensación de soledad y son beneficiosas para la salud mental, muchas de ellas acaban condicionando a las personas mayores a la práctica de un CS.

Por otro lado, para el análisis del SPPB fue necesario tener en cuenta el HC de ambos grupos con el fin de identificar variables que puedan influir en los resultados. No obstante, no se hallaron diferencias significativas entre los perfiles en cuanto las edades, sexo, enfermedades previas y FDR CV. Se debe tener en cuenta que la muestra no fue numerosa y no hubo diferencias en la distribución de sexos y edades, por lo que no fue posible analizar su influencia.

En este sentido, dada la homogeneidad en el HC, las marcadas diferencias en los resultados del rendimiento físico, con una media de 8,4 en el GA frente a los 5,8 en el GNA, podrían explicarse por los beneficios reconocidos de la AF. Para este grupo etario, el ejercicio personalizado es fundamental para el abordaje de la fragilidad, el equilibrio y la fuerza muscular. Como describe Izquierdo et al. (1), estas mejoras se proyectan directamente sobre la fragilidad, la velocidad de marcha, la incidencia de caídas, y la ingesta de fármacos.

En consecuencia, al analizar la relación entre el rendimiento funcional objetivo del SPPB y la percepción de la salud con el SF-36, se observa que un mayor rendimiento físico funcional mejora diferentes aspectos psicosociales, lo que se refleja

en la CV y autonomía. Estos hallazgos coinciden con lo planteado por Mo et al. (24), quien sostiene que pequeñas mejoras en la capacidad física pueden mejorar la confianza y la CV de los residentes de hogares de ancianos. Esta premisa se observa en los resultados, donde el GA obtuvo un mejor desempeño funcional, lo cual se acompañó de puntajes superiores en la dimensión de FF y se reflejaron en las entrevistas de los participantes.

Con respecto a los antecedentes de caídas en el último año, se observó que el 60% del GNA sufrió al menos una durante ese período, mientras que en el GA ningún participante reportó caídas. Estos resultados coinciden con lo planteado por Izquierdo et al. (1) y Mo et al. (24), quien agrega que la variabilidad y disminución de la velocidad de marcha constituyen factores predictivos del riesgo de caídas, estableciendo una relación directamente proporcional entre una marcha más lenta y una mayor incidencia de las mismas, siendo la mejor intervención para la prevención el ejercicio físico.

Al analizar los resultados obtenidos en el SPPB, el GA presentó mejores desempeños en la velocidad de marcha, la fuerza de miembros inferiores y el test de equilibrio en comparación con el GNA. Estos hallazgos, sumados al antecedente de caídas reportado por ambos grupos y a la evidencia aportada por los estudios analizados, refuerzan la relación entre la práctica de AF y una menor incidencia de caídas en adultos mayores.

Además, Esain et al. (12) encontró en su estudio que las personas que habían sufrido caídas presentaban puntajes más bajos en las dimensiones de RF, RE y SM del SF-36. Esto coincide con los resultados obtenidos en el presente trabajo, donde el GNA —grupo que reportó antecedentes de caídas— presentó valores inferiores en dichas dimensiones del SF-36 en comparación con el GA. Esto sugiere una relación entre los antecedentes y una peor percepción de la CV, especialmente en los aspectos físicos y emocionales.

El análisis de las entrevistas y del cuestionario permitió reconocer distintos factores asociados a la adherencia a la AF adaptada en ambos grupos. En este sentido, los principales facilitadores, identificados mayormente en el GA, fueron:

Elevada motivación intrínseca y sentido de pertenencia: los residentes del GA evidenciaron un elevado nivel de satisfacción y motivación con respecto a la AF, en general ligados a los resultados psicofísicos positivos percibidos y el buen trato por parte de los trabajadores del servicio. En concordancia con lo hallado por Mo et al. (24), los comentarios positivos sobre las mejoras físicas actúan como facilitadores para combatir el sedentarismo. En este trabajo, dicha predisposición se manifestó a través de un marcado interés y orgullo por formar parte del programa, lo cual, según

Mo et al. (24), ayuda a disminuir la nostalgia, combatir el sedentarismo y mantenerse activos en la participación para realizar AF.

Además, esta perspectiva positiva del GA guarda relación con los resultados obtenidos en la dimensión Vit del SF-36, donde los sujetos activos se percibieron con más energía para realizar las AVD y, por ende, realizaban más actividades en su día. El comentario de una residente evidencia esta situación: “*me siento cansada porque hago muchas actividades.*”; esto refleja cómo la AF inspira a llevar un estilo de vida enérgico y motivacional en el transcurso del día dentro de un entorno institucional, donde suele perderse el compromiso activo y funcional.

Elevada satisfacción con el servicio kinésico: La interacción de los adultos mayores con sus pares y kinesiólogos resultaron motivar la continuidad. Los participantes destacaron que les agradaba compartir el tiempo con los profesionales encargados del servicio y con sus pares con quienes conversaban o, algunas veces, realizaban trabajos grupales. Tal como sostiene Izquierdo et al. (1), se evidenció que el apoyo social, representado aquí por las sesiones grupales y el contacto con los profesionales encargados de la salud, fomenta la interacción, mejora la motivación y por ende, la adherencia a la participación en las sesiones.

Personalización del servicio: En lo que respecta al servicio, la personalización de las intervenciones surgió como un facilitador determinante para la adherencia del GA. A diferencia de los servicios estandarizados que, según Mo et al. (24), pueden generar sentimientos de angustia y exclusión, el abordaje de las dolencias o enfermedades por el servicio de kinesiología se asoció a una mayor asistencia. Como resultado, los cambios físicos mencionados (entre ellos la mejora de la flexibilidad, movilidad y mayor sensación de energía) se suman al tratamiento de malestares físicos. Esta adaptación generó en todos los participantes del GA que el dolor no fuera percibido como una barrera para la asistencia, sino como un motivo para recibir tratamiento y adaptar la sesión. Algunos testimonios argumentaron mejoras en la salud general y en contracturas musculares mediante el soporte kinésico y educación; lo que refuerza la idea de que el servicio cumple con la función de prevención y autocuidado. En este sentido, Izquierdo et al. (1) sostiene que las intervenciones personalizadas y la educación son métodos para contrarrestar el CS.

En contrapartida, a pesar que en el estudio de Ramalho et al. (27) se mencionaron las políticas institucionales como una barrera para la adherencia, ninguno de los participantes en ambos grupos mencionó dificultades con respecto al hogar. Esto refuerza la premisa que un personal capacitado junto a un entorno motivacional, adaptado y con los recursos suficientes, operan como pilares que

aseguran la participación sostenida en programas de ejercicio dentro de las residencias de ancianos (24, 27).

Las barreras para la práctica de AF se identificaron predominantemente en el GNA. En relación con ello, el estudio realizado por Ramalho et al. (27), resultó de especial interés, ya que describe limitaciones similares a las halladas en el presente trabajo. Entre las principales barreras para la adherencia a la AF se encontraron:

Limitada motivación intrínseca: la mayor parte de los participantes del GNA manifestaron un escaso interés con la realización de AF, evidenciando un estilo de vida marcadamente sedentario en comparación al GA. En su mayoría, realizaban tareas domésticas y algunos mencionaron AVD, como el aseo personal o deambulación. Esta falta de motivación favorece la permanencia de un estilo de vida sedentario. Frases como “*No voy porque no tengo ganas*” o “*No voy porque no me gusta*” refuerzan esta idea. Además, se identificó un bajo nivel funcional percibido: una participante refirió no asistir por no sentirse capaz de ejecutar las mismas actividades que sus pares. La falta de motivación, la percepción negativa de sí mismos, sumadas a los factores de riesgo y a posibles afectaciones socioemocionales, conlleva al adulto a perpetuar el sedentarismo. El artículo mencionado anteriormente explica que las razones individuales como limitaciones físicas, dolor, falta de energía, miedos y motivación fueron los factores más influyentes que llevan a los adultos mayores a pasar largos períodos sentados, aun siendo conscientes de que este comportamiento tiene efectos perjudiciales para la salud (27).

Kinesiofobia: el miedo al movimiento fue mencionado por un único participante, quien refirió que, debido a sus problemas de rodilla, sentía temor a sufrir una caída. Esta percepción del ejercicio y del movimiento como un posible riesgo, en lugar de un factor protector de la funcionalidad, podría constituir una barrera para iniciar la participación en el servicio de AF adaptada. En este sentido, Ramalho et al. (27) encontró que la mayoría de los participantes de su estudio mencionaron el dolor, la falta de fuerza y la falta de autoeficacia para caminar como motivos para permanecer sentados, ya que al sentarse o acostarse percibían una disminución del dolor y de la sensación de fatiga, generando así bienestar.

Falta de conocimiento sobre el servicio: Si bien el GNA reconocía la existencia del servicio de kinesiología, el conocimiento sobre el mismo era impreciso o limitado: se identificaron factores como desconocimiento del carácter personalizado, mientras que otros residentes sólo habían concurrido a terapias pasivas (como masajes) por única vez. Asimismo, algunos participantes simplemente no asistían sin poseer un motivo en claro. Un hallazgo que refuerza esta interpretación fue la incapacidad de

todos los integrantes del GNA para proponer modificaciones que incentivarán su asistencia en la entrevista. En conclusión, las experiencias y el conocimiento insuficiente del servicio parecían ser una barrera para la adherencia, generando desinterés y desmotivación para la asistencia y, en algunos casos, para continuidad en aquellos residentes que comenzaron alguna vez.

Políticas institucionales: Asimismo, Ramalho et al. (27) menciona al nivel organizativo como un facilitador del estilo de vida sedentario, ya que observó que los adultos mayores institucionalizados percibían que permanecían gran parte del día en entornos sedentarios. Esto contrastaba con la percepción de aquellos que residían en sus propios hogares, quienes realizaban con mayor frecuencia actividades cotidianas como tareas domésticas o el cuidado del campo y de animales.

Este aspecto resulta de interés al compararlo con el presente trabajo, debido a que varios participantes manifestaron llevar un estilo de vida sedentario porque “no tienen nada para hacer”. Sin embargo, la institución ofrece distintas actividades recreativas semanales, además del servicio de AF adaptada. A pesar de ello, la mayoría de los participantes del GNA refirieron no participar de dichas propuestas. Esto sugiere que las limitaciones para la participación no se relacionan exclusivamente con la disponibilidad de actividades dentro de la institución, sino también con factores individuales como la falta de motivación y las barreras previamente mencionadas.

Izquierdo et al. (1) en su estudio sintetiza que las barreras para la adherencia al ejercicio en adultos mayores incluyen baja autoestima, prioridades contrapuestas, riesgos y beneficios percibidos limitados. Estos hallazgos coinciden con los resultados obtenidos en el presente trabajo, donde las principales barreras identificadas estuvieron relacionadas con factores individuales y perceptivos más que con limitaciones estructurales o institucionales.

VII. CONCLUSIÓN.

En el presente trabajo se pudieron identificar diferencias entre los adultos mayores residentes del Hogar de Ancianos “Don Guanella” que realizan AF adaptada y aquellos que no participan de la misma. Los resultados obtenidos evidenciaron que la AF adaptada tiene un impacto positivo tanto en la percepción de la CV como en la función física de los residentes.

En relación con las motivaciones y barreras percibidas que condicionan la participación en el servicio de AF adaptada, se identificó que la motivación intrínseca, la satisfacción con el servicio y la personalización de las actividades actúan como facilitadores de la asistencia y adherencia. Por el contrario, la limitada motivación intrínseca, la kinesiofobia y el desconocimiento del servicio fueron reconocidos como barreras para la participación.

Respecto a los antecedentes clínicos y patológicos, ambos grupos presentaron características similares. Sin embargo, se observaron diferencias en los antecedentes de caídas, con mayor incidencia en el GNA, y en la cantidad de medicamentos consumidos, superior en el GA. A partir de la evidencia analizada y de los resultados obtenidos, se pudo establecer una relación entre la práctica de AF y una menor incidencia de caídas en el adulto mayor.

Asimismo, al analizar la relación entre la CV percibida y la función física, se observó que el GA presentó valores más elevados en ambas variables en comparación con el GNA.

Estos hallazgos evidencian que la participación en programas de AF adaptada no solo favorece aspectos físicos, sino también componentes emocionales y sociales, promoviendo una mayor autonomía, participación e integración dentro de la institución. Además, el servicio de AF adaptada brindado por el equipo de Kinesiología dentro del hogar resulta efectivo y sus beneficios son percibidos por los residentes participantes. En este sentido, la implementación de actividades destinadas a disminuir el comportamiento sedentario dentro de las instituciones geriátricas adquiere gran relevancia, ya que contribuye a retrasar los efectos negativos del envejecimiento, aliviar el dolor y prevenir caídas, entre otros beneficios.

Por lo tanto, se considera fundamental fomentar y sostener este tipo de intervenciones interdisciplinarias en hogares de ancianos, contribuyendo a un envejecimiento más activo y a una mejor CV de los residentes.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Izquierdo M, Souto Barreto P, Arai H, Bischoff-Ferrari H, Cadore E, Cesari M, et Al. Global consensus on optimal exercise recommendations for enhancing healthy longevity in older adults [Internet]. 2025 [citado el 10 de agosto de 2025]; 29(1):100401. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39743381/>
2. Sanchez-Sanchez J, Mañas A, Garcia-Garcia F, Ara F, Carnicero J, Stefan W, et al. Sedentary behaviour, physical activity, and sarcopenia among older adults in the TSHA: isotemporal substitution model [Internet]. 2019 [citado el 10 de agosto de 2025]; 10(1):188-198. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30920779/>
3. da Silva Santos Castelo Branco de Oliveira L, Souza E, Silva Rodrigues R, Fett C, Biagini Piva A. The effects of physical activity on anxiety, depression, and quality of life in elderly people living in the community [Internet]. 2019 [citado el 2 de noviembre de 2025]; 41(1):36-42. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30994779/>
4. Olsen C, Pedersen I, Bergland A, Enders-Slegers M, Jøranson N, Calogiuri G, et al. Differences in quality of life in home-dwelling persons and nursing home residents with dementia – a cross-sectional study [Internet]. 2016 [citado el 2 de noviembre de 2025]; 16:137. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4939817/>
5. Çiftçi S, Erdem M. Comparing nutritional status, quality of life and physical fitness: aging in place versus nursing home residents [Internet]. 2025 [citado el 2 de noviembre de 2025]; 25:102. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11830173/>
6. Øverengen Trollebø S, Taraldsen K, Heiland J, Hawley-Hague H, Bardal E, Skjaeret-Maroni N. Uncovering perspectives on physical activity in nursing homes: a qualitative exploration of the experiences of healthcare professionals and family caregivers [Internet]. 2024 [citado el 2 de noviembre de 2025]; 24:1222. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11470674/>
7. Mutambudzi M, Chen N, Howrey B, Garcia M, Markides K. Physical Performance Trajectories and Mortality Among Older Mexican Americans [Internet]. 2024 [citado el 2 de noviembre de 2025]; 74(2):233-239. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29438556/>
8. Yao S, Meng X, Cao G, Huang Z, Chen Z, Han L. Associations between Multimorbidity and Physical Performance in Older Chinese Adults [Internet]. 2020

- [citado el 2 de noviembre de 2025]; 17(12):4546. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32599778/>
9. Silva L, Tavares D, Rodrigues L. Transition and factors associated with the level of physical activity combined with sedentary behavior of the elderly: A longitudinal study [Internet]. 2020 [citado el 28 de septiembre de 2025]; 40(2):322–335. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7505513/>
 10. Lebuf E, Van Dyck D, Van de Velde L, Beeckman M, Van Cauwenberg J, Compernelle S. Sedentary patterns and health outcomes in the oldest-old: a latent profile analysis [Internet]. 2024 [citado el 28 de septiembre de 2025]; 12:e17505. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11210487/>
 11. Quiroz-Mora C, Serrato-Ramírez D, Bergonzoli-Peláez G. Factores asociados con la adherencia a la actividad física en pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles. [Internet]. 2018 [citado el 2 de noviembre de 2025]; 20(4):460-464. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/mdl-30843981>
 12. Esain I, Rodriguez-Larrad A, Bidaurrezaga-Letona, Gil S. Health-related quality of life, handgrip strength and falls during detraining in elderly habitual exercisers [Internet]. 2017 [citado el 28 de septiembre de 2025]; 15:226. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5697062/>
 13. Silva CF, Ohara DG, Matos AP, Pinto ACPN, Pegorari MS. Short physical performance battery as a predictor of mortality in community-dwelling older adults: a longitudinal study in the Brazilian Amazon region [Internet]. 2022 [citado el 10 de agosto de 2025]; 10:e13630. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35846876/>
 14. Enriquez-del Castillo L, Gonzalez-Bustos J, Flores L, Dominguez S, Cervantes N, Viera A. Active lifestyle according to new WHO guidelines: an influence on fitness, body composition and quality of life in elderly women? [Internet]. 2022 [citado el 2 de marzo 2026]; biblio-1404095. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/biblio-1404095>
 15. Mazya A, Axmon A, Sandberg M, Boström M, Ekdahl A. Discordance in Frailty Measures in Old Community Dwelling People with Multimorbidity – A Cross-Sectional Study [Internet]. 2023 [citado el 2 de marzo 2026]; 18:1607-1618. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10543411/>

16. Candido L, Wagner K, Costa M, Pavesi E, Avelar N, Danielewicz A. Sedentary behavior and association with multimorbidity and patterns of multimorbidity in elderly Brazilians: data from the Brazilian National Health Survey, 2019 [Internet]. 2022 [citado el 7 de marzo 2026]; 38(1):e00128221. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/biblio-1355985>
17. de Maio Nascimento M, Gouveia B, Gouveia E, Campos P, Marques A, Ihle A. Muscle Strength and Balance as Mediators in the Association between Physical Activity and Health-Related Quality of Life in Community-Dwelling Older Adults [Internet]. 2022 [citado el 7 de marzo 2026]; 11(16):4857. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9409764/>
18. Valdés-Badilla P, Alarcón-Rivera M, Hernandez-Martinez J, Herrera-Venezuela T, Branco B, Nuñez-Espinosa C, et al. Factors Associated with Poor Health-Related Quality of Life in Physically Active Older People [Internet]. 2022 [citado el 3 de marzo 2026]; 19(21):13799. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36360685/>
19. de Graaf D, de Vries N, de Zande T, Schimmel J, Shin S, Kowahl N, et al. Measuring Physical Functioning Using Wearable Sensors in Parkinson Disease and Chronic Obstructive Pulmonary Disease (the Accuracy of Digital Assessment of Performance Trial Study): Protocol for a Prospective Observational Study [Internet]. 2024 [citado el 6 de marzo 2026]; 13:e55452. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11109858/#sec8>
20. Yoshida Y, Ishizaki T, Masui Y, Miura Y, Matsumoto K, Nakagawa T, et al. Effects of multimorbidity and polypharmacy on physical function in community-dwelling older adults: A 3-year prospective cohort study from the SONIC [Internet]. 2024 [citado el 6 de marzo 2026]; 126:105521. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0167494324001973?via%3Dihub#preview-section-introduction>
21. Davies T, Watson N, Pilkington J, McClelland T, Azzopardi G, Pearse R, et al. Creatine supplementation for optimization of physical function in the patient at risk of functional disability: A systematic review and meta-analysis [Internet]. 2024 [citado el 6 de marzo 2026]; 48(4):389-405. Disponible en: <https://aspenjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/jpen.2607>
22. Boström A, Cederholm T, Faxén-Irving G, Franzén E, Grönstedt H, Seiger A. Factors Associated with Health-Related Quality of Life in Older Persons Residing in Nursing

- Homes [Internet]. 2022 [citado el 23 de febrero 2026]; 15:2615. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9664909/>
23. Knapik A, Brzek A, Famula-Waz A, Gallert-Kopyto W, Szydlak D, Marcisz C, et al. The relationship between physical fitness and health self-assessment in elderly [Internet]. 2019 [citado el 25 de febrero 2026]; 98(25):e15984. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31232930/>
24. Mo Y, Chan H, Zhou Y, Chen L, Tang G, Bone A, et al. Barriers and facilitators to addressing sedentary behaviour and physical inactivity among nursing home residents: a qualitative study [Internet]. 2025 [citado el 7 de marzo 2026]; 25:648. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12366238/>
25. Akosile C, Igwemmadu C, Okoye E, Odole A, Mgbeojedo U, Fabunmi A, et al. Physical activity level, fear of falling and quality of life: a comparison between community-dwelling and assisted-living older adults. [Internet]. 2021 [citado el 5 de marzo de 2026]; 21:12. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7788713/#Abs1>
26. Auerswald T, Meyer J, Holdt K, Voelcker-Rehage C. Application of Activity Trackers among Nursing Home Residents—A Pilot and Feasibility Study on Physical Activity Behavior, Usage Behavior, Acceptance, Usability and Motivational Impact. [Internet]. 2020 [citado el 5 de marzo de 2026]; 17(18):6683. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7559724/>
27. Ramalho A, Lima S, Petrica J, Serrano J, Paulo R, Duarte-Mendes P, et al. Determinants of sedentary behavior in elderly people living in Portugal: qualitative thematic analysis from the SOS-framework [Internet]. 2023 [citado el 4 de marzo 2026]; ibc-225486. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/ibc-225486>
28. Escriba-Salvans A, Jerez-Roig J, Molas-Tuneu M, Farres-Godayoi P, Moreno-Martin P, Goutan-Roura E, et al. Sarcopenia and associated factors according to the EWGSOP2 criteria in older people living in nursing homes: a cross-sectional study. [Internet]. 2022 [citado el 7 de marzo de 2026]; 22:350. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9022416/>
29. Naczek M, Marszalek S, Naczek A. Inertial Training Improves Strength, Balance, and Gait Speed in Elderly Nursing Home Residents [Internet]. 2020 [citado el 4 de marzo

2026]; 15:177-184. Disponible en:
<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7012216/>

30. Perracini M, Mello M, Oliveira Maximo R, Ferriolli B, Lustosa L, et al. Diagnostic Accuracy of the Short Physical Performance Battery for Detecting Frailty in Older People [Internet]. 2019 [citado el 10 de agosto de 2025]; 100:90-98. Disponible en: <https://academic.oup.com/ptj/article/100/1/90/5586703?login=false>

X. ANEXOS.

X.a. Documentación del Proceso de Consentimiento Informado.

A. información para el participante

Título del Trabajo: “Actividad física adaptada y diferencias en la calidad de vida percibida y la función física en adultos mayores institucionalizados en el Hogar Don Guanella”.

Profesional responsable: Balderrama, Jeremias.

Estamos invitando a participar en el estudio “Actividad física adaptada y diferencias en la calidad de vida percibida y la función física en adultos mayores institucionalizados en el Hogar Don Guanella”, a realizarse en el hogar de ancianos Don Guanella, que tiene como objetivo identificar si existen diferencias en la calidad de vida percibida y la función física entre los adultos mayores que realizan actividad física adaptada y los que no.

El estudio que se le realizará no implica riesgos ni molestias para usted, y estará dirigido y supervisado por un kinesiólogo y estudiantes avanzados de la misma carrera. Como parte del mismo, antes de comenzar las evaluaciones se le tomarán datos personales y médicos; luego se lo evaluará con un test físico denominado Batería Corta de Rendimiento Físico (SPPB), esta prueba consiste en tres partes: sentarse y pararse de una silla, caminar 4 metros y ejercicios de equilibrio estáticos. Además, deberá realizar un cuestionario múltiple opción autoadministrable de 36 preguntas llamado SF-36; y posteriormente, se le ofrecerá participar en una entrevista adicional. Esta entrevista es opcional: usted puede decidir libremente si desea realizarla o no, y su decisión no afectará su participación en el estudio ni en los resultados de las otras evaluaciones. La entrevista será grabada por medio de un audio de voz, para ser luego transcrita. El audio será confidencial.

La participación en esta investigación puede ser beneficiosa para usted y para la institución ya que busca que los resultados que se obtengan con el estudio amplíen el conocimiento de los beneficios de la actividad física adaptada en adultos mayores institucionalizados en una residencia.

Su participación es voluntaria; usted tiene el derecho de retirarse del estudio en cualquier momento si así lo decide, sin que se resienta la atención que se le brinda en el efector. Si usted tiene dudas acerca del estudio o por las evaluaciones realizadas puede acercarse los días lunes y jueves, de 10 a.m. a 13 p.m. al consultorio de Kinesiología de la

institución, y contactar con el profesional responsable del estudio para aclarar sus dudas; los datos de los profesionales a cargo figuran en la Hoja de firmas.

La información que se recabe es estrictamente confidencial y se aplicará para dar respuesta a los objetivos del trabajo. En consecuencia la información que se elabore como resultado de la presente investigación será enunciada en un sentido general y no habrá ninguna referencia a cuestiones individuales o personales. Los resultados que se logren podrán ser presentados en congresos y/o publicaciones; su identidad no será revelada y su privacidad será preservada.

B. Hoja de firmas.

Me explicaron y leí antes de firmar sobre la participación en este trabajo de investigación. Entendí que se trata del impacto de la actividad física y sus beneficios sobre la percepción de la calidad de vida y la función física en adultos mayores institucionalizados en el hogar Don Guanella. Sé que puedo decidir libremente mi participación en este estudio y que aunque decida no participar más en algún momento, continuaré recibiendo la atención habitual. La participación es voluntaria y entendí que toda información personal que se recolectará es confidencial, y que no se me identificará en ningún momento. He leído y comprendido la información contenida en este formulario; he podido hacer todas las preguntas que creí necesarias. Se firman dos ejemplares iguales y se le entrega uno al firmante.

Firma del participante :

Lugar y Fecha.....

Aclaración.....

DNI N°.....

Firma de testigo

Lugar y Fecha.....

Aclaración.....

DNI N°.....

Profesional que participó del proceso de Consentimiento informado

Firma.....

Aclaración.....

Lugar y Fecha.....

Para preguntas o información usted puede tomar contacto con:

Nombre y apellido.....

Lugar de contacto.....

Teléfono.....

X.b. Pedido de Autorización.

Al administrador del hogar Don Guanella:, en el día de la fecha / /

De nuestra mayor consideración, las que suscriben: Arce Candela (DNI 44.763.264) y Correa Ludmila (DNI 44.497.970), alumnas de la Universidad del Gran Rosario, se dirigen a usted a fin de solicitar la autorización para realizar un trabajo de campo de carácter observacional en el Hogar Don Guanella, cita Blas Parera 7281. El mismo consiste en llevar a cabo evaluaciones, cuestionario y entrevistas a los residentes en virtud de la realización de nuestro trabajo de tesina titulado: *“Actividad física adaptada y diferencias en la calidad de vida percibida y la función física en adultos mayores institucionalizados en el Hogar Don Guanella”*, bajo la tutoría del Lic. Jeremías Balderrama y Lic. Eduardo Eberhart.

Sin otro particular, saludan atentamente:

Arce Candela.

Alumna de la Universidad del Gran Rosario.

Correa Ludmila.

Alumna de la Universidad del Gran Rosario.

Balderrama Jeremías.

Lic. en Kinesiología y Fisiatría.

Eberhardt Eduardo.

Lic. en Kinesiología y Fisiatría.

X.c. Carta de Aceptación de Director y Codirector.

A. Carta de aceptación del Director.

Paraná 1 de octubre de 2025

Sr. Director de la Licenciatura en Kinesiología y Fisiatría Prof. Dr. Carlos Cagnone

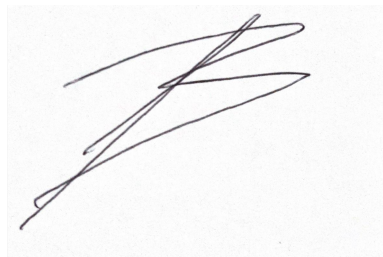
S _____ / D _____

De mi mayor consideración:

Me dirijo a Ud. con motivo de poner en su conocimiento mi aceptación a la solicitud de las alumnas Arce, Candela Abigail y Correa, Ludmila Ayelén, para desempeñarme como Director de la Tesina de graduación de la Licenciatura en Kinesiología y Fisiatría titulada *“Actividad física adaptada y diferencias en la calidad de vida percibida y la función física en adultos mayores institucionalizados en el Hogar Don Guanella”*.

Sin otro particular, lo saluda atte.

Firma:



Aclaración: Balderrama, Jeremías.

B. Carta de aceptación del Co-Director.

Paraná 1 de octubre de 2025

Sr. Director de la Licenciatura en Kinesiología y Fisiatría

Prof. Dr. Carlos Cagnone

S _____ / D _____

De mi mayor consideración:

Me dirijo a Ud. con motivo de poner en su conocimiento mi aceptación a la solicitud de las alumnas Arce, Candela Abigail y Correa, Ludmila Ayelén, para desempeñarme como Co-Director de la Tesina de graduación de la Licenciatura en Kinesiología y Fisiatría titulada *“Actividad física adaptada y diferencias en la calidad de vida percibida y la función física en adultos mayores institucionalizados en el Hogar Don Guanella”*.

Sin otro particular, lo saluda atte.

Firma:

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'E. Eberhardt', written over a horizontal line.

Aclaración: Eberhardt, Eduardo.



LA FUNCIÓN MUSCULAR Y EL RENDIMIENTO FÍSICO DEFICIENTES SON IMPORTANTES FACTORES DE RIESGO EN PERSONAS MAYORES¹

✓ Valora la funcionalidad de tus pacientes con la batería reducida para la valoración del rendimiento físico (SPPB)¹

⌚ 10min ⚙️ 4 metros de suelo, marcas para el suelo, cronómetro, silla con respaldo

1. TEST DE EQUILIBRIO²

Pedir que coloquen los pies en cada una de las distintas posiciones durante 10 segundos

 PIES JUNTOS Pies juntos 1 pt = 10 segundos 0 pt = menos de 10 segundos Si puntúa cero, vaya directamente al test de velocidad de la marcha	 SEMI-TÁNDEM Talón del pie a la altura del dedo gordo del otro pie durante 1 pt = 10 segundos 0 pt = menos de 10 segundos Si puntúa cero, vaya directamente al test de velocidad de la marcha	 TÁNDEM Un pie delante de otro, tocando el talón de uno la punta del otro 2 pt = 10 segundos 1 pt = entre 3-9,99 segundos 0 pt = menos de 3 segundos Vaya al test de velocidad de la marcha
---	---	--

2. TEST DE VELOCIDAD DE LA MARCHA²

Medir el tiempo empleado en caminar 4 metros a velocidad normal



PUNTUACIÓN	
<4,82 s	4 pt
4,82 - 6,20 s	3 pt
6,21 - 8,70 s	2 pt
8,70 s	1 pt
No puede realizarlo	0 pt

3. TEST DE LEVANTARSE DE LA SILLA²

Pedir que cruce los brazos sobre el pecho e intente levantarse de la silla (pre-test)

No puede realizarlo = 0 pt

Si puede realizar el pre-test

5 REPETICIONES

Medir el tiempo que tarda en levantarse 5 veces de la silla lo más rápido posible y sin pararse



PUNTUACIÓN	
<11,19 s	4 pt
11,20 - 13,69 s	3 pt
13,70 - 16,69 s	2 pt
16,70 - 59,99 s	1 pt
> 60 s o no puede	0 pt

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
DISCAPACITADO Limitación grave ¹				FRÁGIL Limitación moderada ¹			PREFRÁGIL Limitación leve ¹			AUTÓNOMO Limitación mínima o sin limitación ¹		
Asociada con un mayor riesgo de muerte ¹							Asociada a discapacidades relacionadas con la movilidad ¹			Factor predictor de pérdida de la capacidad de caminar ¹		

¹ Besudant C et al. Assessment of Muscle Function and Physical Performance in Daily Clinical Practice. *Calcified Tissue International* 2019;105:1-7. ² Riskowski JL et al. Functional foot symmetry and its relation to lower extremity physical performance in older adults: the Framingham Foot Study. *Biomech* 2012;45:10. ³ Izquierdo MA. Prescripción de ejercicio físico. El programa Vivifrail como modelo. *Nutr Hosp* 2019;36(Nº Extra 2):55

814992574

Abbott
Nutrition