

*MÁSTER OFICIAL INTERVENCIÓN  
PSICOLÓGICA EN ÁMBITOS CLÍNICOS Y  
SOCIALES.  
ITINERARIO DE NEUROPSICOLOGÍA.*

UNIVERSIDAD DE ALMERIA  
Facultad de Humanidades y Psicología



**PROPUESTA DE PROGRAMA  
DE ENVEJECIMIENTO ACTIVO**

Autora: Ángela Rodríguez Bogas

Directora del Proyecto: Encarnación Carmona Samper

Septiembre 2013

# PROPUESTA DE PROGRAMA DE ENVEJECIMIENTO ACTIVO

---

TFM. INTERVENCION PSICOLÓGICA EN ÁMBITOS CLÍNICOS Y SOCIALES. ITINERARIO DE NEUROPSICOLOGÍA.

ÍNDICE.

1. Introducción. ....	Pág.6
2. Necesidad de implantar políticas de envejecimiento activo en la sociedad española. ....	Pág. 7
2.1. Contribuciones de la Psicología al estudio del Envejecimiento. ....	Pág. 11
3. Envejecimiento normal vs envejecimiento patológico. ....	Pág. 13
3.1. Cambios físicos en el envejecimiento normal. ....	Pág. 15
3.2. Cambios cerebrales en el envejecimiento normal.....	Pág.17
3.3. Cambios emocionales y de personalidad en las personas mayores...	Pág. 19
3.4. La reserva cognitiva.....	Pág.21
3.5. El envejecimiento patológico.....	Pág. 23
3.5.1. El Deterioro Cognitivo Leve (DCL).....	Pág.24
3.5.2. Tipos de Demencias. Cuadros clínicos.....	Pág.24
4. El Envejecimiento Activo. Conceptualización y Objetivos..	Pág.30
5. Programas actuales de envejecimiento activo.....	Pág. 34
5.1 Planes estatales del IMSERSO.....	Pág. 34
5.2. Otras iniciativas públicas o privadas.....	Pág. 39
6. Propuesta de programa de envejecimiento activo: un modelo de intervención multifactorial que incluye el voluntariado social de personas mayores.....	Pág. 48
7. Conclusiones.....	Pág.77
8. Bibliografía.....	Pág.79
9. Anexos.....	Pág. 84

## PROPUESTA DE PROGRAMA DE ENVEJECIMIENTO ACTIVO

---

TFM. INTERVENCION PSICOLÓGICA EN ÁMBITOS CLÍNICOS Y SOCIALES. ITINERARIO DE NEUROPSICOLOGÍA.

*“Saber cómo envejecer es la obra maestra  
de la sabiduría, y uno de los capítulos  
más difíciles en el sublime arte de vivir.”*

Henri Frédéric Amiel, s.XIX

## 1. INTRODUCCIÓN

Las razones que me han llevado a plantear mi trabajo fin de máster sobre este tema son varias. Responden a la curiosidad despertada en mi corta, pero intensa, experiencia laboral en el ámbito de las personas mayores y a la necesidad que percibo de que la teoría comience a ponerse en práctica en el diseño de programas de intervención neuropsicológica con este colectivo.

He de decir que las prácticas dentro del máster me fueron reconocidas por mi experiencia laboral como psicóloga de una unidad de estancia diurna con pacientes afectados por demencias en los años 2010 y 2011. Por tanto, el proyecto que planteo aquí, es un trabajo teórico de reflexión y propuesta de un programa de envejecimiento activo a partir de las carencias o ventajas que he detectado en algunos otros que he revisado.

También quería plantear mi trabajo en este campo de estudio debido a que en España se dan un cúmulo de circunstancias demográficas que nos abocan a ser la sociedad más envejecida del mundo en el año 2050 (Parapar, Rey, Fernández y Ruiz, 2010). La especial condición de nuestro país, como país envejecido, nos plantea una serie de retos sociales, culturales y económicos a los que vamos a tener que dar respuesta en breve.

Asimismo, otra consideración que no podemos omitir, es que en una sociedad más envejecida se da mayor prevalencia de patologías asociadas a la edad: problemas cardíacos, respiratorios y enfermedades neurodegenerativas como las demencias, que nos abren un gran campo de estudio en investigación neuropsicológica.

Revisar los diversos estudios sobre envejecimiento activo y los programas diseñados hasta hoy, bien por organismos estatales o bien propuestas de organizaciones privadas, es uno de los objetivos de mi proyecto. Además, voy a plantear mi propuesta de Programa de Envejecimiento Activo, atendiendo a los

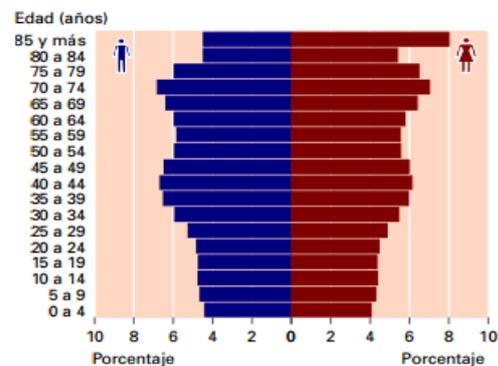
## PROPUESTA DE PROGRAMA DE ENVEJECIMIENTO ACTIVO

aspectos que creo que son imprescindibles y que debería de tener en consideración cualquier tipo de programa.

### 2. NECESIDAD DE IMPLANTAR POLÍTICAS SOCIOSANITARIAS DE ENVEJECIMIENTO ACTIVO EN LA SOCIEDAD ESPAÑOLA.

En la segunda mitad del siglo XX ha ocurrido una serie de cambios demográficos que ha configurado la que ha sido llamada revolución de la longevidad. Sabemos que España es un país envejecido, esto es una realidad; podemos acudir a censos de población y comprobarlo. De hecho la población de personas mayores en nuestro país alcanza los 6.800.000 de personas, lo que supone un 7% de la población total (Parapar, 2010). Pero además, contamos con herramientas matemáticas que nos permiten hacer previsiones sobre cómo será nuestro país en los próximos años. Ello es posible gracias a estudios estadísticos que tienen en cuenta los comportamientos demográficos actuales y los proyectan hacia el futuro.

El Instituto Nacional de Estadística (INE) es el organismo estatal encargado de hacer estudios estadísticos de cuestiones sociológicas relevantes para el conjunto de la nación. La *Proyección de Población de España a Largo Plazo* es un estudio que el INE desarrolla y mediante el cual extrae conclusiones que nos indican cómo será el patrón demográfico de España en los próximos 40 años. Para ello se tienen en cuenta las tendencias de natalidad, mortalidad, migraciones y esperanza de vida. En nuestro país la fecundidad ha caído drásticamente desde los años ochenta. En el año 1975 la fecundidad de las mujeres españolas era de 2,8 hijos por mujer y en 2002 esta cifra ya había



Nota: población calculada a 1 de diciembre a partir del Censo de 2001

Fuente: INE, Área de Análisis y Previsiones Demográficas

## PROPUESTA DE PROGRAMA DE ENVEJECIMIENTO ACTIVO

---

descendido hasta 1,26 hijos; cifra que no alcanza el nivel de reemplazo generacional (Lorenzo, 2004). Las causas son la incorporación de la mujer al mercado laboral y la dificultad para conciliar vida profesional y familiar.

De otra parte, la mortalidad ha descendido también considerablemente, gracias a los avances en medicina, la universalización de los programas de vacunación y la existencia de la seguridad social sanitaria, piedra angular de la sociedad del bienestar, que financia los medicamentos y cuidados de nuestros pensionistas. Todo esto conlleva el aumento de la esperanza de vida: Se prevé que el porcentaje de población mayor de 80 años aumentará un 6,51% sobre el de la población total del año 2000 al 2050 (IMSERSO, 2004). De hecho, los mayores crecimientos absolutos y relativos en la predicción demográfica de los próximos 40 años se concentran en las edades avanzadas. Concretamente, en el grupo de edad de mayores de 64 años, que se duplicaría en tamaño y pasaría a constituir el 31,9% de la población total (Lorenzo, 2004).

La principal conclusión a la que llegan los actuales estudios demográficos es que se ha producido en nuestro país, un fenómeno que los sociólogos han llamado la “inversión demográfica”<sup>1</sup>. Este fenómeno se da cuando en una población hay más personas mayores de 65 años que niños menores de 14, lo que se entiende como una inversión del patrón normalizado o estándar que ha de seguir una población dada.

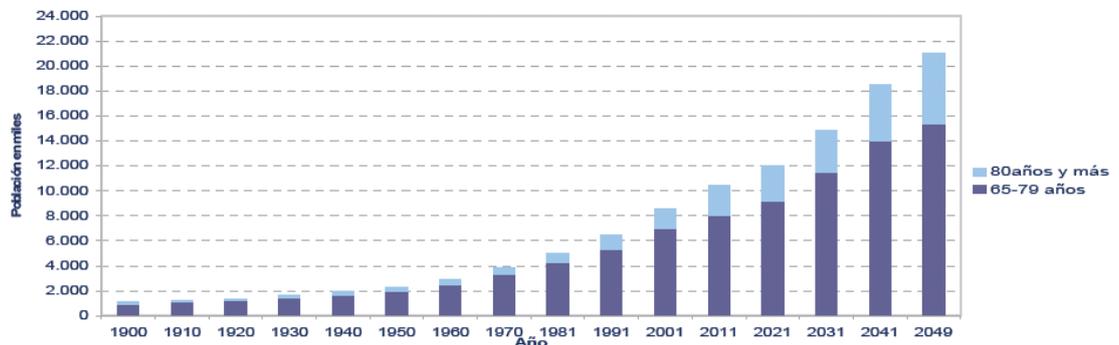
El seísmo demográfico de las últimas décadas, trae aparejadas una serie de consecuencias inevitables, como el cambio en los patrones clásicos de enfermedad-muerte. La esperanza de vida es uno de los indicadores principales que reflejan consecuencias de las políticas sanitarias y socioeconómicas de un país. Las mujeres españolas tienen una esperanza de vida al nacer de 84.6 años, y los varones de 78.5 años (IMSERSO, 2004). Estas tasas se encuentran entre las más altas de la UE. Hasta hace relativamente pocos años la década de los 60, en España la esperanza de vida rondaba los 68 años en hombres y 72 en mujeres. Si nos remontamos a los años 30, la esperanza de vida descendía a los cuarenta y pocos años. Necesariamente, este salto

---

<sup>1</sup> Véase Gráfico 1.

## PROPUESTA DE PROGRAMA DE ENVEJECIMIENTO ACTIVO

cuantitativo tiene que ir asociado a un cambio conceptual de la vejez y del envejecimiento.



\* De 1900 a 2001 los datos son reales; de 2010 a 2050 se trata de proyecciones.

**Gráfico 2. Evolución de la población mayor, 1900 - 2049.**

Asimismo, la cifra de las “personas mayores muy mayores” (octogenarias en adelante) crece todavía más rápido. Estos hechos han conducido al aumento en la prevalencia de enfermedades asociadas a la senectud, que provocan algún tipo de dependencia<sup>2</sup> en el paciente. Esto no quiere decir que ahora se envejezca peor, en peores condiciones sanitarias, sino que se trata de una cuestión estadística: a mayor número de personas ancianas, mayor número de personas con algún tipo de dependencia asociada a su edad. De hecho, mejoras en la industria farmacéutica, la rehabilitación y los cuidados sanitarios han ralentizado la aparición de la dependencia en las personas mayores. Hoy día la esperanza de vida libre de discapacidad es de 71 años para los varones y de 74 para las mujeres (IMSERSO, 2004), lo que supone que una vez jubilados, estas personas tienen por delante bastantes años para vivir plenamente su proceso de envejecimiento, de manera autónoma y proactiva.

<sup>2</sup> Según la definición que hizo el Consejo de Europa en el año 1998, la dependencia es el estado en el que se encuentran las personas que por razones de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia y/o ayuda importante para realizar las actividades de la vida cotidiana.

## PROPUESTA DE PROGRAMA DE ENVEJECIMIENTO ACTIVO

EDAD	TASAS			Distribución
	Varones	Mujeres	TOTAL	
65-69	14,0	17,0	15,6	13,1
70-74	17,6	25,3	21,8	18,2
75-79	26,3	34,3	30,9	22,6
80+	41,9	56,9	51,5	46,1
TOTAL	24,1	34,9	30,3	100

**Gráfico 3. TRAMOS DE EDAD Y TASAS DE DISCAPACIDAD**

El sexo predominante en la vejez es el femenino. Hay un 35% más de mujeres que de varones (Esparza y Abellán, 2009) ya que es mayor la supervivencia femenina, se cree que los cambios hormonales que produce la menstruación durante la etapa fértil de la mujer, es un factor de protección de la salud; muchas de las patologías asociadas a la edad en mujeres, como la osteoporosis, aparecen tras la menopausia.

Como decimos, la tasa de discapacidad correlaciona positivamente con la edad y a partir de los 80 se dispara. Se estima que en España, más de la mitad de los mayores de ochenta años tiene problemas para actividades de la vida cotidiana. La discapacidad es más acuciada en los analfabetos y en los viudos (Esparza, 2009).

Un aspecto a tener en consideración es que el aumento de personas mayores dependientes trae consigo el aumento del número de personas encargadas del cuidado de éstas, ya sean cuidadores formales o en su mayoría, informales. Estas personas suelen ser mujeres, bien esposas, hijas o nueras, que se hacen cargo de las tareas del hogar, aseo personal, cuidados que requiera la enfermedad y desplazamientos dentro y fuera del domicilio.

La salud del anciano es una de las metas principales de los estados miembros de la Organización Mundial de la Salud. Se define no solo como la ausencia de enfermedad, sino como un estado completo de bienestar físico, mental y social. El aumento de la esperanza de vida y el descenso de la natalidad implican el envejecimiento progresivo de la población; situación que en España es particularmente dramática. Es por ello que es una prioridad, instaurar políticas que

## PROPUESTA DE PROGRAMA DE ENVEJECIMIENTO ACTIVO

---

promuevan un estilo de envejecimiento activo y saludable, no sólo por el bien de los mayores, sino también por el beneficio económico y social del conjunto de la nación.

De aquí que uno de los desafíos más importantes de las sociedades desarrolladas sea encontrar formas eficaces que permitan afrontar el rápido envejecimiento de la población, y dar respuestas adecuadas a los problemas que plantean la discapacidad y el envejecimiento físico y cognitivo de la población (Ballesteros y Reales, 2004).

### 2.1. CONTRIBUCIONES DE LA PSICOLOGÍA AL ESTUDIO DEL ENVEJECIMIENTO.

La primera cuestión que cabe preguntarse en este epígrafe es por qué a la Psicología le interesa el estudio del envejecimiento humano. También nos podríamos preguntar en qué medida ha contribuido la Psicología al conocimiento del proceso de envejecer. La primera cuestión parece tener una respuesta clara. Como sabemos el envejecimiento es un fenómeno *bio-psico-social*, o lo que es lo mismo, engloba una serie de cambios en los planos físico, psicológico y relacional de las personas. Puesto que supone una etapa de cambios conductuales, emocionales, cognitivos y sociales para la persona que los experimenta en primera persona, esto es ya en sí mismo y por definición, un objeto de estudio de valioso interés para la Psicología. Surge así la disciplina de la Psicogerontología clínica que es actualmente una de las subdisciplinas de la psicología científica (Edelstein, 2000). La Psicogerontología Clínica trata de investigar entre otros temas, cuales son los factores de riesgo conductuales y psicológicos que conducen al envejecimiento patológico, la evaluación e intervención en trastornos del comportamiento y psicológicos en personas mayores vulnerables y la intervención basada en el apoyo social como factor amortiguador del deterioro cognitivo y desórdenes emocionales.

En un mundo donde se está produciendo a pasos agigantados el envejecimiento global de la población, va ganando terreno la investigación en el campo del envejecimiento y las publicaciones de estudios acerca de esta temática ha aumentado

## PROPUESTA DE PROGRAMA DE ENVEJECIMIENTO ACTIVO

---

exponencialmente en los últimos veinte años. En el momento actual, al realizar una consulta en el motor de búsqueda en la red Google nos arroja 1.870.000 resultados poniendo como palabras clave “*envejecimiento activo*”, 7.410.000 resultados marcando “*psicogerontología*” y 45.000.000 resultados poniendo como palabras clave “*psychology of aging*”. Esto demuestra que el tema del envejecimiento es de vital importancia dentro de la Psicología y el gran tráfico de información de diversa índole, artículos, webs, presentaciones, blogs, etc. referentes a este tema en la red.

A continuación, describiré cuales son los aspectos claves de los procesos de envejecimiento normal y patológico, lo que nos conducirá a tener una idea clara de las necesidades de los programas de intervención y los programas de prevención, y sobre todo de las dimensiones que estos programas tienen que incluir para contemplar todas las dimensiones del individuo que envejece.

### 3. ENVEJECIMIENTO NORMAL VERSUS ENVEJECIMIENTO PATOLÓGICO.

El envejecimiento es parte integrante y natural de la vida. La forma en que envejecemos y vivimos este proceso, nuestra salud y capacidad funcional, dependen no sólo de nuestra estructura genética, sino también (y de manera importante) de las experiencias que hemos tenido, lo que hemos aprendido, en definitiva, del modo en que hemos vivido nuestras vidas.

Es definido también como el conjunto de procesos que sigue un organismo después de su fase de desarrollo. Es un proceso natural, gradual, con cambios y transformaciones que se producen a nivel biológico, psicológico y social (Muñoz, 2006). Este proceso de envejecimiento implica, en el cerebro, la modificación de múltiples mecanismos neurofisiológicos, con sus consecuentes efectos en las capacidades neurológicas, cognitivas y funcionales. La experta en Gerontología Rocío Fernández Ballesteros (2007a) lo ha definido como el proceso gradual que conduce al deterioro de muchos procesos físicos y mentales, a la vez que aumenta la experiencia. Envejecer también tiene consecuencias para el individuo en la esfera económica, familiar y laboral.

El envejecimiento normal se caracteriza por un incremento en la variabilidad interindividual de las funciones cognitivas. La educación, el nivel de actividad y los factores genéticos, entre otras, son variables que de un modo u otro influyen sobre las distintas capacidades a lo largo de la vida y determinan su estado en la vejez (Junqué y Jurado, 1994).

A pesar de los avances más recientes, la mayoría de los mecanismos biológicos básicos implicados en el proceso del envejecimiento siguen sin conocerse. Lo que sí sabemos es que:

- 1) El envejecimiento es común a todos los miembros de cualquier especie.
- 2) El envejecimiento es progresivo.
- 3) El envejecimiento incluye mecanismos perjudiciales que afectan a nuestra capacidad para llevar a cabo varias funciones.

## PROPUESTA DE PROGRAMA DE ENVEJECIMIENTO ACTIVO

---

El proceso de envejecer es distinto para cada sujeto. Algunos autores diferencian varias maneras distintas de conceptualizar el envejecimiento, por ejemplo (Chopra, 2009) distingue:

- Envejecimiento cronológico: responde a la edad que tiene un sujeto dependiendo del día de su nacimiento y la fecha actual. Es una edad objetiva y cuantificable.
- Envejecimiento biológico: es el que responde a la edad que tiene el organismo de un sujeto, que se ve afectado por la acción de la oxidación. Un organismo puede estar peor o mejor conservado en función de los cuidados que haya tenido. Este envejecimiento es relativo y depende del modo en el que el sujeto cuide su salud. Dos personas pueden tener la misma edad cronológica pero haber vivido de maneras totalmente opuestas (por ejemplo uno haciendo deporte a diario y otro con una vida sedentaria).
- Envejecimiento psicológico: es el envejecimiento que responde a la edad que siente tener un sujeto de modo subjetivo. Una persona puede tener una edad cronológica dada pero sentirse más joven o más mayor, esto correlaciona también con el modo en que percibe el estado de su envejecimiento biológico.

Como ya hemos dicho, el proceso de envejecimiento es un proceso natural, adaptativo, común para todas las especies, pero la controversia se produce cuando intentamos diferenciar los síntomas o comportamientos “normales” de los “patológicos”.

Considerar el envejecimiento como sinónimo de enfermedad es un error, una afirmación inaceptable que nos conduce al prejuicio. No ha de ser necesariamente así, mucho menos si ponemos en práctica campañas de promoción de hábitos de envejecimiento saludables. Esta visión catastrófica y dramática del envejecimiento se explica porque en esta etapa de la vida suelen convivir un cúmulo de enfermedades, especialmente crónicas, que hacen que sea posible resumir la situación frecuente del anciano como una polipatía.

## PROPUESTA DE PROGRAMA DE ENVEJECIMIENTO ACTIVO

---

El autor Gene Cohen (Cohen, 2007) hace una distinción entre envejecimiento primario y secundario. Para él, el envejecimiento primario es intrínseco al organismo mismo y consiste en un deterioro en los procesos fisiológicos como consecuencia de la edad o dicho de otro modo el proceso normal o intrínseco de envejecimiento programado genéticamente que ocurre a pesar de la buena salud. El secundario se refiere a la aparición de discapacidades producidas en él por el ambiente y afecta, por lo tanto, a la influencia de diferentes patologías que se acentúan en esa edad o de otro modo el declive patológico asociado a la edad y que se debe a factores extrínsecos o ambientales como enfermedades, estilos de vida nocivos, etc. Es por ello que tratar de distinguir entre envejecimiento “normal” y “patológico” es equivalente a tratar de discernir entre el primario del secundario.

### 3.1. CAMBIOS FÍSICOS EN EL ENVEJECIMIENTO NORMAL.

Como dije anteriormente, es difícil diferenciar los cambios que se producen en la persona como producto del propio proceso de envejecimiento de aquellos que se producen como resultado de la enfermedad o de factores ambientales. Además las diferencias interindividuales hacen que sea aún más difícil precisar con detalle esta distinción. De todos modos trataré de enumerar los cambios más objetivables que aparecen en esta etapa de la vida.

Siguiendo las indicaciones de los autores (Guillén y Pérez, 1994), los cambios en los sistemas perceptivos son:

En cuanto al sentido de la vista, disminuye la visión lejana, la agudeza visual y la capacidad de discriminación de colores. Por lo que respecta a la audición, disminuye la capacidad de discriminar las frecuencias altas, como las que usamos al hablar, lo que provoca dificultad para entender palabras de una conversación. En cuanto al sentido del gusto, se da una disminución de la capacidad de discriminar entre los sabores ya que las papilas gustativas se van deteriorando. A la vez se da una pérdida de la discriminación entre ciertos olores. Por último, en cuanto al sentido del tacto, la capacidad de discriminar entre texturas también se ve mermada, y esto es por los

## PROPUESTA DE PROGRAMA DE ENVEJECIMIENTO ACTIVO

---

cambios evidentes que se dan en la piel de los mayores; arrugas, heridas, sequedad y falta de tono. (Timiras, 1997).

Por otra parte tenemos que hablar de los cambios que se dan en los huesos, músculos y articulaciones. Llegados a la madurez, comienza a darse un declive progresivo de la masa muscular tanto en hombres como en mujeres. La masa esquelética también disminuye y los huesos se vuelven más porosos y pierden minerales (esto sobre todo en mujeres después de la menopausia. Las articulaciones se vuelven más rígidas debido a la degeneración de tendones y cartílagos, lo que se traduce en dolor y limitación de movimientos para el sujeto. Todo ello provoca que la marcha sea más lenta e insegura, la reducción generalizada de la estatura y el encorvamiento característico de esta edad. (Timiras, 1997).

Con respecto a los déficits asociados al sistema cardiorrespiratorio en la madurez tenemos que decir que los más representativos son: que las arterias y vasos se estrechan y pierden elasticidad (arterioesclerosis), aumentando el riesgo de roturas. Las válvulas del corazón se vuelven más gruesas y menos flexibles y las fibras musculares que conforman los ventrículos del corazón se endurecen, lo que provoca que la fuerza con la que se contrae sea menor.

En lo que refiere al aparato respiratorio decir que los músculos intercostales se debilitan y el tejido pulmonar y de los bronquios se deteriora. Las conclusiones de los déficits tanto a nivel cardíaco como pulmonar es que el aporte de sangre oxigenada a los tejidos es menor, lo que provoca el descenso de la resistencia física y la sensación continua de fatiga en el mayor.

Por lo que se refiere al sistema digestivo, se produce un enlentecimiento generalizado del proceso lo que hace que las digestiones sean más “pesadas” y molestas. Esto se da entre otras causas, por la pérdida de piezas dentales que impide masticar correctamente, disminuyen las enzimas digestivas, los movimientos esofágicos se hacen a menor ritmo, disminuye el tono muscular del intestino provocando estreñimiento y el hígado funciona también de manera menos eficiente.

## PROPUESTA DE PROGRAMA DE ENVEJECIMIENTO ACTIVO

---

En cuanto al sistema excretor decir que disminuye la función renal y la capacidad de la vejiga, lo que provoca incontinencia.

### 3.2. CAMBIOS CEREBRALES EN EL ENVEJECIMIENTO NORMAL

El envejecimiento cerebral se puede definir como la pérdida aguda o crónica de la capacidad de adaptación a cualquier cambio, necesaria para una vida de relación normal. Clásicamente se ha contemplado la pérdida cognitiva y funcional del envejecimiento como un proceso inevitable de la maquinaria cerebral. Los estudios actuales van en otra línea: la de defender el envejecimiento como un proceso no determinado totalmente por su fatal destino, sino con cierta capacidad de cambio, basada esta idea en los postulados de la plasticidad cerebral. El cambio a esta visión más positiva tiene una implicación principal, y es que abre la puerta a la posibilidad de diseñar programas terapéuticos basados en la capacidad plástica del cerebro, dirigidos a mejorar el rendimiento cognitivo de los sujetos. (Rojo y Fernández, 2011).

Podemos clasificar los principales cambios cerebrales asociados al envejecimiento normal, no patológico, en 2 grupos: Cambios estructurales o macroscópicos y cambios moleculares o microscópicos. Un tercer orden de modificaciones se correspondería con la causalidad de los dos primeros: los cambios funcionales en los procesos cognitivos. Veámoslos uno a uno.

Con respecto a los cambios morfológicos o estructurales que se aprecian en el envejecimiento normal, podemos observar que con el paso del tiempo aumentan los surcos cerebrales, disminuyen las circunvoluciones y se ensanchan los ventrículos; todo ello conlleva la disminución del peso y del volumen cerebral. Tiene lugar un proceso de pérdida de neuronas corticales, especialmente en el polo frontal, giro precentral, giro cingulado y corteza visual primaria y se producen también cambios hipertróficos en la glía astrocitaria (Reuter-Lorenz, 2002). El aumento gradual del ensanchamiento del tercer ventrículo va asociado a la atrofia progresiva de los núcleos talámicos e hipotalámicos. El peso de la masa cerebral tiende a disminuir después de los 60 años en ambos sexos en aproximadamente 100 gr. La disminución del peso del cerebro asociada al “envejecimiento normal” se ha atribuido a la arterosclerosis de los

## PROPUESTA DE PROGRAMA DE ENVEJECIMIENTO ACTIVO

---

vasos del polígono de Willis, a la pérdida de lípidos y proteínas y/o al decremento del flujo sanguíneo cerebral.

Con la utilización de las técnicas actuales de neuroimagen se ha podido objetivar tales cambios anatómicos asociados al paso del tiempo, sobre todo la pérdida de volumen cerebral y el consecuente aumento de los ventrículos y de líquido cefalorraquídeo.

En cuanto a los cambios que se dan en el envejecimiento no patológico a nivel molecular o microscópico destacamos que la concentración en el tejido nervioso de catecolaminas, acetilcolina y ácido gamma aminobutírico (GABA), tiende a disminuir significativamente. También es común que se altere el equilibrio entre noradrenalina y serotonina que se manifiesta clínicamente por trastornos del ciclo sueño-vigilia. Igualmente la disminución noradrenérgica influye en los trastornos de memoria, capacidad de aprendizaje y sueño paradójico. La disminución del metabolismo de glucosa que se observa en el envejecimiento se correlaciona con alteración en la síntesis y liberación de acetilcolina, cambios en la captación de glutamato, aumento en radicales libres (RLO), alteración en la homeostasis del calcio citosólico ( $Ca^{++}$ ) y sus niveles extracelulares, y cambios en la estructura de la membrana neuronal.

Las consecuencias de estas modificaciones tienen repercusión en los procesos cognitivos, aunque es importante destacar que tales cambios no afectan por igual a todas las funciones, en cambios de personalidad y tienen un impacto emocional. En cuanto a las funciones cognitivas: la atención dividida se ve comprometida durante el envejecimiento, posiblemente a causa del deterioro en el lóbulo frontal. El lenguaje sin embargo, es una de las funciones que más preservadas se mantiene, aunque sí se suelen apreciar problemas de acceso al léxico y el fenómeno de la punta de la lengua. (Reuter-Lorenz, 2002). En el deterioro del lenguaje es una variable muy influyente los años de escolaridad del sujeto.

Otros procesos que suelen deteriorarse son los relacionados con las funciones ejecutivas: la flexibilidad mental, el razonamiento abstracto, la capacidad de planificar acciones dirigidas a un fin o la capacidad de elaborar estrategias de resolución de problemas. Por lo que respecta a la memoria, el daño más evidente es en memoria de

## PROPUESTA DE PROGRAMA DE ENVEJECIMIENTO ACTIVO

---

trabajo y en memoria prospectiva: esto está asociado al enlentecimiento general en el procesamiento de la información. (Gramunt, 2011).

Por último en cuanto a los cambios perceptivos es normal observar un declive en la percepción del movimiento, la discriminación de la superficie, formas y movimientos y la discriminación binocular.

Como dijimos anteriormente, los deterioros no se dan en todas las funciones, y tampoco en todos los sujetos por igual, existe una gran variabilidad interindividual. Esto se explica por la interacción entre variables genéticas y ambientales, la experiencia previa del sujeto y su aprendizaje vital, que condiciona e influye sobre la manera en que el sujeto se adapta a los cambios asociados a la edad. Esta capacidad para adaptarse mejor al paso del tiempo, y que el deterioro asociado a la edad sea menor y más ralentizado es la Reserva Cognitiva. Aunque de ella, hablaremos más tarde, ahora vamos a ver la repercusión que tienen sobre la personalidad y las emociones los cambios cerebrales.

### 3.3. CAMBIOS EMOCIONALES Y DE LA PERSONALIDAD EN LAS PERSONAS MAYORES.

Como ya he mencionado, el envejecimiento no sólo afecta al plano físico de la persona, sino que afecta al plano físico, psíquico y social; y en este último donde nos centraremos ahora para comentar a grandes rasgos los cambios más frecuentes que se dan en las personas mayores cuando envejecen de un modo no patológico. El envejecimiento es un proceso complejo, que no afecta a todas las personas del mismo modo ni sigue un curso lineal, objetivándose muchas diferencias interindividuales, en función de hábitos de vida previos, factores sociodemográficos, nivel cultural, intelectual y educativo. Con la vejez ocurren cambios de tipo psíquico, como son las variaciones en el comportamiento, en la autopercepción, en creencias y en valores. Esta compilación de cambios tiene una repercusión directa sobre el papel social del anciano, que por regla general deja de ser parte activa de la sociedad para ser considerado como “una carga”.

A pesar de todos los cambios, la mayoría de autores apoyan una cierta estabilidad de la personalidad a lo largo de la vida, es decir, que la persona no va a

## PROPUESTA DE PROGRAMA DE ENVEJECIMIENTO ACTIVO

---

tornar su forma de ser de manera brusca ni va a dejar de ser la persona que era de la noche a la mañana salvo que exista una enfermedad o trastorno que justificase esto. Los cambios que observamos en los mayores, habitualmente son para adaptarse a los nuevos retos y carencias de su entorno. Un ejemplo de esta adaptación es desarrollar conductas hipocondríacas, como estar continuamente preocupado por la salud o querer acaparar la atención de los cuidadores o familiares constantemente. Esto puede responder a que el mayor se siente frágil ante la enfermedad y la muerte, pues ya a su avanzada edad, ha vivido muchas pérdidas de seres queridos. Por ello, el estar en un continuo estado de vigilancia ante cualquier indicio de enfermedad es en realidad una estrategia para preservar la vida. Esto se refleja en que una de las principales debilidades del sistema nacional de salud es el gasto excesivo de atención primaria por parte de las personas mayores.

En contraste con las sociedades de tiempos pasados, la sociedad moderna occidental no ha sido capaz de integrar al anciano en roles sociales útiles. Esto causa en él sentimientos de aislamiento, inutilidad y desamparo, acrecentando el estrés psicológico. La sociedad de hoy que valora tanto el ser útil y generar riqueza, parece despreciar a la persona mayor especialmente después de la jubilación. Es por esto que el rol activo de la persona mayor después de la jubilación tiene que cambiar hacia actividades de valor social, voluntariado, desarrollo de la cultura o el conocimiento, etc. de este modo también mejorará su propio autoconcepto y la seguridad en sí mismo (Crespo y Agullo, 2000).

Por razones intrínsecas (que tienen que ver con los cambios propios de la vejez y/o con enfermedad física o mental) o por razones extrínsecas (que tienen que ver con la actitud social), el anciano puede desarrollar rasgos agresivos, paranoides o antisociales; retraerse del medio social y volverse disfórico, irritable y taciturno. Para concluir volvemos a repetir que estos son rasgos que se aprecian habitualmente en las personas mayores, pero que debido a la gran variabilidad interindividual, es especialmente difícil extraer generalizaciones a este respecto. (Berrios, 2002).

### 3.4. LA RESERVA COGNITIVA.

Podríamos empezar diciendo que la Reserva Cognitiva alude a la capacidad que puede poseer un individuo para afrontar severos daños cerebrales conservando sus capacidades funcionales preservadas, es decir, clínicamente libres de signos de deterioro cognitivo (Carnero, 2009). El concepto de reserva cognitiva deriva del concepto de reserva cerebral y éste proviene de los primeros estudios *postmortem* que demostraron la existencia de una correlación entre el tamaño del cerebro de sujetos dementes y la expresión de sintomatología de tales enfermedades neurodegenerativas en vida. Estos hallazgos van en la línea de que a mayor masa encefálica, (un cerebro cuantitativamente más grande), mayor será la defensa existente contra la aparición de déficits cognitivos y conductuales. En palabras de Carnero (2009), *“personas que disponen de mayor cantidad de cerebro son capaces de tolerar mayor carga lesional sin expresión clínica”*. El tamaño cerebral está en parte genéticamente determinado, pero también está influido por factores socio-ambientales como la calidad de la alimentación durante el desarrollo o la historia de enfermedades que se hayan padecido (traumatismos, ACVs, etc.), o por factores conductuales y personales (consumo de drogas, abuso de alcohol, etc.). Los modelos de reserva cerebral basados en atributos del cerebro se les conocen como modelos “pasivos” o de “hardware”.

Por otro lado están los modelos que entienden este concepto de reserva como algo fisiológico, y no focalizan tanto la atención en aspectos cuantitativos (la cantidad de cerebro) sino en aspectos cualitativos, la calidad de sus conexiones sinápticas. Estos modelos de reserva son los llamados “activos” o de “software”, y asumen que el nivel de reserva es un reflejo del uso más eficiente de redes cerebrales alternativas que se desarrollan a lo largo de la vida bajo la influencia de factores biológicos y ambientales. Aquí radica el quid de la cuestión que nos interesa en la reserva cognitiva, puesto que cuando decimos que se desarrolla influida por factores ambientales, como la educación, asumimos que está en nuestra mano potenciar tal capacidad mediante planes de acción encaminados a tal efecto. Factores que aumentan la reserva cognitiva de un sujeto son tener una amplia red social, la actividad física, los años de escolarización, el desempeño profesional, el ocio, mantenerse mentalmente activo,

## PROPUESTA DE PROGRAMA DE ENVEJECIMIENTO ACTIVO

---

leer, viajar y en definitiva, abrirse a la experiencia exterior que nos ofrece el mundo en que vivimos.

La plasticidad neural es el principio biológico que sostiene la reserva cognitiva. La plasticidad neural es un mecanismo del sistema nervioso central que se da cuando una estructura cerebral intacta se compromete en una tarea para optimizar el rendimiento de otra estructura cerebral dañada. Existe una amplia evidencia empírica sobre la capacidad de las neuronas lesionadas para regenerarse y establecer nuevas conexiones (Sociedad Española de Neurología, 2002). Esta plasticidad del sistema nervioso o neuroplasticidad existe en el cerebro anciano, incluso en el de aquellos que están cursando una demencia en fase leve o moderada; aunque no ocurre lo mismo en fases graves de la enfermedad, debido a la gran pérdida de neuronas y falta de conexiones sinápticas.

La plasticidad neuronal es gobernada por dos tipos de factores: factores intrínsecos y factores extrínsecos. Correspondería a los factores intrínsecos la información genética, la llamada memoria biológica, que tanto tiene que ver en el proceso del envejecimiento humano. Mientras que las influencias ambientales constituirían los factores extrínsecos, como el grado de escolarización, controvertido factor de riesgo en las personas con EA. Es sobre los factores ambientales donde es posible incidir desde las terapias no farmacológicas. (Carnero, 2009).

La reserva cognitiva es, en resumen, una variable que modula la manera en la que se encajan los cambios acontecidos en el envejecimiento y dota al sujeto de un mayor abanico de estrategias para acomodarse mejor a su nueva situación. Aunque tradicionalmente se ha estudiado en pacientes con enfermedades degenerativas, la línea de investigación actual trata de comprobar si se pueden extrapolar sus beneficios a los deterioros normativos acontecidos en la vejez. Quizá la explicación de por qué unas personas envejecen más lúcidamente que otras se deba a la reserva cognitiva. La reserva cognitiva y la cerebral no son mutuamente excluyentes, sino que se influyen entre sí y suelen correlacionar positivamente. La plasticidad cognitiva provoca que tras un periodo de entrenamiento de las funciones cognitivas, las personas mayores mejoren su rendimiento en ciertas tareas. Esto desmiente el estereotipo de que *“las personas mayores ya no pueden aprender”*.

## PROPUESTA DE PROGRAMA DE ENVEJECIMIENTO ACTIVO

---

Los mecanismos de reserva cognitiva, reserva cerebral y plasticidad neural son sobre los que descansa el sustento teórico-conceptual de cualquier programa de promoción del envejecimiento activo. Las personas que durante toda su vida potencian su vida social, ejercitan las funciones mentales superiores, hacen deporte, etc. estarían mejor dotados para afrontar, a priori, el proceso de envejecer.

### 3.5. EL ENVEJECIMIENTO PATOLÓGICO.

La senescencia es un proceso de deterioro biológico general que aumenta la probabilidad de la muerte. En este periodo, las funciones del cuerpo se hacen más inestables y descoordinadas. No es fácil diferenciar entre lo que sería un envejecimiento normal y uno patológico debido precisamente a ese carácter progresivo. Es un “*continuum*” con grandes diferencias individuales, por lo que si se hiciesen estudios transversales se encontrarían diferencias notables (Yuste, Rubio y Aleixandre, 2004).

El envejecimiento patológico es el polo opuesto en el continuum al envejecimiento óptimo o saludable. Entre medias de este continuum estaría el envejecimiento normal o satisfactorio. En el patológico se dan un conjunto de síntomas y enfermedades que no necesariamente debieran darse asociadas al paso normativo del tiempo. Es decir, que sería un modo de envejecer con mala calidad, ya sea por factores genéticos que predisponen al sujeto a la enfermedad o por factores ambientales (hábitos de vida perniciosos, existencia de enfermedades sobrevenidas, etc.).

Una vez en el continuo del envejecimiento patológico, deberíamos discernir entre el deterioro cognitivo leve (más cercano al envejecimiento normal) y las enfermedades neurodegenerativas al final del continuum, más graves y que menoscaban en mayor medida la calidad de vida del sujeto. (Hamilton, 2002).

## PROPUESTA DE PROGRAMA DE ENVEJECIMIENTO ACTIVO

---

### 3.5.1. EL DETERIORO COGNITIVO LEVE (DCL).

Se puede definir este estado mental como el estado transitorio entre el estado normativo en el envejecimiento no patológico y la demencia. Existe un grupo heterogéneo de sujetos que parece estar en una situación de riesgo mayor que el resto de la población general de desarrollar diversos tipos de demencias, en especial, Enfermedad de Alzheimer. El diagnóstico de DCL implica que existe en el sujeto una alteración subjetiva de la memoria, superior a la esperable para su franja de edad y su nivel de escolaridad, pero ésta no llega a interferir en las actividades básicas de su vida diaria. El funcionamiento cognitivo global es normal y si existe un deterioro mínimo en alguna de las áreas cognitivas (atención, concentración, praxis, gnosis, función ejecutiva, etc.) ésta se caracteriza por ser adquirida, prolongarse en el tiempo al menos durante 6 meses y no explicarse por otra enfermedad física ni mental, ni por un trastorno de la consciencia (Sociedad Española de Neurología, 2002). Además los déficits no son lo suficientemente graves o consistentes como para reunir los requisitos para el diagnóstico de demencia.

### 3.5.2. TIPOS DE DEMENCIAS.

Comencemos recordando la definición de demencia, que nos proporciona el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Desórdenes Mentales (Asociación Estadounidense de Psiquiatría, 2000) que dice así:

“Es el desarrollo de múltiples déficit cognoscitivos que incluyen un deterioro de la memoria y, al menos, una de las siguientes alteraciones cognoscitivas: afasia, apraxia, agnosia o una alteración de la capacidad de ejecución. La alteración es lo suficientemente grave como para interferir de forma significativa las actividades laborales y sociales y puede representar un déficit respecto al mayor nivel previo de actividad del sujeto.”

Las características comunes en todas las demencias son la cronicidad (los síntomas se presentan al menos durante 6 meses) y la desadaptación social.

## PROPUESTA DE PROGRAMA DE ENVEJECIMIENTO ACTIVO

---

El factor de riesgo más importante para el desarrollo de la demencia es la edad. La prevalencia de demencias en personas mayores de 70 años en España es del 10 %. Esta cifra aumenta hasta el 30 % en personas mayores de 85.

La etiología de las demencias es muy variada, aunque el 90 % de los casos se debe a una enfermedad de Alzheimer, una demencia vascular o bien la combinación de ambas. Al hablar de demencias hay que comenzar por hacer una distinción entre demencias primarias y secundarias. Las primarias son aquéllas en las que es la propia enfermedad la que deteriora o daña el sustento físico del SNC. Por ejemplo en Enfermedad de Alzheimer (EA a partir de aquí), donde ya en las primeras fases de la enfermedad se puede objetivar un daño cerebral (placas de  $\beta$ -amiloide, ovillos neurofibrilares...) y este daño es el responsable directo de la sintomatología del paciente.

Por otra parte están las demencias secundarias, que son llamadas así porque el cuadro demencial es la consecuencia secundaria de otra patología o enfermedad que de modo indirecto afecta al funcionamiento cerebral.

Dentro de las primarias se encuentran la Enfermedad de Alzheimer, la Demencia vascular, la Demencia fronto-temporal y la Demencia con cuerpos de Lewy.

En el grupo de las demencias secundarias podemos encontrar: demencias por alcoholismo (como Síndrome Wernicke-Korsakoff), demencia por Enfermedad de Parkinson, demencia por hidrocefalia, demencia por infecciones (priones "Creutzfeldt-Jakob" o VIH), demencias por déficits de vitaminas, neoplasias, TCEs, déficits hormonales, etc.

A continuación describiré brevemente las más importantes por ser las que tienen una mayor prevalencia.

- ENFERMEDAD DE ALZHEIMER.

La etiología en la EA no está muy clara, aunque se sabe que el gen que codifica la APP (proteína precursora de amiloide) en el cromosoma 21, está alterado. Otro gen que se encuentra alterado es el gen de la APO Epsilon más conocido como gen APOE, en los cromosomas 10, 12 y 19. También se ha encontrado

que la presencia de presenilinas (proteínas que aumentan la síntesis de amiloide), está asociada con EA. Otros factores de riesgo que han demostrado cierta correlación con la EA son: diabetes, colesterol, HTA en el adulto e Hipotensión en el anciano, tabaquismo, sedentarismo, bajo nivel académico y una menopausia precoz en la mujer.

A nivel microscopio en la EA se aprecia una pérdida considerable de neuronas y de sinapsis, placas seniles neuríticas y ovillos neurofibrilares. La enfermedad afecta primero al hipocampo, y después se extiende a los lóbulos temporales hasta afectar a todo el cerebro en una fase final. La principal manifestación clínica de la EA es la pérdida de memoria, a la que le sigue la tríada afasia-agnosia-apraxia, típica de la EA (De la Vega y Zambrano, 2013). Los pacientes comienzan a tener problemas para desempeñar las actividades básicas de su vida cotidiana (ABVD), como por ejemplo ordenar la ropa, afeitarse, cocinar, ir de compras, resolver problemas, conducir, etc. Se muestran desorientados en tiempo y espacio, empiezan a aislarse socialmente y se dan cambios en su personalidad.

- DEMENCIA VASCULAR.

Después de la EA es la segunda causa de demencia más frecuente en España. Es la consecuencia de la isquemia del propio tejido cerebral por infartos, hemorragias o arterioesclerosis cerebral. El inicio es más rápido que en la EA. El déficit cognitivo no es homogéneo sino que se dan daños neurológicos focales. Suele verse afectado el lenguaje.

- DEMENCIA FRONTOTEMPORAL (ENFERMEDAD DE PICK).

Esta demencia primaria comienza antes que la EA, entre los 50 y 70 años. El principal síntoma inicial es la conducta desinhibida del paciente, ya que las áreas cerebrales afectadas son los lóbulos frontales y temporales. En este caso la memoria no está especialmente afectada. Conforme avanza el curso de la enfermedad el paciente puede exhibir conductas extrañas y alternar apatía y euforia (López Pousa, Vilalta Franch y Llinàs Reglà, 2001).

## PROPUESTA DE PROGRAMA DE ENVEJECIMIENTO ACTIVO

---

Esta demencia se evidencia claramente mediante TAC, donde se aprecia el daño cerebral, a veces de modo muy asimétrico. Si la principal afección es en el hemisferio izquierdo, se verá comprometido principalmente el lenguaje; si la afección es derecha será la conducta social la alterada.

- ENFERMEDAD DE CREUTZFELDT JAKOB.

Siguiendo a López-Pousa, (2005) la enfermedad de Creutzfeldt Jakob (conocida popularmente como “la enfermedad de las vacas locas”) es una encefalopatía producida por priones que desemboca en una demencia secundaria, progresiva y degenerativa, con alteración grave en pocas semanas, y cuyo resultado es la muerte del individuo infectado en una media de 5 meses. Los primeros síntomas son cefaleas y mareos, progresando luego a trastornos conductuales, desorientación, ataxia o trastorno grave de la marcha y dificultad para hablar hasta llegar a mutismo.

- SÍNDROME DE KORSKOFF.

Como explican Guillén y Pérez (1994), la ingesta excesiva de alcohol produce un efecto pernicioso sobre el SNC, ocasionando múltiples trastornos neurológicos. Uno de ellos, es el síndrome de Korsakoff. Se origina por la deficiencia de vitamina B1 (tiamina), se observa normalmente en alcohólicos crónicos y cursa con síntomas neurológicos, principalmente una amnesia severa anterógrada, pero también alucinaciones y la tendencia a confabular. Sería ésta una demencia secundaria.

- DEMENCIA EN LA ENFERMEDAD DE PARKINSON.

Entre el 25 y 50% del total de los pacientes con EP se ha comprobado que cumplen los requisitos mínimos para el diagnóstico de demencia según el manual de criterios diagnósticos DSM –IV. Es raro que un paciente de EP desarrolle una demencia tipo Alzheimer, con afasia, agnosia y desorientación, pero puede ocurrir. (López-Pousa, 2001).

## PROPUESTA DE PROGRAMA DE ENVEJECIMIENTO ACTIVO

---

Los síntomas neuropsicológicos más comunes en la EP son los que abarca la demencia subcortical: déficit de memoria a largo plazo, lentitud en el procesamiento de información, problemas atencionales, problemas perceptivos y síndrome dis-ejecutivo (problemas de planificación, secuenciación de pasos para alcanzar un fin u objetivo, inflexibilidad mental, perseveración de ideas, etc.).

Estas enfermedades resumirían a grandes rasgos el polo patológico en el continuum del modo de envejecer, en cuanto al funcionamiento cognitivo. A esto habría que añadirle todas aquellas enfermedades que afectan al organismo asociadas a estilos de vida perniciosos y que conducen a un envejecimiento patológico: diabetes, HTA, colesterol, enfermedades respiratorias, renales, hepáticas, gastrointestinales, etc.

He descrito estas patologías cuyos efectos o síntomas se corresponderían con los síntomas de una demencia, no porque pertenezcan a ninguna clasificación sino por ser los de más calado social. A continuación vamos a centrarnos en describir que es el envejecimiento activo, como surge este concepto y cuáles son los aspectos que hasta la fecha incluyen los programas de envejecimiento activo. Todo ello nos conducirá a analizar cuáles son los puntos fuertes y débiles de estos programas de envejecimiento y servirá de base para la propuesta que presento en este trabajo.

## PROPUESTA DE PROGRAMA DE ENVEJECIMIENTO ACTIVO

### 4. EL ENVEJECIMIENTO ACTIVO. CONCEPTUALIZACIÓN Y OBJETIVOS.

*“El envejecimiento de la poblaciones es, ante todo y sobre todo, una historia del éxito de las políticas de salud pública, así como del desarrollo social y económico”.*

*Gro Harlem Brundtland.  
Directora General de la OMS, 1999.*

En los últimos veinticinco años han surgido diversos paradigmas del envejecimiento que se han llamado, entre otros: saludable (OMS, 1990), competente (Fernández-Ballesteros, 2002a), con éxito (Baltes y Baltes, 1990) o activo (OMS, 2002). El envejecimiento activo se encuentra próximo a uno de los más recientes programas de Psicogerontología: el envejecimiento con éxito (*successful ageing*). A partir de los años sesenta, los estudios longitudinales sobre el envejecimiento han puesto de manifiesto la enorme variabilidad del proceso de envejecimiento: el envejecimiento patológico y el envejecimiento con éxito son los dos polos del continuum de cómo envejecen las personas. Baltes y Baltes (1990) han establecido los siguientes componentes para tratar de definir el Envejecimiento con éxito: duración de la vida, salud biológica, salud mental, eficacia cognitiva, competencia social y productividad, control personal y satisfacción con la vida.

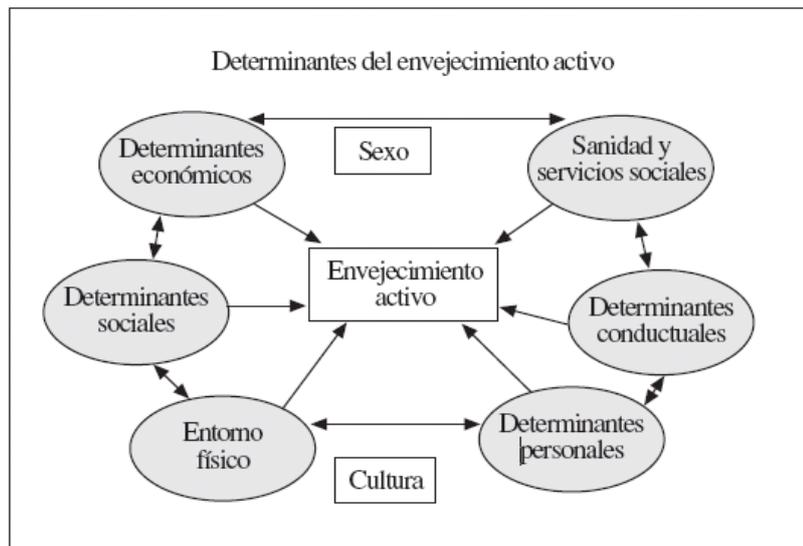


FIGURA 4: DETERMINANTES DEL ENVEJECIMIENTO ACTIVO.

## PROPUESTA DE PROGRAMA DE ENVEJECIMIENTO ACTIVO

---

El concepto ha ido evolucionando, desde la definición de la OMS de 1990 de envejecimiento saludable (centrado en la salud física), hacia un modelo mucho más integrador, como el de envejecimiento activo, definido en el marco del Plan de Acción sobre Envejecimiento que diseñó la OMS (2002) como “el proceso de optimizar las oportunidades de salud, participación y seguridad en orden a mejorar la calidad de vida de las personas que envejecen”. Esta definición no sólo contempla el envejecimiento desde la atención sanitaria, sino que incorpora otros factores de las áreas sociales, económicas y culturales que afectan al envejecimiento de las personas. El objetivo es extender la calidad, la productividad y esperanza de vida a edades avanzadas. Además de seguir siendo activo físicamente, es importante permanecer activo social y mentalmente, participando en actividades recreativas, de voluntariado o remuneradas, culturales, sociales y educativas<sup>3</sup>. El envejecimiento activo se basa primordialmente en el reconocimiento de los derechos humanos de las personas mayores de independencia, participación, dignidad, atención y autodesarrollo (Resolución 46/91; ONU, 1991).

Anteriormente ya advertí que el aumento de la esperanza de vida y el envejecimiento general de la población tenía que ser entendido como un logro de nuestra sociedad actual. Ahora lo que tenemos por delante es un nuevo reto que nos conducirá a un nuevo logro: no se trata ya de vivir más años sino en mejores condiciones. Propiciar un estilo de envejecimiento en el que las personas sean activas y participes de su comunidad y no sólo meros espectadores pasivos, es nuestra meta. Hacer al individuo responsable del modo en que va a envejecer, y enseñarle hábitos y comportamientos que lo van a conducir a un envejecimiento más satisfactorio es nuestra responsabilidad social.

Los principales **objetivos** que ha de intentar alcanzar todo Programa de Envejecimiento Activo que se precie son los siguientes, (Fernández Ballesteros, 2009):

- Que las personas mayores sufran menos por las discapacidades y/o enfermedades crónicas asociadas a su edad.
- Que las personas mayores necesiten una menor atención social y sanitaria.
- Que no sufran situaciones de soledad ni de aislamiento social.

---

<sup>3</sup> Ver figura 4.

## PROPUESTA DE PROGRAMA DE ENVEJECIMIENTO ACTIVO

---

- Que sigan **participando** de modo activo en los ámbitos cultural, político, social, económico y familiar de su entorno.
- Que pasen de ser espectadores pasivos de su propia vida a ser agentes implicados en sus propias vidas. Que no se dejen llevar a la deriva del paso del tiempo infranqueable hasta su propia muerte. Que consigan disfrutar los años que les quede y no sólo vivirlos a la desazón.
- Que la vejez sea una nueva etapa vital en la que implementar todos los conocimientos adquiridos a lo largo de la vida, que las personas mayores puedan dialogar, debatir, intercambiar conocimientos y creencias para proseguir con ese aprendizaje vital.
- Que las personas mayores se sientan útiles en su comunidad, que sigan implicados en trabajos aunque sean éstos no remunerados (crianza de nietos, labores de voluntariado social, etc.).
- Que aprovechen la vejez como etapa de la vida para dedicársela a sí mismos, proclive al autoconocimiento y al desarrollo de aficiones no satisfechas anteriormente.

Tenemos que reseñar que la inmensa mayoría de las personas mayores no sufren discapacidad alguna y hasta el 85% son independientes y realizan una vida autónoma. En un estudio encargado por el IMSERSO (Regato, 2001), para analizar las creencias y autopercepciones de las personas mayores en España, la mayor parte de los entrevistados (mayores de 65 años), decían sentirse bien de salud, sobre todo los hombres, quienes parecen enfrentar la etapa del envejecimiento con mayor optimismo. El 90% de los entrevistados decían sentirse feliz a menudo o al menos, en ocasiones. Esto queda patente en que el 40% de los jubilados emplean el tiempo libre de su nueva situación vital al deporte, recuperar amistades y aficiones del pasado. Por otro lado este estudio también dejó constancia de la otra cara de la moneda: los temores que manifestaban algunos mayores sobre todo por la pérdida del cónyuge u otros familiares cercanos, el dolor y la muerte, y la soledad<sup>4</sup>.

---

<sup>4</sup> IMSERSO: Encuesta sobre "Condiciones de Vida en Mayores". Julio 2004.

## PROPUESTA DE PROGRAMA DE ENVEJECIMIENTO ACTIVO

---

La primera conclusión es algo que debe tomarse como un potencial inmenso de actuación con el colectivo de mayores. Promocionar una cartera de servicios y actividades de ocio, salud física y mental, para que estas personas puedan desarrollar facetas de su vida más allá de los 65 años, dedicarse tiempo a sí mismos y prevenir la soledad y el envejecimiento estéril. Pero también con los segundos, aquéllos que no encajan tan bien la llegada del envejecimiento, los que se sienten solos y/o preocupados por la pérdida de autonomía y la enfermedad, hay que realizar un trabajo de formación, motivación y sensibilización para que aprendan que hay una mejor manera de envejecer.

Las tres líneas estratégicas que definió la OMS en el Plan de Acción sobre Envejecimiento (OMS, 2002), sobre las que tienen que recaer cualquier programa que trate de mejorar la calidad de vida de los mayores son la Participación, la Seguridad y la Salud. Cuando hablamos de participación entendemos también productividad, autonomía, estar vivo dentro de la comunidad e influir en ella como agente activo que genera un valor. Por seguridad entendemos, el sentirse a salvo en la sociedad y el entorno, protección como necesidad primaria sobre la que construir el resto de pilares del Envejecimiento Activo. Por último, en cuanto a la salud sobran las conceptualizaciones: sólo sobre un estado medianamente libre de dolor y enfermedad (tanto física como mental) podremos generar el estado anímico propicio para la implantación de un estilo de vida activo e ilusionante.

Sobre estos tres pilares recaen las líneas de trabajo fundamentales que tenemos que desarrollar los psicólogos en el marco del envejecimiento activo. Dentro de salvaguardar la Protección o la Seguridad de los mayores tenemos que atender a mayores vulnerables, los que padecen Alzheimer y otras demencias, los que se encuentran en una situación de aislamiento, soledad y depresión, los que sufren abuso y malos tratos o los que son mayores discapacitados o mayores inmigrantes y tienen problemas de comunicación. Atendiendo al plano de la salud tenemos que promocionar la salud y prevenir la enfermedad enseñando estilos de vida saludables, diseñando programas de compensación o estimulación cognitiva, tratando mediante Psicoterapia desórdenes emocionales y prestando apoyo psicológico en una fase terminal de la vida. Por último, tratando de hacerles más participes de su comunidad,

## PROPUESTA DE PROGRAMA DE ENVEJECIMIENTO ACTIVO

---

que estén implicados en un quehacer diario útil y valioso para la sociedad podemos promover escuelas de mayores donde sean alumnos o docentes, labores de voluntariado social o embajadores de la sabiduría local.

A continuación veremos algunos de los programas de envejecimiento activo que ya se han implantado y/o evaluado en España, y trataré de analizar de un modo objetivo, las carencias o las ventajas de cada una de las iniciativas.

### 5. PROGRAMAS Y PROYECTOS ACTUALES DE ENVEJECIMIENTO ACTIVO.

A partir de este apartado pasaré a describir diversas propuestas de Programas de Promoción del Envejecimiento Activo, Envejecimiento Competente o Envejecimiento Satisfactorio que se han implementado en España en los últimos 10 años. Una vez que haya descrito brevemente en qué se basan, qué objetivos persiguen y cómo se ponen en marcha, trataré de realizar un análisis comparativo para ver qué deficiencias y qué ventajas presentan, y cómo podría ser el Ideal de Programa Envejecimiento Activo haciendo una integración de sus mejores aspectos.

#### 5.1 PLANES ESTATALES DEL IMSERSO.

Comenzaré describiendo los planes públicos relacionados con el Envejecimiento Activo, los objetivos principales que persiguen y cómo se implementan. Por planes públicos entendemos aquellos que son promovidos y/o financiados por organismos públicos. En este punto es fundamental comenzar con el Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO), que es el principal organismo público concebido para el tratamiento de todo lo que refiere a las personas mayores. Este organismo, creado en 1978, pertenece al Ministerio de Sanidad y Política Social y tiene competencias en materia de personas mayores. Entre ellas, las derivadas del sistema de protección a las personas en situación de dependencia y el desarrollo de políticas y programas en relación con el envejecimiento activo de la población. Actualmente, el IMSERSO tiene dos líneas de actuación prioritarias: La Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de Dependencia (*Ley 39/2006*, de 14 de diciembre) y el fomento de políticas para un envejecimiento activo y saludable.

Entre otras labores, el IMSERSO se encarga de desarrollar estudios e investigaciones sobre temas de interés social relacionados con el colectivo de personas mayores, pero a la par desarrolla planes de intervención dirigidos a garantizar una próspera jubilación y una calidad de vida apropiada a las personas mayores que viven en nuestro país. Las competencias del IMSERSO están reguladas por el Real Decreto 1226/2005, de 13 de octubre, por el que se establece su estructura orgánica y funciones, que son las siguientes:

## PROPUESTA DE PROGRAMA DE ENVEJECIMIENTO ACTIVO

---

- a) La gestión y seguimiento de las pensiones de invalidez y jubilación en sus modalidades no contributivas y en la forma prevista en la disposición adicional decimoctava del referido texto refundido.
- b) Los servicios complementarios de las prestaciones del sistema de Seguridad Social.
- c) El seguimiento de la gestión de las prestaciones económicas derivadas de la Ley 13/1982, de 7 de abril, de integración social de los minusválidos, sin perjuicio de la gestión directa de estas prestaciones en las Ciudades de Ceuta y Melilla.
- d) La propuesta de normativa básica que garantice los principios de igualdad y solidaridad para la determinación de los baremos, a los efectos del reconocimiento del grado de minusvalía.
- e) La propuesta y ejecución, en su caso, de las funciones atribuidas a la Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad en el artículo 9.1.a) del Real Decreto 1600/2004, de 2 de julio, por el que se desarrolla la estructura orgánica básica del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- f) El fomento de la cooperación con las organizaciones y entidades que agrupan a las personas mayores.
- g) El establecimiento y gestión de centros de atención especializada o de aquellos a los que se les asignen objetivos especiales de investigación de ámbito de actuación estatal en el campo de acción del Instituto.
- h) La propuesta, gestión y seguimiento de planes de servicios sociales de ámbito estatal en las áreas de personas mayores y de personas dependientes.
- i) Las relaciones con organismos extranjeros e internacionales y la asistencia técnica a los programas de cooperación internacional en materias y colectivos de su ámbito de acción.

A continuación pasaré a describir brevemente los programas que ha puesto en marcha el IMSERSO en España y que persiguen un modelo de envejecimiento activo.

### *a) EL LIBRO BLANCO DEL ENVEJECIMIENTO ACTIVO. (Castro et al., 2010)*

Comenzaré por explicar qué es el libro blanco del envejecimiento activo pues de él, todas las entidades públicas o privadas, se inspiran y beben a la hora de

INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN ÁMBITOS CLÍNICOS Y SOCIALES: ITINERARIO NEUROPSICOLOGÍA. 35

## PROPUESTA DE PROGRAMA DE ENVEJECIMIENTO ACTIVO

---

desarrollar iniciativas encaminadas a la mejora de la vida en general de los mayores. Es el *alma mater* del envejecimiento activo; la definición, explicación, consolidación teórica y conceptual de este nuevo paradigma. Mediante este documento se ha hecho una radiografía de la actual situación de las personas mayores en la sociedad española, de sus necesidades y de sus potencialidades.

Se trata de un documento técnico que se apoya en los datos obtenidos de dos encuestas: una que refleja las opiniones de las personas mayores sobre sí mismas y sobre su situación en la sociedad; y otra sobre la opinión general de la población a cerca de las personas mayores. Sobre él se deben sustentar todas aquellas leyes de política social que vayan en camino a mejorar la calidad de vida de los mayores y de sus cuidadores. En su confección han trabajado administraciones públicas, asociaciones de personas mayores, agentes sociales y más de treinta expertos y expertas en envejecimiento activo.

Recoge 130 recomendaciones y propuestas con las que se puede mejorar la calidad de vida de las personas mayores, así que el libro blanco sirve también como instrumento de trabajo para todos aquellos profesionales cuya misión diaria es esta. Se trata de hacer lo posible para conseguir el logro de “dar vida a los años ganados” dado el aumento de la esperanza de vida en nuestra sociedad actual y vivir esos años con plenitud y satisfacción.

### *b) PROGRAMA DE VACACIONES PARA MAYORES*

El objetivo de este programa es mejorar la calidad de vida de las personas mayores ofertando una serie de viajes a bajo coste mediante los cuales los usuarios conocen otras provincias; además viajan acompañados de otras personas lo que les hace ampliar su círculo de amistades; realizan actividades de ocio y tiempo libre en la ciudad o en parajes naturales y visitan lugares de alto interés cultural.

Las ventajas de este programa son evidentes: las actividades que proponen son muy atractivas para los usuarios; personas que no han tenido la oportunidad de viajar mucho durante su juventud por cuestiones económicas, laborales o por estar ocupados en la crianza de los hijos, ahora encuentran una manera de viajar asequible y

## PROPUESTA DE PROGRAMA DE ENVEJECIMIENTO ACTIVO

---

acompañados de personas de características similares con las que pueden congeniar. Los viajes están especialmente diseñados para que no resulten muy tediosos para personas de una edad determinada. Además, incluyen la pensión completa, los transportes oportunos, los guías turísticos necesarios y la póliza de seguros. Aparte de los beneficios directos sobre los usuarios, este tipo de medidas conllevan una serie de beneficios indirectos para la sociedad, como el impulso de las zonas turísticas destino y su consecuente creación de puestos de empleo.

Está demostrado que la calidad de vida de las personas usuarias del Programa aumenta. Mejora su salud, lo que hace que acudan menos a los centros médicos y consuman menos medicamentos. Mejora su estado de ánimo, mejora el estado físico, se sienten “sanos”, y establecen nuevas relaciones sociales. El Programa está muy bien valorado por los usuarios, el 96% de los participantes quiere repetir.

Las desventajas son mínimas: es posible que de manera puntual, algún destino de los propuestos por las agencias, no tengan en cuenta las dificultades de movilidad o autonomía que pueden tener algunas personas mayores, para las que sería difícil seguir el ritmo del planning de visitas, pero esto no suele ocurrir, ya que como hemos dicho antes, los viajes están adaptado.

### *c) PROGRAMA DE TERMALISMO SOCIAL*

Es una iniciativa financiada por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad a través del Instituto de Mayores y Servicios Sociales, que está regulada por la Orden del Ministerio de Asuntos Sociales de fecha 15 de Marzo de 1989, donde se dice que *“...el termalismo social es un servicio que se incluye dentro del catálogo de prestaciones de la seguridad social, y del que se harán beneficiarios de manera preferente las personas mayores que bajo prescripción médica, así lo precisen”*.

Otros requisitos para poder participar en el Programa son: valerse por sí mismo para las actividades de la vida diaria, no padecer alteraciones de comportamiento que impidan la convivencia en un centro residencial ni alguna enfermedad infecto contagiosa.

El IMSERSO anualmente concierta con establecimientos termales a lo largo y ancho de la geografía nacional, la reserva de plazas en balnearios y termas para el

## PROPUESTA DE PROGRAMA DE ENVEJECIMIENTO ACTIVO

---

tratamiento preventivo, curativo o rehabilitador de las personas mayores a precios reducidos a través de aguas minero-medicinales.

La principal ventaja de este programa es que promueve una actividad con claros beneficios para la salud física y mental de los usuarios pues no sólo se trabaja el cuerpo mediante las actividades saludables en las termas sino que es un perfecto escenario para promover las relaciones sociales.

El único inconveniente que se le puede poner a esta iniciativa del IMSERSO es que promueve el envejecimiento activo pero enfocándose en el plano de la salud física y en el plano social, y dejando a un lado lo que sería el entrenamiento de las funciones mentales superiores.

### 5.2. OTRAS INICIATIVAS PÚBLICAS.

A continuación realizaré un breve sondeo por otras iniciativas puestas en marcha a manos de instituciones públicas u organizaciones no gubernamentales para tratar de insertar en la sociedad herramientas, mecanismos o servicios que favorezcan la implantación de hábitos de vida acordes con el envejecimiento activo que estamos tratando a lo largo de este trabajo.

#### *d) PROGRAMA DE ENVEJECIMIENTO ACTIVO DE LA DIPUTACIÓN DE CÓRDOBA.*

Este programa es una iniciativa pública de la Diputación de Córdoba que se puso en marcha por primera vez en el año 2010 y que se inspira en las consideraciones que recoge la Ley Orgánica 2/2007 de 19 de marzo que recoge que: *“Las personas mayores tienen derecho a recibir de los poderes públicos de Andalucía una protección y una atención integral para la promoción de la autonomía personal y del envejecimiento activo, que les permita una vida digna e independiente y su bienestar social e individual, así como acceder a una atención gerontológica adecuada, en el ámbito sanitario, social y asistencial, y percibir prestaciones en los términos que establezcan las leyes”*. Como podemos observar la ley ya atiende en su misma formulación a la idea de atención integral, que creemos que todo programa de envejecimiento activo tiene que contemplar y, también nombra como objetivo fundamental la promoción de la

## PROPUESTA DE PROGRAMA DE ENVEJECIMIENTO ACTIVO

---

autonomía en la persona mayor, objetivo éste, que creo que tiene que ser el objetivo cumbre de cualquier programa de envejecimiento activo.

El Programa Provincial de Envejecimiento Activo del Instituto de Bienestar Social de la provincia de Córdoba está diseñado para mejorar la calidad de vida tanto de las personas mayores como de sus cuidadores y prevenir situaciones de vulnerabilidad y la discapacidad asociada al paso de los años, o dicho de otro modo, aumentar la esperanza de vida saludable. Los objetivos específicos del programa son: dotar a los participantes (que siempre serán personas mayores de 65 años) de conocimientos sobre los efectos del envejecimiento y por qué ocurren ciertos cambios, dotarles de conocimiento también acerca de estrategias de envejecimiento activo, hábitos de vida saludables, prevención de enfermedades, promoción de la participación social, mejora de las habilidades sociales, entrenamiento de las funciones cognitivas superiores, etc.

Un objetivo particular es que debido a la propuesta de trabajo transversal de distintos organismos públicos, este programa implica a los ayuntamientos de toda la provincia para que tomen conciencia de la necesidad de promover el envejecimiento activo y diseñen planes municipales a tal efecto.

El programa se vertebra alrededor de cuatro líneas principales de trabajo, que son la promoción de la salud y el ajuste físico, la compensación de las funciones cognitivas, el desarrollo afectivo y de la personalidad y, por último, la maximización de la implicación social y la ocupación del tiempo libre.

Cada ayuntamiento cuenta para la puesta en marcha de las actividades previstas con los recursos técnicos y materiales existentes en cada localidad y con profesionales de otras entidades y organismos como por ejemplo los técnicos de deportes, cultura, sanidad o educación. Además de esto hay una partida económica que se ha estimado en función del número de participantes potenciales o personas mayores de 65 años que viven en cada municipio. El primer año de realización del programa fueron más de 900 las actividades que se desarrollaron en toda la provincia de Córdoba.

Dentro del apartado de promoción de la salud y el ajuste físico se realizaron talleres de fisioterapia grupal, se dieron charlas y talleres formativos sobre la importancia de mantener el cuerpo en forma, se hicieron clases grupales de yoga, pilates, taichí, musicoterapia, entre muchas otras acciones.

## PROPUESTA DE PROGRAMA DE ENVEJECIMIENTO ACTIVO

---

Para la optimización y compensación de las funciones cognitivas se realizaron actuaciones específicas de talleres de estimulación cognitiva tradicional o mediante el uso de las tecnologías de la información y la comunicación (TICs), conferencias de temas de interés, animación a la lectura, el teatro o el arte, y particularmente, una acción que considero totalmente acertada es la inclusión de un taller de habilidades de estimulación cognitiva para cuidadores de familiares enfermos, pues creo que muchas veces los cuidadores pueden hacer mucho más de lo que hacen, no por falta de motivación, sino por desconocimiento.

Por último, con respecto a las dos líneas de trabajo pendientes: la implicación social y el desarrollo afectivo, relacional y de la personalidad, se idearon los siguientes talleres: taller de habilidades para el mantenimiento de las relaciones sociales y la red de apoyo, taller de resolución de conflictos y de manejo del estrés, taller de sexualidad, de desarrollo emocional o de fomento del asociacionismo. También en este bloque se han tenido muy presentes los cuidadores, y se han elaborado una serie de talleres sobre los cuidados de las personas en situación de dependencia, grupos de autoayuda, talleres de autocuidado o jornadas de respiro familiar.

El programa contempla una evaluación previa de los participantes donde se recoge información como datos sociodemográficos, la calidad de vida que tiene la persona en su vivienda habitual, si padece o no deterioro físico o cognitivo, su nivel de autonomía, su bienestar subjetivo o el apoyo social que percibe. También se hace una evaluación posterior, una vez que han concluido las actividades propuestas en el programa, donde se evalúa la calidad de las actuaciones y el grado de satisfacción con las mismas.

Lo mejor del programa es que implica a varios organismos públicos y les hace tomar conciencia de la importancia de promover el envejecimiento activo en la realidad local de cada municipio, y que los usuarios no pasan por el mismo itinerario de acciones sino que se van derivando a unas u otras en función de su estado físico/mental, de las necesidades que presente y de la motivación específica que tenga.

Lo peor es que la manera en la que se reparte la financiación es mediante un cálculo estimado teniendo en cuenta la población mayor de 65 años, pero no se tienen en cuenta la existencia o no de instalaciones adaptadas (gimnsios, piscina, aulario) y

## PROPUESTA DE PROGRAMA DE ENVEJECIMIENTO ACTIVO

---

recursos técnicos y materiales para la impartición del programa. Con lo cual, hay municipios que tienen mayor dificultad pues carecen de este tipo de infraestructuras.

e) *EL PROGRAMA VIVIR CON VITALIDAD-M* de R. Fernández Ballesteros. (2002).

La profesora Rocío Fernández Ballesteros de la Universidad Autónoma de Madrid (UAM) dirigió en 2002 el trabajo de investigación “*Vivir con Vitalidad*” que es una propuesta de Programa de Promoción del Envejecimiento positivo y que posteriormente fue adaptado como un programa multimedia por colaboradores de universidades italianas, británicas y alemanas junto con la UAM. El curso, con base en los planteamientos teóricos y empíricos del paradigma del envejecimiento con éxito, entiende que no es suficiente con potenciar la salud, sino que existen otras condiciones físicas, cognitivas, emocionales y psicosociales que influyen en el modo de envejecer de los sujetos. Parte de la idea de que implantando estilos de vida saludables, los sujetos tendrán herramientas para hacerse agentes activos de su propio envejecimiento positivo. Este nuevo planteamiento que rompe con la idea tradicional de envejecimiento trágico, identifica cuatro vías mediante las cuales mejorar el envejecimiento, estas son: promover la salud y prevenir la enfermedad, optimizar y compensar las funciones cognitivas, desarrollo afectivo y de la personalidad y maximizar todo lo posible la implicación y el compromiso social. (Fernández-Ballesteros, 2002c).

El programa multimedia “*Vivir con Vitalidad-M*”, es un programa de video-lecciones dictadas por expertos en los 22 temas que aborda, dentro de las cuatro áreas que hemos mencionado. La duración del Programa es de 50 horas (7 semanas, 3 sesiones a la semana, 2 horas por sesión). Los alumnos tienen acceso a un tutor a distancia para resolverles dudas. Algunos de los ejemplos de temas que se abordan son: “*entrene su mente*”, “*el pensar positivo*”, “*cómo mejorar las relaciones con amigos y familia*”, “*cuide su cuerpo*”.

La aplicación de cada tema se realiza mediante dos sesiones de 45 minutos con un descanso de por medio. La eficacia de este programa ha sido evaluada mediante análisis estadísticos de mediciones pre-postest haciendo uso de dos muestras de sujetos y un grupo control. El resultado es que, efectivamente, el programa “*Vivir con*

## PROPUESTA DE PROGRAMA DE ENVEJECIMIENTO ACTIVO

---

*Vitalidad-M*” producía efectos en la línea esperada en la mayoría de sujetos evaluados; se objetiva un efecto de mejoría en las opiniones sobre sí mismos y la capacidad de control sobre su propio proceso de envejecimiento, realizan con mayor frecuencia actividades culturales, intelectuales, afectivas y sociales, mejoran su alimentación, realizan más ejercicio físico y muestran mayor satisfacción con la Vida. (Fernández-Ballesteros, 2002c).

En conclusión, este programa ha mostrado ser efectivo como Programa de Aprendizaje de hábitos de vida saludables, y demuestra que las personas mayores al adquirir conocimientos teóricos sobre maneras de hacer que su envejecimiento sea mejor, tienen la posibilidad de ponerlo en práctica, cosa que además de hacerles más participes de su propia vida, les hace sentirse más eficaces y con mayor sensación de control.

Lo mejor de este Programa es su coste, pues no se requiere mucha tecnología, simplemente videos donde proyectar las sesiones y tutores entrenados para resolver las posibles dudas que puedan surgir. Como defecto, quizá una crítica generalizada a cualquier Programa de envejecimiento activo que se precie, y es que, todo el paradigma está muy bien definido en la práctica, pero también es necesario que la comunidad donde esté arraigada la persona mayor tiene que contar con cierta oferta cultural, o de ocio, o zonas de encuentro social, donde poder poner en práctica las ideas sugeridas. Sin esta infraestructura que debe estar en la base de cualquier iniciativa para mejorar la calidad de vida de las personas mayores, realmente la implementación efectiva no será nunca real.

Una última apreciación es que este Programa también existe diseñado para ser impartido de manera presencial y también como programa de autoadministración, es decir, en formato de libro de autoaprendizaje. Sería interesante contar con un análisis estadístico que comparase la efectividad de estas otras dos modalidades.

### 5.3. INICIATIVAS PRIVADAS.

A continuación unas breves anotaciones de otros programas que cuentan con capital privado como financiación.

## PROPUESTA DE PROGRAMA DE ENVEJECIMIENTO ACTIVO

---

- f) *PROGRAMA DE ESTIMULACION COGNITIVA MEMORIA EN MOVIMIENTO*. (Rey, Canales, Táboas y Cancela, 2009).

El programa de estimulación cognitiva "*Memoria en movimiento*" es parte del proyecto "*Estimulación Cognitiva a través de la Motricidad para personas mayores*" (ECAM) que a su vez, es resultado de un proyecto de Investigación + Desarrollo financiado por la *Obra Social Caixa Galicia* y realizado por investigadores/as de la *Facultad de Ciencias de la Educación y del Deporte de la Universidad de Vigo*. ECAM tiene como objetivo general implementar un programa de intervención para personas mayores con indicios de leve deterioro cognitivo. Está basado en la idea de que la práctica de ejercicio físico habitual regula los mecanismos fisiológicos, neurobiológicos y psicológicos y tienen un efecto de mejoría sobre las funciones cognitivas (Rey, 2009).

La particularidad de este programa es que trata de estimular ciertas funciones cognitivas como la atención, la memoria de trabajo o la conciencia corporal a través de la motricidad. Este programa utiliza tareas corporales, no solo ejercicios aeróbicos sino de motricidad y perceptivas para aumentar o potenciar el efecto sobre la mejoría del plano cognitivo.

Se compone de 4 bloques temáticos, que contiene cada uno 26 sesiones de una hora aproximada de duración, realizándose una calendarización de sesiones de dos por semana. La primera unidad didáctica se llama "*soy corporeo*" y contiene tareas corporales que inciden en la toma de conciencia del esquema e imagen corporal propios. La segunda unidad didáctica se llama "*cuerpo atento*" y contiene tareas que estimulan la sensibilidad auditiva y visual y la atención sobre el espacio y el momento que nos rodea. La tercera se llama "*cuerpo que recuerda*" y son tareas motrices que requieren el aprendizaje de movimientos, posturas, etc. que se realizan mediante reglas nemotécnicas. La última unidad didáctica es la llamada "*cuerpo orientado*" y en ella se trabajan las coordenadas espacio temporales del cuerpo.

La eficacia de este programa se ha probado mediante investigación cuasiexperimental donde se evaluó la eficacia de este programa con tres muestras: a) personas mayores de 65 años, sin deterioro cognitivo, sin problemas de movilidad y sin institucionalizar; b) personas mayores de 65 años, sin deterioro cognitivo, con problemas de movilidad e institucionalizados y c) personas mayores de 65 años, con

## PROPUESTA DE PROGRAMA DE ENVEJECIMIENTO ACTIVO

---

deterioro cognitivo, sin problemas de movilidad e institucionalizados. Las conclusiones que se obtuvieron tras analizar los datos de las mediciones pre-post test fueron que el programa “Memoria en Movimiento” es eficaz para aumentar el rendimiento en las funciones cognitivas de memoria y atención en los individuos de las características del grupo A, es decir sin institucionalizar, sin deterioro cognitivo y sin problemas de movilidad. Este resultado apoya otras investigaciones donde se ha comprobado que los programas de estimulación mixtos (los que incluyen una parte de entrenamiento mental pero también físico), son más eficaces y arrojan mejores resultados que los que solo inciden en una cualidad. (Rey, 2009).

La ventaja que percibo bajo mi criterio personal en este programa es que hace hincapié en trabajar mediante tareas perceptivas-motrices como vía para mejorar memoria y atención, y esto en otros programas de Estimulación Cognitiva o no es tenido en cuenta, o está en un segundo plano. La desventaja de este programa es que no ha mostrado eficacia con pacientes con deterioro cognitivo entre leve y moderado, por lo tanto podemos decir que su utilidad es mas de carácter preventivo, y no tanto rehabilitador, aunque si se pretende poner en marcha con pacientes sin deterioro, esto no ha de ser una desventaja.

### *g) PROGRAMA DE ENVEJECIMIENTO SALUDABLE DE LA FUNDACION PROFESIONALES SOLIDARIOS.*

La *Fundación Profesionales Solidarios* es una organización sin ánimo de lucro con sede en Pamplona, que defiende el pluralismo, el diálogo, el respeto entre ideas y potencia la acción colectiva realizando acciones encaminadas al desarrollo personal y social. Cuentan con varios programas de voluntariado, de apoyo escolar, de acompañamiento a personas mayores en domicilio y residencias, entre otros.

El programa que esta fundación ha ideado para fomentar el envejecimiento activo y saludable tiene el formato de un curso teórico-práctico, distribuido en 4 bloques, con la finalidad de que la persona mayor se sienta viva, satisfecha, activa y con capacidad para crecer y enriquecerse en esta etapa de su vida.

## PROPUESTA DE PROGRAMA DE ENVEJECIMIENTO ACTIVO

---

El primer bloque es un curso teórico práctico donde un monitor aborda distintos temas referentes al envejecimiento activo. El formato de clase teórica es una explicación apoyada en diapositivas. Luego hay otro bloque que se compone de charlas-coloquio impartidas por médicos y especialistas en cada enfermedad asociada a la edad, por ejemplo las demencias o la osteoporosis. El tener información referente a este tipo de enfermedades y de cómo prevenirlas da al sujeto sensación de control y a su vez, disminuye el miedo a desarrollarlas. El tercer bloque temático es un taller de memoria que imparte una pedagoga, mediante el cual, los participantes conocen el funcionamiento de las distintos procesos cognitivos que comprometen a la memoria, cómo entrenarla mediante tareas de atención y memoria y aprender técnicas y estrategias nemotécnicas. El último de los bloques que componen este programa está dedicado a enseñarles a los mayores ejercicios de gimnasia apropiados para aquellas dolencias que suelen tener, incentivarles para que lo tomen por costumbre y hacerles comprobar los beneficios físicos y en el estado de ánimo que experimentan tras la práctica del ejercicio.

En resumen, vemos aquí otra vez el esquema de programa de envejecimiento activo basado en una parte de Formación/Información sobre diferentes aspectos relacionados con el envejecimiento y cómo hacer que éste sea más satisfactorio; una parte de estimulación cognitiva y otra parte de mantenimiento físico/corporal mediante ejercicio. Estos son los ejes básicos que vertebran cualquier programa, aunque siempre se le pueden añadir matices, contenidos más exhaustivos o apoyados en ideas más creativas.

Lo mejor de este programa es la facilidad de aplicación, sólo tenemos que encontrar a las personas indicadas para las exposiciones de cada bloque temático, a un/a psicólogo/a como monitor/a de la estimulación cognitiva y un/a DUE (Diplomado Universitario en Enfermería) o fisioterapeuta como monitor/a de la gimnasia. Al ser esta experiencia piloto dentro de la asociación que la ha puesto en marcha en Pamplona, no hay una validación empírica que nos confirme la eficacia de su propuesta ni tampoco sabemos el grado de satisfacción de los usuarios que lo han testado.

## PROPUESTA DE PROGRAMA DE ENVEJECIMIENTO ACTIVO

---

### h) *PROGRAMA ENTRENANDO DIA A DIA. Rosa López Mongil. (2011)*

"*Entrenando día a día*" es un programa de estimulación mental y física destinado a mantener y mejorar las capacidades de las personas mayores y, en lo posible, prevenir la demencia.

Es un método sencillo de entender y de poner en práctica que se sustenta en 9 cuadernos, que permiten actuar sobre múltiples funciones del cerebro para estimularlas. A lo largo de los cuadernos encontramos 32 tareas relacionadas siempre con actividades de la vida diaria, y que tocan áreas como la psicomotricidad, el ejercicio físico, las actividades ocupacionales, las terapias artísticas, etc. Todo el material de trabajo ha sido diseñado especialmente para este método.

La aplicación del programa "Entrenando día a día" posibilita estimular y mantener las capacidades mentales, como por ejemplo la orientación temporo-espacial, disminuir el estrés que genera la pérdida de memoria así como las demencias y la enfermedad de Alzheimer. También tiene efectos beneficiosos sobre la autoestima, favorece la integración en el medio social y hace que el usuario mantenga el mayor tiempo posible la independencia o autonomía en las actividades de la vida diaria. Otro de los objetivos que persigue el programa es el de paliar los diferentes síntomas no cognitivos que se presenten en el paciente, como pueden ser la apatía, la ansiedad, la agitación, o cierta sintomatología depresiva. Además, consigue dentro del grupo donde se pone en marcha mejorar la convivencia y la tolerancia mediante el mantenimiento de los protocolos sociales. (López Mongil, 2011).

Por todo ello, el objetivo general del tratamiento no farmacológico con las actividades propuestas en el programa 'Entrenando día a día' será aumentar la calidad de vida del enfermo y, a su vez la del cuidador, contribuyendo a mejorar la calidad asistencial para la persona que requiera mantener y/o mejorar sus capacidades intelectuales.

Para concluir este repaso, no muy exhaustivo ni extenso, pero sí representativo de las principales iniciativas públicas o privadas que han sido implementadas en España, decir que todas ellas son buenas en cuanto que promueven acciones para mejorar la calidad de vida, el bienestar físico y mental, el autoconcepto y las relaciones sociales de las personas mayores, pero la mayoría de ellas, hacen hincapié en una de las áreas a entrenar, ya sea el plano físico, social o cognitivo. Rara vez se ponen en marcha de verdad iniciativas que desde una visión

## PROPUESTA DE PROGRAMA DE ENVEJECIMIENTO ACTIVO

---

holística, integral y multifactorial hagan un trabajo de activación total sobre la persona mayor, activación en todos los planos de su vida por igual.

Quizá el programa que se aproxime más a este ideal de Programa multifactorial e integral de Envejecimiento Activo sea el último. Rosa López Mongil (2011), consigue con su programa activar el plano físico, ya que todas las actividades tienen ejercicios físicos pautados; el plano mental, ya que mediante las tareas se están estimulando funciones cognitivas superiores; y el plano social, ya que todas las tareas son puestas en marcha en grupo.

Por esto a continuación, voy a presentar una propuesta de programa de Envejecimiento Activo que promueve por igual el entrenamiento en todas las facetas de la persona mayor. La mayor particularidad del programa que presento aquí, es que propongo la figura del voluntariado social de las personas mayores como herramienta y oportunidad para ejercer **de hecho** el envejecimiento activo.

### 6. PROPUESTA DE PROGRAMA DE ENVEJECIMIENTO ACTIVO: UN MODELO DE INTERVENCIÓN MULTIFACTORIAL QUE INCLUYE EL VOLUNTARIADO SOCIAL DE PERSONAS MAYORES.

Como ya hemos visto en epígrafes anteriores, la necesidad de crear nuevas estrategias para conseguir un envejecimiento más saludable y satisfactorio es hoy día una cuestión ineludible por la revolución demográfica de la que estamos siendo testigos. Cada vez hay más personas mayores y por ello necesitamos garantizar que sean un valor social y no una “carga social”. Esto supone la necesidad de crear estrategias rehabilitadoras y preventivas, que puedan retrasar o prevenir los problemas relacionados con la edad, pero también la necesidad de realizar una labor de sensibilización en la sociedad para acabar con los viejos estereotipos que entendían la vejez como un proceso de decadencia y degradación en la sociedad Occidental donde el culto al cuerpo y a la eterna juventud es prácticamente un canon social.

El reto al que nos enfrentamos todos los profesionales que trabajamos de alguna manera en contacto con personas mayores es el de retrasar en la aparición de enfermedades crónicas y aumentar el número de años vividos sin discapacidad (Belando, 2001).

Tenemos que avanzar en el plano práctico, de forma paralela al cambio de paradigma teórico que ha ocurrido en los últimos años. Esto es, llevar a la práctica ese cambio de conceptualización que ha ido de considerar el envejecer bien como, simplemente, envejecer sin males, a considerar el envejecer bien como envejecer de un modo en donde el sujeto se sienta satisfecho plenamente con su vida, útil, implicado en su comunidad, con intereses, aficiones, relaciones sociales y activo física y mentalmente.

Aunque la Psicogerontología y la Neuropsicología han avanzado en este campo teórico, mediante investigaciones y estudios que corroboran la solidez del paradigma del envejecimiento activo, el salto al campo práctico de aplicación no se ha llegado a consolidar bien por falta de concienciación política o por falta de financiación. Por ello,

## PROPUESTA DE PROGRAMA DE ENVEJECIMIENTO ACTIVO

reivindico una vez más la justificación de los proyectos que tratan de implantar medidas de promoción del envejecimiento activo.

### JUSTIFICACIÓN DEL PROGRAMA

La justificación de este tipo de programas, después de habernos referido a diversas cifras demográficas que demuestran el avance del envejecimiento de la sociedad española, sería caer en una redundancia.

A simple vista las estimaciones sólo parecen números, pero tienen grandes implicaciones en el modo en el que será nuestro país en el futuro: cómo serán las relaciones intergeneracionales, cómo podrá el Estado a nivel económico afrontar los cuidados y pensiones de un número tan grande de jubilados, o cómo cambiará el contexto social y cultural (Sánchez y Díaz, 2006). Es por esto que es de crucial importancia promover un cambio en la concienciación social y en el modo de entender la vejez. Tenemos que pasar de verla como una etapa triste donde las personas son una carga y requieren cuidados para vivir de una manera pasiva, esperando el final de sus días, para entenderla ahora como un proceso dinámico, lleno de nuevas oportunidades, donde el individuo pueda ser autónomo e independiente y vivir con una alta calidad de vida el mayor tiempo posible.

### CONTENIDOS DEL PROGRAMA DE ENVEJECIMIENTO ACTIVO.

Una vez llegados a este punto, y habiendo intentado explicar el por qué considero que algunas de las propuestas que se han implementado en España son buenas pero incompletas, o que sólo se centran en la atención a un área del individuo, ya sea social, cognitiva o de la salud; sugiero una propuesta más ambiciosa, capaz de prestar la atención necesaria a todos los planos del sujeto desde una perspectiva bio-psico-social y añadiéndole un plus, el que incluye el voluntariado de las personas mayores, como eje central mediante el cual promocionar el envejecimiento activo. El programa que he diseñado estaría compuesto por una serie de actividades y bloques formativos que no necesariamente tienen que ser los mismos para todos los usuarios. Previamente hemos tratado de conocer en profundidad al participante para poder

## PROPUESTA DE PROGRAMA DE ENVEJECIMIENTO ACTIVO

tener en cuenta sus limitaciones (físicas, cognitivas, de accesibilidad o económicas) y motivaciones personales y elaborar así un *planning* personalizado de actividades.

Para ello es de vital importancia realizar una cuidada evaluación del participante en el programa, mediante una entrevista semi-estructurada inicial y un protocolo de test y baterías de evaluación para conocer su nivel de forma, de salud, de funcionamiento cognitivo, etc. que explicaré un poco más tarde.

El programa de Envejecimiento Activo que aquí presento está vertebrado por la actividad principal del que se compone, que es la realización por parte del participante de tareas de voluntariado social en alguna institución (Cruz Roja, Cáritas, Asociaciones locales, etc.). La realización del voluntariado compromete en el participante las áreas de actividad física, mental, social y de canalización emocional. Pero además, el voluntariado va complementado de forma indispensable y necesaria con dos bloques: uno de carácter eminentemente formativo, a modo de charlas, coloquios o debates, y otro de carácter práctico basado en la realización de actividades de diversa índole.

El organigrama del programa quedaría así:



FIGURA 5. ORGANIGRAMA DEL PROGRAMA DE ENVEJECIMIENTO ACTIVO.

## PROPUESTA DE PROGRAMA DE ENVEJECIMIENTO ACTIVO

---

Los principales contenidos que abarca el programa giran en torno a los tres pilares fundamentales del envejecimiento activo que describió la OMS en 2002:

1. En primer lugar el bienestar físico, mental y social.
2. La participación en la sociedad de acuerdo con las necesidades, capacidades y deseos de las personas mayores.
3. La seguridad y la protección de aquellos mayores que requieren asistencia socio-sanitaria.

En los siguientes apartados se enumerarán y detallarán todas aquellas actividades que proponemos dentro de cada bloque.

### TEMPORALIZACIÓN.

El programa en principio tiene una duración de un año. Se supone que es el tiempo estimado necesario para implementar de manera efectiva y real los hábitos de vida saludables en los/as usuarios/as y asegurarnos que podrán seguir por sí mismos con el nuevo estilo de vida adquirido. Pasado este tiempo realizaremos una re-evaluación para constatar un posible beneficio en el estado de salud física y psicológica y el nivel de satisfacción con el programa. Es de crucial importancia realizar esta evaluación *ad hoc*, mediante un cuestionario de satisfacción especialmente diseñado para obtener información referente a cómo han experimentado los usuarios el paso por las actividades y tareas propuestas en el programa y qué piensan, desde el plano subjetivo acerca de éste. También es necesario pasar el mismo protocolo de evaluación que al principio para poder obtener una información objetiva y contrastada del posible progreso o empeoramiento del sujeto tras el tratamiento, en este caso, el paso por el programa.

Si obviásemos este proceso, en realidad, no tendríamos manera de evaluar la eficacia ni el nivel de bienestar experimentado por los participantes.

En cuanto al calendario semanal de tareas, se le explica a la persona interesada en participar en el programa que éste requiere un cierto compromiso con la asistencia, y que es necesario tener cierta franja horaria disponible para involucrarse de verdad y

## PROPUESTA DE PROGRAMA DE ENVEJECIMIENTO ACTIVO

---

realizar de manera autónoma las tareas propuestas. Principalmente el horario es de mañana, en nuestro ejemplo diremos que es de lunes a viernes de 10:00 a 11:00 y una tarde a la semana (miércoles por ejemplo) de 18:00 a 20:00. El hecho de calendarizar el programa en horario de mañana mayormente, es porque entiendo que según la coyuntura demográfica que vivimos, es probable que muchos de los participantes interesados en el programa sean los cuidadores principales de nietos, y durante esta franja horaria tendrán más disponibilidad por encontrarse los niños en el colegio.

Como ya he mencionado, previamente a validar la entrada del participante en el programa, (ya que tendremos plazas limitadas en función del aforo de aulas e instalaciones públicas y de la financiación con la que contemos), le hacemos una entrevista semiestructurada donde le damos oportunidad de presentarse, explicar por qué quiere participar en el programa, cómo se siente, qué enfermedades tiene, quién le habló del programa (puede tratarse de una derivación de algún servicio social comunitario) y qué espera de él<sup>5</sup>.

A parte de la entrevista inicial, se pasa un protocolo de evaluación mediante el cual se obtiene información referente al nivel de funcionamiento cognitivo del sujeto, nivel de autonomía en la realización de las actividades básicas de la vida diaria y nivel de sintomatología depresiva o ansiosa. Las pruebas que he incluido en este protocolo de evaluación en función de lo que pretenden evaluar son las siguientes:

Para evaluar la función cognitiva:

- MMSE (Lobo, 1979).<sup>6</sup>
- Test del dibujo del reloj. (Thalman, 1996).<sup>7</sup>
- Pruebas no estandarizadas de fluencia verbal.

Para evaluar el grado de independencia en las actividades de la vida diaria (AVD):

- Índice de Barthel.<sup>8</sup>

---

<sup>5</sup> Mirar Anexo 1.

<sup>6</sup> Mirar anexo 2.

<sup>7</sup> Mirar anexo 3.

<sup>8</sup> Mirar anexo 4.

## PROPUESTA DE PROGRAMA DE ENVEJECIMIENTO ACTIVO

---

Para evaluar el área afectiva:

- Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage. (Yesavage, 1982).<sup>9</sup>
- Escala de Ansiedad de Goldberg. (Goldberg, 1998).<sup>10</sup>

El área social se valorará mediante la entrevista semiestructurada inicial, que contemplará preguntas referentes al núcleo familiar, características y estado de la vivienda, red social de apoyo, realización de actividades de ocio, situación económica.

Además de estos test o pruebas de *screening*, valoramos por qué la persona quiere hacer el programa, es decir, la fuente de su motivación. Esta información la obtenemos mediante la entrevista semiestructurada inicial. Es muy importante tener esta información para predecir la adhesión al programa; si la motivación es interna (por sí mismo, porque lo necesita, porque le interesa aprender) la adherencia y el aprendizaje serán mucho mejores. Si la motivación, en cambio, es externa (porque mi hija me obliga, porque el médico me lo ha recomendado) la adherencia y el aprendizaje será un tanto peor, y hay una alta probabilidad de abandono o mostrar desinterés en algún momento de la calendarización. También nos interesamos en conocer unas pinceladas de su historia de vida, donde ha nacido, cómo fue su juventud, a qué se ha dedicado profesionalmente, cuántos hijos ha tenido y como es su actual relación con ellos, su estado civil, como es la relación con su esposo/a si lo/a tiene, en qué le gusta ocupar su tiempo, etc. Toda esta información nos ayudará a confeccionar un itinerario personalizado para esa persona por las actividades que más le convengan.

Una vez que tengamos un itinerario de actividades más o menos definido, en función de sus intereses para que sea lo más personalizado posible y de ese modo potenciar también la motivación intrínseca a las tareas, le propondremos al participante la elección de algún tipo de actividad de voluntariado como eje vertebrador de su participación en el programa.

A continuación explicaré de qué manera creo que el voluntariado puede ser una herramienta eficaz para instalar hábitos de envejecimiento activo.

---

<sup>9</sup> Mirar anexo 5.

<sup>10</sup> Mirar anexo 6.

## PROPUESTA DE PROGRAMA DE ENVEJECIMIENTO ACTIVO

---

### 6.1. VOLUNTARIADO SOCIAL COMO PROPUESTA DE HERRAMIENTA PARA POTENCIAR EL ENVEJECIMIENTO ACTIVO.

Plantear actividades novedosas dentro del paradigma del envejecimiento activo es una tarea harta difícil, pues casi todas las propuestas de tareas que pudiéramos imaginar ya se están implementando en muchos centros, asociaciones de mayores, etc. en mayor o menor medida. Lo que hace que mi propuesta de programa sea algo más novedosa es que pone en valor el papel de las personas mayores como actores dentro de la acción voluntaria en su comunidad. El voluntariado por tanto, tiene una doble vertiente: es beneficioso en primer lugar, para la persona mayor que puede ser tanto actor de la acción voluntaria como receptor de la misma; pero en segundo término, y no por ello menos importante, es beneficioso para el conjunto de la sociedad, que gana en capital social, cohesión intergeneracional y en solidaridad.

La principal ventaja para la persona mayor voluntaria es que mediante su participación en tareas humanitarias y de interés social rompe con los estereotipos de inutilidad o inactividad que envuelven a este colectivo, y de manera directa, hace que mejore su autoestima y la percepción de sí mismos con respecto a la comunidad en la que viven, más integrados (Rodríguez Cabrero, 1997).

Pese a mi creencia enraizada de que el voluntariado tiene claros efectos beneficiosos, por no decir terapéuticos, sobre las personas mayores que lo practican, lo cierto es que tenemos muy poca evidencia empírica sobre ello.

Mencionaré en este punto los resultados de un metaanálisis dirigido por la Doctora Suzanne Richards (2013), de la Escuela de Medicina de la Universidad de Exeter en Reino Unido. En este estudio se revisaron los resultados de nueve estudios experimentales y 16 estudios de cohortes, sobre los efectos del voluntariado en personas mayores, y la conclusión fue tajante: el voluntariado ayuda a mejorar la salud mental, la salud física y a vivir más tiempo libre de discapacidad. La causalidad de esta correlación entre voluntariado y mejor estado de salud no está resuelta. Se piensa que el beneficio físico estribaría en que los voluntarios pasan más tiempo fuera de sus casas, involucrados en tareas de distinta índole, o dicho de otro modo, activos. La

## PROPUESTA DE PROGRAMA DE ENVEJECIMIENTO ACTIVO

---

relación entre el voluntariado y el mejor estado de salud mental no está tan clara, pero podría tener también relación con el hecho de que los voluntarios pasan más tiempo en contacto con otras personas, y es este contacto el que les descargaría de la sensación de soledad, ansiedad y depresión que suele llevar consigo el mayor y elevaría el nivel de “satisfacción con la vida”.

En la Jornada de debate “Participación y voluntariado de las personas mayores y envejecimiento activo” que el IMSERSO organizó en el año 2011 dentro de las acciones formativas y de reflexión que se organizaron en torno a la creación del Libro Blanco del Envejecimiento Activo, se explicó que según diferentes encuestas del Imsero, el 43 % de las personas mayores en España reclamaban vías de participación plena en la sociedad y mayor representatividad. Se puso en valor la aportación que las personas mayores pueden hacer en capital social debido principalmente a dos razones: que son personas con experiencia y mayor dedicación, y que tienen mucho tiempo libre después de su jubilación para emplearlo en acciones solidarias.

Una iniciativa que se ha llevado a cabo en Cáceres es el programa “Gente 3.0” promovido por la Obra Social La Caixa en 2011<sup>11</sup> en el que han participado unos 35.000 mayores. El objetivo de este programa es mejorar el bienestar del colectivo de mayores de 65 años, haciéndolas más presentes en nuestra sociedad y mejorando las relaciones de los mayores en su entorno con acciones de voluntariado comunitario; como talleres para enseñar el manejo de las nuevas tecnologías a personas en riesgo de exclusión social, talleres intergeneracionales, cuentacuentos y talleres de cerámica con escuelas cercanas. Este es un ejemplo del papel activo que los mayores tienen en nuestra sociedad en un momento de muchas carencias sociales, como el que estamos atravesando.

Otro ejemplo de iniciativa de acción voluntaria para mayores es la impulsada por José María Sáez de Tejada, llamada “Desarrollo y Asistencia”, que comenzó en el año 1995 con el propósito de que un grupo de voluntarios acompañaran a enfermos en

---

<sup>11</sup> Información extraída de la revista digital Europapress, redacción de 23 Agosto 2013, disponible en: <http://www.europapress.es/la-rioja/noticia-mas-41000-mayores-riojanos-forman-parte-nueva-generacion-gente-30-impulsada-obra-social-caixa-20130825100545.html>

## PROPUESTA DE PROGRAMA DE ENVEJECIMIENTO ACTIVO

---

hospitales, pero este objetivo se ha ido extendiendo y hoy en día también acompañan a mayores que viven solos, o discapacitados (Villa, 2011). Como vemos, esta iniciativa sería la plasmación de la idea de invertir el capital social del voluntariado de mayores para atender las propias necesidades de otras personas mayores que tienen peores condiciones físicas o mayores requerimientos de atención.

Este tipo de voluntariado es una solución para atajar el problema que nos encontramos en un país envejecido como España, donde cada vez hay más personas mayores que viven con graves necesidades de atención y cariño.

En la organización donde yo trabajo actualmente, *Cruz Roja Española*, que es la institución de voluntariado más grande del país, no existe como tal un proyecto para que lo desarrollen personas mayores. Más bien, se da la circunstancia de que cualquier persona, sea de la edad que sea, puede realizar su labor voluntaria en el proyecto que más le satisfaga, siempre en función de sus intereses y de la formación previa que ha de recibir. Por tanto, en Cruz Roja, vemos como las personas mayores participan igualmente en el Programa de Socorros, Intervención Social, Inmigrantes, Familias de Acogida, Itinerarios de Acceso al Empleo, Centro de día para personas sin hogar, y un largo etcétera.

Yo comparto totalmente esta visión del voluntariado en personas mayores, creo que no deben cerrarse las puertas a la participación de las personas mayores a priori en ninguna actividad, pues muchas veces, acabaríamos sorprendiéndonos de la capacidad, el ahínco y la persistencia con la que realizan la acción voluntaria.

En el pasado año 2012, han habido censados en Cruz Roja en Almería (a nivel provincial) 938 hombres y 925 mujeres, lo que hacen un total de 1.863 voluntarios. En el mes de Julio del año 2013, los voluntarios mayores de 60 años, en Almería provincia son 86, lo que supone un 4,62 % del total de voluntarios, cifra ésta, que coincide con las estimaciones calculadas por el Imsero en su Informe de Voluntariado y Participación de las Personas Mayores (Rodríguez Cabrero, 1997).

Para tratar de describir lo más fidedignamente las sensaciones y pensamientos de los voluntarios mayores de Cruz Roja en Almería, he realizado un pequeño sondeo

## PROPUESTA DE PROGRAMA DE ENVEJECIMIENTO ACTIVO

---

entre 4 voluntarios, hombres y mujeres, que realizan su labor voluntaria en diferentes dispositivos de Cruz Roja en Almería capital.

Pese a que la muestra es pequeña, entiéndase este breve sondeo no como un sondeo con pretensión estadística, ni experimental, sino sólo como una muestra de transmitir la opinión subjetiva o autopercepción de 4 voluntarios almerienses. Primero localicé al azar en nuestra base de datos a 4 voluntarios de entre 61 a 75 años (decir que descarté alguna persona por no tener correo electrónico); los llamé por teléfono y consulté si querían dar su opinión acerca de cómo el voluntariado les ayuda en su día a día para estar más activos. Les pasé por correo electrónico una entrevista que consta de cuatro preguntas de respuesta abierta, las cuales contestaron y reenviaron por mail. <sup>12</sup>Algunas de las respuestas que dan, coinciden exactamente con la idea de practicar la labor voluntaria como manera de sentirse útil, de dar a la sociedad, de no ser una carga. Esto queda reflejado claramente en las declaraciones de los voluntarios; se sienten a gusto realizando su labor, tienen un mejor autoconcepto y se sienten necesarios.

A razón de ello, uno de los bloques temáticos de mi propuesta de programa sería una charla informativa inicial donde se explique qué es ser voluntario, cuales son las tareas con las que se puede contribuir a la comunidad, qué instituciones de voluntariado hay próximas a la zona en la que esté desarrollándose el programa, y qué pasos hay que realizar para poder ser voluntario. Con esta promoción del voluntariado lo que se pretende no es obligar a nuestros participantes del programa de envejecimiento activo a ser voluntarios, sino, por lo menos, abrirles una puerta a la oportunidad de conocer un mundo de satisfacción y un camino con el que poderse autorrealizar.

---

<sup>12</sup> Mirar ANEXO 7 para ver las entrevistas que respondieron los voluntarios tal y como yo las recibí, no han sido modificadas en ningún modo.

## PROPUESTA DE PROGRAMA DE ENVEJECIMIENTO ACTIVO

---

### PROPUESTA DE INTERVENCIÓN POR ÁREAS.

A continuación describiremos las distintas medidas a través de las cuales se interviene sobre las dimensiones de la salud física, cognitiva, emocional y la participación social.

La idea es diseñar junto con cada persona su propio *planning* de actividades mensuales, para lo que tendremos en cuenta el contexto comunitario, cultural y las posibilidades económicas del sujeto. Por ejemplo, se tendrían en cuenta los recursos que tiene a su disposición en el municipio o lugar de residencia, si existe o no gimnasio municipal, piscina, teatro, auditorio, lugar de encuentro de jubilados, talleres municipales de diversa índole, asociaciones vecinales, asociaciones de voluntariado y un largo etcétera.

Como ilustramos anteriormente, véase página 50 (figura 5), nuestro programa está vertebrado por la acción voluntaria, pero a la vez complementado por una serie de acciones, tanto formativas, como actividades prácticas de la vida cotidiana.

A este respecto, veremos desglosadas a continuación las medidas formativas que se impartirán a lo largo del año. Anotar que al comienzo del programa las charlas estarán más condensas en el calendario semanal, para dotar de un sustento teórico o de contenido formativo las actividades de los participantes. De este modo conseguiremos también, que ellos entiendan que las cosas no se hacen “porque sí” sino que existen razones subyacentes que sostienen el modelo de vida que se les propone que adopten.

La principal estrategia para implantar en los participantes los hábitos de vida saludable es la formación/información. Partimos de la base de que una persona mayor informada va a contar con mejores herramientas para una vida saludable, y facilitarle así, la adquisición de hábitos adecuados en relación a su salud física, cognitiva y emocional. Dicho de otro modo, si sabes lo que es bueno, y sabes cómo hacerlo, querrás hacerlo bien.

## PROPUESTA DE PROGRAMA DE ENVEJECIMIENTO ACTIVO

---

Serían Actividades de Formación las charlas, coloquios o debates, impartidos o moderados por expertos en las distintas materias referentes a las 4 dimensiones que conforman principalmente la vida de cada uno de los participantes: Salud Física, Funcionamiento Cognitivo, Contactos Sociales y Bienestar Emocional (siguiendo esquema propuesto en Figura 5). De igual manera, serían actividades procedimentales, todas aquellas que trabaja el participante para poner en práctica lo aprendido en el módulo formativo.

En primer lugar desglosaremos las actividades formativas, puesto que son el paso previo lógico a la acción. Las acciones formativas son las siguientes:

### 1. ACCIONES FORMATIVAS

-DIRIGIDAS A PROMOVER LA SALUD Y PREVENIR LA ENFERMEDAD.

La dieta saludable: en esta formación se explicará por qué es importante mantener un peso idóneo y los riesgos derivados del sobrepeso, se enseñarán los alimentos que son beneficiosos para su salud y cómo combinarlos (la pirámide de la alimentación saludable), los beneficios de la dieta tradicional mediterránea, hacer 5 comidas diarias, no picar entre horas, no abusar de la sal ni de los azúcares, etc.

Salud bucodental: Durante la tercera edad es posible que la salud bucal sufra alteraciones, incluso teniendo buenos hábitos de higiene, por el uso de prótesis, tomar medicamentos y por trastornos normales de salud. La caries suele ser la más común en la persona mayor. La sensibilidad dental y la sequedad de la boca también pueden aparecer, se recomienda usar una pasta específica para la sensibilidad y para la sequedad el consumo continuado de agua o bebidas no azucaradas.

Hábitos de higiene corporal: mantener limpias las manos para evitar la posible entrada de patógenos ante un sistema inmunitario disminuido, la importancia de tener hidratada la piel y el uso de cremas o geles con ph neutro.

Vivir saludablemente la sexualidad: Hay muchos mitos, barreras mentales, prejuicios y tabúes acerca de la sexualidad a estas edades. Pero lo cierto es que la

## PROPUESTA DE PROGRAMA DE ENVEJECIMIENTO ACTIVO

---

mayoría de las personas mayores, siguen teniendo apetito sexual y es sano ejercer la sexualidad de un modo más seguro y conociendo los cambios que se están produciendo en sus cuerpos.

Cómo prevenir las caídas: la principal causa de la inmovilización de las personas mayores es el haber padecido una caída, por tanto si aprendemos a prevenirlas aprenderemos a mantener nuestra capacidad de movilización. Tener mayor precaución a la hora subir escaleras, caminar por suelos mojados o por terreno irregular son algunas de las cosas que aprenderemos en esta charla.

Uso correcto de los fármacos y del servicio de atención primaria: uno de los mayores problemas que se encuentra ante un paciente anciano es la polimedicación y todas las interacciones que ello provoca, aparte de los riesgos que supone la automedicación. También es importante concienciar sobre el colapso del sistema nacional de salud que se ocasiona con la acudida masiva a la consulta de atención primaria por parte de las personas mayores, muchas veces de manera injustificada.

Los peligros de la deshidratación: Al llegar a cierta edad el centro de la sed se empieza a atrofiar, el centro neurológico que nos informa de que necesitamos agua. Por ello, tenemos que ser conscientes de esto y aportarle líquidos al cuerpo aunque éste no nos lo pida.

Medidas de *screening* destinadas a la prevención del cáncer en personas mayores (mama y colon principalmente): La mejor manera de curar las enfermedades es prevenirlas. Por tanto, un buen calendario de chequeos y de las pruebas de *screening* de los principales cáncer que afectan a estas edades es fundamental para mantener la salud.

-DIRIGIDAS A PROMOVER EL BUEN FUNCIONAMIENTO COGNITIVO.

El funcionamiento cognitivo normal de una persona mayor. En esta charla se explicará cómo las funciones cognitivas pueden cambiar dentro de lo normal con el proceso de envejecimiento. Se darán ciertas pautas para detectar los primeros signos de deterioro cognitivo leve, haciendo hincapié en atención y memoria.

## PROPUESTA DE PROGRAMA DE ENVEJECIMIENTO ACTIVO

---

Qué es la reserva cognitiva y cómo mejorarla a lo largo de la vida. En esta charla se informa acerca de la importancia del papel activo de la persona en su propio proceso de envejecimiento cognitivo.

-DIRIGIDAS A PROMOVER EL BIENESTAR EMOCIONAL.

Procesos de Duelo. Cómo afrontar y superar la pérdida de un ser querido. A avanzada edad, la pérdida de un ser querido es algo tan normal como cotidiano. Las personas aumentan el riesgo de perder a un ser querido con el paso de los años, como se suele decir cotidianamente “es ley de vida”. El saber cómo afrontar estas pérdidas, los síntomas que entran en lo normal y los que son patológicos, puede ayudar mucho a encajar mejor este proceso, y a evitar enfermedades asociadas a un duelo no resuelto como puede ser la depresión, ansiedad o estrés postraumático

La inteligencia emocional. La inteligencia emocional es un *“proceso educativo y continuo y permanente que pretende potenciar el desarrollo emocional como complemento indispensable del desarrollo de la personalidad integral”* (Bisquerra, 2000). Se explicará que la inteligencia emocional está compuesta más que por formas de ser o características de personalidad, por competencias que se pueden adquirir durante toda la vida con un entrenamiento adecuado. Aprender técnicas de canalización de las emociones negativas nos puede ayudar a mejorar nuestra calidad de vida, la socialización con los que nos rodean y como factor de protección de trastornos psicológicos.

-DIRIGIDAS A PROMOVER LA PARTICIPACIÓN SOCIAL.

Mediante esta serie de charlas/coloquios, se pone en valor la importancia de mantener frecuentes contactos sociales con familiares, amigos, vecinos. Hacemos una puesta en común donde los participantes cuentan cómo cuidan esta dimensión para hacerles tomar conciencia de su estado actual y sus limitaciones.

Este bloque formativo es el que primero entra en escena y el que considero es el más importante de todos, ya que en él se habla de la importancia de mantenerse ocupados

## PROPUESTA DE PROGRAMA DE ENVEJECIMIENTO ACTIVO

---

socialmente en alguna labor, integrados en su barrio o comunidad y se informa acerca de la labor voluntaria.

Promoción del voluntariado como herramienta de envejecimiento activo. En esta charla se explica lo que es la labor voluntaria, se desechan posibles estereotipos manidos que los participantes puedan tener, y se les da unas nociones básicas sobre lo que supone ser voluntario de una institución, sea ésta cual sea. El voluntariado consiste en prestar un servicio o realizar una actividad, sin obtener remuneración alguna por ello, en beneficio de la comunidad, el medio ambiente y/u otros colectivos de personas que no sean amigos o familiares. En Almería por ejemplo, existen multitud de instituciones de voluntariado, las más importantes y conocidas son: Cruz Roja, Cáritas, A toda Vela, Almería Acoge, Teléfono de la Esperanza, Colega, El Timón, etc.

La labor que se desarrolla en cada una y el colectivo diana con el que se trabaja son muy diversos, por lo tanto se pasaría un listado con números de contacto para una información más pormenorizada.

La importancia de estar conectado con el entorno social en que se vive y de estar informado: En este tema se abordará los beneficios de mantenerse “actualizado” de los cambios que acontecen en la sociedad o yendo a un nivel de abstracción menor, en la propia comunidad. Es necesario que el mayor esté informado de los acontecimientos políticos, económicos, culturales, etc. que ocurren en su contexto, para de este modo, sentirse más integrado en él y más orientado.

Los medios de información juegan un papel crucial en la sociedad de hoy. A través de ellos se transmiten noticias, hábitos de consumo, opiniones y creencias de la sociedad en la que se está envuelto. Ver las noticias en la televisión, escuchar la radio, leer el periódico, son hábitos muy saludables pues no sólo nos ayudan a mantenernos informados sino que también nos hacen trabajar el plano cognitivo.

## PROPUESTA DE PROGRAMA DE ENVEJECIMIENTO ACTIVO

---

### 2. ACTIVIDADES PRÁCTICAS.-RUTINAS.

Junto con las acciones formativas anteriormente citadas, las actividades prácticas serán el canal a través del cual se materialice las rutinas de vida saludables que queremos enseñar a los participantes. Son el complemento a la formación, la puesta en marcha de los contenidos teóricos vistos en las charlas y/o debates.

El currículo de formaciones es el mismo para todos los participantes, sin embargo, en cuanto a las actividades, ya dijimos anteriormente que se tratará de buscar junto con el participante, aquéllas que le reporten mayor satisfacción o beneficio.

Al igual que hemos especificado las distintas formaciones dentro de cada una de las cuatro dimensiones (física, cognitiva, emocional y social) haremos lo mismo con las actividades prácticas.

#### ACTIVIDADES QUE PROMUEVEN LA SALUD FÍSICA.

El término “actividad física” se refiere a una gama amplia de actividades y movimientos que incluyen actividades cotidianas, tales como caminar en forma regular y rítmica, jardinería, tareas domésticas pesadas y baile. El ejercicio también es un tipo de actividad física, y se refiere a movimientos corporales planificados, estructurados y repetitivos, con el propósito de mejorar o mantener uno o más aspectos de la salud física.

Toda persona debería tener la oportunidad de participar en actividades físicas, independientemente de su edad y limitaciones socioeconómicas y/o físicas (Carrasco García, 2009). Deben tomarse en cuenta las poblaciones especiales, incluyendo las personas adultas mayores con demencia y las extremadamente frágiles. Las personas que ya sufren de condiciones crónicas y discapacitantes, e inclusive demencias, también pueden participar en algún tipo de actividad física regular. De hecho la actividad física regular puede mejorar muchas de estas condiciones. Las personas adultas mayores particularmente frágiles y las personas con demencia no deben excluirse, pero requerirán supervisión y orientación.

## PROPUESTA DE PROGRAMA DE ENVEJECIMIENTO ACTIVO

---

Los beneficios de la actividad física están bien documentados. Existe evidencia de que una vida sedentaria es uno de los riesgos de salud más alto para muchas



condiciones crónicas que afectan a las personas adultas mayores, tales como la hipertensión, las enfermedades del corazón, el accidente cerebro vascular, la diabetes, el cáncer y la artritis. Aumentar la actividad física después de los 60 años tiene un impacto positivo notable sobre estas condiciones y sobre el bienestar general.

En la planificación del programa, planteamos realizar 3 sesiones a la semana de un ejercicio físico saludable, para romper con la vida sedentaria. Tampoco pretendemos que los participantes realicen sobreesfuerzos o ejercicios que no sean adecuados tanto por intensidad como por duración y que sufran riesgo de lesión.

Por eso proponemos una actividad tan completa como la natación o la gimnasia dentro del agua, que amortigua el esfuerzo de las articulaciones y es un ejercicio que pone en funcionamiento la totalidad del organismo además de ser divertido y refrescante.

Las piscinas municipales suelen ser una buena alternativa, tanto por el bajo coste como porque normalmente proponen otras actividades a las que los usuarios del programa podrían inscribirse, tales como tratamiento de masaje, escuela de espalda, cursos de natación, fitness, yoga, tai chi, pilates, aquagym, bodypump, etc.

En caso de que el participante no tenga ninguna instalación deportiva cercana, hay otra serie de propuestas que no requieren su uso ni realizar un desembolso económico. Ejemplos de ellas son bailar, salir a caminar, hacer tablas de gerontogimnasia en el propio domicilio o usar los aparatos de gimnasia adaptada instalados zonas públicas.

Se proporcionará información sobre las instalaciones deportivas y cursos ofrecidos disponibles en el municipio, cuotas, manera de inscribirse, descuentos, etc.

## PROPUESTA DE PROGRAMA DE ENVEJECIMIENTO ACTIVO

---

La actividad elegida deberá realizarse al menos 3 veces a la semana en sesiones de 45 minutos.

Otra actividad dirigida a promover la salud física es la rutina de realizar desayunos/almuerzos/cenas saludables, poniendo en práctica la información contenida en las charlas sobre nutrición.

### ACCIONES DIRIGIDAS A FOMENTAR EL ENTRENAMIENTO COGNITIVO.

La puesta en funcionamiento del plano cognitivo se realiza prácticamente con todas las actividades del programa, pues una vez que el participante salga de casa y realice cualquiera de ellas, su nivel de funcionamiento cognitivo aumentará y se sentirá más activado y despierto.

De manera específica, el entrenamiento de las funciones cognitivas superiores se realiza a través del Taller de Estimulación Cognitiva (TEC). Este taller se programa cuatro mañanas a la semana, una hora cada sesión, ya que de hacerlo más largo la capacidad atencional decae. En este taller se trabajarán cada día varias funciones cognitivas superiores (es muy difícil aislar sólo una función superior para su entrenamiento), aunque se focalizará la sesión en el entrenamiento de una en concreto: ya sea cálculo, gnosias, atención, praxias, memoria, lenguaje o funciones ejecutivas. Para cada una de ellas, se realizará un entrenamiento usando varias herramientas. La más usada es la estimulación cognitiva clásica o basada en fichas de papel y lápiz; la estimulación cognitiva mediante programas informatizados<sup>13</sup>; o las tareas puestas en práctica de manera indirecta mediante juegos y pasatiempos<sup>14</sup>. A continuación describiré cada función cognitiva superior y cómo se podría hacer un entrenamiento para su potenciación o bien para salvaguardarla de futuros déficits.

**ATENCIÓN/CONCENTRACIÓN<sup>15</sup>.** La atención es la capacidad de seleccionar la información sensorial y dirigir los procesos mentales. La concentración es el aumento

---

<sup>13</sup> Mirar Anexo 9 para ver una imagen de los softwares Grador® y Rehacom®.

<sup>14</sup> Mirar Anexo 10 para ver las imágenes de los juegos mencionados para trabajar cada función cognitiva.

<sup>15</sup> Mirar anexo 8.1 para ejemplo de fichas de estimulación cognitiva clásica para trabajar la atención.

## PROPUESTA DE PROGRAMA DE ENVEJECIMIENTO ACTIVO

---

de la atención sobre un estímulo en un espacio de tiempo determinado, por lo tanto, no son procesos diferentes. Ejercicios de estimulación cognitiva tradicional de papel y lápiz, tareas de cancelación, tareas de búsqueda visual, tareas de resolución de problemas complejos, etc.

A parte de la estimulación cognitiva clásica, los avances tecnológicos han hecho que existan programas informatizados diseñados para la estimulación cognitiva de pacientes. Utilizaremos para ilustrar este apartado el programa Grador<sup>®</sup>, que es un software de evaluación y rehabilitación neuropsicológica que permite la realización de un programa personalizado de entrenamiento y recuperación de funciones cognitivas superiores como atención, percepción, memoria destinado a pacientes con deterioros cognitivos como pacientes con demencias, esquizofrenia, ACVs, etc. Al igual que el programa Grador<sup>®</sup>, RehaCom<sup>®</sup> es otro software diseñado para el mismo propósito pero de otra patente. Este software se ajusta a las habilidades del paciente, mediante la presentación adaptativa de las pruebas. Los resultados de las sesiones se almacenan para cada paciente, esto garantiza el proceso continuo de entrenamiento y monitoriza el éxito de la terapia.

A través de juegos como el dominó, juegos de cartas, bingo, Cifras y Letras<sup>®</sup>, etc. o a través de pasatiempos como las sopas de letras, buscar las diferencias, sudoku.

**MEMORIA<sup>16</sup>**. La memoria es "lo que nos permite organizar experiencias pasadas y hacerlas accesibles cuando las necesitamos" (Casals Serra, 2006) o según un planteamiento más afín con el paradigma cognitivo "La memoria es un complicado sistema de procesamiento de la información que opera a través de procesos de almacenamiento, codificación, construcción, reconstrucción y recuperación de la información". La reminiscencia constituye el recuerdo sistemático de memorias antiguas o remotas. Se trata de una terapia que se basa en recordar hechos personales en toda su amplitud: ruidos, olores, imágenes, emociones, melodías, etc. Es una forma de activar el pasado personal, centrando el recuerdo en los aspectos personales de los acontecimientos más que en su corrección y exactitud. El objetivo final es el de

---

<sup>16</sup> Mirar anexo 8.2 para ejemplo de fichas de estimulación cognitiva clásica para trabajar la memoria.

## PROPUESTA DE PROGRAMA DE ENVEJECIMIENTO ACTIVO

---

estimular la propia identidad del sujeto y de sus recuerdos y aportarle un marco de referencia más seguro sobre el que poder conversar, debatir, etc. No olvidemos que en las pérdidas de memoria que se dan en procesos demenciales y también los olvidos benignos asociados a la edad, la memoria que se ve menos alterada es siempre la memoria remota y la que tiene asociada una gran carga emocional.

La memoria se va a estimular en nuestro Programa mediante: Ejercicios de estimulación tradicional de papel y lápiz: de memoria de trabajo, memoria a corto plazo y memoria semántica. Tareas mediante el uso de material visual o auditivo que evoque recuerdos del pasado, talleres con material de reminiscencia.

Mediante programas informatizados de estimulación cognitiva como GRADIOR® o REHACOM® o a través de juegos de mesa como Memory®, Cluedo® o pasatiempos como crucigramas.

CÁLCULO<sup>17</sup>. Es la habilidad de interrelacionar las cantidades numéricas, por medio de reglas espaciales y semánticas, en distintas combinaciones y productos. Esta capacidad cognitiva es una de las más evolucionadas en la especie humana, hasta el punto de regir los diseños y patrones de la sociedad contemporánea, (Alonso y Fuentes, 2001). El desarrollo y eficiencia de la habilidad del cálculo es una función cognitiva que está claramente relacionada e influida por factores socioculturales, en especial por el nivel educativo y los años de escolarización. Mediante ejercicios de estimulación cognitiva tradicional de papel y lápiz, con problemas aritméticos, sumas, restas, multiplicaciones y divisiones, actividades de conteo, de razonamiento matemático, etc.

Mediante programas informatizados de estimulación cognitiva como GRADIOR® o REHACOM® o a través juegos clásicos como dominó, parchís, bingo, o a través de pasatiempos como el sudoku.

---

<sup>17</sup> Mirar anexo 8.3 para ejemplo de fichas de estimulación cognitiva clásica para trabajar el cálculo.

## PROPUESTA DE PROGRAMA DE ENVEJECIMIENTO ACTIVO

---

FUNCIONES EJECUTIVAS<sup>18</sup>. La función ejecutiva es un conjunto de habilidades cognoscitivas que permiten la anticipación y el establecimiento de metas, el diseño de planes y programas, el inicio de las actividades y de las operaciones mentales, la autorregulación y la monitorización de las tareas, la selección precisa de los comportamientos y las conductas, la flexibilidad en el trabajo cognoscitivo y su organización en el tiempo y en el espacio. (Ardila y Rosselli, 2000).

Para estimular esta función se realizarán ejercicios de tradicionales de papel y lápiz consistentes en la planificación, secuenciación de acciones dirigidas a una meta, tareas de razonamiento lógico, de valoración de las consecuencias de una acción o de inhibición de la respuesta usual.

Mediante programas informatizados de estimulación cognitiva como GRADIOR® o REHACOM® o a través de juegos como Monopoly®, ajedrez, Tabú®, Cluedo® o juegos de cartas.

LENGUAJE<sup>19</sup>. El lenguaje se define como un sistema de símbolos y signos para comunicar ideas. Las personas se comunican mediante el lenguaje; transmiten ideas, necesidades, expresan sentimientos. Es una actividad psíquica estrechamente vinculada con el pensamiento, no es posible pensar sin palabras.

Para trabajar el lenguaje proponemos ejercicios de estimulación cognitiva tradicional de papel y lápiz, con dictados, copias de textos, tareas de fluencia verbal semántica o fonológica, completar definiciones, apuntar sinónimos o antónimos, interpretación de refranes y un largo etcétera.

Mediante los programas informatizados de estimulación cognitiva que ya hemos descrito GRADIOR® o REHACOM®.

A través de juegos de mesa como Tabú®, Scattergories®. A través de pasatiempos como crucigramas.

---

<sup>18</sup> Mirar anexo 8.4 para ejemplo de fichas de estimulación cognitiva clásica para trabajar las funciones ejecutivas.

<sup>19</sup> Mirar anexo 8.5 para ejemplo de fichas de estimulación cognitiva clásica para trabajar el lenguaje.

## PROPUESTA DE PROGRAMA DE ENVEJECIMIENTO ACTIVO

---

PRAXIAS<sup>20</sup>. Es la función cognitiva que guarda relación con el control voluntario de movimientos o la secuenciación de estos con un carácter intencional, es decir, para conseguir algo. Las praxis pueden ser ideomotoras o ideatorias. Las primeras son aquellas que se corresponden con gestos simples que tienen un significado social, por ejemplo el gesto de decir adiós con la mano o lanzar un beso al aire. Las praxias ideatorias son aquellas secuencias elaboradas y más complejas de movimientos encaminados a un fin, por ejemplo el copiar un dibujo, el vestirse o verter agua de una garrafa a una botella más pequeña haciendo uso de un embudo. Ejercicios de estimulación cognitiva tradicional de papel y lápiz.

A través del juego, mediante juegos de representación mímica de acciones como Pictionary®, Gestos®, Party&Co®.

GNOSIAS<sup>21</sup>. Hace referencia a la capacidad de reconocer. Las gnosias son las funciones cognitivas que se ponen en funcionamiento para percibir y reconocer la forma y las características físicas (visuales, auditivas, olfativas, gustativas) de las personas y de los objetos del entorno. Pero también para conectar el fruto de ese reconocimiento de la cosa o la persona, con el significado almacenado en la memoria semántica.

Para potenciar esta capacidad trabajaremos mediante ejercicios de estimulación cognitiva tradicional de papel y lápiz, con imágenes de objetos y alimentos. Reconocimiento de objetos mostrados en posiciones inusuales. Reconocimiento de objetos a través de todas las modalidades sensoriales: oído, gusto, olfato, tacto y vista. Para entrenar las modalidades sensoriales de la vista y el oído utilizaremos también los programas informatizados como GRADIOR y REHACOM; pero para el resto de modalidades sensoriales, haremos uso de objetos y alimentos reales de la vida diaria.

Las funciones cognitivas no sólo son estimuladas mediante el TEC, otras actividades cotidianas como ir al cine, ir a un concierto, hablar con los vecinos, ir a

---

<sup>20</sup> Mirar anexo 8.6 para ejemplo de fichas de estimulación cognitiva clásica para trabajar las praxis.

<sup>21</sup> Mirar anexo 8.7 para ejemplo de fichas de estimulación cognitiva clásica para trabajar las gnosias.

## PROPUESTA DE PROGRAMA DE ENVEJECIMIENTO ACTIVO

---

realizar la compra o escribirle una carta a un amigo, son tareas que ponen en marcha mecanismos cognitivos. A continuación veremos las acciones que potencian la comunicación social.

### ACCIONES DIRIGIDAS A PROMOVER LA RED SOCIAL DE APOYO Y EL OCIO.

El objetivo de fomentar la sociabilidad y aumentar la frecuencia de contactos, es un objetivo transversal a cada una de las actividades propuestas en este programa. Vamos a procurar que las actividades se hagan siempre de forma grupal si éstas lo permiten. De este modo, se estaría trabajando la socialización y la posibilidad de forjar nuevas amistades entre los participantes del programa.

Otra tarea consiste en que se le pedirá al participante que adquiera un compromiso de realizar alguna visita a un amigo/familiar al menos una vez a la semana. Además de esto, se trabajará para concienciar a la persona de la importancia de mantenerse autónomo en las actividades funcionales de la vida diaria mientras pueda, huir de la comodidad y la pasividad; salir uno mismo a hacer las compras, a la farmacia, al banco, etc. Cuanto más salga el participante a la calle, mayor frecuencia de contactos sociales tendrá.

En caso de ser necesario, si se comprueba que el estilo de comunicación del participante es agresivo o muy pasivo, se trabajarán en grupo las habilidades sociales o la asertividad del participante.

El programa también presta atención al ocio, a la ocupación del tiempo libre en actividades placenteras que aporten satisfacción y bienestar al participante. Se han incluido varias excursiones y actividades lúdicas repartidas a lo largo del año que a continuación se muestran.

### **Excursiones y actividades programadas.**

---

## PROPUESTA DE PROGRAMA DE ENVEJECIMIENTO ACTIVO

---

Las actividades de ocio están programadas una por trimestre. En total son cuatro. Las que aquí proponemos son ejemplos de visitas que se podrían hacer dentro de la provincia de Almería, para otras localidades habría que ver qué oferta cultural hay programada.



**Diciembre:** visita al Museo Arqueológico



**Septiembre:** visita al complejo de la Alcazaba de Almería.



**Marzo:** visita al Centro Cultural Municipal para ver una actuación de flamenco.

Con ellas se pretende fomentar un sentimiento de filiación y de grupo y promover la creación de amistades entre los usuarios en un contexto lúdico y más informal. Asimismo, todas estas actividades son una propuesta cultural para aprender más sobre nuestro municipio y provincia.

### ACTIVIDADES QUE MEJOREN LA SALUD EMOCIONAL.

Este punto, al igual que el anterior, es totalmente transversal al programa. Esto es, que la realización del conjunto de las actividades va a tener un impacto beneficioso en el plano emocional, por sentirse el participante más activo, más en forma, más estimulado mentalmente, más acompañado, por sentir que está ocupando su tiempo en algo provechoso para sí y sobre todo por conseguir salir del letargo y el hastío que es la vida para muchas personas mayores.

Es importante revisar junto con el participante si padece o ha padecido en los últimos meses algún tipo de sintomatología depresiva o ansiosa. En caso de ser necesario, se derivará al participante a un plan de tratamiento psicoterapéutico.

Otra medida que podemos tomar para mejorar la salud emocional, es enseñar técnicas de canalización del estrés como relajación (con o sin imaginación), respiración diafragmática o relajación muscular progresiva.

### **Otras actividades integrales.**

Además de las actividades que ya hemos descrito, las actividades del taller de estimulación cognitiva, los ejercicios físicos y las actividades de promoción de la comunicación social, existen otras dos actividades incluidas en nuestro programa que las explicamos aparte por considerarlas un tanto especiales, ya que trabajan de manera más creativa y ecológica en espacios de recreo más informales: son la musicoterapia y el cinefórum.

## PROPUESTA DE PROGRAMA DE ENVEJECIMIENTO ACTIVO

---

La musicoterapia es una terapia creativa que trata de potenciar el buen funcionamiento físico, psíquico, emocional y social. La música es el vehículo a través del cual se pueden trabajar los sentidos, los movimientos corporales, las emociones, los recuerdos y un amplio etcétera, pues el ser humano es primitivamente un ser musical, y las áreas del cerebro que se activan con la escucha de música son aquellas áreas más antiguas en el desarrollo filogenético del cerebro. En resumen, el objetivo principal del tratamiento con musicoterapia es que los pacientes mejoren su nivel de funcionalidad y su calidad de vida en diferentes aspectos (por ejemplo, las habilidades motoras, el funcionamiento cognitivo, las habilidades sociales, el desarrollo emocional y afectivo) mediante el uso de la música, ya sea cantando, escuchando y discutiendo la música, moviéndose con la música y escribiendo canciones.

Por tanto nuestro programa contempla un espacio para la práctica de actividades relacionadas con musicoterapia. Una tarde semanal estará dedicada al esparcimiento en una actividad grupal en donde se escuchará música de los años 50-60-70 y 80 y donde se verá cine clásico español. Además de potenciar una afición como puede ser la música o el cine, se utilizarán estos medios para generar una charla coloquio después de la sesión donde los usuarios comentarán qué recuerdos les han evocado estas canciones o películas, si las habían visto/oído antes, si recuerdan los nombres de los artistas, cómo era antes ir al cine o a un concierto, si cuando ellos eran jóvenes iban a ver espectáculos.



### **La extensión de los hábitos saludables aprendidos a la vida diaria del participante.**

Como es imposible monitorizar las 24 horas del día de cada participante, durante un año, para asegurarnos de la correcta realización de su *planning* de actividades semanal, se tratará de concienciarlo, desde el mismo día de comienzo del curso, de que todo lo que aprendan con este programa es para su propio beneficio. Es por ello importante, aducir con cada actividad que se proponga, que lo importante no es realizarla lo mejor posible en ese momento, sino antes, tratar de extrapolarla y generalizarla a su vida cotidiana como un hábito real consolidado.

El programa no pretende ser un año de “clases” o de “actividades monitorizadas” sino ser la guía que ha de pautar todas las conductas saludables futuras del participante.

A este efecto, una vez finalizado el Programa, se dará una serie de recomendaciones personales sobre los aspectos que el participante tiene que reforzar o tratar de consolidar mejor, a modo de *feedback* o evaluación.

También se realizará un seguimiento telefónico a los 6 meses para comprobar cuántos de los hábitos saludables de vida siguen en vigor con frecuencia.

A continuación se presenta un modelo hipotético de *planning* de un participante. En él podemos observar una serie de actividades que ocupan toda la semana, desde actividades formativas como las prácticas y que refieren a las cuatro dimensiones que dijimos anteriormente (física, cognitiva, social y emocional).

Una crítica que puede surgir al respecto, es que en el calendario aparece todas las franjas horarias del sujeto cubiertas por actividades y que esto pudiera ocasionar estrés o cansancio en el mayor. Vuelvo a reiterar que el siguiente calendario es sólo un ejemplo hipotético que he construido para visualizar la concatenación de actividades y que responde, a un modelo de programación que llevaría a efectos el “participante

## PROPUESTA DE PROGRAMA DE ENVEJECIMIENTO ACTIVO

perfecto”, aquel que realizase actividad voluntaria, actividades formativas, ejercicio físico, dieta saludable, potenciase la red social y el tiempo de ocio.

Una vez hecha esta objeción, explicaré el calendario para que podamos hacernos una idea total y genérica de cómo sería la puesta en práctica de la iniciativa.

	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
<b>MAÑANAS</b> 8.00- 10.00	DESAYUNO saludable	DESAYUNO saludable	DESAYUNO saludable	DESAYUNO saludable	DESAYUNO saludable	DESAYUNO saludable	DESAYUNO saludable
<b>MAÑANAS</b> 10.00- 11.00	TEC	TEC	CHARLA SEMANAL (Hábitos de vida saludables)	TEC	TEC	-----	-----
<b>MEDIODIA</b>	ALMUERZO Saludable	ALMUERZ O Saludable	ALMUERZO Saludable	ALMUERZO Saludable	ALMUERZO Saludable	ALMUERZO Saludable	ALMUERZO Saludable
<b>TARDES</b> 18.00- 20:00	Visita familiar	PISCINA	Actividades Voluntariado	CINEFORUM O MÚSICA	Actividades Voluntariado	Actividad Ocio Libre	PISCINA
<b>NOCHES</b>	CENA saludable	CENA saludable	CENA Saludable	CENA saludable	CENA saludable	CENA saludable	CENA saludable
<b>NOCHES</b>	PASEO 20'	PASEO 20'	PASEO 20'	PASEO 20'	PASEO 20'	PASEO 20'	PASEO 20'

Como podemos ver en este ejemplo de calendario semanal, comienza el día con un buen desayuno saludable. De esta forma, conseguimos crear una rutina sana en el campo alimenticio, rutina que extrapolaremos al almuerzo y a la cena.

## PROPUESTA DE PROGRAMA DE ENVEJECIMIENTO ACTIVO

---

Después del desayuno, el participante acudirá cuatro mañanas a la semana al TEC. Podemos ver como cada semana se sustituye el TEC por una charla formativa del tema que corresponda. Después del almuerzo saludable se deja un espacio de tiempo para el descanso y la siesta, y a las 18:00 horas se reanuda el programa proponiendo en esta franja horaria todos los días actividades grupales para fomentar el asociacionismo, la amistad y la convivencia entre los participantes del programa. Cada día, este tiempo se invertirá en promocionar un aspecto de la salud. En nuestro ejemplo, el participante iría a la piscina martes y domingo para potenciar así su buen estado de forma, mejorar la movilidad articular, el funcionamiento cardíaco y aumentar la capacidad pulmonar. Otros días a la semana, en la franja horaria de tarde, se le proponen al participante una serie de tareas libres para fomentar el contacto interpersonal, que tendrá que cumplir sin supervisión del monitor. Son tareas que se fijan para que el hábito de realizar actividades fuera de casa y evitar así el sedentarismo no esté solamente asociado al hecho de la participación en sí en el programa, pues una vez que éste acabe, queremos que todos nuestros participantes hayan interiorizado este nuevo modo de vida. En nuestro ejemplo del *planning* las actividades libres son: una tarde la visita a cualquier familiar o amigo en el domicilio de éste y otro día una actividad libre de ocio, el desarrollo de un *hobby*. Con la visita al familiar se hace una doble labor, de trabajar para reforzar la red social lo que hará que el participante se sienta más acompañado, que sepa que sus familiares o amigos aún están ahí, y una labor de ocio pues se distraerá en el tiempo que esté fuera del domicilio. Con la realización de un *hobby*, de lo que se trata es de que el participante fomente la realización de una actividad elegida por sí mismo, que haya descubierto que le reporte satisfacción, ya sea pintar, pescar, hacer manualidades, pasear por la playa, leer una novela, etc. Las otras dos tardes restantes, el participante las invertirá en realizar su labor voluntaria en la Institución de voluntariado con la que vaya a colaborar. Previamente se le ha informado sobre las distintas asociaciones o instituciones de voluntariado presentes en su localidad, así como de los proyectos que desempeñan, y las labores que él/ella podría desarrollar. Por último, una tarde a la semana se realiza un taller de cine fórum o de musicoterapia, van alternándose semanalmente. En estos talleres se trabaja con materiales antiguos de la época de los

## PROPUESTA DE PROGRAMA DE ENVEJECIMIENTO ACTIVO

---

participantes, lo que hace que se trabaje también a nivel cognitivo, pues son sesiones de reminiscencia guiadas por el cine o la música. Se trabajan todas las funciones mentales superiores (atención, razonamiento, lenguaje) pero principalmente la memoria.

Las actividades de tarde aquí sugeridas son meramente indicativas, no todos los usuarios tendrán que realizar las mismas ni en el mismo horario, éste será personalizado en función de la conveniencia de horarios e intereses de cada persona.

Para finalizar el día nuestro *planning* contempla un paseo saludable de unos 20 minutos cada noche después de una cena saludable, para mejorar el retorno venoso y disminuir la acumulación de líquidos. Además, este paseo proporcionará en los participantes una sensación placentera de relax para conciliar mejor el sueño.

Una vez descritas las dimensiones sobre las que se van a trabajar en el participante y visto un prototipo de *planning* semanal, explicaré el modo en que se va a evaluar el programa.

### **Evaluación del éxito del programa.**

Una vez se ha terminado el programa se realizará una re-evaluación de cada usuario que ha participado en él. Esta re-evaluación se efectuará con los mismos test y cuestionarios para medir el nivel de rendimiento cognitivo, estado emocional, autonomía en las Actividades Básicas de la Vida Diaria y su estado de salud física y se comparará todo ello con las puntuaciones obtenidas en la evaluación previa al comienzo del programa.

También se administrará un cuestionario sobre el nivel de satisfacción con el programa. Esto nos ayudará para ver en qué aspectos podemos mejorar para futuras ediciones del mismo.<sup>22</sup>

---

<sup>22</sup> Mirar ANEXO 11 para ver el prototipo de cuestionario de evaluación que se les pasaría a los participantes en el programa de Envejecimiento Activo.

## PROPUESTA DE PROGRAMA DE ENVEJECIMIENTO ACTIVO

---

Y con esto concluiría el planteamiento del programa de intervención para fomentar un envejecimiento más activo y saludable.

### 7. CONCLUSIONES.

A lo largo de este trabajo he planteado la necesidad, cada vez más imperiosa, de promover un estilo de envejecimiento activo en el colectivo de personas mayores en nuestro país, sobre todo si tenemos en cuenta que España, es uno de los países más envejecidos del mundo. Hemos ahondado un poco en razones demográficas, para justificar esta necesidad, y en estudios que demuestran que promoviendo un estilo de vida basado en el ejercicio físico, la estimulación mental y la promoción de actividades de ocio y culturales, se viven más años y con mejor calidad de vida (mayor esperanza de vida libre de discapacidad). Con el cambio de paradigma del concepto de envejecimiento, de uno trágico e incontrolable, a uno donde el mayor puede coger las riendas de su propio envejecimiento y modelarlo para prevenir la enfermedad; se han promovido muchas iniciativas para implantar programas de envejecimiento activo y saludable en la sociedad. Hemos hecho un recorrido por algunas de estas propuestas, desde organismos públicos oficiales como el Imserso, hasta otras privadas impulsadas por Universidades u otras instituciones público-privadas.

Todas las iniciativas a priori son buenas, pues tratan de implementar de un modo u otro actividades para que el mayor esté más activo, más estimulado. De la revisión realizada surgió la idea de desarrollar una propuesta mucho más global, multifactorial, multidisciplinar e integral que los programas de envejecimiento activo revisados, que suelen centrarse o bien en el entrenamiento de funciones cognitivas, o bien en la activación del cuerpo mediante el ejercicio físico moderado, o bien en actividades de ocio y tiempo libre. Por eso hemos propuesto un modelo hipotético de programa de Envejecimiento Activo que trata de reunir varios de los aspectos que debe de tener un programa de estas características si se ciñe a la definición que hizo las OMS como “el proceso de optimizar las oportunidades de salud, participación y seguridad en orden a mejorar la calidad de vida de las personas que envejecen”.

El Programa aquí expuesto incluye tareas encaminadas a entrenar las funciones cognitivas, a entrenar el cuerpo mediante ejercicio físico aeróbico y el aprendizaje de

## PROPUESTA DE PROGRAMA DE ENVEJECIMIENTO ACTIVO

---

buenos hábitos de vida, a ocupar el tiempo libre mediante propuestas de ocio y culturales, y de manera fundamental e imprescindible, a sentirse más útil y participe de la sociedad en la que se vive, realizando tareas de voluntariado.

No podemos extraer resultados empíricos de la efectividad de este programa, pues nunca se ha puesto en práctica con un grupo de personas, sino sólo como construcción teórica. Lo que presentamos en este proyecto es un boceto susceptible de ser modificado y que estoy segura que mejorable en muchos aspectos, pero ha sido un esfuerzo personal por plantear una propuesta más integradora de todas las dimensiones del individuo y fundamentalmente, del concepto de envejecimiento como una etapa positiva donde poder desarrollarse y ser feliz, y mediante la cual la sociedad deje de tener los prejuicios asociados a la tercera edad.

Lo que sí es seguro, es que el envejecimiento activo es el modelo que culmina un cambio social que ha comenzado a efectuarse ya desde hace unos años, y que finalmente es el estilo de envejecimiento al que tenemos que conducir las políticas sociales, para que las personas mayores vivan más años en mejores condiciones y con menos discapacidad, y así, a su vez, poder sostener económicamente la atención a la dependencia.

Para finalizar, me gustaría que este proyecto no fuese evaluado como un intento pretencioso de conseguir mejorar los programas existentes sobre envejecimiento activo, sino como un intento de plantear preguntas sobre qué podemos mejorar los profesionales que trabajamos con personas mayores para hacer de esta etapa de la vida una experiencia positiva.

### 8. BIBLIOGRAFÍA

Alonso, D. y Fuentes, L. J. (2001). Mecanismos cerebrales del pensamiento matemático. *Revista de Neurología*, 33, 568-76.

American Psychological Association. (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR)*. Barcelona: Masson.

Ardila, A. y Rosselli, M. (2007). *Neuropsicología Clínica*. México: El manual moderno.

Baltes, P. B. y Baltes, M. (1990). *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences (1-34)*. New York: Cambridge University Press.

Berríos, G. E. (2002). Psychotic symptoms in the elderly: concepts and models, pp 3-14. En Katona, C. y Levy, R. (Eds.). *Psychotic symptoms in the elderly*. London: Gaskell.

Bisquerra, R. (2000). *Educación emocional y bienestar*. Barcelona: Praxis S.A.

Carnero Pardo C. (2009). Educación, demencia y reserva cerebral. *Revista de Neurología*, 31, 584-592. Carrasco García, M. (2009). *Influencia del ejercicio físico en el bienestar de los adultos mayores. Experiencia de un programa en nuestro complejo gerontológico*. Buenos Aires: El Cid Editor.

Casals Serra, P. (2006). *Taller de memoria: ejercicios prácticos*. Barcelona: Horsori.

Castro Nieto, M.J. et al. (2010). *Libro Blanco del Envejecimiento Activo*. Sevilla: Consejería para la Igualdad y el Bienestar Social.

Chopra, D. (2009). *Cuerpos sin edad, mentes sin tiempo*. Barcelona: Zeta Bolsillo.

Cohen, G. (2007). *Envejecimiento Cerebral*. Bilbao: Descleé de Brouwer.

## PROPUESTA DE PROGRAMA DE ENVEJECIMIENTO ACTIVO

---

Crespo Suarez, E. (Dir.) y Agullo Tomás, M.S. (2000). *Mayores, actividad y trabajo en el proceso de envejecimiento y jubilación*. Madrid: Universidad Complutense de Madrid Servicio de Publicaciones.

Edelstein, B. (2000): Clinical Geropsychology. *Clinical Psychology Review*, 20, 681-683.

Fernández Ballesteros, R. (2002a). *Cuide su mente*. Madrid: Pirámide.

Fernández Ballesteros, R. (2002b). *Aprendizaje y memoria en la vejez*. Madrid: UNED Aula Abierta.

Fernández-Ballesteros, R. (Dir.) (2002c): *Vivir con Vitalidad*. Madrid, Ed. Pirámide

Fernández Ballesteros, R. y Reales, J. M. (2004). Intact haptic priming in normal aging and Alzheimer's disease: Evidence for dissociable memory systems. *Neuropsychologia*, 44, 1063-1070.

Fernández Ballesteros, R. (2007). *Envejecimiento Saludable: Aspectos Biológicos, Psicológicos y Sociales*. Madrid: UNED Aula Abierta.

Fernández Ballesteros, R. (2009). *Envejecimiento activo: contribuciones de la Psicología*. Madrid: Pirámide.

Gobierno de Canarias. Consejería de Salud y Consumo. (2002). *Guía de actuación en las personas mayores en atención primaria*. (2ª edición). Servicio Canario de Salud, Consejería de Salud y Consumo del Gobierno de Canarias.

Gramunt Fombuena, N. (2011). *Vive el Envejecimiento Activo. Memoria y Otros Problemas Cotidianos*. Barcelona: Obra Social Fundación La Caixa

Guillén Llera, F. y Pérez del Molino, J. (1994). *Síndromes y cuidados del paciente geriátrico*. Barcelona: Masson.

Hamilton, I. (2002). *Psicología del Envejecimiento*. Madrid: Morata.

IMSERSO (2004). *Informe 2004: Las personas mayores en España*. Madrid: IMSERSO.

Junqué, C. y Jurado, M.A. (1994). *Envejecimiento y demencias*. Barcelona: Martínez Roca.

## PROPUESTA DE PROGRAMA DE ENVEJECIMIENTO ACTIVO

---

Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (2004). Libro Blanco de la Dependencia. Madrid.

Lorenzo Carrascosa, L. (2004). Consecuencias del envejecimiento de la población: el futuro de las pensiones. Instituto Nacional de Estadística.

Muñoz Tortosa, J. (2006). *Psicología del envejecimiento*. Madrid: Pirámide.

Organización Mundial de la Salud. (2002). *Envejecimiento activo: un marco político*. Disponible en: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/oms-envejecimiento-01.pdf>

Parapar Barrera, C., Rey Campos, J., Fernández Nuevo J. L. y Ruiz Yaniz M. (2010). *Informe de la I+D+I sobre envejecimiento*. Madrid: Fundación General CSIC.

Regato, P. Envejecimiento activo. Documentos Portal Mayores, 2001. Disponible en: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/regatoenvejecimiento-01.pdf>

Regato, P. (2001). Encuentro de la red de envejecimiento saludable. Madrid: Imerso Publicaciones.

Reuter-Lorenz P.A. (2002). Neuropsicología cognitiva del cerebro envejecido. En J.

M. Ruiz-Vargas y M. Belinchón (dirs.) *Envejecimiento cognitivo* (pp. 95-116). Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Rey Cao, A., Canales Lacruz I., Táboas Pais M. y Cancela J. M. (2009). Consecuencias cognitivas del programa "memoria en movimiento" en las personas mayores. *Motricidad: Revista de ciencias de la actividad física y del deporte*. 22, 113-131.

Richards, S. H. (Dir.), Jenkinson, C. E., Dickens, A. P., Jones, K., Thompson-Coon, J., Taylor, R. S., Rogers, M., Bamba, C. L., Lang, I. (2013). Is volunteering a public health intervention? A systematic review and meta-analysis of the health and survival of volunteers. *BMC Public Health*. 23, 162-199.

Rodríguez Cabrero, G. (1997). *La participación social de las personas mayores*. Madrid: IMSERSO.

## PROPUESTA DE PROGRAMA DE ENVEJECIMIENTO ACTIVO

---

Rojo Pérez, F. y Fernández Mayoralas, G. (2011). *Calidad de vida y envejecimiento: la visión de los mayores sobre sus condiciones de vida*. Bilbao: Fundación BBVA.

Timiras, P. (1997). *Bases fisiológicas del envejecimiento y geriatría*. Barcelona: Masson.

Villagrasa Alcaide, C. (coord). (2003). *El envejecimiento de la población y la protección jurídica de los mayores*. Barcelona: Cedecs.

Villa, J.M. (2011). Jornada de debate: "Participación y voluntariado de las personas mayores y envejecimiento activo". *Revista 60 y más*, 302, 29 -33.

Yuste Rossel, N., Rubio Herrera, R. y Aleixandre Rico, M. (2004). *Introducción a la Psicogerontología*. Madrid: Pirámide.

### 9. ANEXOS.

#### ➤ **Anexo 1: ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA INICIAL.**

Entrevista semiestructurada, usada en el primer contacto con el/la participante para obtener información de él/ella, sobre su estado de forma subjetivo, motivaciones, intereses, expectativas sobre el programa:

#### DATOS PERSONALES

Nombre y apellidos:

Fecha y lugar de nacimiento:

Estado civil:

Hijos:

Profesión:

#### ESTADO DE SALUD

¿Tienes alguna enfermedad diagnosticada? ¿Operaciones?

¿Qué medicación tomas? ¿Alguna alergia a algo?

#### ESTRUCTURA FAMILIAR Y DE CONVIVENCIA.

Composición del hogar, número de personas que conviven con él/ella:

¿Cómo es la relación con tus hijos/hermanos/parientes más cercanos?

Número de personas que dependen económicamente de él/ella:

#### SITUACION DE LA VIVIENDA.

¿La vivienda en que reside es suya? ¿Alquilada? ¿Prestada? Especificar otros.

Situación de la vivienda: ¿Dispone su vivienda de los servicios básicos de luz, agua, teléfono, termo, bañera, cocina?

¿Su vivienda se encuentra en un barrio céntrico o de difícil acceso?

#### SITUACION ECONOMICA

## PROPUESTA DE PROGRAMA DE ENVEJECIMIENTO ACTIVO

---

¿Es usted pensionista? ¿Qué tipo de pensión cobra?

¿Tiene alguna otra fuente de ingresos económicos? Especificar en caso de positivo.

¿Cómo llega a final de mes con los ingresos de los que dispone? Bien, mal, regular, no llego me tienen que ayudar.

### RED SOCIAL DE APOYO

¿Ocupa su tiempo libre en la realización de algunas actividades? ¿Cuáles?

¿Ha dejado de hacer algo que solía hacer por no sentirse ya capaz?

¿Pertenece o visita alguna asociación local, de mayores, club de pensionistas, etc.? En caso positivo, ¿con qué frecuencia va?

¿Recibe visitas en su domicilio? ¿Hace usted visitas?

Cuando necesita hablar con alguien, ¿tiene con quien hacerlo?

¿Se siente acompañado?

### PÉRDIDAS/DUELO

¿Ha perdido a algún familiar o amigo cercano en el último año?

¿Ha habido algún cambio importante de actividad en el último año?

¿Ha habido algún traslado importante en el último año?

En caso de que se haya encontrado una situación de pérdida cercana: ¿Cómo ha aceptado la situación de pérdida?

### MOTIVACION.

¿Qué le lleva a querer participar en este programa de Envejecimiento Activo?

¿Quién le habló de él?

¿Le ha costado mucho trabajo venir a solicitar información o es algo que ha decidido fácilmente?

## PROPUESTA DE PROGRAMA DE ENVEJECIMIENTO ACTIVO

### **Anexo 2: MINIMENTAL STATE EXAMINATION. BASADO EN FOLSTEIN ET AL. (1975) Y LOBO ET AL. (1979).**



Mini examen cognoscitivo de Lobo (MEC-35)		
<b>Orientación temporal</b>		
Día	0	1
Fecha	0	1
Mes	0	1
Estación	0	1
Año	0	1
<b>Orientación espacial</b>		
Hospital o lugar	0	1
Planta	0	1
Ciudad	0	1
Provincia	0	1
Nación	0	1
<b>Fijación</b>		
Repita 3 palabras (repetir hasta que aprenda):		
Peseta	0	1
Caballo	0	1
Manzana	0	1
<b>Concentración y cálculo</b>		
Si tiene 30 pesetas y me va dando de 3 en 3, ¿cuántas le van quedando?	0	1 2 3 4 5
Repita estos números: 5-9-2 (hasta que los aprenda)	0	1 2 3
Ahora hacia atrás	0	1 2 3
<b>Memoria</b>		
¿Recuerda las 3 palabras que le he dicho antes?	0	1 2 3
<b>Lenguaje</b>		
Mostrar un bolígrafo, ¿qué es esto?	0	1
Repétirlo con el reloj	0	1
Repita esta frase: «En un trigal había 5 perros»	0	1
Una manzana y una pera son frutas, ¿verdad?	0	1
¿Qué son el rojo y el verde?	0	1
¿Qué son un perro y un gato?	0	1
Coja este papel con la mano derecha, dóblelo y póngalo encima de la mesa	0	1 2 3
Lea esto y haga lo que dice:	0	1
<b>CIERRE LOS OJOS</b>	0	1
Escriba una frase	0	1
Copie este dibujo	0	1



Total =  
 Años escolarización =  
 Deterioro cognitivo:  
 < 23 puntos en población geriátrica con escolaridad normal.  
 < 20 puntos en población geriátrica con baja escolaridad o analfabetismo.

### ➤ **ANEXO 3: TEST DEL DIBUJO DEL RELOJ. THALMAN, B. ET AL. 1996.**

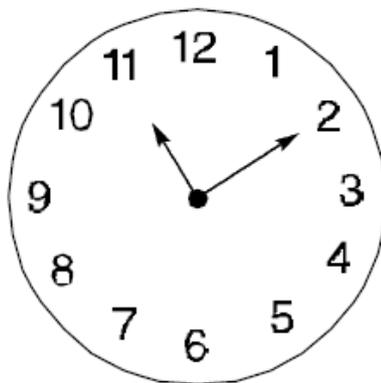
Es un test de cribaje para examinar el deterioro cognitivo, aunque también se utiliza para seguir la evolución de los cuadros confusionales. Varios son los autores que han desarrollado diferentes criterios de realización y de puntuación. Se trata de un test sencillo que valora el funcionamiento cognitivo global, principalmente la apraxia constructiva, la ejecución motora, la atención, la comprensión y el conocimiento numérico, mediante la orden de dibujar un reloj (un círculo, las 12 horas del reloj) y marcar una hora concreta, las once y diez.

Se debe aplicar en dos fases sucesivas, según el orden establecido:

1. Test del Reloj a la Orden (TRO). En esta fase, se le presenta al sujeto una hoja de papel completamente en blanco, un lápiz y una goma de borrar, y se le proporcionan las siguientes instrucciones: “Me gustaría que dibujara un reloj redondo y grande en esta hoja, colocando en él todos sus números y cuyas manecillas marquen las once y diez.

2. Test del Reloj a la Copia (TRC). Se le muestra el modelo y se le pide que copie tan bien como pueda el dibujo del reloj.

Evidentemente la segunda tarea tiene menos dificultad. Es por ello que en el test del reloj a la Orden el punto de corte es 6, mientras que en el test del reloj a la copia es 8.



Modelo para la aplicación del test del reloj a la copia

## PROPUESTA DE PROGRAMA DE ENVEJECIMIENTO ACTIVO

Los criterios de puntuación están establecidos en unas tablas que J. Cacho y cols (1998) han propuesto:

### CRITERIOS DE PUNTUACIÓN DEL TEST DEL RELOJ

<b>1. ESFERA DEL RELOJ (MÁXIMO 2 PUNTOS).</b>	
PUNTOS	RESULTADOS
2	Dibujo norma. Esfera circular u ovalada con pequeñas distorsiones por temblor.
1	Incompleto o con alguna distorsión significativa. Esfera muy asimétrica.
0	<b>Ausencia o dibujo totalmente distorsionado.</b>
<b>2. PRESENCIA O SECUENCIA DE LOS NÚMEROS (MÁXIMO 4 PUNTOS).</b>	
4	Todos los números presentes y en el orden correcto. Sólo "pequeños errores" en la localización espacial en menos de 4 números (p.e. colocar el número 8 en el espacio del número 9).
3,5	Cuando los "pequeños errores" en la colocación espacial se dan en 4 o más números pequeños.
3	Todos presentes con error significativo en la localización espacial (p.e. colocar el número 3 en el espacio del número 6). Números con algún desorden de secuencia (menos de 4 números).
2	Omisión o adicción de algún número, pero sin grandes distorsiones en los números restantes.
	Números con algún desorden de secuencia (4 ó más números).
	Los 12 números colocados en sentido antihorario (rotación inversa).
1	Todos los números presentes, pero con gran distorsión espacial (números fuera del reloj o dibujados en media esfera, etc...).
	Presencia de los 12 números en una línea vertical, horizontal u oblicua (alineación numérica).
1	Ausencia o exeso de números con gran distorsión espacial.
	Alineación numérica con falta o exeso de números.
	Rotación inversa con falta o exeso de números.

0	Ausencia o escasa representación de números (menos de 6 números dibujados).
<b>3. PRESENCIA Y LOCALIZACIÓN DE LAS MANECILLAS (MÁXIMO 4 PUNTOS).</b>	
4	Las manecillas están en posición correcta y con las proporciones adecuadas de tamaño (la de la hora más corta).
3,5	Las manecillas en posición correcta pero ambas de igual tamaño.
3	Pequeños errores en la localización de las manecillas (situar una de las agujas en el espacio destinado al número anterior o posterior).
	Aguja de los minutos más corta que la de la hora, con pauta horaria correcta.
2	Gran distorsión en la localización de las manecillas (incluso si marcan las once y diez, cuando los números presentan errores significativos en la localización espacial).
	Cuando las manecillas no se juntan en el punto central y marcan la hora correcta.
1	Cuando las manecillas no se juntan en el punto central y marcan una hora incorrecta.
	Presencia de una sola manecilla o un esbozo de las dos.
0	Ausencia de manecillas o perseveración en el dibujo de las mismas. Efecto en forma de "rueda de carro".

### ➤ **ANEXO 4: ÍNDICE DE BARTHEL.**

Es un instrumento para detectar si el usuario es independiente o dependiente en la realización de 10 actividades básicas de la vida diaria (ABVD), dando mayor importancia a la puntuación de los temas relacionados con el control de esfínteres y la movilidad. Esta prueba es de fácil y rápida administración (habitualmente menos de 5 minutos). Es la escala más utilizada internacionalmente para la valoración funcional del paciente con patología cerebrovascular aguda. Para su medición se establecen los siguientes criterios:

- a. Las actividades se valoran de forma diferente, pudiéndose asignar 0, 5, 10 ó 15 puntos.
- b. El rango global puede variar entre 0, completamente dependiente, y 100 puntos, completamente independiente (90 para pacientes limitados en silla de ruedas).
- c. Para los temas de deposición y micción, se deberá valorar toda la semana previa al momento de la administración.

Para su interpretación, la puntuación se agrupa en categorías de dependencia:

- 1) Total < 20 2) Grave = 20 a 35 3) Moderada = 40 a 55
- 4) Leve > 60 5) Autónomo =100

## PROPUESTA DE PROGRAMA DE ENVEJECIMIENTO ACTIVO

### Índice de Barthel (actividades básicas de la vida diaria) (versión original)

#### Alimentación

- 10 Independiente: capaz de utilizar cualquier instrumento necesario; come en un tiempo razonable; capaz de desmenuzar la comida, usar condimentos, extender la mantequilla, etc., por sí solo.
- 5 Necesita ayuda: por ejemplo, para cortar, extender la mantequilla, etc.
- 0 Dependiente: necesita ser alimentado.

#### Lavado (baño)

- 5 Independiente: capaz de lavarse entero; puede ser usando la ducha, la bañera o permaneciendo de pie y aplicando la esponja por todo el cuerpo. Incluye entrar y salir de la bañera sin estar una persona presente.
- 0 Dependiente: necesita alguna ayuda.

#### Vestido

- 10 Independiente: capaz de ponerse, quitarse y fijar la ropa. Se ata los zapatos, abrocha los botones, etc. Se coloca el braguero o el corsé si lo precisa.
- 5 Necesita ayuda: pero hace al menos la mitad de las tareas en un tiempo razonable.
- 0 Dependiente: incapaz de manejarse sin asistencia mayor.

#### Aseo

- 5 Independiente: realiza todas las tareas personales (lavarse las manos, la cara, peinarse, etc.). Incluye afeitarse y lavarse los dientes. No necesita ninguna ayuda. Incluye manejar el enchufe si la maquinilla es eléctrica.
- 0 Dependiente: necesita alguna ayuda.

#### Deposición

- 10 Continente, ningún accidente: si necesita enema o supositorios se arregla por sí solo.
- 5 Accidente ocasional: raro (menos de una vez por semana), o necesita ayuda para el enema o los supositorios.
- 0 Incontinente.

#### Micción

- 10 Continente, ningún accidente: seco día y noche. Capaz de usar cualquier dispositivo (catéter). Si es necesario, es capaz de cambiar la bolsa.
- 5 Accidente ocasional: menos de una vez por semana. Necesita ayuda con los instrumentos.
- 0 Incontinente.

#### Retrete

- 10 Independiente: entra y sale solo. Es capaz de quitarse y ponerse la ropa, limpiarse, prevenir el manchado de la ropa, vaciar y limpiar la cuña. Capaz de sentarse y levantarse sin ayuda. Puede utilizar barras de soporte.
- 5 Necesita ayuda: necesita ayuda para mantener el equilibrio, quitarse o ponerse la ropa o limpiarse.
- 0 Dependiente: incapaz de manejarse sin asistencia mayor.

#### Traslado sillón-cama

- 15 Independiente: no necesita ayuda. Si utiliza silla de ruedas, lo hace independientemente.
- 10 Mínima ayuda: incluye supervisión verbal o pequeña ayuda física (p. ej., la ofrecida por el cónyuge).
- 5 Gran ayuda: capaz de estar sentado sin ayuda, pero necesita mucha asistencia para entrar o salir de la cama.
- 0 Dependiente: necesita grúa o alzamiento completo por dos personas. Incapaz de permanecer sentado.

#### Deambulación

- 15 Independiente: puede usar cualquier ayuda (prótesis, bastones, muletas, etc.), excepto andador. La velocidad no es importante. Puede caminar al menos 50 m o equivalente sin ayuda o supervisión.
- 10 Necesita ayuda: supervisión física o verbal, incluyendo instrumentos u otras ayudas para permanecer de pie. Deambula 50 m.
- 5 Independiente en silla de ruedas: propulsa su silla de ruedas al menos 50 m. Gira esquinas solo.
- 0 Dependiente: requiere ayuda mayor.

#### Escalones

- 10 Independiente: capaz de subir y bajar un piso de escaleras sin ayuda o supervisión, aunque utilice barandilla o instrumentos de apoyo.
- 5 Necesita ayuda: supervisión física o verbal.
- 0 Dependiente: necesita alzamiento (ascensor) o no puede salvar escalones.

## PROPUESTA DE PROGRAMA DE ENVEJECIMIENTO ACTIVO

### ➤ ANEXO 5: ESCALA DE DEPRESIÓN DE YESAVAGE.

La Escala geriátrica de depresión de Yesavage, es uno de los instrumentos de elección en la exploración, para valorar la depresión en pacientes ancianos. Su ventaja radica en que no se centra en molestias físicas, sino en aspectos directamente relacionados con el estado de ánimo. Consta de 15 preguntas afirmativas/negativas en su forma abreviada, frente a las 30 preguntas de la versión original, para evitar en lo posible la disminución de la concentración y el cansancio del paciente. Se necesitan unos cinco minutos para cumplimentarla y puede realizarla el paciente solo. La forma abreviada de Yesavage es un instrumento de apoyo. Como todas las escalas de depresión pueden aparecer falsos positivos con cierta frecuencia, por lo que debe utilizarse exclusivamente en conjunción con otros datos.

- VALORACIÓN:

Normal: 0 a 5

Depresión leve: 6 a 9

Depresión severa:  $\geq 10$

#### ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESAVAGE.

	SI	NO
1.- ¿Está satisfecho con su vida?	0	1
2.- ¿Ha abandonado muchas de sus actividades e intereses?	1	0
3.- ¿Nota que su vida está vacía?	1	0
4.- ¿Se encuentra a menudo aburrido/a?	1	0
5.- ¿La mayor parte del tiempo está de buen humor?	0	1
6.- ¿Tiene miedo de que le pase algo malo?	1	0
7.- ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	0	1
8.- ¿Se siente a menudo abandonado/a?	1	0
9.- ¿Prefiere quedarse en casa en lugar de salir y hacer cosas?	1	0
10.- ¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	1	0
11.- ¿Cree que vivir es maravilloso?	0	1
12.- ¿Le es difícil poner en marcha proyectos nuevos?	1	0
13.- ¿Se encuentra lleno/a de energía?	0	1
14.- ¿Cree que su situación es desesperada?	1	0
15.- ¿Cree que los otros están mejor que usted?	1	0
<b>TOTAL</b>		

### ➤ **ANEXO 6 ESCALA DE ANSIEDAD Y DEPRESION DE GOLDBERG.**

Esta escala fue concebida para detectar los dos trastornos psicopatológicos más frecuentes en atención primaria: la ansiedad y la depresión. Es un instrumento sencillo, fácil y breve que puede ser administrado por el médico de Atención Primaria.

Cada una de las dos subescalas se estructuran en 4 ítems iniciales de despistaje, para determinar si es probable que exista o no un trastorno mental, y un segundo grupo de 5 ítems que sólo se preguntan si se obtienen resultados positivos en dos o más de las preguntas de despistaje en la subescala de ansiedad y una o más en la de depresión. Los puntos de corte son: igual o más de 4 en la subescala de ansiedad e igual o más a 2 en la escala de depresión.

#### **SUBESCALA DE ANSIEDAD**

1. ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?
  2. ¿Ha estado muy preocupado por algo?
  3. ¿Se ha sentido muy irritable?
  4. ¿Ha tenido dificultad para relajarse?  
(Si hay 3 o más respuestas afirmativas, continuar preguntando)
  5. ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?
  6. ¿Ha tenido dolores de cabeza o de nuca?
  7. ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea? (síntomas vegetativos)
  8. ¿Ha estado preocupado por su salud?
  9. ¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido?
- TOTAL ANSIEDAD= \_\_\_\_\_
- 

#### **SUBESCALA DE DEPRESIÓN**

1. ¿Se ha sentido con poca energía?
  2. ¿Ha perdido Vd. el interés por las cosas?
  3. ¿Ha perdido la confianza en sí mismo?
  4. ¿Se ha sentido Vd. desesperanzado, sin esperanzas?  
(Si hay respuestas afirmativas a cualquiera de las preguntas anteriores, continuar)
  5. ¿Ha tenido dificultades para concentrarse?
  6. ¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito)
  7. ¿Se ha estado despertando demasiado temprano?
  8. ¿Se ha sentido Vd. enlentecido?
  9. ¿Cree Vd. que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?
- TOTAL DEPRESIÓN= \_\_\_\_\_

➤ **ANEXO 7. ENTREVISTAS CONTESTADAS POR LOS VOLUNTARIOS MAYORES DE 65 AÑOS DE CRUZ ROJA ESPAÑOLA EN LA ASAMBLEA LOCAL DE ALMERÍA.**

**Entrevistado 1.**

Esta entrevista es anónima. Sólo incluiremos en el estudio los siguientes datos:

Nivel de estudios: **DIPLOMATURA**

Profesión: **ADMINISTRATIVO**

Edad: **75**

Jubilado? **Sí**

Describe brevemente (dos o tres líneas), en qué nota que le ha cambiado más su vida al llegar a la jubilación o al pasar la frontera de los 60 años.

**LIBERTAD para dedicar mi tiempo a lo que más me satisface: familia, voluntariado, aficiones, deporte, cultura y ocio.**

**TRANQUILIDAD en lo económico y laboral.**

¿Por qué decidió realizar una actividad voluntaria?

**Por llenar una inquietud ético-moral de ser útil a quienes más lo necesitan.**

**Para "rellenar" parte del tiempo que le sobra al jubilado**

¿Cuáles son los beneficios que nota que le reporta realizar su actividad voluntaria?

**Satisfacción moral, incremento de la autoestima y estabilidad emocional.**

¿Concibe la vida sin voluntariado? Dicho de otro modo ¿Podría prescindir de este hábito adquirido?

**No, en absoluto. me sentiría un parásito social, dejaría de encontrar un gran sentido a mi vida, me avergonzaría no contribuir al bienestar ajeno.**

### Entrevistado 2.

Esta entrevista es anónima. Sólo incluiremos en el estudio los siguientes datos:

Nivel de estudios: superiores

Profesión: pensionista.

Edad: 61

Jubilado? prejubilada

Describe brevemente (dos o tres líneas), en qué nota que le ha cambiado más su vida al llegar a la jubilación o al pasar la frontera de los 60 años.

Físicamente bastante, y cognitivamente también. Los movimientos se van dificultando y el memorizar mas farragoso. P.ej. aprender idiomas. En mi, pasar de los 58 a los 61, me ha supuesto una merma importante en ambos aspectos.

¿Por qué decidió realizar una actividad voluntaria?

Como una forma de devolverle a la sociedad, a pesar de haber contribuido altamente a través de mis impuestos de renta, el esfuerzo que está haciendo para compensar mi jubilación. También e igual de importante, hacer lo que durante mi vida laboral no pude, disfrutar de lo que realmente me gusta: ayudar a las personas al final de su vida, así como a sus familiares.

¿Cuáles son los beneficios que nota que le reporta realizar su actividad voluntaria?

Muchos: seguir activa, tanto física como psíquicamente, colaborar con técnicos preparados que ayudan en mucho la labor del voluntario, sobre todo en una organización grande como es CRE.

Creer como ser humano a través del aprendizaje que se adquiere con el contacto con personas que tienen otras necesidades, que no hubiera conocido si no es a través del voluntariado.

Volver a la universidad después de 30 años, con el fin de adquirir mas crecimiento personal para ponerlo al servicio de las personas que atiendo en CRE. Creo firmemente en el voluntariado de calidad, a todos los niveles.

¿Concibe la vida sin voluntariado? Dicho de otro modo ¿Podría prescindir de este hábito adquirido?

## PROPUESTA DE PROGRAMA DE ENVEJECIMIENTO ACTIVO

---

### Entrevistado 3.

Esta entrevista es anónima. Sólo incluiremos en el estudio los siguientes datos:

Nivel de estudios: Universitarios.

Profesión: Profesor

Edad: 63

Jubilado? Sí

Describe brevemente (dos o tres líneas), en qué nota que le ha cambiado más su vida al llegar a la jubilación o al pasar la frontera de los 60 años.

Respecto a la edad, no ha habido cambios significativos. En cuanto a la jubilación, la sensación de libertad.

¿Por qué decidió realizar una actividad voluntaria?

Por solidaridad y el deseo de poner mi granito de arena para ayudar al prójimo.

¿Cuáles son los beneficios que nota que le reporta realizar su actividad voluntaria?

Satisfacción personal.

¿Concibe la vida sin voluntariado? Dicho de otro modo ¿Podría prescindir de este hábito adquirido?

Supongo que me adaptaría y trataría de encontrar la alternativa adecuada.

## PROPUESTA DE PROGRAMA DE ENVEJECIMIENTO ACTIVO

---

### Entrevistado 4.

Esta entrevista es anónima. Sólo incluiremos en el estudio los siguientes datos:

Nivel de estudios: BACHILLER ELEMENTAL Y DOS CURSOS DE MAGISTERIO (APROX. 1958)

Profesión: TRATANTE DE GANADO

Edad: 66 AÑOS

Jubilado? SI

Describe brevemente (dos o tres líneas), en qué nota que le ha cambiado más su vida al llegar a la jubilación o al pasar la frontera de los 60 años.

TODO EL TIEMPO ES PARA AQUELLO QUE N9O HAS HECHO MIENTRAS TRABAJABAS POR CUESTIÓN DE TIEMPO. PUEDES DEDICARTE A HACER TODO AQUELLO QUE TE GUSTA SIN NECESIDAD DE PLANIFICAR.

¿Por qué decidió realizar una actividad voluntaria?

PORQUE GRACIAS A TENER TIEMPO PARA DEDICAR A LO QUE ME GUSTA, LA JUBILACIÓN ME DIO LA OPORTUNIDAD DE UTILIZAR ESE TIEMPO AYUDANDO A LOS DEMÁS.

¿Cuáles son los beneficios que nota que le reporta realizar su actividad voluntaria?

LO MÁS DESTACADA ES MI PROPIA SATISFACCIÓN PERSONAL.

¿Concibe la vida sin voluntariado? Dicho de otro modo ¿Podría prescindir de este hábito adquirido?

DE TODO SE PUEDE PRESCINDIR PERO HOY POR HOY ES UNA PARTE MÁS DE MI VIDA.

**ANEXO 8. MODELOS DE FICHAS DE ESTIMULACION COGNITIVA CLÁSICA**

**POR FUNCIONES:**

**8.1. EJEMPLO DE EJERCICIOS DE ESTIMULACIÓN DE ATENCIÓN**

Ejercicios de estimulación	1. Atención
----------------------------	-------------

Nombre: ..... Fecha: .....

**Ejercicio 9**

Instrucciones: Cuenta el número de letras **p, b, q y d** sin señalarlas.

A 6x12 grid of letters on a yellow background. The letters are arranged as follows:

p	d	b	q	p	d	b	q	p	b	q	b
p	q	p	b	q	d	d	p	q	p	d	q
b	p	b	d	p	b	q	d	b	q	p	d
b	p	q	d	b	q	b	q	d	p	b	q
b	p	d	d	p	q	p	b	q	p	b	d
p	d	p	q	d	b	p	d	b	q	p	b

Indica el número de letras:

**p**....., **b**....., **q**....., **d**.....

Nombre: ..... Fecha: .....

Ejercicio 3

Instrucciones: compara las series de la columna de la derecha con las de la columna de la izquierda y señala las series que sean iguales en las dos columnas.

☺ ☺ ☀ ▲ ◻ ◆ ⊖ ▮* ♠	☺ ☀ ▲ ▮* ♠ ♣ ♪ ◀ ☀
▮* ♠ ♣ ♪ ◀ ◀ ♪ ▮ ∞ ≡	▮* ♠ ♪ ◀ ◀ ♪ ▮ ∞ ≡
☺ ☺ ☀ ▲ ☺ ⊖ ▮* ♠	☺ ☺ ☀ ▲ ☺ ⊖ ▮* ♠
☺ ▲ ◻ ◆ ♪ [grid]   ▮ ◊	☺ ▲ ◻ ◆ [grid]   ▮ ◊ ▮ ▮
◻ ◆ ⊖ ♣ ♪ ◀ ♪ ∑ ↑ ∂	◻ ◆ ⊖ ♪ ◀ ♪ ▲   ∑ ∂
☺ ☺ ☀ ◻ ⊖ ▮ ♠ ♣ ♪ ◊	☺ ☺ ☀ ◻ ◆ ⊖ ▮ ♠ ♣ ♪
▲ ◻ ◆ ▮ ♠ ♣ ♪ [grid] ◊ ∑ ↑	▲ ◻ ◆ ▮ ♠ ♣ ♪ [grid] ◊ ∑ ↑
☺ ☺ ☀ ☺ ☺ ☀ ☺	☺ ☺ ☀ ☺ ☺ ☀ ☺

## PROPUESTA DE PROGRAMA DE ENVEJECIMIENTO ACTIVO

---

### 8.2. EJEMPLO DE EJERCICIOS PARA ESTIMULAR MEMORIA.

Ejercicios de estimulación

3. Memoria

Nombre: ..... Fecha: .....

#### Ejercicio 11 (1.ª parte)

Instrucciones: Oirás una lista de pares de palabras. Por ejemplo, **PARQUE - SOLTERO**. Después diré una palabra del par, por ejemplo **PARQUE**, y tienes que responder con su pareja **SOLTERO**.

**Parque – Soltero**

**Nieve – Negro**

**Té – Mesa**

**Lámpara – Dulce**

**Queso – Plato**

**Hierva – Clavo**

Nombre y apellidos: ..... Fecha .....

<b>Memoria</b>	<b>3</b>	MEMORIA BIOGRÁFICA
		Nivel de dificultad: bajo

**Material:** fotografía de personas muy significativas para él/ella.

**Instrucciones:** busque una fotografía en la que aparezcan personas (amigos, familiares, conocidos) que tengan relación con él/ella. Pídale que recuerde el nombre y parentesco de las personas que aparecen en la fotografía, el lugar o situación en la que se realizó y qué recuerdos le trae.

Pegar aquí la fotografía

## MEMORIA REMOTA

NOMBRE Y APELLIDOS.

FECHA DE HOY.

¿Quién es?

¿A qué se dedica?

¿Qué recuerdos te trae?



¿Quién es?

¿A qué se dedica?

¿Qué recuerdos te trae?

## PROPUESTA DE PROGRAMA DE ENVEJECIMIENTO ACTIVO

---

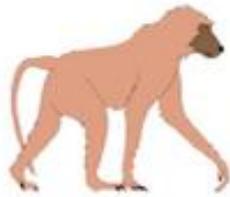
Ejercicios de estimulación

5. Memoria visual

Nombre: ..... Fecha: .....

### Ejercicio 2 (1.ª parte)

Instrucciones: Observa atentamente los siguientes dibujos.



Ejercicio 2 (2.ª parte)

¿Qué dibujos viste en la página anterior?



## PROPUESTA DE PROGRAMA DE ENVEJECIMIENTO ACTIVO

---

### 8.3. EJERCICIOS PARA ESTIMULAR CÁLCULO.

NOMBRE Y APELLIDOS.

FECHA DE HOY.

RESUELVA LOS SIGUIENTES PROBLEMAS MATEMÁTICOS.

- Juan y Pepe querían hacer una fiesta para celebrar el fin de año. Para ello, fueron a comprar al supermercado comida y bebida para hacer una cena con todos sus amigos.

Compraron un cordero, dos kilos de patatas, una caja de gambas y siete litros de refrescos.

Los precios fueron:

El cordero **11.000** pesetas

Las patatas a **150** pesetas el kilo.

Las gambas **1.200** pesetas cada caja.

Los refrescos **120** pesetas cada uno.

Si tenían 13.000 pesetas como presupuesto. ¿Cuánto se gastaron?

¿Cuánto les sobró?

- Para hacerse un vestido, mi amiga Marta ha comprado 2 metros de tela a 1300 pesetas el metro. También ha comprado botones por 200 pesetas e hilo por 100 pesetas. ¿Cuánto le ha costado el vestido?

Nombre: ..... Fecha: .....

**Ejercicio 2 (1.ª parte)**

Instrucciones: Tienes que ir de compras. Cuenta en primer lugar el dinero que tienes:



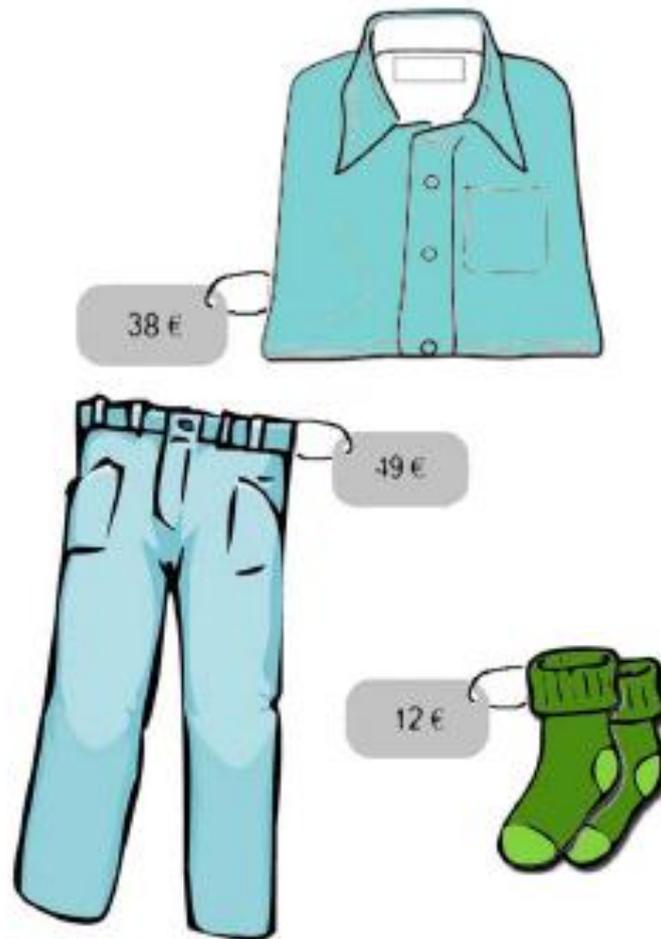
**Tengo ..... €**

## PROPUESTA DE PROGRAMA DE ENVEJECIMIENTO ACTIVO

---

### Ejercicio 2 (2.ª parte)

Con el dinero que contaste anteriormente compras esta ropa:



¿Cuánto vas a pagar? .....€

¿Cuánto te sobra? .....€

## PROPUESTA DE PROGRAMA DE ENVEJECIMIENTO ACTIVO

Ejercicios de estimulación

8. Cálculo y problemas aritméticos

Nombre: ..... Fecha: .....

### Ejercicio 5

Instrucciones: Efectúa las siguientes operaciones:

$$\begin{array}{r} 1315 \\ + 2123 \\ \hline 3438 \end{array}$$

$$\begin{array}{r} 2586 \\ + 132 \\ \hline \end{array}$$

$$\begin{array}{r} 5432 \\ + 3668 \\ \hline \end{array}$$

$$\begin{array}{r} 4649 \\ + 4654 \\ \hline \end{array}$$

$$\begin{array}{r} 896 \\ - 154 \\ \hline \end{array}$$

$$\begin{array}{r} 5654 \\ - 1104 \\ \hline \end{array}$$

$$\begin{array}{r} 4876 \\ - 167 \\ \hline \end{array}$$

$$\begin{array}{r} 7510 \\ - 3235 \\ \hline \end{array}$$

$$\begin{array}{r} 456 \\ \times 2 \\ \hline \end{array}$$

$$\begin{array}{r} 4245 \\ \times 6 \\ \hline \end{array}$$

$$\begin{array}{r} 4986 \\ \times 7 \\ \hline \end{array}$$

$$\begin{array}{r} 5987 \\ \times 9 \\ \hline \end{array}$$

$$5428 \overline{)2} \quad 2952 \overline{)3} \quad 4950 \overline{)5} \quad 1267 \overline{)4}$$

# PROPUESTA DE PROGRAMA DE ENVEJECIMIENTO ACTIVO

## 8.4. EJERCICIOS PARA ESTIMULAR FUNCIONES EJECUTIVAS.

Ejercicios de estimulación

6. Funciones ejecutivas

Nombre: ..... Fecha: .....

### Ejercicio 1

Instrucciones: indica el orden adecuado en cada una de las secuencias siguientes. **Igual que en el ejemplo en rojo.**

	<b>Podemos servir la mesa.</b>
	<b>Echamos los huevos batidos en la sartén.</b>
<b>1.º</b>	<b>Vamos a hacer una tortilla.</b>
<b>2.º</b>	<b>Primero batimos los huevos y les echamos sal.</b>
	<b>Después añadimos leche a la tortilla.</b>
	<b>Cuando esté dorada le damos la vuelta.</b>

	<b>Seleccionamos un programa de lavado.</b>
	<b>Planchamos la ropa.</b>
	<b>Tendemos la ropa.</b>
<b>1.º</b>	<b>Metemos la ropa sucia en la lavadora.</b>
	<b>Recogemos la ropa cuando está seca.</b>
	<b>Esperamos a que la lavadora termine su programa de lavado.</b>
	<b>Guardamos la ropa en el armario.</b>
	<b>Sacamos la ropa de la lavadora.</b>

Nombre: ..... Fecha: .....

**Ejercicio 4**

Instrucciones: los pares siguientes tienen características comunes, indica todas las que puedas para cada par.

**Ejemplo: Acero – Hierro:**

*Son metales, son duros, no se rompen fácilmente, se pueden utilizar en la construcción.*

Periódico – Libro: .....

.....

.....

Agua – Vino: .....

.....

.....

Música – Aroma: .....

.....

.....

## PROPUESTA DE PROGRAMA DE ENVEJECIMIENTO ACTIVO

### 8.5. EJERCICIOS PARA ESTIMULAR LENGUAJE.

Ejercicios de estimulación

7. Lenguaje

Nombre: ..... Fecha: .....

#### Ejercicio 1

Instrucciones: Construye una frase con sentido y que ligue las palabras de cada par, **igual que en los ejemplos marcados en rojo**:

**Libro - leer:** El libro sirve para leer.

**Horno - cocina:** El horno está en la cocina.

1. Invierno – Frío:

.....

2. Saber – Estudiar:

.....

3. Vejez – Futuro:

.....

4. Libertad – Prisión:

.....

5. Ayuda – Solidaridad:

.....

6. Tecnología – Progreso:

.....

Nombre: ..... Fecha: .....

**Ejercicio 4**

Instrucciones: Clasifica las siguientes palabras, según sean cosas que encontramos en la playa o en la montaña.

**Arena – Nieve – Mar – Barco – Cazadores  
Toalla – Barcos – Peces – Lobo – Cangrejos  
Bañistas – Sombrilla – Pinos – Ardillas  
Casetas – Ciervos – Conchas – Ríos – Setas**

<b>PLAYA</b>	<b>MONTAÑA</b>

## LENGUAJE

NOMBRE Y APELLIDOS.

FECHA DE HOY.

UTILIDAD DE LOS OBJETOS. RESPONDA A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS:

- ¿Para qué sirve un **horno**?
- \_\_\_\_\_
- ¿Para qué sirve una **nevera de playa**?
- \_\_\_\_\_
- ¿Para qué sirve una **sartén**?
- \_\_\_\_\_
- ¿Para qué sirve el **frigorífico**?
- \_\_\_\_\_
- ¿Para qué sirve una **estufa**?
- \_\_\_\_\_
- ¿Para qué sirve el **carbón**?
- \_\_\_\_\_
- ¿Para qué sirve el **hielo**?
- \_\_\_\_\_
- ¿Para qué sirve una **olla**?
- \_\_\_\_\_

Complete esta tabla con los objetos resaltados en las frases de arriba.

<b>CALOR</b>	<b>FRIO</b>

## PROPUESTA DE PROGRAMA DE ENVEJECIMIENTO ACTIVO

### 8.6. EJERCICIOS PARA ESTIMULAR PRAXIS.

Praxias 2		GESTUALES
		Nivel de dificultad: medio
<b>Instrucciones:</b> pídale que realice mediante mímica las siguientes acciones:		
<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Póngase crema en la cara</li><li>✓ Póngase un collar y unos pendientes</li><li>✓ Corte un trozo de carne</li><li>✓ Monde una naranja</li><li>✓ Atornille un tornillo</li><li>✓ Acune a un bebé</li><li>✓ Tienda una camisa</li><li>✓ Hágase el nudo de la corbata</li><li>✓ Utilice una calculadora</li><li>✓ Monte en bicicleta</li><li>✓ Abra un candado</li><li>✓ Suba una persiana</li><li>✓ Dele la vuelta a una tortilla</li><li>✓ Unte una tostada</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Póngase un guante</li><li>✓ Abra una botella y sirva dos copas</li><li>✓ Lávese el pelo</li><li>✓ Maquillarse/afeitarse</li><li>✓ Plante unas semillas</li><li>✓ Pare un taxi</li><li>✓ Ponga un imperdible</li><li>✓ Doble unos calcetines</li><li>✓ Abra una lata</li><li>✓ Lave un trapo a mano</li><li>✓ Haga una hoguera</li><li>✓ Hinche un globo</li><li>✓ Siegue el trigo</li><li>✓ Ordeñe una vaca</li></ul>	

# PROPUESTA DE PROGRAMA DE ENVEJECIMIENTO ACTIVO

Nombre y apellidos: ..... Fecha .....

## Praxias

3

UTILIZACIÓN DE OBJETOS

Nivel de dificultad: bajo

**Material:** una caja, un trozo de papel de regalo, un pañuelo grande, una venda, una gamuza, unas gafas, un lazo, un zapato con cordones, unos calcetines, un cinturón, un papel, un sobre, una baraja de cartas, un ovillo de lana, aguja e hilo, dos vasos con agua, un plato hondo, una cuchara, tijeras, un papel con un círculo dibujado.

**Instrucciones:** lea las siguientes órdenes una a una y proporcione el material necesario para realizar las siguientes acciones. Lea con voz clara asegurándose de que la persona está atenta a sus indicaciones.

- ✓ Limpie las gafas
- ✓ Haga un lazo
- ✓ Póngase el cinturón
- ✓ Enhebre la aguja
- ✓ Devane un ovillo de lana
- ✓ Recorte el círculo del papel
- ✓ Baraje las cartas
- ✓ Ponga el cordón a los zapatos y haga la lazada
- ✓ Abra la botella
- ✓ Anúdese un pañuelo a la cabeza
- ✓ Doble los calcetines
- ✓ Vierta el agua de un vaso a otro
- ✓ Ponga 3 cucharadas de agua en el plato
- ✓ Póngase la venda en la pierna
- ✓ Doble el papel y métalo dentro del sobre
- ✓ Envuelva la caja

3

# PROPUESTA DE PROGRAMA DE ENVEJECIMIENTO ACTIVO

## 8.7. EJERCICIOS PARA ESTIMULAR GNOSIAS.

<b>Gnosias</b>	<b>4</b>	RECONOCIMIENTO VISUAL
		Nivel de dificultad: alto

**Instrucciones:** explíquelo que van a realizar un ejercicio en el que deberá reconocer algunos elementos que se han fotografiado desde distintas perspectivas. Pídale que observe detenidamente la siguiente lámina y señale: el coche, la silla, el libro, un elefante, un banco.



4

Nombre y apellidos: ..... Fecha .....

<b>Gnosias</b>	<b>11</b>	RECONOCIMIENTO VISUAL
		Nivel de dificultad: medio

**Instrucciones:** pídale que escriba el nombre o significado de los siguientes símbolos:



## PROPUESTA DE PROGRAMA DE ENVEJECIMIENTO ACTIVO

### ➤ ANEXO 9: PROGRAMAS DE ESTIMULACIÓN COGNITIVA MEDIANTE SOFTWARE INFORMÁTICOS.

#### PROGRAMA GRADIOR. FUNDACIÓN INTRAS.



Se trata de una herramienta informática sencilla que facilita a los profesionales el entrenamiento cerebral y la rehabilitación por ordenador de funciones cognitivas como atención, memoria, percepción, cálculo... en personas con demencia, esquizofrenia, parálisis cerebral, retraso mental, etc.

#### PROGRAMA REHACOM



Es un paquete de software que permite entrenar las diversas áreas cognoscitivas, como la atención, memoria, campo visual, pensamiento lógico, solución de problemas, habilidades visuomotoras y comportamiento reactivo de forma motivadora y eficiente, ya que el entrenamiento se adapta al progreso de la persona implicada y la administración es muy variada.

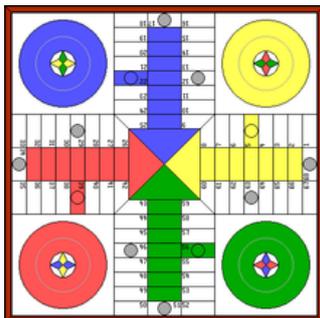
## PROPUESTA DE PROGRAMA DE ENVEJECIMIENTO ACTIVO

### ➤ ANEXO 10: JUEGOS DE MESA Y JUEGOS TRADICIONALES USADOS PARA LA ESTIMULACIÓN COGNITIVA DE LOS PARTICIPANTES.

**Dominó:** El dominó (galicismo de domino) es un juego de mesa en el que se emplean unas fichas rectangulares, generalmente blancas por la cara y negras por el envés, divididas en dos cuadrados, cada uno de los cuales lleva marcado de cero a un determinado número de puntos. El juego completo de fichas de dominó consta normalmente de 28 piezas siendo la ficha más grande la de doble seis. El objetivo del juego es alcanzar una determinada puntuación previamente fijada, jugando para ello las manos o rondas que sean precisas.



El jugador que gana una ronda, suma los puntos de las fichas de sus adversarios y/o pareja. El primer jugador o pareja que alcanza la puntuación fijada al principio de la partida, gana.

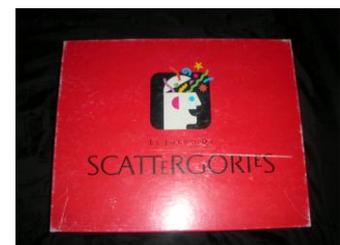


**Parchís:** Se juega con 1 dado y 4 fichas para cada uno de los jugadores. El objeto del juego es que cada jugador lleve sus fichas desde la salida hasta la meta intentando, en el camino, comerse a las demás. El primero en conseguirlo será el ganador.

**Bingo:** Es un juego de azar. Consiste en un bombo con un número determinado de bolas numeradas en su interior. Los jugadores juegan con cartones con números aleatorios escritos en ellos, dentro del rango correspondiente. Un locutor o cantor va sacando bolas del bombo, cantando los números en voz alta. Si un jugador tiene dicho número en su cartón lo tacha, y el juego continúa así hasta que alguien consigue marcar todos los números de su cartón.

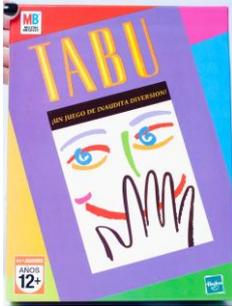


**Scattergories®:** Es un juego de mesa comercial que viene de un juego clásico bastante conocido en el que hay alguien que dice una letra y luego otra persona selecciona una categoría. El fin del juego es intentar decir o escribir en un tiempo determinado el mayor número de palabras posibles relacionadas con la categoría que empiecen por



## PROPUESTA DE PROGRAMA DE ENVEJECIMIENTO ACTIVO

la letra escogida.

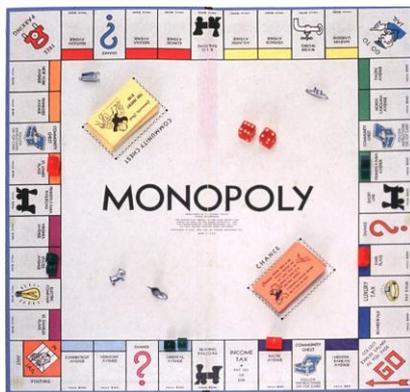


**Tabú®:** Es un juego de mesa que consiste en que un miembro de un equipo debe conseguir que su compañero acierte una palabra antes de que se agote el tiempo marcado. Para ello, el miembro del equipo le irá dando pistas. Pero está prohibido decir las llamadas palabras tabú. Las palabras tabú son palabras relacionadas con la palabra que el compañero debe adivinar.

**SUDOKU:** El objetivo del sudoku es rellenar una cuadrícula de  $9 \times 9$  celdas (81 casillas) dividida en subcuadrículas de  $3 \times 3$  (también llamadas "cajas" o "regiones") con las cifras del 1 al 9 partiendo de algunos números ya dispuestos en algunas de las celdas. Es un pasatiempos de concentración, pues de lo que se trata es de rellenar la cuadrícula con los 9 números de manera que no se deben repetir en una misma fila, ni en la misma columna ni subcuadrícula.

5	3			7				
6			1	9	5			
	9	8					6	
8				6				3
4			8		3			1
7				2				6
	6					2	8	
			4	1	9			5
				8			7	9

**Monopoly®:** Como el nombre sugiere, el objetivo del juego es hacer un monopolio de oferta, poseyendo todas las propiedades inmuebles que aparecen en el juego. Los jugadores mueven sus respectivas fichas por turnos en sentido horario alrededor de un tablero, basándose en la



puntuación de los dados, y caen en propiedades que pueden comprar de un banco imaginario, o dejar que el banco las subaste en caso de no ser compradas. Si las propiedades en las que caen ya tienen dueños, los dueños pueden cobrar por pasar por su propiedad o quien caiga podrá comprárselas. Este juego estimula las funciones ejecutivas pues todo el tiempo ha de estar tomándose decisiones, imaginando los beneficios o

perjuicios de una determinada compraventa.

## PROPUESTA DE PROGRAMA DE ENVEJECIMIENTO ACTIVO

---

### ➤ **ANEXO 11. ESCALA DE SATISFACCIÓN CON EL PROGRAMA DE ENVEJECIMIENTO ACTIVO.**

Puntúa de 0 a 5 cada uno de los aspectos por los que se le pregunta en las siguientes cuestiones: 0 es muy mal, 1 bastante mal, 2 algo mal, 3 algo bien, 4 bastante bien y 5 muy bien.

¿QUÉ LE HA PARECIDO LO CONTENIDOS DESARROLLADOS EN EL PROGRAMA?

0    1    2    3    4    5

¿QUÉ LE HA PARECIDO LA LABOR DE LOS TERAPEUTAS Y TÉCNICOS?

0    1    2    3    4    5

¿CÓMO VALORARÍA LOS TEMAS DE DEBATE TRATADOS EN LAS CHARLAS?

0    1    2    3    4    5

¿CÓMO VALORARÍA LAS ACTIVIDADES FÍSICAS PROPUESTAS?

0    1    2    3    4    5

¿CÓMO VALORARÍA EL TALLER DE ESTIMULACIÓN COGNITIVA EN EL QUE HA PARTICIPADO?

0    1    2    3    4    5

¿CÓMO VALORARÍA LAS EXCURSIONES Y ACTIVIDADES DE OCIO PROPUESTAS?

## PROPUESTA DE PROGRAMA DE ENVEJECIMIENTO ACTIVO

---

0    1    2    3    4    5

¿CÓMO VALORARÍA SU NIVEL DE SATISFACCIÓN CON LA ACTIVIDAD VOLUNTARIA QUE REALIZA?

0    1    2    3    4    5

¿CÓMO VALORARÍA EN GENERAL SU VIDA AHORA, DESPUÉS DE LO APRENDIDO EN EL PROGRAMA?

0    1    2    3    4    5

¿CREE QUE EL PROGRAMA LE VA A AYUDAR A LLEVAR UNA VIDA MENOS SEDENTARIA Y MÁS SATISFACTORIA PARA LOS AÑOS FUTUROS?

0    1    2    3    4    5

ESCRIBA AQUÍ ALGUNA SUGERENCIA QUE LE GUSTARÍA HACERNOS LLEGAR PARA FUTURAS EDICIONES DEL PROGRAMA DE ENVEJECIMIENTO ACTIVO: COSAS QUE NO SE HAN TRATADO, COSAS QUE CAMBIARÍA, ETC.

---

---

---