



“Evaluación Psicofísica Integral para la Prescripción Segura de Actividad Física en Adultos Mayores: Diseño de una Herramienta Clínica Derivada de Escalas Validadas”

Autor: Dr. Ricardo González

Especialista en Clínica Médica | Medicina del Dolor | Medicina del Deporte

ABSTRACT

El presente trabajo tuvo como objetivo evaluar de manera integral el estado de salud física, nutricional, funcional y emocional de adultos mayores entre 60 y 80 años, con el fin de determinar su aptitud para iniciar programas de actividad física.

Se diseñó una encuesta integrada por preguntas de encuestas internacionales validadas: FRAIL, SARC-F, MNA-SF y GDS-15. Esta herramienta permitió realizar una clasificación funcional simplificada, orientada a la toma de decisiones médicas.

Se aplicó esta encuesta a 252 pacientes en contextos ambulatorios, tanto en formato físico como digital, entre enero y mayo de 2025. Los resultados mostraron que el 31% de los participantes estaban APTOS para comenzar actividad física sin supervisión, el 38 % requerían EVALUACIÓN MÉDICA PREVIA, y el 30% no se encontraban APTOS o en condiciones para iniciar ejercicio SIN INTERVENCIÓN PREVIA.

La utilidad clínica del instrumento se sustenta en su brevedad, accesibilidad y capacidad para detectar factores de riesgo como **fragilidad, sarcopenia, malnutrición y síntomas depresivos**, todos ellos asociados con mayor morbilidad en la población adulta mayor. Su implementación a futuro podría facilitar una prescripción más segura y personalizada del ejercicio físico, con énfasis preventivo.

INTRODUCCIÓN Y REALIDAD CLÍNICA ACTUAL

En las últimas décadas, la atención médica del adulto mayor ha adquirido un carácter transversal en medicina general, medicina del deporte y geriatría funcional. Los profesionales que trabajan en atención primaria, (consultorios ambulatorios, espacios de salud comunitaria) enfrentan un fenómeno creciente: adultos mayores que demandan orientación profesional para comenzar actividad física con fines preventivos, terapéuticos o de mantenimiento funcional.

En la práctica clínica cotidiana, es común encontrar pacientes que, aun con parámetros bioquímicos y cardiológicos dentro de los rangos normales, presentan signos de vulnerabilidad física, fatiga precoz o falta de motivación funcional al intentar iniciar actividad física. Esta discrepancia entre lo clínico-imágenes-laboratorios y lo funcional-psicosocial suele pasar inadvertido en las evaluaciones tradicionales, dando lugar a un interrogante central en la práctica médica actual: ¿cómo determinar con seguridad y rapidez si un paciente está realmente en condiciones de comenzar un plan de ejercicio? y, sobre todo, ¿qué factores menos evidentes, durante una consulta médica, podrían condicionar su adherencia o incrementar los riesgos asociados a la prescripción de actividad física?

Frente a este escenario, surge una necesidad clara en el acto médico: contar con una herramienta breve, integrada y sensible que permita estratificar riesgos antes de recomendar un plan de ejercicio físico a personas mayores.

DESARROLLO DE UNA HERRAMIENTA CLÍNICA INTEGRADA DERIVADA DE ESCALAS CLÍNICAS VALIDADAS

Se propuso entonces crear una encuesta breve, compuesta por preguntas seleccionadas de las escalas FRAIL (fragilidad), SARC-F (sarcopenia), MNA-SF (nutrición) y GDS-5 (depresión)

Cada escala fue evaluada en su sensibilidad y especificidad según revisiones sistemáticas y estudios validados. Se seleccionaron las preguntas con mejor rendimiento clínico, conservando su estructura original.

El cuestionario resultante estuvo compuesto por **11 preguntas** y fue aplicado a una muestra de **252 adultos mayores (60–80 años)**, entre Enero y Mayo de 2025 CABA, Chaco, Pcia Bs As, Entre Ríos. La herramienta fue administrada tanto en formato físico como digital, con firma de consentimiento informado y recolección sistemática de datos clínicos, funcionales y demográficos.

METODOLOGIA

Tipo de estudio

Se llevó a cabo un estudio observacional, descriptivo y transversal, con recolección prospectiva de datos a través de encuesta . Este diseño fue seleccionado por su capacidad para describir el estado funcional integral de una población estudiada en un momento determinado, sin intervenir sobre ella.

Población y muestra

La muestra estuvo compuesta por 252 adultos mayores, hombres y mujeres, con edades comprendidas entre los 60 y 80 años. Fueron reclutados en forma ambulatoria en contextos de atención clínica y comunitaria entre enero y mayo de 2025. Se incluyeron pacientes lúcidos, capaces de responder por sí mismos y que brindaron consentimiento informado para participar.

Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión:

- Edad entre 60 y 80 años.
- Estado cognitivo conservado.
- Firma del consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

- Pacientes institucionalizados o con deterioro cognitivo evidente.
- Presencia de enfermedades agudas incapacitantes para realizar la encuesta.

INSTRUMENTOS:

Se diseñó una encuesta integrada a partir de 11 preguntas seleccionados de las siguientes escalas validadas:

- FRAIL (fragilidad)
- SARC-F (sarcopenia)
- MNA-SF (nutrición)
- GDS-5 (salud mental)

Cada ítem conservo la estructura y puntuación original de su escala fuente. La escala resultante arrojó un puntaje total acumulado (máximo 11 puntos) que definió una clasificación funcional en tres grupos:

- Apto (0 a 3 puntos)
- Evaluar previamente (4 a 6 puntos)
- No Apto (>7 puntos)

Cada pregunta fue adaptada al lenguaje local y validado conceptualmente, manteniendo su esencia diagnóstica.

Composición de la Encuesta Psicofísica Integrada

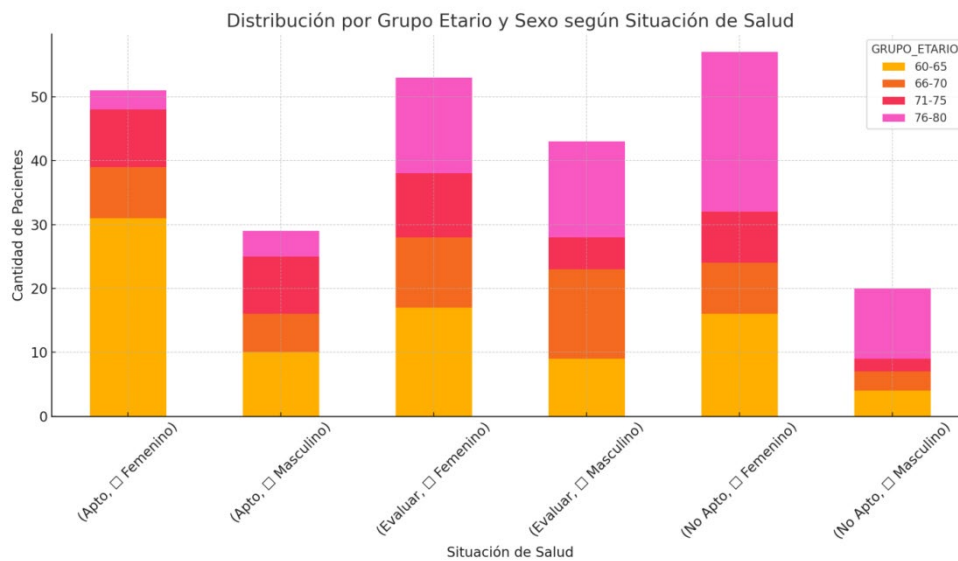
Pregunta	Opciones de respuesta	Escala de origen
¿Ha perdido peso en los últimos 3 meses?	No / Sí, entre 1-3 kg / Sí, más de 3 kg	MNA-SF
¿Tiene disminución del apetito?	No / Leve / Severa	MNA-SF
¿Le resulta difícil levantarse de una silla sin usar los brazos?	No / A veces / Siempre	SARC-F
¿Tiene dificultad para subir escaleras?	No / Algo de dificultad / Mucha dificultad	SARC-F
¿Ha tenido más de 5 enfermedades en el último año?	No / Sí	FRAIL
¿Se siente con menos energía o cansado frecuentemente?	No / Sí	FRAIL
¿Ha tenido alguna caída en el último año?	No / Sí, 1 vez / Sí, más de 1 vez	SARC-F
¿Tiene problemas para caminar solo?	No / Sí	FRAIL
¿Ha notado pérdida de fuerza muscular?	No / Leve / Severa	SARC-F
¿Se siente triste o desanimado?	Nunca / A veces / Siempre	GDS-5
¿Ha perdido el interés en las cosas que solía disfrutar?	No / Algo / Mucho	GDS-5

Variables analizadas

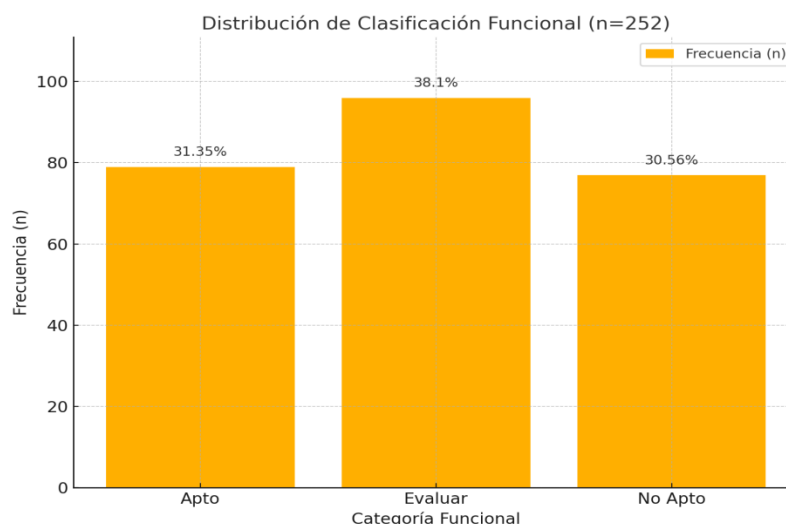
Se analizaron las siguientes variables:

- Edad (en años)
- Sexo (femenino/masculino)
- Clasificación funcional
- Puntaje total del instrumento clínico evaluado

Edad × Sexo × Clasificación Funcional



Resumen estadístico funcional /Distribución funcional (n = 252)



Interpretación del gráfico y la tabla:

- **Apto (31,35%):** 79 adultos mayores se encontraron en condiciones óptimas para comenzar actividad física sin necesidad de evaluación médica previa. Este grupo representa el 31% de la muestra total.
- **Evaluar (38,10%):** 96 personas necesitarían una valoración médica individualizada antes de iniciar ejercicio. Este es el grupo más numeroso y clínicamente prioritario para intervenir preventivamente.
- **No Apto (30,56%):** 77 personas presentaron condiciones de salud que contraindican el inicio inmediato de actividad física sin un abordaje médico, nutricional o funcional previo.

El análisis cruzado entre edad, sexo y situación funcional de los 252 pacientes encuestados reveló hallazgos clínicamente significativos.

La herramienta psicofísica integrada aplicada a 252 adultos mayores permitió obtener información detallada sobre la situación funcional global de esta población, revelando hallazgos de alto valor clínico y preventivo en el contexto de la medicina del deporte.

En primer lugar, la **distribución por sexo** mostró una predominancia femenina, consistente con lo reportado en la literatura geriátrica internacional. Este fenómeno es atribuible a la mayor esperanza de vida de las mujeres y a su mayor predisposición a participar en estrategias de promoción de la salud. Este dato es relevante desde el punto de vista funcional, ya que las mujeres mayores tienden a presentar una prevalencia superior de condiciones como la sarcopenia y la fragilidad, lo cual se reflejó en este estudio mediante una mayor proporción de mujeres clasificadas como “No Apto”.

En cuanto a la **distribución por edad**, se evidenció una concentración de participantes entre los 65 y 75 años, rango que suele mantenerse funcionalmente activo, aunque vulnerable a la aparición progresiva de síndromes geriátricos (distimia, sarcopenia, demencia leve). La media de edad fue de 70 años, lo cual permite contextualizar los resultados funcionales como representativos de una cohorte adulta mayor activa pero en transición hacia etapas de mayor riesgo biológico.

La **clasificación funcional global**, derivada del puntaje acumulativo de las escalas validadas (MNA-SF, FRAIL, SARC-F y GDS-5), identificó que menos de la mitad de la muestra fue categorizada como “Apto” para iniciar actividad física sin supervisión médica, mientras que un porcentaje considerable requirió una evaluación individualizada (“Evaluar”), y aproximadamente 1 de cada 4 participantes fue considerado “No Apto”, reflejando un riesgo clínico relevante para la prescripción de ejercicio sin control profesional.

Los **análisis cruzados** profundizaron la interpretación clínica. En la relación **sexo × clasificación funcional**, se observó una mayor proporción de mujeres en la categoría “No Apto”, mientras que los varones tendieron a distribuirse más equitativamente entre las tres categorías. Esta diferencia sugiere la necesidad de un enfoque diferencial por género en la evaluación y prescripción de actividad física en adultos mayores.

En la relación **edad × clasificación funcional**, se evidenció una disminución progresiva de individuos “Apto” con el aumento de la edad, a la vez que aumentó la proporción de adultos mayores que requerían evaluación médica o que fueron clasificados como no aptos. No obstante, incluso en los rangos de edad (80 años), se encontraron individuos funcionalmente aptos, lo que refuerza la importancia de no asumir la edad cronológica como único criterio de valoración.

Finalmente, el **análisis triple (edad × sexo × funcionalidad)** permitió observar perfiles específicos de riesgo. Las mujeres mayores de 70 años conformaron el grupo con mayor proporción de deterioro funcional. Esta segmentación apoya el uso de esta herramienta no sólo como método de tamizaje, sino también como insumo clínico para la toma de decisiones individualizadas.

El grupo “Requiere Evaluación” fue el más numeroso, evidenciando la necesidad de un análisis funcional más profundo antes de indicar ejercicio.

La edad no fue un predictor absoluto: hubo mayores de 75 años clasificados como “Aptos” y personas jóvenes que no estaban en condiciones funcionales de iniciar ejercicio.

Las mujeres mayores de 70 años presentaron mayor acumulación de factores de riesgo (fragilidad, malnutrición, depresión leve).

Estos resultados muestran que la simple prescripción de actividad física sin una evaluación psicofísica integral previa puede ser insegura o inefectiva.

DISCUSIÓN CRÍTICA DEL TRABAJO

Esta encuesta permitió detectar condiciones subclínicas que frecuentemente no se captan en exámenes tradicionales. Validó que una herramienta breve y enfocada puede aportar información útil para tomar decisiones médicas seguras y personalizadas.

Frente a la baja aplicación práctica de extensas escalas por separado, esta propuesta mejora la adherencia tanto del médico como del paciente, favorece la derivación dirigida y permite adecuar la intensidad y tipo de ejercicio según el riesgo funcional real.

INTERPRETACIÓN Y PROPUESTA

Esta herramienta no busca reemplazar el juicio clínico, sino estructurar la decisión médica con datos funcionales, nutricionales y emocionales relevantes.

Se propone como una estrategia de aplicación rápida (≤ 7 minutos), que permite:

- Tamizar riesgo antes de indicar ejercicio.
- Identificar condiciones ocultas (sarcopenia, depresión, fragilidad).
- Derivar según necesidad (nutrición, salud mental, kinesiología).
- Ajustar la intensidad, tipo y progresión del plan físico.
- Realizar un seguimiento clínico a las 8–12 semanas.

El valor del instrumento radica en su integración y aplicabilidad real, adaptada a la práctica clínica argentina.

PROYECCIÓN FUTURA Y LÍNEAS DE TRABAJO

Actualmente se proyecta:

Validar formalmente la herramienta en estudios multicéntricos.

Incluir nuevas dimensiones:

CONCLUSIÓN

1. Prescribir ejercicio a un adulto mayor **requiere algo más que buena voluntad o exámenes “normales”**. Es imprescindible una herramienta que integre información clínica, funcional, nutricional y emocional.
2. Este trabajo aporta una base clínica sólida para identificar, orientar y personalizar la intervención física en adultos mayores, **reuniendo lo mejor de cuatro escalas internacionales en una sola herramienta argentina, clínica y accesible**.
3. Su implementación puede marcar la diferencia entre el éxito terapéutico o el fracaso precoz de un plan de ejercicio.