

**UNIVERSIDAD DE SANTIAGO DE COMPOSTELA**

FACULTAD DE ENFERMERÍA



**LA CALIDAD DE VIDA DE LOS SUJETOS USUARIOS DE LOS  
SERVICIOS DE UN CENTRO SOCIAL DE PERSONAS MAYORES**

TESIS DE DOCTORADO

César Bugallo Carrera

Santiago de Compostela, 2013



**UNIVERSIDAD DE SANTIAGO DE COMPOSTELA**

FACULTAD DE ENFERMERÍA

PROGRAMA DE DOCTORADO EN GERONTOLOGÍA



**LA CALIDAD DE VIDA DE LOS SUJETOS USUARIOS DE LOS  
SERVICIOS DE UN CENTRO SOCIAL DE PERSONAS MAYORES**

REALIZADA POR

**CÉSAR BUGALLO CARRERA**

DIRECTOR DE TESIS

**MANUEL GANDOY CREGO**

Santiago de Compostela, 2013





Manuel Gandoy Crego, Profesor Titular de Universidad del Departamento de Enfermería de la Universidad de Santiago de Compostela, como Director de esta Tesis,

Informa

Que el trabajo adjunto titulado: “La calidad de vida de los sujetos usuarios de los servicios de un centro social de personas mayores” que para optar al grado de Doctor presenta D. César Bugallo Carrera ha sido realizado bajo mi dirección.

Considerando que constituye trabajo de Tesis, autorizo su presentación en la Universidad de Santiago de Compostela.

Prof. Dr. Manuel Gandoy Crego

Santiago de Compostela, 2013



*Nadie envejece solo por vivir*

*un número de años.*

*La gente envejece únicamente*

*al abandonar sus ideales.*

*Los años arrugan el rostro,*

*pero perder el entusiasmo*

*arruga el alma.*

*Marco Tulio Cicerón*



*A mis padres,  
por su continuo apoyo y sacrificio*



## AGRADECIMIENTOS

Cuando decides emprender el largo camino que supone una tesis doctoral lo último en que piensas es en los agradecimientos, pero una vez realizado el recorrido y miras hacia atrás en ese momento te das cuenta de cuánto tienes que agradecer a tanta gente. Por eso, no quiero dejar pasar la oportunidad que se me brinda aquí para, agradecer a todas esas personas que, con su voluntad y empeño, han contribuido a que esa “quimera” hoy deje de ser un sueño para pasar a ser una realidad.

En estas primeras líneas quisiera agradecer al Prof. Manuel Gandoy Crego, director de esta tesis, principalmente por haber creído en mí, por toda su ayuda, por sus horas de dedicación, su esfuerzo y su apoyo. Le agradezco que me haya abierto las puertas de su grupo de investigación, dándome la oportunidad de adentrarme en el maravilloso mundo del conocimiento gerontológico.

Quiero agradecer también a Ramón Vigo y a Pilar Iglesias, entonces alcalde y concejala de servicios sociales del Concello de Cée respectivamente, por haberme abierto las puertas del centro social de personas mayores y haber contribuido a poner los medios para que este trabajo viese finalmente la luz.

También quiero hacer extensivo este agradecimiento al personal del centro social, en concreto a Mariajo, su coordinadora, y a Carmen, por haberme facilitado en gran medida mi labor en el centro, por su amabilidad y disponibilidad.

Quisiera agradecer también a los auténticos protagonistas de este trabajo: a los usuarios del centro social así como a las personas que han accedido a formar parte del grupo control, que de forma totalmente desinteresada, han colaborado con gran motivación en esta investigación abriéndome de par en par las puertas de sus vidas. Gracias a vosotros.

También quiero agradecer a María Teresa Sambade por sus buenos consejos y su continuo apoyo, a mi compañera de departamento Cristina, a mi novia Bea por su infinita paciencia y comprensión, a mis hermanos Eva y David, y como no, a mis mayores referentes: mis padres. A todos vosotros mi más profunda gratitud.

A las personas que, aunque no aparecen aquí con nombres y apellidos, han estado presentes de alguna forma durante el desarrollo de este trabajo y han hecho posible que hoy vea la luz.

A todos mi eterno agradecimiento.

# ÍNDICE DE CONTENIDOS

I. AGRADECIMIENTOS .....	IX
II. ÍNDICE .....	XI
III. ÍNDICE DE TABLAS, ILUSTRACIONES Y ANEXOS .....	XV
IV. INTRODUCCIÓN .....	XXI
<b>PARTE PRIMERA: REVISIÓN CONCEPTUAL Y BIBLIOGRÁFICA .....</b>	<b>29</b>
<b>CAPÍTULO 1. CONCEPTO DE CALIDAD DE VIDA .....</b>	<b>31</b>
<b>CAPÍTULO 2. CONCEPTO DE ENVEJECIMIENTO .....</b>	<b>47</b>
<b>1. CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL ENVEJECIMIENTO HUMANO .....</b>	<b>50</b>
<b>2. TEORÍAS SOBRE EL ENVEJECIMIENTO .....</b>	<b>51</b>
2.1. TEORÍAS MOLECULARES .....	53
2.1.1. Teoría de la restricción del codón .....	53
2.1.2. Teoría de la mutación somática .....	53
2.1.3. Teoría del error .....	54
2.1.4. Teoría de la regulación genética .....	54
2.1.5. Teoría de la pleiotropía antagónica .....	55
2.1.6. Teoría de la desdiferenciación .....	55

2.1.7. Teoría del acortamiento de los telómeros.....	55
2.1.8. Teoría de la hipótesis del soma desechable .....	56
2.2. TEORÍAS CELULARES .....	57
2.2.1. Teoría del deterioro .....	57
2.2.2. Teoría de los pigmentos de la edad .....	58
2.2.3. Teoría del entrecruzamiento molecular .....	59
2.3. TEORÍAS SISTÉMICAS .....	60
2.3.1. Teoría del control neuroendocrino .....	60
2.3.2. Teoría de las relaciones endocrinoinmunológicas.....	61
<b>CAPÍTULO 3. CONCEPTO DE ENVEJECIMIENTO POBLACIONAL.....</b>	<b>63</b>
<b>CAPÍTULO 4. EL ENVEJECIMIENTO ACTIVO.....</b>	<b>73</b>
<b>CAPÍTULO 5. EL APOYO SOCIAL .....</b>	<b>81</b>
<b>1. MODELOS TEÓRICOS DEL APOYO SOCIAL.....</b>	<b>86</b>
1.1. TEORÍAS DEL ESTRÉS.....	86
1.2. TEORÍA DE LA NECESIDAD .....	86
1.3. TEORÍA DEL EFECTO FUNCIONAL .....	87
<b>2. APOYO SOCIAL EN LA VEJEZ .....</b>	<b>87</b>
<b>CAPÍTULO 6. LOS CENTROS SOCIALES DE PERSONAS MAYORES.....</b>	<b>91</b>
<b>1. OBJETIVOS DE LOS CENTROS SOCIALES DE PERSONAS MAYORES.....</b>	<b>95</b>
<b>2. VALORES BÁSICOS DE LOS CENTROS SOCIALES DE PERSONAS MAYORES .....</b>	<b>96</b>
2.1. EL RECONOCIMIENTO DE LA AUTONOMÍA Y DE LA COMPETENCIA DE LAS PERSONAS MAYORES.....	97
2.2. CONCEPCIÓN DE LA PARTICIPACIÓN SOCIAL DE LAS PERSONAS MAYORES COMO UNA CONTRIBUCIÓN NECESARIA Y GENUINA PARA EL CONJUNTO DE LA SOCIEDAD .....	98
2.3. ENTENDER LA PROMOCIÓN DEL ENVEJECIMIENTO ACTIVO COMO UNA ESTRATEGIA CLAVE PARA PREVENIR LAS SITUACIONES DE DEPENDENCIA EN LAS PERSONAS MAYORES .....	99
2.4. LA DEFENSA DE LA INCLUSIÓN SOCIAL DE LAS PERSONAS MAYORES .....	100
<b>3. ORGANIZACIÓN DE LOS CENTROS SOCIALES DE PERSONAS MAYORES .....</b>	<b>101</b>
3.1. LÍNEAS PARA UNA EFICAZ ORGANIZACIÓN DE LOS CENTROS SOCIALES DE PERSONAS MAYORES .....	102

## CAPÍTULO 7. PLAN DE ACTUACIÓN DE LOS CENTROS SOCIALES DE

<b>PERSONAS MAYORES</b> .....	105
<b>1. ÁREAS EN ACTUACIÓN DE LOS CENTROS SOCIALES DE PERSONAS MAYORES</b> .....	108
1.1. ÁREA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD .....	108
1.2. ÁREA DE INTEGRACIÓN Y PARTICIPACIÓN EN LA COMUNIDAD.....	109
1.3. ÁREA DE CULTURA-EDUCACIÓN.....	110
1.4. ÁREA DE OCIO RECREATIVO .....	111
1.4.1. Baile.....	111
1.4.2. Teatro.....	117
1.4.3. Actividad física .....	121
1.4.4. Canto.....	130
1.4.5. Taller memoria.....	134
<b>2. EL CENTRO SOCIAL DE PERSONAS MAYORES ESTUDIADO</b> .....	136
2.1. RELACIÓN DEL PERSONAL .....	138
2.2. EQUIPAMIENTO MATERIAL .....	139
2.3. NORMATIVA DEL RÉGIMEN INTERNO DEL CENTRO SOCIAL .....	139
2.3.1. Usuarios.....	139
2.3.2. Derechos .....	140
2.3.3. Deberes .....	140
2.3.4. Faltas y sanciones.....	141
<b>2.3.4.1. Faltas leves</b> .....	141
<b>2.3.4.2. Faltas graves</b> .....	141
<b>2.3.4.3. Sanciones</b> .....	141
2.4. PRINCIPALES ACTIVIDADES DEL CENTRO .....	142
2.4.1. Cocina .....	142
2.4.2. Costumizado de ropa.....	143
2.4.3. Pintura .....	144
2.4.4. Bisutería.....	145
2.4.5. Manualidades .....	146
2.4.6. Baile .....	147
2.4.7. Un momento para el encuentro.....	148
2.4.8. Informática .....	149
2.4.9. Cuero .....	150
2.4.10. Encaje de bolillos .....	151

2.4.11. Gerontogimnasia .....	152
2.4.12. Teatro .....	153
2.4.13. Coro .....	154
2.4.14. Memoria .....	155
<b>PARTE SEGUNDA: ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN .....</b>	<b>157</b>
<b>CAPÍTULO 8. JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS.....</b>	<b>159</b>
<b>1. JUSTIFICACIÓN .....</b>	<b>161</b>
<b>2. OBJETIVOS .....</b>	<b>166</b>
<b>CAPÍTULO 9. METODOLOGÍA .....</b>	<b>169</b>
<b>1. DESCRIPCIÓN CUBRECAVI.....</b>	<b>174</b>
1.1. APLICACIONES DEL CUBRECAVI .....	185
1.2. FIABILIDAD.....	186
1.3. VALIDEZ.....	187
1.3.1. Validez de constructo.....	187
1.3.2. Validez de criterio .....	190
1.4. APLICACIONES .....	192
1.5. ADMINISTRACIÓN.....	193
1.6. PUNTUACIÓN.....	194
<b>2. DESCRIPCIÓN DEL CUESTIONARIO DE ESTADO MENTAL PORTÁTIL DE PFEIFFER .....</b>	<b>194</b>
<b>CAPÍTULO 10. RESULTADOS .....</b>	<b>197</b>
<b>CAPÍTULO 11. DISCUSIÓN .....</b>	<b>259</b>
<b>CAPÍTULO 12. CONCLUSIONES.....</b>	<b>275</b>
<b>CAPÍTULO 13. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>283</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>311</b>

# ÍNDICE DE TABLAS, ILUSTRACIONES Y ANEXOS

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Orden de elección de los componentes de la calidad de vida de las personas mayores .....	175
Tabla 2: Consistencia interna de las escalas del CUBRECAVI.....	186
Tabla 3: Pesos factoriales de los elementos del CUBRECAVI.....	188
Tabla 4: Análisis de regresión (muestra de residentes en la comunidad).....	192
Tabla 5: Análisis de regresión (muestra personas que viven en residencias de ancianos).....	192
Tabla 6: Matriz correlaciones grupo experimental.....	252
Tabla 7: Matriz correlaciones grupo experimental.....	252
Tabla 8: Matriz correlaciones grupo experimental.....	253
Tabla 9: Matriz correlaciones grupo control .....	256
Tabla 10: Matriz correlaciones grupo control .....	257
Tabla 11: Matriz correlaciones grupo control .....	257

## ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1: Media de edad .....	200
Ilustración 2: Sexo .....	200
Ilustración 3: Estado civil .....	201
Ilustración 4: Educación .....	202
Ilustración 5: Ingresos .....	203
Ilustración 6: Salud subjetiva. Primera evaluación .....	204
Ilustración 7: Salud subjetiva. Segunda evaluación .....	205
Ilustración 8: Salud subjetiva. Tercera evaluación .....	205
Ilustración 9: Salud objetiva. Primera evaluación .....	207
Ilustración 10: Salud objetiva. Segunda evaluación .....	208
Ilustración 11: Salud objetiva. Tercera evaluación .....	209
Ilustración 12: Salud psíquica. Primera evaluación .....	210
Ilustración 13: Salud psíquica. Segunda evaluación .....	211
Ilustración 14: Salud psíquica. Tercera evaluación .....	211
Ilustración 15: Integración social 1. Primera evaluación .....	212
Ilustración 16: Integración social 1. Segunda evaluación .....	213
Ilustración 17: Integración social 1. Tercera evaluación .....	214
Ilustración 18: Integración social 2. Primera evaluación .....	215
Ilustración 19: Integración social 2. Segunda evaluación .....	215
Ilustración 20: Integración social 2. Tercera evaluación .....	216
Ilustración 21: Habilidades funcionales 1. Primera evaluación .....	217
Ilustración 22: Habilidades funcionales 1. Segunda evaluación .....	218
Ilustración 23: Habilidades funcionales 1. Tercera evaluación .....	218
Ilustración 24: Habilidades funcionales 2. Primera evaluación .....	219
Ilustración 25: Habilidades funcionales 2. Segunda evaluación .....	220
Ilustración 26: Habilidades funcionales 2. Tercera evaluación .....	221
Ilustración 27: Actividad y ocio 1. Primera evaluación .....	222
Ilustración 28: Actividad y ocio 1. Segunda evaluación .....	223
Ilustración 29: Actividad y ocio 1. Tercera evaluación .....	223
Ilustración 30: Actividad y ocio 2. Primera evaluación .....	225



Ilustración 61: Deterioro cognitivo. Segunda evaluación .....	248
Ilustración 62: Deterioro cognitivo. Tercera evaluación .....	249



## ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1: Cuestionario Breve de la Calidad de vida (CUBRECAVI).....	315
Anexo 2: Cuestionario de estado mental portátil de Pfeiffer.....	327







## ***INTRODUCCIÓN***





El envejecimiento progresivo de la población es un hecho que afecta a la población mundial, es decir, todas las poblaciones mundiales envejecen independientemente de las regiones geográficas donde se ubiquen pero, si cabe, esta circunstancia se produce con mayor fuerza en las sociedades avanzadas como son las sociedades europeas.

Esta situación es producto, entre otros factores, de la disminución de la fecundidad así como del aumento de la esperanza de vida debido en gran parte a los avances médicos y a las mejoras de la calidad de vida, propiciando de este modo la aparición de un colectivo de personas mayores con un peso poblacional, social, económico y político cada vez mayor.

Como respuesta a esas demandas los poderes políticos y sociales han realizado una serie de reformas legislativas así como la creación de una serie de equipamientos para atender las necesidades de este colectivo.

En medio de este contexto es donde nacen los centros sociales de personas mayores concebidos como recursos gerontológicos abiertos a la comunidad que se dirigen a promover el envejecimiento activo, favoreciendo el desarrollo personal, la convivencia y la participación social. Estos centros fueron concebidos en su origen como lugares de encuentro de personas mayores, cuya filosofía se centraba en proporcionar un local en el que las personas mayores se pudieran reunir para fomentar las relaciones y disfrutar del tiempo libre.

Sin embargo, en la actualidad, la oferta de actividades se ha diversificado ampliamente hasta convertir a estos centros en importantes lugares de ocio y aprendizaje. El objetivo es que las personas mayores sean las protagonistas, es decir, se busca su participación en charlas, cursos y talleres, animándolos, en definitiva, a envejecer en compañía y a ampliar sus redes de relación.

Por todo ello, el objetivo principal de esta tesis doctoral es comprobar si la asistencia a los centros sociales de personas mayores es un medio eficaz para la mejora de la calidad de vida de dichas personas, es decir, si los usuarios de dichos centros tienen una mejor calidad de vida que aquellos que no acuden a ellos. Para ello hemos seleccionado dos grupos: uno experimental y otro control. A continuación, les hemos administrado dos pruebas: el Cuestionario Breve de la Calidad de Vida (CUBRECAVI), y el Cuestionario de Estado Mental Portátil de Pfeiffer.

El presente trabajo consta de dos partes diferenciadas. La primera parte denominada “Revisión conceptual y bibliográfica”, que se extiende desde el capítulo 1 al capítulo 7 y en la que revisamos el estado actual del conocimiento del tema de la presente tesis doctoral. La segunda parte, que denominamos “Estudio de investigación”, abarca desde el capítulo 8 al capítulo 13, y hace referencia a la investigación objeto de este trabajo que lleva por título “La calidad de vida de los sujetos usuarios de los servicios de un centro social de personas mayores”.

El capítulo 1 “Concepto de calidad de vida” recoge una revisión de dicho concepto tanto desde la propia OMS como de diferentes autores para así poder comprender mejor el estado actual de la cuestión.

En el capítulo 2 “Concepto de envejecimiento” nos ocupamos de la definición de dicho término, asimismo realizamos un análisis de las características generales del envejecimiento humano para terminar con una breve descripción de las diferentes teorías sobre el envejecimiento.

En el capítulo 3 “Concepto de envejecimiento poblacional” analizamos dicho concepto así como las causas que llevan al envejecimiento de la población. Del mismo modo, hacemos un repaso del envejecimiento de las poblaciones a nivel internacional, nacional y regional, así como sus proyecciones futuras.

El capítulo 4 “El envejecimiento activo” versa sobre la evolución de dicho concepto, asimismo realizamos un repaso de los factores que influyen en el envejecimiento activo así como de los pilares en los que se asienta.

En el capítulo 5 “El apoyo social” nos ocupamos de la definición del concepto así como de los diferentes modelos teóricos existentes sobre el mismo, y posteriormente nos centramos en el apoyo social en la vejez.

En el capítulo 6 “Los centros sociales de personas mayores” hacemos un repaso sobre los diferentes tipos de equipamientos gerontológicos para después centrarnos en los centros sociales, en sus objetivos, y en sus valores básicos.

En el capítulo 7 “El plan de actuación de los centros sociales de personas mayores” nos centramos en las diferentes áreas de actuación donde se debe incidir en estos centros, como son: la promoción de la salud, la integración y la participación en la comunidad, la cultura y la educación, y el ocio recreativo.

En el capítulo 8 “Justificación y objetivos”, ya enmarcado en la segunda parte de nuestro trabajo, se recoge el motivo de esta tesis doctoral así como los objetivos que se pretenden alcanzar, posteriormente nos centraremos en el centro social de personas mayores estudiado.

En el capítulo 9 “Metodología”, se recoge el procedimiento utilizado en nuestra investigación, los datos y las características de la muestra seleccionada, así como los instrumentos utilizados.

En el capítulo 10 “Resultados”, aparecen los resultados obtenidos después de la exploración de todos los datos recogidos en las tres evaluaciones, tanto en el grupo experimental como en el grupo control. En un primer lugar se presenta un análisis

descriptivo de los mismos, y a continuación se presenta los resultados de los análisis de correlación de Pearson de las variables más interesantes en nuestro estudio.

En el capítulo 11 “Discusión”, comentamos los hallazgos propios de nuestra investigación en relación con otros trabajos previos, así como las diferencias entre los resultados propios y los de otros autores, asimismo proponemos futuras líneas de investigación.

En el capítulo 12 “Conclusiones”, exponemos las conclusiones a las que hemos llegado en función de los datos obtenidos.

El presente trabajo de investigación se concluye en el capítulo 13 “Referencias bibliográficas”, donde recogemos las referencias bibliográficas aparecidas a lo largo de toda la tesis, así como de otra bibliografía consultada. En la documentación anexa adjuntamos los instrumentos de valoración utilizados para facilitar una mayor comprensión de los mismos.



**PARTE PRIMERA**

**REVISIÓN CONCEPTUAL  
Y BIBLIOGRÁFICA**





## **CAPÍTULO 1.**

# ***CONCEPTO DE CALIDAD DE VIDA***





Aunque la preocupación por la calidad de vida existe desde hace largo tiempo, el término por el que hoy en día lo conocemos proviene de mediados del siglo pasado. Dicho término, en un primer momento, era utilizado en temas ambientales. Sin embargo, a consecuencia de la creciente preocupación por indagar en el bienestar del ser humano en la nueva sociedad industrializada, los investigadores de las ciencias sociales se propusieron cuantificarla, y para ello crearon una serie de indicadores sociales para medir las variables que conforman el bienestar de una población. Estos constructos, según Arostegui (1998), tuvieron su propia evolución siendo en un primer momento referencia de las condiciones objetivas, de tipo económico y social, para en un segundo momento contemplar elementos subjetivos.

En efecto, a pesar de ser éste un tema de gran importancia desde mediados del anterior siglo y objeto de infinidad de investigaciones, podemos afirmar que actualmente aún no existe una definición de consenso al respecto, y aunque en un

principio se centran en torno a los componentes objetivables del concepto, parece que hoy en día la inmensa mayoría de los autores aceptan que el concepto de calidad de vida tiene un carácter multidimensional y que comprende tanto un componente objetivo, determinado por las condiciones socioeconómicas, como un componente subjetivo que es la autopercepción del bienestar individual.

El hablar de calidad de vida llanamente suena un poco abstracto. Para referirse a este concepto, hay que establecer claramente cuál es su interpretación y en qué sentido se utiliza. El mismo nace a mediados del siglo XX y con él, un vasto número de científicos que le dan diferentes interpretaciones.

Su nacimiento obedece a la problemática del desarrollo económico que incluye una creciente integración de tecnología derivada del avance científico. Se pretende atender con visión sistemática los problemas que acarrearán el progreso tecnológico, el crecimiento de la población, la dinámica de los procesos de urbanización y, en general, la búsqueda del bienestar.

En efecto, la calidad de vida es un concepto amplio e incluye no solo el estado de salud sino también la economía, la educación, el medio ambiente, la legislación, o el sistema de salud. Akerlind y Hornquist (1989) la definen como la percepción global de satisfacción en un determinado número de dimensiones clave, con especial énfasis en el bienestar del individuo. Esta definición incluye las causas externas al individuo que pueden modificar su salud o su estado de salud.

Aunque no hay todavía ningún acuerdo general respecto a la definición precisa de la calidad de vida, resulta útil perfilar algunas cuestiones o ideas clave (Cummins, 1997,1999):

- La calidad de vida es un concepto multidimensional y generalmente se considera que comprende componentes tanto objetivos como subjetivos.
- Generalmente se está de acuerdo en que la calidad de vida comprende un número diverso de ámbitos de la vida, aunque exista todavía alguna discrepancia acerca del número real y las características de tales ámbitos.
- La calidad de vida debe reflejar las normas culturales de bienestar objetivo.
- Dentro de la dimensión subjetiva, las personas otorgan un peso específico diferente a los distintos ámbitos de su vida. Es decir, algunos ámbitos son considerados más importantes para algunos individuos que para otros.
- Cualquier definición de calidad de vida debe ser aplicable por igual a todas las personas, cualesquiera que sean sus circunstancias vitales.

Teniendo en cuenta todo lo mencionado anteriormente, consideramos que una forma para acercarnos al concepto de calidad de vida sería la de analizar las principales definiciones de diferentes autores que intentaron enfatizar los distintos componentes del mismo. Así, a continuación, procederemos a mencionarlas.

Según Blanco Abarca (1985) la relación entre felicidad y bienestar económico concede a la calidad de vida un profundo sentido psicosocial. De igual modo, García Riaño (1991) pone de manifiesto como el término calidad de vida sería el resultado actual de la evolución temporal de una serie de términos que han ido apareciendo en el tiempo, sustituyendo a los anteriores, aunque todos permanecen en la actualidad. Según este autor, los principales términos serían: satisfacción con la vida, moral, ajuste personal, felicidad, salud y bienestar. Asimismo, también señala como todos ellos hacen referencia a abstracciones, a una dimensión subjetiva, que presentan la dificultad de una definición concreta y universal, pero que en ningún caso se confunden, ya que la diferencia vendría dada en función de la amplitud de su campo, es decir, al aparecer un nuevo término, éste iría comprendiendo el campo abarcado por los precedentes, siendo el de mayor amplitud el de calidad de vida que, por tanto, incluye al de bienestar y salud, como éstos hacen respecto al de felicidad.

De igual modo, Dalkey y Rourke (1973) definen la calidad de vida como un sentimiento personal de bienestar, de satisfacción/insatisfacción con la vida o de felicidad/infelicidad. Asimismo, Andrews y Whitney (1976) aportan una definición muy psicologicista del término, y señalan que la calidad de vida no es realmente el reflejo de las condiciones de los escenarios físicos, interpersonales y sociales, sino como dichos escenarios son evaluados y juzgados por el individuo.

En cuanto a Shin y Jonson (1978), estos autores consideran que la calidad de vida sería la posesión de los recursos que se necesitan para la satisfacción de las necesidades o deseos, participación en actividades que hagan posible el desarrollo personal, y autoactualización y comparación satisfactoria de uno mismo con otros.

En cuanto a la Encuesta sobre la Calidad de Vida de 1979, ésta concluye que la calidad de vida en una sociedad sería, en suma, el grado en que las condiciones en dicha sociedad permiten a sus miembros realizarse de acuerdo con los valores ideológicos establecidos, proporcionándoles una experiencia subjetiva satisfactoria de su existencia.

De igual modo, Levi y Anderson (1980), desde una perspectiva psicológica, entienden por calidad de vida una medida compuesta de bienestar físico, mental y social, tal y como lo percibe cada individuo y cada grupo, y de felicidad, satisfacción y recompensa. Así pues, para estos autores, los ejes constituyentes de la calidad de vida serían la felicidad, la satisfacción con la vida y el bienestar.

En cuanto a Viney y Westbrook (1981), señalan el carácter multidimensional y complejo del concepto de calidad de vida, y lo refieren a la manera en que los pacientes hacen significativas sus experiencias. Siguiendo a estos autores, Cuervo-Arango (1993), articula estos conceptos y considera que el estudio de la calidad de vida desde una perspectiva psicológica se convierte en el estudio subjetivo del bienestar individual o grupal. A su vez, considera la satisfacción con la vida como un indicador de bienestar y, por tanto, como un indicador subjetivo de calidad de vida, concepto que según esta autora hace referencia y debe su existencia a la felicidad, entendida ésta como fin último hacia el que tiende el ser humano.

Por su parte, McDowell y Newell (1987) describen la evolución que ha sufrido el concepto de calidad de vida desde una concepción puramente material en términos de ingresos, posesiones y símbolos de éxito profesional hacia una concepción más

espiritual, en la que los ejes constitutivos serían conceptos más subjetivos tales como satisfacción con la vida, desarrollo personal y participación en la comunidad.

Para Walter y Rosser (1987) el término calidad de vida representa un amplio espectro de dimensiones de la experiencia humana que van desde aquellas asociadas a las necesidades vitales, tales como cobijo y comida, a aquellas asociadas con desarrollar un sentido de plenitud y felicidad personal.

De igual modo, para Wiklund, Lindvall, Swedberg, y Zukis (1987) la calidad de vida es la disminución de la sintomatología, incremento del bienestar, y mantenimiento de una buena capacidad funcional para llevar a cabo las actividades básicas de la vida diaria. Asimismo, Goodinson y Singleton (1989), definen la calidad de vida como el grado de satisfacción con las circunstancias percibidas de la vida.

Del mismo modo, García-Riaño e Ibáñez (1992) consideran que a pesar de la pluralidad de las dimensiones intervinientes en la calidad de vida, ésta se debe estimar desde la unidad, concibiéndola como la valoración que el sujeto hace, en un momento dado, de su vida completa considerada como un todo, con referencia no sólo al momento actual, sino también a un pasado más o menos próximo y a un futuro más o menos distante.

Por otro lado, Ruiz-Ros y Peris Pascua (1992) señalan que la mayoría de los autores apuntan la necesidad de una conceptualización precisa de calidad de vida para poder determinar qué parámetros la definen, y qué peso tienen sus componentes objetivos y subjetivos. De igual modo, pone de manifiesto la existencia de una serie de

características comunes en gran parte de las aproximaciones conceptuales a la calidad de vida, así, destaca como elementos comunes: una referencia a la relación del individuo con su vida, un enfoque multidimensional donde se incluyen todos aquellos factores que dan carácter integral al ser humano, una especial atención a la valoración subjetiva que la persona hace de su propia vida, y la calidad de vida se designa como un fin prioritario para los cuidados de salud, sistemas de salud y programas sociales.

En cuanto a Felce y Perry (1995), estos autores encontraron diversos modelos conceptuales de calidad de vida. Según estas conceptualizaciones la calidad de vida ha sido definida como la calidad de las condiciones de vida de una persona, como la satisfacción experimentada por la persona con dichas condiciones vitales, como la combinación de componentes objetivos y subjetivos, es decir, calidad de vida definida como la calidad de las condiciones de vida de una persona junto a la satisfacción que ésta experimenta, y como la combinación de las condiciones de vida y la satisfacción personal ponderadas por la escala de valores, aspiraciones y expectativas personales.

En cuanto a Schalock (1996), la investigación sobre la calidad de vida es importante porque el concepto está emergiendo como un principio organizador que puede ser aplicable para la mejora de una sociedad sometida a transformaciones sociales, políticas, tecnológicas y económicas. Sin embargo, la verdadera utilidad del concepto se percibe sobre todo en los servicios humanos, inmersos en una Quality Revolution que propugna la planificación centrada en la persona y la adopción de un modelo de apoyos y de técnicas de mejora de la calidad, de modo que el concepto puede utilizarse para varios propósitos, como son: la evaluación de las necesidades de las personas y sus niveles de satisfacción, la evaluación de los resultados de los programas

y servicios humanos, la dirección y guía en la provisión de estos servicios y la formulación de políticas nacionales e internacionales dirigidas a la población general y a otras más específicas.

En definitiva, a pesar de las múltiples definiciones que se han dado a lo largo del tiempo del concepto calidad de vida, podemos decir que actualmente es considerado como el bienestar, felicidad, satisfacción de la persona que le permite una capacidad de actuación o de funcionar en un momento dado de la vida. Éste, es un concepto subjetivo, propio de cada individuo, que está muy influido por el entorno en el que vive, como: la sociedad, la cultura, las escalas de valores...

Así, siguiendo esta última definición, para la OMS, la calidad de vida es la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, y sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno.

En efecto, el concepto de calidad de vida en términos subjetivos, surge cuando las necesidades primarias básicas han quedado satisfechas con un mínimo de recursos, asimismo, parece que este concepto apareciera cuando está establecido un bienestar social como ocurre en los países desarrollados.

Una vez repasadas todas las definiciones anteriores y atendiendo a la realizada por la propia OMS, podemos resaltar algunas características del concepto calidad de vida, como las siguientes:

- Es un concepto subjetivo: Cada ser humano tiene su concepto propio sobre la vida y sobre la calidad de vida y la felicidad.
- Es un concepto universal: Las dimensiones de la calidad de vida son valores comunes en las diversas culturas.
- Es un concepto holístico: La calidad de vida incluye todos los aspectos de la vida, repartidos en las tres dimensiones de la calidad de vida, según explica el modelo biopsicosocial, es decir, el ser humano es un todo.
- Es un concepto dinámico: Dentro de cada persona, la calidad de vida cambia en periodos cortos de tiempo; unas veces somos más felices y otras menos.
- Existe una interdependencia entre las dimensiones que conforman al concepto: Los aspectos o dimensiones de la vida están interrelacionados, de tal manera que cuando una persona se encuentra mal físicamente o está enferma, le repercute en los aspectos afectivos o psicológicos y sociales.

Una vez aclarado la esencia del concepto calidad de vida, debemos mencionar que actualmente está en auge otro concepto que nace dentro del campo de la salud que se conoce como calidad de vida relacionada con la salud.

Si bien el tema de la calidad de vida o de la buena vida está presente desde la época de los antiguos griegos, la instalación del concepto dentro del campo de la salud es relativamente reciente, teniendo un gran auge en la década de los 90, situación que se mantiene en estos primeros años del siglo XXI. Sólo mencionar un dato, anualmente se publican en revistas médicas más de 2000 artículos al respecto, demostrando de esta forma el gran interés existente como la amplia gama de acepciones del término.

Por otra parte, la vida actual, caracterizada por un aumento en la longevidad, no está necesariamente asociada a mejor calidad de vida. El aumento de la frecuencia y velocidad de los cambios sociales y tecnológicos, la inseguridad constante, el exceso de información, el desempleo o el pluriempleo, los cambios en la estructura familiar, la pérdida de motivaciones, lealtades, valores, señalan los múltiples factores estresantes a que estamos sometidos la mayoría de los seres humanos. Asimismo, se conoce que el estrés predispone a la enfermedad y deteriora la calidad de vida. En este sentido, el Grupo de Trabajo Europeo de la OMS, estima para el 2020 que el stress sea la causa principal de muerte, vinculándola en primer lugar a afecciones cardiovasculares y a las depresiones con su consecuente riesgo de suicidio.

En este sentido, cabe mencionar que el avance en la medicina con la consecuente evolución de los diferentes tratamientos, aumentaron de forma considerable la esperanza de vida, pero con ella lleva parejo el aumento en la prevalencia de enfermedades crónicas, para las cuales no existe una curación total y donde el objetivo del tratamiento es atenuar o eliminar síntomas, evitar complicaciones y mejorar el bienestar de los pacientes. En este sentido, se llegó a la conclusión de que las medidas clásicas de resultados en medicina, como la mortalidad, la morbilidad, y la expectativa

de vida, no sean suficientes para evaluar la calidad de los servicios de salud. En este contexto, la incorporación de la medida de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) como una medida necesaria ha sido una de las mayores innovaciones en las evaluaciones.

En efecto, este nuevo concepto de CVRS aporta novedades importantes a las ciencias de la salud como la incorporación de la percepción del paciente, y como una necesidad en la evaluación de los resultados en la salud, debiendo para ello desarrollar los instrumentos necesarios para que esa medida sea válida y fiable, así que aporte evidencia empírica con base científica al proceso de toma de decisiones en salud.

En este sentido, podemos decir que la evaluación de la calidad de vida en un paciente representa el impacto que una enfermedad y su consecuente tratamiento tienen sobre la percepción del paciente de su bienestar. Así la podemos definir como la medida en que se modifica el valor asignado a la duración de la vida en función de la percepción de las limitaciones físicas, psicológicas, sociales y de disminución de oportunidades a causa de la enfermedad, sus secuelas, el tratamiento y las políticas de salud.

La esencia de este concepto está en reconocer que la percepción de las personas sobre su estado de bienestar físico, psíquico, social y espiritual depende en gran parte de sus propios valores y creencias, su contexto cultural e historia personal. Siguiendo esto, parece claro que la calidad de vida es una noción eminentemente humana que se relaciona, entre otras cosas, con: el grado de satisfacción que tiene la persona con su

situación física, su estado emocional, su vida familiar, amorosa y social así como con el sentido que le atribuye a su vida.

Los métodos actuales de evaluación de la calidad de vida en relación a la salud se han desarrollado sobre todo a partir de tres tradiciones de investigación. Estas son, por una parte, la investigación de la felicidad, proveniente de la tradición psicológica definida como un constructo psicológico posible de ser investigado. Así, la demostración por parte de los psicólogos de que las respuestas subjetivas como los sentimientos y los deseos podían evaluarse de modo fiable y válido a través de tests, contribuyó a jerarquizar este campo del conocimiento y llevó al desarrollo importante de la psicometría como soporte técnico de las evaluaciones.

Otra tradición de investigación es la investigación en indicadores sociales, proveniente de las ciencias sociales, que se centró en los determinantes sociales y económicos del bienestar, sin embargo, algunos estudios mostraron la escasa relación entre indicadores objetivos de satisfacción con la vida y las apreciaciones subjetivas. A partir de entonces, las líneas de investigación en el campo social divergen, desde las que continúan centrándose en indicadores objetivos a las que se concentran en indicadores subjetivos. Dentro de esta línea, diversos investigadores siguen discutiendo si la satisfacción debe medirse globalmente o en relación a distintos ámbitos de la vida. Así, los distintos modelos teóricos sobre necesidades humanas incluyen, a pesar de sus diferencias teóricas, las siguientes categorías de necesidades: las necesidades fisiológicas, las necesidades de relación emocional con otras personas, las necesidades de aceptación social, y las necesidades de realización y de sentido.

La tercera tradición de investigación es la del área de la salud, en este sentido la Organización Mundial de la Salud (OMS) fue la pionera en el futuro de la calidad de vida relacionada con la salud, al definirla, ya en 1948, como un estado de completo bienestar físico, psíquico y social y no meramente la ausencia de enfermedad.

En este sentido, el grupo WHOQOL establece una serie de puntos en relación a las medidas de calidad de vida relacionada con la salud aceptadas por diversos grupos de investigación. Este punto de consenso al que llegaron los investigadores es que las medidas de CVRS deben ser: subjetivas, es decir, recoger la percepción de la persona involucrada; multidimensionales, es decir, relevar diversos aspectos de la vida del individuo, en los niveles físico, emocional, social, interpersonal, etc.; incluir sentimientos positivos y negativos; y registrar la variabilidad en el tiempo, es decir, la edad, la etapa vital que se atraviesa, el momento de la enfermedad que se cursa, marcan diferencias importantes en los aspectos que se valoran.

Para concluir sólo mencionar que las recientes investigaciones en psico-neuro-inmuno-endocrinología comienzan a sentar bases empíricas que establecen relaciones entre el estado de ánimo e inmunidad y a su vez la influencia sobre el estado de ánimo de la esperanza, las ganas de vivir o, por lo contrario, el desaliento, la pérdida de sentido, o la soledad. Desde el punto de vista clínico es fácilmente comprobable como, para muchos pacientes, sus valores personales o sus creencias religiosas, ideológicas, o políticas, influyen sobre su estado de ánimo y pueden ser una fuente de fortaleza que influye sobre la salud. La necesidad de darle un sentido a la vida es un rasgo universal, y su ausencia puede llevar al nacimiento de sentimientos de vacío y desesperación. Esta necesidad de esperanza y voluntad de vivir es importante tanto para personas sanas

como enfermas, de hecho, se ha demostrado que para los pacientes estos sentimientos son factores importantes en el proceso de recuperación. Para muchas personas la fe en sí mismos, en los otros o en un ser superior contribuye a dar sentido a la vida y puede tener influencia sobre el nivel de esperanza y el deseo de vivir. Con el avance de la investigación psico-neuro-inmuno-endocrina se empieza a comprender mejor los mediadores fisiológicos que explican el papel en los sucesos vitales estresantes y el soporte social, en la salud y en la calidad de vida percibida.





## **CAPÍTULO 2.**

# ***CONCEPTO DE ENVEJECIMIENTO***





A lo largo del tiempo, se han realizado numerosas definiciones de envejecimiento o senescencia. Es difícil establecer con precisión el concepto pero, hoy en día, en general, todos los autores coinciden en que se trata de un proceso dinámico, multifactorial e inherente a todos los seres vivos.

Podríamos definir el envejecimiento o senescencia como el proceso por el que el individuo con el paso del tiempo va sufriendo modificaciones morfológicas y fisiológicas, lo que supone una disminución de la capacidad de adaptación en cada uno de los órganos, aparatos y sistemas, así como de la capacidad de respuesta a los agentes lesivos que inciden en el individuo.

En efecto, no todo el organismo envejece simultáneamente sino que existen funciones que permanecen en el individuo hasta muy avanzada edad y otras que se pierden precozmente.

Así, para algunos autores, es posible separar el concepto de envejecimiento y de patología asociada a la edad, en este caso estaríamos hablando de envejecimiento fisiológico o eugérico cuando ocurra primordialmente en función del paso del tiempo, sin estar demasiado condicionado por alteraciones patológicas o por factores ambientales.

De igual modo, nos encontramos con otra corriente de autores que defienden que resulta imposible separar envejecimiento y patología asociada a la edad.

## **1. CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL ENVEJECIMIENTO HUMANO**

Aunque los caracteres externos del envejecimiento varían de una raza a otra, y de una persona a otra, se pueden citar algunas características generales del envejecimiento humano:

- Pérdida progresiva de la capacidad visual: Síntomas que conducen a la presbicia, miopía, cataratas, etc.
- Pérdida de la elasticidad muscular.
- Pérdida de la agilidad y capacidad de reacción refleja.
- Degeneración de estructuras óseas: aparición de deformaciones debido a acromegalias, osteoporosis, artritis reumatoideas.
- Aparición de demencias seniles: enfermedad de Alzheimer.

- Pérdida de la capacidad de asociación de ideas.
- Distensión creciente de los tejidos de sostén muscular por efecto de la gravedad terrestre (caída de los senos en la mujer, pérdida de la tonicidad muscular).
- Pérdida progresiva de la fuerza muscular y de la vitalidad.
- Aumento de la hipertensión arterial.
- Pérdida de la capacidad inmunitaria frente a agentes contagiosos.
- Disminución del colágeno de la piel y de la absorción de proteínas, aparición de arrugas.
- Pérdida progresiva de los sentidos del gusto y de la audición.
- Pérdida progresiva de la libido, disminución de la espermatogénesis en el hombre, menopausia en la mujer.

## **2. TEORÍAS SOBRE EL ENVEJECIMIENTO**

La duración máxima potencial de la vida es una característica constitucional de las especies bajo influencias ambientales y controles poligenéticos. La enorme heterogeneidad genética que caracteriza a muchas especies, y la complejidad de las experiencias ambientales crea variaciones cuantitativas y cualitativas en el fenotipo de la senectud. Hasta el momento, no existe una única teoría que explique por sí misma todos los fenotipos del envejecimiento, casi todos resultan de la interacción entre naturaleza y alimentación, y un enfoque integrador de estas interacciones podría ayudar a una comprensión fundamental del mismo. Consecuentemente, un análisis de los

acontecimientos moleculares, celulares y sistémicos podría vislumbrar una vía para comprender la biología y la patología de envejecer.

En cuanto al primer grupo de teorías son las denominadas **teorías moleculares**, que defienden que la duración de la vida de cualquier especie está gobernada por genes que interactúan con factores ambientales. La información genética es almacenada en los genes, es transcrita al ARN, y es subsiguientemente traducida en proteínas. Estas proteínas, bien estructurales bien funcionales, controlan la forma y la función de los organismos. El envejecimiento podría ser el resultado de cambios en la actividad de los templates de ADN, los cuales regulan la formación de los productos celulares terminales.

Estas teorías moleculares empiezan con los siguientes conceptos:

- Todos los individuos de una especie tienen una duración de vida casi similar.
- Los individuos de especies diferentes tienen duraciones de vida también diferentes.

Según dichas teorías es presumible asumir que existe algún programa genético que determina la máxima duración de la vida para cada especie.

Ahora vamos a proceder a comentar, de una forma general, las principales teorías de este grupo.

## 2.1. TEORÍAS MOLECULARES

### 2.1.1. Teoría de la restricción del codón

La teoría de la restricción del codón en el envejecimiento está basada en la hipótesis de que la fidelidad o exactitud de la traducción, que dependen de la habilidad de las células para decodificar los triplete, codones en las moléculas del ARNm está alterada en el envejecimiento. Las lecturas adecuadas de los codones se llevan a cabo por dos biomoléculas principales: ARNt o ARN de transferencia, y aminoacil-ARNt sintetasa puede alterar la proporción de las traslaciones o traducciones. Como resultado de la diferenciación, las células podrían perder su capacidad para traducir información genética.

### 2.1.2. Teoría de la mutación somática

Esta teoría defiende que la alteración de la estructura de las moléculas del ADN altera el mensaje genético y da como resultado diferencias en la estructura de proteínas, las cuales conducen a déficits fisiológicos.

Asimismo, considera que la exposición a la radiación lesiona el ADN, y como consecuencia induce mutaciones que, a su vez, conducen a una progresiva pérdida de genes en las células posmitóticas durante toda la vida. La elevada proporción de mutaciones y la pérdida de genes funcionales disminuyen la proporción de la producción de proteínas funcionales y produce muerte celular hasta un nivel crítico.

En la actualidad, las mutaciones somáticas no son consideradas como causa probable de envejecimiento, porque la proporción a la que aparecen, en ausencia de radiaciones ionizantes, es demasiado baja para contar sobre todos los cambios de la edad.

### 2.1.3. Teoría del error

Según la presente teoría, los errores en la transferencia de la información del ADN a las proteínas podría ser la responsable del envejecimiento celular. Este concepto se amplió en una búsqueda de errores en los procesos de transcripción y traslación, los cuales podrían conducir a un cúmulo de proteínas y causar envejecimiento. Se puso gran énfasis en que la producción de proteínas funcionales como enzimas depende no sólo de la información genética almacenada en el ADN sino también de la maquinaria sintética proteica. El error puede ocurrir tanto en la síntesis de proteínas como del ADN. El error inicial en las proteínas puede ser bajo, pero los errores pueden aumentar exponencialmente como una función de la edad, y conducir a un error catastrófico y a muerte celular.

### 2.1.4. Teoría de la regulación genética

De acuerdo con esta teoría, la senescencia resulta de los cambios en la expresión de los genes, después de alcanzar su madurez reproductiva. Está basada en la presunción de que la senectud podría seguir un patrón similar al de la diferenciación y crecimiento, a saber, una activación secuencial y la represión de algunos genes que son únicos para estas fases.

### 2.1.5. Teoría de la pleiotropía antagónica

Esta teoría considera el declive de la fuerza de selección natural como una función de la edad de las células somáticas adultas. La selección natural que favorece los genes con los primeros efectos beneficiosos, más tarde conduce a efectos deletéreos o de pérdida. Ciertos genes confieren ventajas de supervivencia al principio de la vida y producen efectos fisiológicos peligrosos en las últimas etapas de la misma.

### 2.1.6. Teoría de la desdiferenciación

Esta teoría propone que el cúmulo gradual de las lesiones moleculares por azar altera la regulación normal de la actividad genética, desencadenando potencialmente una cascada de consecuencias lesivas. La desregulación de genes puede producir un mecanismo que enlace el pleiotropismo antagónico y la hipótesis del soma disponible en un concepto unificado del envejecimiento.

El envejecimiento podría ocurrir cuando las funciones de reparación normal y el mantenimiento de las células llegan a disregularse y gradualmente conducen a funciones fisiológicas alteradas.

### 2.1.7. Teoría del acortamiento de los telómeros

Los telómeros son las porciones de la cola de los cromosomas que ayudan a la estabilización durante la división celular. A medida que los telómeros se acortan y son compartidos en cada división celular, su longitud da una idea del número de veces que

la célula se ha dividido, y las divisiones que quedan todavía por realizar, antes de que la célula alcance la senescencia.

#### 2.1.8. Teoría de la hipótesis del soma desechable

Esta hipótesis sugiere que el envejecimiento ha evolucionado como un producto intermedio, al optimizarse la distribución de la energía y los recursos para los diferentes trabajos que realiza el organismo. Esta teoría asume que los recursos energéticos son mejor utilizados para el mantenimiento de las células reproductoras, responsables de la supervivencia de las especies. El mínimo requerido para el mantenimiento, la reparación y la supervivencia de las células somáticas no es efectivo para el coste energético; es demasiado caro en términos de energía, y las células no reproductoras del cuerpo son por lo tanto prescindibles. El envejecimiento entonces podría resultar una acumulación progresiva de defectos y lesiones somáticas. El mantenimiento y la reparación incluyen la prevención y extirpación del ADN lesionado, finura en la síntesis de macromoléculas y degradación de proteínas defectuosas. La vida de las distintas especies depende de la diferencia del nivel de mantenimiento somático y su reparación. Las especies que viven más, en general, tienen unas posibilidades mayores de sistemas de reparación y mantenimiento que las que viven menos.

La hipótesis del soma desechable, por un lado equilibra el mantenimiento y reparación de las células somáticas y por otro la reproducción y la fertilidad. Si se usa más energía para mantener el soma, habrá menos energía para la reproducción y viceversa. Esta hipótesis considera que la senectud es un precio que hay que pagar por

la reproducción sexual. Existe una correlación directa entre el tiempo que se necesita para alcanzar la madurez reproductora y la duración de la vida de las especies.

El segundo gran grupo de teorías son las conocidas como **teorías celulares** que proponen que los cambios en las proteínas celulares y otras macromoléculas se presentan como una función de la edad. Estos cambios ocurren con el paso del tiempo bajo la influencia de factores ambientales. Éstos pueden ser químicos y/o morfológicos y relacionan enzimas, hormonas, pigmentos de la edad, radicales libres, permeabilidad de la membrana, entrecruzamiento de macromoléculas, y cambios en varias organelas celulares, como lisosomas y mitocondrias.

Asimismo relacionan los cambios que se producen en los elementos estructurales y funcionales de las células con el paso del tiempo. También se refieren a las macromoléculas después de completada su síntesis, que sugieren que estos cambios alteran la efectividad de las moléculas como una función de la edad.

En los párrafos siguientes vamos a comentar las diferentes teorías de este grupo.

## 2.2. TEORÍAS CELULARES

### 2.2.1. Teoría del deterioro

La idea del desgaste compara a los organismos vivos con las maquinas, es decir, con el uso repetido existen partes que llegan a ser defectuosas y hay que desahuciar, y la maquinaria finalmente falla en su función.

La premisa de esta teoría nace de la observación de que la vida de los poiquiloterms es acortada por el aumento de la temperatura ambiental y prolongada por la disminución de la misma; la frecuencia de las reacciones químicas aumenta con el aumento de la temperatura, y lo inverso es cierto también cuando las temperaturas son bajas.

De igual modo, un aumento en la actividad metabólica puede acortar la vida por aceleración del deterioro. La duración de la vida de las diferentes especies animales es inversamente proporcional a la tasa del metabolismo basal.

#### 2.2.2. Teoría de los pigmentos de la edad

El cúmulo de lipofuscina o pigmento de la edad es el cambio más importante asociado a la edad, presente en una gran variedad de tipos celulares de muchos organismos. Se depositan sobre todo en las células que no se dividen, neuronas y miocitos cardíacos, como función de la edad.

Este cúmulo de lipofuscina es una de las características morfológicas más comunes del envejecimiento, y se ha relacionado con la pérdida neuronal de la vejez, asimismo, produce la pérdida de masa citoplasmática, número de mitocondrias, retículo endoplasmático rugoso, y está asociada con la vacuolización del citoplasma.

### 2.2.3. Teoría del entrecruzamiento molecular

Con el paso del tiempo, muchas macromoléculas biológicas desarrollan entrecruzamientos entre moléculas idénticas o diferentes. Estos anclajes alteran las propiedades físicas o químicas de las moléculas.

Los agentes de entrecruzamiento con grupos cargados se producen durante el metabolismo normal. Tales grupos ionizados son reemplazados en las primeras etapas de la vida por procesos metabólicos normales, pero son acumulados en grandes cantidades en la vejez. Los grupos reaccionan de forma irreversible con macromoléculas como el ADN y las proteínas, inactivándolas y reduciendo así su competencia funcional.

La hipótesis del envejecimiento por radicales libres sugiere que el agente causal importante del envejecimiento son las especies activas del oxígeno, las cuales producen más efectos lesivos. Sobre todo mucho más en estructuras compactas como las membranas celulares que en elementos diluidos. La posibilidad de entrecruzamiento es reforzada en moléculas estrechamente ensambladas, haciendo de las membranas las dianas más fáciles de lesionar.

El tercer gran grupo de teorías sobre el envejecimiento son las conocidas como **teorías sistémicas** que defienden que el envejecimiento de todo el organismo se debe a un decremento en una función de un sistema clave, como los sistemas nervioso, endocrino o inmunológico. Dichos decrementos podrían estar programados genéticamente, como sucede con las primeras fases del desarrollo de la vida, o ser la

consecuencia de agresiones ambientales. Estas alteraciones en el sistema clave producirían cambios en todo el organismo.

A continuación procederemos a comentar las principales teorías sistémicas.

## 2.3. TEORÍAS SISTÉMICAS

### 2.3.1. Teoría del control neuroendocrino

El funcionamiento total de un animal está estrechamente relacionado a la eficacia de una variedad de mecanismos de control, que regulan la interacción entre los diferentes órganos y tejidos. La eficacia de los ajustes homeostáticos disminuye con los años y conduce a un fallo consecuente de los mecanismos adaptativos, envejecimiento y muerte. La adaptación al estrés externo e interno depende de mecanismos de control, orquestados por el interjuego combinado de los sistemas nervioso y endocrino. Sin embargo, con el envejecimiento, muchas de esas relaciones de los sistemas nervioso y endocrino se pierden o son alteradas, produciendo una disminución en la función y un aumento en la enfermedad de muchos órganos y sistemas tisulares.

La teoría neuroendocrinológica considera el envejecimiento como parte de un programa vital, regulado por señales neurales y hormonales. El programa se despliega desde la fertilización al nacimiento, infancia, juventud, madurez y finalmente vejez y muerte; las neuronas, comando de los centros cerebrales superiores, actúan como marcapasos que regulan el reloj biológico y controlan el desarrollo y envejecimiento,

con el paso del tiempo, los cambios del envejecimiento podrían resultar de un deterioro programado o de la detención del programa que regula la homeostasis.

### 2.3.2. Teoría de las relaciones endocrinoinmunológicas

Esta teoría defiende que el sistema inmunológico reduce sus defensas contra los antígenos y pierde la capacidad para reconocer los propios, dando como resultado una incidencia elevada de infecciones y enfermedades autoinmunes.







## **CAPÍTULO 3.**

### ***CONCEPTO DE ENVEJECIMIENTO***

### ***POBLACIONAL***





El concepto de envejecimiento de la población se puede definir como el proceso mediante el cual se producen transformaciones en la composición de la estructura por edades de una población. Dicho proceso tiene dos dimensiones que se diferencian tanto por sus causas como por sus efectos.

La primera de estas dimensiones se refiere al aumento en la proporción de mayores en la sociedad, lo que conlleva que este grupo de edad pase a crecer más deprisa que el resto, y la causa de esta variación es el descenso de la natalidad. Este envejecimiento es el denominado envejecimiento por la base de la pirámide, en el cual la natalidad tiene un efecto inmediato en la pirámide de edades, es decir, cuando la natalidad se reduce entonces la base de la pirámide se estrecha, incidiendo así en el aumento porcentual de los mayores.

En cuanto a la segunda de las dimensiones nos referimos al aumento de la esperanza de vida o retroceso y descenso de la mortalidad, tanto de las personas mayores como del resto de los sectores de la población, principalmente, el descenso de la mortalidad infantil. Todo lo dicho conlleva el ensanchamiento de la cúspide de la pirámide lo que se conoce como un envejecimiento por arriba.

Ambas dimensiones son las causantes de la transformación de la composición de la estructura por edades de la población, también conocida como envejecimiento demográfico.

En efecto, el envejecimiento de la población es una característica que afecta a la población mundial, es decir, todas las poblaciones envejecen independientemente de las regiones geográficas donde se ubiquen, aumentando la franja de población de 65 o más años.

Según datos de la propia ONU, la población mundial se sitúa en unos 6.515 millones de personas de las cuales el segmento de población de 65 o más años de edad abarca unos 477 millones lo que supone un 7,3% de la población total mundial.

Como comentábamos anteriormente, el envejecimiento de la población es una tendencia que sufren todas las poblaciones pero ésta es, si cabe, mucho mayor en las sociedades avanzadas como son las sociedades europeas, en las cuales la población envejecida se sitúa en un 15'3%, seguidas de las sociedades en vías de desarrollo cuyo envejecimiento poblacional se sitúa en un 5'5% y con una edad media de 38 años. En

último lugar debemos mencionar a los países menos desarrollados cuyo envejecimiento se posiciona en un 3'3% de la población total y con una edad media de unos 19 años.

Como podemos observar, existe una gran variación en el envejecimiento de la población según el grado de desarrollo de las diferentes sociedades y esto es debido al momento por el cual cada sociedad ha sufrido la llamada transición demográfica.

En efecto, las poblaciones pioneras en sufrir este proceso han sido las sociedades más avanzadas por lo que presentan unas pirámides de población más envejecidas que el resto de poblaciones menos evolucionadas, pero aún así, los datos que poseemos nos informan sobre la universalidad de este fenómeno pero sobre todo nos indican que éste evoluciona de diferente forma en los distintos espacios.

Una característica que debemos tener en cuenta es que las sociedades que han empezado más tarde la llamada transición demográfica, la realizan de una forma más rápida y más problemática que las sociedades pioneras. Así, cabe mencionar que este proceso que les ha llevado más de un siglo a los países europeos, los países en vías de desarrollo lo hicieron de 3 a 4 veces más deprisa.

En cuanto al ranking de las regiones mundiales con menor tasa de envejecimiento podemos citar a África con una tasa del 3'4%, seguido muy de cerca por América Latina y el Caribe con una tasa del 6'3 y de Asia con una tasa del 6'4, con un envejecimiento un poco mayor les sigue Oceanía con una tasa del 10'3%, seguida de América del Norte con una tasa del 12'3. Por último, la región mundial más envejecida es Europa con una tasa del 15'9% de la población, sin embargo, cabe mencionar, que

dentro de Europa el país con mayor tasa de envejecimiento es España con una tasa del 16'8% de la población total.

A pesar de estas sensibles diferencias en las tasas de envejecimiento de la población de las distintas regiones mundiales debemos comentar que las proyecciones poblacionales realizadas por diversos organismos nos informan de que dichas tasas tienden a igualarse. Asimismo, estos organismos también nos informan de que los países más desarrollados están viviendo un proceso de envejecimiento lento y que poseen los recursos necesarios para su adaptación, sin embargo, los países más pobres pasarán por este proceso de una forma más rápida por lo que tendrán que hacer frente a una serie de cambios estructurales que se realizarán de una manera más lenta que en los otros países con un mayor nivel de desarrollo.

En cuanto a nuestro país podemos decir que España está envejeciendo a pasos agigantados, sólo mencionar un dato: la población octogenaria se ha multiplicado, aumentando en más de un 20% en los últimos cinco años, y si nos centramos en la población general, los españoles de más de 65 años se han incrementado en un 5%.

Por otro lado, si realizamos una comparativa internacional de este proceso de envejecimiento mundial podemos constatar que con una baja tasa de natalidad y una larga esperanza de vida, España, con 7'5 millones de mayores, lo que supone una tasa de envejecimiento del 17'2% de la población total, se sitúa en el cuarto puesto dentro de los países más envejecidos del planeta, únicamente superada por Japón que se sitúa en la cima de la lista con una población mayor que representa el 20% de la población, igualmente es superada por Italia con una tasa de envejecimiento del 19'7%, y por

Alemania con un 18'8%. Aunque también, debemos señalar que a nuestra elevada tasa de población mayor también contribuyen unos 200.000 ancianos extranjeros que se han venido a España para disfrutar de su jubilación.

En cuanto a las proyecciones internacionales para el año 2050, España se situará como el segundo país más envejecido del mundo con una tasa de población mayor del 32%, sólo superado por Japón con un 37'7%. Este envejecimiento de nuestro país se debe fundamentalmente al drástico descenso de la natalidad que persiste desde finales de los años 70 del siglo XX, por lo que el tamaño de las cohortes de nacimientos se ve reducido y consecuentemente se ve incrementada la proporción del colectivo de personas mayores respecto a la población total, a lo que tenemos que sumarle un aumento considerable en la esperanza de vida lo que también influye en el espectacular crecimiento del segmento de la población mayor actual y de las próximas décadas.

Como comentábamos, una de las causas por las que el planeta está envejeciendo es por el espectacular aumento de la esperanza de vida al nacer. Antaño, rara era la persona que llegara a los ochenta años, pero hoy en día, lo que antes era la excepción se está convirtiendo en regla. En lo que a España concierne, puede presumir de encontrarse en el top 10 de la clasificación mundial en lo que a mayor esperanza de vida se refiere, en concreto ocupa el séptimo puesto con una esperanza de vida de 80'9 siendo ésta un poco mayor para las mujeres que para los hombres. Los países que superan a España en esta clasificación son: Japón con 81'25 años; Hong Kong con 81'59; Singapur con 81'71; San Marino con 81'71; Macao con 82'19; y por el país que encabeza el ranking: Andorra con 83'51. En contraposición a estos países, encontramos otros con la menor

esperanza de vida al nacer como: Lesoto con 34'47 años; Botsuana con 33'87 años; y finalmente Suazilandia con 33'21 años.

En efecto, la tendencia mundial es el aumento de la esperanza de vida al nacer, y como dato podríamos mencionar que actualmente la esperanza de vida en España se sitúa en 80'9 años pero las proyecciones para el 2050 ya la sitúan en 83 años, y la tendencia es ascendente.

Como decíamos, España es un país envejecido y probablemente en el futuro lo será más. Como respaldo a nuestras palabras podemos comentar otro dato: actualmente España cuenta con cerca de 47 millones de habitantes de los cuales el segmento de la población de mayores de 65 años representan el 17'2% de la población total, siendo el 42'5% hombres y el 57'5% mujeres. En cuanto al segmento de las personas que sobrepasan los ochenta años ya suponen el 28'9% de la población mayor y el 5'1% de la población total. Sin embargo, si nos fiamos de los datos del INE y realizamos una proyección al 2050, la población española se situará rozando los 48 millones de habitantes con un segmento de población de mayores de 65 años de en torno los 15.325.000 que supondrá el 32% de la población total, y con una población de mayores de 80 años de unos 5.644.000 lo que representa el 36'8% de la población de mayores de 65 años y el 11'8 de la población total.

En lo que a nuestra comunidad se refiere, dando por buenos los datos del Instituto Galego de Estatística, Galicia (IGE), con una esperanza de vida al nacer de 81'1 años para ambos sexos, 77'4 años los varones y 84'7 las mujeres, cuenta con una población de 2.796.089 habitantes de los cuales 611.821 son mayores de 65 años, lo que

corresponde al 21'88% de la población general, de éstos el 41'53% son hombres y el 58'46% son mujeres. Asimismo, Galicia cuenta con una población de 184.013 personas mayores de 80 años lo que representa el 30% del grupo de los mayores de 65 años y el 6'6% del total de la población.

Así, cogiendo de nuevo los datos del IGE, podemos afirmar que Galicia está sufriendo un profundo proceso de envejecimiento, sírvase de ejemplo el grado de envejecimiento. Este índice se situó en el año 2007 en el 135'2%, es decir, por cada 100 jóvenes menores de 20 años residentes en la comunidad existían 135 mayores de 64 años. Este índice es casi 50 puntos superior al del conjunto de España y 58 veces mayor al de la Unión Europea.

Si realizamos un análisis más exhaustivo de la población gallega, esta vez por provincias, podemos observar, y tomando siempre como referencia los datos del IGE, que Pontevedra con una población de 959.764 habitantes de los cuales 177.292 son mayores de 65 años, lo que corresponde al 18'47% de la población total, es la provincia menos envejecida, seguida de A Coruña con una población general de 1.145.488 habitantes y una tasa de mayores de 65 años del 20'95% correspondiente a 240.033 mayores. En contraposición a las denominadas Provincias Atlánticas, más jóvenes, tenemos a las conocidas como Provincias Interiores, más envejecidas, que son Lugo y Ourense.

La provincia más envejecida es Ourense que con 335.642 habitantes, 95.970 son mayores de 65 años, siendo este segmento de población el 28'6% de la total. En cuanto a la última provincia, Lugo, ésta es la segunda más envejecida ya que de sus 355.195

habitantes, 98.526 son mayores de 65 años y por lo tanto representan el 27'74% de su población total.

Si en cambio nos centramos a nivel municipal, los municipios más envejecidos son: A Teixeira, Lobeira, Calvos de Randín, San Xoán de Río y Vereá. Por lo contrario, los municipios más jóvenes son: Ames, Oroso, Cambre, Arteixo y Salceda de Caselas.





## **CAPÍTULO 4.**

### ***EL ENVEJECIMIENTO ACTIVO***





Podríamos definir el envejecimiento activo como el proceso de optimización de las oportunidades de salud, de participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen. Se aplica tanto a los individuos como a los grupos de población. Permite a las personas realizar su potencial de bienestar físico, social y mental a lo largo de todo su ciclo vital y participar en la sociedad de acuerdo con sus necesidades, deseos y capacidades, mientras que les proporciona protección, seguridad y cuidados.

Para la OMS, el término envejecimiento activo fue adoptado a finales de 1990 y lo define como el proceso de aprovechar al máximo las oportunidades para tener un bienestar físico, psíquico y social durante toda la vida. Así, el objetivo es extender la calidad, la productividad y la esperanza de vida a edades avanzadas, para ello, además de continuar siendo activo físicamente, es importante permanecer activo social y mentalmente participando en:

- Actividades recreativas.
- Actividades con carácter voluntario o remuneradas.
- Actividades culturales y sociales.
- Actividades educativas.
- Actividades de la vida diaria en familia y en la comunidad.

Como comentábamos, este término fue adoptado por la OMS con el objetivo de buscar un mensaje más amplio que el de envejecimiento saludable, reconociendo el impacto de otros factores y sectores además del sistema sanitario, de tal modo que intentase expresar la idea de la implicación continua en actividades productivas y trabajo significativo. Así, la palabra “activo” se refiere a una continua implicación social, económica, espiritual, cultural y cívica, y no simplemente a la capacidad de permanecer físicamente activo. De tal forma que mantener la salud que posibilita la independencia es el principal objetivo tanto para los individuos como para los polítics convirtiéndose ésta en el medio para envejecer activamente. Sin embargo, la salud y la independencia dependen de una variedad de factores o determinantes que rodean a los individuos, las familias y los estados. Estos son:

- Género y cultura: Éstos son los principales factores porque influyen en todos los demás. Así el género tiene un profundo efecto en el estatus social, en la educación, en el trabajo, en la salud, y en la alimentación. También los valores culturales y las tradiciones determinan la visión que una determinada sociedad tiene de los mayores y su convivencia con las

otras generaciones. Asimismo, la cultura también influye en los comportamientos relativos a la salud y a los personales.

- Los sistemas sanitario y social: para promover el envejecimiento activo el sistema sanitario necesita tener como objetivos; la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el acceso equitativo a la atención primaria de salud y a los cuidados de larga duración. Así, los servicios sanitarios y sociales deben ser universales, equitativos, coordinados o integrados y con un coste-efectividad adecuado.
- Factores económicos: ingresos, trabajo y protección social. Como bien es sabido en una gran cantidad de casos después de la jubilación disminuyen los ingresos de las personas mayores, de modo que las políticas de envejecimiento activo deben reducir la pobreza de este colectivo y procurar su implicación en actividades que generen ingresos. De modo que cada vez más se reconoce la necesidad de apoyar la activa y productiva contribución que hacen y deben hacer los mayores a través de su trabajo pagado o como voluntarios. Así, todos los países deben desarrollar políticas de protección social dirigidas a los grandes dependientes que garanticen sus cuidados en cualquier situación y una calidad de vida digna.
- Factores del entorno físico: se deben potenciar las ciudades saludables, libres de barreras arquitectónicas y viviendas adaptadas que disminuyan los accidentes de tráfico y las caídas tan frecuentes en este grupo de edad, causantes de discapacidad y morbilidad.

- Factores personales: como son la biología, la genética y la adaptabilidad, poco modificables en la actualidad, pero las pérdidas pueden ser compensadas con las ganancias en sabiduría, conocimiento y experiencia.
- Factores comportamentales: una de las falsas creencias en relación a la vejez es pensar que es demasiado tarde para adoptar estilos de vida saludables y que los ancianos no pueden cambiar de comportamiento. Por lo tanto, realizar una actividad física adecuada y regular, comer saludablemente, dejar de fumar, no abusar del alcohol y los medicamentos, ayuda a prevenir enfermedades y el declinar funcional, así como prolongar la longevidad y mejorar la calidad de vida.
- Factores del ambiente social: el soporte social, las oportunidades en educación y el aprendizaje durante toda la vida y la protección frente al abuso y la violencia, son los factores clave del ambiente social que pueden mejorar la salud, la independencia y la productividad en la vejez.

Así pues, teniendo en cuenta el modelo del envejecimiento activo propuesto por la OMS y presentado en el documento “Envejecimiento activo: un marco político” como contribución a la II Asamblea de las Naciones Unidas sobre el envejecimiento celebrada en Madrid en el año 2002, donde lo definía como el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida de las personas que envejecen, podemos comprobar de este modo que se postulan los tres pilares básicos del envejecimiento activo, como son: la salud, la seguridad y la participación social, indicando tanto la esencia de un envejecimiento

óptimo como el camino a seguir desde políticas de prevención. En otras palabras, envejecer bien es envejecer activamente y esto implica fundamentalmente tres condiciones: envejecer con salud, envejecer con seguridad y envejecer teniendo un rol social.

En efecto, el enfoque del envejecimiento activo está basado en el reconocimiento de los derechos humanos de las personas mayores y los principios de las Naciones Unidas de independencia, participación, dignidad, cuidado y autorrealización.







## **CAPÍTULO 5.**

### ***EL APOYO SOCIAL***





A partir de la década de los setenta proliferan las definiciones de apoyo social. En general, cada autor trabaja con una definición y un instrumento distinto para evaluarlo, lo que dificulta enormemente la labor de síntesis de los diferentes estudios.

Lin, Dean, y Entel (1986), en uno de los intentos más rigurosos por proponer una definición que integre en lo posible los elementos comunes de otras definiciones, proponen acotar conceptualmente el apoyo social como “el conjunto de provisiones expresivas o instrumentales (percibidas o recibidas) proporcionadas por la comunidad, las redes sociales y las personas de confianza, que se pueden producir tanto en situaciones cotidianas como de crisis”.

Esta definición se articula en torno a cuatro ejes:

1. Importancia tanto de la ayuda recibida como de la percibida. Ambos procesos influyen en el bienestar de las personas. Se presta atención tanto al componente social (la interacción que supone ayuda) como al psicológico (la vivencia de esa interacción).
2. Ámbito en el que se produce o puede producirse el apoyo. Las fuentes de apoyo social que habitualmente se consideran son la comunidad, las redes sociales y las relaciones íntimas. Cada ámbito proporciona un tipo de ayuda o sentimiento de ayuda: el marco de la comunidad proporciona sentimiento de pertenencia, las redes sociales pueden producir sentimiento de vinculación y las relaciones íntimas o de confianza derivan en un sentimiento de compromiso. En cada contexto se asumen una serie de normas de reciprocidad y una mayor o menor responsabilidad por el bienestar de los demás.
3. Tipo de ayuda: instrumental y expresiva, según sea un medio con el que conseguir otros objetivos o un fin en sí misma, respectivamente.
4. Distinción entre el apoyo cotidiano y el que se recibe en situaciones de crisis, matiz que resulta especialmente importante para explicar los efectos del apoyo social: hasta qué punto las relaciones sociales son capaces de fomentar el bienestar y proveer contra la enfermedad.

Dentro del concepto de apoyo social existen referencias a otros conceptos que comparten elementos comunes y conforman el amplio rango de los procesos denominados como apoyo social. Se hace necesaria entonces una taxonomía

multidimensional que resuelva los problemas conceptuales que el apoyo social plantea, que, según Lareiter y Baumann (1992), debería incluir estos cinco componentes:

1. Integración social. Participación e implicación de una persona en su vida social en la comunidad y sociedad en general.
2. Red de apoyo. Parte de la red social a la que una persona acude o acudiría rutinariamente en busca de apoyo.
3. Clima de apoyo. Calidad de las relaciones y de los sistemas sociales.
4. Apoyo proporcionado y recibido. Existencia de transacciones que suponen ayuda tanto desde la perspectiva del que la proporciona como del que la recibe.
5. Apoyo percibido. Percepción que el sujeto experimenta sobre la disponibilidad de la ayuda en caso de necesidad.

Después de intentar explicar a grandes rasgos el significado del apoyo social, procederemos a continuación a presentar tres de los más importantes modelos teóricos existentes sobre el apoyo social, como son: la teoría del estrés, la teoría de la necesidad y la teoría del efecto funcional.

## **1. MODELOS TEÓRICOS DEL APOYO SOCIAL**

### **1.1. TEORÍA DEL ESTRÉS**

Formula la relación entre apoyo social y bienestar mediante dos hipótesis:

1. Hipótesis del efecto directo: Existe un efecto directo del apoyo social sobre el bienestar ya que el aislamiento o la pérdida de un ser querido son estímulos estresantes per se, y que el apoyo social provee experiencias positivas y roles comunitarios reforzantes que benefician a otras personas.
2. Hipótesis de la amortiguación o interacción: Se entiende el apoyo social como un elemento que protege a la persona de las consecuencias negativas de la presencia de estresores, amortiguando sus efectos. En este sentido se contemplaría el aislamiento como la carencia de personas capaces de contribuir al afrontamiento del estrés.

### **1.2. TEORÍA DE LA NECESIDAD**

Esta teoría sostiene que la salud de un sujeto depende de la relación entre las necesidades existentes y el apoyo social que las satisfaga o facilite su satisfacción, por lo que supone una correspondencia entre la disponibilidad de recursos sociales y necesidades.

### 1.3. TEORÍA DEL EFECTO FUNCIONAL

Propone que el efecto principal del apoyo social se debe a que las relaciones sociales refuerzan u obstaculizan conductas o intenciones positivas para la salud. El efecto funcional es positivo cuando las relaciones sociales refuerzan una conducta saludable dada y negativo cuando la obstaculizan.

El tipo de apoyo social que se ha encontrado como protector ha variado a través de los distintos estudios. Murphy, Smith, y Lindesay encontraron que las personas mayores que tenían un confidente tenían menor probabilidad de estar deprimidos después de un evento amenazante o en presencia de una dificultad severa.

## 2. APOYO SOCIAL EN LA VEJEZ

Las formulaciones psicológicas del apoyo social durante la edad avanzada se han centrado en la década de los noventa en la relación existente entre el apoyo emocional y el instrumental con la conducta social y la cognición. Especial importancia ha suscitado el sentimiento de intimidad, ya que mediante el aumento de la autoestima, puede inducir creencias de que uno está controlando la situación tras un evento.

Por otra parte los estudios sociológicos se han concentrado en el análisis de las redes sociales y cómo la persona mayor se engrana dentro de agrupamientos sociales a un nivel familiar o comunitario.

Aunque las conceptualizaciones del apoyo de la red social y de las relaciones sociales se superpongan, tienen diferencias claras. Una persona puede ser miembro de muchos grupos sociales pero no tener sentimiento de pertenencia. Trabajos recientes con adultos sugieren que el apoyo social que una persona recibe está fuertemente relacionado con sus habilidades sociales y su autoestima.

Diversos trabajos (Carstensen, 1990) ponen de relieve que durante la vejez se produce un notable descenso de la actividad social. Sin embargo, una menor tasa de contactos sociales no debe identificarse con la existencia de redes sociales proveedoras de apoyo. No existe todavía suficiente evidencia empírica que explique adecuadamente las relaciones entre las características estructurales de las redes sociales y las funcionales, y como sugiere Diamond (1996), todavía se necesita esclarecer en qué medida aspectos estructurales de la red social determinan la percepción de afinidad, confianza y/o ayuda.

Aunque la vejez está por lo general asociada a una menor actividad social, así como a un aumento de los sucesos vitales asociados a pérdidas relevantes, diversos estudios realizados en entornos culturales diferentes muestran que se mantienen la existencia de redes sociales proveedoras de apoyo en las personas mayores.

Varios autores (Antonucci & Jackson, 1990) se han interesado por el análisis diferencial del apoyo proporcionado por familiares y amigos. Estos autores mantienen que la ayuda prestada por la familia es importante durante los períodos de crisis, especialmente durante el curso de enfermedades crónicas, pero que el apoyo prestado por amigos sirve para reforzar relaciones sociales mutuamente provechosas y

contribuye, además, a favorecer la interacción social del individuo anciano que conserva su autonomía personal. Sin embargo, no está tan claro si las características y las funciones de las redes sociales de las personas mayores son diferentes de las de otros grupos de edad.







## **CAPÍTULO 6.**

# ***LOS CENTROS SOCIALES DE PERSONAS MAYORES***





El envejecimiento progresivo de la población y el aumento de la esperanza de vida, que provocaron la aparición de un colectivo de personas mayores con unas necesidades específicas, así como los cambios en las estructuras familiares tradicionales, en concreto, con la incorporación de la mujer al mercado laboral, causando un descenso en el número de potenciales cuidadores, y el incremento en el poder adquisitivo y la mejora del nivel de vida, provocaron que tanto en España como en Galicia, la atención a la tercera edad se convirtiese en una necesidad prioritaria tanto desde el ámbito institucional como desde el privado.

Como consecuencia de todo lo comentado anteriormente fueron apareciendo una serie de instalaciones para dar respuesta a la creciente demanda de cuidados dirigidos al colectivo de personas mayores de 65 años. Dichas infraestructuras son las conocidas como equipamientos para personas mayores que se pueden definir como todos los

establecimientos o instalaciones en los que se prestan, de modo estable o continuado, atención directa a 6 personas como mínimo con 65 años o más.

Conforme a la tipología actualmente establecida diferenciamos cinco clases de equipamientos para la atención a las personas mayores, y son las siguientes:

1. **Viviendas comunitarias:** estas son un tipo de equipamientos de tamaño pequeño o mediano, destinados a albergar en régimen de convivencia casi familiar a un número máximo de doce personas mayores que preferentemente tendrán un grado bastante elevado de validez.
2. **Apartamentos tutelados:** se conoce por éstos al conjunto de viviendas independientes, agrupadas para la prestación en común de servicios colectivos, y con capacidad para albergar a una o dos personas con un alto grado de validez.
3. **Hogares, clubes y centros sociales:** éstos son centros destinados a servir como lugares de encuentro en los que se estimula la convivencia de los mayores con el fin de desarrollar la solidaridad y potenciar la integración personal y comunitaria.
4. **Centros de día:** son los equipamientos destinados a la atención diurna de las personas mayores con pérdida de su autonomía física o psíquica, que aunque residan en sus hogares, necesitan de una serie de cuidados y atenciones de carácter personal, terapéutico o social.

5. **Residencias:** éstas son el tipo de equipamientos que sirven de vivienda permanente y común en las que se realizan una asistencia integral y continuada a las personas mayores.

Después de realizar estas breves definiciones de los diversos tipos de equipamientos existentes para el cuidado de las personas mayores, por razones obvias y de especial interés para este trabajo, vamos a proceder a profundizar en un tipo de equipamiento: el correspondiente a los centros sociales de personas mayores.

Los centros sociales de personas mayores han sido uno de los principales protagonistas de las políticas locales para la mejora de la calidad y las condiciones de vida de este colectivo durante los últimos años, y los podemos definir como recursos gerontológicos abiertos a la comunidad cuyo objetivo fundamental es la promoción del envejecimiento activo. Estos centros se dirigen a promover el desarrollo personal, la convivencia y la participación social de las personas mayores a través de la oferta de diferentes servicios y programas.

## **1. OBJETIVOS DE LOS CENTROS SOCIALES DE PERSONAS MAYORES**

- Avanzar en la capacitación y autodeterminación de las personas mayores.
- Favorecer hábitos saludables y actitudes positivas hacia el envejecimiento.

- Estimular e impulsar la participación activa e integración de las personas mayores en la comunidad.
- Fomentar y dinamizar la relación social.
- Promocionar la cultura, la formación y el acercamiento a las nuevas tecnologías.
- Canalizar el ocio y el tiempo libre hacia actividades o proyectos diversificados, gratificantes y significativos.

Todo equipamiento gerontológico debe partir de unos valores reconocidos y admitidos de los cuales se derivan los criterios de intervención a desarrollar tanto en la organización del propio equipamiento como en los programas y actividades.

Teniendo en cuenta lo dicho aquí arriba, en el caso concreto de los centros sociales de personas mayores conceptualizados en el paradigma del envejecimiento activo, estos parten del reconocimiento de cuatro valores básicos.

## **2. VALORES BÁSICOS DE LOS CENTROS SOCIALES DE PERSONAS MAYORES**

1. El reconocimiento de la autonomía y de la competencia de las personas mayores.
2. Concepción de la participación social de las personas mayores como una contribución necesaria y genuina para el conjunto de la sociedad.

3. Entender la promoción del envejecimiento activo como una estrategia clave para prevenir las situaciones de dependencia en las personas mayores.
4. La defensa de la inclusión social de las personas mayores.

A continuación procederemos a profundizar un poco más en estos cuatro valores básicos.

## 2.1. EL RECONOCIMIENTO DE LA AUTONOMÍA Y DE LA COMPETENCIA DE LAS PERSONAS MAYORES

Este valor parte de la conceptualización del envejecimiento como una etapa más de crecimiento del ser humano y en continuidad con el ciclo vital de cada persona, también reconoce la competencia y la capacidad de autogobierno de las personas mayores para tomar sus propias decisiones y organizar su vida y sus propios proyectos., defendiendo su capacidad de aprendizaje a lo largo del ciclo vital.

Como consecuencia de esto se asumen diferentes criterios para la intervención en los centros sociales de personas mayores, como los siguientes:

- Promocionar comportamientos autónomos y proveer conocimientos y habilidades que capaciten progresivamente a las personas mayores hacia su autogestión en los diferentes ámbitos de intervención.

- Defender e impulsar en la sociedad una visión no estereotipada de las personas mayores sin carga negativa, frecuentemente interiorizadas tanto por las propias personas mayores como por los profesionales.

## 2.2. CONCEPCIÓN DE LA PARTICIPACIÓN SOCIAL DE LAS PERSONAS MAYORES COMO UNA CONTRIBUCIÓN NECESARIA Y GENUINA PARA EL CONJUNTO DE LA SOCIEDAD

Este valor implica reconocer a los gerontes como uno de los mayores capitales sociales de la comunidad ya que a lo largo de sus años de vida han ido acumulando una amplia variedad de conocimientos y experiencias, por lo que pueden aportar al conjunto de la sociedad valores que nos permiten reflexionar y analizar el mundo en el cual vivimos. El hecho de reconocer lo dicho implica tener en cuenta importantes criterios para la intervención en los centros sociales de personas mayores como los que mencionaremos a continuación:

- Fomentar la autogestión de las personas mayores de modo que ellos sean los protagonistas de los proyectos impulsados por el centro.
- Reforzar el papel social de las personas mayores y contribuir a mejorar la imagen social de las mismas enfatizando a los diferentes modelos positivos de envejecer.
- Es importante establecer objetivos y estrategias de trabajo a medio y largo plazo para propiciar un cambio de actitudes, no solo en las propias personas mayores sino también en el contexto comunitario.

### 2.3. ENTENDER LA PROMOCIÓN DEL ENVEJECIMIENTO ACTIVO COMO UNA ESTRATEGIA CLAVE PARA PREVENIR LAS SITUACIONES DE DEPENDENCIA EN LAS PERSONAS MAYORES

Según este valor, entender la vejez como una oportunidad personal de crecimiento es una estrategia de afrontamiento positivo que ayuda a sentirse bien con el paso del tiempo y a prevenir la dependencia.

De la asunción de este valor se derivan importantes criterios para la intervención en los centros sociales de personas mayores, como los siguientes:

- La necesidad de desarrollar programas donde se concreten propuestas fundamentadas en el modelo de envejecimiento activo, ofreciendo diversos e innovadores marcos de intervención que contemplen las diferentes dimensiones relacionadas con el bienestar y la participación social de las personas mayores.
- Construir propuestas que partan de un concepto de salud biopsicosocial, donde los centros sociales en coordinación con otros recursos comunitarios articulen diversos programas y proyectos que den respuesta a las necesidades de las personas mayores de la comunidad.

## 2.4. LA DEFENSA DE LA INCLUSIÓN SOCIAL DE LAS PERSONAS MAYORES

De acuerdo con este valor todas las personas deben permanecer integradas en la sociedad independientemente de sus características personales o sociales. Así, conforme a lo dicho, se derivan una serie de criterios de intervención en los centros sociales de personas mayores, como los que procederemos a mencionar a continuación:

- Concepción de los centros como recursos abiertos a la comunidad: para ello deben diseñar programas y organizar actividades en otros espacios comunitarios al tiempo que aproximen dichos programas al conjunto de los ciudadanos.
- Impulsar la coordinación con el conjunto de recursos del territorio tales como los sociales, sanitarios, culturales o los educativos entre otros, así como optimizar las intervenciones profesionales evitando duplicidades con otros recursos.
- Reconocimiento de las experiencias y enfoques intergeneracionales como una metodología de intervención que proporciona una visión realista, ajustada y positiva de los diferentes grupos de edad.
- Fomentar la conexión y el acercamiento de las personas mayores a los nuevos temas y fenómenos de la sociedad así como su acercamiento a las nuevas tecnologías para evitar el distanciamiento generacional y con el mundo actual.

Después de haber repasado a grandes rasgos la naturaleza de los centros sociales de personas mayores así como los valores y criterios por los que deberían ser regidos pasaremos, a continuación, a centrarnos en la organización de dichos centros.

### **3. ORGANIZACIÓN DE LOS CENTROS SOCIALES DE PERSONAS MAYORES**

En nuestro país existen en la actualidad diferentes modalidades organizativas en los centros sociales de personas mayores. Esta variedad es debida a su diferente origen e historia, a su diversa adscripción como pueden ser: la administración autonómica, las corporaciones locales o el ámbito asociativo, así como al propio concepto de la participación social de las personas mayores que se mantenga.

Según lo dicho unos centros pueden pertenecer al movimiento asociativo mientras que otros pueden estar gestionados por las diferentes administraciones, léase autonómica o local. En el caso de estos últimos centros pueden diferir en su organización, estando unos gestionados por profesionales y ofreciendo participación a los usuarios a través de las Juntas de Gobierno y otros a través de la cesión de la gestión en su totalidad a las asociaciones de personas mayores.

Atendiendo a lo anterior procederemos a mencionar una serie de líneas interesantes para una eficaz organización de dichos recursos así como para avanzar hacia modelos más integradores.

### 3.1. LÍNEAS PARA UNA EFICAZ ORGANIZACIÓN DE LOS CENTROS SOCIALES DE PERSONAS MAYORES

En primer lugar, debemos reconocer la necesidad de avanzar hacia modelos basados en la competencia y autogestión de las personas mayores, en los cuales la función de los profesionales sea la de funcionar como una herramienta de apoyo técnico a las personas mayores siendo su apoyo profesional un elemento dinamizador de los programas de los centros sociales: detectando nuevas necesidades, proponiendo diseños de programas, seleccionando metodologías de trabajo adecuadas a las intervenciones, llevando a cabo la evaluación de las mismas y siempre ofreciendo una visión global, abierta y coordinada con los recursos de la comunidad.

En segundo lugar, debemos resaltar la necesaria apertura a la comunidad que deben tener estos recursos, de modo que sería necesario avanzar en modelos que conjuguen la presencia de las propias personas mayores en los órganos de participación y gestión del centro, de manera que se garantice que la toma de decisiones no se delegue a otros grupos, con modalidades o sistemas que faciliten la apertura del centro y sus programas al conjunto de la sociedad.

En tercer lugar, cabe destacar la existencia de diferentes órganos o propuestas organizativas en los diferentes modelos como sistemas organizativos de gestión y participación, como los siguientes:

- Juntas de gestión de los propios socios: estos órganos existen en forma bien de Juntas Directivas, bien de Juntas de Gobierno. Para que estos

órganos consigan un adecuado funcionamiento es necesario la existencia de competencias ejecutivas claras, el predominio de estilos directivos participativos o la apuesta por sistemas que permitan la renovación de los cargos directivos evitando perpetuaciones en los mismos.

- Grupos o comisiones de trabajo: estos son grupos delegados articulados en torno a temas o proyectos concretos. Sirven para dinamizar y potenciar la participación del centro, captar a los usuarios más comprometidos y activos y fomentar un estilo directivo compartido. Es importante que en cada centro funcionen estas comisiones gestionando los proyectos principales, así como que la configuración de estos grupos no sea estática.
- Comisiones mixtas de planificación y evaluación: son órganos donde los representantes de las personas mayores usuarias del centro junto con profesionales llevan a cabo la planificación de las actividades y programas del centro así como la evaluación de las mismas. En este aspecto, es importante la existencia de reuniones con periodicidad delimitada, orden del día establecido y competencias claras.





## **CAPÍTULO 7.**

### ***PLAN DE ACTUACIÓN DE LOS CENTROS SOCIALES DE PERSONAS MAYORES***





Desde un centro social de personas mayores, superando la clásica concepción de los hogares o clubes de jubilados donde la actividad giraba exclusivamente en torno a actividades lúdicas y festivas muy concretas, se deben configurar anualmente planes generales de intervención donde se impulsen y desarrollen una amplia gama de servicios y programas. Asimismo, es posible ofrecer diferentes servicios de atención personal, los cuales tienen una excelente aceptación por parte de las personas mayores de la comunidad, tales como: los servicios de cafetería, comedor, atención podológica, etc., siempre que estos cubran necesidades de la comunidad que no estén satisfechas por el conjunto de servicios públicos ya existentes en la zona.

Además de los servicios de atención personal que pueden ofrecerse con carácter permanente, desde estos centros se deben diseñar y poner en marcha diferentes programas de intervención destinados a posibilitar, desde una perspectiva preventiva y psicosocial, una atención más global a las personas mayores de una comunidad.

En este sentido, en los centros sociales de personas mayores se debe de actuar en diferentes áreas como la promoción de la salud, la integración y la participación en la comunidad, la cultura y la educación, y el ocio recreativo. Asimismo, al final se debe de hacer una evaluación del centro y de sus programas.

A tenor de lo dicho, ahora pasaremos a profundizar un poco más sobre las diferentes áreas de actuación.

## **1. ÁREAS EN ACTUACIÓN DE LOS CENTROS SOCIALES DE PERSONAS MAYORES**

### **1.1. ÁREA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD**

Entendiendo la salud, desde la definición proporcionada por la OMS, como bienestar físico, psíquico y social, estos centros tienen un papel importante como espacios generadores de salud atendiendo prioritariamente los aspectos psicosociales de la persona mayor.

Para ello se deben desarrollar programas como los programas de envejecimiento saludable y positivo. Estos incluyen tres tipos de actuaciones:

- Acciones formativas destinadas a proporcionar conocimientos, desarrollar hábitos y consolidar actitudes que contribuyan a un envejecimiento positivo y saludable.

- Talleres formativo-ocupacionales destinados a facilitar una ocupación significativa del tiempo libre.
- Actividades de mantenimiento psicofísico dirigidas a proporcionar aprendizajes y actividades destinadas a potenciar la actividad física, mental y el ajuste emocional de modo que favorezcan el mantenimiento de la autonomía personal previniendo, promocionando y contribuyendo al proceso rehabilitador de la salud integral de la persona mayor.

## 1.2. ÁREA DE INTEGRACIÓN Y PARTICIPACIÓN EN LA COMUNIDAD

La intervención desde esta área incluye el desarrollo de diferentes programas que se dirigen tanto a sensibilizar a las propias personas mayores sobre la necesidad de su participación en la sociedad como a facilitar las habilidades necesarias y las oportunidades concretas para poder hacer efectiva dicha participación. Así, para posibilitar lo dicho se llevan a cabo una serie de programas, como los siguientes:

- Programas de promoción de actitudes y habilidades para la participación social.
- Programas de voluntariado: Estos programas se dirigen a canalizar el tiempo libre y la experiencia de las personas mayores hacia una ocupación significativa del tiempo libre a través de su incorporación a grupos de voluntariado dirigidos hacia el apoyo social inter o intrageneracional de su propia comunidad.

- Programas de intercambio generacional: Pretenden mejorar el concepto y diversificar los modelos sociales existentes en la actualidad sobre la vejez, así como reconocer e incorporar a las personas mayores como transmisores de valores y conocimientos esenciales para las nuevas generaciones. Se dirigen a crear espacios y estrategias de encuentro e intercambio entre generaciones, y de este modo contribuir al acercamiento, respeto y dignificación de las diferentes etapas de la vida. Para ello, se organizan actividades de dinamización y encuentro intergeneracional, siempre desde una metodología participativa, en la que se integran las personas mayores con otro grupo de edad.

### 1.3. ÁREA DE CULTURA-EDUCACIÓN

En esta área los centros sociales de personas mayores llevan a cabo programas dirigidos a desarrollar la capacidad de aprendizaje, fomentar la participación cultural en el entorno, así como a ampliar los niveles formativos de la persona mayor, estimulando y posibilitando el seguir adquiriendo aprendizajes diversos y relacionados con contenidos y tecnologías de actualidad. Entre ellos cabe destacar los siguientes:

- Programas culturales y formativos: incluyen actuaciones y proyectos como aulas para educación de adultos, ciclos culturales, conferencias, etc.
- Programas de acercamiento e incorporación a las nuevas tecnologías.

#### 1.4. ÁREA DE OCIO RECREATIVO

En esta área los centros sociales de personas mayores proponen y organizan actividades recreativas de carácter lúdico y festivo, siempre respetando las diferentes preferencias de las personas mayores de cada zona, proponen también actividades que proporcionan la relación social y el uso del tiempo libre, contribuyendo de esta manera a prevenir situaciones de soledad, inactividad y aislamiento.

##### 1.4.1. Baile

Sin duda, no hay mejor fuente de salud que el baile. Como afirman varios especialistas: “su inclusión debe realizarse en lo que los profesionales llamamos estilos de vida cardiosaludables, como un integrante que va a contribuir a mejorar la salud física, y sobre todo en determinados grupos, como los ancianos”.

La danza, como la música, la poesía, la pintura y la escultura, se considera un medio artístico mediante el cual podemos realizar una intervención psicosocial, como el que se lleva a cabo en el tratamiento de las enfermedades neurodegenerativas como el Alzheimer. No obstante, debido a las características de la danza, los beneficios de su uso como terapia no es patrimonio de este grupo concreto, sino que abarca una población muy extensa. La danza utiliza el movimiento del cuerpo humano para la expresión de emociones, ideas y sentimientos dentro de una estructura rítmica.

El baile es un medio de expresión completo, en el cual se alían todas las ventajas de la práctica corporal en movimiento con las alegrías de la música. Asimismo, permite

expresar libremente la personalidad de cada uno mientras que las conductas motoras no cesan de desarrollarse y de diversificarse.

En efecto, el baile además de ser una buena opción para reducir el estrés y superar la timidez, estimula la circulación sanguínea y mejora la flexibilidad y la resistencia. Asimismo, el baile contribuye a ejercitar la coordinación y agilidad de movimientos, así como el equilibrio. Además, también favorece la tonificación de la piel y aumenta el drenaje de líquidos y toxinas. De hecho es una forma de que la gente a la que no le gusta la gimnasia encuentre una buena fórmula para mantenerse en forma de manera divertida.

Los beneficios saltan a la vista: mejora la autoestima, la confianza en uno mismo y la claridad de pensamiento. No sólo eso, además relaja, libera adrenalina y ataca los grandes males de los últimos tiempos: el estrés, la ansiedad y la depresión.

En efecto, como decíamos el baile produce beneficios tanto físicos como psicológicos. A continuación procederemos a mencionar algunos de ellos:

#### Beneficios físicos:

- Cardiovascular: el baile facilita la circulación de la sangre y el tono de la piel. De igual modo, también beneficia al sistema respiratorio y al vascular.
- Favorece el drenaje de líquidos y toxinas, así como la eliminación de las grasas.

- La danza también corrige muchas de las posturas negativas derivadas de la vida sedentaria, de este modo también mejora el aspecto y la presencia física.
- Combate el sobrepeso, la obesidad y los niveles elevados de colesterol.
- Con el baile se ejercita la agilidad y la coordinación de movimientos así como el equilibrio.
- En edades maduras es recomendable para paliar los dolores articulares y la osteoporosis así como para prevenir el envejecimiento.

Beneficios psíquicos:

- Socialización: la danza es un buen método para superar la soledad y la timidez así como para establecer nuevas relaciones.
- Relajación: permite desinhibirse y liberar tensiones.
- El baile reduce el estrés, la ansiedad y la depresión, ya que ayuda a expresar las emociones y canalizar la adrenalina. Bailar levanta el ánimo y eleva la autoestima.
- Fomenta la confianza en uno mismo y la claridad de pensamiento.

Además de todos estos beneficios, en el ser humano podemos distinguir seis dimensiones que se ven reflejadas de algún modo en la danza y pueden trabajarse mediante ella. Estas son:

- Dimensión física: permite representar las diferentes facetas de la vida diaria mediante el movimiento enmarcado en el ritmo y la dinámica musical. La danza estimula los procesos fisiológicos acrecentando la sensación de bienestar y vitalidad, mediante el placer cinestésico que provoca el estímulo de las funciones fisiológicas.
- Dimensión espiritual: desde la antigüedad el ser humano ha utilizado la danza como un medio para comunicarse con Dios, con fines mágicos o acompañando los rituales de la vida cotidiana. En este sentido encontramos danzas para pedir lluvias, bendecir los campos, o para pedir una buena caza, entre otros ejemplos.
- Dimensión intelectual: con la danza también se estimula la capacidad de producir símbolos emitiendo y recibiendo mensajes, transmitiendo ideas, narrando historias,...
- Dimensión social: la danza incita a comunicarse, expresarse más allá del lenguaje hablado. Esta casualidad no sólo se da en el ser humano, también podemos encontrarla en el reino animal, como por ejemplo para señalar peligros, el cortejo, señalar donde se encuentra el alimento, delimitar su territorio, etc. De hecho, en estos casos, cumple una función muy importante para la supervivencia.

En muchas culturas la danza ocupa un lugar muy especial, dado que une a las personas miembros del grupo y las identifica con las tradiciones culturales de su pueblo.

- Dimensión emocional: la danza pone en contacto al ser humano con sus emociones. La música acompaña nuestras vivencias y por lo tanto, las emociones y sentimientos que se dieron en un momento determinado se reviven nuevamente al escuchar determinadas melodías.
- Dimensión lúdica: desde que nace el ser humano desarrolla la dimensión lúdica. El niño juega, se divierte y al mismo tiempo aprende y se relaciona con el entorno. A lo largo de su historia necesita divertirse y asocia la diversión, las reuniones, las fiestas con la música y el baile.

Además de todo lo dicho anteriormente, la danza tiene otros usos entre los cuales se encuentran los usos terapéuticos. La danza como terapia, empezó en Estados Unidos en la década de los 40 con resultados excelentes. La perspectiva terapéutica de la danza le otorga la capacidad de convertirse en una forma de rehabilitación física, un modo de liberar el estrés, una forma de narrar la propia vida y una expresión emocional. Se basa en la idea de que cuerpo y mente son inseparables y por lo tanto, la danza es un medio para expresar el mundo interior mediante el cuerpo y su movimiento, provocando cambios en la psique y promoviendo la salud física y emocional. No se trata de enseñar danza, movimientos, coreografías o pasos, sino que se trata de motivar al individuo a expresarse a través del movimiento.

El baile también se puede utilizar en los centros sociales de personas mayores en forma de taller de danza como un espacio en el que se utiliza la danza como un medio para el tratamiento de las diferentes situaciones, enfermedades, etc...

Los objetivos del taller de danza son los siguientes:

- Desarrollar la comunicación a través de la expresión creativa, es decir, permitir la expresión de emociones y de sentimientos a partir del baile y del movimiento.
- Descubrir los recursos expresivos del cuerpo, mediante la danza, la dramatización, las canciones y la comunicación no verbal.
- Mejorar el estado de ánimo y la autoestima a partir de la vivencia, la liberación del estrés y la descarga emocional que proporciona el movimiento, el ejercicio físico y la expresión de emociones que se transmite a través de la danza dentro del grupo y la validación de lo que en el espacio de la danza sucede.
- Proporcionar un espacio para la libre expresión de ideas, emociones y sentimientos, de tal forma que se sientan cómodos para desinhibirse y expresar estas ideas, emociones y sentimientos.
- Fomentar la intervención social como por ejemplo en los bailes en grupo.
- Proporcionar ejercicio físico y placer.
- Facilitar el conocimiento del esquema corporal, lateralidad, agilidad y coordinación motriz, equilibrio y estructuración espacial.
- Estimular la memoria inmediata, remota y autobiográfica: asociar un baile a momentos de su vida, canciones, cantantes...

El taller de danza debe de estar ambientado cada día de acuerdo con un tema y a lo largo del taller se realizan una serie de actividades. Existen diferentes partes a lo largo del taller:

- Teoría: consiste en una breve explicación de la historia del baile que se va a tratar en la sesión citando personajes, anécdotas, traje de baile, forma del baile,...
- Actividades: dramatización de canciones, lectura y cante, dinámicas rítmicas, recuerdos asociados al baile...
- Danza: es la danza en sí.
- Repaso y memoria de la sesión: consiste en recordar lo que se ha hecho durante la sesión; la teoría, las actividades, las canciones, los bailes...
- Clausura de sesión: consiste en un último baile final en el cual todos los participantes se sitúan formando un círculo, y en el que procederemos a realizar los agradecimientos finales por la participación en la sesión y celebración de una merienda que contenga algún detalle relacionado con el contenido de la sesión.

#### 1.4.2. Teatro

El teatro no es solo un medio para llegar a ser actor sino una fuente de recursos que ayudan al individuo a defenderse emocional, física, intelectual, imaginativa y socialmente. Supone un trabajo integral de la persona, poniendo en juego aspectos

cognitivos, corporales, emocionales y sensibles. Un espacio que los habilita como seres completos, complejos, únicos y capaces de crear otras realidades.

La participación en un taller de teatro, ofrece a personas de edad avanzada la posibilidad de:

- Revalorizar su creatividad.
- Permanecer activos intelectualmente, sin descuidar las facultades mentales.
- Seguir activos.
- Mejorar su forma física.
- Fomentar la sensación de satisfacción personal y confianza en uno mismo.
- Mejorar la respiración a través del mantenimiento de la respiración gracias a los movimientos.
- Moverse y mantener una buena postura, mejorar el conocimiento de sí mismo así como la conciencia del propio esquema corporal.
- Aprender: el teatro permite estimular la memoria tanto corporal, como visual y auditiva.
- Eliminar las tensiones tanto físicas como psíquicas.

- Comunicarse a través de varios canales de comunicación como pueden ser el visual, el auditivo o el cinestésico.

El objetivo principal de un taller de teatro es generar un espacio donde las personas se sientan reintegradas y activas, ejerciendo una disciplina artística que les permita expresarse y comunicarse de manera personal y grupal a través de la aceptación del potencial de cada individuo como ser libre y creativo. En definitiva, lo que se pretende es:

- Favorecer el desarrollo y la estimulación de la libertad creativa.
- Potenciar la imaginación.
- Aumentar la expresividad corporal.
- Estimular la autonomía.
- Ejercitar los sentidos.
- Recuperar capacidades sensoriales y perceptivas.
- Estimular la emoción.
- Ejercitar la memoria.
- Desarrollar la capacidad comunicativa.
- Fomentar la necesidad de expresión personal y de la comunicación de las ideas y experiencias propias, así como la capacidad de escucha.
- Aumentar y/o recuperar la autoconfianza.

El desarrollo de un taller deberá estar marcado por el ritmo del grupo, desde el respeto y valoración de sus limitaciones y potencialidades productivas y creativas. La metodología de trabajo deberá de ser a través de dinámicas y herramientas del ámbito teatral, asimismo, se deberá de incidir en:

- Aspectos psicofísicos: coordinación motora, concentración, ritmo, destreza y precisión psicomotriz.
- Aspectos psicosociales: relaciones grupales saludables, actitudes positivas hacia sí mismo y los otros, así como las habilidades sociales.
- Aspectos emocionales: desinhibición, miedos, expresión de emociones, o bloqueos.

En el taller de teatro se deberá de trabajar de forma integrada y progresiva: el cuerpo, la voz, la creación de personajes y el espacio teatral.

En definitiva, el teatro es por tanto una herramienta que permite elaborar una construcción colectiva, controlada y organizada. Permite al individuo mirar críticamente al mundo, expresar sus deseos, sus alegrías, sus rencores, sus dificultades, pero con una cierta distancia que ofrece una posibilidad de análisis y una relativización de los acontecimientos que permite calmar algunos conflictos y, por lo tanto, disminuir las tensiones y las angustias relacionadas con ellas.

### 1.4.3. Actividad física

La actividad física es el movimiento humano intencional que como unidad existencial busca el objetivo de desarrollar su naturaleza y potencialidades no sólo físicas, sino psicológicas y sociales en un contexto histórico determinado.

Consideramos que la práctica de la actividad física, tanto de juego como formativa, tiene una gran importancia higiénico preventiva para el desarrollo armónico del sujeto así como para el mantenimiento del estado de salud del mismo. La práctica de cualquier deporte conlleva siempre un carácter lúdico de tal modo que pudiera ser una buena medida preventiva y terapéutica, ya que conlleva aspectos sociales, lúdicos e incluso bioquímicos que favorecen el desarrollo de las potencialidades del individuo.

El envejecimiento conlleva entre otros cambios, una serie de cambios a nivel cardiovascular, respiratorio, metabólico, músculo-esquelético, motriz, que reducen la capacidad de esfuerzo y resistencia al estrés físico de los mayores, reduciéndose a sí mismo su autonomía y calidad de vida y su habilidad y capacidad de aprendizaje motriz.

La actividad física se reduce con la edad y constituye un indicador de salud. La reducción del repertorio motriz, junto a la lentitud de los reflejos y descenso del tono muscular en reposo, entre otros factores, provocan descoordinación y torpeza motriz. La inmovilidad e inactividad es el mejor agravante del envejecimiento y la incapacidad de tal forma que, lo que deja de realizarse fruto del envejecimiento pronto será imposible realizar.

El ejercicio físico tiene una incidencia específica sobre los sistemas que acusan la involución retrasando la misma de forma considerable, previniendo enfermedades y contribuyendo a mantener la independencia motora y sus beneficios sociales, afectivos y económicos. Siendo una labor de los gerontólogos organizar actividades diarias de las personas mayores, entre ellas el ejercicio, pues todo lo expresado demuestra que la actividad física demora el envejecimiento y aumenta el período productivo de la vida.

El ejercicio aeróbico será de gran importancia ya que mejorará la eficacia cardiaca, la capacidad respiratoria y mejorará la postura. Hay que tener en cuenta que las personas de avanzada edad llegan a rangos aeróbicos menores que otros grupos; es necesario considerar la toma de frecuencia cardiaca para controlar la intensidad del ejercicio. Debido a la mayor fragilidad ósea por la osteoporosis y a la propensión a las lesiones de ligamentos y tendones, no se deben recargar las articulaciones con sobrecargas importantes. Debido a la falta de coordinación, debemos ejecutar ejercicios que puedan efectuarse en forma apropiada para evitar que se produzcan frustraciones.

Un buen trabajo muscular localizado será de gran beneficio para la persona mayor, ya que permitirá tonificar los músculos, mejorando su fuerza y movilidad, pero hay que extremar los cuidados de prevención de lesiones en cuanto a las posturas riesgosas. También hay que implementar períodos más largos de relajación durante los estímulos, incluyendo la elongación de para-vertebrales cervicales y lumbares, ya que es frecuente la contractura de dichos músculos.

Todas estas modificaciones producto del envejecimiento son objeto de entrenamiento para evitar y/o posponer su aparición a través de ejercicios variados

donde los estímulos lo sean también, incidiendo sobre audición, tacto, propiocepción, fomento del diálogo corporal de las personas mayores consigo mismas que les permita mejorar su esquema corporal, realizando movimientos inusuales y variados en condiciones que le merezcan seguridad y mejoren su equilibrio, control y estabilidad postural, eliminando sincinesias y paratonías, contribuyendo a que recobre seguridad en sí mismo mejorando su motricidad y capacitándole para sus quehaceres cotidianos así como para actividades de relación social que, en definitiva, mejoren su calidad de vida y salud física y mental.

Las enfermedades asociadas a la hipodinamia como: la obesidad, cardiopatía isquémica, diabetes, hipercolesterolemia e hipertensión, se ven agravadas por el sedentarismo y pueden ser tratadas con el ejercicio sin necesidad de recurrir a medicamentos. El ejercicio que desarrolla la fuerza y la resistencia disminuye la morbilidad y la mortalidad en las personas mayores.

La respuesta de las personas mayores es similar a la de los jóvenes en cuanto a capacidad aeróbica, resistencia y fuerza cuando los ejercicios son de intensidad baja y moderada, contribuyendo a mejorar dichas capacidades. Tengamos en cuenta que el síndrome general de adaptación evoluciona en tres etapas: alarma, resistencia y agotamiento que se corresponden con tres fases de la vida:

1. Niñez: se manifiesta una escasa resistencia y exagerada reactividad a agresiones externas.
2. Madurez: la resistencia y la capacidad de adaptación ante el estrés son mayores.

3. Vejez: se produce la pérdida de adaptación como respuesta al estrés y la disminución de las defensas del organismo.

El entrenamiento adecuado del adulto mayor deportista mejora las funciones esenciales demorando el deterioro físico y dependencia de 10 a 15 años. Ello quiere decir que los estímulos deben tener una intensidad adecuada a las posibilidades funcionales.

La autonomía de las personas mayores está íntimamente relacionada con su calidad de vida. El ejercicio es un protector y precursor de dicha autonomía y de los sistemas orgánicos que la condicionan, además de preservar y mejorar la movilidad y estabilidad articular y la potencia de las palancas músculo-esqueléticas, que a su vez inciden beneficiosamente sobre la calidad del hueso, la postura, la conducta motriz, la autoimagen, el autoconcepto, etc... y en definitiva sobre la calidad de vida.

La inmovilidad e inactividad es el mejor agravante del envejecimiento y la incapacidad de tal forma que, lo que deja de realizarse fruto del envejecimiento, pronto será imposible realizarlo. El ejercicio físico puede instaurarse en los hábitos y estilo de vida de la persona mayor y a su través canalizar el ocio y contribuir a recuperar, conservar y mejorar la salud y calidad de vida.

Con todo lo dicho, parece existir una relación entre la práctica regular y gradual de una actividad física y una mejoría y bienestar en la satisfacción por la vida.

La promoción de la actividad física en los adultos mayores es indispensable para disminuir los efectos del envejecimiento y preservar la capacidad funcional del anciano. Existen varios tipos de actividades que pueden y deben ser promovidos en esta edad. Algunos de ellos son:

- **Actividades aeróbicas:** es recomendada la realización de actividades de bajo impacto como: la caminata, el ciclismo o pedalear en bicicleta, la natación, la hidrogimnasia, subir escaleras, bailar, yoga, tai chi y gimnasia aeróbica de bajo impacto. Estas actividades son preferibles a las llamadas de alto impacto como: trotar, correr, o practicar deportes con saltos, como voleibol o baloncesto y gimnasia aeróbica de alto impacto, que tienen gran prevalencia de lesiones en esta época de la vida.
- **Entrenamiento de la fuerza muscular:** un aspecto fundamental del programa de ejercicio es el fortalecimiento de la musculatura buscando aumentar la masa muscular y la fuerza muscular, evitando así una de las principales causas de incapacidad y de caídas. Además, la masa muscular es el principal estímulo para aumentar la densidad ósea.
- **Hidrogimnasia:** las principales ventajas de este tipo de actividad en relación a los ejercicios realizados fuera del agua son:
  - La disminución de las fuerzas gravitacionales.
  - La disminución del estrés mecánico del sistema músculo-esquelético.
  - La facilidad para la termorregulación.

- Efecto diurético.

Por estas razones los principales usos de la hidrogimnasia son:

- Limitación de la movilidad articular.
- Dificultad en sustentar el peso corporal.
- Rehabilitación de lesiones.
- Enfermedad lumbar o hepática.
- Dolor lumbar.
- Osteoporosis.

Las variables que deben ser priorizadas para prescribir actividad física en la tercera edad para mantener la independencia funcional del individuo son en orden de importancia:

- Fuerza muscular.
- Equilibrio.
- Potencia aeróbica.
- Movimientos corporales totales.
- Cambios del estilo de vida.

Los principales efectos del ejercicio y la actividad física en la tercera edad pueden ser resumidos en:

- Efectos antropométricos y neuromusculares: control del peso corporal, disminución de la grasa corporal, aumento de la masa muscular, aumento de la masa magra, aumento de la fuerza muscular, aumento de la densidad ósea, fortalecimiento del tejido conectivo, aumento de la flexibilidad.
- Efectos metabólicos: aumento del volumen sistólico, disminución de la frecuencia cardíaca en reposo, aumento de la potencia aeróbica, aumento de la ventilación pulmonar, disminución de la presión arterial, mejora del perfil lipídico, mejora de la sensibilidad a la insulina, aumento de la tasa metabólica de reposo.
- Efectos psicológicos: mejora del autoconcepto, mejora de la autoestima, mejora de la imagen corporal, disminución de la ansiedad, tensión muscular e insomnio, disminución del consumo de medicamento y mejora de las funciones cognitivas y de socialización.

Los principales beneficios del entrenamiento de la fuerza muscular en la tercera edad son:

- Mejora de la velocidad de andar.
- Mejora del equilibrio.

- Aumento del nivel de actividad física espontánea.
- Mejora de la autoeficacia.
- Contribución en el mantenimiento y/o aumento de la densidad ósea.
- Ayuda en el control de la diabetes, artritis y enfermedades cardiovasculares.
- Mejora de la ingestión dietética.
- Disminución de la depresión.

El ejercicio y la actividad física también contribuyen en la prevención de las caídas por diferentes mecanismos:

- Fortalece los músculos de las piernas y columna.
- Mejora los reflejos.
- Mejora la sinergia motora de las reacciones posturales.
- Mejora la velocidad de andar.
- Incrementa la flexibilidad.
- Mantiene el peso corporal.
- Mejora la movilidad articular.
- Disminuye el riesgo de enfermedades cardiovasculares.

Además de los beneficios fisiológicos de la actividad física en el organismo las evidencias muestran que existen alteraciones en las funciones cognitivas de los individuos que realizan actividad física regular. Estas evidencias sugieren que el proceso cognitivo es más rápido y más eficiente en individuos físicamente activos por mecanismos directos como es: la mejora de la circulación cerebral, la alteración en la síntesis y la degradación de neurotransmisores; y en mecanismos indirectos como la disminución de la presión arterial, disminución de los niveles de LDL en el plasma, disminución de los niveles de triglicéridos e inhibición de la agregación plaquetaria.

Además de todo lo dicho anteriormente debemos hacer referencia a una enfermedad ósea que se produce con la edad y que es muy prevalente en la población mayor como es la osteoporosis. Como decíamos, la osteoporosis es una enfermedad que disminuye la cantidad de minerales en el hueso, perdiendo fuerza la parte del hueso trabecular y reduciéndose la zona cortical por un defecto de la absorción del calcio, lo que los vuelve quebradizos y susceptibles de fracturas y de microfracturas, y puede llevar a la aparición de anemia o ceguera.

Los estudios realizados en atletas o en individuos físicamente activos demuestran el efecto benéfico del ejercicio en la densidad ósea, ya que se observa que estos individuos tienen mayor porcentaje de densidad ósea, que varía de acuerdo con el estudio, en relación a los individuos sedentarios. Los estudios con diferentes programas de actividad física demuestran que el ejercicio tiene efecto benéfico en el sistema esquelético de mujeres con osteoporosis. En relación a las mujeres inactivas, que disminuyen la densidad ósea en el mismo período de tiempo, las mujeres físicamente activas aumentan la densidad ósea en media de 2-5%. La actividad física, dependiendo

de la época de inicio, la duración y la intensidad, contribuye para aumentar el pico de masa ósea, mantener la masa ósea y disminuir la pérdida de densidad ósea que ocurre con la edad. La prescripción del ejercicio físico en estos casos depende de si el objetivo es la prevención, el tratamiento o la rehabilitación.

Para la prevención de la osteoporosis están indicadas las actividades que soportan peso como caminar, correr o trotar. Para el paciente con alto riesgo de osteoporosis o con fracturas, están contraindicadas las actividades que soportan peso. En estos casos son recomendadas actividades como la natación, hidrogimnasia y pedalear en bicicleta. En todos los casos son fundamentales ejercicios para fortalecer la musculatura, principalmente la abdominal y lumbar y evitar siempre ejercicios que requieran flexión de la columna vertebral o torsión del tronco.

Las revisiones más recientes demuestran la necesidad de incluir en cualquier programa de prevención de osteoporosis la realización de actividades de entrenamiento con pesos para la fuerza muscular ya que estas actividades están relacionadas con mayores aumentos de la densidad ósea. Además de estos programas específicos existen evidencias de que el estilo de vida colabora en la prevención de fracturas por osteoporosis.

#### 1.4.4. Canto

A pesar de que los beneficios del canto a penas comienzan a estudiarse, un número cada vez mayor de especialistas afirman que puede ayudar a curar muchos males y recomiendan cantar con regularidad.

Tanto es así que en la Universidad de Frankfurt se llevó a cabo un experimento en el que chequearon la sangre de personas antes y después de 60 minutos de una práctica del Réquiem de Mozart y encontraron que las concentraciones de inmunoglobina A que es la proteína que funciona como anticuerpo, y la hidrocortisona que es una hormona antiestrés, se habían incrementado significativamente durante la práctica del canto. Una semana después, cuando les preguntaron a los miembros del coro que escucharan una grabación del Réquiem sin cantarla, su composición sanguínea no varió significativamente, de modo que el canto fortalece el sistema inmunológico.

El canto también mejora el sentimiento de bienestar: esto sucede porque, al cantar, se producen endorfinas dentro del sistema nervioso, lo que te hace sentir con más energía y con mejor ánimo.

De igual modo, el canto es bueno para el cuerpo ya que, debido a que se necesita un extra de aire, ayuda a estimular los pulmones, tonifica los músculos abdominales e intercostales y el diafragma, así como mejora la circulación. Si se realiza bajo la dirección de profesionales que enseñan la técnica, se aprende a respirar utilizando la totalidad de la capacidad, siendo beneficioso para distintas patologías del pulmón, tales como la obstrucción pulmonar crónica.

Asimismo el canto nos hace respirar más profundamente que otras formas de ejercicio extenuante, por lo que tomamos más oxígeno y mejora la capacidad aeróbica de modo que disminuye la presión sanguínea y el ritmo cardíaco, mejorando la eficiencia del sistema cardiovascular. También, al mejorar la circulación, se oxigenan

las células y al fortalecer el sistema inmunológico, es una protección contra las infecciones menores.

Las clases de canto también se utilizan para dejar de roncar y para tratar la apnea. Esto es debido a que en muchos casos los ronquidos se deben a la debilidad del paladar blando y del tracto superior de la garganta. La apnea, a su vez, tiene una conexión directa con dichos músculos y con la respiración. Al aprender a cantar y hacer ejercicios de vocalización, los sujetos ejercitan los músculos, lo que en muchos casos mejora la apnea y disminuye los ronquidos.

Como comentábamos, al cantar, el organismo produce endorfinas, lo que produce una sensación, casi inmediata, de bienestar y alegría. Por este motivo, el canto empieza a utilizarse como una ayuda más en el tratamiento de la depresión y la ansiedad. Cantar en un coro, además, reporta beneficios complementarios como:

- Estimula el sentido de pertenencia a un grupo, mejorando la autoestima.
- Cantar frente a otros puede ser difícil para las personas tímidas al principio, pero cuando finalmente se logra, la sensación de haber conseguido un reto suele ser muy beneficiosa.

Se ha demostrado que el canto mejora los problemas de memoria, demencia o incluso el Alzheimer. El canto ejercita la memoria y la concentración ya que hay que prestar atención no solo a las palabras, sino también a la melodía y al ritmo. Por otra parte, puesto que se trata de una actividad que se disfruta, se obtiene una gran relajación.

La parte del cerebro que procesa el lenguaje no es la misma que procesa la música. Se ha observado que muchas personas que han perdido el habla por diversas causas, pueden articular palabras cantadas, por lo que se empieza a usar el canto como terapia para que estos pacientes aprendan a hablar otra vez.

Aunque muchas veces se han señalado los beneficios de utilizar el canto en los niños, cantar, sobre todo si se hace en un coro, resulta especialmente beneficioso para los mayores. De hecho, se ha demostrado, según estudios llevados a cabo en un coro de la Levine School of Music en Washington D.C. que los participantes, todos mayores de 55 años, notan los siguientes beneficios:

- Menos visitas al médico.
- Menos problemas de vista.
- Un índice menor de depresión.
- Menos necesidad de medicación.

Asimismo todos los integrantes del coro declararon sentirse mejor en su vida diaria, y no solo cuando están cantando. La calidad y la fuerza de su voz ha mejorado, respiran mejor y tienen mejor postura, además de haber mejorado la motricidad y coordinación, ya que para cantar hay que usar todo el cuerpo.

En definitiva, el canto ha demostrado su eficacia para aumentar la felicidad, la concentración, la memoria, la autoestima, el habla, la respiración y hasta la oxigenación

de las células, promoviendo una mayor longevidad, un mayor bienestar y una mayor calidad de vida.

#### 1.4.5. Taller memoria

Desde el principio de la sociedad los términos memoria y edad han sido íntimamente relacionados. Hablar de olvidos, fallos de memoria o dificultad para aprender cosas nuevas era, hasta hace poco, hablar de vejez.

Sin embargo, hoy se reconoce que la pérdida de memoria es un proceso en el que intervienen numerosos factores, y que sobre alguno de ellos se puede intervenir favoreciendo la estimulación y el mantenimiento cognitivo.

Resulta evidente que la edad es un factor importante a tener en cuenta en los fallos de memoria, sin embargo está comprobado cómo otra serie de variables personales y ambientales tienen un peso específico tan importante o incluso mayor.

Como decíamos, con la edad, se reducen de forma significativa las exigencias que el medio nos hace, es decir, reducimos actividad tanto en cantidad como en complejidad. Con la estimulación lo que pretendemos es mantener activo y ágil a nuestro cerebro, utilizando para ello ejercicios diseñados. Para tal fin se han desarrollado una serie de talleres de memoria.

La elaboración de un programa de intervención en problemas de memoria destinado a personas mayores sin trastornos cognitivos, requiere determinar

previamente el nivel sociocultural y educativo, así como las limitaciones sensoriales de los participantes, para poder así adaptar los ejercicios a los participantes.

Una definición de taller de memoria podría ser la de un tipo de intervención basada en la estimulación cognitiva y en la neuropsicología aplicada que aprovecha los recursos de memoria existentes, favorece su ejercicio, y los preserva mediante el desarrollo de tareas adecuadas, aconsejándose si fuese necesario su complementación con un programa psicoeducativo dirigido a los familiares de las personas diagnosticada de un deterioro cognitivo. El taller se suele desarrollar en pequeños grupos de personas y dirigido por personal experto.

Las actividades que se suelen realizar en los talleres de memoria son, entre otras: la estimulación de las funciones cognitivas de acceso a las palabras, la imaginación visual, los conocimientos semánticos adquiridos, la orientación témporo-espacial, la memoria autobiográfica, la memoria actual, con terapias de orientación a la realidad y con ejercicios que simulen las actividades de la vida diaria, incorporando y manteniendo rutinas, y en la medida de lo posible, utilizando técnicas ecológicas como la utilización de una agenda.

En cuanto a los objetivos que se suelen perseguir en los talleres de memoria nos encontraríamos con la utilización de las capacidades de aprendizaje; la creación de una rutina semanal; la promoción de un estado de bienestar reduciendo las respuestas de ansiedad y depresión, mejorando así la calidad de vida; y que el formato de grupo promueva la interacción de los participantes, actuando éste como grupo de soporte y autoayuda.

## 2. EL CENTRO SOCIAL DE PERSONAS MAYORES ESTUDIADO

El centro social de personas mayores del Ayuntamiento de Cée, ubicado en la calle Rosalía de Castro, está concebido como un centro de uso polivalente para la tercera edad del Ayuntamiento de Cée.

Dicho centro permanece abierto de lunes a domingo ya que este sector de población tiene un peso importante, siendo (según los datos del IGE) casi un 20% del total de la población.

La finalidad del centro es la de proporcionar a los mayores un punto de encuentro y una opción de disfrutar de su tiempo de ocio realizando actividades de su interés.

En el centro se desarrolla un programa de ocio activo para la tercera edad, en el cual se organizan actividades para favorecer:

- Agilidad mental, como talleres de memoria.
- Prevención del deterioro físico: clases de gerontogimnasia, talleres de podología y fisioterapia, etc.
- Ocio: coro, baile, teatro, manualidades, etc.

Las diversas actividades se llevan a cabo en los meses de septiembre a junio, parando en la época estival. En esta época del año se aprovecha la ocasión para organizar excursiones con la finalidad de conocer mejor nuestra Comunidad.

Los talleres se desarrollan en las aulas destinadas a tal efecto en el centro social, siendo impartidos por la coordinadora del centro o bien por los monitores especializados y bajo la supervisión de la coordinadora.

Asimismo, se prevé la participación de los propios mayores como voluntarios para enseñar actividades y compartir experiencias.

En cuanto a la financiación del centro, ésta proviene en su mayor parte de los presupuestos del Ayuntamiento, ya que es de gestión directa del mismo. Del mismo modo, cuenta con una subvención del Plan Concertado dentro del programa de atención a colectivos específicos; en este caso personas mayores. En ocasiones se recibe financiación, para el desarrollo de estos talleres, de subvenciones de la Diputación.

Los usuarios que disfrutan del centro social de personas mayores de Cée son jubilados y pensionistas, por lo general mayores de 65 años y sus cónyuges. Asimismo, se incluye también a los viudos/as y a otros pensionistas mayores de 50 años, que por sus características se considera beneficioso para ellos.

## 2.1. RELACIÓN DEL PERSONAL

- Una coordinadora, a jornada completa, con la titulación de Psicología Social. Sus funciones son:
  - Gestión del Centro.
  - Organización, información y difusión de las actividades que se desarrollan en el Centro.
  - Coordinación de las actividades.
  - Atención al público.
  - Colaboración en el desarrollo y puesta en funcionamiento de programas de atención primaria referentes a la tercera edad.
- Dos camareras: una a jornada completa y otra para los fines de semana y festivos. Sus funciones son:
  - Apertura y cierre de las instalaciones.
  - Atención de la cafetería.
  - Limpieza de las instalaciones.

## 2.2. EQUIPAMIENTO MATERIAL

El Centro cuenta con:

- Despacho coordinadora, dotado con un equipo informático, una mesa y sillas y dos muebles.
- Cafetería: material propio del servicio de cafetería, mesas y sillas, y una televisión.
- Dos salas para la realización de actividades. Una de ellas dotada con mesas y sillas, material diverso para la realización de las distintas actividades, dos muebles para guardar dicho material y un encerado. La otra cuenta con una televisión, una mesa, sillas y sillones.
- Una biblioteca en la que hay un mueble con libros y revistas, dos mesas y un equipo informático.
- Aseos.
- Cuarto para guardar el material de limpieza.

## 2.3. NORMATIVA DEL RÉGIMEN INTERNO DEL CENTRO SOCIAL

### 2.3.1. Usuarios

Los principales requisitos para acceder al centro social de personas mayores son los siguientes:

- Ser jubilados o pensionistas mayores de 65 años y sus cónyuges. Se incluyen también viudos/as y otros pensionistas mayores de 50 años que por sus características se considera beneficioso para ellos.
- Estar empadronados en el Ayuntamiento de Cée.

### 2.3.2. Derechos

- Acceder a los servicios del centro sin ningún tipo de discriminación.
- Colaborar en la buena marcha del centro.
- Disfrutar de las actividades llevadas a cabo en el centro.
- Consultar cualquier duda o sugerencia acerca del centro social o personal, así como de sus actuaciones, de los servicios realizados o de las actividades allí realizadas.
- Hacer uso del libro de reclamaciones.

### 2.3.3. Deberes

- Seguir las normas de utilización de los diferentes servicios y cuidar el material del centro.
- Comportarse con mutuo respeto, tolerancia y educación.
- Colaborar en las tareas que supongan un beneficio positivo para todos los usuarios del centro y que no impliquen riesgo para su salud.

- Respetar las opiniones de los demás, así como las decisiones y acciones que adopte la coordinadora del centro, siempre que no perjudiquen a terceros.

#### 2.3.4. Faltas y sanciones

##### 2.3.4.1. *Faltas leves*

- Faltar al respeto a los compañeros/as y el personal que trabaja en el centro.
- Alterar el buen funcionamiento del centro, a través de comportamientos inadecuados.
- Participar en discusiones o peleas.

##### 2.3.4.2. *Faltas graves*

- Acumulación, en el período de un año, de tres faltas leves.
- Acudir o estar en el Centro con signos evidentes de embriaguez o similares.

##### 2.3.4.3. *Sanciones*

- Si la falta es leve, llevará a cabo la persona responsable del centro una amonestación verbal privada con el causante de la sanción.

- Si la falta es grave, la persona causante de la misma no podrá acceder a los servicios e instalaciones del centro, durante el tiempo que se considere oportuno.

A continuación procederemos a mencionar las principales actividades llevadas a cabo en el centro:

## 2.4. PRINCIPALES ACTIVIDADES DEL CENTRO

### 2.4.1. Cocina

Este taller consiste en la elaboración de diferentes recetas de platos de cocina.

#### Objetivos:

- Conocer las técnicas básicas de cocción y las técnicas complementarias.
- Desarrollar técnicas sobre alimentos con una explicación paso a paso y aportando los valores nutritivos de la receta.
- Elaborar diferentes platos y cuidar su presentación final.
- Fomentar la participación.

### Metodología:

El monitor llevará adelante esta actividad, realizando indicaciones introductorias sobre la alimentación y compaginando la elaboración de los platos con las explicaciones pertinentes sobre la misma y en respuesta a las dudas planteadas por los participantes. En todo momento, el desarrollo de la actividad será acompañado con los recursos didácticos necesarios, recetas y otro material complementario.

Se buscará la participación máxima de los participantes de forma que puedan colaborar en la elaboración de los platos y en la sugerencia de cualquier aspecto relativo al desarrollo de la actividad.

### Actividades:

Elaboración de diferentes platos.

#### 2.4.2. Costumizado de ropa

Costumizar significa personalizar. Se consigue con ello un estilo en objetos de decoración en ropa que sólo puede hacerse a base de pegar, cortar, estampar, coser, bordar,... En definitiva, es realizar una obra de arte.

Objetivos:

- Fomentar la autoestima y desarrollar nuevas habilidades.
- Desarrollar la creatividad.
- Iniciar en los conocimientos de la técnica y sus distintos materiales.

Metodología:

- Presentación del modelo a realizar y su diseño.
- Elección de materiales y técnicas.
- Montaje, confección y desarrollo personal del modelo/objeto.
- Supervisión y ayuda a la creación de recursos propios.
- Customizado final.

2.4.3. Pintura

Este taller consiste en practicar las distintas técnicas pictóricas y de dibujo.

Objetivos:

- Desarrollar de forma básica las habilidades y destrezas plásticas de los participantes, así como su creatividad.

- Practicar las diferentes técnicas pictóricas y de dibujo.
- Aprender a conocer la utilización de los distintos tipos de materiales según la técnica que se utilice.
- Crear un ambiente positivo de ocio educativo en el grupo, en el que en un clima participativo y lúdico los participantes puedan descansar de sus ocupaciones rutinarias, a menudo fatigosas y poco satisfactorias.

#### Metodología:

La pintura resulta una técnica de expresión muy versátil, que puede ser un cauce muy positivo para reflejar la situación personal o para proyectar estados de opinión, de ánimo, o fomentar la creatividad. Igualmente, la práctica del dibujo y la pintura permitirá a los participantes entrenar la memoria, la atención y la concentración.

El conocimiento de esta actividad debe darse de manera progresiva, de lo más sencillo a los más complejos, aplicando las pautas generales de utilización de materiales según el tipo de técnica que se vaya a utilizar, cuidando en cada caso la asimilación de los contenidos que se vayan impartiendo.

#### 2.4.4. Bisutería

Este taller consiste en el desarrollo de distintas técnicas sobre materiales propios de la bisutería como el cuero, la seda, el algodón, o las piedras decorativas, para conseguir elementos decorativos.

Objetivos:

Dotar a las alumnas de unos conocimientos básicos a partir de los cuales puedan hacer sus propios trabajos de bisutería.

Metodología:

En clase se explicarán los trabajos a realizar paso a paso, a través de pizarras o cualquier otro soporte gráfico. Con posterioridad a la realización del trabajo, la monitora procederá a facilitarles a las alumnas los esquemas e instrucciones sobre el trabajo hecho para que ellas puedan repetirlos con posterioridad.

Actividades:

Se realizarán pendientes, anillos, colgantes, etc.

2.4.5. Manualidades

Este taller consiste en el desarrollo de diferentes técnicas de la actividad de manualidades y su aplicación a distintos objetos.

Objetivos:

- Adquirir conocimientos suficientes sobre las distintas técnicas en el campo de las manualidades.

- Conseguir que los participantes puedan al final del taller realizar trabajos de manera autónoma, sin la supervisión del monitor.
- Lograr un ambiente agradable y de relajación, que permita a los participantes olvidarse de los problemas diarios durante la realización de la actividad.
- Fomentar las relaciones de grupo entre los participantes.

#### Metodología:

Las distintas técnicas se irán proponiendo tomando en cuenta, de un lado, el grado de dificultad de la técnica, buscando evolucionar de menor a mayor dificultad; y de otro lado, la forma más o menos favorable en que vaya evolucionando el grupo. Además, se tendrá en cuenta el interés específico de cada participante. Asimismo, el monitor hará un seguimiento personalizado de cada participante, dando respuesta a todas las dificultades que se le vayan planteando en el desarrollo de la técnica que trabaje en cada caso.

#### 2.4.6. Baile

Este taller consiste en el perfeccionamiento de distintos bailes y ritmos clásicos y modernos.

Objetivos:

- Obtener los conocimientos necesarios en la iniciación o perfeccionamiento en los bailes de salón.
- Conseguir que el trabajo en grupo lleve a una mayor motivación de los participantes, y a mayores y mejores relaciones entre los mismos.
- Mantener una buena preparación física.

Metodología:

Se dividirá cada hora de sesión en cuatro tiempos:

- Organización.
- Explicación.
- Práctica de grupo.
- Práctica de parejas.

2.4.7. Un momento para el encuentro

La actividad pretende crear un espacio social y de encuentro dentro del propio centro social como generador de relaciones sociales y de convivencia del centro social con su entorno.

Objetivos:

- Interactuar.
- Compartir.
- Acercar.

Metodología:

Tertulia-café: en muchas ocasiones la actividad se desarrolla por algún motivo especial como cumpleaños, santos, fechas importantes en la vida de cada participante. En otras ocasiones simplemente se trata de compartir, recapitular o simplemente acercarse para formar parte de una conversación, una tarde de paseo,...

## 2.4.8. Informática

Este taller se adaptará a este colectivo de personas mayores con el fin de adecuarnos a sus conocimientos y capacidades. El objetivo principal consiste en aproximar a las personas mayores al mundo de las tecnologías de la información y la comunicación.

Objetivos:

Capacitar a los participantes en los conocimientos, habilidades y actitudes necesarios para que, al finalizar la acción formativa, sean capaces de manejar las herramientas ofimáticas básicas e Internet.

Metodología:

Se utilizará una metodología teórica y práctica. De manera continuada se realizarán ejercicios y se pondrá en práctica lo aprendido. Asimismo, se realizarán sesiones muy dinámicas que faciliten el aprendizaje personal.

2.4.9. Cuero

Este taller consiste en conocer las distintas técnicas relativas al labrado de cuero y aplicarlas a diferentes objetos.

Objetivos:

- Conocer las técnicas básicas del trabajo con el cuero.
- Elaborar diferentes piezas basadas en patrones.
- Trabajar la imaginación del participante de manera que sea capaz de diseñar sus propios patrones.
- Fomentar el trabajo en equipo.

### Metodología:

Para el buen desarrollo del taller, se tendrá en cuenta la existencia de diferentes niveles en el conocimiento del trabajo en el cuero. En consecuencia, un primer paso será ver la conveniencia de organizar el taller en grupos de forma que los miembros de cada grupo estén en el nivel más próximo posible. En función de cada nivel se trabajarán progresivamente los siguientes contenidos:

- Confección de patrones.
- Corte de las piezas.
- Técnicas de cosido.
- Técnicas de labrado.
- Diseño de piezas propias.

#### 2.4.10. Encaje de bolillos

El presente taller consiste en conocer las distintas técnicas relativas al desarrollo del encaje de bolillos y aplicarlas a diversas labores.

### Objetivos:

- Enseñar a los alumnos las técnicas indispensables para el desarrollo del encaje de bolillos.

- Lograr habilidad y precisión en los dedos, volviéndose más ágiles.
- Conseguir un ambiente de grupo sano y distendido donde se dejen por un rato los problemas personales y se fije la atención en una actividad relajante y creativa.

#### Metodología:

La actividad se desarrollará de manera progresiva, conociendo primeramente un punto o técnica, haciendo luego una muestra, para a continuación aplicarlo uniendo cada punto con los demás conocidos y realizando labores a gusto del participante.

#### 2.4.11. Gerontogimnasia

Este taller pretende que los asistentes se mantengan en forma y se conserven en el mejor estado de salud posible.

#### Objetivos:

Favorecer de forma integral una corporidad dinámica, trabajando las conductas motrices básicas.

#### Metodología:

El terapeuta debe saber explicar cómo es el movimiento y acompañarlo siempre realizándolo él mismo para que los participantes puedan copiarlo visualmente.

#### 2.4.12. Teatro

El teatro sintetiza aspectos tales como lo didáctico, lo cultural, lo artístico y lo social. Este taller se concibe como un medio de favorecer la expresión creativa, ya que el teatro como aprendizaje conecta con los objetivos principales de la animación: que las personas salgan, se pongan en acción y recobren su autonomía.

##### Objetivos:

- Dar a conocer el teatro como forma de expresión y comunicación mediante la enseñanza de las técnicas básicas de la dramatización.
- Realizar un montaje teatral a lo largo del curso con el consiguiente proceso de elaboración escenográfica, vestuario, y ensayos, para culminar en el estreno de la obra y funciones que se determinen en el calendario.
- Estimular el sentido de trabajo grupal, indispensable en el teatro, favoreciendo en todos los miembros del grupo el sentido de la comunicación y desinhibición en todos los participantes.
- Desarrollar y redescubrir la memoria, tanto sensorial como emocional, los reflejos y la coordinación como vehículo, no sólo de expresión y comunicación sino también para el propio crecimiento personal de los participantes.

### Metodología:

En el taller se pretende trabajar con una metodología de participación que no se reducirá al análisis de un texto y su puesta en escena, sino experimentando con distintas técnicas interpretativas: improvisaciones, textos dramáticos, textos poéticos y creaciones originales.

#### 2.4.13. Coro

Lo que busca el presente proyecto es, introducir a los alumnos en la música, a través de la práctica coral, desarrollando la capacidad vocal e interpretativa de manera individual, para luego participar de este instrumento de voces colectivo llamado coro. Es así como se podrá fortalecer el desarrollo del trabajo grupal, potenciar la buena convivencia para que con entusiasmo, trabajo y perseverancia se puedan obtener resultados en conjunto.

### Objetivos:

- Acercar a los alumnos a la música a través de la práctica coral.
- Lograr familiarizar a los participantes con el lenguaje de la música, para un mayor conocimiento y mejor apreciación de ella.
- Desarrollar el potencial artístico de los participantes por medio de la interpretación musical.

- Desarrollar la capacidad auditiva para reconocer elementos básicos estructurales de un coro.
- Introducir a los alumnos en los distintos conceptos de la teoría musical a través de la práctica coral.
- Fomentar la audición de obras corales para favorecer la ampliación y diversificación de sus conocimientos musicales.

Metodología:

- Aprendizaje guiado por medio de audiciones para cada tema específico.
- Aprendizaje modelo o imitativo.
- Interacción por medio de preguntas entre profesor guía y alumnos. Cada sesión tendrá tres partes principales: se iniciará con ejercicios de vocalización (arpeggios, escalas, etc.), luego presentación y lectura de la obra, para finalizar con la práctica en conjunto de la obra en cuestión (ensamblaje).

2.4.14. Memoria

Este taller consiste en un tipo de intervención basada en la estimulación cognitiva y en la neuropsicología aplicada que aprovecha los recursos de memoria existentes, favorece su ejercicio, y los preserva mediante el desarrollo de tareas adecuadas.

Objetivos:

- La utilización de las capacidades de aprendizaje.
- La creación de una rutina semanal.
- La promoción de un estado de bienestar reduciendo las respuestas de ansiedad y depresión, mejorando así la calidad de vida.
- El formato de grupo promocióne la interacción de los participantes, actuando éste como grupo de soporte y autoayuda.

Metodología:

- La estimulación de las funciones cognitivas de acceso a las palabras, la imaginación visual, los conocimientos semánticos adquiridos, la orientación témporo-espacial, la memoria autobiográfica, la memoria actual.
- Utilización de terapias de orientación a la realidad y de ejercicios que simulen las actividades de la vida diaria.
- Incorporación y manteniendo de rutinas.
- Utilización de técnicas ecológicas como la utilización de una agenda.

**PARTE SEGUNDA**

**ESTUDIO DE  
INVESTIGACIÓN**





## **CAPÍTULO 8.**

### ***JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS***





## **1. JUSTIFICACIÓN**

Con el aumento de la esperanza de vida, gracias a los avances de las sociedades modernas, se ha producido la aparición de un colectivo cada vez mayor de personas mayores con un peso poblacional, social, económico y político cada vez mayor.

Este colectivo de edad, cada vez más amplio y mejor organizado, irrumpe con fuerza demandando respuestas para sus necesidades tanto económicas, sanitarias, educativas, sociales o de ocio.

Como respuesta a esas demandas los poderes políticos y sociales han realizado una serie de reformas legislativas así como la creación de una serie de equipamientos para atender las necesidades de este colectivo.

En medio de este contexto es donde nacen los centros sociales de personas mayores concebidos como recursos gerontológicos abiertos a la comunidad que se dirigen a promover el envejecimiento activo, favoreciendo el desarrollo personal, la convivencia y la participación social. Estos centros fueron concebidos en su origen como lugares de encuentro de personas mayores, cuya filosofía se centraba en proporcionar un local en el que las personas mayores se pudieran reunir para fomentar las relaciones y disfrutar del tiempo libre.

Sin embargo, en la actualidad, la oferta de actividades se ha diversificado ampliamente hasta convertir a estos centros en importantes lugares de ocio y aprendizaje. El objetivo es que las personas mayores sean las protagonistas, es decir, se busca su participación en charlas, cursos y talleres, animándolos, en definitiva, a envejecer en compañía y a ampliar sus redes de relación.

Con la oferta de actividades de ocio y tiempo libre, los usuarios que acuden a estos equipamientos encuentran múltiples oportunidades y opciones para sentir, compartir, aprender y divertirse, en el marco de los numerosos servicios que los centros ponen a su disposición como pueden ser: iniciarse en el baile, perfeccionar los conocimientos sobre pintura y manualidades, probar distintas técnicas y ejercicios de relajación, practicar yoga o pilates, participar en tertulias en compañía de sus amistades, entrenar la memoria, practicar nuevas recetas de cocina, o participar en actividades deportivas, entre otras actividades.

Los centros sociales constituyen una excelente oportunidad para retomar aficiones aparcadas años atrás, embarcarse en otras nuevas, o bien perfeccionar el dominio en aquellas que ya se conocen.

Con respecto a la población más mayor, las acciones de los centros sociales suelen tener por objeto:

- Incidir en el desarrollo y crecimiento personal, social y cultural, y con ello, mejorar su calidad de vida.
- Posibilitar la expresión cultural y la participación ciudadana de esta población.

Ambos propósitos se pretenden desde la perspectiva específica de sus inquietudes, intereses y demandas, lo que, en los centros sociales, se traduce en:

- Actividades de fomento de la salud y el envejecimiento activo.
- Espacios lúdicos y recreativos.
- Acercamiento cultural.
- Experiencias de aprendizaje y formación.
- Otro tipo de eventos sociales y populares en los que las personas mayores resultan directamente protagonistas.

En cuanto a los ciudadanos más mayores, estos experimentan algunas circunstancias que conviene conocer a la hora de diseñar la oferta de servicios y programas. En este colectivo se manifiestan distintas realidades a su paso por los diferentes ciclos vitales por los que atraviesa: entrada en la jubilación, cambios de rutinas y hábitos, incremento del tiempo libre, nuevos roles familiares... Precisamente, es en los centros sociales donde todas estas personas manifiestan sus preocupaciones y proponen sus prioridades e intereses. En respuesta a esta demanda, una buena parte de la oferta de actividades de los centros sociales de personas mayores debe incluir actividades de promoción de estilos de vida saludable, campañas preventivas, actividades que permitan el mantenimiento físico y cognitivo, o recomendaciones para combatir y afrontar la soledad.

Una de las funciones más importantes de los centros sociales es la de promover la cultura a través del ocio, es decir: la cultura, en una parte significativa de la población mayor, está muy determinada por sus vivencias de ocio. Con esta premisa en los centros sociales de personas mayores se llevan a cabo diferentes actuaciones con la ocupación sociocultural del tiempo libre como denominador común a todas ellas: concursos y juegos, celebraciones y actos festivos, actuaciones musicales, funciones, exposiciones, juegos de mesa, bailes... son algunas de las alternativas de entretenimiento más demandadas por este colectivo.

Como demuestran estos equipamientos, el ocio, el tiempo libre y la cultura resultan claramente compatibles, y a través de pequeñas acciones se contribuye a extender la cultura popular, enriquecer culturalmente a los habitantes, así como a

implicar a las personas mayores y hacerles partícipes de las nuevas expresiones culturales que nos caracterizan y rodean.

En cuanto al aprendizaje este no está reñido con el entretenimiento, y por ello en estos centros se destinan importantes esfuerzos por reducir la llamada brecha digital entre esta población. Para ello se realizan una serie de cursos para un mayor acercamiento de esta población al mundo de la informática a través de Internet, la Alfabetización Digital, o el manejo de Facebook que ahora les permiten participar de las nuevas formas de relación, información, comunicación y participación ciudadana.

En el capítulo cultural propiamente dicho, algunas de las estrategias de los centros sociales están encaminadas a la adaptación de las diferentes opciones culturales: acercando la oferta cultural existente, facilitando el desarrollo cultural de la población más mayor, y posibilitando las condiciones para que este segmento de población pueda disfrutar de un número mayor de opciones.

Como comentábamos, las personas mayores mediante su asistencia a este tipo de actividades que ofertan los centros sociales de personas mayores, con su participación, contribuyen a visibilizar y aumentar la presencia de la tercera edad dentro de la sociedad, incluso protagonizando sus propios espacios: presentando exhibiciones corales y teatrales, organizando concursos, o participando activamente en campañas de sensibilización y promoción de la tercera edad.

Desde los centros sociales de personas mayores la población usuaria se agrupa en torno a intereses comunes, organizando modestas acciones relacionadas con la

cultura popular. Con ello, las personas mayores que se acercan a los centros sociales aportan su visión y perspectiva respecto de la realidad que les rodea, trasladan su opinión y manifiestan los diferentes intereses que les preocupan.

En definitiva, en el interior de los centros sociales de personas mayores tienen lugar multitud de experiencias con las que los ciudadanos en general, y muy especialmente las personas mayores, disfrutan de un enriquecimiento mutuo, comparten buenos y agradables momentos, combaten la soledad y amplían su red de relaciones y amistad.

## **2. OBJETIVOS**

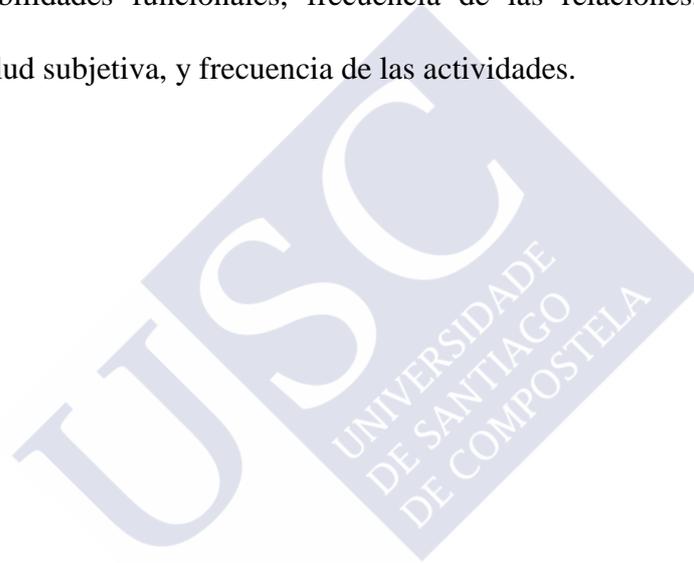
Por todo ello, el objetivo principal de esta investigación es comprobar si la asistencia a los centros sociales de personas mayores es un medio eficaz para la mejora de la calidad de vida de este colectivo de edad, es decir, si los usuarios de dichos centros tienen una mejor calidad de vida que aquellos que no acuden a ellos.

Entre los objetivos específicos podemos destacar los siguientes:

- Evaluar la Calidad de Vida en mayores de 60 años de forma multidimensional.
- Conocer los aspectos subjetivos y objetivos de la calidad de vida en la vejez.

- Valorar la salud en general y comprobar si los usuarios del centro social tienen mejor salud que los sujetos que no utilizan los servicios del centro.
- Valorar la integración social y si los usuarios del centro social se sienten más integrados socialmente que aquellos que no acuden al centro.
- Evaluar las habilidades funcionales y comprobar si los usuarios del centro social son funcionalmente más autónomos que los sujetos que no utilizan los servicios del centro.
- Conocer la actividad y el ocio de los mayores, y comprobar si los usuarios del centro social son más activos que aquellos que no acuden a dicho centro.
- Medir la calidad ambiental y comprobar que los sujetos del centro social se sienten más satisfechos con su calidad ambiental que los sujetos que no utilizan dicho centro.
- Conocer su satisfacción con la vida, y verificar si los usuarios del centro social se sienten más satisfechos con sus vidas que los mayores que no acuden a él.
- Conocer su educación y comparar el nivel educativo de los sujetos usuarios del centro social con el nivel educativo de los sujetos que no utilizan dicho centro.
- Conocer el nivel de ingresos de los usuarios del centro social y de las personas que no acuden a él.

- Conocer la frecuencia de utilización de los servicios sociales y sanitarios, así como la satisfacción con dichos servicios por parte de los usuarios del centro social y de los sujetos que no utilizan los servicios de dicho centro.
- Analizar, tanto en el grupo experimental como en el grupo control, la relación existente entre las siguientes variables: satisfacción con la vida, educación, ingresos, deterioro cognitivo, satisfacción con las relaciones, habilidades funcionales, frecuencia de las relaciones, salud objetiva, salud subjetiva, y frecuencia de las actividades.





**CAPÍTULO 9.**

***METODOLOGÍA***





La muestra seleccionada para el grupo experimental está formada por usuarios del centro social de personas mayores del ayuntamiento de Cée (A Coruña) y que acuden asiduamente a sus actividades. El diseño de investigación utilizado ha sido un diseño longitudinal de panel. La evaluación se realizó desde el mes de septiembre al mes de junio por ser el período de tiempo en el cual se realizan las actividades en el centro ya que durante la época estival no se realizan actividades. La primera evaluación se realizó en el mes de septiembre del año 2011, la segunda evaluación en febrero del año 2012, y la tercera evaluación en el mes de junio del 2012, habiendo transcurrido cinco meses entre cada una de ellas y diez meses entre la primera y la última evaluación.

En cuanto a la muestra seleccionada para el grupo control, está formada por sujetos seleccionados del padrón municipal del Ayuntamiento de Cée con características

similares a las de los usuarios del centro social pero que no reciben ningún tipo de tratamiento gerontológico.

El grupo de evaluación quedó compuesto por 30 usuarios del centro social, con una media de edad de 72,6 años con un rango comprendido entre los 60 a 90 años, siendo mujeres el 50% y hombres el otro 50%. Cabe mencionar que consideramos que la muestra de 30 sujetos la consideramos representativa de la población ya que ésta está compuesta por unos 60 usuarios.

El grupo control está formado por 30 sujetos sin ninguna relación con el centro social, con una edad comprendida entre los 60 a 90 años, con una media de edad de 72.63 años, siendo mujeres el 50% y hombres el otro 50%.

Debemos mencionar que todas las pruebas utilizadas fueron administradas a todos los sujetos, tanto del grupo experimental como del grupo control, por el mismo investigador.

Para confirmar que la calidad de vida de las personas mayores usuarias de un centro social de personas mayores es mejor que la de aquellos sujetos que no lo utilizan tendríamos que considerar varios aspectos, por un lado los subjetivos y por otro los objetivos. Asimismo, debemos tener en cuenta además los estados social y emocional.

Por todo ello, hemos escogido para la evaluación de la calidad de vida el Cuestionario Breve de la Calidad de Vida (CUBRECAVI) ya que ha demostrado ser una herramienta fiable y válida para la evaluación de la calidad de vida de forma

multidimensional, además de ser un cuestionario de fácil aplicación, de una breve duración (unos 20 minutos aproximadamente), y que mide las siguientes áreas: salud (salud subjetiva, objetiva y psíquica), integración social, habilidades funcionales, actividad y ocio, calidad ambiental, satisfacción con la vida, educación, ingresos, y servicios sociales y sanitarios.

Del mismo modo, nos hemos propuesto evaluar la existencia o no de deterioro cognitivo para ver si influye o no en la calidad de vida de los sujetos. Para ello hemos escogido el Cuestionario de Estado Mental Portátil de Pfeiffer por ser un test fiable, de fácil aplicación y de corta duración (unos 4 minutos) y al que no le afecta el nivel cultural de los sujetos.

En un primer momento haremos un análisis descriptivo comparando los dos grupos que componen este estudio, hablando en puntuaciones medias y en algunos casos en porcentajes, para ello utilizaremos el programa Microsoft Office Excel. Posteriormente, utilizaremos el programa PASW Statistic SPSS 18 para realizar un análisis de correlación de Pearson para poder analizar la relación existente entre las variables que más nos interesan utilizadas en este estudio, tanto en el grupo experimental como en el grupo control. Dichas variables son las siguientes: Satisfacción con la vida, educación, ingresos, deterioro cognitivo, satisfacción con las relaciones, habilidades funcionales, frecuencia de las relaciones, salud objetiva, salud subjetiva, y frecuencia de las actividades.

## 1. DESCRIPCIÓN DEL CUBRECAVI

El CUBRECAVI ha sido desarrollado partiendo de varios supuestos básicos:

1. La calidad de vida es un concepto multidimensional que integra diferentes escalas o componentes.
2. Los diferentes componentes de la calidad de vida hacen referencia tanto a aspectos subjetivos como a aspectos objetivos.
3. Es imposible hacer generalizaciones sobre la calidad de vida y resulta necesario considerar tanto variables personales como contextuales (por ejemplo, la edad o el lugar de residencia).
4. Evaluar la calidad de vida en un determinado grupo de personas requiere establecer previamente cuáles son las variables, condiciones o componentes que integran dicho concepto para ese grupo particular, así como cuáles son sus fuentes de diferenciación.

A continuación describiremos brevemente los diferentes estudios realizados para examinar estos planteamientos.

Como punto de partida se procedió a examinar el concepto teórico de calidad de vida a través de una extensa revisión de los artículos científicos existentes sobre el tema, analizando las diferentes propuestas de conceptualización y listando los componentes de la calidad de vida propuestos por los distintos autores.

Una vez identificadas las dimensiones generales más importantes de la calidad de vida era necesario examinar específicamente el concepto implícito de calidad de vida en las personas mayores, es decir, los componentes específicos de la calidad de vida que son más relevantes en este grupo. Para identificar estos componentes se realizó un estudio específico aplicando una encuesta a una muestra representativa de la población española mayor de 18 años (N = 1200). En la encuesta se presentaba una lista con los componentes teóricos obtenidos en la revisión bibliográfica y se solicitaba a los sujetos que eligieran y jerarquizaran los aspectos de la calidad de vida que consideraban como “propios de las personas mayores”. En la siguiente tabla se muestra un resumen de los resultados de este estudio. En la primera columna aparecen los componentes de la calidad de vida y en la segunda columna aparece el porcentaje de sujetos que han elegido ese componente como primera opción. La última columna muestra el porcentaje de sujetos que han elegido esa opción entre las tres primeras.

**Tabla 1: Orden de elección de los componentes de la calidad de vida de las personas mayores**

<b>Componentes</b>	<b>1.ª opción</b>	<b>1.ª, 2.ª ó 3.ª opción</b>
Tener buena salud	70%	83%
Poder valerse por sí mismo	15%	66%
Tener una buena pensión o renta	2%	34%
Tener buenas relaciones con la familia y los amigos	2%	31%
Mantenerse activo	3%	26%
Tener buenos servicios sociales y sanitarios	3%	24%
Tener una buena casa o apartamento	1%	17%
Sentirse satisfecho con la vida	1%	11%
Tener un buen barrio	-	3%
Tener oportunidades de aprender nuevas cosas	-	3%

*Fuente: CUBRECAVI*

Como se puede apreciar, “tener buena salud”, “valerse por sí mismo”, “tener una buena pensión o renta”, “tener buenas relaciones con los familiares y con los amigos” y

“mantenerse activos” fueron valorados como los principales componentes de la calidad de vida para las personas mayores de 65 años.

Además, en la misma entrevista, se incluyeron preguntas sobre la frecuencia con la que las personas mayores de 65 años realizaban actividades específicas de cada uno de los componentes teóricos de la calidad de vida presentados. El procedimiento seguido fue el siguiente: a los encuestados mayores de 65 años se les pedía que hicieran una valoración (autoinforme) sobre esos aspectos y a los menores de 65 se les solicitaba que contestaran refiriéndose a alguna persona mayor de 65 años que conocieran bien. También se solicitaba que indicasen la edad de esa persona mayor y su relación con ella.

Con estos datos, se procedió a realizar un análisis factorial obteniéndose una alta convergencia en las factorizaciones en ambas muestras de forma que obtuvieron nueve factores: salud, integración social, habilidades funcionales, actividad y ocio, calidad social, satisfacción con la vida, educación, ingresos, y servicios sociales.

Basándose en los resultados obtenidos en la revisión bibliográfica se seleccionaron las siguientes variables como potenciales fuentes de diferenciación de la calidad de vida en la vejez:

- Vivir o no en el propio domicilio.
- Edad.
- Sexo.
- Vivir en entornos rurales o urbanos.

- Posición social.

Con el fin de identificar diferencias en la calidad de vida en función de estas variables se elaboró un extenso cuestionario que evaluaba los nueve componentes de la calidad de vida identificados como más relevantes y se aplicó, en un nuevo estudio, a una muestra de 1014 personas mayores de 65 años y representativa de la población española por esa edad. El 50% de la muestra (N = 507) vivía en la comunidad (residía en su propio domicilio o en el domicilio de algún familiar) y la otra mitad (N = 507) lo hacía en residencias de ancianos. En este estudio se realizó un pormenorizado análisis del poder discriminativo de cada uno de los elementos del cuestionario en función de las variables relevantes establecidas.

El CUBRECAVI se desarrolló con el objetivo de construir un cuestionario de calidad de vida breve que cubriera todos y cada uno de los componentes que intervienen en la calidad de vida de las personas mayores, seleccionando los ítems más discriminativos a partir de los resultados del estudio descrito anteriormente y eliminando los que presentaban un peor funcionamiento. Con el instrumento ya configurado se procedió a examinar sus propiedades psicométricas, realizándose estudios sobre su fiabilidad (consistencia interna) y validez (criterial y de constructo). Finalmente se desarrollaron baremos para todas las escalas del nuevo instrumento.

El CUBRECAVI es un cuestionario compuesto por 21 subescalas agrupadas en las nueve escalas siguientes:

- Salud (salud subjetiva, objetiva y psíquica).

- Integración social.
- Habilidades funcionales.
- Actividad y ocio.
- Calidad ambiental.
- Satisfacción con la vida.
- Educación.
- Ingresos.
- Servicios sociales y sanitarios.

Cada subescala se evalúa mediante una o varias cuestiones y se ofrecen puntuaciones independientes para cada una de las anteriores escalas.

Las dos últimas subescalas del CUBRECAVI (20 y 21) no se agrupan en ninguna de las nueve escalas mencionadas. Son elementos adicionales que permiten:

- Examinar las preferencias del propio sujeto respecto a los componentes que más valora de la Calidad de Vida.
- Obtener una valoración global subjetiva de la CV realizada por el propio sujeto.

A continuación se describe el contenido de cada una de las nueve escalas del CUBRECAVI.

Salud:

Siguiendo los planteamientos y estudios expuestos anteriormente, la escala Salud explora tres aspectos diferenciados sobre la calidad de vida relacionada con la salud:

- Salud subjetiva: Representa el nivel de satisfacción que el sujeto manifiesta con respecto a su estado de salud y se evalúa mediante la pregunta: “¿Se siente Usted satisfecho con su actual estado de salud?”. Las alternativas de respuesta son cuatro: “Mucho”, “Bastante”, “Algo” y “Nada”.
- Salud objetiva: Recoge la frecuencia con la que el sujeto ha tenido dolores o molestias últimamente. Se presenta un listado de 22 síntomas físicos frecuentes en las personas mayores y se solicita al sujeto que indique con qué frecuencia (“Nunca”, “Algunas veces”, “Bastantes veces” o “Muchas veces”) han estado presentes durante las últimas dos semanas.
- Salud psíquica: Recoge la frecuencia (“Nunca”, “Casi nunca”, “A veces” o “Frecuentemente”) con la que el sujeto ha presentado recientemente alguno de los 3 problemas psicológicos más comunes en las personas mayores:
  - Sentirse deprimido o angustiado.
  - Tener problemas de memoria.

- Estar desorientado o perdido.

La puntuación de esta escala se obtiene calculando la media aritmética de las tres subescalas de salud (subjctiva, objetiva y psíquica).

#### Integración social:

El contenido de esta escala recoge tanto aspectos objetivos como subjetivos de las relaciones sociales de las personas mayores y su red de apoyos. En primer lugar se examina el tipo de convivencia y la frecuencia de los contactos sociales y en qué medida se siente satisfecho con cada una de esas relaciones.

- Satisfacción con la convivencia: Representa un aspecto muy relevante de las relaciones sociales de las personas mayores y de su nivel de integración. Cuando el sujeto evaluado vive acompañado se le pregunta cómo de satisfecho se encuentra con la relación que mantiene con la persona con quien convive (si vive en la comunidad) o con la persona con quien comparte su habitación (en el caso de que ocupe una habitación compartida en una residencia). Las alternativas de respuesta son tres: “Satisfecho”, “Indiferente” e “Insatisfecho”.
- Frecuencia de las relaciones sociales: Se examina la frecuencia de los contactos sociales que el sujeto mantiene con determinadas personas relevantes: familiares, vecinos y amigos. Hay cuatro alternativas de respuesta (“Todos los días o casi todos los días”, “Una vez a la semana”, “Una vez al mes” o “Nunca o casi nunca”).

- Satisfacción con las relaciones sociales: Se solicita al sujeto que valore cómo de satisfecho está con las relaciones que mantiene con: su cónyuge, sus hijos, sus nietos, otros familiares, vecinos, personas de la residencia y amigos. Las alternativas de respuesta son tres: “Satisfecho”, “Indiferente” e “Insatisfecho”.

#### Habilidades funcionales:

Se trata de identificar el grado de independencia que mantiene el sujeto para desenvolverse en su vida diaria y las dificultades específicas que puede tener. Se evalúa a través de dos subescalas:

- Autonomía funcional: Se pide al sujeto que valore globalmente su nivel de independencia mediante la pregunta: “¿Cómo considera Usted que puede valerse por sí mismo?”. Las alternativas de respuesta son las siguientes: “Muy bien”, “Bien”, “Regular” y “Mal”.
- Actividades de la vida diaria: Se pregunta cuánta dificultad tiene para realizar actividades como: cuidar su aspecto físico, hacer las tareas domésticas, caminar o realizar tareas fuera de casa. Hay cuatro alternativas de respuesta: “Ninguna”, “Alguna”, “Bastante” y “Mucha”.

#### Actividad y ocio:

La escala Actividad y ocio explora en qué actividades ocupa su tiempo el sujeto y el grado de satisfacción que le produce la realización de dichas actividades. Examina

el nivel de actividad física del sujeto y con qué frecuencia realiza actividades relacionadas con el ocio.

- Nivel de actividad: Se explora mediante la pregunta: “¿Cuál de las siguientes afirmaciones describe mejor su nivel de actividad diaria?”. Las alternativas de respuesta son cinco, desde “Casi completamente inactivo” a “Entrenamiento físico varias veces a la semana”.
- Frecuencia de actividades: Se presenta un listado de doce actividades y se solicita al sujeto que indique con qué frecuencia realiza cada una de ellas: leer libros o periódicos, visita a amigos o parientes, ver la televisión, escuchar la radio, caminar, jugar con otras personas a juegos recreativos, cuidar niños, hacer manualidades (coser, hacer ganchillo o punto, etc.), hacer recados o gestiones, ir de compras y viajar. Las opciones de respuesta son: “Frecuentemente”, “Ocasionalmente” o “Nunca”.
- Satisfacción con las actividades: Se solicita al sujeto que de forma general, realice una valoración del nivel de satisfacción que le produce su forma de ocupar el tiempo. Las alternativas de respuesta son tres: “Satisfecho”, “Indiferente” e “Insatisfecho”.

Calidad ambiental:

Evalúa el nivel de satisfacción del sujeto con la relación a una serie de aspectos objetivos de su vivienda o de la residencia donde habita, así como su satisfacción general con la misma.

- Satisfacción con los elementos ambientales: La satisfacción con los aspectos ambientales se evalúa con la pregunta: “¿Qué grado de satisfacción tiene Usted con los siguientes aspectos de la vivienda/residencia donde vive?”. Estos aspectos se refieren al ruido, la temperatura, la iluminación, el mobiliario y las comodidades. Las alternativas de respuesta son: “Satisfecho”, “Indiferente” e “Insatisfecho”.
- Satisfacción general con la vivienda: Se evalúa con la pregunta: “¿Qué grado de satisfacción tiene Usted con su vivienda o residencia?”. Las alternativas de respuesta son tres: “Satisfecho”, “Indiferente” e “Insatisfecho”.

#### Satisfacción con la vida:

Uno de los componentes de la calidad de vida más comúnmente aceptado es un aspecto personal: la satisfacción con la vida. Tras los análisis estadísticos a los que se sometieron distintos indicadores de satisfacción con la vida, en el CUBRECAVI se decidió incluir una sola pregunta: “¿En qué medida está Usted satisfecho, en términos generales, con la vida?”. Las alternativas de respuesta son cuatro, “Mucho”, “Bastante”, “Algo” y “Nada”.

#### Educación:

Recoge el nivel de estudios máximo que el sujeto ha alcanzado. Se ofrece un listado con diferentes niveles de estudios que va desde “Menos de estudios primarios,

no sabe leer” a “Estudios universitarios o superiores” para que se pueda identificar ajustadamente el nivel educativo del sujeto.

#### Ingresos:

Esta escala trata de recabar información sobre los recursos económicos de los sujetos preguntando directamente por la cuantía total de ingresos mensuales (incluye los ingresos por cualquier concepto: pagas, pensiones, retribuciones, ayudas, sueldo, etc.). El nivel de ingresos se clasifica en nueve categorías desde “Hasta 300 Euros” a “Más de 2700 Euros”.

#### Servicios sociales y sanitarios:

Esta escala examina con qué frecuencia utiliza el sujeto los servicios sociales y sanitarios y su nivel de satisfacción con los mismos.

- Frecuencia de utilización de servicios. Se evalúa con la pregunta: “¿Con qué frecuencia utiliza Usted los servicios sociales y sanitarios que le ofrece la comunidad o residencia?”. Las alternativas de respuesta son tres: “Frecuentemente”, “Ocasionalmente” y “Nunca”.
- Satisfacción con la utilización de servicios. Se evalúa mediante la pregunta: “¿En qué medida está Usted satisfecho con los servicios sociales y sanitarios que utiliza?”. Las alternativas de respuesta son cuatro y van de “Muy satisfecho” a “Nada satisfecho”.

## 1.1. APLICACIONES DEL CUBRECAVI

El CUBRECAVI ha sido construido con el objetivo de ofrecer una medida útil y breve de la calidad de vida a un nivel de primera discriminación.

Se puede utilizar esencialmente con tres finalidades diferentes:

1. En primer lugar para realizar una comparación, mediante baremos, de la calidad de vida de un determinado sujeto con un grupo normativo. Así, por ejemplo, es posible valorar el nivel de calidad de vida de un determinado sujeto en comparación con una muestra representativa de población española.
2. En segundo lugar, para comparar, en términos de puntuaciones directas o normativas, a una persona mayor antes y después de un determinado evento. Así, por ejemplo, se puede comparar la calidad de vida de un sujeto antes de incorporarse a un programa de ayuda a domicilio y después de su incorporación.
3. En tercer lugar, se puede utilizar en diseños de grupo, permitiendo la comparación de sujetos que viven en distintas residencias, que participan en distintos programas o que tienen distintos tipos de pensiones, etc.

## 1.2. FIABILIDAD

Para estudiar la fiabilidad (consistencia interna) de las escalas del CUBRECAVI se ha calculado el índice alfa de Cronbach. Dado que algunas escalas cuentan con un solo ítem (Satisfacción con la vida, Ingresos y Educación) se ha calculado este índice solo en las escalas que contienen 2 o más elementos, en concreto: Salud, integración social, actividad y ocio, habilidades funcionales y calidad ambiental.

**Tabla 2: Consistencia interna de las escalas del CUBRECAVI**

<b>Componente</b>	<b>N</b>	<b>Alfa <sup>(2)</sup></b>
Salud (5)	919	0,70
Integración social (3)	370	0,31
Actividad y ocio (3)	955	0,74
Habilidades funcionales (5)	521	0,92
Calidad ambiental (2)	996	0,78

(1) Los números que están entre paréntesis al lado de cada escala corresponden al número total de elementos que dicha escala incluye.

(2) Alfa de Cronbach.

Fuente: CUBRECAVI

Como se puede apreciar en la tabla, los índices de consistencia interna son moderados (entre 0,92 y 0,70) en todas las escalas a excepción de Integración social. La consistencia interna de Integración social es baja (0,31). En este caso se ha comprobado que el índice se eleva hasta 0,71 si se elimina el ítem correspondiente a la frecuencia de las relaciones sociales y se mantienen los dos ítems relativos a la satisfacción con las relaciones (en un caso con familiares y amigos y en otro con la persona con quien conviven). Una posible interpretación puede ser que la satisfacción y la frecuencia de relaciones sociales no necesariamente son consistentes entre sí; es decir, tener muchas

relaciones sociales no implica necesariamente que estas produzcan satisfacción. Esta interpretación está en la línea de estudios previos sobre estos parámetros de las relaciones sociales realizados en distintos países.

Por otra parte, destaca por su alto nivel de consistencia la escala Habilidades funcionales (0,92). Las restantes escalas obtienen índices de consistencia interna moderados.

### 1.3. VALIDEZ

#### 1.3.1. Validez de constructo

La calidad de vida puede ser considerada apriorísticamente como un macro-constructo multidimensional y, por tanto, gran parte de los análisis se han realizado mediante procedimientos factoriales con el fin de hallar su estructura interna. En concreto, se ha realizado un análisis factorial de componentes principales con rotación Varimax de los elementos del CUBRECAVI.

Como puede observarse en la siguiente tabla, el análisis ha dado lugar a 8 factores que corresponden muy ajustadamente a los componentes de la calidad de vida considerados teóricamente.

Los elementos de la escala actividad y ocio saturan en dos factores diferentes: los ítems relativos a la actividad física saturan en el factor 7 y los que se refieren al ocio saturan el factor 4. Un índice combinado de actividad y ocio satura en estos dos factores

como, por otra parte, es lógico. Los 8 factores explican el 78,2% de la varianza. A continuación se comenta detalladamente el contenido de los diferentes factores.

**Tabla 3: Pesos factoriales de los elementos del CUBRECAVI**

Elementos	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8
Salud (índice combinado)	0,19	0,89	0,08	0,09	0,10	0,34	0,06	-0,04
Salud subjetiva	0,10	0,29	-0,03	0,05	0,11	0,74	0,20	-0,09
Salud objetiva (Síntomas o dolores)	0,36	0,48	-0,11	0,00	0,16	0,36	0,13	-0,28
Salud psíquica (Depresión o ansiedad)	0,14	0,81	0,04	0,01	0,03	0,05	-0,04	0,03
Salud psíquica (Fallos de memoria)	0,11	0,80	0,10	0,02	0,06	0,04	0,07	0,00
Salud psíquica (Desorientación)	0,06	0,68	0,25	0,25	0,06	0,02	-0,12	0,06
Frecuencia de las relaciones sociales	0,18	0,19	0,11	-0,05	0,06	-0,34	0,13	0,67
Satisfacción con las relaciones sociales	-0,04	-0,11	-0,03	0,02	-0,16	0,17	-0,02	0,76
Nivel de actividad	0,10	-0,02	-0,02	0,14	0,08	0,10	0,93	0,03
Frecuencia de las actividades	0,13	0,01	-0,16	0,57	0,36	0,40	0,04	0,26
Satisfacción con las actividades	0,07	0,16	0,20	0,77	-0,17	-0,14	0,15	-0,17
Actividad y ocio	0,13	0,03	0,00	0,63	0,13	0,14	0,72	0,05
Autonomía funcional	0,48	0,14	0,09	0,46	0,02	0,23	0,00	-0,03
Dificultades para realizar las AVD (caminar)	0,84	0,12	-0,05	0,16	-0,02	0,09	-0,02	-0,05
Dificultades para realizar las AVD (cuidar de su aspecto físico)	0,88	0,03	-0,01	-0,13	0,08	0,00	0,08	0,10
Dificultades para realizar las AVD (realizar tareas domésticas)	0,86	0,16	0,06	0,05	0,04	0,00	0,07	0,05
Dificultades para realizar las AVD( tareas fuera de casa)	0,92	0,11	0,01	0,09	0,05	0,11	0,08	0,00
Habilidades funcionales	0,94	0,14	0,02	0,20	0,03	0,13	0,03	0,00
Satisfacción con los elementos ambientales	0,08	0,14	0,89	0,06	0,04	-0,03	-0,03	-0,01
Satisfacción general con la vivienda o residencia	-0,05	0,08	0,92	0,01	0,04	0,11	0,01	0,04
Calidad ambiental	0,00	0,11	0,98	0,04	0,04	0,05	0,00	0,01
Satisfacción con la vida	0,20	0,13	0,24	0,12	0,04	0,71	0,00	0,08
Educación	0,01	0,10	0,03	0,18	0,81	0,07	-0,05	0,00
Ingresos	0,05	0,05	0,07	-0,15	0,78	0,01	0,18	-0,24

Fuente: CUBRECAVI

- El factor 1, “HABILIDADES FUNCIONALES”. En este factor saturan todos los ítems relativos a las dificultades que el sujeto pueda tener para realizar un conjunto de actividades de la vida diaria (valerse por sí mismo, caminar, cuidar de su aspecto físico, realizar tareas domésticas, realizar tareas fuera de casa y la medida combinada de habilidades funcionales).
- El factor 2, “SALUD”. En este factor saturan los ítems relativos a los síntomas y dolores que el sujeto dice padecer, la frecuencia con la que se

siente ansioso o deprimido, la presencia de problemas de memoria u orientación y el índice combinado de salud.

- El factor 3, “CALIDAD AMBIENTAL”. Saturan en este factor la satisfacción con aspectos específicos de la vivienda o residencia, la satisfacción global con la vivienda o residencia y la medida combinada de ambiente.
- El factor 4, “OCIO Y TIEMPO LIBRE”. En este factor saturan los ítems relativos a cómo ocupa el sujeto su tiempo libre (leer, ver la televisión, hacer excursiones, etc.), tanto en lo que se refiere a la frecuencia de realización de cada actividad como a la satisfacción que le produce realizar tales actividades.
- El factor 5, “POSICIÓN SOCIAL”. Se ha optado por esta denominación puesto que en él saturan los ítems relativos al nivel de ingresos y el nivel de estudios.
- El factor 6, “SATISFACCIÓN”. En él saturan los ítems relativos a la salud subjetiva y a la satisfacción con la vida.
- El factor 7, “ACTIVIDAD FÍSICA”. En este factor saturan los ítems referidos a la actividad física, así como también la medida combinada de la Actividad y ocio.
- El factor 8, “RELACIONES INTERPERSONALES”. En él saturan los dos ítems que se refieren a la frecuencia y la satisfacción del sujeto con las relaciones con otras personas, es decir, la frecuencia de las relaciones interpersonales y el nivel de satisfacción con las mismas.

En resumen, los análisis factoriales realizados ponen de manifiesto que la estructura factorial del CUBRECAVI es consistente con la teóricamente planteada y plasmada en este instrumento.

### 1.3.2. Validez de criterio

Para establecer la validez de criterio de un instrumento lo idóneo es disponer de un criterio independiente y objetivo con que se puedan contrastar los resultados del instrumento. Obviamente, disponer de este tipo de criterios es extremadamente difícil cuando se bordan conceptos multidimensionales como la calidad de vida. Si de adoptara una perspectiva “objetiva” de la calidad de vida se deberían establecer como criterio las condiciones “externas” de este concepto, es decir, los recursos materiales, las condiciones ambientales, etc. Este abordaje presenta el inconveniente de “establecer” qué condiciones (materiales, ambientales...) son las que proporcionan mayor calidad de vida. Por otra parte, si se considera la calidad de vida desde la perspectiva de lo “subjetivo” el criterio de calidad de vida lo establecen los propios sujetos, indicando hasta qué punto se sienten satisfechos en función de sus experiencias, sentimientos y valores. Para el estudio de la validez de criterio del CUBRECAVI se ha optado por utilizar el segundo enfoque descrito, utilizando como criterio de valoración que hace el propio sujeto de su nivel de satisfacción con la vida.

Se han realizado análisis de regresión diferenciados para los sujetos de la muestra de sujetos residentes en la comunidad y en residencias. Los resultados de estos análisis se muestran en las siguientes tablas. En estos análisis se ha utilizado como criterio (variable dependiente) la respuesta de los sujetos a la pregunta *¿En qué medida*

*está Usted satisfecho, en términos generales, con la vida?* (escala de Satisfacción con la vida). Como variables predictoras se han introducido las puntuaciones de las restantes escalas del CUBRECAVI.

Los resultados de estos análisis muestran que Salud, Actividad y ocio y Calidad Ambiental son las escalas del CUBRECAVI que mejor predicen la satisfacción con la vida de las personas mayores que viven en la comunidad, explicando el 26% de la varianza total del nivel de satisfacción con la vida referida por los sujetos. En la muestra de personas que viven en una residencia de ancianos las escalas que mayores pesos alcanzan a la hora de explicar el nivel de satisfacción con la vida han sido Salud, Habilidades funcionales y Actividad y ocio y explican el 33% de la varianza del nivel de satisfacción con la vida.

Los resultados de ambos análisis de regresión (comunidad y residencias) coinciden en la importancia de la salud y la actividad o el ocio a la hora de explicar el nivel de satisfacción con la vida. Sin embargo, en los sujetos que viven en residencias tienen más importancia las habilidades funcionales mientras que en los que viven en la comunidad es más importante la satisfacción con las condiciones ambientales.

Los resultados anteriores indican que el CUBRECAVI permite predecir un criterio subjetivo de calidad de vida; es decir, si el sujeto se siente satisfecho con la vida.

**Tabla 4: Análisis de regresión (muestra de residentes en la comunidad)**

<b>Escala</b>	<b>Beta</b>	<b>t</b>	<b>Significación</b>
Salud	0,38	6,19	0,001
Habilidades funcionales	-0,01	-0,17	NS
Actividad y ocio	0,19	3,06	0,002
Calidad ambiental	0,13	2,22	0,028
Educación	0,02	-0,39	NS
Ingresos	0,10	1,56	NS
Integración social	0,03	0,51	NS

R = 0,51  
Varianza explicada = 26%

NS: No significativo

Fuente: CUBRECAVI

**Tabla 5: Análisis de regresión (muestra personas que viven en residencias de ancianos)**

<b>Escala</b>	<b>Beta</b>	<b>t</b>	<b>Significación</b>
Salud	0,42	3,88	0,001
Habilidades funcionales	0,23	2,18	0,033
Actividad y ocio	0,24	2,16	0,035
Calidad ambiental	0,10	0,89	NS
Educación	-0,02	-0,17	NS
Ingresos	-0,03	-0,31	NS
Integración social	0,09	-0,78	NS

R = 0,574  
Varianza explicada = 33%

NS: No significativo

Fuente: CUBRECAVI

#### 1.4. APLICACIONES

El CUBRECAVI ha sido construido con el objetivo de ofrecer una medida útil y breve de la calidad de vida a un nivel de primera discriminación.

Se puede utilizar esencialmente con tres finalices diferentes:

- En primer lugar para realizar una comparación, mediante baremos, de la calidad de vida de un determinado sujeto con un grupo normativo. Así, por ejemplo, es posible valorar el nivel de calidad de vida de un determinado sujeto en comparación con una muestra representativa de población española.
- En segundo lugar, para comparar a una persona mayor antes y después de un determinado evento. Así, por ejemplo, se puede comparar la calidad de vida de un sujeto antes de incorporarse a un programa de ayuda a domicilio y después de su incorporación.
- En tercer lugar, se puede utilizar en diseños de grupo, permitiendo la comparación de sujetos que viven en distintas residencias, que participan en distintos programas o que tienen distintos tipos de pensiones, etc.

Esta tercera aplicación es la que utilizamos en nuestra investigación ya que nos permite comparar al grupo de usuarios de un centro social de personas mayores con otro grupo que no recibe ningún tipo de actividad.

### 1.5. ADMINISTRACIÓN

Este cuestionario se ha concebido para ser administrado a las personas mayores por un entrevistador que haga las preguntas a los sujetos, o bien para ser autoaplicado. En nuestro caso hemos escogido la primera opción puesto que parte de los sujetos no estaban capacitados culturalmente para la autoaplicación.

## 1.6. PUNTUACIÓN

Todos los datos recogidos fueron analizados mediante los programas Microsoft Office Excel y el PASW Statistic SPSS 18.

Para la valoración global, trabajamos con valores medios de la puntuación y, en algunos casos, en porcentaje.

## 2. DESCRIPCIÓN DEL CUESTIONARIO DE ESTADO MENTAL PORTÁTIL DE PFEIFFER

Este cuestionario fue diseñado por Pfeiffer en 1975 como test de screening de deterioro cognitivo. En nuestro país se encuentra validado por García-Montalvo.

Se trata de un cuestionario heteroaplicado de 10 ítems, sobre cuestiones muy generales y personales. Se puede pasar en 4-5 minutos. No requiere ninguna preparación especial y aporta, en pocos minutos, datos sobre diferentes áreas cognitivas, especialmente sobre memoria y orientación, preguntando sobre diez cuestiones tan generales o personales, que le ha conferido un carácter transcultural. En nuestro medio tan sólo se ha tenido que adaptar el noveno ítem, que en lugar de preguntar sobre el apellido de soltera de la madre se le pide su nombre completo (segundo apellido), dado que aquí no se pierde con el matrimonio.

El test de Pfeiffer es especialmente útil en invidentes, personas de edad avanzada y analfabetas, aún cuando se corrige el resultado según el grado de instrucción,

permitiendo un error más, en sujetos de bajo nivel educativo, exigiéndose, por el contrario, un error menos, en individuos con estudios superiores.

Este cuestionario explora la memoria a corto plazo, la orientación, nos proporciona información sobre hechos cotidianos, así como la capacidad de cálculo. Asimismo, detecta tanto la presencia de deterioro cognitivo como el grado del mismo. Las cuestiones con varias respuestas sólo se aceptan como correctas si todos los elementos de la misma lo son. Así, para la población con un nivel cultural medio se considera:

- Normal de 0 a 2 errores.
- Deterioro cognitivo leve de 3 a 4 errores.
- Deterioro cognitivo moderado (patológico) de 5 a 7 errores.
- Deterioro cognitivo importante de 8 a 10 errores.

En términos generales, si fijamos el punto de corte para la demencia establecida en cinco errores, su sensibilidad llega al 100% y su especificidad al 90%.

Enfatiza mucho el lenguaje y la memoria y tiene una intensa orientación verbal. Por lo que en algunos tipos de déficit sensoriales o trastornos psiquiátricos (depresión) podría dar falsos positivos. A pesar de haber sido diseñado para screening, no detecta deterioros leves ni cambios pequeños en la evolución del deterioro cognitivo.

Del mismo modo, el test de Pfeiffer ha acreditado su fiabilidad en estudios epidemiológicos con una especificidad que llega al 92% y una sensibilidad del 82%, siendo, por ello, uno de los más recomendables en Atención Primaria.

Al igual que en el caso del CUBRECAVI, todos los datos recogidos fueron analizados mediante los programas Microsoft Office Excel y el PASW Statistic SPSS

18.





**CAPÍTULO 10.**

***RESULTADOS***



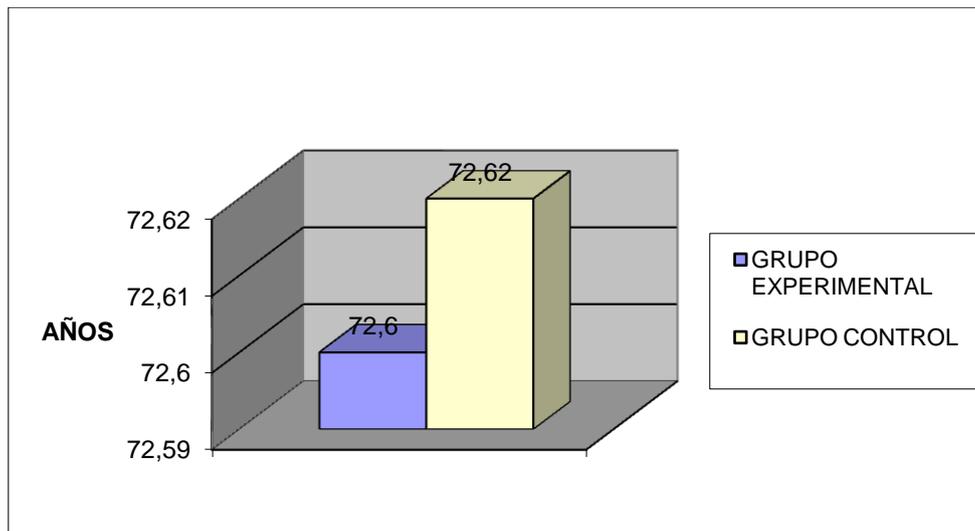


Una vez pasadas las pruebas y obtenidos los resultados pasaremos a comentarlos a continuación.

#### PERFIL PERSONAL

La media de edad de los usuarios del centro social de Cée asciende a 72,6 años, y en el caso del grupo control la media de edad asciende a 72,63 años.

**Ilustración 1: Media de edad.**



Fuente: Elaboración propia. Datos propios, 2012.

En cuanto a la distribución por sexos de las muestras, en el caso del grupo experimental al igual que en el grupo control, la distribución por sexos de las muestras son homogéneas ya que ambas están conformadas por un 50% de hombres y otro 50% de mujeres.

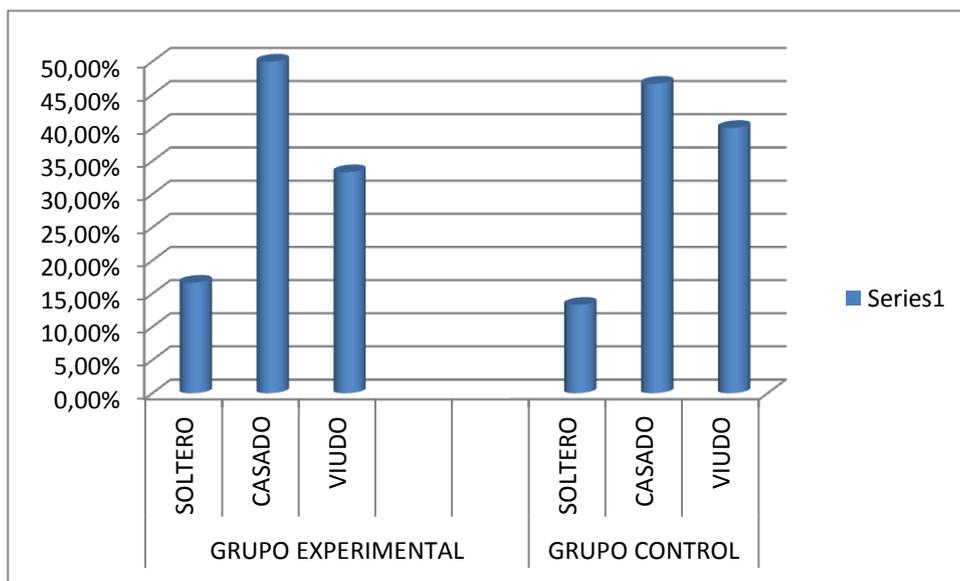
**Ilustración 2: Sexo.**



Fuente: Elaboración propia. Datos propios, 2012.

En cuanto a la distribución por el estado civil, en el caso del grupo experimental la muestra está conformada por un 16,67% de solteros, un 50% de casados y un 33,33% de viudos. En el caso del grupo control la muestra está conformada por un 13,33% de solteros, un 46,67% de casados y un 40% de viudos.

**Ilustración 3: Estado civil.**



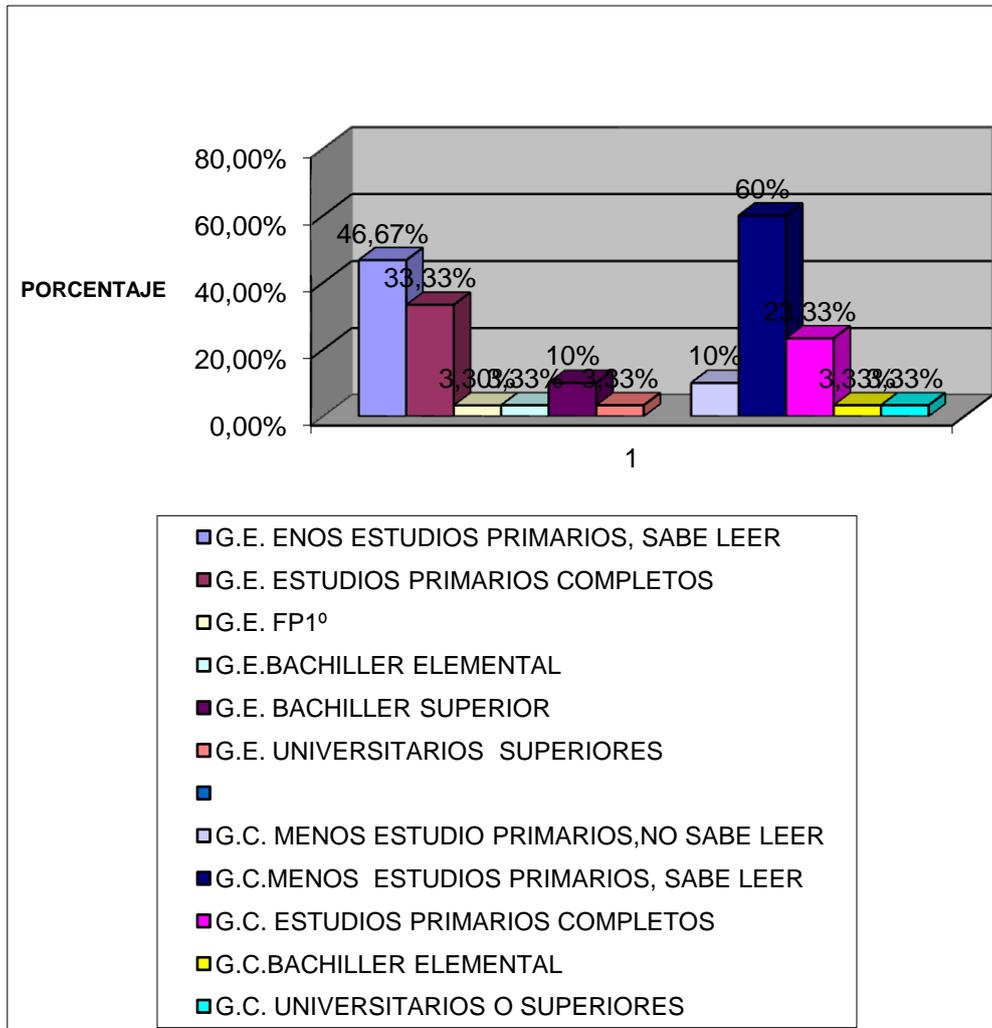
Fuente: Elaboración propia. Datos propios.

## EDUCACIÓN

En cuanto al nivel de estudios de los componentes de la muestra del grupo experimental, el 46,67% de los sujetos poseían menos de estudios primarios pero sabían leer, el 33,33% tenían estudios primarios completos, el 3,33% tenían una formación profesional de 1º grado, el 3,33% poseían el bachiller elemental, el 10% el bachiller superior, y el 3,33% estudios universitarios o superiores, frente a la muestra del grupo control en la cual, el 10% de los sujetos tenían menos de estudios primarios y no sabían leer, el 60% de los sujetos poseían menos de estudios primarios pero sabían leer, el

23,33% tenían estudios primarios completos, el 3,33% poseían el bachiller elemental, y el 3,33% estudios universitarios o superiores.

**Ilustración 4: Educación.**



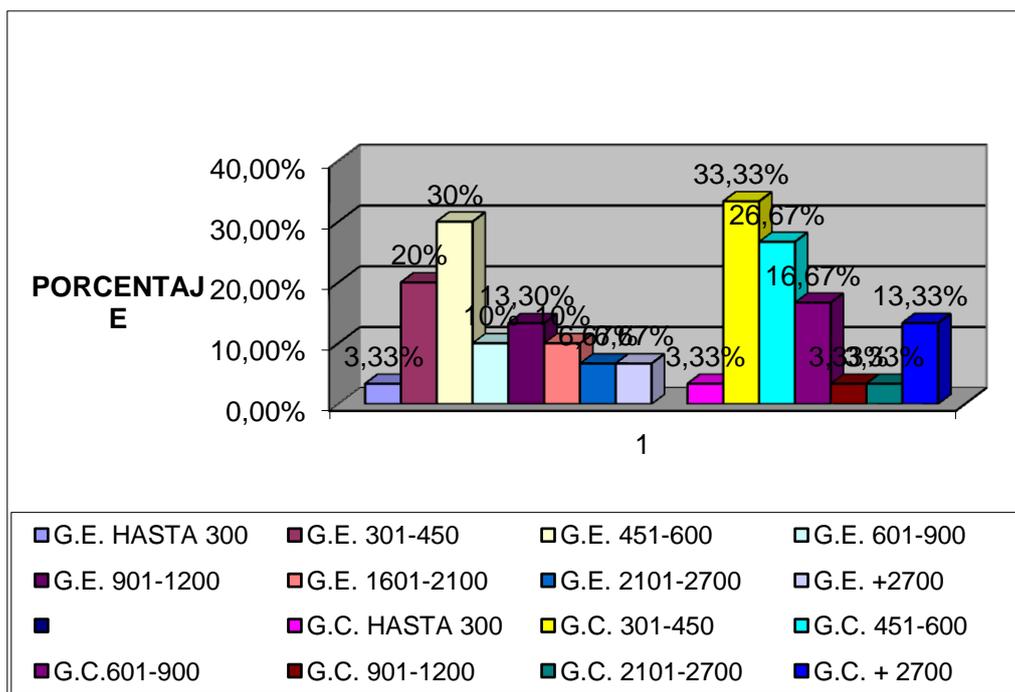
Fuente: Elaboración propia. Datos propios, 2012.

## NIVEL DE INGRESOS

Si nos centramos en el nivel de ingresos mensuales podemos observar como en el grupo experimental un 3,33% cobraban menos de 300 euros, un 20% de 301 a 450 euros, un 30% de 451 a 600 euros, un 10% de 601 a 900 euros, un 13,33% de 901 a

1.200 euros, un 10% de 1.601 a 2.100 euros, un 6.67% de 2.101 a 2.700 euros, y un 6,67% más de 2.700 euros. En el caso de los componentes del grupo control un 3,33% cobraban menos de 300 euros, un 33,33% de 301 a 450 euros, un 26,67% de 451 a 600 euros, un 16,67% de 601 a 900 euros, un 3,33% de 901 a 1.200 euros, un 3,33% de 2.101 a 2.700 euros, y un 13,33% más de 2.700 euros.

**Ilustración 5: Ingresos.**



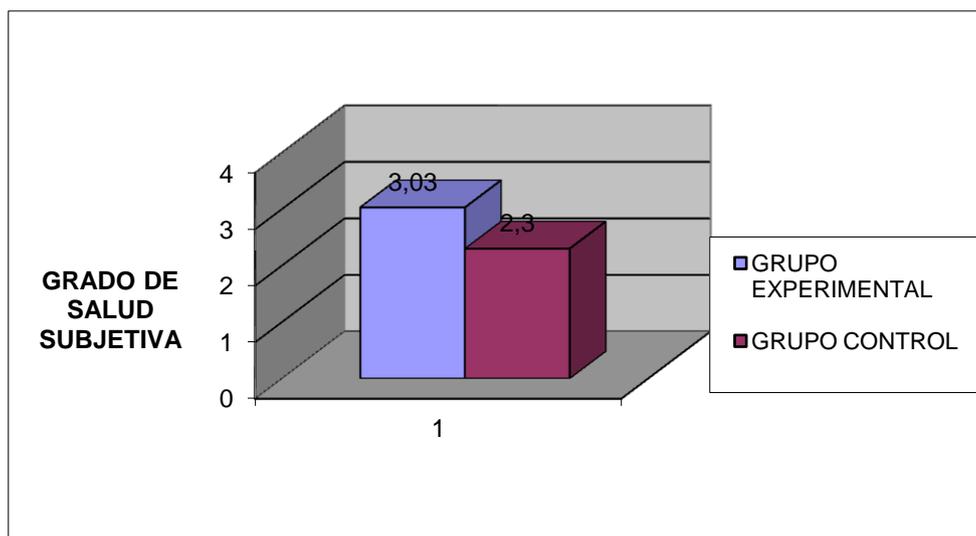
Fuente: Elaboración propia. Datos propios, 2012.

### SALUD SUBJETIVA

En este apartado los participantes debían valorar el grado de satisfacción con su estado de salud en el momento de la evaluación. Para ello debían valorar de 1 a 4, siendo 1 “nada”, 2 “algo”, 3 “bastante” y 4 “mucho”.

En esta primera evaluación los sujetos del centro social obtuvieron una puntuación de 3,03 sobre 4 por lo que podemos decir que en el momento de la evaluación se sentían bastante satisfechos con su estado de salud. En el caso del grupo control obtuvieron una puntuación de 2,3 sobre 4 por lo que podemos decir que en el momento de la evaluación se sentían algo satisfechos con su estado de salud.

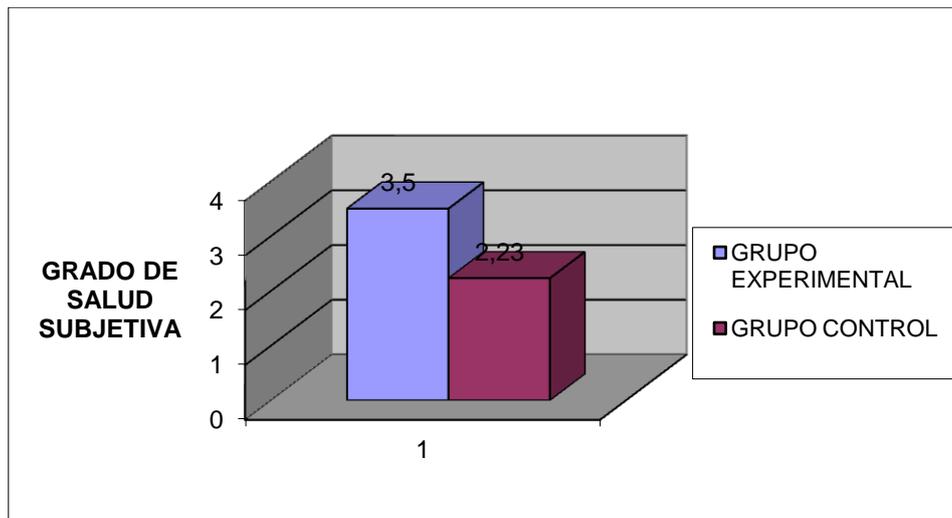
**Ilustración 6: Salud subjetiva. Primera evaluación.**



*Fuente: Elaboración propia. Datos propios, 2012.*

En la segunda evaluación, los componentes del grupo experimental obtuvieron una puntuación de 3,5 sobre 4, por lo que se sentían bastante satisfechos con su salud, incluso más que en la primera evaluación. En cuanto a los miembros del grupo control, estos obtuvieron una puntuación de 2,23 sobre 4, por lo que seguían sintiéndose algo satisfechos con su estado de salud.

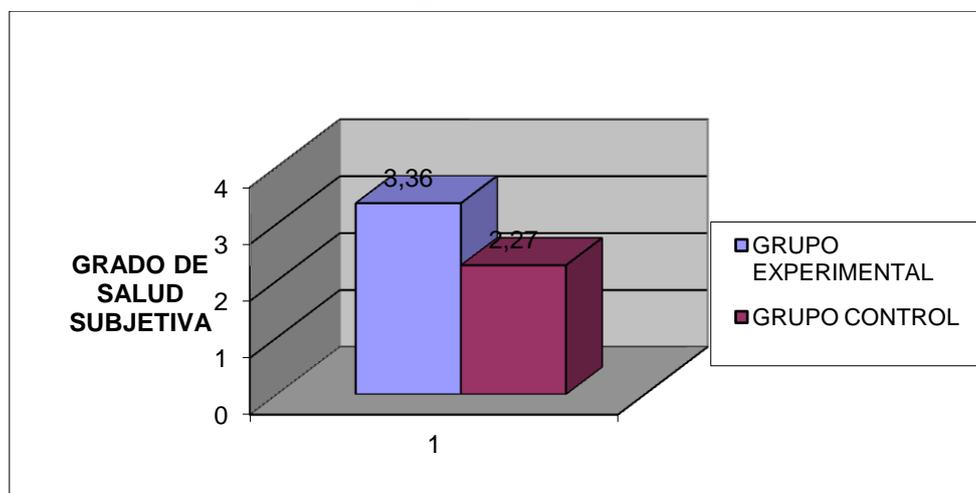
**Ilustración 7: Salud subjetiva. Segunda evaluación.**



*Fuente: Elaboración propia. Datos propios, 2012.*

En la tercera evaluación los componentes del grupo experimental obtuvieron una puntuación de 3,36 sobre 4 así que podemos decir que se sentían bastante satisfechos con su estado de salud. En cuanto a los miembros del grupo control estos obtuvieron una puntuación de 2,27 sobre 4 así que podemos decir que, al igual que las anteriores evaluaciones, seguían sintiéndose algo satisfechos con su estado de salud.

**Ilustración 8: Salud subjetiva. Tercera evaluación.**



*Fuente: Elaboración propia. Datos propios, 2012.*

## SALUD OBJETIVA

En el apartado de salud objetiva se les ha preguntado a los participantes sobre si habían tenido una serie de dolores o síntomas en las dos últimas semanas. Esos síntomas eran los siguientes:

1. Dolor de huesos, de columna o de las articulaciones.
2. Mareos o vahídos.
3. Tos, catarro o gripe.
4. Tobillos hinchados.
5. Cansancio sin razón aparente.
6. Dificultad para dormir.
7. Flojedad en las piernas.
8. Dificultad para respirar o sensación de falta de aire.
9. Palpitaciones.
10. Dolor u opresión en el pecho.
11. Manos o pies fríos.
12. Adormilado durante el día.
13. Boca seca.
14. Sensación de náuseas o ganas de vomitar.
15. Gases.
16. Levantarse a orinar por las noches.
17. Escapársele la orina.
18. Zumbido de oídos.
19. Hormigueos en los brazos o en las piernas.
20. Picores en el cuerpo.

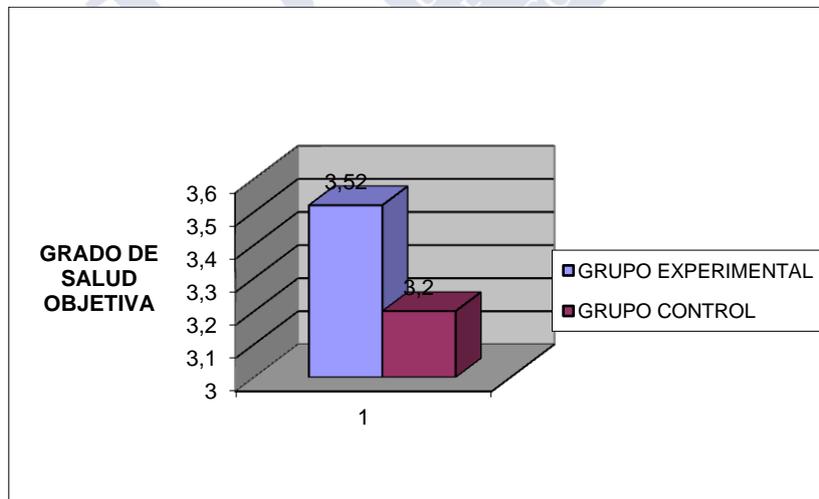
21. Sofocos.

22. Llorar con facilidad.

Los participantes debían valorar si habían tenido alguno de esos dolores o síntomas en una escala de uno a cuatro, donde el uno se correspondía a “muchas veces”, dos a “bastantes veces”, tres a “algunas veces” y cuatro a “nunca”.

En esta primera evaluación los participantes del grupo experimental han tenido una media de 3,52 sobre 4, por lo que podemos decir que apenas han tenido alguno de los dolores o síntomas anteriormente mencionados. En cuanto a los participantes del grupo control, estos han tenido una media de 3,2 sobre 4, por lo que podemos decir que han tenido alguna vez algunos de los dolores o síntomas anteriormente mencionados.

**Ilustración 9: Salud objetiva. Primera evaluación.**

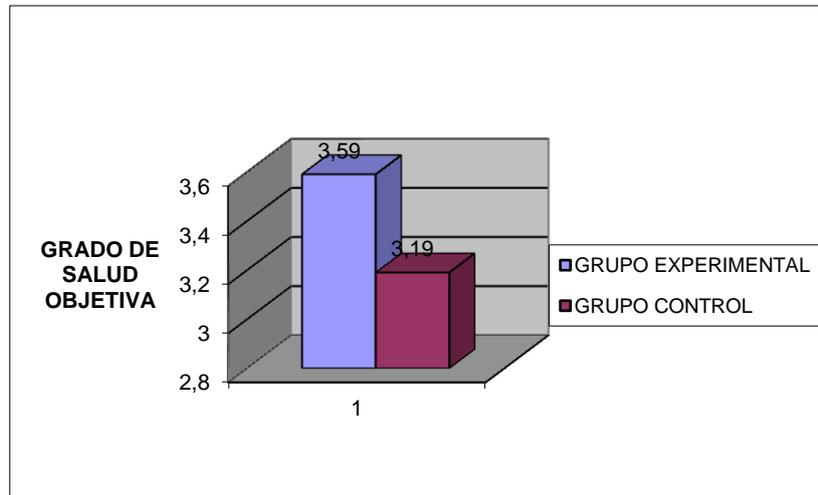


*Fuente: Elaboración propia. Datos propios, 2012.*

En canto a la segunda evaluación, los componentes del grupo experimental han tenido una media de 3,59 sobre 4, por lo que apenas han padecido síntoma alguno. Por

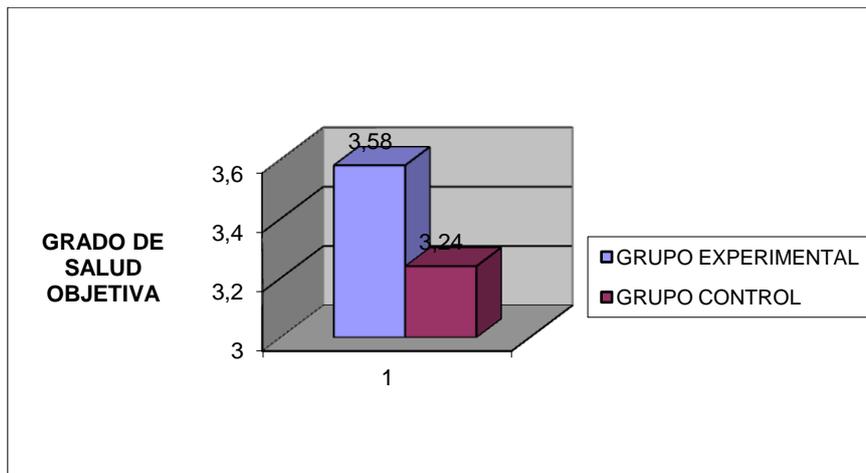
el contrario, los miembros del grupo control han tenido una media de 3,19 sobre 4, por lo que han padecido alguna vez algunos de estos síntomas.

**Ilustración 10: Salud objetiva. Segunda evaluación.**



*Fuente: Elaboración propia. Datos propios, 2012.*

En cuanto a la tercera evaluación, los participantes del grupo experimental han obtenido una puntuación de 3,58 sobre 4, por lo que siguen la tendencia de las dos anteriores evaluaciones, es decir, a penas padecieron esos síntomas o dolores. En cuanto a los participantes del grupo control, estos han obtenido una puntuación de 3,24 sobre 4, por lo que siguen la tendencia de las dos anteriores evaluaciones, es decir, han padecido alguna vez alguno de esos síntomas o dolores.

**Ilustración 11: Salud objetiva. Tercera evaluación.**

Fuente: Elaboración propia. Datos propios, 2012.

## SALUD PSÍQUICA

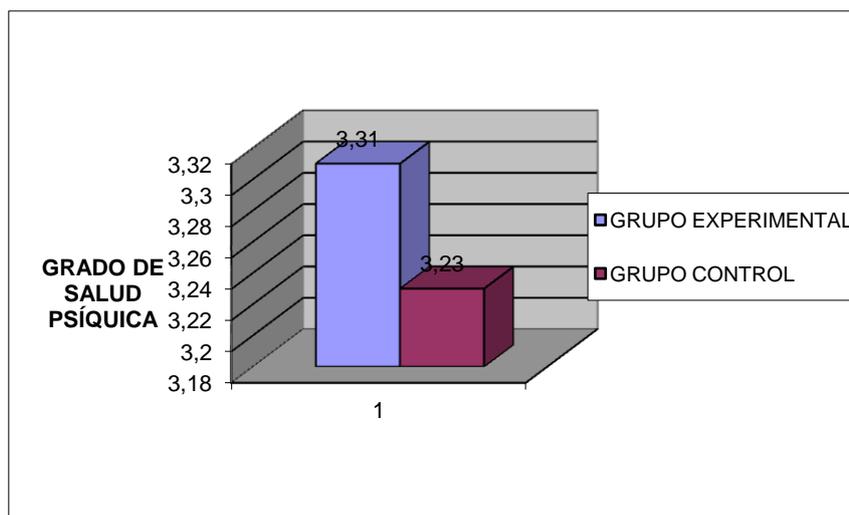
La salud psíquica ha sido evaluada mediante la pregunta: “¿Podría decirme con qué frecuencia le ocurren a Usted las siguientes cuestiones que le voy a indicar?”, entre las cuestiones se encontraban:

- Sentirse deprimido, triste, indefenso, desesperado, nervioso o angustiado.
- Tener problemas de memoria, olvidar el día de la semana, lo que ha estado haciendo o donde puso sus objetos personales.
- Se desorienta o se pierde en algún lugar.

Los sujetos tenían que valorar de uno a cuatro, donde el uno se correspondía a “frecuentemente”, el dos a “algunas veces”, el tres a “casi nunca” y el cuatro a “nunca”.

En esta primera evaluación los sujetos del grupo experimental obtuvieron una puntuación de 3,31 sobre 4, por lo que podemos decir que casi nunca les ocurrieron dichas cuestiones. En cuanto a los sujetos del grupo control, éstos obtuvieron una puntuación de 3,23 sobre 4, por lo que podemos decir que casi nunca les ocurrieron dichas cuestiones.

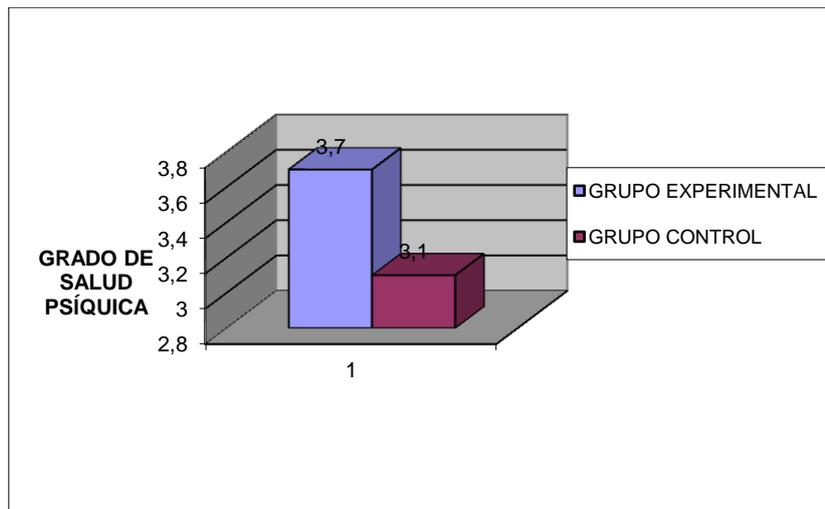
**Ilustración 12: Salud psíquica. Primera evaluación.**



*Fuente: Elaboración propia. Datos propios, 2012.*

En cuanto a la segunda evaluación, los miembros del grupo experimental han tenido una puntuación de 3,7 sobre 4, por lo que prácticamente nunca han pasado por esas cuestiones. En cuanto a los miembros del grupo control, han tenido una puntuación de 3,10 sobre 4, por lo que casi nunca han pasado por esas cuestiones.

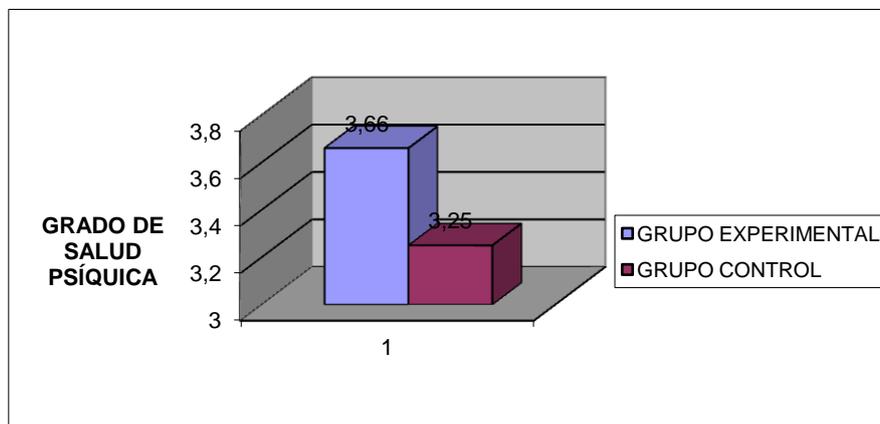
**Ilustración 13: Salud psíquica. Segunda evaluación.**



Fuente: Elaboración propia. Datos propios, 2012.

En cuanto a la tercera evaluación, los participantes del grupo experimental han obtenido una puntuación de 3,66 sobre 4, por lo que podemos decir que al igual que las otras dos evaluaciones, casi nunca han pasado por estas situaciones. En cuanto a los miembros del grupo control, éstos han obtenido una puntuación de 3,25 sobre 4, por lo que podemos decir que, al igual que las otras dos evaluaciones, casi nunca han pasado por estas situaciones.

**Ilustración 14: Salud psíquica. Tercera evaluación.**



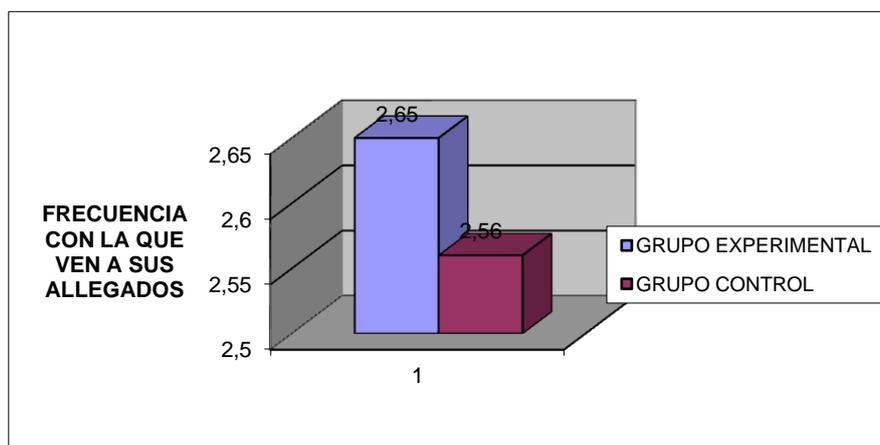
Fuente: Elaboración propia. Datos propios, 2012.

## INTEGRACIÓN SOCIAL

En cuanto a la Integración social, ésta ha sido medida mediante dos preguntas, la primera ha sido: “¿Con qué frecuencia suele Usted verse (para hablar o tomar algo) con las siguientes personas?” y a continuación se les preguntó por los hijos, los nietos, y los familiares que no viviesen con ellos en la misma casa, así como por vecinos y amigos no vecinos. Los participantes debían valorar en una escala de 1 a 4, donde el 1 se correspondía a “menos de una vez al mes”, el 2 a “al menos una vez al mes”, el 3 a “al menos una vez a la semana” y el 4 a “todos los días”.

En cuanto a la primera evaluación, los sujetos del grupo experimental obtuvieron una valoración de 2,65 sobre 4, lo que significa que veían a las personas mencionadas varias veces al mes pero sin llegar a verlas una vez por semana. En cuanto a los miembros del grupo control, éstos obtuvieron una valoración de 2,56 sobre 4, lo que significa que veían a las personas mencionadas varias veces al mes pero sin llegar a verlas una vez por semana.

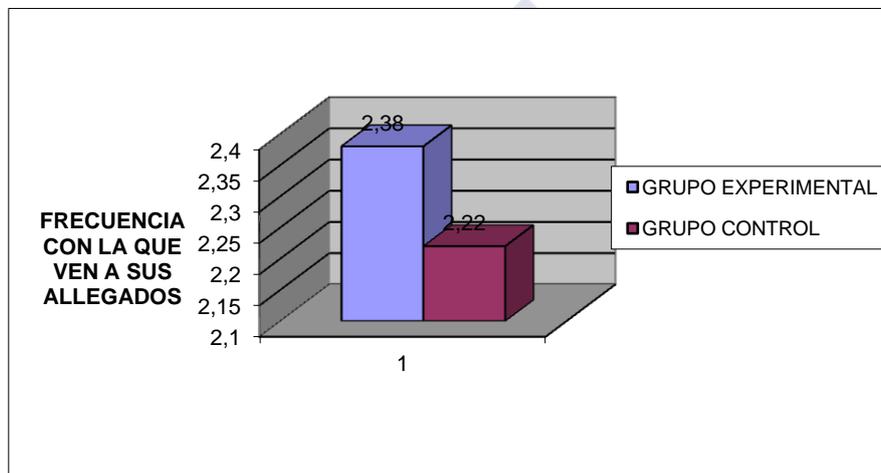
**Ilustración 15: Integración social 1. Primera evaluación.**



Fuente: Elaboración propia. Datos propios, 2012.

En cuanto a la segunda evaluación, los sujetos del grupo experimental obtuvieron una puntuación de 2,38 sobre 4, por lo que al igual que la primera evaluación se puede decir que veían a las personas mencionadas varias veces al mes pero sin llegar a verlas una vez por semana. Por lo contrario, los sujetos del grupo control obtuvieron una puntuación de 2,22 sobre 4, por lo que se puede decir que veían a las personas mencionadas al menos una vez al mes.

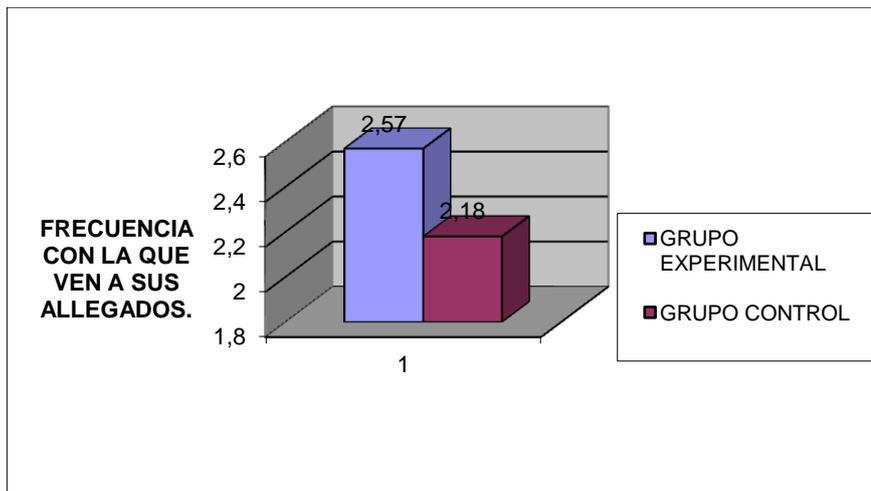
**Ilustración 16: Integración social 1. Segunda evaluación.**



*Fuente: Elaboración propia. Datos propios, 2012.*

En cuanto a la tercera evaluación, los participantes del grupo experimental obtuvieron una valoración de 2,57 sobre 4, por lo que al igual que las anteriores evaluaciones, los sujetos veían a las personas mencionadas varias veces al mes pero sin llegar a verlas una vez por semana. En cuanto a los participantes del grupo control, éstos obtuvieron una valoración de 2,18 sobre 4, por lo que los sujetos veían a las personas mencionadas al menos una vez al mes.

**Ilustración 17: Integración social 1. Tercera evaluación.**

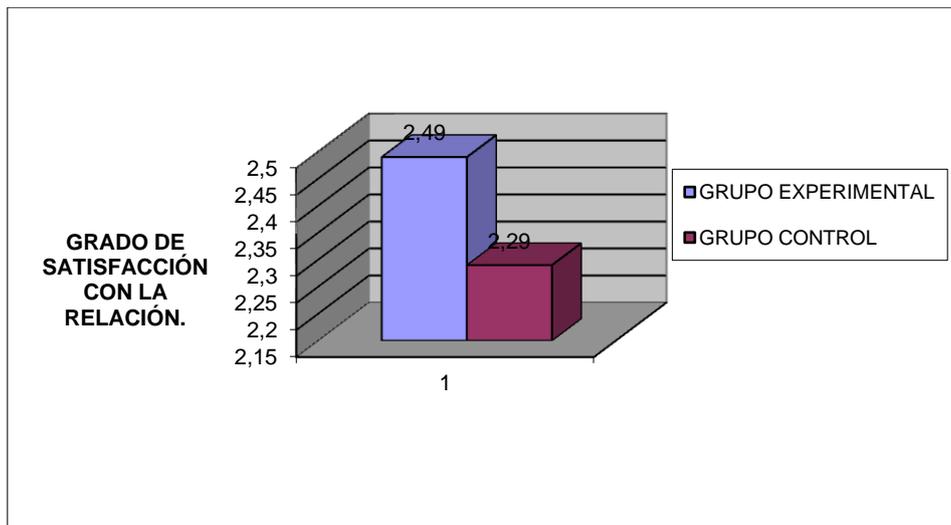


*Fuente: Elaboración propia. Datos propios, 2012.*

La segunda pregunta que se les hizo a los sujetos para medir la Integración social ha sido la siguiente: “¿En qué medida está Usted satisfecho de la relación que mantiene con las personas allegadas a Usted que le voy a indicar?”. A continuación se les preguntaba por su cónyuge, sus hijos, sus nietos, otros familiares, vecinos, y amigos no vecinos. Los participantes debían valorar de uno a tres sobre su grado de satisfacción respecto a la relación que mantenían con dichas personas en la que 1 correspondía a “insatisfecho” y 3 a “satisfecho”.

En la primera evaluación los sujetos del grupo experimental obtuvieron una puntuación de 2,49 sobre 3 por lo que podemos decir que estaban bastante satisfechos con la relación que mantenían con sus allegados. En cuanto a los sujetos del grupo control, éstos obtuvieron una puntuación de 2,29 sobre 3 por lo que podemos decir que estaban bastantes satisfechos con la relación que mantenían con sus allegados.

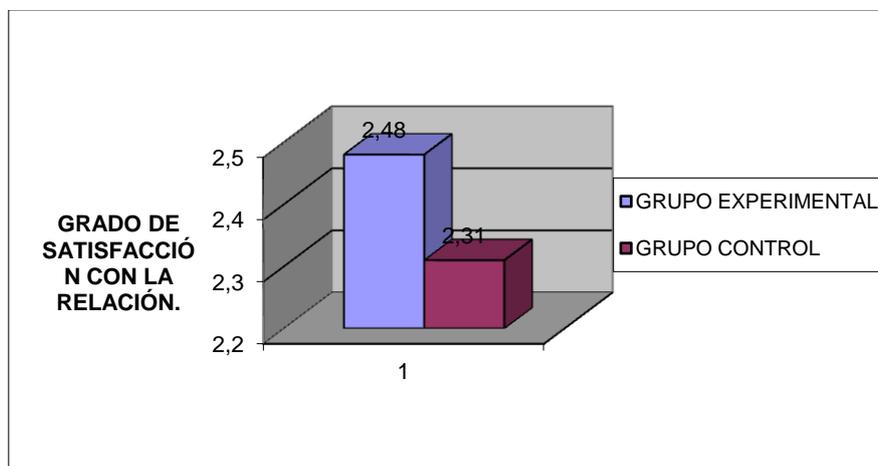
**Ilustración 18: Integración social 2. Primera evaluación.**



*Fuente: Elaboración propia. Datos propios, 2012.*

En la segunda evaluación los miembros del grupo experimental han obtenido una puntuación de 2,48 sobre 3, por lo que seguían estando satisfechos con la relación que mantenían con sus allegados. En cuanto a los miembros del grupo control, estos han obtenido una puntuación de 2,31 sobre 3, por lo que seguían estando bastante satisfechos con la relación que mantenían con sus allegados.

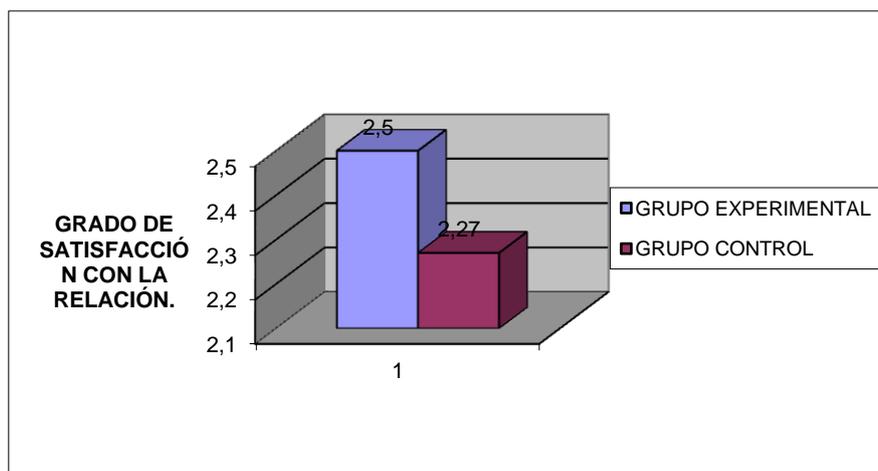
**Ilustración 19: Integración social 2. Segunda evaluación.**



*Fuente: Elaboración propia. Datos propios, 2012.*

En cuanto a la tercera evaluación, los participantes del grupo experimental obtuvieron una puntuación de 2,5 sobre 3, lo que significa que seguían satisfechos con la relación que mantenían con sus allegados. En cuanto a los miembros del grupo control, éstos obtuvieron una puntuación de 2,27 sobre 3, lo que significa que seguían bastante satisfechos con la relación que mantenían con sus allegados.

**Ilustración 20: Integración social 2. Tercera evaluación.**



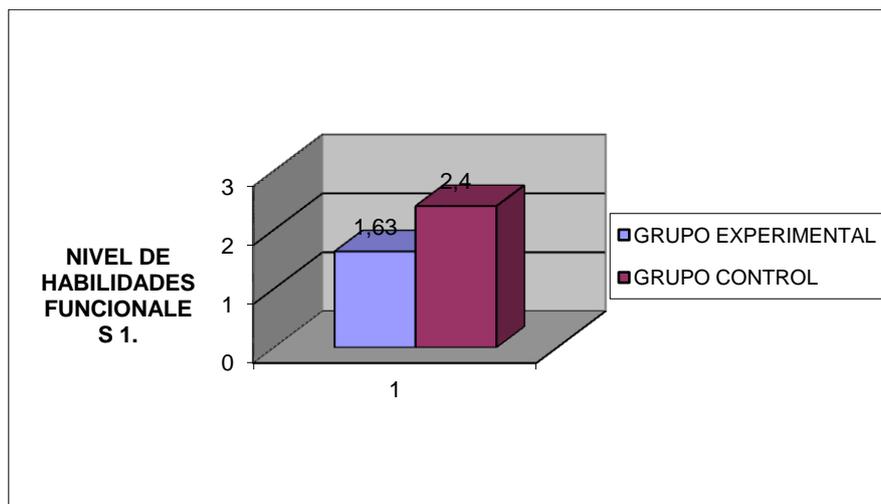
*Fuente: Elaboración propia. Datos propios, 2012.*

## HABILIDADES FUNCIONALES

En este apartado lo que pretendimos ha sido analizar el grado de independencia que mantenían los sujetos así como sus dificultades para desenvolverse en la vida diaria. Para ello les realizamos dos preguntas. La primera pregunta fue la siguiente: “¿Considera Usted que se puede valer por sí mismo?”. En consecuencia, los participantes debían valorar en una escala de 1 a 5, donde el 1 se correspondía a “muy bien”, el 2 a “bien”, el 3 a “regular”, y el 5 a “mal”.

En cuanto a la primera evaluación, los sujetos del grupo experimental obtuvieron una media de 1,63 sobre 5 por lo que se deduce que se podían valer bastante bien por sí mismos. Por lo contrario, los sujetos del grupo control obtuvieron una media de 2,4 sobre 5 por lo que se deduce que tenían bastante dificultad para valerse por sí mismos.

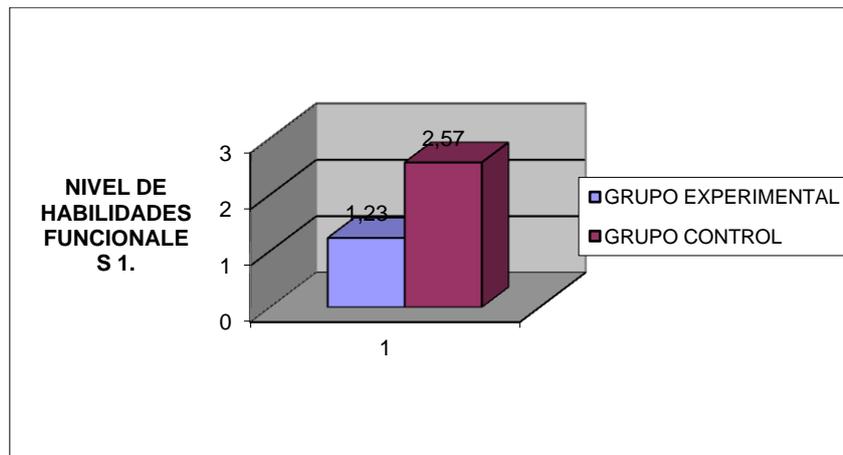
**Ilustración 21: Habilidades funcionales 1. Primera evaluación.**



*Fuente: Elaboración propia. Datos propios, 2012.*

En la segunda evaluación los miembros del grupo experimental obtuvieron una valoración de 1,23 sobre 5, lo que significa que seguían valiéndose bastante bien por sí mismos. En cuanto a los miembros del grupo control, éstos obtuvieron una valoración de 2,57 sobre 5, lo que significa que tenían alguna dificultad para valerse por sí mismos.

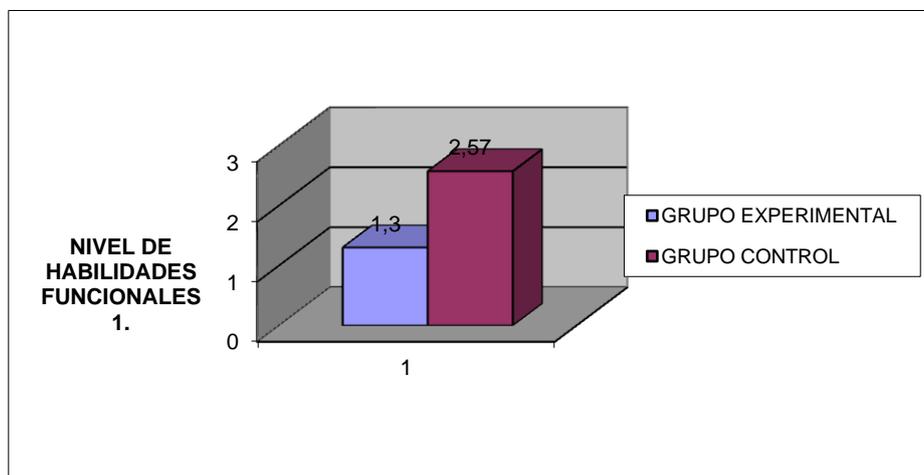
**Ilustración 22: Habilidades funcionales 1. Segunda evaluación.**



Fuente: Elaboración propia. Datos propios, 2012.

En cuanto a la tercera evaluación, los participantes del grupo experimental obtuvieron una puntuación de 1,3 sobre 5, lo que al igual que las evaluaciones anteriores, se podían valer bastante bien por sí mismos. De igual modo, los participantes del grupo control obtuvieron una puntuación de 2,57 sobre 5, obteniendo una media igual que la anterior evaluación, por lo que se puede decir que los sujetos seguían teniendo bastante dificultad para valerse por sí mismos.

**Ilustración 23: Habilidades funcionales 1. Tercera evaluación.**

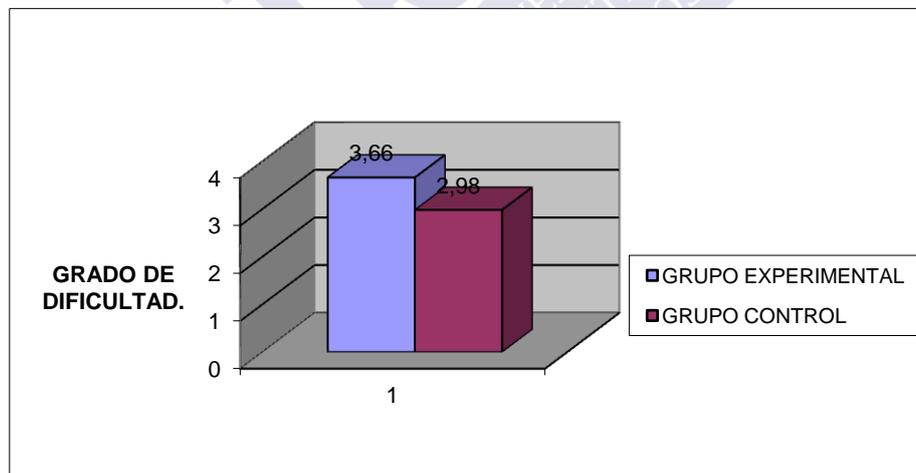


Fuente: Elaboración propia. Datos propios, 2012.

La segunda pregunta consistía en preguntarles a los participantes sobre el grado de dificultad para realizar una serie de actividades, entre las cuales se encontraban: cuidar de su aspecto físico, realizar tareas caseras, caminar, o realizar tareas fuera de casa. En consecuencia, los sujetos debían valorar en una escala de 1 a 4, donde 1 correspondía a “mucho”, 2 a “bastante”, 3 a “alguna” y 4 a “ninguna”.

En esta pregunta, en la primera evaluación, los sujetos del grupo experimental obtuvieron una puntuación media de 3,66 sobre 4 por lo que pudimos deducir que no tenían casi ninguna dificultad para realizar dichas tareas. Por lo contrario, los sujetos del grupo control obtuvieron una puntuación media de 2,98 sobre 4, por lo que también pudimos deducir que tenían alguna dificultad para realizar dichas tareas.

**Ilustración 24: Habilidades funcionales 2. Primera evaluación.**

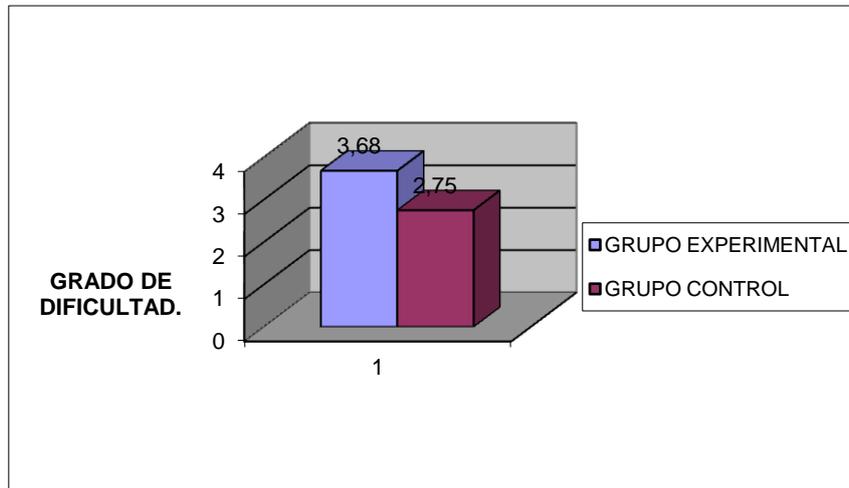


*Fuente: Elaboración propia. Datos propios, 2012.*

En la segunda evaluación, los miembros del grupo experimental obtuvieron una puntuación de 3,68 sobre 4, por lo que seguían sin tener casi ninguna dificultad. En

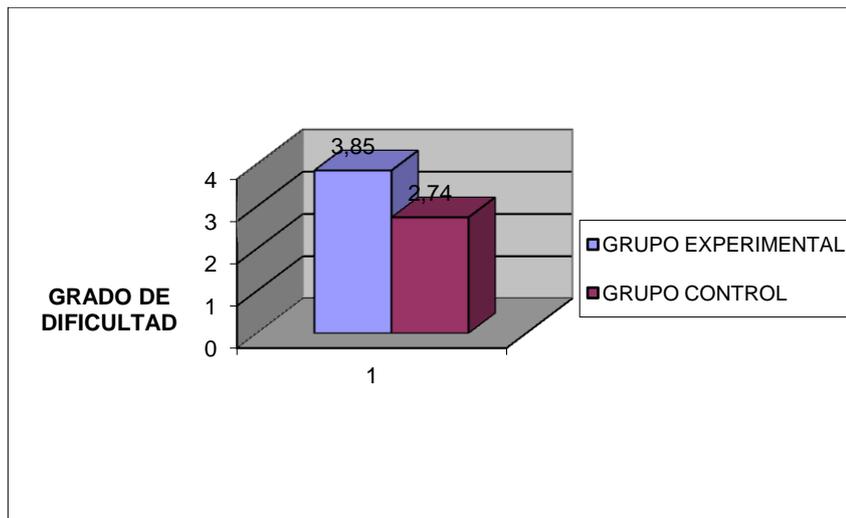
cuanto a los miembros del grupo control, éstos obtuvieron una puntuación de 2,75 sobre 4, por lo que seguían teniendo dificultades para realizar las tareas mencionadas.

**Ilustración 25: Habilidades funcionales 2. Segunda evaluación.**



*Fuente: Elaboración propia. Datos propios, 2012.*

En cuanto a esta tercera valoración, los sujetos del grupo experimental tuvieron una puntuación de 3,85 sobre 4, por lo que al igual que las anteriores valoraciones no tenían casi ninguna dificultad para realizar dichas tareas. En caso de los miembros del grupo control, éstos tuvieron una puntuación de 2,74 sobre 4, por lo que al igual que las anteriores valoraciones seguían teniendo dificultades para realizar dichas tareas.

**Ilustración 26: Habilidades funcionales 2. Tercera evaluación.**

Fuente: Elaboración propia. Datos propios, 2012.

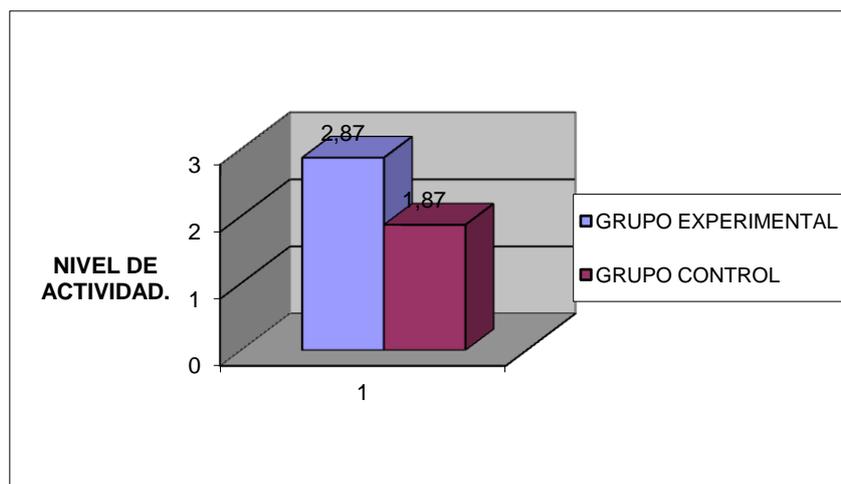
## ACTIVIDAD Y OCIO

Este apartado fue valorado en función de tres aspectos fundamentales como son: el nivel de actividad de los sujetos, la forma en la que ocupan su tiempo y la satisfacción en cómo ocupan su tiempo.

Para medir el nivel de actividad de los participantes se les formuló la siguiente pregunta: “¿Cuál de las siguientes actividades describe mejor el nivel de actividad que Usted tiene diariamente?”, y a continuación se les daba una serie de opciones en las cuales el 1 correspondía a “casi completamente inactivo”, el 2 a “actividad normal doméstica”, el 3 a “alguna actividad física o deportiva ocasional o esporádica semanal”, el 4 a “actividad física regular varias veces al mes”, y el 5 a “entrenamiento físico varias veces a la semana”.

En el nivel de actividad, en esta primera evaluación, los participantes del grupo experimental obtuvieron una puntuación de 2,87 sobre 5, por lo que se puede decir que realizaban alguna actividad física ocasional. Del mismo modo, los participantes del grupo control obtuvieron una puntuación de 1,87 sobre 5, por lo que se puede decir que realizaban alguna actividad doméstica.

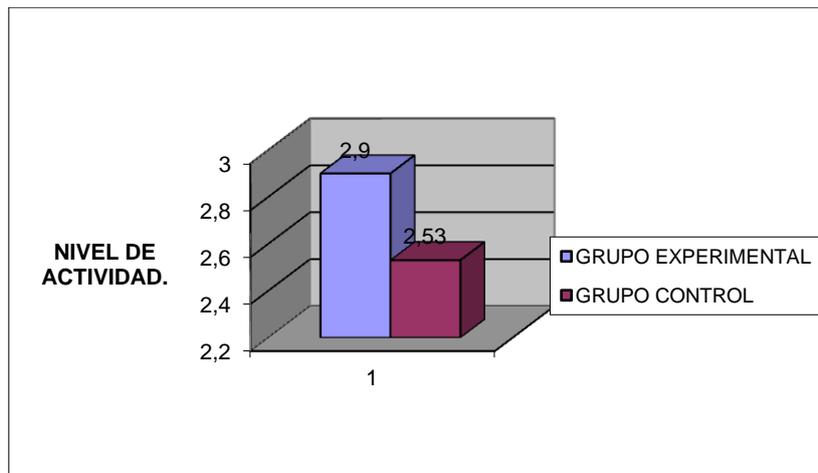
**Ilustración 27: Actividad y ocio 1. Primera evaluación.**



*Fuente: Elaboración propia. Datos propios, 2012.*

En cuanto a la segunda evaluación, los sujetos del grupo experimental obtuvieron una puntuación de 2,9 sobre 5, lo que significa que realizaban alguna actividad física o deportiva ocasional. En el caso de los sujetos del grupo control, éstos obtuvieron una puntuación de 2,53 sobre 5, lo que significa que realizaban actividades domésticas.

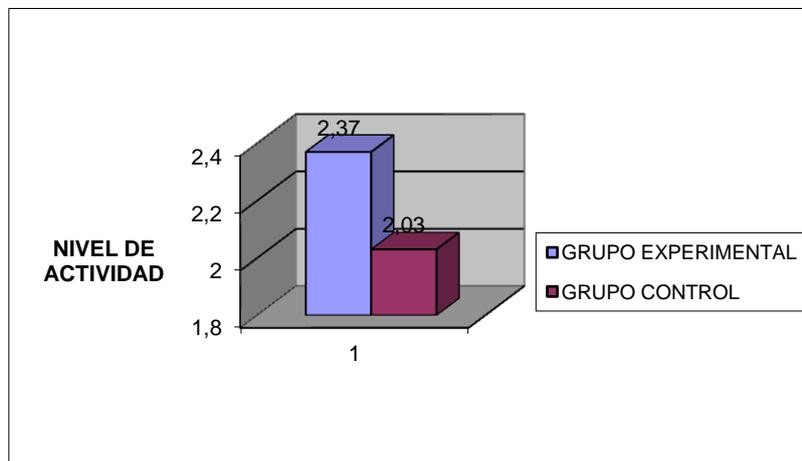
**Ilustración 28: Actividad y ocio 1. Segunda evaluación.**



Fuente: Elaboración propia. Datos propios, 2012.

En la tercera evaluación los participantes del grupo experimental obtuvieron una puntuación de 2,37 sobre 5, lo que representa una puntuación un poco más baja que las dos anteriores y que significa que tenían una actividad normal doméstica. En cuanto a los participantes del grupo control, éstos obtuvieron una puntuación de 2,03 sobre 5, lo que sigue una tendencia similar a las anteriores evaluaciones, por lo que los participantes desarrollaban un nivel de actividad en el ámbito doméstico.

**Ilustración 29: Actividad y ocio 1. Tercera evaluación.**



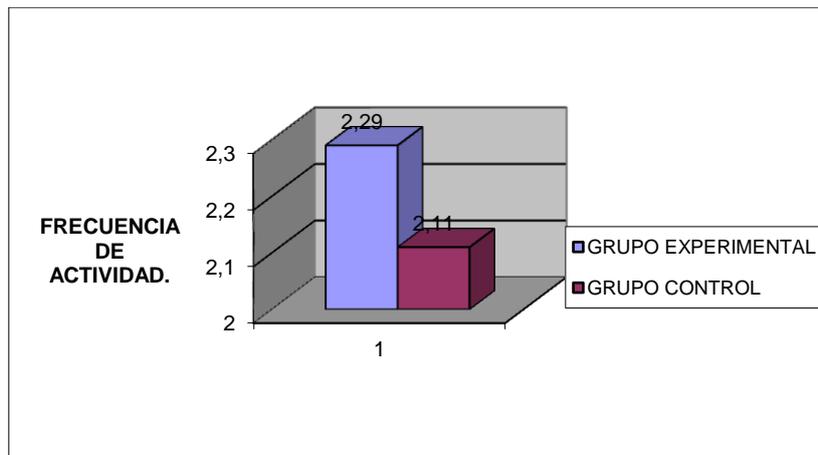
Fuente: Elaboración propia. Datos propios, 2012.

Para determinar la forma en que ocupaban su tiempo se les ha realizado la siguiente pregunta: “¿Con qué frecuencia realiza Usted las siguientes actividades?”, a continuación se les enumeraban una serie de actividades que debían valorar de 1 a 3 según la frecuencia con las que las realizaba, siendo el 1 “nunca”, el 2 “ocasionalmente” y el 3 “frecuentemente”. Las actividades que se les mencionaron fueron las siguientes:

- Leer un libro/periódico.
- Visitar amigos/parientes.
- Ver la televisión.
- Escuchar la radio.
- Caminar.
- Jugar con otras personas a juegos recreativos.
- Cuidar niños.
- Hacer manualidades.
- Hacer recados o gestiones.
- Ir de compras.
- Viajar.

En este caso, en la primera evaluación, los participantes del grupo experimental obtuvieron una puntuación de 2,29 sobre 3, lo que significa que realizaban esas actividades ocasionalmente. En el caso de los participantes del grupo control, éstos obtuvieron una puntuación de 2,11 sobre 3, lo que significa que realizaban esas actividades ocasionalmente.

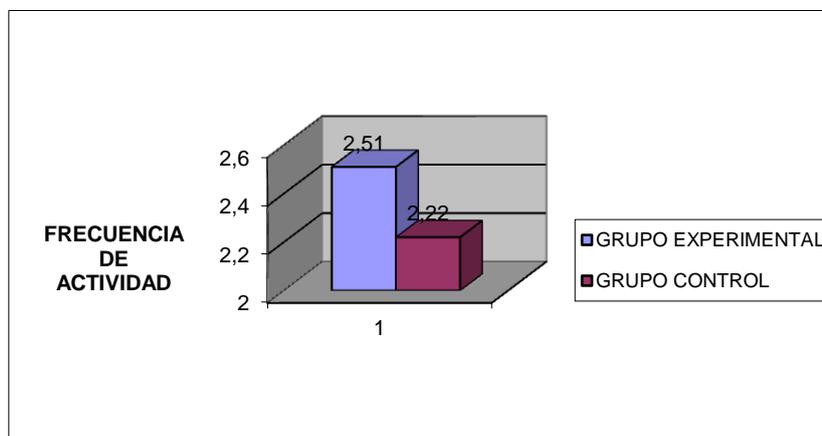
**Ilustración 30: Actividad y ocio 2. Primera evaluación.**



Fuente: Elaboración propia. Datos propios, 2012.

En cuanto a la segunda evaluación, los miembros del grupo experimental obtuvieron una puntuación de 2,51 sobre 3, lo que es ligeramente superior a la primera evaluación y que significa que realizaban esas actividades de forma bastante frecuente. En el caso de los miembros del grupo control, éstos obtuvieron una puntuación de 2,22 sobre 3, lo que significa que, al igual que la anterior evaluación, los sujetos realizaban dichas actividades de forma ocasional.

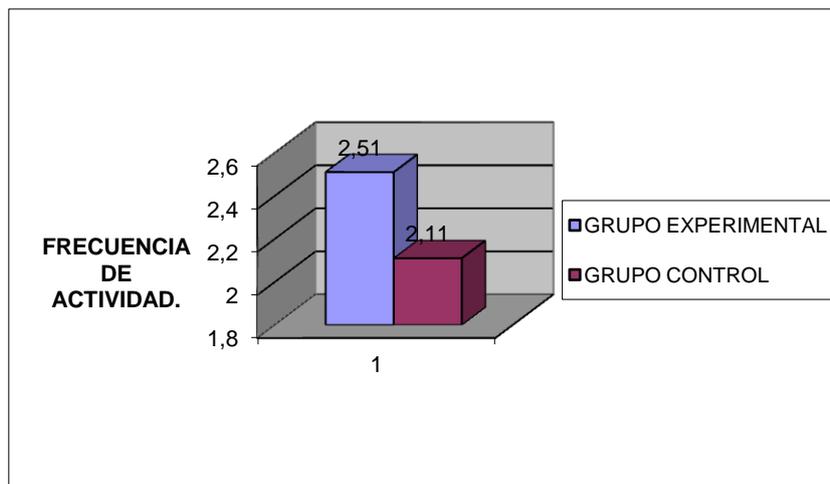
**Ilustración 31: Actividad y ocio 2. Segunda evaluación.**



Fuente: Elaboración propia. Datos propios, 2012.

En la tercera evaluación, los sujetos del grupo experimental obtuvieron una puntuación de 2,51 sobre 3 lo que supone que realizaban esas actividades de forma bastante frecuente. En el caso de los sujetos del grupo control, éstos obtuvieron una puntuación de 2,11 sobre 3 lo que supone que, al igual que las anteriores evaluaciones, realizaban esas actividades de forma bastante ocasional.

**Ilustración 32: Actividad y ocio 2. Tercera evaluación.**

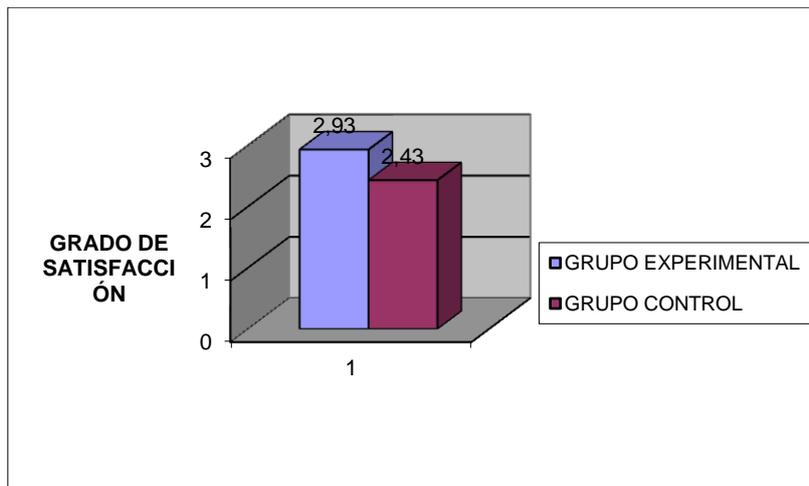


Fuente: Elaboración propia. Datos propios, 2012.

Para valorar el grado de satisfacción por la forma en la que ocupaban su tiempo, se les pidió que valorasen del 1 al 3 sobre su grado de satisfacción siendo el 1 “insatisfecho” y el 3 “satisfecho”.

En este caso, en la primera evaluación, los miembros del grupo experimental obtuvieron una puntuación de 2,93 sobre 3 lo que significa que se encontraban satisfechos de la forma en la que ocupaban su tiempo. En el caso de los miembros del grupo control, éstos obtuvieron una puntuación de 2,43 sobre 3 lo que significa que se encontraban bastante satisfechos de la forma en la que ocupaban su tiempo.

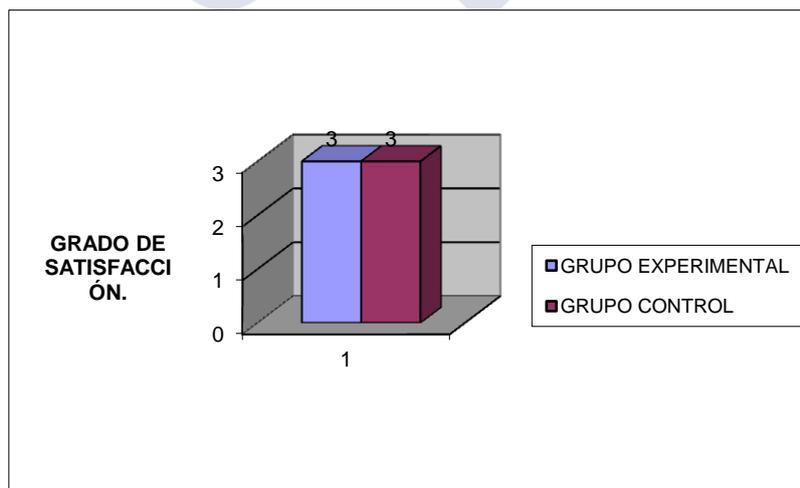
**Ilustración 33: Actividad y ocio 3. Primera evaluación.**



Fuente: Elaboración propia. Datos propios, 2012.

En la segunda evaluación, tanto los miembros del grupo experimental como del grupo control obtuvieron una puntuación de 3 sobre 3, siendo ésta la puntuación máxima de satisfacción, por lo que se sentían muy satisfechos.

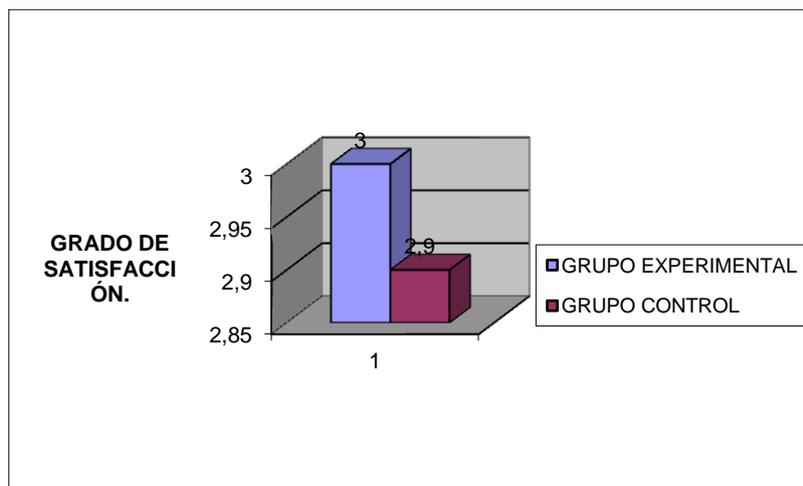
**Ilustración 34: Actividad y ocio 3. Segunda evaluación.**



Fuente: Elaboración propia. Datos propios, 2012.

Al igual que la anterior evaluación, los sujetos del grupo experimental han obtenido una puntuación de 3 sobre 3, por lo que se encontraban muy satisfechos. Asimismo, los sujetos del grupo control, en esta última evaluación, obtuvieron una puntuación de 2,9 sobre 3, por lo que seguían encontrándose muy satisfechos.

**Ilustración 35: Actividad y ocio 3. Tercera evaluación.**



Fuente: Elaboración propia. Datos propios, 2012.

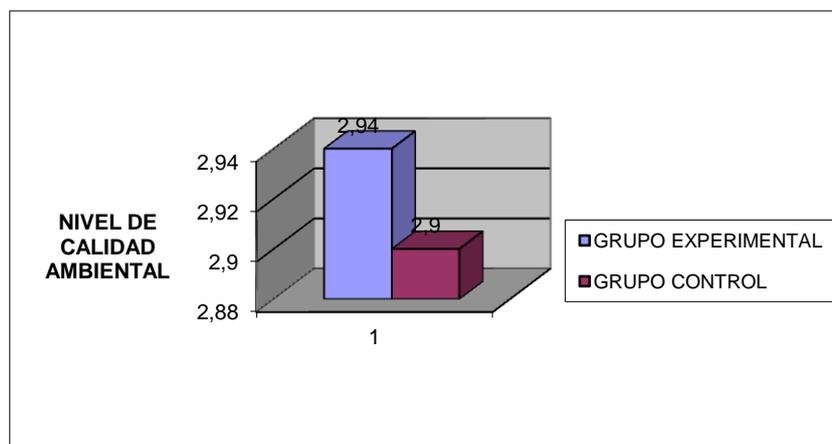
## CALIDAD AMBIENTAL

En este apartado lo que pretendimos fue analizar el nivel de satisfacción que los sujetos tenían en relación con una serie de aspectos objetivos de su vivienda o residencia, así como el grado de satisfacción con su vivienda o residencia en general.

En cuanto a los aspectos analizados estos fueron: el ruido/silencio, la temperatura, la iluminación, orden y limpieza, el mobiliario, y las comodidades. Para evaluarlos los sujetos debían valorar en una escala de 1 a 3, siendo 1 “insatisfecho” y 3 “satisfecho”.

En la primera evaluación los sujetos del grupo experimental obtuvieron una puntuación de 2,94 sobre 3, lo que significa que se sentían satisfechos con los aspectos mencionados. En el caso de los sujetos del grupo control, éstos obtuvieron una puntuación de 2,9 sobre 3, lo que significa que también se sentían satisfechos con los aspectos mencionados.

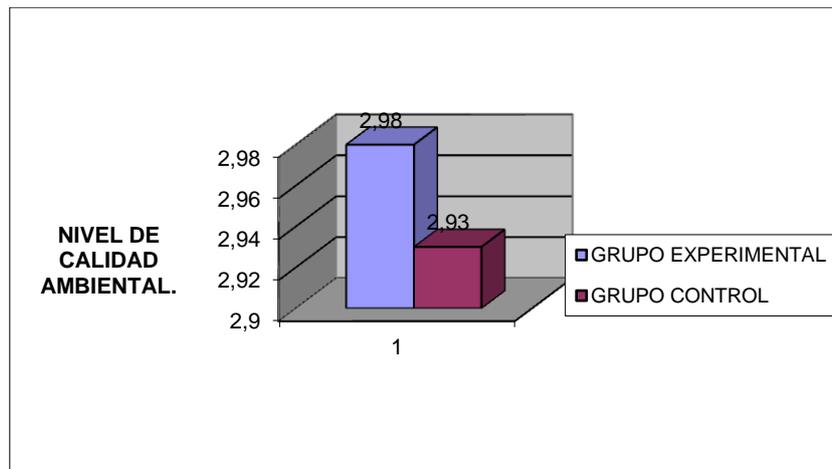
**Ilustración 36: Calidad ambiental 1. Primera evaluación.**



*Fuente: Elaboración propia. Datos propios, 2012.*

En la segunda evaluación, los participantes del grupo experimental obtuvieron una puntuación de 2,98 sobre 3, por lo que se sentían satisfechos. En el caso de los participantes del grupo control, éstos obtuvieron una puntuación de 2,93 sobre 3, por lo que también se sentían muy satisfechos.

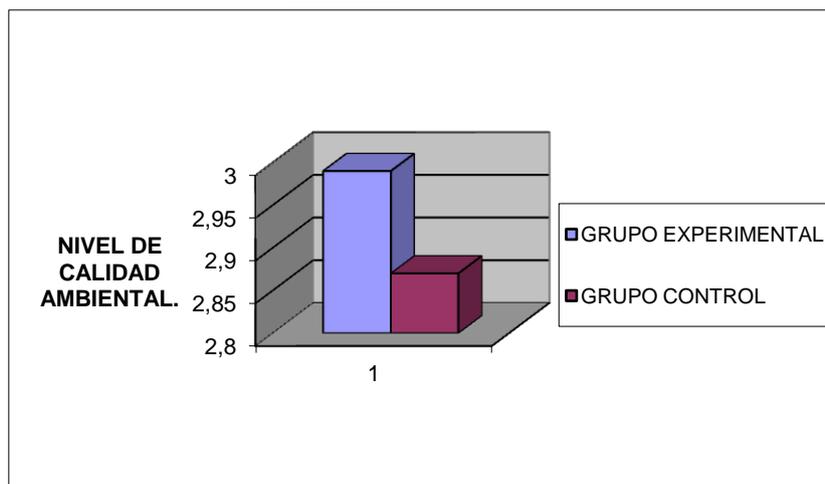
**Ilustración 37: Calidad ambiental 1. Segunda evaluación.**



Fuente: Elaboración propia. Datos propios, 2012.

En la tercera evaluación, los miembros del grupo experimental obtuvieron una puntuación de 2,99 sobre 3, así que podemos afirmar que se sentían muy satisfechos con los aspectos evaluados. En el caso de los miembros del grupo control, éstos obtuvieron una puntuación de 2,87 sobre 3, así que podemos afirmar que también se sentían satisfechos con los aspectos evaluados.

**Ilustración 38: Calidad ambiental 1. Tercera evaluación.**

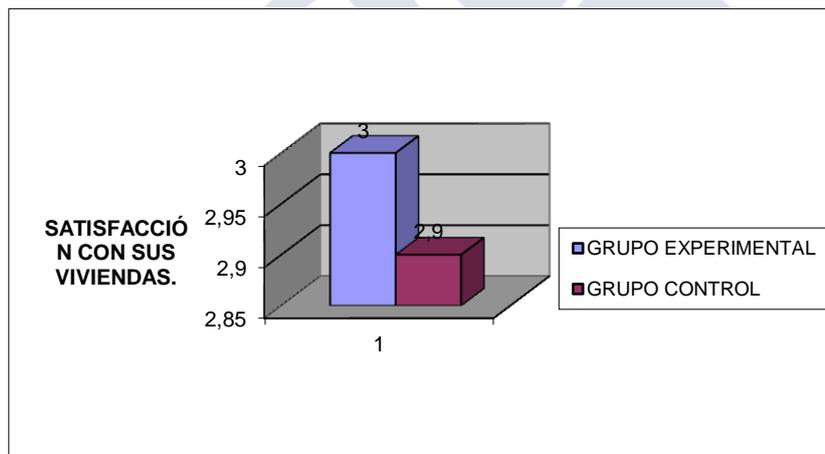


Fuente: Elaboración propia. Datos propios, 2012.

En cuanto al grado de satisfacción con la vivienda/residencia en general, los participantes debían valorar de 1 a 3 sobre su grado de satisfacción, siendo 1 “insatisfecho” y 3 “satisfecho”.

En esta primera evaluación, los sujetos del grupo experimental obtuvieron una puntuación de 3 sobre 3 siendo ésta la puntuación máxima, por lo que podemos decir que se encontraban satisfechos con sus viviendas en general. En el caso de los sujetos del grupo control, éstos obtuvieron una puntuación de 2,9 sobre 3, por lo que también podemos decir que se encontraban satisfechos con sus viviendas en general.

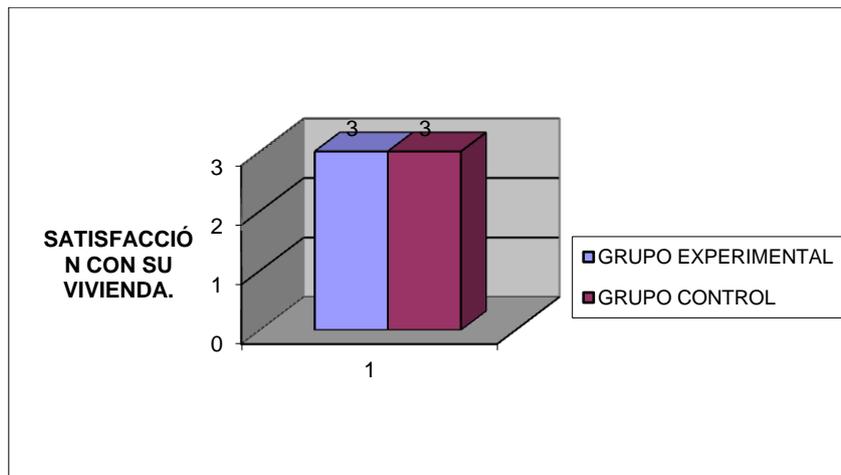
**Ilustración 39: Calidad ambiental 2. Primera evaluación.**



*Fuente: Elaboración propia. Datos propios, 2012.*

En la segunda evaluación, tanto los miembros del grupo experimental como los miembros del grupo control, obtuvieron una puntuación de 3 sobre 3, siendo ésta la puntuación máxima, por lo que se encontraban muy satisfechos.

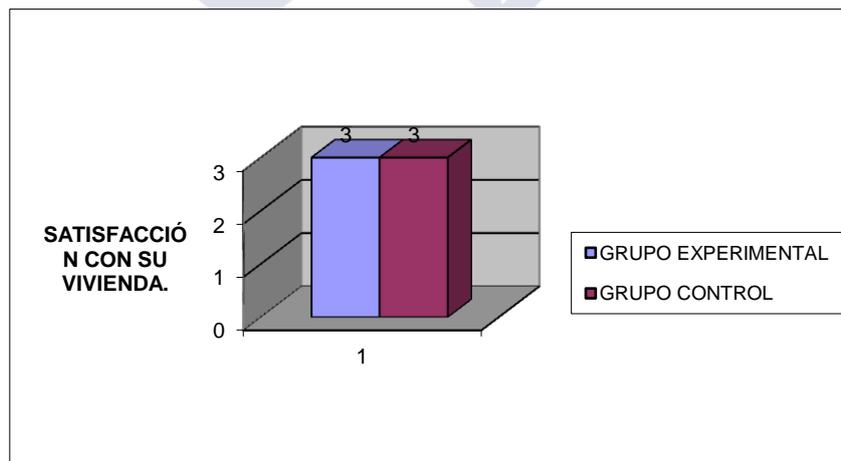
**Ilustración 40: Calidad ambiental 2. Segunda evaluación.**



Fuente: Elaboración propia. Datos propios, 2012.

En esta tercera y última evaluación ambos grupos obtuvieron, al igual que las anteriores evaluaciones, una puntuación de 3 sobre 3 por lo que se sentían satisfechos con sus viviendas en general.

**Ilustración 41: Calidad ambiental 2. Tercera evaluación.**



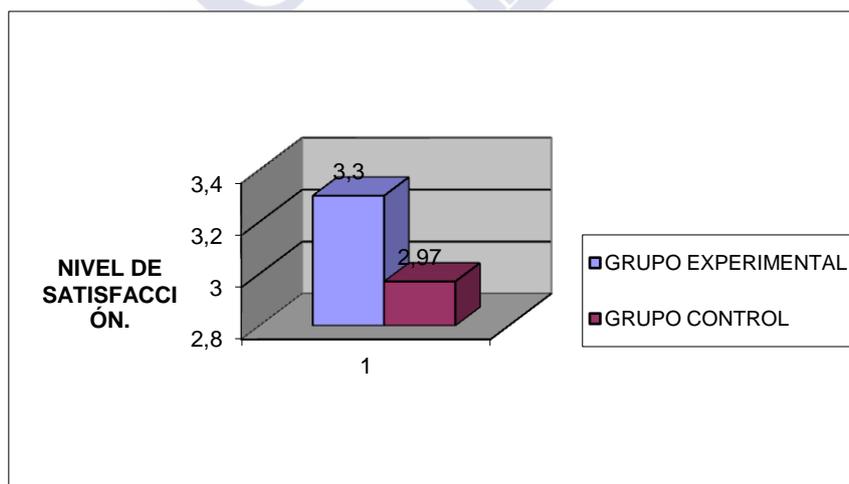
Fuente: Elaboración propia. Datos propios, 2012.

## SATISFACCIÓN CON LA VIDA

En este apartado se pretendía valorar el grado de satisfacción que los participantes sentían, en términos generales, con la vida. Para ello, debían valorar en una escala de 1 a 4 sobre su grado de satisfacción siendo 1 “nada”, 2 “algo”, 3 “bastante”, y 4 “mucho”.

En la primera evaluación los sujetos del grupo experimental obtuvieron una puntuación de 3,3 sobre 4, por lo que podemos decir que se sentían bastantes satisfechos en general con sus vidas. En el caso de los sujetos del grupo control, éstos obtuvieron una puntuación de 2,97 sobre 4, por lo que podemos decir que también se sentían bastante satisfechos en general con sus vidas aunque menos que los miembros del grupo experimental.

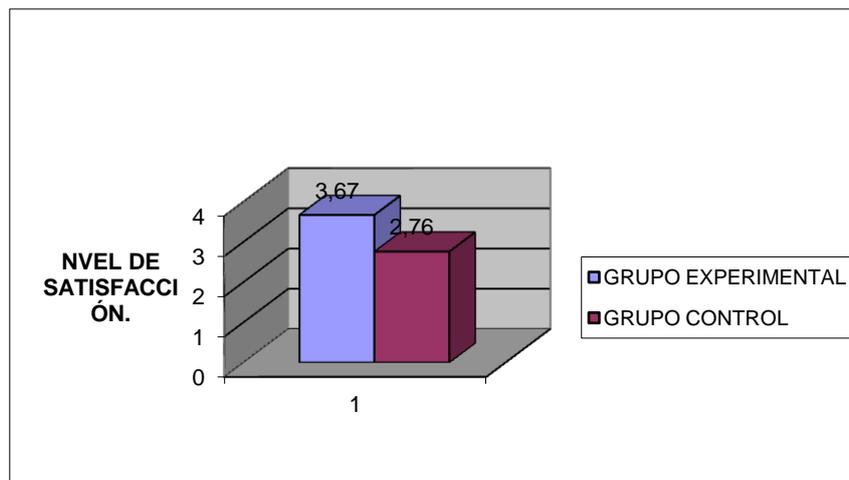
**Ilustración 42: Satisfacción con la vida. Primera evaluación.**



Fuente: Elaboración propia. Datos propios, 2012.

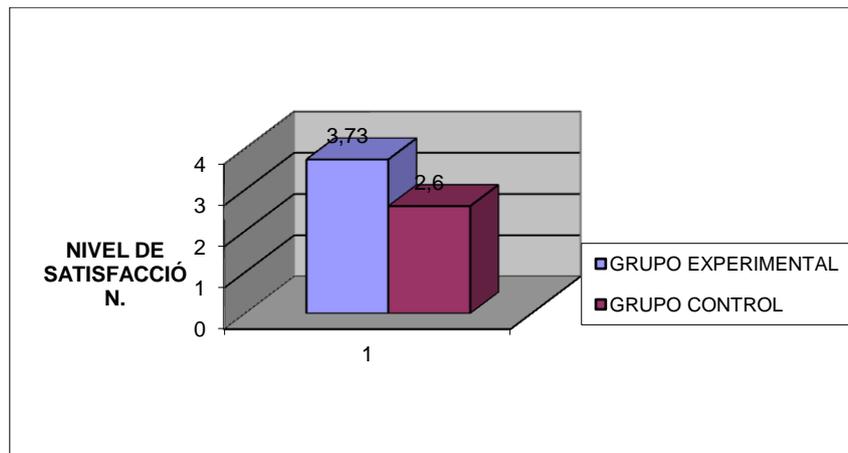
En la segunda evaluación los miembros del grupo experimental puntuaron 3,67 sobre 4, por lo que podemos decir que se sentían muy satisfechos con sus vidas en general. En el caso de los miembros del grupo control, éstos puntuaron 2,76 sobre 4 por lo que podemos decir que, al igual que la pasada evaluación, éstos se seguían sintiendo bastante satisfechos con sus vidas en general.

**Ilustración 43: Satisfacción con la vida. Segunda evaluación.**



Fuente: Elaboración propia. Datos propios, 2012.

En esta tercera evaluación los integrantes del grupo experimental obtuvieron una puntuación de 3,73 sobre 4, por lo que al igual que la evaluación anterior, podemos decir que los sujetos se sentían muy satisfechos con sus vidas en general. En el caso de los integrantes del grupo control, éstos obtuvieron una puntuación de 2,6 sobre 4, por lo que al igual que las evaluaciones anteriores, podemos decir que los sujetos seguían sintiéndose bastante satisfechos con sus vidas en general.

**Ilustración 44: Satisfacción con la vida. Tercera evaluación.**

Fuente: Elaboración propia. Datos propios, 2012.

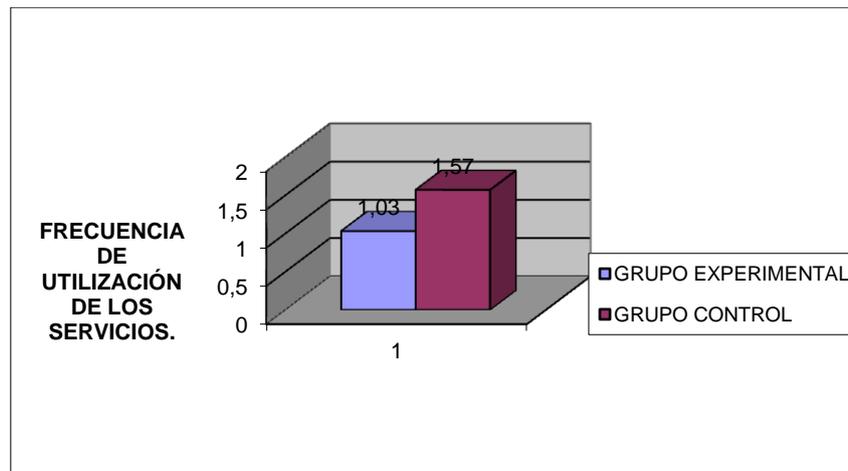
#### SERVICIOS SOCIALES Y SANITARIOS.

En este apartado intentamos analizar la frecuencia con la que los sujetos utilizaban los servicios sociales y sanitarios que les ofrecía la comunidad, así como el grado de satisfacción con dichos servicios.

En cuanto a la frecuencia con la que utilizaban los servicios sociales y sanitarios, los participantes debían valorar de 1 a 3, siendo 1 “frecuentemente”, 2 “ocasionalmente” y 3 “nunca”.

En la primera evaluación los integrantes del grupo experimental obtuvieron una puntuación de 1,03 sobre 3, por lo que podemos decir que utilizaban frecuentemente los servicios sociales y sanitarios. En cuanto a los integrantes del grupo control, éstos obtuvieron una puntuación de 1,57 sobre 3, por lo que podemos decir que utilizaban bastantes veces los servicios sociales y sanitarios.

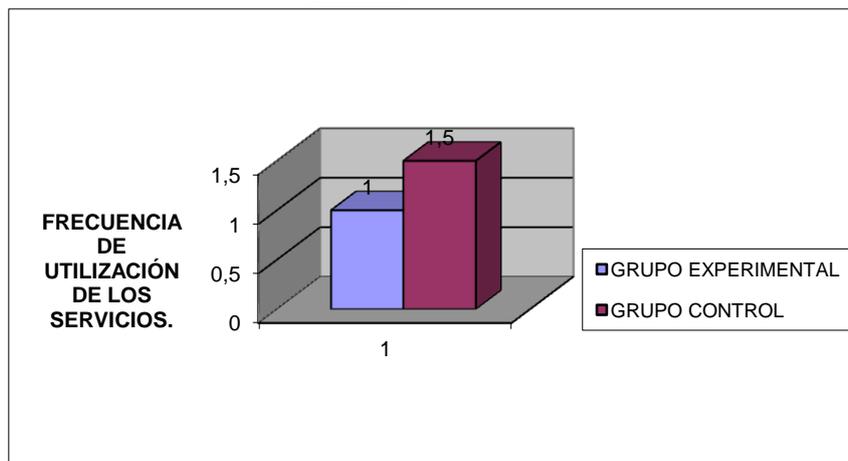
**Ilustración 45: Servicios sociales y sanitarios 1. Primera evaluación.**



Fuente: Elaboración propia. Datos propios, 2012.

En la segunda evaluación los miembros del grupo experimental obtuvieron una puntuación de 1 sobre 3 por lo que seguían utilizando frecuentemente los servicios sociales y sanitarios. En el caso de los miembros del grupo control, éstos obtuvieron una puntuación de 1,5 sobre 3 por lo que seguían utilizando bastantes veces los servicios sociales y sanitarios.

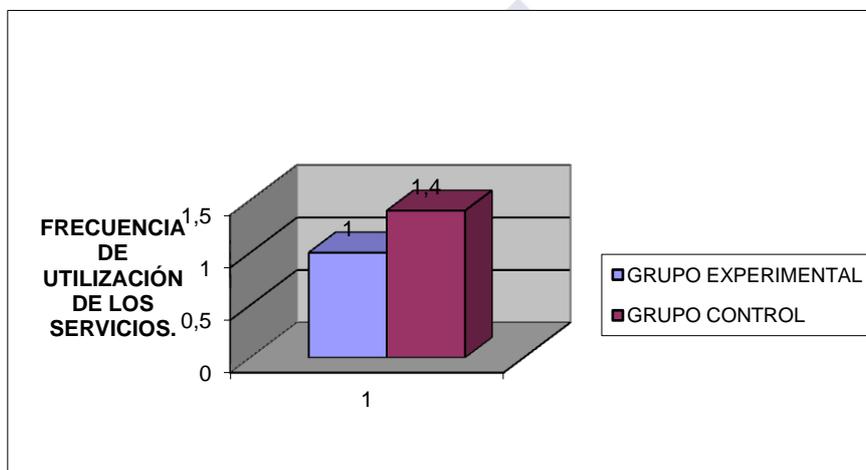
**Ilustración 46: Servicios sociales y sanitarios 1. Segunda evaluación.**



Fuente: Elaboración propia. Datos propios, 2012.

En la tercera evaluación los sujetos del grupo experimental obtuvieron una puntuación de 1 sobre 3, así que al igual que las anteriores evaluaciones podemos decir que utilizaban frecuentemente los servicios sociales y sanitarios. En el caso de los sujetos del grupo control, éstos obtuvieron una puntuación de 1,4 sobre 3, así que al igual que las anteriores evaluaciones podemos decir que utilizaban bastantes veces los servicios sociales y sanitarios.

**Ilustración 47: Servicios sociales y sanitarios 1. Tercera evaluación.**

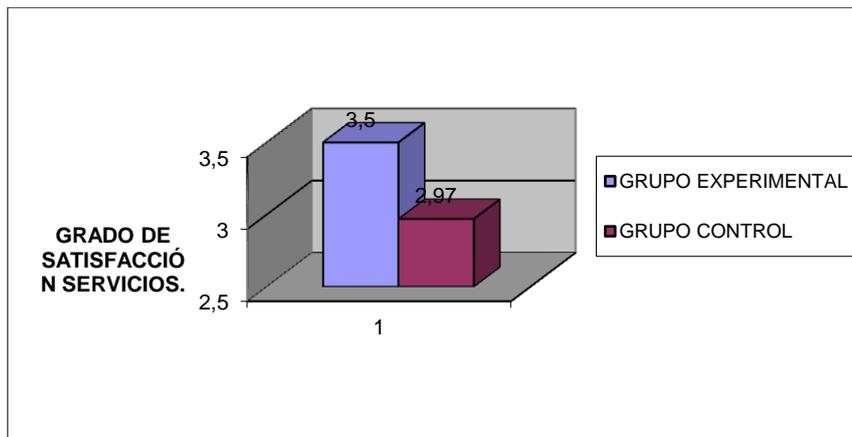


*Fuente: Elaboración propia. Datos propios, 2012.*

En cuanto al nivel de satisfacción con los servicios sociales y sanitarios que utilizaban, los participantes debían valorar de 1 a 4, siendo 1 “nada satisfecho”, 2 “algo satisfecho”, 3 “bastante satisfecho” y 4 “muy satisfecho”.

En la primera evaluación los sujetos del grupo experimental obtuvieron una puntuación de 3,5 sobre 4, por lo que tenían un nivel de satisfacción bastante elevado. En el caso de los sujetos del grupo control, éstos obtuvieron una puntuación de 2,97 sobre 4, por lo que se sentían bastante satisfechos.

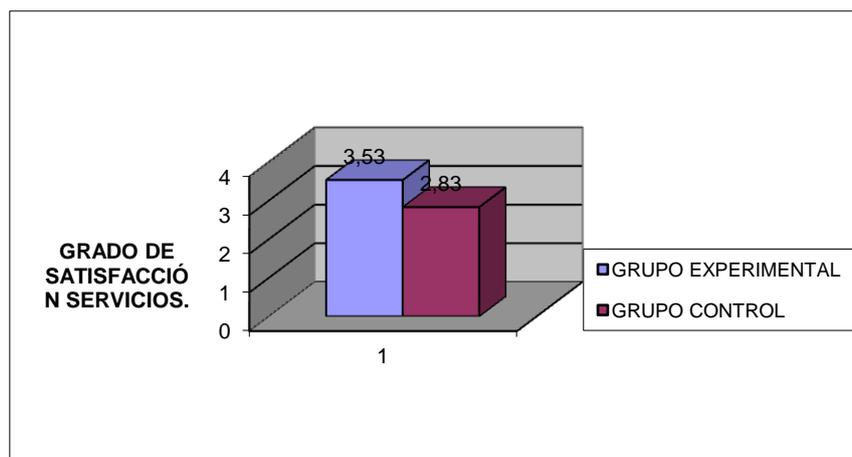
**Ilustración 48: Servicios sociales y sanitarios 2. Primera evaluación.**



Fuente: Elaboración propia. Datos propios, 2012.

En la segunda evaluación los integrantes del grupo experimental puntuaron 3,53 sobre 4, por lo que al igual que la evaluación anterior podemos decir que seguían teniendo un grado de satisfacción elevado. En el caso de los integrantes del grupo control, éstos puntuaron 2,83 sobre 4, por lo que al igual que la evaluación anterior podemos decir que seguían sintiéndose bastante satisfechos.

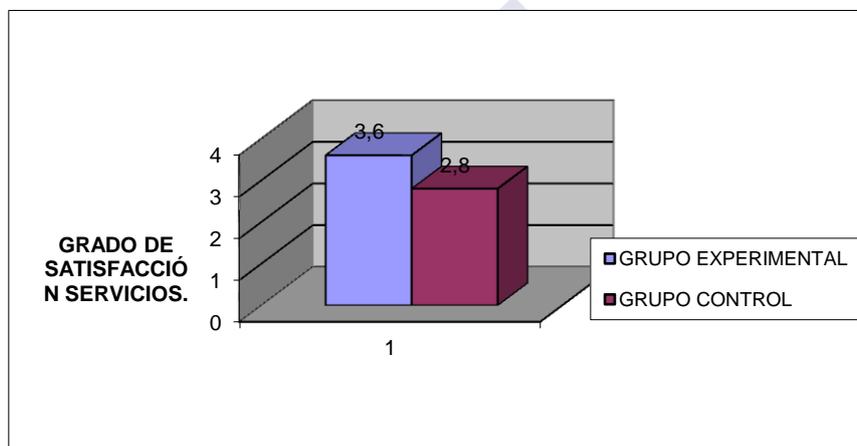
**Ilustración 49: Servicios sociales y sanitarios 2. Segunda evaluación.**



Fuente: Elaboración propia. Datos propios, 2012.

En esta tercera y última evaluación los miembros del grupo control obtuvieron una puntuación de 3,6 sobre 4 por lo que podemos decir que, al igual que en las evaluaciones anteriores, seguían teniendo un grado de satisfacción elevado. En el caso de los miembros del grupo control, éstos obtuvieron una puntuación de 2,8 sobre 4 por lo que podemos decir que al igual que las anteriores evaluaciones seguían sintiéndose bastante satisfechos.

**Ilustración 50: Servicios sociales y sanitarios 2. Tercera evaluación.**



Fuente: Elaboración propia. Datos propios, 2012.

## CALIDAD DE VIDA

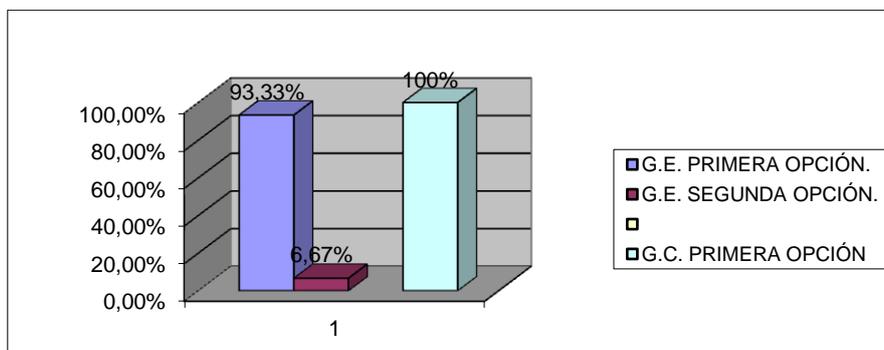
Para valorar la variable calidad de vida se les formuló a los sujetos la siguiente pregunta: “¿Podría decirme qué importancia concede Usted a cada uno de los aspectos que le voy a indicar para determinar su calidad de vida, indicando cuál es el primero más importante, el segundo, el tercero, el cuarto, el quinto, y el sexto más importantes?”, a continuación se procedía a indicarles los aspectos, entre los que se encontraban:

- Tener buena salud.
- Poder valerse por sí mismo.
- Mantenerse activo.
- Tener buenos servicios sociales y sanitarios.
- Mantener buenas relaciones con la familia y sociales.
- Tener una vivienda buena y cómoda.
- Tener una buena pensión o renta.
- Sentirse satisfecho con la vida.
- Calidad del medio ambiente del barrio o de la ciudad.
- Tener oportunidades de aprender y conocer cosas nuevas.

Las respuestas de los participantes fueron las siguientes:

La variable “tener buena salud” ha sido escogida como primera opción por el 93,33% de los sujetos del grupo experimental y como segunda por el 6,67%. En el caso de los sujetos del grupo control, dicha variable ha sido escogida como primera opción por el 100% de los participantes.

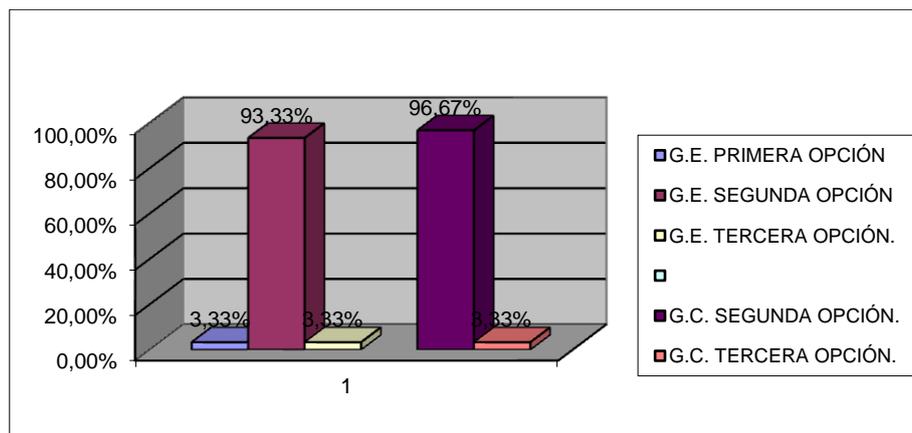
**Ilustración 51: Calidad de vida. Tener buena salud.**



Fuente: Elaboración propia. Datos propios, 2012.

La variable “valerse por sí mismo” ha sido elegida, en el grupo experimental como primera opción por el 3,33%, como segunda opción por el 93,33%, y como tercera opción por el 3,33%. En el caso del grupo control ha sido elegida como segunda opción por el 96,67%, y como tercera opción por el 3,33%.

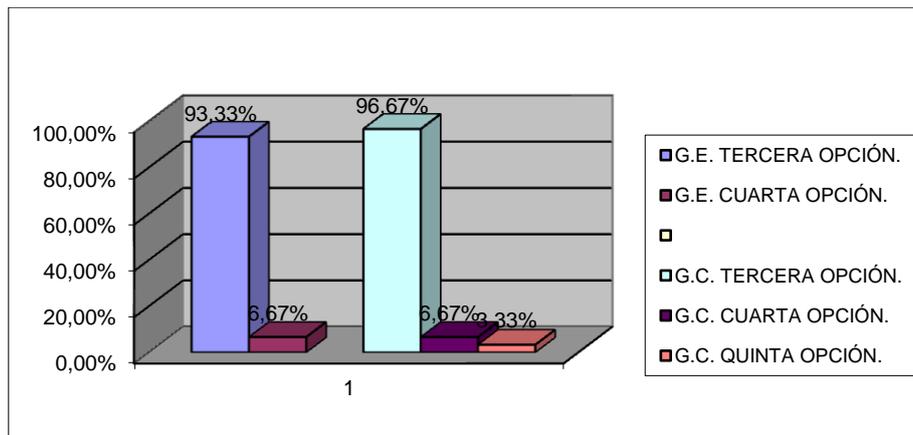
**Ilustración 52: Calidad de vida. Valerse por sí mismo.**



Fuente: Elaboración propia. Datos propios, 2012.

“Mantenerse activo” ha sido escogida por el grupo experimental como tercera opción por el 93,33% de los sujetos, y como cuarta opción por el 6,67%. En cambio en el grupo control ha sido escogida como tercera opción por el 96,67% de los sujetos, como cuarta opción por el 6,67%, y como quinta opción por el 3,33%.

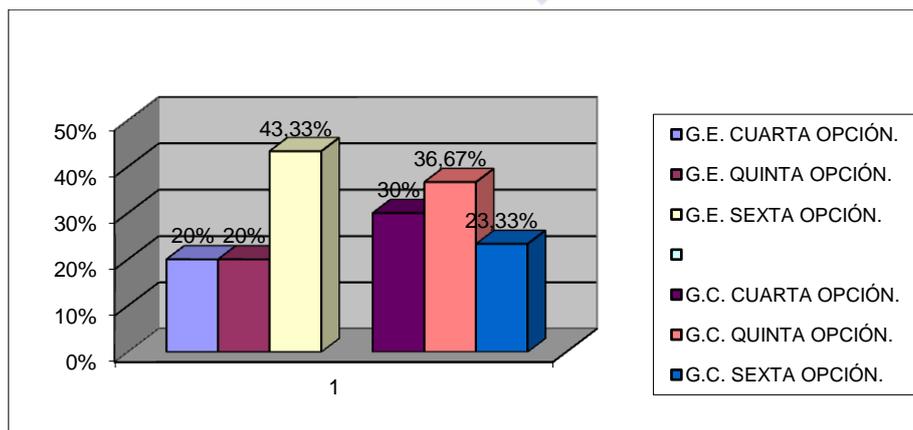
**Ilustración 53: Calidad de vida. Mantenerse activo.**



Fuente: Elaboración propia. Datos propios, 2012.

“Tener buenos servicios sociales y sanitarios” ha sido escogida por los integrantes del grupo experimental como cuarta opción por el 20%, como quinta por el 20%, y como sexta por el 43,33%. En el caso del grupo control ha sido escogida como cuarta opción por el 30%, como quinta por el 36,67%, y como sexta por el 23,33%.

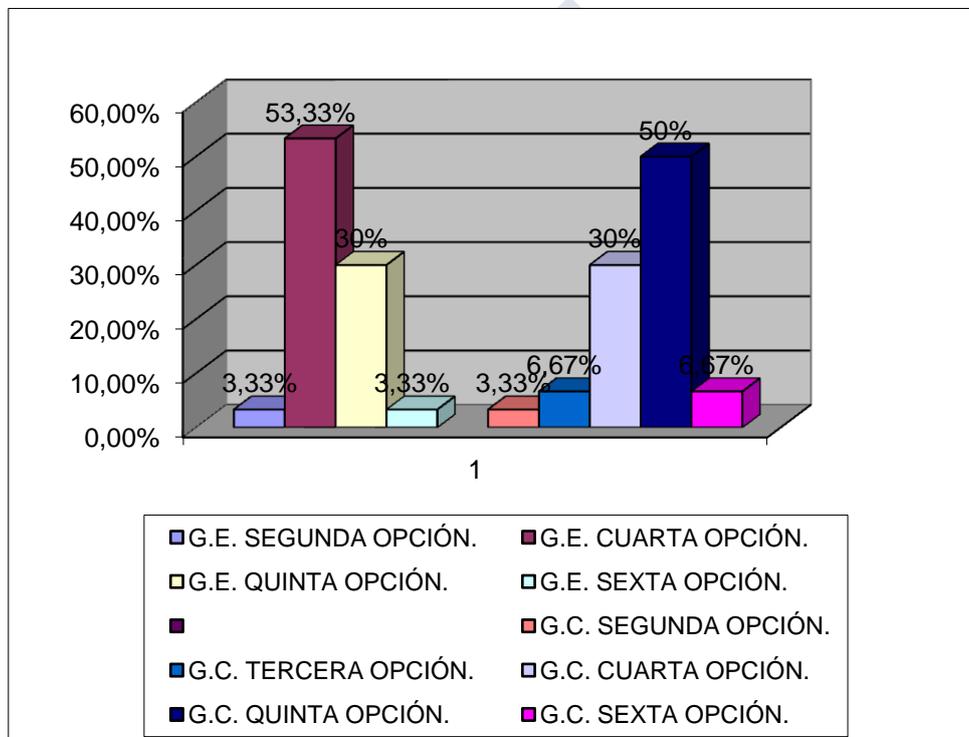
**Ilustración 54: Calidad de vida. Tener buenos servicios sociales y sanitarios.**



Fuente: Elaboración propia. Datos propios, 2012.

“Mantener buenas relaciones con la familia y sociales” ha sido elegida, por los componentes del grupo experimental, como segunda opción por el 3,33%, como cuarta por el 53,33%, como quinta por el 30%, y como sexta por el 3,33%. En el caso de los componentes del grupo control ha sido elegida como segunda opción por el 3,33%, como tercera por el 6,67%, como cuarta por el 30%, como quinta por el 50%, y como sexta por el 6,67%.

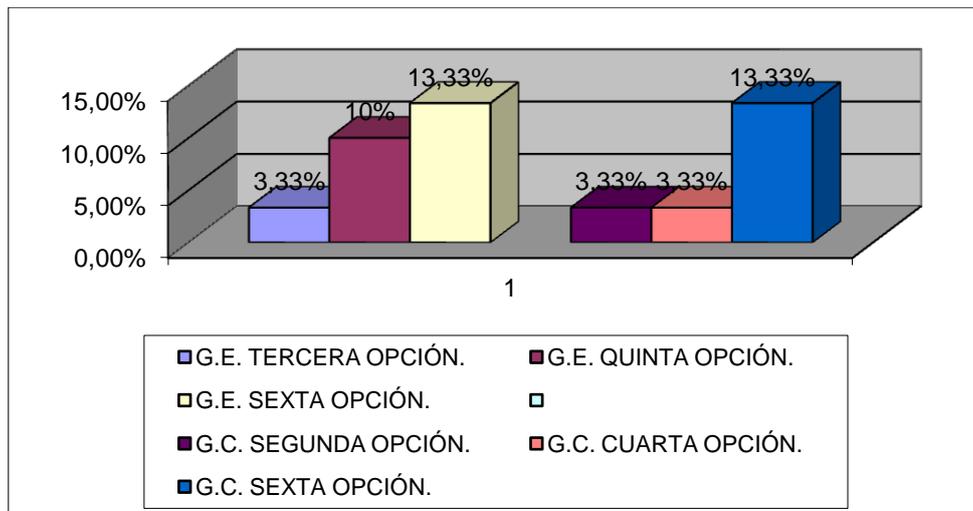
**Ilustración 55: Calidad de vida. Mantener buenas relaciones con la familia y sociales.**



Fuente: Elaboración propia. Datos propios, 2012.

“Tener una vivienda buena y cómoda” ha sido elegida, por los miembros del grupo experimental como tercera opción por el 3,33%, como quinta por el 10%, y como sexta por el 13,33%. En cambio, en el grupo control ha sido elegida como segunda opción por el 3,33%, como cuarta por el 3,33%, y como sexta por el 13,33%.

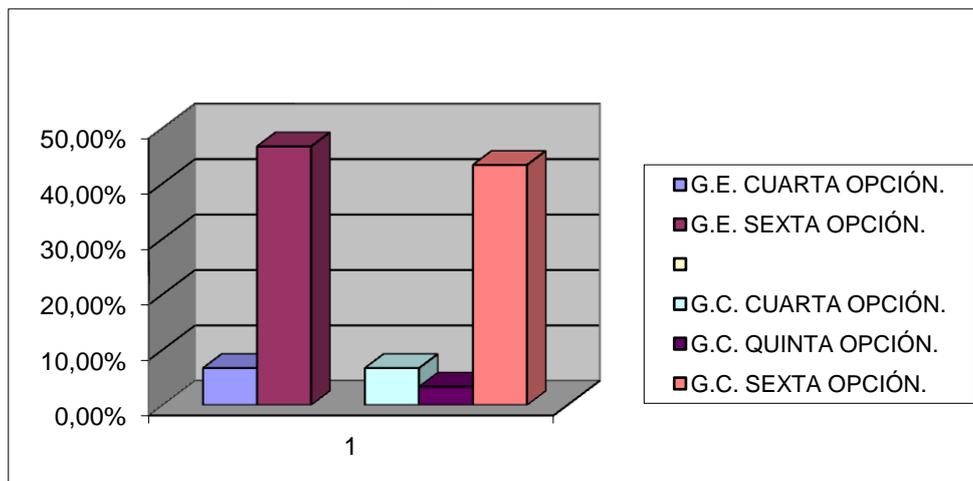
**Ilustración 56: Calidad de vida. Tener una buena vivienda y cómoda.**



Fuente: Elaboración propia. Datos propios, 2012.

“Tener una buena pensión o renta” ha sido elegida por parte del grupo experimental como cuarta opción por el 6,67% de los participantes y como sexta opción por el 46,67%. En el caso del grupo control, ha sido elegida como cuarta opción por el 6,67% de los participantes, como quinta opción por el 3,33%, y como sexta opción por el 43,33%.

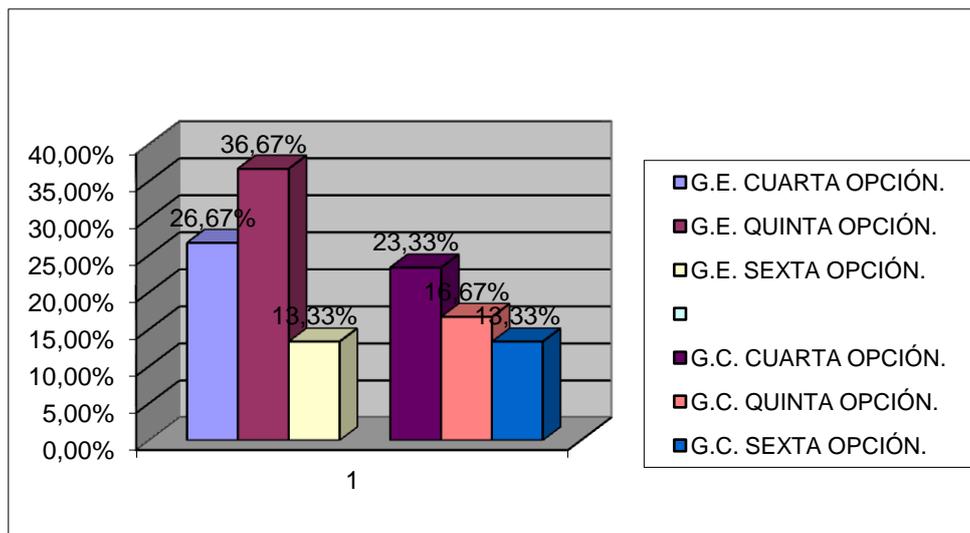
**Ilustración 57: Calidad de vida. Tener una buena pensión o renta.**



Fuente: Elaboración propia. Datos propios, 2012.

La variable “sentirse satisfecho con la vida” ha sido elegida por parte del grupo experimental como cuarta opción por el 26,67% de los sujetos, como quinta por el 36,67% y como sexta por el 13,33%. En el caso del grupo control ha sido elegida como cuarta opción por el 23,33% de los sujetos, como quinta por el 16,67%, y como sexta por el 13,33%.

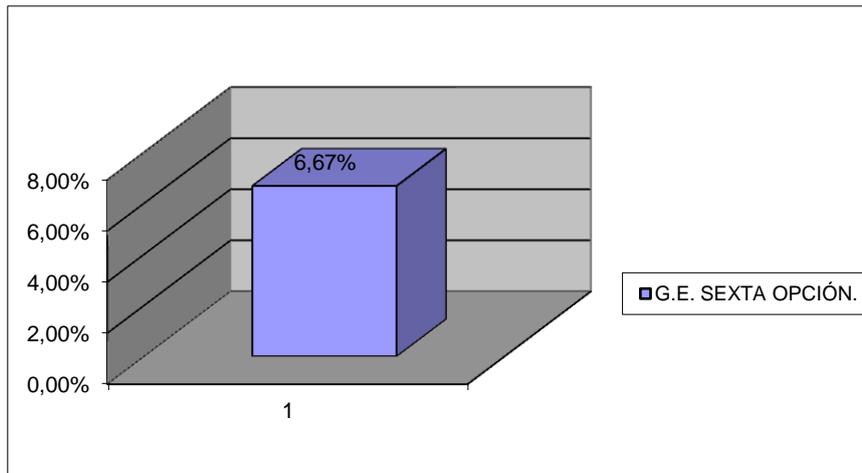
**Ilustración 58: Calidad de vida. Sentirse satisfecho con la vida.**



Fuente: Elaboración propia. Datos propios, 2012.

“Tener oportunidades de aprender y conocer cosas nuevas” ha sido elegida solamente por el grupo experimental como sexta opción por el 6,67% de los participantes.

**Ilustración 59: Calidad de vida. Tener oportunidades de aprender y conocer cosas nuevas.**



Fuente: Elaboración propia. Datos propios, 2012.

## ESTADO COGNITIVO

Para valorar el estado cognitivo se ha utilizado el Cuestionario de Estado Mental Portátil de Pfeiffer, ya que se trata de una herramienta que se utiliza para detectar la posible existencia de deterioro cognitivo.

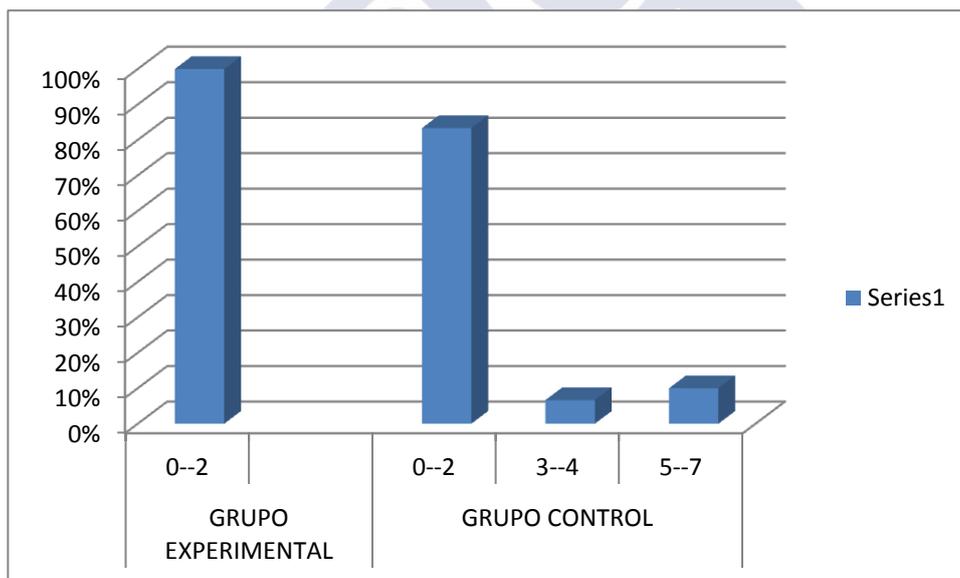
Este cuestionario explora la memoria a corto plazo, la orientación, nos proporciona información sobre hechos cotidianos, así como la capacidad de cálculo. Asimismo, detecta tanto la presencia de deterioro cognitivo como el grado del mismo. Las cuestiones con varias respuestas sólo se aceptan como correctas si todos los elementos de la misma lo son. Así, para la población con un nivel cultural medio se considera:

- Normal de 0 a 2 errores.
- Deterioro cognitivo leve de 3 a 4 errores.

- Deterioro cognitivo moderado (patológico) de 5 a 7 errores.
- Deterioro cognitivo importante de 8 a 10 errores.

En la primera evaluación el 100% de los sujetos del grupo experimental tuvieron entre 0 y 2 errores, por lo que podemos decir que no tenían deterioro cognitivo. En el caso del grupo control el 83,33% de los sujetos tuvieron entre 0 y 2 fallos, por lo que no tenían deterioro cognitivo, el 6,67% tuvieron entre 3 y 4 fallos por lo que tenían un deterioro cognitivo leve, y el 10% tuvieron entre 5 y 7 errores por lo que tenían un deterioro cognitivo moderado.

**Ilustración 60: Deterioro cognitivo. Primera evaluación.**

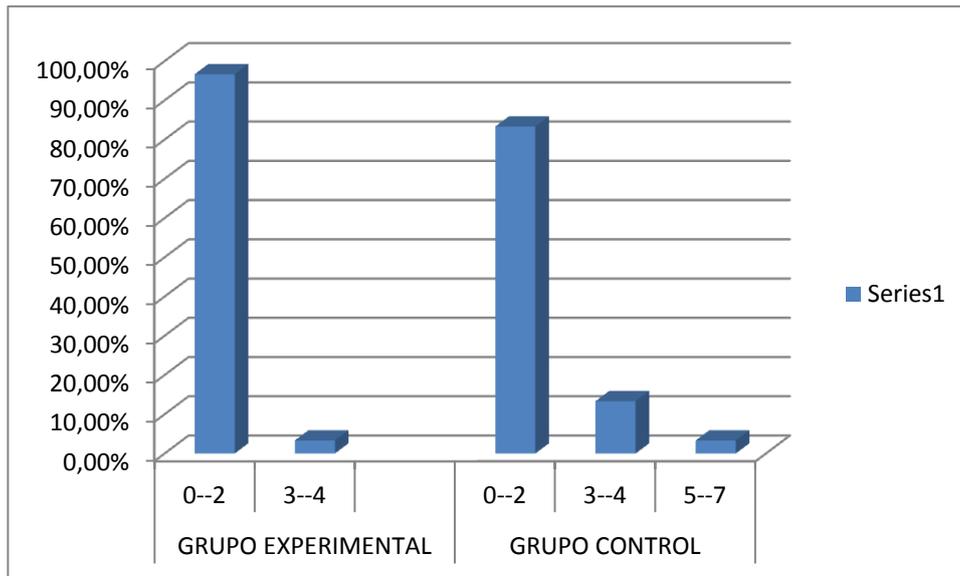


*Fuente: Elaboración propia. Datos propios, 2012.*

En la segunda evaluación, el 96,67% de los sujetos del grupo experimental tuvieron una puntuación de entre 0 a 2 errores por lo que no tenían deterioro cognitivo, y el 3,33% de los sujetos tuvieron entre 3 y 4 errores por lo que tenían un deterioro cognitivo leve. En el caso del grupo control el 83,33% de los sujetos tuvieron entre 0 y

2 fallos, por lo que no tenían deterioro cognitivo, el 13,33% tuvieron entre 3 y 4 fallos por lo que tenían un deterioro cognitivo leve, y el 3,33% tuvieron entre 5 y 7 errores por lo que tenían un deterioro cognitivo moderado.

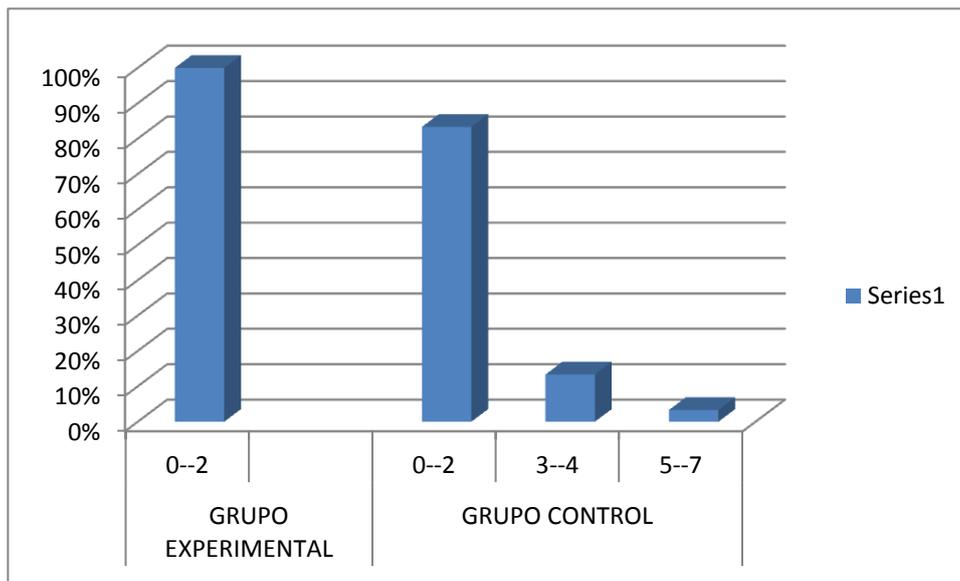
**Ilustración 61: Deterioro cognitivo. Segunda evaluación.**



Fuente: Elaboración propia. Datos propios, 2012.

En la tercera evaluación, el 100% de los sujetos del grupo experimental tuvieron entre 0 y 2 errores, por lo que no tenían deterioro cognitivo. En el caso del grupo control, el 83,33% de los sujetos tuvieron entre 0 y 2 fallos, por lo que no tenían deterioro cognitivo, el 13,33% tuvieron entre 3 y 4 fallos por lo que tenían un deterioro cognitivo leve, y el 3,33% tuvieron entre 5 y 7 errores por lo que tenían un deterioro cognitivo moderado.

**Ilustración 62: Deterioro cognitivo. Tercera evaluación.**



Fuente: Elaboración propia. Datos propios, 2012.

### ANÁLISIS DE CORRELACIÓN

A continuación procederemos a analizar la relación existente entre las variables que más nos interesan utilizadas en este estudio, tanto en el grupo experimental como en el grupo control. Dichas variables son las siguientes: satisfacción con la vida, educación, ingresos, deterioro cognitivo, satisfacción con las relaciones, habilidades funcionales, frecuencia de las relaciones, salud objetiva, salud subjetiva, y frecuencia de las actividades.

Para ello, hemos utilizado el coeficiente de correlación de Pearson que es un índice que mide la relación lineal entre dos variables aleatorias cuantitativas. El valor del índice de correlación varía en el intervalo (-1,1):

- Si  $r = 1$ , existe una correlación positiva perfecta, es decir, el índice indica una dependencia total entre las dos variables denominada relación directa: cuando una de ellas aumenta, la otra también lo hace en proporción constante.
- Si  $0 < r < 1$ , existe una correlación positiva.
- Si  $r = 0$ , no existe relación lineal.
- Si  $-1 < r < 0$ , existe una correlación negativa.
- Si  $r = -1$ , existe una correlación negativa perfecta, es decir, el índice indica una dependencia total entre las dos variables llamada relación inversa: cuando una de ellas aumenta, la otra disminuye en proporción constante.

Teniendo en cuenta todo lo dicho anteriormente, procederemos a comentar las correlaciones más interesantes para nuestro estudio encontradas entre las variables analizadas en el grupo experimental.

- Entre las variables *Salud objetiva* y *Educación* (Tabla 6) encontramos una relación positiva de 0,407, es decir, los sujetos con mayor nivel educativo tienen una mayor salud objetiva.
- En cuanto a las variables *Deterioro cognitivo* y *Satisfacción con las relaciones* (Tabla 7) se aprecia una relación negativa de -,636, es decir, los sujetos con mayor deterioro cognitivo mantienen una menor satisfacción con las relaciones sociales.

- En el caso de la variable *Habilidades funcionales* apreciamos que mantiene una correlación de  $-0,611$  con la variable *Salud objetiva* (Tabla 7), una correlación de  $-0,615$  con la variable *Salud subjetiva* (Tabla 7) y una correlación de  $-0,391$  con la variable *Frecuencia de las actividades* (Tabla 7). Sin embargo, en este caso debemos mencionar que las habilidades funcionales fueron valoradas con una escala con valor inverso al resto de las variables, de modo que debemos interpretar que la relación con dichas variables es positiva y no negativa, es decir, los sujetos con un mayor nivel de habilidades funcionales tienen una mayor salud objetiva, una mayor salud subjetiva, y realizan actividades con mayor frecuencia.
- De igual modo, apreciamos una relación positiva de  $0,383$  entre las variables *Frecuencia de las relaciones* y *Salud subjetiva* (Tabla 7), de modo que existe una tendencia que nos indica que las personas con mayor salud subjetiva mantienen relaciones sociales con mayor frecuencia.
- Asimismo, apreciamos una tendencia positiva de  $0,519$  entre las variables *Salud objetiva* y *Salud subjetiva* (Tabla 7), es decir, los sujetos con mayor salud objetiva tienen una mayor salud subjetiva.
- En el caso de las variables *Frecuencia de las actividades* y *Salud subjetiva* (Tabla 8) apreciamos una relación positiva de  $0,415$ , de modo que podemos interpretar que las personas que realizan actividades con mayor frecuencia, tienen una mayor salud subjetiva.

**Tabla 6: Matriz correlaciones grupo experimental.**

		Satisfacción con la vida	Educación	Ingresos
Deterioro cognitivo.	Correlación de Pearson	-,016	-,006	-,146
	Sig. (bilateral)	,934	,976	,440
	N	30	30	30
Frecuencia de las relaciones.	Correlación de Pearson	,158	,014	,029
	Sig. (bilateral)	,403	,941	,880
	N	30	30	30
Salud objetiva.	Correlación de Pearson	,024	<b>,407"</b>	-,050
	Sig. (bilateral)	,899	,026	,792
	N	30	30	30
Salud subjetiva.	Correlación de Pearson	,089	,277	,012
	Sig. (bilateral)	,640	,138	,951
	N	30	30	30

(1) Las correlaciones significativas que analizaremos aparecen en negrita.

Fuente: Elaboración propia. Datos propios, 2012.

**Tabla 7: Matriz correlaciones grupo experimental.**

		Satisfacción con las relaciones	Habilidades funcionales	Frecuencia de las relaciones	Salud objetiva
Satisfacción con la vida.	Correlación de Pearson	,061	-,028	,158	,024
	Sig. (bilateral)	,750	,881	,403	,899
	N	30	30	30	30
Deterioro cognitivo.	Correlación de Pearson	<b>-,636</b>	,158	-,148	-,059
	Sig. (bilateral)	,000	,404	,434	,757
	N	30	30	30	30
Habilidades funcionales.	Correlación de Pearson	,177	1	<b>-,364</b>	-,611
	Sig. (bilateral)	,350		,048	,000
	N	30	30	30	30
Salud Objetiva.	Correlación de Pearson	,150	<b>-,611</b>	,277"	1
	Sig. (bilateral)	,428	,000	,139	
	N	30	30	30	30
Salud subjetiva.	Correlación de Pearson	,351	<b>-,615</b>	<b>,383</b>	<b>,519</b>
	Sig. (bilateral)	,057	,000	,037	,003
	N	30	30	30	30
Frecuencia de las actividades.	Correlación de Pearson	,346	<b>-,391</b>	,133	,237
	Sig. (bilateral)	,061	,033	,484	,207
	N	30	30	30	30

(1) Las correlaciones significativas que analizaremos aparecen en negrita.

(2) La variable Habilidades funcionales ha sido valorada en una escala con valor inverso al resto de las variables, de modo que las correlaciones de dicha variable deben de ser interpretadas de manera inversa al signo que tenga.

Fuente: Elaboración propia. Datos propios, 2012.

**Tabla 8: Matriz correlaciones grupo experimental.**

		Salud subjética	Frecuencia de las actividades	Satisfacción con la vida
Deterioro cognitivo.	Correlación de Pearson	-,235	-,136	-,118
	Sig. (bilateral)	,211	,473	,535
	N	30	30	30
Satisfacción con las relaciones.	Correlación de Pearson	,351	,346	,072
	Sig. (bilateral)	,057	,061	,704
	N	30	30	30
Frecuencia de las relaciones.	Correlación de Pearson	,383	,133	,255
	Sig. (bilateral)	,037	,484	,174
	N	30	30	30
Salud subjética.	Correlación de Pearson	1	<b>,415</b>	,156
	Sig. (bilateral)		,023	,411
	N	30	30	30

(1) Las correlaciones significativas que analizaremos aparecen en negrita.

Fuente: *Elaboración propia. Datos propios, 2012.*

Después de analizar las principales correlaciones halladas en el grupo experimental procederemos, a continuación, a comentar las correlaciones más interesantes para nuestro estudio encontradas entre las variables analizadas en el grupo control.

- En el caso de la variable *Habilidades funcionales* apreciamos que mantiene una correlación de -,478 con la variable *Satisfacción con la vida* (Tabla 10), una correlación de -,439 con la variable *Educación* (Tabla 9), una correlación de -,380 con la variable *Satisfacción con las relaciones* (Tabla 9), una correlación de -,609 con la variable *Salud objetiva* (Tabla 10), una correlación de -,459 con la variable *Salud subjetiva* (Tabla 10), y una correlación de -,665 con la variable *Frecuencia de actividades* (Tabla 10). Sin embargo, en este caso

debemos mencionar que las habilidades funcionales fueron valoradas con una escala con valor inverso al resto de las variables, de modo que debemos interpretar que la relación con dichas variables es positiva y no negativa, es decir, los sujetos con un mayor nivel de habilidades funcionales tienen una mayor satisfacción con la vida, un nivel educativo más elevado, se sienten más satisfechos con las relaciones sociales, tienen una mayor salud objetiva y subjetiva, y realizan actividades con mayor frecuencia.

- En cuanto a la variable *Deterioro cognitivo* apreciamos que correlaciona negativamente con  $-0,406$  con la variable *Satisfacción con las relaciones* (Tabla 9), con  $-0,464$  con la variable *Salud objetiva* (Tabla 9), y con  $-0,555$  con la variable *Frecuencia de las actividades* (Tabla 9), de modo que, podemos interpretar que las personas con un mayor deterioro cognitivo se sienten menos satisfechos con las relaciones, tienen una menor salud objetiva, y realizan actividades con menor frecuencia.
- Del mismo modo, apreciamos una correlación de  $0,675$  entre las variables *Deterioro cognitivo* y *Habilidades funcionales* (Tabla 9). Sin embargo, en este caso debemos mencionar que las habilidades funcionales fueron valoradas con una escala con valor inverso al resto de las variables, de modo que debemos interpretar que la relación es negativa y no positiva, es decir, las personas que tienen un mayor deterioro cognitivo tienen menos habilidades funcionales.
- En el caso de la variable *Satisfacción con la vida* observamos que mantiene una correlación positiva de  $0,383$  con la variable *Salud objetiva*

(Tabla 10), de 0,557 con la variable *Salud Subjetiva* (Tabla 10), y de 0,442 con la variable *Frecuencia de las actividades* (Tabla 11), de modo que, esto nos indica que las personas más satisfechas con sus vidas tienen una mayor salud objetiva y subjetiva, y realizan actividades con mayor frecuencia.

- En cuanto a la variable *Satisfacción con las relaciones*, ésta correlaciona positivamente en 0,556 con la variable *Salud objetiva* (Tabla 9), en 0,491 con la variable *Salud subjetiva* (Tabla 9), y en 0,416 con la variable *Frecuencia de las actividades* (Tabla 9), de tal forma que podemos intuir que las personas más satisfechas con sus relaciones sociales tienen una mayor salud objetiva y subjetiva, y también realizan actividades con mayor frecuencia.
- En lo concerniente a la variable *Salud objetiva* apreciamos una correlación positiva de 0,572 con la variable *Salud subjetiva* (Tabla 10), y una correlación positiva de 0,558 con la variable *Frecuencia de las actividades* (Tabla 10), es decir, podemos interpretar que los sujetos con una mayor salud objetiva también tienen una mayor salud subjetiva y, asimismo, realizan actividades con mayor frecuencia.
- En cuanto a la variable *Salud subjetiva* observamos que correlaciona positivamente en 0,444 con la variable *Frecuencia de las actividades* (Tabla 10), y en 0,406 con la variable *Educación* (Tabla 9), de modo que podemos intuir que las personas con una mayor salud subjetiva tienen un mayor nivel educativo y que realizan actividades con mayor frecuencia.

- Asimismo, también apreciamos una correlación positiva de 0,390 entre las variables *Ingresos* y *Frecuencia de las relaciones* (Tabla 9), es decir, los sujetos que tienen mayor nivel económico mantienen relaciones sociales con mayor frecuencia.

**Tabla 9: Matriz correlaciones grupo control.**

		Educación	Ingresos	Deterioro cognitivo	Satisfacción con las relaciones
Frecuencia de las actividades.	Correlación de Pearson	,245	,002	<b>-,555</b>	<b>,416</b>
	Sig. (bilateral)	,192	,990	,001	,022
	N	30	28	30	30
Satisfacción con la vida.	Correlación de Pearson	,164	-,064	-,149	,207
	Sig. (bilateral)	,386	,748	,433	,273
	N	30	28	30	30
Satisfacción con las relaciones.	Correlación de Pearson	,241	,238	<b>-,403</b>	1
	Sig. (bilateral)	,200	,222	,026	
	N	30	28	30	30
Habilidades funcionales.	Correlación de Pearson	<b>-,439</b>	-,241	<b>,675</b>	<b>-,380</b>
	Sig. (bilateral)	,015	,217	,000	,038
	N	30	28	30	30
Frecuencia de las relaciones.	Correlación de Pearson	-,197	<b>,390</b>	-,178 <sup>a</sup>	,227
	Sig. (bilateral)	,298	,040	,346	,228
	N	30	28	30	30
Salud objetiva.	Correlación de Pearson	,328	,239	<b>-,464</b>	<b>,556</b>
	Sig. (bilateral)	,077	,221	,010	,001
	N	30	28	30	30
Salud subjetiva.	Correlación de Pearson	<b>,406<sup>c</sup></b>	-,019 <sup>c</sup>	-,202 <sup>c</sup>	<b>,491<sup>c</sup></b>
	Sig. (bilateral)	,026	,925	,286	,006
	N	30	28	30	30

(1) Las correlaciones significativas que analizaremos aparecen en negrita.

(2) La variable Habilidades funcionales ha sido valorada en una escala con valor inverso al resto de las variables, de modo que las correlaciones de dicha variable deben de ser interpretadas de manera inversa al signo que tenga.

*Fuente: Elaboración propia. Datos propios, 2012.*

**Tabla 10: Matriz correlaciones grupo control.**

		Habilidades funcionales	Frecuencia de las relaciones	Salud objetiva	Salud subjetiva
Frecuencia de las actividades.	Correlación de Pearson	<b>-,665</b>	,186	<b>,558</b>	<b>,444</b>
	Sig. (bilateral)	,000	,326	,001	,014
	N	30	30	30	30
Satisfacción con la vida.	Correlación de Pearson	<b>-,478</b>	-,064	<b>,383</b>	<b>,557</b>
	Sig. (bilateral)	,008	,737	,037	,001
	N	30	30	30	30
Frecuencia de las relaciones.	Correlación de Pearson	-,112 <sup>a</sup>	1	,135	,016 <sup>a</sup>
	Sig. (bilateral)	,556		,479	,934
	N	30	30	30	30
Salud objetiva.	Correlación de Pearson	<b>-,609</b>	,135	1	,572
	Sig. (bilateral)	,000	,479		,001
	N	30	30	30	30
Salud subjetiva.	Correlación de Pearson	<b>-,459<sup>c</sup></b>	,016 <sup>c</sup>	<b>,572<sup>c</sup></b>	1 <sup>c</sup>
	Sig. (bilateral)	,011	,934	,001	
	N	30	30	30	30

(1) Las correlaciones significativas que analizaremos aparecen en negrita.

(2) La variable Habilidades funcionales ha sido valorada en una escala con valor inverso al resto de las variables, de modo que las correlaciones de dicha variable deben de ser interpretadas de manera inversa al signo que tenga.

Fuente: Elaboración propia. Datos propios, 2012.

**Tabla 11: Matriz correlaciones grupo control.**

		Frecuencia de las actividades
Satisfacción con la vida.	Correlación de Pearson	<b>,442</b>
	Sig. (bilateral)	,014
	N	30
Educación.	Correlación de Pearson	,245
	Sig. (bilateral)	,192
	N	30
Ingresos.	Correlación de Pearson	,002
	Sig. (bilateral)	,990
	N	28
Frecuencia de las relaciones.	Correlación de Pearson	,186 <sup>a</sup>
	Sig. (bilateral)	,326
	N	30

(1) Las correlaciones significativas que analizaremos aparecen en negrita.

Fuente: Elaboración propia. Datos propios, 2012.





## **CAPÍTULO 11.**

### ***DISCUSIÓN***





El propósito del presente estudio ha sido el de comprobar si la asistencia a los centros sociales de personas mayores es un medio eficaz para la mejora de la calidad de vida de este colectivo, es decir, si los usuarios de dichos centros tienen una mejor calidad de vida que aquellos que no acuden a ellos. Asimismo, intentamos realizar una comparativa entre los usuarios de los servicios del centro social en el que desarrollamos nuestra investigación y los sujetos que no los utilizaban para comprobar si los objetivos propuestos en el presente estudio fueron cumplidos.

Por lo tanto, de acuerdo con los resultados obtenidos se determinó que al igual que propusimos en los objetivos, los usuarios del centro social manifestaron una mayor salud que los sujetos que no utilizaban los servicios del centro, de igual modo, mostraron estar más integrados socialmente, más activos, y funcionalmente más

autónomos que los mayores que no acudían a dicho centro; esto viene a corroborar lo que defendía Villalobos (1989) de que los adultos mayores que acuden a dichos centros son más participativos y activos.

En efecto, en los resultados podemos observar que los mayores del centro social mantienen un nivel de actividad y una integración social bastante elevada, lo que viene a contravenir lo que dijo Carstensen (1990), ya comentado en la introducción del presente trabajo, quien pone de relieve que durante la vejez se produce un notable descenso de la actividad social.

Asimismo, hemos comprobado que los usuarios del centro social a penas sufren deterioro cognitivo, sin embargo los que no acuden a él tienen un deterioro superior. Del mismo modo, los mayores del centro social manifestaron sentirse más satisfechos con sus vidas que los mayores que no acuden al centro: esto está en consonancia con lo que defendía Rojas (1999) en su investigación sobre la calidad de vida y autonomía, en la que expuso que, en general los adultos perciben un sentimiento de bienestar, fortalecido por ser personas independientes y funcionales. Es decir, los mayores del centro social manifiestan un mayor bienestar que los mayores no usuarios del centro, ya que son más funcionalmente autónomos y más participativos socialmente.

Asimismo, pudimos comprobar cómo los usuarios del centro social tenían un mayor nivel educativo y mayores ingresos económicos que los no usuarios, de igual modo, pudimos apreciar que los sujetos del centro social se sentían más satisfechos con su calidad ambiental que los sujetos que no acudían a dicho centro.

Del mismo modo, hemos podido comprobar que los sujetos del centro social utilizaban con mayor frecuencia y se sentían más satisfechos con los servicios sociales y sanitarios. Sin embargo, en este caso debemos mencionar que el hecho de que los sujetos del centro social hayan manifestado utilizar con mayor frecuencia los servicios sociales y sanitarios, así como sentirse más satisfechos con los mismos, puede estar influenciado por el hecho de que la utilización del centro social también contaba como servicio social.

En efecto, tras observar los resultados obtenidos y las actividades desarrolladas en el centro social estudiado, nos encontramos en condiciones de decir que este equipamiento cumple con los objetivos principales de los centros sociales que hemos mencionado en la introducción y que son los siguientes:

- Avanzar en la capacitación y autodeterminación de las personas mayores.
- Favorecer hábitos saludables y actitudes positivas hacia el envejecimiento.
- Estimular e impulsar la participación activa e integración de las personas mayores en la comunidad.
- Fomentar y dinamizar la relación social.
- Promocionar la cultura, la formación y el acercamiento a las nuevas tecnologías.
- Canalizar el ocio y el tiempo libre hacia actividades o proyectos diversificados, gratificantes y significativos.

Como comentábamos, los usuarios del centro social son más activos físicamente, socialmente, y mentalmente, asimismo, participan en actividades recreativas, actividades culturales y sociales, actividades educativas, y en actividades de la vida diaria en familia y en la comunidad. Todo esto se encuentra en consonancia con la definición que ha aportado la OMS a finales de 1990 del concepto envejecimiento activo y que la mencionamos en la introducción del presente estudio. En dicha definición, la OMS concibe al envejecimiento activo como el proceso de aprovechar al máximo las oportunidades para tener un bienestar físico, psíquico y social durante toda la vida. Teniendo en cuenta lo dicho, podemos decir que el centro social estudiado sigue los preceptos del envejecimiento activo, y que sus usuarios viven en una mayor consonancia con dichos preceptos que los mayores que no utilizan los servicios del centro.

En cuanto al apartado en el que se pretendía valorar la variable calidad de vida, observamos que las elecciones realizadas por los sujetos consultados, tanto de los usuarios del centro social como de los no usuarios, ponen de manifiesto, al igual que en la investigación de Fernández-Ballesteros y Maciá (1993), un importante acuerdo en lo que se refiere a dos elementos cuya relevancia sobrepasa de todos los demás como son: “tener una buena salud” y “poder valerse por sí mismos”. En concreto en nuestro estudio aparece mayoritariamente, en ambos grupos, como primera opción la variable “tener una buena salud” y, como segunda opción, la variable “poder valerse por sí mismo”. Del mismo modo, cabe destacar que la calidad de vida para los mayores difiere de la percibida por otros colectivos. Así, la salud o el valerse por sí mismo son irrelevantes en otros estudios realizados con población general en edades inferiores a la de los sujetos de este trabajo, como aparece en la investigación de Ruiz y Baca (1992).

Cabría inferir, como dicen Fernández-Ballesteros y Maciá (1993), que lo que se posee (la salud o la capacidad de autovalerse) no involucra la consideración de la propia calidad de vida sino cuando está en peligro.

Por otra parte, al igual que en la investigación de Fernández-Ballesteros y Maciá (1993), hemos comprobado como las variables “mantenerse activo”, “tener buenos servicios sociales y sanitarios”, “mantener buenas relaciones sociales y familiares”, “sentirse satisfecho con la vida”, y “tener una buena pensión o renta”, son los ingredientes de la calidad de vida que aparecen seleccionados por los mayores en un segundo lugar. En este caso, sin lugar a dudas, estos elementos intervienen en cualquier conceptualización de la calidad de vida aunque, en otras poblaciones, el mantenerse activo tenga que ver más bien con desarrollar un trabajo satisfactorio.

Del mismo modo, como cabría esperar, la calidad de los servicios sociales implica un importante aspecto de la calidad de vida en los mayores, lo cual tampoco aparece en los juicios sobre este constructo en otros colectivos.

Por último, cabe destacar que no hubo ninguna respuesta a la pregunta abierta a través de la cual pretendíamos conseguir otros matices o ingredientes de la calidad de vida importante para este colectivo.

Antes de comentar el apartado de las correlaciones analizadas en este estudio, debemos de mencionar que una de las mayores preocupaciones, y así lo informan los propios mayores, es la referida a su estado de salud. Durante esta etapa de la vida aparecen enfermedades de distinta índole. Según las distintas Encuestas Nacionales de

Salud, alrededor de un 55% de los varones mayores de 65 años y entorno a un 60,5% de las mujeres padece alguna enfermedad, generalmente de tipo crónico.

Pese a ello, como bien dice Mendoza Sierra et al. (2004), el estado de salud percibido por los mayores no se corresponde exactamente con criterios de salud objetiva. La salud durante la vejez parece relacionarse más directamente con un sistema de creencias por el cual el tener una salud suficiente para tener un adecuado desenvolvimiento en la vida cotidiana sería decisivo para una autoevaluación buena de la salud, sin menosprecio del deterioro que puedan producir ciertas enfermedades comunes en esta etapa de la vida.

Es por ello que resulta indispensable conocer la valoración subjetiva que hacen los mayores de su estado de salud así como las variables que puedan influenciarla, por considerarse un indicador de calidad de vida durante esta etapa.

Así, hemos comprobado, que tanto en los usuarios del centro social como en los que no acuden a él, la valoración subjetiva de la salud estaba relacionada con las habilidades funcionales, con el apoyo social, y con el nivel de actividad. En estas tres relaciones coincidimos con Azpiazu Garrido et al. (2002) quién también encontró asociaciones entre un mal estado de salud autopercebido y el nivel educativo y el nivel de ingresos; en nuestro caso hemos podido comprobar la relación entre el nivel educativo y la salud subjetiva sólo en el caso de los mayores que no acudían al centro social, y no hemos encontrado relación en ninguno de los grupos entre el nivel de ingresos y la salud subjetiva, por lo que consideramos que sería interesante para futuras investigaciones profundizar en estas relaciones.

Asimismo, hemos encontrado en ambos grupos, una relación significativa entre la salud subjetiva y la salud objetiva. Esta relación puede ser debida, como dijo Fernández-Ballesteros y Maciá (1992), a que una mala valoración de la propia salud puede surgir como respuesta ante la toma de conciencia de que se sufre una enfermedad, o bien como reacción al dolor o impacto de la enfermedad sobre la vida diaria.

Pese a que cada vez más se llega a la vejez con unas mejores expectativas de vida, también es verdad que el alargamiento de la misma propicia la aparición de enfermedades y discapacidades que merman las habilidades funcionales del anciano.

La discapacidad tiene como consecuencia una pérdida de autonomía funcional que afecta al desarrollo del anciano para llevar a cabo actividades de la vida cotidiana. Entre el repertorio de conductas necesarias para un buen funcionamiento en la vida cotidiana se encuentran las habilidades básicas y las habilidades instrumentales. Las habilidades básicas se corresponden con aquellas necesarias para llevar a cabo actividades de autocuidado, mientras que las instrumentales recogen un conjunto más complejo de habilidades que son necesarias para desarrollar una vida independiente.

La falta o merma en estas habilidades produce una dependencia funcional del anciano con respecto a su medio más inmediato para realizar actividades de la vida diaria que puede variar en distintos grados: desde el anciano que mantiene una autonomía e independencia total hasta el anciano totalmente independiente.

Por todo lo comentado es importante analizar las habilidades funcionales de los mayores así como su relación con otras variables utilizadas en este estudio. Así, hemos

apreciado en ambos grupos, la correlación de las habilidades funcionales con la salud y la frecuencia de las actividades. Sin embargo, también observamos que en el caso de los mayores que no utilizaban los servicios del centro social las habilidades funcionales también presentaban una correlación con otras variables, como el nivel educativo o el apoyo social. Este último punto, que no se ha podido verificar en el grupo experimental, ha sido resaltado por Céspedes (1987) que defendía que cuanto más autónomos sean los gerontes mayor soporte social presentan. De igual modo, no hemos encontrado relación entre deterioro cognitivo y habilidades funcionales; esto puede ser debido a que los participantes de nuestro estudio a penas presentaban deterioro cognitivo. En concreto, los usuarios del centro social no presentaban deterioro y en el caso de los no usuarios sólo unos pocos presentaron deterioro. Sin embargo, podemos mencionar que en el estudio de Mora, Villalobos, Araya, y Ozols (2004) sí encontraron relación entre las habilidades funcionales y el deterioro cognitivo.

Asimismo, no debemos olvidar de mencionar que hemos encontrado, en el grupo de los mayores que no acudían al centro social, relación entre la satisfacción con la vida y la salud. En cambio, en los usuarios del centro no hemos encontrado dicha relación, por lo que podemos decir que, al igual que en la investigación de Mella (2000), que no está del todo clara la relación entre ambas variables. Esto puede deberse a que el poder predictivo de la variable salud percibida se ve atenuado, en el caso de los usuarios del centro social, por el hecho de que la muestra esté constituida por adultos que tienen un estado de salud bastante controlado. El rol de esta variable debería investigarse en otras poblaciones y con indicadores más complejos que incorporen un mayor número de variables biomédicas. Asimismo, cabe resaltar que no hemos encontrado en nuestro estudio relación entre la satisfacción con la vida y el nivel de ingresos del mayor, sin

embargo, en el estudio de Mendoza Sierra et al. (2004) sí se aprecia un aumento de la satisfacción con la vida conforme los ingresos económicos son mayores.

Como comentábamos, la paulatina prolongación de la esperanza de vida y el acelerado incremento de la población mayor han suscitado preocupación por conocer el grado de bienestar al que tienen acceso, otorgando especial atención a los mecanismos de apoyo social formales como puede ser el sistema de la seguridad social, e informales como las redes sociales, estudiadas a través de los vínculos con familiares, amigos, vecinos y compañeros de trabajo.

Existe un cúmulo de evidencias empíricas que destacan la importancia de las redes de apoyo para la calidad de vida de las personas mayores, no solamente por el mejoramiento de las condiciones objetivas mediante la provisión de apoyos materiales e instrumentales, sino también por el impacto significativo del apoyo que brindan en el ámbito emocional (Guzmán, Huenchuan & Montes de Oca, 2005). Sobre este último aspecto, se considera que las percepciones desarrolladas por las personas mayores que participan en redes con respecto al desempeño de roles sociales significativos constituyen un elemento clave en su calidad de vida.

Según Antonucci y Jackson (1990), en los últimos años, en especial en los países desarrollados, se han incrementado las investigaciones sobre el apoyo social que reciben las personas mayores. Así, durante años el término “redes sociales” fue asumida como indicador de apoyo, es decir: si la persona pertenecía a una red estaba apoyada. La investigación gerontológica desmintió esta premisa y surgió así el interés por indagar en la calidad, frecuencia, efectividad y disponibilidad de los apoyos.

En efecto, esta investigación sobre las bondades y perjuicios de las redes sociales mostró la necesidad de considerar, además, la percepción de los gerontes acerca de lo que dan y reciben en las redes y de la importancia que éstas tienen para su calidad de vida. Así, una buena definición de apoyo social sería la propuesta por Khan y Antonucci (1980) que la definen como “las transacciones interpersonales que implican ayuda, afecto y afirmación”.

En lo que se refiere al apoyo informal, la convivencia con la familia es considerada como una de las formas más comunes de apoyo a las personas mayores. En cambio, las redes de amigos y vecinos constituyen también fuentes de apoyo importantes, así, los vínculos de amistad son establecidos por intereses comunes y actividades compartidas.

Cuando hablamos de apoyos fijamos la acción en quién la recibe, pero visto desde una perspectiva más amplia se trata de un intercambio en que se provee y se recibe apoyo. Se trata de un complejo sistema basado en normas y valores que premian ciertas conductas y penalizan otras y en el cual el equilibrio hacia la suma cero que caracterizaría a un intercambio balanceado es algo indeterminable, ya que no es posible establecer el valor exacto de aquello que se intercambia.

Siguiendo a Kim, Hisata, Kai, y Lee (2000), cuando el intercambio de apoyos es recíproco se generan efectos psicológicos positivos en las personas participantes, lo cual no sucede si el intercambio no es balanceado. Cuando se da más de lo que se recibe se experimentan sentimientos de sobrecarga y frustración. En el otro extremo, cuando se recibe más de lo que se da podría haber una sensación de dependencia y endeudamiento.

Teniendo en cuenta lo dicho, cabe resaltar algunos resultados de las investigaciones sobre las consecuencias negativas que produce el hecho de entregar obligatoriamente un apoyo, lo cual es fuente potencial de conflictos y la base en la que se sustentan el maltrato, la violencia y el abuso de que pueden ser objeto las personas mayores.

Sin embargo, es en el campo de la salud donde más se ha analizado la relación entre las redes de apoyo y calidad de vida. Antonucci y Akiyama (1987), en un balance de las evidencias empíricas en esta área, concluyen que las personas que se encuentran más apoyadas pueden hacer frente a las enfermedades, el estrés y otras dificultades de la vida en mejores condiciones. Del mismo modo, señalan que las relaciones de calidad pueden tener efectos favorables en los niveles de depresión, así como también en la frecuencia de las enfermedades y la respuesta inmunológica.

Berkman (1984), ha hallado la relación positiva entre apoyo social y la morbilidad/mortalidad utilizando medidas relativamente grandes de apoyo social. Por su parte, Blazer (1982) observó que la mortalidad estaba inversamente relacionada con el apoyo social en un estudio longitudinal de individuos de más de setenta años. Asimismo, investigadores como Khan (1979), Kasl y Berkman (1981), Pilisuk y Parks (1981) o Antonucci y Jackson (1987), han hallado la existencia de una relación positiva entre apoyo social y salud física, incluyendo la “salud específica de los ancianos”. Leavy (1983) también encontró relación entre apoyo social y salud mental. En nuestra investigación también hallamos una relación significativa, en ambos grupos estudiados, entre salud y apoyo social. Del mismo modo, también encontramos una relación significativa, en el caso de los usuarios del centro social, entre deterioro cognitivo y

apoyo social, a pesar de que en dicho grupo el deterioro era mínimo. Esto está en consonancia con lo que halló Arranz., Jiménez-Llort, De Castro, Baena, y De la Fuente (2009) de que la falta de apoyo social durante la vejez empeora el deterioro cognitivo.

Sin embargo, Krasoievitch (1998) destaca que la efectividad del apoyo social como potenciador de la calidad de vida depende de la interpretación y valoración subjetiva de este apoyo que haga la persona. Un apoyo innecesario, no deseado o erróneo, aún cuando sea bienintencionado, puede tener efectos dañinos, al producir dependencias y afectar negativamente a la autoestima.

Así, algunos autores han señalado que no todas las relaciones sociales tienen un efecto positivo en la salud, por ejemplo, la integración social con amigos incidiría favorablemente contra la discapacidad, lo que no sucedería en el caso de las relaciones familiares. Con los amigos, esto se explicaría por la motivación que brinda la compañía de pares y que da sentido a la vida. Posiblemente, a esto hay que añadirle el hecho de que tener amigos puede implicar estar activo, trasladarse, moverse,... lo cual es un factor que retarda la aparición de ciertas discapacidades. En cuanto a la familia, se mencionan los posibles efectos del proceso de condicionamiento que se puede producir: es posible que recibir apoyos en las tareas diarias haga que la persona mayor se vaya debilitando gradualmente y pierda su habilidad para realizarlas lo que puede conllevar el aumento del sentido de dependencia y la consiguiente disminución de la autoestima.

Asimismo, debemos mencionar que en el caso de los sujetos que no acudían al centro social hemos apreciado una relación entre el nivel de ingresos y la frecuencia de las relaciones sociales lo que está en consonancia con la investigación de Concha,

Olivares y Sepúlveda (2000). Sin embargo, este punto no lo hemos podido comprobar en el caso de los usuarios del centro social y suponemos que podría ser porque estos usuarios acudían al centro prácticamente todos los días por lo que a penas influiría el nivel económico ya que es un lugar de reunión gratuito para los usuarios, además hemos podido comprobar cómo el nivel económico de los usuarios de dicho centro es un poco más elevado que el de los mayores que no acudían a él. En cambio, podemos pensar que las relaciones sociales de las personas que no acuden a dichos equipamientos están más basadas en lo económico, es decir, puede ser que para acudir a los lugares donde se relacionan con sus allegados tengan que gastar dinero. Este puede ser un punto interesante para profundizar en futuras investigaciones, es decir, como les afecta a nuestros mayores el nivel económico para relacionarse con sus allegados ya que en este momento concreto estamos pasando por una grave crisis económica donde vemos que nuestros mayores han sufrido una merma en su poder adquisitivo además de, en muchos casos, asumir responsabilidades económicas en sus familias que no les corresponden.





**CAPÍTULO 12.**

***CONCLUSIONES***





1. Los componentes del grupo experimental han manifestado un mayor grado de satisfacción con su salud que el grupo control de modo que tenían una mayor salud subjetiva.
2. Los miembros del centro social han presentado una menor morbilidad manifestándose en una menor frecuencia de dolores y síntomas, asimismo, observamos que la morbilidad ha ido disminuyendo en relación a la primera evaluación. Sin embargo, el grupo control ha manifestado una mayor morbilidad y ésta ha aumentado con respecto a la primera evaluación.
3. Los miembros del centro social han presentado una mayor salud psíquica que el grupo control.

4. Los miembros del centro social se veían más a menudo con sus allegados y se sentían más satisfechos con la relación que mantenían con ellos.
5. Los participantes del centro social tenían un mayor nivel de independencia que el grupo control, asimismo, tenían una menor dificultad para realizar las actividades de la vida diaria.
6. Los componentes del centro social han mostrado un mayor nivel de actividad que el grupo control, así como una mayor variedad de actividades y una mayor satisfacción con la forma en la que ocupaban su tiempo.
7. No encontramos diferencias significativas en cuanto a la calidad ambiental ya que ambos grupos han manifestado un alto grado de satisfacción tanto con sus viviendas en general como con sus diferentes elementos: el ruido/silencio, la temperatura, la iluminación, el orden y la limpieza, el mobiliario, y las comodidades.
8. Los miembros del centro social se sentían más satisfechos con sus vidas que los componentes del grupo control. De igual modo, esta satisfacción ha ido aumentando en el grupo experimental a lo largo de las evaluaciones, y en cambio, ha ido disminuyendo en el grupo control.
9. El nivel educativo era algo superior en los componentes del centro social ya que todos sus miembros sabían leer, además de que había un mayor porcentaje de personas con estudios primarios completos, asimismo, a diferencia del grupo

control existía un 10% de personas con estudios de bachiller superior. De igual modo, en el grupo control existía un 10% de sus miembros que no sabían leer.

10. Los miembros del centro social han manifestado utilizar de forma más frecuente los servicios sociales y sanitarios de la comunidad que los componentes del grupo control. Asimismo, se sienten más satisfechos con dichos servicios que el grupo control. El hecho de que utilizasen más frecuentemente los servicios sociales y sanitarios puede ser debido a que la utilización de los servicios del centro social contaba como servicio social.
11. Los miembros del centro social no presentaban deterioro cognitivo, frente a los componentes del grupo control en el cual alguno de sus miembros presentaba un ligero deterioro.
12. Para ambos grupos, en el apartado de calidad de vida, lo más importante es: “Tener una buena salud” y “Valerse por sí mismos”.
13. Tanto en los usuarios del centro social como en los que no acuden a él, la valoración subjetiva de la salud está relacionada con las habilidades funcionales, con el apoyo social, y con el nivel de actividad.
14. Hemos podido comprobar la relación entre el nivel educativo y la salud subjetiva sólo en el caso de los mayores que no acudían al centro social, y no hemos encontrado relación en ninguno de los grupos entre el nivel de ingresos y la salud subjetiva.

15. Hemos encontrado en ambos grupos, una relación significativa entre la salud subjetiva y la salud objetiva.
16. Hemos apreciado en ambos grupos, la correlación de las habilidades funcionales con la salud y la frecuencia de las actividades. Sin embargo, también observamos que en el caso de los mayores que no utilizaban los servicios del centro social las habilidades funcionales también presentaban una correlación con otras variables, como el nivel educativo o el apoyo social.
17. En el grupo de los mayores que no acudían al centro social, hemos encontrado relación entre la satisfacción con la vida y la salud. En cambio, en los usuarios del centro no hemos encontrado dicha relación.
18. No hemos encontrado en nuestro estudio relación entre la satisfacción con la vida y el nivel de ingresos del mayor.
19. En nuestra investigación también hallamos una relación significativa, en ambos grupos estudiados, entre salud y apoyo social. Del mismo modo, también encontramos una relación significativa, en el caso de los usuarios del centro social, entre deterioro cognitivo y apoyo social, a pesar de que en dicho grupo el deterioro era mínimo.
20. Debemos mencionar que en el caso de los sujetos que no acudían al centro social hemos apreciado una relación entre el nivel de ingresos y la frecuencia de las relaciones sociales.

21. Podemos concluir que el hecho de participar en las actividades del centro social es un medio eficaz para mejorar la calidad de vida de las personas mayores.







## **CAPÍTULO 13.**

# ***REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS***





Abellán García, A., & Fernández-Mayoralas Fernández, G. (1996). *Envejecer en España: manual estadístico sobre el envejecimiento de la población*. Madrid: Fundación Caja de Madrid.

Aceña Rubio, R. M., & Ruiz Gálvez, F. J. (2007). *Condición física, habilidades deportivas y calidad de vida*. Madrid: Instituto Superior de Formación del Profesorado.

Agencia Europea de Medio Ambiente. (2011). *Garantizar la calidad de vida en las ciudades de Europa: afrontar los retos ambientales impulsados por cambios europeos y mundiales*. Madrid: Ministerio de Medio Ambiente y Medio Rural y Marino.

Akerlind, I. & Hornquist, J. O. (1989). Stability and change in feelings of loneliness: A two-year prospective study of advanced alcohol abusers. *Scandinavian Journal Of Psychology*, 30, 102-12.

Algado Ferrer, M. T. (2005). *Los Centros de día de Alzheimer y la calidad de vida de los pacientes y sus familiares: un estudio de caso*. Valencia: Centro Francisco Tomás y Valiente UNED.

Alguacil Gómez, J. (2000). *Calidad de vida y praxis urbana: nuevas iniciativas de gestión ciudadana en la periferia social de Madrid*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.

Álvarez-Calderón Iglesias, O., Antelo Martelo, M., García Castiñeira, A., Marí Solera, J. L., Mayán Santos, J. M., Parafita Mato, M. Á., Pose Reino, A., Varela González, M., Yebra-Pimentel Vilar, E., & Cajaraville Cardama, M. (2003). *Gerontología Clínica*. A Coruña: Segá.

Amar Amar, J. J. (1996). *Calidad de vida y desarrollo infantil*. La Haya: Fundación Bernard van Leer.

Américo Cuervo-Arango, M. (1990). *Satisfacción residencial: una aproximación psicosocial a los estudios de calidad de vida*. Madrid: Universidad Complutense, Departamento de Psicología Social.

- Andalucía, Consejería para la Igualdad y Bienestar Social. (2010). *Libro blanco del envejecimiento activo*. Sevilla: Autor.
- Andrés Sendra, J. (2009). *Apoyo psicosocial, atención relacional y comunicativa en instituciones: promoción del bienestar personal y social de las personas dependientes*. Vigo: Ideas propias.
- Andrews, F., & Witney, S.B. (1976). *Social indicators of Well-being American's perception of life's quality*. New York: Plenum Press.
- Antelo Martelo, M. (2003). *La calidad de vida percibida por las personas mayores de un programa de formación universitario gerontológico*. Tesis para optar al título de doctor en psicología, Enfermería, Universidad de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, España.
- Antonucci, T., & Akiyama, H. (1987). Social networks in adult life and a preliminary examination of the convoy model. *Journal of Gerontology*, 42, 5.
- Antonucci, T., & Jackson, J. (1990). *Apoyo social, eficacia interpersonal y salud: una perspectiva del transcurso de la vida*. Barcelona: Ediciones Martínez Roca, S.A.
- Arostegui, I. (1998). *Evaluación de la calidad de vida en personas adultas con retraso mental en la comunidad autónoma del País Vasco*. Bilbao: Universidad de Deusto.

Arranz, L., Jiménez-Llort, L., De Castro, N.M., Baena, I., & De la Fuente, M. (2009).

El aislamiento social durante la vejez empeora el deterioro cognitivo, conductual e inmunitario. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 44, 137.

Aznar López, M. (2000). *Internamientos civiles y derechos fundamentales de los usuarios de centros sanitarios, sociales y sociosanitarios*. Granada: Comares.

Azpiazu Garrido, M., Cruz Jentoft, A., Villagrasa Ferrer, R., Abanades Herranz, J.C., García Marín, N., & Alvear Valero de Bernabé, F. (2002). Factores asociados a mal estado de salud percibido o mala calidad de vida en personas mayores de 65 años. *Revista española de salud pública*, 6, 683-700.

Ballesteros Jiménez, S. (2004). *Gerontología: un saber multidisciplinar*. Madrid: Universitas: Universidad Nacional de Educación a Distancia.

Barrón López de Roda, A. (1996). *Apoyo social: aspectos teóricos y aplicaciones*. Madrid: Siglo XXI de España.

Bazo, M.T. (1990). *La sociedad anciana*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas y S. XXI.

Bazo, M.T. (1992). *La ancianidad del futuro*. Madrid: Fundación Caja Madrid.

Bazo, M. T. (2001). *La institución social de la jubilación: de la sociedad industrial a la posmodernidad*. Valencia: NAU.

- Becker, M., Diamond, R., & Saintort, F. (1993). A new patient focused index for measuring quality of life in persons with severe and persistent mental illness. *Quality of Life Research*, 2, 239-251.
- Bello Gutiérrez, J. (2005). *Calidad de vida, alimentos y salud humana: fundamentos científicos*. Madrid: Días de Santos.
- Berkman, L. (1984). Assessing the physical health effects and social networks and social support. *Annual Review of Public Health*, mayo, 5.
- Bermejo García, L. (1994). *Viva la jubilación. Reflexiones para comprender y vivir mejor la jubilación*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales.
- Bermejo García, L. (2004). *Gerontología educativa: Cómo diseñar proyectos educativos con personas mayores*. Madrid: Panamericana.
- Blanco Abarca, A. (1985). La calidad de vida: supuestos psicosociales. En J. F. Morales et al. (Eds.), *Psicología Social Aplicada*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Blanco Ramos, M. A. (2003). *Calidad de vida de los ancianos en Galicia, aproximación mediante la evaluación de una provincia de interior*. Tesis para optar al título de doctor en medicina, Departamento de Psiquiatría, Radiología y Medicina Física y Medicina Preventiva, Universidad de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, España.

- Blazer, D. (1982). Social support and mortality in an elderly population. *American Journal of Epidemiology*, 5, 115.
- Bobes, J., Saíz, P., González, M.P., & Bousoño, M. (1997). *Psicogeriatría*. Madrid: Aula Médica.
- Buendía, J. (1997). *Gerontología y salud: perspectivas actuales*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Cabedo Manuel, S. (2003). *Hacia un concepto integral de calidad de vida: la universidad y los mayores*. Castelló de la Plana: Publicaciones de la Universitat Jaume I.
- Campo Ladero, M. J. (2000). *Apoyo informal a las personas mayores y el papel de la mujer cuidadora*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Camps, V., & Pérez-Oliva, M. (1993). *Terapéutica y calidad de vida*. Barcelona: Ediciones Doyma.
- Cancelas Sánchez, I. (2007). *Espaços abertos para umha nova cultura: guía de centros sociais da Galiza*. Lugo: Fenda Editora.
- Carstensen, L. (1990). Cambios relacionados con la edad en la actividad social. En Carstensen, L., & Edelstein, B. A. (Eds), *Gerontología clínica, Intervención psicológica y social*. Barcelona: Martínez Roca.

- Castellón Sánchez del Pino, A, Rubio Herreras, R, & Aleixandre Rico, M. (1999). Nivel de autoestima en los mayores tras un programa de ocio. *Revista española de Geriatría y Gerontología*, 34, 225-229.
- Cervera Díaz, M. C., & Sáiz García, J. (2003). *Actualización en geriatría y gerontología*. Alcalá la Real: Formación Alcalá.
- Céspedes, A. (1987). *Influencia de los factores socioeconómicos en la pérdida de autonomía de los adultos mayores costarricenses entre los 65 y 80 años. Programa de investigación sobre el envejecimiento*. San José, Costa Rica: Editorial Universidad de Costa Rica.
- Challem, J. (2007). *Anti-envejecimiento: cómo retrasar el reloj biológico, aumentar la energía y mantener la agudeza mental*. Madrid: Nowtilus.
- Colom Cañellas, A. J., & Orte Socías, C. (2001). *Gerontología educativa y social: pedagogía social y personas mayores*. Palma: Universitat de les Illes Balears, Server de Publicacions i Intercanvi Científic.
- Comité das Rexións. (1999). *Evaluar la calidad de vida en las regiones y ciudades europeas: conceptualización teórica e indicadores clásicos e innovadores: informe final*. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas.

Concha, A., Olivares, L., & Sepúlveda, M. (2000). *Psicología del desarrollo III*. Concepción, Chile: Universidad del Desarrollo.

Conde Vieitez, Jorge A., & Isidro de Pedro, Ana Isabel. (1995). *Psicología comunitaria, salud y calidad de vida*. Salamanca: EUDEMA.

Congreso Estatal de Personas Mayores. (1999). *Las personas mayores ante el siglo XXI: hacia una mayor calidad de vida*. Madrid: Instituto de Migraciones y Servicios Sociales.

Consiglio, E. (2000). *Validación y comparación de las versiones en español de los cuestionarios de calidad de vida relacionada con la salud para pacientes infectados por el VIH*. Bellaterra: Universitat Autònoma de Barcelona, Server de publicació.

Cuenca Martínez, A. M. (1991). *El jubilado ante su futuro: plan de preparación a la jubilación*. Madrid: Nacea.

Cuervo-Arango, M. A. (1993). La calidad de vida: Juicios de satisfacción y felicidad como indicadores actitudinales de bienestar. *Revista de Psicología Social*, 8, 101-110.

Cummins, R. (1997). *Dictionary of instruments to measure Quality of Life cognate areas*. Melbourne: Deakin University.

- Cummins, R. (1998). *Comprehensive quality of life scale*. Melbourne: Australian Centre of Quality of Life.
- Dalkey, N. C. & Rourke, D. L. (1972). Experimental assessment of Delphi procedures with group value judgments. In N. C. Dalkey, D. L. Rourke, R. Lewis, & D. Snyder (Eds.), *Studies in the quality of life: Delphi and decision-making* (pp. 55-83). Lexington, MA: Lexington Books.
- De Santiago-Juarez López, J. A., & Zurro Hernández, J. (2002). *Guía de criterios de calidad de centros sociales y sociosanitarios en régimen residencial para personas mayores*. Madrid: Sanidad y Ediciones.
- Diamond, J. (1996). *Status and Power in verbal interaction: a study of discourse in a Close-Knit Social Network*. Amsterdam: John Benjamins Publishing Company.
- Dirección General de Atención a Mayores, Discapacitados y Personas Dependientes. (2006). *Los Centros Sociales de Personas Mayores como espacios para la promoción del envejecimiento activo y la participación social*. Asturias: Autor.
- Escobar Martínez, F. J. (1997). *Los Sistemas de Información Geográfica en la localización de servicios sociales: centros de salud y clubes de jubilados en Alcalá de Henares*. Alcalá de Henares: Servicio de publicaciones de la Universidad de Alcalá de Henares.

España, Instituto Nacional de Empleo. (2001). *Tiempo libre y calidad de vida*. Madrid:

Autor.

España, Ministerio de Asuntos Sociales. (1993). *La red de servicios sociales residenciales personales (ayuda a domicilio, teleasistencia) y comunitarios (hogares, centros de día, estancias diurnas) para las personas mayores de 65 años*. Madrid: Autor.

España, Ministerio de Educación, Política Social y Deporte. (2008). *La participación social de las personas mayores*. Madrid: IMSERSO.

España, Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. (2011). *Libro Blanco del Envejecimiento Activo*. Madrid: IMSERSO.

Estébanez Álvarez, J. (2000). El envejecimiento de la población gallega. *El Campo*, 127, 217-230.

Estivill, E. (2001). *Dormir sin descanso: trastornos del sueño: Cómo mejorar su calidad de vida*. Barcelona: Océano.

Felce, D. & Perry, J. (1995). Quality of life: It's definition and measurement. *Research in developmental disabilities*, 16, 51-74.

Fericola, JM. (1992). *Envejecer, una antropología de la ancianidad*. Barcelona: Ed. España Anthropos.

- Fernández-Ballesteros, R. (2008). *Psicología de la vejez: una psicogerontología aplicada*. Madrid: Pirámide.
- Fernández-Ballesteros, R. (2009). *Envejecimiento Activo: contribuciones de la psicología*. Madrid: Pirámide.
- Fernández-Ballesteros, R. (2009). *Gerontología social*. Madrid: Pirámide.
- Fernández-Ballesteros, R., & Izal, M. (1992). *Introducción a la evaluación psicológica*. Madrid: Pirámide.
- Fernández-Ballesteros, R., & Maciá, A. (1993). Calidad de vida en la vejez. *Revista de intervención psicosocial*, 5, 77-94.
- Fernández-Ballesteros, R., & Padilla Moreno, J. (2009). *Psicogerontología: Perspectivas europeas para un mundo que envejece*. Madrid: Pirámide.
- Fernández-Ballesteros, R., & Zamarrón, M. D. (2007). *Cubrecavi. Cuestionario breve de la calidad de vida*. Madrid: TEA Ediciones.
- Fernández Reboledo, J. J. (2004). *Estudio de la calidad de vida y satisfacción asistencial de una población gerontológica de la costa gallega*. Tesis para la obtención del título de Doctor en Medicina, Facultad de Medicina y Odontología, Universidad de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, España.

Fernández Sangrador, J. J. (2006). *Medicina, familia y calidad de vida*. Salamanca: Servicio de Publicaciones, Universidad Pontificia.

Ferrer Forés, M. M. (1998). *Calidad de vida relacionada con la salud en los diferentes estadios de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica*. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona, Server de publicacions.

Fredrickson, B.F., & Carstensen, L.L. (1990). Choosing social partners: How old age and anticipated endings make us more selective. *Psychology and Aging*, 5, 334-347.

Fuentes Bodelón, F. (1983). *Calidad de vida, medio ambiente y ordenación del territorio: textos internacionales/ recopilación, análisis y ordenación de los textos por Fernando Fuentes Bodelón*. Madrid: Centro de estudios de ordenación del territorio y medio ambiente.

Fundación MAPFRE Medicina. (1995). *Daño cerebral traumático, neuropsicología y calidad de vida*. Madrid: Autor.

Fundación MAPFRE Medicina. (1996). *Daño cerebral traumático y calidad de vida*. Madrid: Autor.

García-Altés, A. (2005). *Aproximación a los pesos de calidad de vida de los “años de vida ajustados por calidad” mediante el estado de salud autopercebido*. Madrid: Instituto de estudios fiscales.

García Martínez, A. (2000). *Educación para la salud: la apuesta por la calidad de vida*. Madrid: Arán.

García-Riaño, D. (1991). Calidad de vida aproximación teórico conceptual. *Boletín de Psicología*, 30, 55-94.

García-Riaño, D. & Ibáñez, E. (1992). Calidad de vida en enfermos físicos. *Revista de Psiquiatría*, 19, 148-161.

Gil Lacruz, M. (2000). *Salud y fuentes de apoyo social: análisis de una comunidad*. Madrid: CIS.

Giró Miranda, J. (2006). *Envejecimiento activo, envejecimiento en positivo*. Logroño: Universidad de La Rioja.

Gómez García, J. M. (1997). *El envejecimiento de la población y la economía*. Valladolid: Secretariado de Publicaciones e Intercambio Científico, Universidad de Valladolid.

González Cabanach, R., Valle Arias, A., Arce Fernández, R., & Fariña, F. (2010). *Calidad de vida, bienestar y salud*. A Coruña: Psicoeduca.

Gonzalo Sanz, Luis María. (2002). *Manual de gerontología*. Barcelona: Ariel.

Gonzalo, L. M. (2002). *Tercera edad y calidad de vida: aprender a envejecer*.  
Barcelona: Ariel.

Goodinson, S.M., & Singleton, J. (1989). Quality of life: A critical review of current concepts, measures and their clinical implications. *International Journal Of Nursing Studies*, 26, 327-341.

Gracia Fuster, E. (1995). *El Apoyo social*. Barcelona: PPU.

Gracia Fuster, E. (1997). *El apoyo social en la intervención comunitaria*. Barcelona: Paidós.

Guirao Pérez, M. (1996). *Calidad de vida de los alumnos universitarios mayores*. Granada: Grupo Editor Universitario.

Hernández Muñiz, M. (2010). *El envejecimiento de la población en Asturias: consecuencias económicas e impacto sobre el gasto público*. Oviedo: Consejo Económico y Social del Principado de Asturias.

Izal, M., & Montorio, I. (2006). *Gerontología conductual: intervención y ámbitos de aplicación*. Madrid: Síntesis.

Kane, R.A., & Kane, R.L. (1993). *Evaluación de las necesidades de los ancianos*. Barcelona: SG Editores.

- Kasl, S.V., & Berkman, L.F. (1981). Some psychosocial influences on the health status of the elderly: Perspective of social epidemiology. *Aging, Biology and Behavior*, 345-85.
- Katschnig, H., Freeman, H., & Sartorius, N. (2000). *Calidad de vida en los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- Khan, R.L., & Antonucci, T. (1980) Convoys over the life course: attachment, roles and social support. *Life-span Development and Behaviour*, 3.
- Khan, R.L. (1979). Aging and social support. In M.W. Riley (Ed.). *Aging from birth to death: Interdisciplinary perspectives* (pp. 72-92). Boulder, CO: Westview Press.
- Kim, H., Hisata, M., Kai, I., & Lee, S. (2000). Social support exchange and quality of life among the Korean elderly. *Journal of Cross Cultural Gerontology*, 15, 331-347.
- Krassoievitch, M. (1998, abril). *Redes sociales y vejez*. Documento preparado para el séptimo simposio Macaria: que hablen los ancianos. Universidad de Guadalajara: Centro Universitario de Ciencias de la salud, Guadalajara, Méjico.
- Landeta Rodríguez, O. (2000). *Efecto modulador del apoyo social en la respuesta del estrés*. Bilbao: Universidad de Deusto, Departamento de publicaciones

- Lareiter, A. & Baumann, U. (1992). *Network structure and support functions: Theoretical and empirical analyses*. New York: Hemisphere.
- Leavy, R. (1983). Social support and psychological disorder: A review. *Journal of Community Psychology*, 11, 3-21.
- León Rubio, J. M. (2004). *Psicología de la salud y de la calidad de vida*. Barcelona: UOC.
- Levi, L. & Anderson, L. (1980). *La dimensión psicosocial: Población, ambiente y calidad de vida*. Méjico: El Manual Moderno.
- Lin, N., Woefel, M. W., & Light, S.C. (1985). The buffering effect of social support subsequent to an important life event. *Journal of Health and Social Behavior*, 26, 247-267.
- Lin, N., Dean, A., & Entel, W. M. (1986). *Social support, life events and depresión*. Nueva York: Academic Press.
- López de Heredia, D., & Montoso, C. (1998). *El envejecimiento de la población en la Unión Europea*. Madrid: Rialp.
- López Trigal, L., y Abellán García, A., & Godenau, D. (2009). *Despoblación, envejecimiento y territorio: un análisis sobre la población española*. León: Universidad de León, Área de publicaciones.

- Martínez Maroto, A. (2001). *Gerontología y derecho: aspectos jurídicos y personas mayores*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Martínez-Otero Pérez, V. (1999). *Temas de nuestro tiempo: psicología, educación, sociedad y calidad de vida*. Madrid: Fundamentos.
- Martínez Vizcaíno, V., & Lozano Muñoz, A. (1998). *Calidad de vida en ancianos*. Cuenca: Ediciones de la Universidad de Castilla la Mancha.
- Mayán Santos, J. M. (2004). *Actividades y ejercicios físicos básicos para mejorar la calidad de vida del mayor: manual práctico*. Santiago de Compostela: Segra.
- Mayán Santos, J. M. (2003). *Gerontología gallega en cifras*. A Coruña: Deputación Provincial de A Coruña.
- Mayán Santos, J. M., Millán Calenti, J. C., Antelo Martelo, M., Gandoy Crego, M., Iglesias Pérez, M., Marí Solera, J. L., Rozas García, E., Seijas Rosende, B., Varela González, M., Corrochano Santos, J. R., Fernández Prieto, M., Fernández Varela, J. M, García Iglesias, E., Pose Reino, A., Ríos Pérez, S., Barral Ameijeiras, M., & González Bernal, A. J. (2003). *Introducción a la gerontología y geriatría, principales alteraciones de la salud en los ancianos, valoración general del anciano*. Santiago de Compostela: Instituto Gerontológico Gallego.
- McDowell, I. & Newell, C. (1987). *Measuring health: A guide to rating scales and questionnaires*. New York: Oxford University Press.

- Mella, R. (2000). *Factores asociados a la salud mental en el adulto mayor*. Tesis de grado para la obtención del título de Licenciado en Psicología, Facultad de Psicología, Universidad San Sebastián, Santiago, Chile.
- Mendoza Sierra, M.I., Revilla Delgado, C., Feria Muñoz, A., Bernal Vilán, J.M., Barbero Prado, M., & Revilla Parody, T. (2004). La Calidad de Vida de las personas mayores en una zona de salud de Huelva. *Portularia 4*, 199-208.
- Míguez Iglesias, A. (2011). *Ciudades intermedias y calidad de vida*. Santiago de Compostela: Universidade de Santiago de Compostela, Servizo de Publicacións e Intercambio Científico.
- Millán Calenti, J. C., & Abraldes López-Veiga, M. (2010). *Gerontología y geriatría: valoración e intervención*. Madrid: Médica Panamericana.
- Millán Calenti, J. C. (2006). *Principios de geriatría y gerontología*. Madrid: McGraw-Hill Interamericana.
- Molina, J. A. (2008). *Envejecimiento de la población y dependencia: la distribución intrafamiliar de los cuidados a mayores*. Zaragoza: Fundación Económica Aragonesa.
- Moltó Calvo, M. (2007). *La estrategia de Lisboa como respuesta de la UE a los retos de la globalización y al envejecimiento de su población*. Madrid: CEU Ediciones.

- Mora, M., Villalobos, D., Araya, G., & Ozols, A. (2004). Perspectiva subjetiva de la calidad de vida del adulto mayor, diferencias ligadas al género y a la práctica de la actividad físico recreativa. *Revista MHSalud*, 1, 1.
- Moragas Moragas, R. (1991). *Gerontología Social*. Barcelona: Herder.
- Moragas Moragas, R. (1991). *Gerontología social: envejecimiento y calidad de vida*. Barcelona: Herder.
- Moscoso Sánchez, D., & Moyano Estrada, E. (2008). *Deporte, salud y calidad de vida*. Barcelona: Fundación “la Caixa”.
- Murphy, E., Smith, R., & Lindesay, J. (1988). Increased mortality rates in late-life depression. *British Journal Psychiatry*, 152, 347-353.
- Olveira Olveira, M. E., Gutiérrez Moar, M. C., Requejo Osorio, A., & Rodríguez Martínez, A. (2003). *Intervención pedagógica en gerontología*. Santiago de Compostela: Segal.
- Orduna, G., & Naval Durán, C. (2001). *Gerontología educativa*. Barcelona: Ariel.
- Organización de Cooperación e Desenvolvemento Económicos. (1990). *El futuro de la protección social y el envejecimiento de la población*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.

Ormaza Simón, I. (1995). *Grupos de apoyo a la vejez*. Vitoria Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.

Palacios, S. (1989). *Menopausia y calidad de vida*. Madrid: MIRPAL.

Pérez Cano, V., Malagón Bernal, J. L., & Amador Muñoz, L. (2006). *Vejez, autonomía o dependencia, pero con calidad de vida*. Madrid: Dykinson.

Pinazo Hernandis, S., Sánchez Martínez, M., & Alfageme Chao, A. (2005). *Gerontología: actualización, innovación y propuestas*. Madrid: Pearson Prentice Hall.

Pérez Serrano, G. (2006). *Calidad de vida en personas mayores* (2ª Ed.). Madrid: Dykinson.

Pilisuk, M., & Parks, S.H. (1981). The place of network análisis in the stdy of supportive social associations. *Basic and Applied Social Psychology*, 2 (2), 121-132.

Poelmans, S. (2005). *Tiempo de calidad: Calidad de vida*. Madrid: McGraw-Hill.

Reig Ferrer, A. (2001). *La calidad de vida y el estado de salud de los estudiantes universitarios*. Alicante: Universidad de Alicante.

Requena Santos, F. (2011). *Las redes de apoyo social*. Madrid: Civitas.

- Ribera Casado, J.M., & Gil Gregorio, P. (1995). *Problemas éticos en relación con el paciente anciano*. Madrid: Editores Médicos.
- Ribera Casado, J.M., & Gil Gregorio, P. (1996). *Factores de riesgo en la patología geriátrica*. Madrid: Edimsa.
- Richard, M, Reig, A, & Cabrero, J. (1999). *La calidad de vida en la vejez. Sus determinantes biológicos, psicológicos y sociales*. Alicante: Editorial Club Universitario.
- Rodríguez, J.A. (1994). *Envejecimiento y Familia*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Rodríguez Rodríguez, V., Fernández-Mayoralas Fernández, G., & Rojo Pérez, F. (2011). *Calidad de Vida y envejecimiento: la visión de los mayores sobre sus condiciones de vida*. Madrid: Fundación BBVA.
- Rojas, L. (1999). *Calidad de vida y autonomía en personas mayores*. Tesis para la obtención del título de Magister en Gerontología, Facultad de Medicina. Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica.
- Rojo Pérez, F. (2002). *Envejecer en casa: la satisfacción residencial de los mayores en Madrid como indicador de su calidad de vida*. Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas.

- Romay Martínez, J., & Veira, X. L. (1997). *Transformaciones laborales y calidad de vida*. A Coruña: Universidade da Coruña.
- Roqué Figuls, M., Rivero Fernández, A., & Salvá Casanovas, A. (2007). *Evolución del proceso de envejecimiento de la población española y análisis de sus determinantes*. Madrid: Fundación Pfizer.
- Rovira-Beleta y Cuyás, E., & Tresera Soler, M. A. (2009). *Personas, dependencia, calidad de vida y nuevas tecnologías*. Barcelona: Hacer.
- Ruiz, M.A., & Baca, E. (1992). Designand validation of the quality of life cuestionaire. *European Jornal of Psychological Assesment*, 9, 19-32.
- Ruiz Ros, V. & Peris Pascua, A. (1992). Bases conceptuales para el diseño de un instrumento de medida de calidad de vida en los afectados por problemas de salud: El Index de qualitat de vida de l'escola universitaria de la Universitat de Valencia. *Medicina Clínica*, 98, 663-670.
- Sabino, C. (2004). *Desarrollo y calidad de vida*. Madrid: Unión Editorial.
- Saez Narro, N. (1996). *Tratado de psicogerontología*. Valencia: Promolibro.
- Sastre, J, Pamplona, R., & Ramón, J. R. (2009). *Biogerontología médica*. Majadahonda: Ergon.

- Schalock, R. L. (1996). Quality of life. Application to persons with disabilities. In M. Snell & L. Vogtle (Eds), *Facilitating relationships of children with mental retardation in schools* (vol. 2, pp. 43-61). Washington, DC: American Association on Mental Retardation.
- Schalock, R. L. (1996). Reconsidering the conceptualisation and measurement of quality of life. In R.L. Schalock (Ed.), *Quality of Life. Conceptualization and measurement* (pp. 123-139). Washington, DC: American Association on Mental Retardation.
- Schalock, R. L. (1996). The quality of children's lives. In A.H. Fine & N.M. Fine (Eds), *Therapeutic recreation for exceptional children. Let me in, I want to play* (2ª Ed.) (pp. 83-94). Illinois: Charles C. Thomas.
- Schalock, R. L. (2010). *Calidad de vida: manual para profesionales de la educación, salud y servicios sociales*. Madrid: Alianza.
- Setién, M. L. (1991). *La calidad de vida y su medida, sistema de indicadores sociales para el País Vasco*. Bilbao: Universidad de Deusto.
- Shin, D., & Johnson, D. (1978). Avowed apíñes as an overall assessment of the quality of life. *Social Indicators Research*, 5, 475-492.
- Silva Piñeiro, R., Beiras Sarasquete, A., Camiña Fernández, F., & Mayán Santos, J. M. (2002). *Actividad física y ocio en gerontología*. Santiago de Compostela: Segal.

Silva Piñeiro, R., Beiras Sarasquete, Al., & Mayán Santos, J. M. (2002). *Actividad física y ocio en gerontología II: Aplicaciones prácticas*. Santiago de Compostela: Segs.

Thomas, V. (2001). *La Renovación urbana en sectores críticos: el Programa "Ciudad social" ayuda a crear calidad de vida*. Bonn: Inter Naciones.

Varela González, A. J. (2007). El envejecimiento de la población y su impacto en la economía. *Boletín de la Asociación de Becarios de la Fundación Pedro Barrié de la Maza*, 10, 9-12.

Vázquez Gómez, G. (2001). *Educación y calidad de vida*. Madrid: Editorial Complutense.

Vega Córdova, V. (2011). *Apoyos, servicios y calidad de vida en centros residenciales chilenos para personas con discapacidad intelectual*. Salamanca: Universidad de Salamanca.

Vega Gutiérrez, J. (1994). Aspectos bioéticos de la calidad de vida. *Cuadernos de bioética*, 155-164.

Vega Vega, J.L., & Bueno Martínez, B. (1996). *Pensando en el futuro: curso de preparación para la jubilación*. Madrid: Síntesis.

Villagrasa Alcaide, C. (2002). *El envejecimiento de la población y protección jurídica de las personas mayores*. Barcelona: Cedecs.

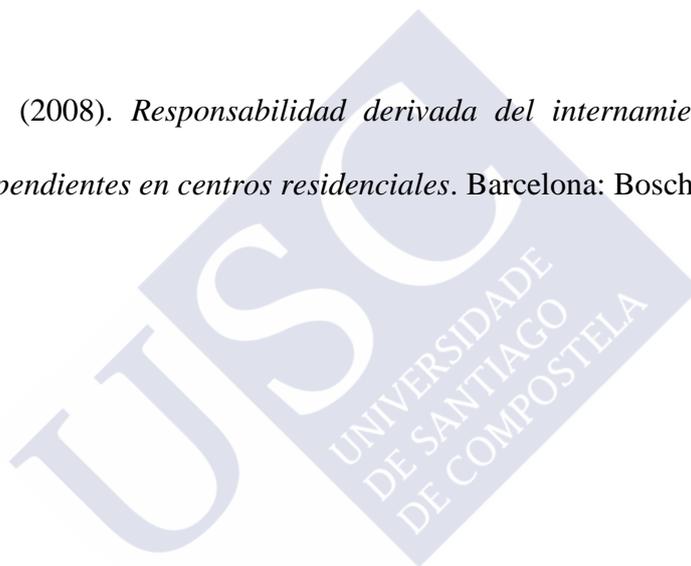
- Villagrasa Astudillo, H. A. (2008). *Discapacidad, calidad de vida y actividad físico-deportiva: la situación actual mirando hacia el futuro*. Madrid: Dirección General de Promoción Deportiva.
- Villalobos, D. (1989). *Problemas de salud que enfrenta la población de la tercera edad en la ciudad de Heredia*. Tesis para optar al Título de Magíster en Gerontología, Facultad de Medicina, Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica.
- Viney, L. & Westbrook, M. (1981). Psychological reactions to chronic illness-related disability as a function of its severity and type. *Journal of Psychosomatic Research*, 25, 513-523.
- Walter, S.R. & Rosser, R.M. (1987). *Quality of life: Assessment and Application*. Lancaster: MTP Press.
- Wiklund, I., Lindvall, K., Swedberg, K., & Zukis, R.V. (1987). Self-assessment of quality of life in severe heart failure: An instrument for clinical use. *Scandinavian Journal of Psychology*, 28, 220-225.
- Xunta de Galicia. (2010). *Plan Galego das Persoas Maiores. Plan Actuación Social Galicia 2010-2012*. Santiago de Compostela: Autor.
- Yanguas, J. J. (2002). *Intervención psicosocial en gerontología: manual práctico*. Madrid: Cáritas Española.

Yanguas, J. J. (2006). *Análisis de la calidad de vida relacionada con la salud en la vejez desde una perspectiva multidimensional*. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales.

Yuste Rossell, N. (2004). *Introducción a la psicogerontología*. Madrid: Pirámide.

Zarzosa Espina, P. (2005). *La calidad de vida en los municipios de la provincia de Valladolid*. Valladolid: Diputación Provincial de Valladolid.

Zurita Martín, I. (2008). *Responsabilidad derivada del internamiento de personas mayores dependientes en centros residenciales*. Barcelona: Bosch.



# ANEXOS

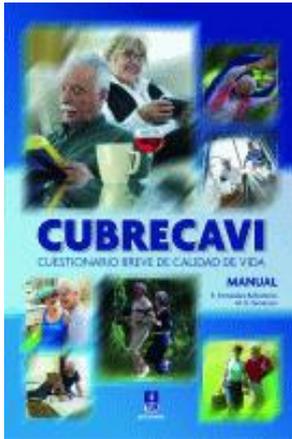






***ANEXO 1***





# CUBRECAVI

NOMBRE Y APELLIDOS

FECHA DE NACIMIENTO  /  /

EDAD  SEXO:  Mujer  Varón

ESTADO CIVIL:

Soltero  Casado  Separado/divorciado  Viudo

LUGAR DE RESIDENCIA:

En la comunidad  En una residencia

TELÉFONOS  /

DOMICILIO

CIUDAD / PROVINCIA

## INSTRUCCIONES

- A continuación encontrará algunas preguntas relacionadas con distintos aspectos de la calidad de vida.
- Para contestar, sólo debe marcar con un aspa o cruz (X) la opción que más se ajuste a sus preferencias.
- Responda TODAS las preguntas, son breves y sencillas.
- Si necesita alguna aclaración no dude en preguntar al aplicador.



Autores: R. Fernández-Ballesteros y M. D. Zamarrón.

Copyright © 2007 by TEA Ediciones, S.A., Madrid, España.

Todos los derechos reservados. Prohibida la reproducción total o parcial.

Impreso en España. Printed in Spain.

# SALUD

## 1. ¿Se siente Vd. satisfecho con su actual estado de salud?

- Mucho       Bastante       Algo       Nada

## 2. En las últimas dos semanas, ¿ha tenido Vd. alguno de los siguientes dolores o síntomas?

### 2.1. Dolor de huesos, de columna o de las articulaciones.

- Nunca       Algunas veces       Bastantes veces       Muchas veces

### 2.2. Mareos o vahídos.

- Nunca       Algunas veces       Bastantes veces       Muchas veces

### 2.3. Tos, catarro o gripe.

- Nunca       Algunas veces       Bastantes veces       Muchas veces

### 2.4. Tobillos hinchados.

- Nunca       Algunas veces       Bastantes veces       Muchas veces

### 2.5. Cansancio sin razón aparente.

- Nunca       Algunas veces       Bastantes veces       Muchas veces

### 2.6. Dificultad para dormir.

- Nunca       Algunas veces       Bastantes veces       Muchas veces

### 2.7. Flojedad de piernas

- Nunca       Algunas veces       Bastantes veces       Muchas veces

### 2.8. Dificultad para respirar o sensación de falta de aire.

- Nunca       Algunas veces       Bastantes veces       Muchas veces

### 2.9. Palpitaciones.

- Nunca       Algunas veces       Bastantes veces       Muchas veces

### 2.10. Dolor u presión en el pecho.

- Nunca       Algunas veces       Bastantes veces       Muchas veces

### 2.11. Manos o pies fríos.

- Nunca       Algunas veces       Bastantes veces       Muchas veces

### 2.12. Estar adormilado durante el día.

- Nunca       Algunas veces       Bastantes veces       Muchas veces

**2.13. Boca seca.**

Nunca  Algunas veces  Bastantes veces  Muchas veces

**2.14. Sensación de náusea o ganas de volmitar.**

Nunca  Algunas veces  Bastantes veces  Muchas veces

**2.15. Gases.**

Nunca  Algunas veces  Bastantes veces  Muchas veces

**2.16. Levantarse u orinar por las noches.**

Nunca  Algunas veces  Bastantes veces  Muchas veces

**2.17. Escapársele la orina.**

Nunca  Algunas veces  Bastantes veces  Muchas veces

**2.18. Zumbido de oídos.**

Nunca  Algunas veces  Bastantes veces  Muchas veces

**2.19. Hormigueos en los brazos o en las piernas.**

Nunca  Algunas veces  Bastantes veces  Muchas veces

**2.20. Picores en el cuerpo.**

Nunca  Algunas veces  Bastantes veces  Muchas veces

**2.21. Sofocos.**

Nunca  Algunas veces  Bastantes veces  Muchas veces

**2.22. Llorar con facilidad.**

Nunca  Algunas veces  Bastantes veces  Muchas veces

**3. Por favor, indique con qué frecuencia le ocurren las cosas que se preguntan a continuación.**

**3.1. ¿Se siente deprimido, triste, indefenso, desesperado, nervioso o angustiado?**

Nunca  Casi nunca  A veces  Frecuentemente

**3.2. ¿Tiene problemas de memoria, como olvidar el día de la semana, lo que ha estado haciendo o dónde ha puesto sus objetos personales?**

Nunca  Casi nunca  A veces  Frecuentemente

**3.3. ¿Se desorienta o pierde en algún lugar?**

Nunca  Casi nunca  A veces  Frecuentemente

# INTEGRACIÓN SOCIAL

## 4. ¿Dónde vive Vd.?

- En mi propio domicilio (o en el de un familiar)
  En una residencia de ancianos

### ¿Vive Vd. solo o acompañado?

- Solo
  Acompañado

### ¿Comparte su habitación de la residencia con alguien?

- No
  Sí

## 5. ¿En qué medida está Vd. satisfecho con la relación que mantiene con la persona con quien vive o comparte su habitación (en el caso de residentes)?

- Satisfecho
  Indiferente
  Insatisfecho

## 6. ¿Con qué frecuencia suele Vd. verse (para hablar o tomar algo) con las siguientes personas?

### 6.1. Hijos que no viven con Vd. en la misma casa.

- |                             |                            |                       |                       |                       |
|-----------------------------|----------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Todos o casi todos los días | Al menos 1 vez a la semana | Al menos 1 vez al mes | Nunca o casi nunca    | No tengo              |
| <input type="radio"/>       | <input type="radio"/>      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

### 6.2. Nietos que no viven con Vd. en la misma casa.

- |                             |                            |                       |                       |                       |
|-----------------------------|----------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Todos o casi todos los días | Al menos 1 vez a la semana | Al menos 1 vez al mes | Nunca o casi nunca    | No tengo              |
| <input type="radio"/>       | <input type="radio"/>      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

### 6.3. Familiares que no viven con Vd. en la misma casa.

- |                             |                            |                       |                       |                       |
|-----------------------------|----------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Todos o casi todos los días | Al menos 1 vez a la semana | Al menos 1 vez al mes | Nunca o casi nunca    | No tengo              |
| <input type="radio"/>       | <input type="radio"/>      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

### 6.4. Vecinos o personas de la residencia.

- |                             |                            |                       |                       |                       |
|-----------------------------|----------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Todos o casi todos los días | Al menos 1 vez a la semana | Al menos 1 vez al mes | Nunca o casi nunca    | No tengo              |
| <input type="radio"/>       | <input type="radio"/>      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

### 6.5. Amigos.

- |                             |                            |                       |                       |                       |
|-----------------------------|----------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Todos o casi todos los días | Al menos 1 vez a la semana | Al menos 1 vez al mes | Nunca o casi nunca    | No tengo              |
| <input type="radio"/>       | <input type="radio"/>      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

7. ¿En qué medida está Vd. satisfecho con la relación que mantiene con las siguientes personas?

7.1. Su cónyuge.

- Satisfecho       Indiferente       Insatisfecho       No tengo

7.2. Sus hijos.

- Satisfecho       Indiferente       Insatisfecho       No tengo

7.3. Sus nietos.

- Satisfecho       Indiferente       Insatisfecho       No tengo

7.4. Otros familiares.

- Satisfecho       Indiferente       Insatisfecho       No tengo

7.5. Vecinos o personas de la residencia.

- Satisfecho       Indiferente       Insatisfecho       No tengo

7.6. Amigos.

- Satisfecho       Indiferente       Insatisfecho       No tengo

## HABILIDADES FUNCIONALES

8. ¿Cómo considera Vd. que puede valerse por sí mismo?

- Muy bien       Bien       Regular       Mal

9. ¿En qué medida tiene Vd. dificultades para realizar las siguientes actividades?

9.1. Cuidar de su aspecto físico (peinarse, lavarse, vestirse, ducharse...).

- Ninguna       Alguna       Bastante       Mucha

9.2. Realizar tareas domésticas.

- Ninguna       Alguna       Bastante       Mucha

9.3. Caminar.

- Ninguna       Alguna       Bastante       Mucha

9.4. Realizar tareas fuera de casa.

- Ninguna       Alguna       Bastante       Mucha

# ACTIVIDAD Y OCIO

## 10. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones describe mejor su nivel de actividad diaria?

Marque sólo una de las opciones.

- Paso el día casi completamente inactivo (leo, veo la televisión, etc.).
- Realizo algunas actividades cotidianas normales (hago algunas gestiones, voy a la compra o al cine).
- Realizo alguna actividad física o deportiva ocasional (caminar, pasear en bicicleta, jardinería, gimnasia suave, actividades que requieren un ligero esfuerzo, etc.).
- Realizo actividades físicas regularmente varias veces al mes (jugar al tenis, correr, natación, ciclismo, juegos de equipo, etc.).
- Realizo entrenamiento físico varias veces a la semana.

## 11. ¿Con qué frecuencia realiza Vd. las siguientes actividades?

### 11.1. Leer un libro o un periódico.

- Frecuentemente       Ocasionalmente       Nunca

### 11.2. Visitar a parientes o amigos.

- Frecuentemente       Ocasionalmente       Nunca

### 11.3. Ver la televisión.

- Frecuentemente       Ocasionalmente       Nunca

### 11.4. Escuchar la radio.

- Frecuentemente       Ocasionalmente       Nunca

### 11.5. Caminar.

- Frecuentemente       Ocasionalmente       Nunca

### 11.6. Jugar con otras personas a juegos recreativos.

- Frecuentemente       Ocasionalmente       Nunca

### 11.7. Cuidar niños.

- Frecuentemente       Ocasionalmente       Nunca

### 11.8. Hacer manualidades (coser, ganchillo, punto).

- Frecuentemente       Ocasionalmente       Nunca

**11.9. Hacer recados o gestiones.**

- Frecuentemente       Ocasionalmente       Nunca

**11.10. Ir de compras.**

- Frecuentemente       Ocasionalmente       Nunca

**11.11. Viajar.**

- Frecuentemente       Ocasionalmente       Nunca

**12. ¿Qué grado de satisfacción, en términos generales, tiene Vd. con la forma con que ocupa el tiempo?**

- Satisfecho       Indiferente       Insatisfecho

## CALIDAD AMBIENTAL

**13. ¿Qué grado de satisfacción tiene Vd. con los siguientes aspectos de la casa o de la residencia donde vive?****13.1. El ruido / silencio.**

- Satisfecho       Indiferente       Insatisfecho

**13.2. La temperatura.**

- Satisfecho       Indiferente       Insatisfecho

**13.3. La iluminación.**

- Satisfecho       Indiferente       Insatisfecho

**13.4. El orden y la limpieza.**

- Satisfecho       Indiferente       Insatisfecho

**13.5. El mobiliario.**

- Satisfecho       Indiferente       Insatisfecho

**13.6. Las comodidades (electrodomésticos, etc.).**

- Satisfecho       Indiferente       Insatisfecho

**14. ¿Qué grado de satisfacción tiene Vd. con su vivienda / residencia en general?**

- Satisfecho       Indiferente       Insatisfecho

## SATISFACCIÓN CON LA VIDA

15. ¿En qué medida está Vd. satisfecho, en términos generales, con la vida?

- Mucho       Bastante       Algo       Nada

## EDUCACIÓN

16. ¿Podría decirme el nivel máximo de estudios terminados que ha alcanzado Vd

Marque sólo una de las opciones.

- Menos de estudios primarios (No sabe leer).
- Menos de estudios primarios (Sabe leer).
- Estudios primarios completos.
- Formación profesional de 1<sup>er</sup> grado.
- Formación profesional de 2<sup>o</sup> grado.
- Bachiller superior, B.U.P. o C.O.U.
- Estudios de grado medio.
- Estudios universitarios o superiores.

## INGRESOS

17. ¿Podría decirme los ingresos mensuales que, por todos los conceptos, entran en su hogar?

Marque sólo una de las opciones.

- Hasta 300 €.
- De 301 € a 450 €.
- De 451 € a 600 €.
- De 601 € a 900 €.
- De 901 € a 1.200 €.
- De 1.201 € a 1.600 €.

- De 1.601 € a 2.100 €.
- De 2.101 € a 2.700 €.
- Más de 2.700 €.

## SERVICIOS SOCIALES Y SANITARIOS

18.¿Con qué frecuencia utiliza Vd. los servicio sociales y sanitarios que le ofrece la comunidad o la residencia?

- Frecuentemente
- Ocasionalmente
- Nunca

19.¿En qué medida está Vd. satisfecho con los servicios sociales y sanitarios que utiliza?

- Muy satisfecho
- Bastante satisfecho
- Algo satisfecho
- Nada satisfecho

## IMPORTANCIA DE LOS COMPONENTES DE LA CALIDAD DE VIDA

20.Como Vd. sabe, mejorar la calidad de vida de cada persona es un objetivo importante. ¿A cuál de los siguientes aspectos concede Vd. más importancia y es más determinante en su calidad de vida? Indique cuál es el primero, el segundo y el tercero más importante para VD.

Anote en el recuadro de la izquierda el orden de importancia que le concede a cada aspecto (p. ej., 1º, 2º, etc.)

- 20.1  Tener buena salud.
- 20.2  Mantener buenas relaciones familiares y sociales.
- 20.3  Poder valerme por mí mismo.
- 20.4  Mantenerme activo.
- 20.5  Tener una vivienda buena y cómoda.
- 20.6  Sentirme satisfecho con la vida.
- 20.7  Tener oportunidades de aprender y conocer nuevas cosas.
- 20.8  Tener una buena pensión o renta.

- 20.9**  Tener buenos servicios sociales y sanitarios.
- 20.10**  Otras. ¿Cuáles? \_\_\_\_\_
- 20.11**  Ninguna.





***ANEXO 2***



**CUESTIONARIO DE ESTADO MENTAL PORTÁTIL DE PFEIFFER**

Pregunta a realizar	Errores
Total (máximo: 10 puntos)	
¿Qué fecha es hoy? (día, mes y año)	
¿Qué día de la semana es hoy?	
¿Dónde estamos ahora? (lugar o edificio)	
¿Cuál es su número de teléfono? (o su dirección si no tiene teléfono)	
¿Qué edad tiene?	
¿Cuándo nació? (día, mes y año)	
¿Cómo se llama el Presidente del Gobierno?	
¿Cómo se llamaba el anterior Presidente del Gobierno?	
¿Cómo se llama su madre?	
Reste de tres en tres desde veinte	

