



UNIVERSIDAD DE
COSTA RICA

Anales en
Gerontología

Revista del
Programa de Posgrado en
Gerontología

Anales en Gerontología

Revista del Programa de Posgrado en Gerontología
Universidad de Costa Rica

Número 10 ♦ 2018

ISSN 2215-4647

Anales en Gerontología es el medio de difusión por excelencia del Programa de Posgrado en Gerontología para dar a conocer resultados de investigaciones y de trabajos de instituciones y de profesionales de todas las disciplinas del conocimiento que, por su carácter nacional e internacional, abordan aspectos relacionados con la vejez y envejecimiento, así como también, para dar a conocer reflexiones o experiencias de vida.

DIRECTORA

Mabell Granados Hernández
Magíster Scientiae en Gerontología, UCR
Universidad de Costa Rica, Costa Rica
revista.gerontologia@ucr.ac.cr

EDITOR

M.Sc. Mabell Granados Hernández
Magíster Scientiae en Gerontología, UCR
Universidad de Costa Rica, Costa Rica

CONSEJO EDITORIAL

M.Sc. Maribel León Fernández
Magíster Scientiae en Gerontología, UCR
Universidad Nacional, Costa Rica

M.Sc. Elsa Méndez González
Magíster Scientiae en Gerontología, UCR
Pensionada, Costa Rica

Dra. Olga Marta Murillo Bolaños
Magíster Scientiae en Gerontología, UCR
Pensionada, Costa Rica

M.Sc. Mabell Granados Hernández
Magíster Scientiae en Gerontología, UCR
Posgrado en Gerontología, UCR, Costa Rica

Mauricio Blanco Molina
Magíster Scientiae en Gerontología, UCR
Universidad Nacional de Costa Rica, Costa Rica

Ana Guiselle Sánchez Matarrita
Posgrado en Gerontología, UCR, Costa Rica
Tel. (506) 2511-4773



Los contenidos de esta revista están bajo una licencia [Creative Commons](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)

PRESENTACIÓN

El estudio del creciente envejecimiento individual y poblacional se convierte en tema prioritario para la Gerontología, si se toma en cuenta las proyecciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que refiere: “*en el 2025, habrá un total de cerca de 1,2 millardos de personas con más de 60 años. Para el año 2050, habrá 2 millardos, con el 80 por ciento de ellas viviendo en los países en vías de desarrollo*” (OMS, 2002, p. 75).

Por lo tanto, el proceso de envejecimiento y la etapa de vejez, han llegado a convertirse en crecientes indicadores de las condiciones de salud actuales a nivel mundial, involucrando cambios sociales, económicos y ambientales, los cuales implican retos que las sociedades deben enfrentar.

La *Revista Anales* ha querido contribuir con su publicación científica, con temas que contribuyan a aumentar el acervo en el campo de nuestra disciplina, con la finalidad de que las personas que estudiamos y abordamos el objeto de estudio de la Gerontología, podamos contar con herramientas para dar respuesta a estos retos que plantea el fenómeno del envejecimiento individual y poblacional.

Este volumen 10 de la Revista Anales en Gerontología, reúne artículos de fondo, ensayos, estudios sobre el envejecimiento y temas relacionados con la vejez, como apoyo a la docencia y a la investigación.



Al igual que con los volúmenes anteriores se pretende enriquecer la experiencia práctica y el acervo científico con temas innovadores tanto de autores costarricenses como internacionales.

Los artículos del presente volumen están relacionados con salud, educación, con el área biofísica, social, sexualidad en las personas adultas mayores. Además, los autores plantean indicadores de satisfacción con la vida en esta población, nuevas estrategias de intervención e intervenciones innovadoras generadas desde la perspectiva de la educación social.

Esperamos estos artículos aporten insumos para la reflexión académica y la práctica gerontológica, con la finalidad de contribuir a promover un envejecimiento activo en la población envejeciente.

M.Sc. Mabell Granados Hernández
Directora

INDICADORES DE LA SATISFACCIÓN CON LA VIDA EN PERSONAS ADULTAS MAYORES EN COSTA RICA Y ESPAÑA

INDICATORS OF SATISFACTION WITH LIFE IN ELDERLY ADULTS IN COSTA RICA AND ESPAÑA

Mauricio Blanco-Molina¹; María Jiménez-Martí²; Sacramento Pinazo-Hernándis³;
Francisco J. Sánchez-Sánchez⁴; Manuela Torregosa-Ruíz⁵

RESUMEN

Propósito: En el presente trabajo se indaga acerca de los principales indicadores de la satisfacción con la vida en personas mayores participantes de programas universitarios en España y Costa Rica.

Método: Se emplea un diseño panel y se analiza el primer tiempo de recolección de datos. La muestra fue constituida por personas mayores de 55 o más años que estaban cursando estudios en diferentes centros de formación adscritos a la Universidad de Valencia en España (N=652) y a la Universidad Nacional en Costa Rica (N=272). Los datos fueron recogidos mediante un cuestionario con variables sociodemográficas, indicadores de participación social, *Cuestionario de Apoyo Social Funcional Duke-UNC-11*, *Escala de Red Social de Lubben LSNS-R*, *Escala Temporal de Satisfacción con la Vida*, *Escala de Salud Percibida SF-8* y un indicador de satisfacción global. Se realiza análisis descriptivos, análisis correlacionales y de regresión lineal.

Resultados: Las variables medidas mostraron correlaciones significativas con satisfacción con la vida presente en ambas muestras. La salud autopercebida muestra correlaciones positivas y significativas con apoyo social funcional y red social, pero no con participación social -en la muestra española- mas sí correlaciona en la muestra costarricense. Las variables que mejor predicen la satisfacción con la vida con un 23% de varianza explicada en la muestra costarricense fueron la red de apoyo, el apoyo social afectivo y la percepción de la salud. En la muestra española, el mejor modelo explica un 23% de la varianza, y como indicadores se presenta la salud autopercebida, la red social y la participación social.

¹Psicólogo, Magister Scientiae en Gerontología, Master en Investigación Psicológica, Profesor de la Escuela de Psicología, Universidad Nacional de Costa Rica (UNA). Costa Rica E-mail: mauricioblanco.molina@gmail.com

²Profesora externa del Master de Atención Sociosanitaria a la Dependencia. España E-mail: mariajimenezmarti@gmail.com

³Vicepresidenta en Gerontología de la Sociedad Española de Geriátría y Gerontología. España E-mail: Sacramento.Pinazo@uv.es

⁴Profesor asociado en el Departamento de Psicología Social de la Universidad de Valencia, España E-mail: Francisco.J.Sanchez@uv.es

⁵Máster en Atención Sociosanitaria a la Dependencia en la Universidad de Valencia, España E-mail: manuela.torregrosa.ruiz@gmail.com



Conclusiones: En ambos países, se evidencia correlaciones significativas entre la satisfacción con la vida, con los indicadores de red de apoyo, apoyo social, percepción de salud y participación social. Se analiza los resultados a la luz de los indicadores de la participación social, el aprendizaje durante la vida y el envejecimiento con éxito.

PALABRAS CLAVE: satisfacción con la vida, bienestar, envejecimiento exitoso, programas de aprendizaje de larga vida.

ABSTRACT

Purpose: The present work explores which are the best indicators of well-being in older people who participate in university programs in Costa Rica and Spain.

Method: A panel design is used to follow the samples on both University Programs, but we only used the first wave of data to the present work. The samples were built with people 55 plus years old in Spain from the University of Valencia programs (N=652) and in Costa Rica from the National University programs (N=272). We used a questionnaire with different variables: *The Temporal Satisfaction with Life Scale*, *Lubben Social Network Scale-Revised (LSNS-R)*, *The Duke-UNC Functional Social Support Questionnaire*, *SF-8 Health Survey*, level of social participation, and demographic variables. We analyzed the data with hierarchical linear regression, correlation coefficients, and descriptive analysis.

Results: All variables measured showed significant correlations with present life satisfaction in both samples. The variables that best predict life satisfaction with a 23% variance explained in the Costa Rican sample were the support network, affective social support and the perceived health. In the Spanish sample, the best model explains 23% of the variance and as predictors have perceived health, social network and social participation.

Conclusions: In both countries, there are significant correlations between life satisfaction, with indicators like support network, social support, perceived health and social participation. We analyze the results contrasting with the predictors of the social participation in old people, lifelong learning, and successful aging models.

KEY WORDS: life satisfaction, well-being, successful aging, lifelong learning programs.

Introducción

En los últimos años, el estudio del envejecimiento desde una dimensión positiva ha despertado interés científico, de lo cual ha surgido una nueva línea de trabajo más centrada en el envejecimiento satisfactorio o exitoso que en lo patológico. Los cambios demográficos que vienen sucediendo en nuestras sociedades, como son el incremento de la longevidad, la esperanza de vida y el peso específico de las personas mayores como grupo social, provocan una realidad social hasta ahora desconocida que ha incrementado el interés por examinar los procesos subyacentes, una de las preocupaciones comunes a todos los países industrializados y también en aquellos en vías de desarrollo y una de las más importantes transformaciones sociales de las últimas décadas.

Respecto de lo anterior, las sociedades latinoamericanas han iniciado un rápido proceso de envejecimiento similar al ocurrido previamente en otras poblaciones, como las europeas –en la actualidad ya muy envejecidas–, pero mucho más acelerado, debido a la rapidez de la transición demográfica americana (Puga, Rosero-Bixby, Glaser y Castro, 2007).

En la actualidad no existe consenso en cuanto a los criterios para la operacionalización del envejecimiento con éxito (Dumitrache, 2014; Ng, Broekman, Niti, Gwee y Kua, 2009): en relación con lo anterior, Cosco, Prina, Perales, Stephan y Brayne (2014) en una revisión sistemática sobre las definiciones del envejecimiento con éxito evidencian la gran heterogeneidad de los criterios utilizados al respecto, entre los que destacan el estado fisiológico (que incluye la salud, el estado funcional o la longevidad; el bienestar, (afectividad y satisfacción vital), la implicación activa en la vida social (sistemas de apoyo, vida social; los recursos personales (afrentamiento y resiliencia) y factores extrínsecos (entorno y nivel económico) (Cosco et al., 2014).

El envejecimiento con éxito ha sido generalmente entendido como *envejecer bien*, tener una buena salud en la vejez, como un fenómeno deseable, individual y socialmente esperado, sin dejar de lado que algunos autores incluyen criterios que tienen que ver con la valoración subjetiva y el significado que la propia persona mayor atribuye al estado en el que se encuentra (Baltes y Baltes, 1990; Havighurst, 1963). En este sentido, la presencia de altos niveles de bienestar es uno de los criterios más aludidos como componente del «envejecimiento satisfactorio» (Bowling y Dieppe, 2005; Diener, Suh, Lucas y Smith, 1999; Diener, Oishi y Lucas, 2003; Fernández-Ballesteros, Kruse, Zamarrón y Caprara, 2007; Freund y Baltes, 1998; Gana, Bailly, Saada, Joulain y Alaphilippe, 2013; Hsu y Jones, 2012; Lupien y Wan, 2004; Triadó y Villar, 2006). En ocasiones, este bienestar se asocia con una experiencia subjetiva de felicidad o satisfacción mientras que, en otras, se vincula con valores objetivos que están presentes en la cultura (Requena, López y Ortiz, 2009).

Según señalan Blanco-Molina y Salazar Villanea (2017), la noción de envejecimiento con éxito varía según contexto y momento histórico, por lo que resulta muy difícil una identificación o medición internacional: los indicadores subjetivos y objetivos de envejecimiento con éxito necesitan ser considerados dentro del contexto cultural donde viva el sujeto, con su contenido particular y sus demandas ecológicas. De igual modo, existen varios conceptos teóricos asociados con la satisfacción con la vida, incluyendo el bienestar subjetivo y la calidad de vida: al respecto, Diener et al. (1999) sugieren que el bienestar subjetivo incluye los estados de ánimo, las emociones y las evaluaciones cognitivas de la satisfacción con la vida.

En cuanto a la calidad de vida, implica la satisfacción de vida tanto global como específica (Sirgy, 2012), en consecuencia, se le considera un subtema del bienestar subjetivo y de la calidad de vida. Por otra parte, también la satisfacción con la vida

como un todo se ha equiparado con la felicidad y es un concepto de medición útil, cuando los instrumentos que miden calidad de vida son débiles (Berglund, Hasson, Wilhelmson, Dunér y Dahlin-Ivanoff, 2016).

Según Galiana, Gutiérrez, Sancho y Tomás (2015) tradicionalmente se han identificado dos partes diferentes del constructo del bienestar subjetivo: una afectiva (Diener y Emmons, 1984; Diener, Emmons, Larsen y Griffin, 1985) y una cognitiva, conocida como satisfacción con la vida (Andrews y Whitney, 1976). El concepto de satisfacción vital, como un elemento integrado en el estudio del bienestar y base del envejecimiento con éxito, es definido como el componente cognitivo del bienestar y se refiere al juicio que merece la persona en su trayectoria evolutiva, por lo que la satisfacción con la vida puede estudiarse desde un punto de vista afectivo o emocional, o bien, puede considerarse desde el cognitivo, entendida como la valoración que la persona hace de su vida en general o de aspectos parciales de esta.

En relación con lo anterior, autores como Pavot y Diener (1993) la definen como un juicio cognitivo, basado en la comparación que la persona realiza entre su propia vida y unos estándares autoimpuestos muy relacionados con el contexto, que conllevan una evaluación global de la vida. Al realizar la valoración, el individuo examina los aspectos tangibles de su vida, sopesa lo bueno con lo malo, lo compara con un estándar o criterio elegido y llega a un juicio sobre la satisfacción con su vida, por ende, los juicios sobre satisfacción dependen de las comparaciones que el individuo hace entre las circunstancias de su vida y un estándar que considera apropiado, las cuales se pueden centrar en todo el ciclo vital, pasado, presente y futuro e ilustran experiencias recientes pasajeras de gran relevancia accesibles a la memoria (Dumitrache, 2014). Lo anterior, sucede debido a que los humanos anclan los sucesos y experiencias al tiempo para darles sentido y continuidad, por lo que se espera que la perspectiva temporal influya en

actitudes, comportamientos y objetivos (Blanco-Molina, Tomás y Pinazo-Hernándis, en prensa; Galiana et al., 2015; Sailer et al., 2014).

Al estudiar la satisfacción con la vida en las personas mayores, diferentes autores han examinado aspectos como las variables sociodemográficas (Chan y Lee, 2006; Hsu y Jones, 2012; Meléndez, Navarro, Oliver y Tomás, 2009; Fernández-Ballesteros, Zamarrón y Ruiz, 2001; Pinquart y Sörensen, 2000); las características individuales (Diener et al., 2003; Pavot y Diener, 1993) y los recursos sociales de los que dispone la persona (Au et al., 2017; Hsu y Tung, 2010; Dumitrache, Rubio y Rubio-Herrera, 2016).

De hecho, Tomás, Galiana, Gutiérrez, Sancho y Oliver (2016) señalan que, entre los componentes de un envejecimiento con éxito que más se relacionan con el bienestar, ya sea en una u otra tradición, está el de funcionamiento social -como el tamaño de la red social, la cantidad de apoyo social recibido o el establecimiento y mantenimiento de relaciones positivas con otros-.

Por otra parte, diversos estudios han evidenciado que la satisfacción vital correlaciona variables sociales como la participación, la integración y el apoyo informal (Ahmed-Mohamed, Fernandez-Mayoralas, Rojo-Perez, Forja y Martínez-Martin, 2013; Bishop, Martin y Poon, 2006; Brown, Nesse, Vinokur y Smith, 2003; Golpe y Arias, 2005; Gow, Pattie, Whiteman, Whalley y Deary, 2007; Gutiérrez, Tomás, Galiana, Sancho y Cebrià, 2013; Okabayashi, Liang, Krause, Akiyama y Sugisawa, 2004; Theurer y Wister, 2010; Zunzunegui, Alvarado, Del Ser y Otero, 2003), así como como también abunda la literatura que relaciona la salud física con el bienestar de las personas mayores (Borg, Hallberg, y Blomqvist, 2006; Gwozdz y Sousa-Poza, 2009; Hsu et al., (2014); Kunzmann, Little y Smith, 2000; Ruiz-Montero, Castillo-Rodríguez, Mikalački,

y Delgado-Fernández, (2015); Smith, Borchelt, Maie y Jopp, 2002; Seeman, Lusignolo, Albert y Berkman, 2001; Vivaldi y Barra, 2012; Wiest, Schüz y Wurm, 2013).

El comparar la satisfacción de vida a través de diferentes subgrupos (por ejemplo, culturas) es significativa para la investigación actual en Gerontología, pues en la revisión que llevaron a cabo Emerson, Guhn y Gadermann (2017), constataron que la mayoría de los participantes atribuyen un significado similar a la satisfacción con la vida independientemente del género, pero la edad y especialmente la cultura parecen influir en este proceso.

Una vez mencionado lo anterior, en el presente trabajo se explora cuáles son los principales indicadores de la satisfacción con la vida en personas mayores participantes de programas universitarios en España y Costa Rica, una muestra de personas con alto nivel de participación, el cual parte de la hipótesis de que el participante en programas universitarios presenta un perfil de envejecimiento activo y satisfactorio, libre de dependencia y problemas importantes de salud, con una buena satisfacción vital, autoestima y apoyo social (Villar et al., 2006).

Como en investigaciones previas, se comenzó con la indagación de las variables que más se relacionan y predicen la satisfacción con la vida según la literatura, desde una perspectiva internacional comparada. Por una parte, se cuenta con evidencias empíricas de una sociedad latinoamericana (costarricense), un país pequeño, étnica y socialmente homogéneo, con un alto grado de cohesión y un considerable capital social. Al respecto, Rosero-Bixby y Dow (2012) informan que los 4,5 millones de costarricenses tienen la segunda esperanza de vida más alta en el continente (Canadá es el más alto), mayor que los países más ricos como Estados Unidos, Chile o Brasil. Su sistema de seguro de salud pública es casi universal, y las personas adultas mayores

costarricenses, en particular los varones, han sido señalados como una de las poblaciones nacionales con la menor mortalidad del mundo.

Por otra parte, se cuenta con evidencias de una sociedad latino-europea (española) que en los últimos años ha experimentado un envejecimiento social que aumenta progresivamente, al igual que la esperanza de vida y la longevidad: este fenómeno ha ido acompañado de profundos cambios en la composición de los hogares españoles, lo cual incrementó el número de hogares unipersonales en personas mayores de 65 años y cuya nota más significativa será que, como poco, vivirán 20 años en buenas condiciones de salud física y mental y con mejor situación económica y social (Miranda, 2006).

Objetivo

En este estudio se pretende evaluar la *capacidad predictora* del apoyo social percibido, red de apoyo, salud percibida y nivel de participación social sobre la satisfacción con la vida en alumnos de programas universitarios para personas adultas mayores en Costa Rica y España. En segundo lugar, se pretende examinar si existen diferencias significativas en función del país respecto de las variables analizadas en este estudio -apoyo social percibido, red de apoyo, salud percibida, participación social y satisfacción con la vida-. Y en tercer y último lugar, se pretende explorar las relaciones entre los indicadores de apoyo social, red social y participación social con la satisfacción vital, por una parte, y con la salud percibida, por otra, de las personas mayores en cada país, para comprobar así, si existen distintos patrones de relación.

Metodología

Procedimiento

En la presente investigación se ha utilizado un diseño transversal de encuesta y la base de datos del proyecto Longitudinal Older Learners-LOL, en su primer tiempo en LOL-España y LOL-Costa Rica. Ambos proyectos siguen un diseño de encuesta longitudinal, en el que se sigue una muestra en tres momentos temporales.

En primer lugar, se obtuvo el permiso del Comité de Bioética en España y en Costa Rica, que concedieron permiso para encuestar a una muestra de los estudiantes de la Universidad de Mayores de Valencia (España) y del Programa de Atención Integral de la Persona Adulta Mayor de la Universidad Nacional de Costa Rica. Todos los participantes firmaron el consentimiento informado. Las encuestas se aplicaron a principio, mitad y final del curso académico 2014-2015 en el caso de la muestra española y del 2015 al 2016 en el caso de Costa Rica; fueron administradas en las aulas por encuestadores entrenados, capaces de resolver las dudas de los participantes siendo el tiempo estimado necesario para responder al cuestionario de aproximadamente 45 minutos. Se informó de la voluntariedad de su participación, así como del anonimato y confidencialidad de los datos recogidos. La información se recogió con un cuestionario, entregado en formato papel, que incluía todas las medidas necesarias para elaborar el estudio

Participantes

Un total de 917 personas han participado en el presente estudio en el que la muestra española estuvo compuesta por 645 participantes y la costarricense por 272, quienes cumplieron los siguientes criterios de inclusión: tener 50 o más años de edad y estar matriculado/a cursando estudios en alguno de los programas de Universidad de Mayores de la Universidad de Valencia y en el Programa de Atención

Integral de la Persona Adulta Mayor de la Universidad Nacional de Costa Rica. El rango de edad de los participantes en la muestra obtenida de España osciló entre 50 y 80 años ($M= 63.12$ años y $DT= 6.68$), de los cuales el 68.8% eran mujeres, mientras que en Costa Rica osciló entre 50 y 83 años ($M=64.3$ años y $DT=7.55$), con un 92.1 % de participantes mujeres.

Instrumentos

La encuesta incluía variables sociodemográficas y diversas escalas para evaluar variables de tipo sociológico y psicológico. En concreto, las utilizadas en este trabajo han sido la escala temporal de satisfacción con la vida, un indicador general de satisfacción con la vida, el apoyo social funcional, la red social, indicadores de participación social y un indicador de salud autopercebida.

A continuación, se describe los instrumentos de las variables medidas:

Para evaluar la satisfacción vital, se utilizó la *escala temporal de satisfacción con la vida* (Pavot, Diener, y Suh, 1998) validada para la población española y costarricense con buenas propiedades psicométricas para aplicarla con personas mayores (Blanco-Molina et al., en prensa; Galiana et al., 2015). Respecto de la escala, (TSLS; Pavot et al., 1998) es un instrumento formado por 15 ítems, cuya creación consideró los 5 ítems de la escala de satisfacción con la vida (Diener et al., 1985), que fueron reformulados para evaluar la satisfacción con la vida pasada, presente y futura. Las puntuaciones se recogen en una escala tipo Likert con 5 anclajes, desde 1 (totalmente en desacuerdo) a 5 (totalmente de acuerdo). Esta versión española del TSLS obtuvo un alpha global de .91, mientras que en el factor pasado obtuvo .83; en el presente, .81 y en el futuro, .86; además se calculó el índice ECV (Expected Common Variance) que representa el porcentaje de varianza común explicado y que resultó .59 para el factor general mostrando una clara consistencia interna así como validez

nomológica, en una muestra de personas mayores en España en la que se validó (Tomás, Galiana, Oliver, Sancho y Pinazo-Hernandis, 2016). El alfa de Cronbach para el tiempo 2 en la muestra española fue de .74. En el caso de la muestra costarricense según datos de Blanco-Molina et al.(en prensa), el indicador de alfa de la escala total fue de .88. Las subescalas pasado, presente y futuro mostraron alfas de .85, .90, y .86 respectivamente.

También se utilizó el siguiente indicador general de satisfacción con la vida: “Actualmente, ¿qué tan satisfecho(a)- está con su vida, considerada globalmente?”. Este indicador se ha empleado en investigaciones previas con propósitos similares (Blanco-Molina et al., 2017; Galiana et al, 2015; Ye, 2007). Las respuestas variaron de 1 (nada) a 5 (mucho).

Para la evaluación del apoyo social se ha utilizado el cuestionario de Apoyo social funcional Duke-UNC-11 (Broadhead, Gehlbach, De Gruy, y Kaplan, 1988) en la versión española de Bellon et al., (1996), el cual mide la percepción subjetiva sobre la disponibilidad de otras personas para ofrecer ayuda en momentos de dificultad, las habilidades en las relaciones sociales y la comunicación empática y emotiva. Ha sido validada en España en población de personas mayores de 60 años no institucionalizadas (Ayala et al., 2012). Consta de 11 ítems que se miden en una escala Likert de 1 al 5: en la escala bidimensional, una de las dimensiones es el apoyo confidencial (por ejemplo, “hablar de problemas económicos”), y la otra es el apoyo afectivo (por ejemplo, “recibir amor y afecto”). El alfa de Cronbach de esta escala en el segundo momento temporal de la muestra española fue $\alpha = .90$ y en el primer momento temporal de la muestra costarricense fue $\alpha = .89$.

Para evaluar la red social, se utilizó una versión en español de la Escala de Red Social de Lubben LSNS-R (Lubben y Girona, 2004). Lubben desarrolló su escala original de 10 ítems para población de adultos mayores (1988) con base en el índice de

red social (BSNI) y evaluó su relación con indicadores de satisfacción vital, uso de servicios hospitalarios y conductas relacionadas con vida saludable con los que correlacionaba significativamente. La escala mide el tamaño, la cercanía y la frecuencia de contacto con las redes sociales mediante 12 ítems tipo Likert con alternativas de respuestas de 1 a 5. El LSNS-R es un instrumento con alta fiabilidad medida con el indicador de consistencia interna alfa de Cronbach que es de .78 (University of Western Ontario, 2010). El alfa de Cronbach en este caso para ambas muestras en Costa Rica y España fue de $\alpha = .86$.

Para evaluar la participación social, se utilizó 7 indicadores *ad hoc* de participación social que informaban sobre la frecuencia con que la persona mayor participa en actividades de voluntariado, cuidado de familiares en situación de dependencia, cuidado de nietos, actividades formativas/culturales/educativas, asociacionismo y/o ciudadanía, ocio y actividades deportivas, con un rango entre 0 (nunca) y 4 (a diario).

Finalmente, se empleó un indicador global de salud autopercebida en el último mes, “en general, ¿cómo evaluaría su salud durante el último mes?” y corresponde al ítem 8 de la Escala SF-8 de salud percibida (Ware, Kosinski, Dewey y Gandek, 2001). Esta escala evalúa la salud relacionada con la calidad de vida mediante 8 ítems que puntúan en una escala tipo Likert con cinco anclajes de respuesta que oscila entre 1 (muy mala) y 5 (muy buena), generando un perfil de salud que consta de 8 dominios. La escala SF-8 es una forma alternativa a la escala SF-36 de salud percibida; en Galiana et al. (2015), el valor de alfa para la escala fue de .65. Por su uso extendido y por ser breve y sencilla en su cumplimentación, se ha considerado importante incluir esta prueba y obtener así un perfil de autopercepción de salud de la persona. En este caso, el

alfa de Cronbach, para el tiempo uno de la muestra española fue de $\alpha = .82$ y para la costarricense, de $\alpha = .81$.

Análisis de datos

Los análisis estadísticos incluyeron diversos procedimientos, realizados mediante el programa SPSS v.22.0. Primero, se obtuvo estadísticos descriptivos. En segundo lugar, y para conocer las relaciones entre las variables se aplicó un análisis de correlaciones de Pearson (r_{xy}) para identificar las variables que se correlacionaban significativamente. Además, para examinar si existen diferencias significativas entre ambos países respecto de las variables dependientes analizadas en este estudio, se realizó la prueba paramétrica *t de student* para muestras independientes. Se comprobó previamente la normalidad de la distribución mediante la prueba no paramétrica de Kolmogorov-Smirnov y la prueba de Lèvene para constatar la homocedasticidad de la muestra.

El nivel de significación se fijó en .05. El tamaño de la diferencia entre las medias se interpretó mediante la *d* de Cohen (1992). A continuación, y para conocer las relaciones entre las variables, se aplicó un análisis de correlaciones de Pearson (r_{xy}) para identificar las variables que correlacionaban significativamente entre sí en función del país y comprobar si el grado de asociación entre estas variables mostraba patrones distintos entre países. Posteriormente, se contrastaron las correlaciones entre variables entre España y Costa Rica, para valorar posibles efectos moderadores del país. Finalmente, se utilizó la técnica de regresión lineal múltiple, la cual tuvo el propósito de predecir una única variable criterio, es decir, un elemento dependiente a partir de un conjunto de variables predictoras o independientes.

Resultados

El comportamiento de las variables medidas es ligeramente diferente en ambas muestras. En primer lugar, con la finalidad de evaluar si existen diferencias significativas entre España y Costa Rica en las variables objeto de estudio, tal y como se puede observar en la tabla 1, se identificó que únicamente existen diferencias significativas en función del país en la red social ($t_{(919)} = -8.37; p < .01$), para el factor apoyo social confidencial ($t_{(925)} = -2.39; p < .05$), participación social ($t_{(925)} = -10.09; p < .01$), satisfacción de la vida pasada ($t_{(921)} = -4.30; p < .01$), presente ($t_{(923)} = 2.94; p < .01$) y futura ($t_{(916)} = 7.90; p < .01$) y salud percibida ($t_{(801)} = -31.92; p < .01$), mas no se halló diferencias significativas en el resto de variables.

Tabla 1. Descriptivos de las variables medidas según país y diferencias de medias entre países para cada variable.

| Variables | ESPAÑA | | COSTA RICA | | <i>t</i> | <i>p</i> | <i>d</i> Cohen |
|----------------------------------|--------|------|------------|------|----------|----------|-------------------|
| | Media | DT | Media | DT | | | |
| Red social (Lubben) | 3.56 | .83 | 3.01 | .94 | - 8.37 | .00** | .63 |
| Apoyo social funcional | 4.01 | .86 | 3.98 | .92 | - .42 | .66 | .04 |
| Apoyo social confidencial | 3.96 | .88 | 3.79 | 1.02 | - 2.39 | .01* | .18 |
| Apoyo social afectivo | 4.07 | .93 | 4.18 | .96 | 1.65 | .09 | -.11 |
| Participación social | 1.78 | .81 | 1.26 | .66 | -10.09 | .00** | .66 |
| Satisfacción vida pasada | 3.40 | .89 | 3.08 | 1.08 | - 4.30 | .00** | .33 |
| Satisfacción vida presente | 3.74 | .87 | 3.93 | .93 | 2.94 | .00** | -.21 |
| Satisfacción vida futura | 3.53 | .70 | 3.95 | .80 | 7.90 | .00** | -.56 |
| Indicador de satisfacción global | 4.17 | 1.75 | 4.26 | .74 | .73 | .46 | -.05 |
| Perceived Health (SF-8) | 4.01 | .67 | 2.39 | .72 | -31.92 | .00** | .56 |
| Indicador de salud percibida | 3.95 | .77 | 3.94 | .89 | - .15 | .88 | -.09 |

Fuente: elaboración propia

Nota: Perceived Health (SF-8) = Salud Percibida; DT=Desviación Típica; *t* = prueba t de Student, indica la comparación de medias entre los dos países en cada subescala; *d* Cohen = tamaño del efecto, tamaño de la diferencia entre las medias; *p*= significación * = $p < 0.05$; ** = $p < 0.01$

En concreto, en cuanto a la variable *red social* que identifica y caracteriza las redes sociales de las personas mayores y que mide el aislamiento social de los adultos mayores mediante la medida del apoyo social percibido hacia los propios familiares como de los amigos, muestra una magnitud de efecto según la *d* de Cohen de .63, correspondiente a un tamaño de efecto mediano o moderado, los resultados muestran

que la muestra española obtiene un promedio mayor ($M = 3.56$; $DT = .83$) en cuanto a composición y contacto, lo cual indica una red social mayor y una menor percepción de aislamiento social que la muestra de Costa Rica ($M = 3.01$; $DT = .94$).

En segundo lugar, en cuanto al *apoyo social confidencial*, componente del apoyo social funcional, y que mide la percepción subjetiva sobre la disponibilidad de otras personas para ofrecer ayuda, así como las habilidades de relaciones sociales y la comunicación empática y emotiva, muestra una d de Cohen de .18, por lo que el tamaño del efecto es pequeño y la magnitud de las diferencias entre ambas muestras es baja. Los resultados evidencian que la muestra española ($M = 3.96$; $DT = .88$) obtiene una puntuación ligeramente superior a la costarricense ($M = 3.79$; $DT = 1.02$) en dicha dimensión, lo cual significa mayor disponibilidad de contar con otras personas en caso de necesidad, pero sin tener un tamaño del efecto importante entre ambas muestras.

En tercer lugar, para la variable *participación social*, también los análisis efectuados han mostrado la existencia de diferencias significativas entre los dos países. La magnitud de las diferencias se ha calculado con la d de Cohen la cual arroja un valor de .66, siendo por tanto, el tamaño del efecto es mediano: principalmente la diferencia radica en que la muestra española obtiene puntuaciones medias más altas en esta variable que la de Costa Rica, con lo que dichas puntuaciones sugieren que las personas mayores de la muestra de España son más activas a nivel de participación social y su perfil de participación es más diverso, es decir, expresan o realizan más actividades que implican contribuir de alguna manera a la ciudadanía o sociedad y/o que influyen a la vida propia y/o a la vida y en la comunidad en la que viven.

En cuanto a la variable dependiente *satisfacción temporal con la vida* se obtuvo diferencias significativas entre la muestra de España y la de Costa Rica en las tres dimensiones temporales de la satisfacción vital. En concreto, para la satisfacción con la

vida pasada, el d de Cohen fue = .33, lo cual indica un tamaño bajo del efecto o que la diferencia entre ambas muestras es pequeña. En la tabla 1 se observa que las personas mayores que componen la muestra española ($M = 3.40$; $DT = .89$), perciben una mayor satisfacción vital con las experiencias vividas en el pasado que las costarricenses ($M = 3.08$; $DT = 1.08$), contrario a la *satisfacción con la vida presente y futura*, pues se observa que los adultos mayores de Costa Rica manifiestan una mayor satisfacción vital en la actualidad y una mayor satisfacción con la vida futura que la muestra española. Concretamente, para la satisfacción vital presente se obtiene un d de Cohen de .22, lo cual indica un tamaño pequeño del efecto entre ambas muestras para esta variable. Para la satisfacción con la vida futura se ha obtenido un tamaño mediano del efecto ($d = .56$), con lo que ambas muestras difieren moderadamente en esta dimensión temporal de la satisfacción.

Finalmente, respecto de la variable *salud percibida*, que evalúa la percepción del estado de salud relacionado con la calidad de vida, la muestra española ($M = 4.01$; $DT = .67$) obtiene una puntuación media superior que costarricense ($M = 2.39$; $DT = .72$), diferencias significativas entre ambas muestras. La magnitud o tamaño de las diferencias encontradas según la d de Cohen es de .56, con lo que las medias de ambas muestras son moderadamente diferentes, es decir, el tamaño del efecto es mediano.

Por otro lado, con el fin de profundizar y conocer qué actividades son las de mayor participación e interés para los participantes de este estudio, en la tabla 2 se muestra los descriptivos obtenidos en las dos muestras para cada indicador de participación social analizado, así como la prueba *t de Student* para determinar si hay diferencias significativas entre las medias de ambos países en cada indicador utilizado para evaluar las actividades participativas. Tal y como se observa, el comportamiento de las variables medidas es diferente entre muestras en varias modalidades participativas.

Por una parte, en ambas la participación en programas formativos/culturales/educativos es la actividad con mayor participación (E: $M = 2.60$; $DT = .87$; CR: $M = 2.27$; $DT = 1.15$), lo cual se relaciona con las características de la muestra, pues se trata de un grupo de personas mayores que acude a programas formativos universitarios.

En segundo lugar, el cuidado a familiares en situación de dependencia es la actividad que mayor dedicación tiene para la muestra de Costa Rica ($M = 1.10$; $DT = 1.51$), así como el cuidado de nietos ($M = 1.10$; $DT = 1.51$), mientras que en la muestra española es la práctica de actividades deportivas ($M = 2.10$; $DT = 1.33$). No obstante, tal y como se puede observar en la tabla 2, únicamente existen diferencias significativas en función del país en el cuidado de nietos ($t_{(693)} = -5.38$; $p < .01$), en actividades de formación cultural/educativa/formativa ($t_{(869)} = -4.16$; $p < .01$), en asociacionismo ($t_{(805)} = -11.01$; $p < .01$), en actividades recreativas y de ocio ($t_{(798)} = -8.37$; $p < .01$) y en actividades deportivas ($t_{(794)} = -8.37$; $p < .01$). En concreto la d de Cohen para el Cuidado de nietos es .43, lo cual sugiere que el tamaño o la magnitud de las diferencias entre ambas muestras son pequeñas, aunque se aproxima mucho a ser una diferencia mediana.

En la tabla 2 se observa que la muestra de España obtiene puntuaciones ligeramente más elevadas en el cuidado de los nietos que la muestra de Costa Rica, lo cual podría indicar que las personas mayores en España dedican más tiempo al cuidado de los nietos que las personas adultas mayores de Costa Rica y que respondería posiblemente a condicionamientos culturales y sociales de cada población y las características de las personas estudiadas. Por otra parte, el tamaño del efecto para las actividades culturales, formativas y educativas es bajo (d de Cohen = .34), es decir, la magnitud de las diferencias entre ambas muestras es pequeña. Se observa que, en general, la muestra española manifiesta un mayor nivel de participación en actividades

educativas que la costarricense.

Respecto del asociacionismo, la d de Cohen es de .75, una magnitud moderada de las diferencias aunque se aproxima mucho al punto de corte .80 considerado por Cohen (1988) como un efecto grande o alto. En general, en la tabla 2 se observa que las personas mayores de la muestra española participan en mayor medida en actividades asociativas que las personas mayores de Costa Rica, aspecto que sugiere una mayor concienciación de valores relacionados con la participación ciudadana.

En relación con las actividades recreativas y de ocio, el valor d de Cohen obtenido es de .20, es decir, el tamaño del efecto entre ambas muestras es bajo o las diferencias entre las medias de ambas son pequeñas mas, aun así, se puede apreciar que los participantes de la muestra española muestran un mayor nivel de participación en actividades de ocio, y deportivas que los participantes de Costa Rica: en concreto, el valor de la d de Cohen para las actividades deportivas es de .19, es decir, un tamaño pequeño del efecto o unas diferencias pequeñas entre ambas muestras.

Tabla 2. Estadísticos descriptivos para cada indicador de Participación Social y diferencias de medias entre países.

| Variables | ESPAÑA | | COSTA RICA | | T | p | d Cohen |
|---------------------------------------|--------|------|------------|------|--------|-------|--------------|
| | Media | DT | Media | DT | | | |
| Voluntariado | 1.01 | 1.14 | .96 | 1.26 | -.56 | .57 | .04 |
| Cuidado a familiares situa. depen. | 1.31 | 1.55 | 1.10 | 1.51 | -1.73 | .08 | .13 |
| Cuidado nietos | 1.77 | 1.55 | 1.10 | 1.51 | -5.38 | .00** | .43 |
| Formación/Cultural/Educación | 2.60 | .87 | 2.27 | 1.15 | -4.16 | .00** | .34 |
| Asociacionismo | 1.36 | 1.21 | .51 | .94 | -11.01 | .00** | .75 |
| Actividades recreativas y de ocio | 1.39 | 1.37 | 1.03 | 1.22 | - 3.76 | .00** | .20 |
| Deporte | 2.10 | 1.33 | 1.83 | 1.56 | - 2.32 | .02* | .19 |

Fuente: elaboración propia

Nota: DT=Desviación Típica; t = prueba t de Student, indica la comparación de medias entre los dos países en cada subescala; d Cohen = tamaño del efecto, tamaño de la diferencia entre las medias; p = significación * = $p < 0.05$; ** = $p < 0.01$

Respecto del objetivo de determinar si existe correlación entre satisfacción vital, en sus tres subescalas y apoyo social, red social y participación social, se estableció correlaciones de Pearson entre las variables en ambas muestras, cuyos resultados se muestra en la tabla 3. El análisis de correlación de Pearson reveló la existencia de varias relaciones significativas, las cuales permitieron validar la predictibilidad de algunas variables sobre la de satisfacción con la vida. En ambas muestras, las variables independientes analizadas se relacionan significativa y positivamente con todas las subescalas de satisfacción vital, es decir, que la salud autopercebida, la red social, el apoyo social funcional (confidencial y afectivo) y la participación social se asocian con satisfacción vital pasada, presente y futura: la magnitud de estas asociaciones es mayor para la satisfacción vital presente y, en concreto, más elevadas para el apoyo social funcional (E: $r_{xy} = .415$, $p < .01$; CR: $r_{xy} = 4.78$, $p < .01$) En cuanto al indicador de satisfacción vital global, se evidencia correlaciones positivas y significativas con apoyo social funcional en ambas muestras (E: $r_{xy} = .132$, $p < .01$; CR: $r_{xy} = .234$, $p < .01$).

Tabla 3. Correlaciones de Apoyo Social Funcional, Red Social, Participación Social y Salud Autopercebida con Satisfacción Vital.

| Variables | ESPAÑA | | | | COSTA RICA | | | |
|-----------------------------------|--------|----------|--------|-----------|------------|----------|--------|-----------|
| | SV | SV | SV | Indicador | SV | SV | SV | Indicador |
| | Pasado | Presente | Futuro | SV | Pasado | Presente | Futuro | SV |
| Perceived Health (SF-8) | .292** | .330** | .209** | .030 | .237** | .210** | .173** | .211** |
| Indicador Salud Percibida | .267** | .183** | .221** | .040 | .190** | .129* | .216** | .128 |
| Red social y estructural (Lubben) | .321** | .310** | .193** | .075 | .154* | .293** | .160** | .115 |
| Apoyo social funcional (Duke) | .367** | .415** | .277** | .132** | .201** | .478** | .299** | .234** |
| Apoyo social confidencial(Duke) | .347** | .397** | .269** | .131** | .201** | .452** | .281** | .221** |
| Apoyo social afectivo (Duke) | .364** | .395** | .258** | .119** | .172** | .459** | .294** | .233** |
| Participación social | .168** | .190** | .138** | .009** | .057 | .164** | .013 | .077 |

Fuente: elaboración propia

Nota: SV=Satisfacción Vital; Perceived Health (SF-8) = Salud percibida; ** = La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral); * = La correlación es significante al nivel 0,05 (bilateral)

En cuanto a las correlaciones de Pearson con la variable salud autopercebida, (tabla 4), en primer lugar, en relación con los resultados obtenidos con la escala SF-8, se evidencia que en la muestra española las variables independientes red social ($r_{xy} = .200, p < .01$), apoyo social funcional ($r_{xy} = .288, p < .01$), junto con sus dos subescalas: confidencial ($r_{xy} = .262, p < .01$) y afectiva ($r_{xy} = .293, p < .01$) y la satisfacción vital: pasada ($r_{xy} = .292, p < .01$), presente ($r_{xy} = .200, p < .01$) y futura ($r_{xy} = .209, p < .01$), excepto participación social ($r_{xy} = .075, p < .01$), muestran relaciones significativas y positivas con la salud autopercebida, asociación que es más elevada para la satisfacción vital presente y el apoyo socialafectivo. En cuanto a las correlaciones con el indicador de salud autopercebida en el último mes, este se asocia significativamente y de forma positiva con todas las variables analizadas, relación que es más elevada para la satisfacción vital presente ($r_{xy} = .267, p < .01$) y futura ($r_{xy} = .221, p < .01$).

En contraste con lo anterior, las correlaciones obtenidas en la muestra de Costa Rica con la variable salud autopercebida evidencian que esta se asocia significativa y positivamente solamente con satisfacción vital, relación que es más elevada para la satisfacción vital pasada ($r_{xy} = .191, p < .01$) -en el caso de la medida SF-8- y con la satisfacción vital futura en el indicador utilizado de salud autopercebida en el último mes ($r_{xy} = .216, p < .01$), lo cual sugiere que las variables sociales *red social*, *apoyo social* y *participación social* no se relacionan con la percepción de salud en los participantes de Costa Rica, aunque sí en los participantes de España, lo cual podría responder al menor número de tamaño muestral, por una parte, y características socioculturales de la muestra costarricense.

Tabla 4. Correlaciones entre Apoyo Social, Red social, Participación Social y Satisfacción Vital con Salud Autopercebida.

| Variables | ESPAÑA | | COSTA RICA | |
|--------------------------------|-------------------------|--------------------------------------|-------------------------|--------------------------------------|
| | Perceived Health (SF-8) | Indicador Salud Percibida último mes | Perceived Health (SF-8) | Indicador Salud Percibida último mes |
| Red social (Lubben) | .200** | .122** | .061 | .084 |
| Apoyo social funcional-Duke | .288** | .155** | .094 | .065 |
| Apoyo social confidencial-Duke | .262** | .145** | .089 | .072 |
| Apoyo social afectivo-Duke | .293** | .145** | .097 | .046 |
| Participación social | .075 | .110** | - | -.001 |
| Satisfacción Vital Pasado | .292** | .183** | .191** | .190** |
| Satisfacción Vital Presente | .330** | .267** | .184** | .129** |
| Satisfacción Vital Futuro | .209** | .221** | .151* | .216** |
| Indicador de Sat. Vital Global | .030 | .041 | - | .128 |

Fuente: elaboración propia

La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).**

La correlación es significante al nivel 0,05 (bilateral).*

Con el objeto de determinar qué variables o escalas predicen la satisfacción con la vida, y en qué medida lo hace cada una de ellas, se lleva a cabo un análisis de regresión múltiple, cuya variable dependiente es el componente de satisfacción con la vida presente, dado que en los análisis correlacionales previos, la satisfacción con la vida se asociaba con mayor magnitud con las variables independientes analizadas en este estudio (apoyo social, red social, participación social y salud autopercebida), lo cual aplica para ambas muestras.

El modelo de regresión resultante para la muestra española se muestra en la tabla 5.

Tabla 5. Modelo de Regresión Lineal Múltiple de Satisfacción con la vida Presente en la muestra de España.

| VARIABLES | B | EE | BETA | t | p |
|-------------------------------|------|------|------|-------|------|
| Red social (Lubben) | .101 | .047 | .095 | 2.165 | .031 |
| Apoyo social funcional (Duke) | .349 | .045 | .337 | 7.725 | .000 |
| Participación social | .086 | .042 | .078 | 2.031 | .043 |
| Indicador salud percibida mes | .220 | .043 | .193 | 5.084 | .000 |

R=.487; $R^2=.237$; R^2 corregida = .231

Fuente: elaboración propia

a. variable dependiente: satisfacción con la vida presente

Nota: B= Coeficiente de regresión no estandarizado Beta; BETA= Coeficiente de regresión estandarizado; EE= Error estándar; t= estadístico t; p= Significación <.01.

Se encontró una capacidad predictiva ajustada al modelo del 23.1 % ($R^2=.231$; $p<.001$) y todos los coeficientes beta de los predictores presentan un efecto predictivo positivo, de los que el más elevado corresponde al de apoyo social funcional (.337) y salud autopercebida (.193).

Tabla 6. Modelo de Regresión Lineal Múltiple de satisfacción con la vida presente en la muestra de Costa Rica.

| VARIABLES | <i>B</i> | <i>EE</i> | BETA | <i>t</i> | <i>p</i> |
|-------------------------------|----------|-----------|------|----------|----------|
| Red social (Lubben) | .120 | .060 | .125 | 2.206 | .045 |
| Apoyo social funcional (Duke) | .037 | .006 | .391 | 6.526 | .000 |
| Perceived Health (SF-8) | .147 | .066 | .136 | 2.206 | .028 |

$R=.501$; $R^2=.251$; $R^2\text{ corregida} = .236$

Fuente: elaboración propia

a. Variable dependiente: Satisfacción con la vida presente

Nota: *B*= Coeficiente de regresión no estandarizado Beta; BETA= Coeficiente de regresión estandarizado; *EE*= Error estándar; *t*= estadístico *t*; *p*= Significación <.01.

En el análisis de regresión múltiple para conocer los efectos del apoyo social, la red, la participación social y la salud autopercebida sobre el componente de satisfacción con la vida presente (tabla 6), en la muestra de Costa Rica se encontró una capacidad predictiva ajustada al modelo del 23.6 % ($R^2 =.236$; $p<.001$) y de todos ellos el apoyo social, percepción de la red social y la salud autopercebida es capaz de predecir significativamente la satisfacción con la vida en la muestra de Costa Rica.

Discusión

El objetivo del presente trabajo persigue evaluar la capacidad predictora de los indicadores como el apoyo social percibido, la red de apoyo, salud percibida y nivel de participación social sobre la satisfacción con la vida en alumnos de programas universitarios para personas adultas mayores en Costa Rica y España.

El presente artículo enfatiza la importancia de la satisfacción con la vida como indicador del envejecimiento con éxito, sobre todo en aquella población vinculada a programas educativos y a estilos de vida activos durante la vejez (Villar et al., 2006; Fernández-Ballesteros, Molina, Schettini y Del Rey, 2012)., la cual es clave ya que la

literatura precedente refuerza el valor de la satisfacción con la vida como un buen determinante de la salud percibida y la mayor participación social en la vejez, lo que la ubica como un poderoso predictor del envejecimiento con éxito (Kahana, Kelley-Moore y Kahana, 2012; Gutiérrez et al., 2013; Joop et al, 2015; Bülow y Söderqvist, 2014; Whitley, Popham y Benzeval, 2016).

Se considera que el presente trabajo puede estimular la investigación futura sobre cuáles pueden ser los factores que influyen en la valoración del bienestar y la calidad de vida en personas mayores, tomando en cuenta las particularidades culturales y las demandas específicas del contexto a las que se enfrentan las personas mayores, además de su relación con los modelos teóricos del envejecimiento con éxito.

Como plantea Sánchez-Sánchez (2017), los resultados están en consonancia con la llamada “paradoja del bienestar” que se da cuando ante las inevitables pérdidas y/o aumento de dificultades esperadas que surgen con el paso de los años en las personas mayores, el bienestar presente se mantiene en niveles altos. De acuerdo con los resultados encontrados en el estudio, la paradoja que plantea Sánchez-Sánchez (2017) no puede ser comprendida sin la exhaustiva revisión de los determinantes del envejecimiento con éxito como los revisados en esta propuesta ya que, se parte de que el modelo de envejecimiento exitoso clásico propone el compromiso activo con la vida a través del mantenimiento de relaciones interpersonales y de actividades productivas (Rowe y Khan, 1997). Por lo anterior, dada la particularidad de la muestra estudiada, la participación en actividades vinculadas con el aprendizaje tiene un impacto en la valoración positiva de la vida (satisfacción con la vida) potenciando la relación con criterios claves, el aumento de nuevas relaciones sociales gratificantes a la vez que ayuda al crecimiento personal (Sánchez-Sánchez, 2017).

Por un lado, la descripción específica del perfil de participación de la muestra estudiada dirige la atención a posibles características culturales de los países estudiados, como el tiempo dedicado a tareas de cuidado entre los costarricenses en lugar de destinarla a actividades de ocio o deportivas, como en el caso español. A la vez, también la discusión se podría dirigir hacia el acceso a oportunidades de participación social que el entorno inmediato ofrece a sus mayores, es decir, el desarrollo programático y acceso a diversidad de actividades en España versus las ofrecidas para la población en Costa Rica podría ser de interés para análisis futuros este énfasis que, sin duda, tendrá implicaciones en políticas públicas en torno al desarrollo de mejores espacios de participación social para la población mayor direccionadas a la promoción del envejecimiento con éxito.

Por otro lado, los resultados encontrados -al igual que en otras revisiones- apuntan a que en poblaciones de personas mayores participantes de programas universitarios de aprendizaje a lo largo de la vida, se tiende a puntuar alto en indicadores de percepción positiva en la redes de apoyo y apoyo percibido relacionados con la alta puntuación en indicadores de satisfacción con la vida o calidad de vida y autopercepción de la salud, sin que sean condicionados por el nivel de aprendizaje o conocimiento adquirido en el programa formativo (Fernández-Ballesteros et al, 2013; Orte, March y Vives, 2007; Villar et al., 2006): pareciera, en su lugar, que el efecto grupal e interpersonal de la experiencia de la participación social y educativa en concordancia con los altos indicadores en las variables de apoyo social, buena salud percibida son, en efecto, variables necesarias para comprender la satisfacción con la vida en la muestra estudiada. Este fenómeno a pesar de que en los datos en ambas muestras se identifica leves diferencias entre algunos indicadores, más bien presenta condiciones similares, debido a que están expuestas al efecto grupal y al aprendizaje, no

a la igualdad de procesos educativos de la propuesta universitaria en donde sí existen diferencias programáticas, de contenidos y metodologías de trabajo.

El estudio de la satisfacción con la vida resulta el principal criterio del envejecimiento con éxito (Ebner y Freund, 2007) siguiendo Carstensen, Fung y Charles (2003), como resultado de un ejercicio de selección y compensación que permite comprender la valoración subjetiva de la vida y así potenciar la adaptación durante la vejez, y que se ve potenciada por estrategias de consecución de metas y adaptación durante la vejez (Freund, 2006) al contar con buenas redes de apoyo y percepción de apoyo social, así como indicadores positivos de salud percibida y otras experiencias de participación social que facilitan la comprensión del fenómeno.

En torno al tema, sería interesante revisar en futuras investigaciones si las relaciones entre las variables del modelo analizado son encontradas en otros grupos de personas adultas mayores en distintos programas educativos o en la población adulta mayor general o, de igual forma, realizar un análisis más detallado en las muestras estudiadas sobre efectos mediadores de características sociodemográficas y culturales en las relaciones encontradas que permita plantear modelos con mayor poder explicativo.

Conclusiones

Los datos encontrados ratifican que las puntuaciones positivas en los indicadores de red de apoyo, apoyo social percibido y salud percibida son claves para comprender la satisfacción con la vida como criterio del envejecimiento con éxito en población adulta mayor con altos niveles de participación en ambas muestras.

Además, los datos relacionan la satisfacción con la vida y participación social, la cual es la responsable de aumentar la red social y aportar apoyo social, aunque ambas se vinculan directamente con la salud percibida. Más concretamente, se identifica las

correlaciones entre salud autopercebida, red social, apoyo social funcional y participación social con satisfacción con la vida.

El cuarto pilar del modelo de envejecimiento activo, el *aprendizaje a lo largo de la vida*, se erige así como un recurso idóneo para ayudar a las personas a que envejecan con éxito, el cual les proporciona nuevos retos a través del aprendizaje pero además, un buen contexto de socialización. En la investigación se constata que los beneficios de la participación en programas formativos se dan en todas las personas, independientemente de sus recorridos educativos previos o de la cultura a la que pertenecen, ya que se han encontrado hallazgos positivos tanto en la muestra española como en la costarricense, aun cuando la red social y el apoyo social funcional fueron ligeramente mayores en el caso de la muestra española.

Respecto de la satisfacción con la vida, fue la muestra española la que presentaba puntuaciones más altas en la satisfacción con la vida pasada, pero la costarricense obtuvo puntuaciones más altas en la satisfacción con la vida presente y la futura y también en el indicador global de satisfacción vital. En el caso de la salud autopercebida, las puntuaciones más altas fueron las de la muestra española, aunque cuando se preguntó por un indicador general más centrado en la vivencia presente, la costarricense obtuvo niveles más altos; no obstante, sobre esta línea de trabajo serán necesarias nuevas evidencias para seguir fortaleciendo los programas formativos de aprendizaje a lo largo de la vida, tomando en cuenta las diferencias contextuales y culturales de la mano con la teoría sobre el envejecimiento con éxito.

Referencias

- Ahmed-Mohamed, K., Fernandez-Mayoralas, G., Rojo-Perez, F., Forjaz, M. J. y Martinez-Martin, P. (2013). Perceived Social Support of Older Adults in Spain. *Applied Research in Quality of Life*, 8(2), 183-200. <https://doi.org/10.1007/s11482-012-9184-8>
- Andrews, F. y Whitney, S. (1976). *Social Indicators of Well - Being: America's Perception of Life Quality*. New York: Plenum.
- Au, A. M. L., Chan, S. C. Y., Yip, H. M., Kwok, J. Y. C., Lai, K. Y., Leung, K. M. y Lai, S. M. K. (2017). Age-Friendliness and Life Satisfaction of Young-Old and Old-Old in Hong Kong. *Current Gerontology and Geriatrics Research*, 2017, 1-10. <https://doi.org/10.1155/2017/6215917>
- Ayala, A., Rodríguez-Blázquez, C., Frades-Payo, B., João, M., Martínez-Martín, Pablo Fernández-Mayoralas, G., y Rojo-Pérez, F. (2012). Propiedades psicométricas del Cuestionario de Apoyo Social Funcional y de la Escala de Soledad en adultos mayores no institucionalizados en España. *Gaceta Sanitaria*, 26(4), 317-324. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2011.08.009>
- Baltes, P. B. y Baltes, M. M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: the model of selective optimization with compensation. En B. Baltes & M. M. Baltes (Eds.), *Successful Aging: Perspectives from the Behavioral Sciences* (pp. 1-34). Cambridge: Cambridge University Press.
- Bellon, J. A., Delgado, S. A., Luna del Castillo, J. D., Lardelli, C. P., Bellon Saameno, J. A., Delgado, S. A. y Lardelli, C. P. (1996). Validez y fiabilidad del cuestionario de apoyo social funcional Duke-UNC-11. *Atencion Primaria*, 18(4), 153-163.
- Berglund, H., Hasson, H., Wilhelmson, K., Dunér, A. y Dahlin-Ivanoff, S. (2016). The impact of socioeconomic conditions, social networks, and health on frail older people's life satisfaction: a cross-sectional study. *Health Psychology Research*, 4(1), 5578. <https://doi.org/10.4081/hpr.2016.5578>
- Bishop, A. J., Martin, P. y Poon, L. (2006). Happiness and congruence in older adulthood: a structural model of life satisfaction. *Aging & Mental Health*, 10(5), 445-453. <https://doi.org/10.1080/13607860600638388>
- Blanco-Molina, Tomás, JM y Pinazo-Hernándi, S. (En pren) Satisfacción con la vida temporal, pasada, presente y futura en personas adultas mayores: evidencias de su validez en Costa Rica y España. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación*.

- Blanco Molina, M. y Salazar Villanea, M. (2017). Predictores socioemocionales y cognitivos: su papel en la comprensión del envejecimiento con éxito en el contexto costarricense. *Universitas Psychologica*, 16(1). <https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsyl6-1.psc>
- Borg, C., Hallberg, I. R., y Blomqvist, K. (2006). Life satisfaction among older people (65+) with reduced self-care capacity: The relationship to social, health and financial aspects. *Journal of Clinical Nursing*, 15(5), 607-618. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2006.01375.x>
- Bowling, A. y Dieppe, P. (2005). What is successful ageing and who should define it? *BMJ*, 331(7531), 1548-1551. <https://doi.org/10.1136/bmj.331.7531.1548>
- Broadhead, W. E., Gehlbach, S. H., De Gruy, F. V. y Kaplan, B. H. (1988). The Duke-UNC Functional Social Support Questionnaire. *Medical Care*, 26(7), 709-723. <https://doi.org/10.1097/00005650-198807000-00006>
- Brown, S. L., Nesse, R. M., Vinokur, A. D. y Smith, D. M. (2003). Providing Social Support may be More Beneficial than Receiving It: Results from a Prospective Study of Mortality. *Psychological Science*, 14(4), 320-327. <https://doi.org/10.1111/1467-9280.14461>
- Bülow, M. H. y Söderqvist, T. (2014). Successful ageing: A historical overview and critical analysis of a successful concept. *Journal of Aging Studies*, 31, 139-149.
- Carstensen, L. L., Fung, H. H. y Charles, S. T. (2003). Socioemotional selectivity theory and the regulation of emotion in the second half of life. *Motivation and Emotion*, 27(2), 103-123. DOI: 10.1023/A:1024569803230
- Chan, Y. K. y Lee, R. P. L. (2006). Network size, social support and happiness in later life: A comparative study of Beijing and Hong Kong. *Journal of Happiness Studies*, 7(1), 87-112. <https://doi.org/10.1007/s10902-005-1915-1>
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112, 155-159. doi: 10.1037/0033-2909.112.1.155
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. 2nd. edit., Hillsdale, N.J., Erlbaum (primera edición, 1977 New York: Academic Press).
- Cosco, T. D., Prina, A. M., Perales, J., Stephan, B. C. M., y Brayne, C. (2014). Operational definitions of successful aging: A systematic review. *International Psychogeriatrics*, 26(3), 1-9. <https://doi.org/10.1017/S1041610213002287>

- Diener, E. y Emmons, R.A. (1984). The independence of positive and negative affect. *Journal of Personality and Social Psychology*, 47, 1105-1117
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., y Griffin, S. (1985). The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49(1), 71-75. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4901_13
- Diener, E., Oishi, S. y Lucas, R. E. (2003). Personality, Culture, and Subjective Well-Being: Emotional and Cognitive Evaluations of Life. *Annual Review of Psychology*, 54(1), 403-425. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.54.101601.145056>
- Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E. y Smith, H. L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.125.2.276>
- Dumitrache, C. G. (2014). *La satisfacción vital en las personas mayores: impacto de los recursos psicosociales*. Universidad de Granada. Recuperado a partir de <http://hera.ugr.es/tesisugr/24159268.pdf>
- Dumitrache, C. G., Rubio, L. y Rubio-Herrera, R. (2016). Perceived health status and life satisfaction in old age, and the moderating role of social support. *Aging & Mental Health*, 21(7), 1-7. <https://doi.org/10.1080/13607863.2016.1156048>
- Ebner, N. y Freund A. M. (2007). Personality Theories of Successful Aging. In: Blackburn, J. A & Dulmus, C. N. (Eds.) *Handbook of Gerontology: Evidence-Based Approaches to Theory, Practice, and Policy*. NJ,US: John Wiley & Sons, Inc.
- Emerson, S. D., Guhn, M. y Gadermann, A. M. (2017). Measurement invariance of the Satisfaction with Life Scale: reviewing three decades of research. *Quality of Life Research*, 1-14. <https://doi.org/10.1007/s11136-017-1552-2>
- Fernández-Ballesteros, R., Zamarrón, M. D. y Ruiz, M. Á. (2001). The contribution of socio-demographic and psychosocial factors to life satisfaction. *Ageing and Society*, 21(1), 25-43. <https://doi.org/10.1017/S0144686X01008078>
- Fernández-Ballesteros, R., Kruse, A., Zamarrón, M. D. y Caprara, M. G. (2007). Quality of life, life satisfaction, and positive ageing. En R. Fernández-Ballesteros (Ed.), *Geropsychology. An European perspective for an ageing world* (pp. 196-223). Gottingen, Germany: Hogrefe y Huber.

- Fernández-Ballesteros, R., Molina, M.Á., Schettini, R. y Del Rey, Á.L. (2012). Promoting active aging through university programs for older adults: An evaluation study. *GeroPsych: The Journal of Gerontopsychology and Geriatric Psychiatry*, 25(3), 145. <https://doi.org/10.1024/1662-9647/a000064>
- Fernández-Ballesteros, R., Caprara, M., Schettini, R., Bustillos, A., Mendoza-Nunez, V., Orosa, T. y Molina, M. Á. (2013). Effects of university programs for older adults: Changes in cultural and group stereotype, self-perception of aging, and emotional balance. *Educational Gerontology*, 39(2), 119-131. <http://dx.doi.org/10.1080/03601277.2012.699817>
- Freund, A. M. (2006). Differential motivational consequences of goal focus in younger and older adults. *Psychology and Aging*, 21, 240–252
- Freund, A. M. y Baltes, P. B. (1998). Selection, optimization, and compensation as strategies of life management: correlations with subjective indicators of successful aging. *Psychology and Aging*, 13(4), 531-543. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.13.4.531>
- Galiana, L., Gutiérrez, M., Sancho, P. y Tomás, J. M. (2015). Propiedades psicométricas de la versión española de la Escala Temporal de Satisfacción con la Vida (Temporal Satisfaction With Life Scale, TSLS): un estudio en mayores que acuden a programas universitarios. *European Journal of investigation in health, psychology and education*, 5(3), 335-344. <https://doi.org/10.1989/ejihpe.v5i3.136>
- Gana, K., Bailly, N., Saada, Y., Joulain, M. y Alaphilippe, D. (2013). Does life satisfaction change in old age: Results from an 8-year longitudinal study. *Journals of Gerontology - Series B Psychological Sciences and Social Sciences*, 68(4), 540-552. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbs093>
- Golpe, L. y Arias, C. (2005). Sistemas Formales e Informales de Apoyo Social para los Adultos Mayores. Aportes de una investigación científica al campo de la Gerontología Institucional. *Mar del Plata: Suárez*.
- Gow, A. J., Pattie, A., Whiteman, M. C., Whalley, L. J. y Deary, I. J. (2007). Social Support and Successful Aging: Investigating the Relationships Between Lifetime Cognitive Change and Life Satisfaction. *Journal of Individual Differences*, 28(3), 103-115. <https://doi.org/10.1027/1614-0001.28.3.103>
- Gutiérrez, M., Tomás, J. M., Galiana, L., Sancho, P. y Cebrià, M. A. (2013). Predicting life satisfaction of the Angolan elderly: A structural model. *Aging and Mental Health*, 84(June 2013), 569-573. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1080/13607863.2012.702731>

- Gwozdz, W. y Sousa-Poza, A. (2009). Ageing, Health and Life Satisfaction of the Oldest Old: An Analysis for Germany. *Social Indicators Research*, 97, 397-417. Recuperado a partir de <http://link.springer.com/article/10.1007/s11205-009-9508-8>
- Havighurst, R. J. (1963). Successful aging. En W. D. En R.H. Williams, C. Tibbitts (Ed.), *Processes of aging: Social and psychological perspectives* (pp. 299-320). New York: Atherton.
- Hsu, H.-C. y Tung, H.-J. (2010). What makes you good and happy? Effects of internal and external resources to adaptation and psychological well-being for the disabled elderly in Taiwan. *Aging & Mental Health*, 14(7), 851-860. <https://doi.org/10.1080/13607861003800997>
- Hsu, H. C. y Jones, B. L. (2012). Multiple trajectories of successful aging of older and younger cohorts. *Gerontologist*, 52(6), 843-856. <https://doi.org/10.1093/geront/gns005>
- Hsu, W., Chen, C., Kuo, L. T., Fan, C., Lee, M. S. y Hsu, R. W. (2014). The relationship between health-related fitness and quality of life in postmenopausal women from southern taiwan. *Clinical Interventions in Aging*, 9, 1573-1579. doi:10.2147/CIA.S66310
- Jopp, D. S., Wozniak, D., Damarin, A. K., De Feo, M., Jung, S. y Jeswani, S. (2015). How could lay perspectives on successful aging complement scientific theory? Findings from a U.S. and a German life-span sample. *Gerontologist*, 55(1), 91-106.
- Kahana, E., Kelley-Moore, J., Kahana, B. (2012). Proactive aging: A longitudinal study of stress, resources, agency, and well-being in late life. *Aging & Mental Health*, 16(4), 438-451. doi:10.1080/13607863.2011.644519
- Kunzmann, U., Little, T. D. y Smith, J. (2000). Is age-related stability of subjective well-being a paradox? Cross-sectional and longitudinal evidence from the Berlin Aging Study. *Psychology and Aging*, 15(3), 511-526. <https://doi.org/10.1037//0882-7974.15.3.511>
- Lubben, J. (1988). Assessing social networks among elderly populations. *Family and Community Health*. <https://doi.org/10.1097/00003727-198811000-00008>
- Lubben, J. y Gironde, M. (2004). Measuring Social Networks and Assessing their Benefits. En C. Phillipson, G. Allan, & D. H. J. C. N.-H. . S. 2004 Morgan (Eds.), *Social networks and social exclusion: sociological and policy perspectives*. Aldershot, England ; Burlington, Vt, England ; Burlington, Vt: Ashgate.

- Lupien, S. J. y Wan, N. (2004). Successful ageing: from cell to self. *Philosophical transactions of the Royal Society of London. Series B, Biological sciences*, 359(1449), 1413-26. <https://doi.org/10.1098/rstb.2004.1516>
- Meléndez, J. C., Navarro, E., Oliver, A. y Tomás, J. (2009). La Satisfacción Vital en los Mayores. Factores Demográficos. *Boletín de Psicología*, 95, 29-42. Recuperado a partir de <http://www.uv.es/seoane/boletin/previos/N95-2.pdf>
- Miranda, J. (2006). *El envejecimiento activo en la sociedad española. Envejecimiento activo, envejecimiento en positivo*. Universidad de La Rioja. Recuperado a partir de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2756873.pdf>
- Ng, T. P., Broekman, B. F. P., Niti, M., Gwee, X. y Kua, E. H. (2009). Determinants of Successful Aging Using a Multidimensional Definition Among Chinese Elderly in Singapore. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 17(5), 407-416. <https://doi.org/10.1097/JGP.0b013e31819a808e>
- Okabayashi, H., Liang, J., Krause, N., Akiyama, H. y Sugisawa, H. (2004). Mental health among older adults in Japan: do sources of social support and negative interaction make a difference? *Social Science & Medicine*, 59(11), 2259-2270. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2004.02.024>
- Orte, C., March, M. X. y Vives, M. (2007). Social support, quality of life, and university programs for seniors. *Educational Gerontology*, 33(11), 995-1013. <http://dx.doi.org/10.1080/03601270701632255>
- Pavot, W. y Diener, E. (1993). Review of the Satisfaction With Life Scale. *Psychological Assessment*, 5(2), 164-172. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.5.2.164>
- Pavot, W., Diener, E. y Suh, E. M. (1998). The Temporal Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 70(2), 340-354. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa7002_11
- Pinquart, M. y Sörensen, S. (2000). Influences of socioeconomic status, social network, and competence on subjective well-being in later life: A meta-analysis. *Psychology and Aging*, 15(2), 187-224. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.15.2.187>
- Puga, D., Rosero-Bixby, L., Glaser, K. y Castro, T. (2007). Red social y salud del adulto mayor en perspectiva comparada: Costa Rica, España e Inglaterra. *Población y Salud en Mesoamérica*, 5(ESP, julio-diciembre, 2007), 1-21. <https://doi.org/10.15517/psm.v5i1.4545>

- Requena Hernández, C., López Fernández, V. y Ortiz Alonso, T. (2009). Satisfacción con la vida en relación con la funcionalidad de las personas mayores activas. *Actas Esp Psiquiatr*, 37(2), 61-67. Recuperado a partir de <http://www.actaspsiquiatria.es/repositorio/10/56/ESP/13476+5+1275.pdf>
- Rosero-Bixby, L. y Dow, W. H. (2012). Predicting mortality with biomarkers: a population-based prospective cohort study for elderly Costa Ricans. *Population Health Metrics*, 10(1), 11. <https://doi.org/10.1186/1478-7954-10-11>
- Rowe, J. y Kahn, R. (1997). *Successful aging*. Nueva York: Random House.
- Ruiz-Montero, P. J., Castillo-Rodriguez, A., Mikalački, M. y Delgado-Fernandez, M. (2015). Physical Fitness Comparison and Quality of life between Spanish-Serbian Elderly Women through a Physical Fitness Program. *Collegium Antropologicum*, 39(2), 411-417.
- Sailer, U., Rosenberg, P., Nima, A. Al, Gamble, A., Gärling, T., Archer, T. y Garcia, D. (2014). A happier and less sinister past, a more hedonistic and less fatalistic present and a more structured future: time perspective and well-being. *PeerJ*, 2, e303. <https://doi.org/10.7717/peerj.303>
- Sánchez-Sánchez, FG (2017). Variables predictoras de la satisfacción con la vida en personas mayores que participan en programas formales de aprendizaje (Tesis doctoral). Universidad de Valencia, España
- Seeman, T. E., Lusignolo, T. M., Albert, M. y Berkman, L. (2001). Social relationships, social support, and patterns of cognitive aging in healthy, high-functioning older adults: MacArthur Studies of Successful Aging. *Health Psychology*, 20(4), 243-255. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.20.4.243>
- Sirgy, M. J. (2012). *The Psychology of Quality of Life: hedonic well-being, life satisfaction, and eudaimonia*. Springer. Recuperado a partir de https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=tTSGbDAAKGkC&oi=fnd&pg=PR7&ots=wngAu8W29M&sig=q8-EQyiMAjCasAW04SI2mo7kF4Q&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false
- Smith, J., Borchelt, M., Maier, H. y Jopp, D. (2002). Health and well-being in the young old and oldest old. *Journal of Social Issues*, 58, 715-732. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/1540-4560.00286>
- Theurer, K., y Wister, A. (2010). Altruistic behaviour and social capital as predictors of well-being among older Canadians. *Ageing and Society*, 30(1), 157-181. <https://doi.org/10.1017/S0144686X09008848>

- Tomás, J. M., Galiana, L., Gutiérrez, M., Sancho, P. y Oliver, A. (2016). Predicción del bienestar hedónico y eudaimónico en envejecimiento con éxito. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 6(3), 139-148. <https://doi.org/10.1989/ejihpe.v6i3.177>
- Tomás, J. M., Galiana, L., Oliver, A., Sancho, P. y Pinazo-Hernandis, S. (2016). Validación de la «Escala de satisfacción temporal con la vida». *Psicología conductual = behavioral psychology: Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 24(3), 555-567. Recuperado a partir de http://www.funveca.org/revista/pedidos/product.php?id_product=729
- Triadó, C. y Villar, F. (2006). La psicología del envejecimiento: Conceptos, teorías y método. En C. Triadó & F. Villar (Eds.), *Psicología de la Vejez* (p. 450). Madrid: Alianza Editorial.
- University of Western Ontario (2010). BioPsychoSocial assessment tools for the elderly—Assessment summary sheet: Lubben Social Network Scale—Revised (LSNS-R). Recuperado a partir de <http://instruct.uwo.ca/health-sciences/9641/Assessments/Social/LSNS-R.html>
- Villar, F., Pinazo-Hernández, S., Triadó, C., Solé, C., Montoro-Rodríguez, J. y Celdrán, M. (2006). Evaluación de programas universitarios para mayores: motivaciones, dificultades y contribuciones a la calidad de vida. *Estudios de E I+D+I*, (50), 150. Recuperado a partir de <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/imerso-estudiosidi-50.pdf>
- Vivaldi, F. y Barra, E. (2012). Bienestar Psicológico, Apoyo Social Percibido y Percepción de Salud en Adultos Mayores Psychological Well-Being, Perceived Social Support and Health Perception Among Older Adults. *Terapia Psicológica*, 30(2), 718-4808. <https://doi.org/10.4067/S0718-48082012000200002>
- Ware, J. E., Kosinski, M., Dewey, J. E. y Gandek, B. (2001). *How to Score and Interpret Single-Item Health Status Measures: A Manual For Users of the SF-8 Health Survey*. Lincoln RI ;Boston MA: QualityMetric, Inc.
- Ware, J. E., Snow, K. K., Kosinski, M. y Gandek, B. (1993). SF-36 Health Survey Manual and Interpretation Guide. *Boston New England Medical Centre*, 1 v. (various pagings).
- Wiest, M., Schüz, B. y Wurm, S. (2013). Life satisfaction and feeling in control: Indicators of successful aging predict mortality in old age. *Journal of Health Psychology*, 18(9), 1199-1208. Recuperado a partir de <http://search.proquest.com/docview/1466098311?accountid=14777>

Whitley, E., Popham, F. y Benzeval, M. (2016). Comparison of the Rowe–Kahn Model of Successful Aging With Self-rated Health and Life Satisfaction: The West of Scotland Twenty-07 Prospective Cohort Study. *The Gerontologist*, 56 (6), 1082-1092. DOI: <https://doi.org/10.1093/geront/gnv054>

Ye, S. (2007). Validation of the temporal satisfaction with life scale in a sample of Chinese university students. *Social Indicators Research*, 80, 617-628. Recuperado a partir de <http://www.springerlink.com/index/N583606223040545.pdf>

Zunzunegui, M.-V., Alvarado, B. E., Del Ser, T. y Otero, A. (2003). Social networks, social integration, and social engagement determine cognitive decline in community-dwelling Spanish older adults. *The journals of gerontology. Series B, Psychological sciences and social sciences*, 58(2), S93-S100. <https://doi.org/10.1093/geronb/58.2.S93>

Artículo recibido: 17 Octubre, 2017
Artículo aprobado: 01 Agosto, 2018

LA INNOVACIÓN DEL PROYECTO GERONTOLÓGICO DESDE LA EDUCACIÓN SOCIAL: EFECTOS SOBRE BIENESTAR PSICOLÓGICO Y SUBJETIVO DE PERSONAS ESPAÑOLAS INSTITUCIONALIZADAS

THE INNOVATION OF THE GERONTOLOGICAL PROJECT FROM SOCIAL EDUCATION: EFFECTS ON PSYCHOLOGICAL AND SUBJECTIVE WELL BEING OF INSTITUTIONALIZED SPANISH PEOPLE

Laura Rubio Rubio¹; Cristina Buedo-Guirado²

RESUMEN

El objetivo del trabajo fue analizar el efecto sobre el bienestar psicológico y la satisfacción vital de personas mayores institucionalizadas participantes en un proyecto de intervención innovador generado desde la perspectiva de la educación social. Se seleccionó a 50 personas mayores institucionalizadas con capacidades psicomotoras adecuadas para ejecutar el estudio exploratorio y se empleó un diseño cuasiexperimental pretest-postest con grupo control y experimental. Para evaluar el bienestar psicológico se empleó la Escala de bienestar psicológico de Ryff, y la satisfacción vital mediante la Escala de satisfacción con la vida de Diener. El grupo control se mantuvo en las actividades residenciales estimulación cognitiva y gimnasia-mientras que el experimental realizó la intervención innovadora con actividades de envejecimiento activo y empoderamiento. Tras la intervención, los participantes del grupo experimental mostraron mejoras en los valores medios de bienestar y satisfacción vital percibidos, mientras que el grupo control no vio modificadas sus puntuaciones. Los resultados muestran beneficios de una innovación interventiva y de la inclusión del educador social en las residencias gerontológicas.

PALABRAS CLAVE: gerontología, educación social, envejecimiento activo.

ABSTRACT

The aim of this study is to analyse the impact of an innovative project of intervention from the perspective of social education, on the psychological well-being and the vital satisfaction on institutionalized elderly. We selected 50 institutionalized elderly people with adequate psychomotor skills to carry out the exploratory study. The quantitative methodology was used, using the surveys developed by Ryff (Díaz et al., 2006) and Diener (Atienza et al., 2000) for their perceived well-being and satisfaction, divided into two groups of action for three months. Control group was maintained in the residential activities: cognitive stimulation and gymnastics. Experimental group performed the innovative intervention with activities of active aging and empowerment. The comparative results of the pre-post intervention study showed improvements in the average values of well-being and satisfaction perceived. The results show the benefits of interventional innovation and the inclusion of the social educator in the gerontological residences.

KEY WORDS: gerontology, social education and active aging.

¹Biología y Psicología, Doctora en Gerontología Social. Docente en el Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación, Universidad de Granada, España. E-mail: lrrubio@ugr.es

²Magíster en Gerontología, Dependencia y protección de los mayores por la Universidad de Granada, España. E-mail: cbuedog@gmail.com



Introducción

Los centros geriátricos fueron creados a finales del siglo XIX como respuesta a una población cada vez más envejecida y carente de recursos, con el fin de paliar las consecuencias de una industrialización que sustituyó la experiencia de las personas mayores por la fuerza de una mano de obra juvenil (Throw, 1976). En esta época, la perspectiva de intervención atribuida a los centros era meramente asistencial, donde el envejecimiento saludable era el resultado de un buen funcionamiento orgánico. En el siglo XX fue sustituida por un tratamiento integral, gracias a la difusión de las investigaciones gerontológicas que buscaban conocer qué relación se daba entre el organismo biológico y el estado emocional y social (Bandura, 1986), con el objetivo de lograr un envejecimiento exitoso.

Esta corriente quedó materializada en los años 90 en España, gracias al I Convenio Nacional de Residencias de la Tercera Edad, publicado en el Boletín Oficial del Estado (BOE 128, 1997, p. 23376-23378), momento en el que la atención gerontológica agrupaba la asistencia básica, la atención sanitaria y la intervención psicosocial; por ende, la apertura funcional y profesional dentro de los centros geriátricos españoles resulta ser una revolución cuyo principal fin es erradicar las necesidades surgidas de las personas mayores institucionalizadas, a través de la multidisciplinariedad para mejorar los procesos de envejecimiento tanto dentro, como fuera de los complejos (Bowling, 2007).

Posteriormente, ante las demandas y necesidades de los “nuevos mayores”, se incluyó al técnico en animación sociocultural, profesional que se convirtió en la figura encargada de intervenir en actividades culturales, sociales, educativas y recreativas desde el ámbito educativo en la atención gerontológica (BOE 181, 2003, p. 29640).

Finalizados los 90 en España, los estudios realizados sobre el proceso de envejecimiento han enfocado sus investigaciones en hallar definiciones empíricas, modelos teóricos y predictores más complejos del logro de un envejecimiento activo y saludable (Fernández-Ballesteros, 2009), así como la interrelación de las dimensiones biopsicosociales.

El envejecimiento activo se define como “el proceso de optimización de oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen” (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2002): para lograrlo, las personas mayores deben reconocer sus principios y derechos, lo cual les permite vivir con independencia y plena participación en todas las esferas de su vida (Instituto de Mayores y Servicios Sociales [IMSERSO], 2012) a través de un estado de bienestar físico, psíquico y social (OMS, 2002). Además de la autonomía, independencia y de la participación, posteriormente se añadió el aprendizaje a lo largo de la vida como el cuarto componente del envejecimiento activo (OMS, 2015), de modo que se constituyó en plan integral sustentado en cuatro pilares: la salud, la participación, el aprendizaje y la seguridad.

Tras la inclusión de este nuevo paradigma de envejecimiento, los proyectos de intervención gerontológicos se vieron afectados, ya que trataron de incorporar estrategias que mejoraran los procesos de envejecimiento social y psicológico (Fernández-Ballesteros, Zamarrón, y Maciá. 1996). Desde esta perspectiva, se incentivó programas orientados a preservar la autonomía e independencia de las personas mayores el mayor tiempo posible, de modo que se fomentara un envejecimiento saludable en el que los destinatarios forman parte activa y consciente de su proceso, protagonistas y creadores de su propio proceso de envejecimiento, a través de un mapa de actividades cuyo eje sea la individualización.

En relación con lo anterior, se ha observado que las relaciones positivas, el sentido del humor, el disfrute de la vida y la aceptación ante los cambios son los criterios esenciales del bienestar y del envejecimiento exitoso (Ryff, 1989) y que se relacionan con la salud de las personas mayores (Steptoe, Deaton, y Stone, 2015), sin dejar de lado que es un promotor del bienestar percibido y determinante para la prevalencia de una menor discapacidad y morbilidad (Seeman, Kaplan, Knudsen, Cohen, y Guralnik, 1987; Woo, Leung, y Zhang, 2016).

Además de las mencionadas, hay otras estrategias como la participación social y el empoderamiento (Pérez, Rubio-Herrera y Padilla, 2015), dos de los pilares fundamentales para el sostén de la calidad de vida de las personas mayores, gestados a través de proyectos ambiciosos e innovadores, que buscan el mayor efecto sobre el bienestar integral de las personas mayores, y que se enfrentan a la dura tarea de adaptarse a las nuevas e idiosincráticas necesidades de las personas mayores, cuyo origen radica en los cambios sociales que modificaron el perfil de la persona mayor española en la actualidad. La población con edades superiores a los 80 años ha pasado de ser en el año 1981 de 725,141 personas, a estimarse en unas 6,373,947 para el año 2051 (Causapié, Balbontín, Porras y Mateo, 2011; IMSERSO, 2012). Paralelamente, se han modificado otros factores relativos a la socialización de las personas mayores: un 43.7% ha utilizado el ordenador y un 85.3% ha usado el teléfono móvil en los últimos tres meses (Instituto Nacional de Estadística [INE], 2017), además de que un 53% han realizado actividades de envejecimiento activo. Asimismo, respecto a su percepción, participación e inquietudes, el 87% desea mantener su autonomía y el 43% quiere participar activamente en la sociedad (IMSERSO, 2009, p.139).

Tales cifras evidencian las necesidades especiales de los programas de envejecimiento activo tras la presente revolución social como forma de mantener la autonomía y calidad de vida de las personas mayores, preservando sus derechos fundamentales, su contribución y participación en sociedad. No obstante, para un amplio sector de la población mayor -las personas institucionalizadas- es difícil acceder a los programas que se llevan a cabo desde los servicios sociales, políticos y de salud, ya que es poco frecuente que los centros residenciales ofrezcan oportunidades de envejecimiento activo y participación en la sociedad a las personas que allí residen, motivo por el que, en la actualidad, el 95% de las personas mayores prefiere residir en sus domicilios, mientras puedan valerse por sí (Osorio y Salinas, 2016), ya que la pérdida de autonomía, de identidad, de participación y de calidad de vida son los mayores temores ante la institucionalización.

A lo anterior, debe sumarse la ausencia de innovación en la asistencia geriátrica, la cual radica en el estancamiento profesional presente en los centros, problemática social que debe tratarse y que la educación social puede mitigar.

En cuanto a la educación social, es definida como la profesión encargada de la promoción cultural y social que posibilita la apertura a nuevas posibilidades para la adquisición de bienes culturales que amplíen las perspectivas educativas, laborales, de ocio y participación social (Senra-Varela, 2011), con el objetivo de desarrollar acciones sociales que permitan la creación de redes entre servicios que atienden a personas, para el desempeño de la acción socioeducativa (Soriano y Moreno, 2015). Entre sus funciones, destacan las siguientes competencias que concuerdan en beneficio de la intervención gerontológica actual en los complejos (Asociación estatal de educación social [ASEDES], 2007): la capacidad para particularizar las formas de transmisión cultural a la singularidad de los sujetos de la educación; la pericia para identificar los diversos lugares que generan

y posibilitan un desarrollo de la sociabilidad, la circulación social y la promoción social y cultural; pericia para discriminar las posibles respuestas educativas a necesidades, diferenciándolas de otros tipos de respuestas posibles (asistenciales, sanitarias, terapéuticas, etc.); y la capacidad para formalizar los documentos básicos que regulan la acción socioeducativa: proyecto socioeducativo del centro, reglamento de régimen interno, plan de trabajo, proyecto educativo individualizado y otros informes socioeducativos.

Todas estas competencias son transformadas en un proyecto de intervención gerontológico novedoso, desde la perspectiva de la educación social, a través de actividades dirigidas a mejorar la apertura y la participación social, tales como taller de ocio, festeja la vida, taller de prensa y volunterapia (utilizan el juego, la cultura, los debates y el voluntariado de asociaciones exteriores, como herramienta para la creación de nuevas redes sociales). Aquellas que utilizan recursos materiales a su alcance para la promoción de la autonomía son naturterapia y mediateca (crean huertos urbanos, rutas de senderismo y relaciones a través de las nuevas tecnologías para la mejora del autoconcepto individual). Por último, se encuentran las actividades dirigidas a prolongar las capacidades físicas y cognitivas de forma innovadora, denominadas estimulación cognitiva por ordenador y Montessori y los juegos de psicomotricidad desarrollados en talleres intergeneracionales.

Teniendo en cuenta lo anterior, el objetivo del trabajo es analizar el efecto sobre el bienestar psicológico y la satisfacción vital de personas mayores institucionalizadas de un proyecto de intervención desde la perspectiva de la educación social.

Metodología

Participantes

La muestra de esta investigación incluyó 50 personas con edades comprendidas entre los 60 y los 98 años, con una media de edad de 85.90 años (DT=8.25). Por las características del estudio, se utilizó un muestreo por itinerario no probabilístico en el que los participantes han sido seleccionados atendiendo a dos criterios de inclusión inicialmente establecidos: encontrarse capacitados físicamente para la ejecución de las actividades y mantener las capacidades cognitivas para poder responder a los instrumentos utilizados. Todos los participantes se encontraban institucionalizados en una residencia situada en la provincia de Madrid, España. La media del tiempo desde su entrada al complejo hasta el momento de realizar el proyecto era de 1.48 años (DT=1.43). Respecto de su género, el 72% de la muestra era femenino y el 28%, masculino.

En general, ninguno había realizado actividades o programas de envejecimiento activo con anterioridad a su entrada en la institución. En cuanto a su autonomía, el 54% se encontraba en un grado tres de dependencia, limitando su desarrollo en todas las AVD. En los grados menos severos de la incapacidad funcional, se encuentra el 28% en grado 1, y el 14% en grado 2; lo menos frecuente fue la ausencia de dependencia en esta muestra (4%).

Para realizar el proyecto se empleó un diseño cuasiexperimental pretest-postest, cuya muestra fue dividida en dos grupos: un grupo control compuesto por 25 personas que no participaron en las actividades del proyecto, pero continuaron con el programa general del complejo con gerontogimnasia y estimulación cognitiva a través de la realización de fichas y coloquios; y un grupo experimental con los 25 participantes restantes que participaron en las actividades del programa durante el desarrollo de este. No se observó diferencias significativas entre las características sociodemográficas (edad,

dependencia y años de institucionalización) de ambos grupos tras su división.

Instrumentos

Bienestar psicológico. Para conocer el bienestar percibido por cada uno de los participantes de la muestra se utilizó la Escala de bienestar psicológico de Ryff (1989) en su adaptación española realizada por Díaz et al. (2006). Este instrumento aporta información en torno a seis factores: autoaceptación, relaciones positivas, autonomía, dominio del entorno, crecimiento personal y propósito en la vida. Para su cumplimentación, se debe completar 29 afirmaciones (Díaz et al. 2006) con un formato de respuesta que oscila del 1 (completamente en desacuerdo) al 6 (totalmente de acuerdo). La consistencia interna en el estudio de validación al castellano mostró valores adecuados que oscilaron entre .70 y .84 de alfa de Cronbach (Díaz et al. 2006) que, en este trabajo, correspondieron a .64 y .86, valores adecuados según la literatura científica (Huh, Delorme y Reid, 2006). Su uso con personas mayores ha sido ratificado a través de numerosas investigaciones que demuestran su validez (Tomás, Meléndez y Navarro, 2008; Dumitrache, 2014).

Satisfacción vital. Para conocer la satisfacción percibida por los residentes se seleccionó la escala de Satisfacción vital de Diener, Suh, Lucas, y Smith (1999) en su adaptación al castellano por Atienza, Pons, Balaguer y García-Merita (2000). El cuestionario presenta un total de cinco ítems, cuya respuesta oscila entre 1 (completamente en desacuerdo) y 7 (totalmente de acuerdo), una escala atractiva, debido a su brevedad, para evitar posibles fatigas y respuestas aleatorias en personas mayores encuestadas. Las propiedades psicométricas obtenidas en la adaptación al castellano son adecuadas, con un valor de alfa de Cronbach superior a 0.70. En el presente estudio la fiabilidad fue de .88.

Características de la muestra. Se añadió cinco ítems para conocer variables sociodemográficas como edad, sexo, participación previa en programas de envejecimiento activo, grado de dependencia y años en la institución.

Procedimiento

Tras establecer contacto con el centro geriátrico y obtener su autorización, se estableció contacto directo con las personas mayores del centro que participaron en este estudio, seleccionados mediante un muestreo por itinerario no probabilístico ya que, por motivos de la investigación, debían cumplir dos requisitos: poder contestar a la encuesta de bienestar y satisfacción percibidos y poder participar en el proyecto de actividades.

Para la recogida de datos, se acató las normas éticas de la Asociación Americana de Psicología (APA), siguiendo una pauta iniciada por la explicación en torno al objetivo y confidencialidad del estudio, y la duración estimada de la entrevista. Posteriormente, se informó sobre su carácter voluntario y de su derecho a finalizar la entrevista o su participación. Finalizado este acuerdo inicial, los participantes debían firmar su consentimiento informado. Para comenzar la entrevista de forma individual en el centro, administrada por la investigadora, quien leyó en voz alta los ítems a cada participante individualmente y registró las respuestas.

Tras finalizar la primera recogida de datos, se procedió a aplicar el proyecto de actividades basado en la perspectiva de la educación social. Para ello, la muestra fue subdividida en un grupo experimental (n=25) que realiza las actividades del programa y uno de control (n=25), que no participó en estas. El grupo experimental participó en el programa de envejecimiento activo durante un periodo de tres meses, con sesiones de lunes a viernes de 8 horas cada día. Durante esos meses, se aplicó diez talleres de actividades con la finalidad de promover la salud, el bienestar y la participación social de las personas promover su aprendizaje y empoderamiento. Las actividades y talleres se

describen a continuación:

Taller de ocio. Mediante este, se busca la socialización y el disfrute a través de juegos de mesa populares, bingo y lectura compartida. Se impartía dos veces por semana, con una duración de hora y media, su fin es incrementar la autoaceptación y la satisfacción vital.

Taller de naturterapia. Su herramienta de trabajo es el contacto con la naturaleza al crear huertos urbanos y rutas de senderismo para mejorar la condición física y social.

Taller de prensa y calidad. Constituye el foro y debate para la promoción de la participación social y la apertura a la comunidad.

Estimulación cognitiva. Se realizaba de forma diaria en sesiones de 3 horas, con 3 actividades por sesión: sesiones con ordenador (programa Grador y Neuron UP), musicoterapia y sala de estimulación multisensorial, con diversos elementos y canciones que evocan el recuerdo y la conexión con el exterior. Por último, se usa el método Montessori, con elementos de trabajo cotidianos como doblar una camiseta o preparar una mochila para un viaje. Todas estas acciones buscaban mantener las funciones y autonomía cognitivas el mayor tiempo posible.

Taller de volunterapia. La finalidad de esta actividad fue incrementar el autoconcepto, la participación social, el deseo de autorrealización, la promoción de la apertura del complejo a la comunidad circunscrita; y un incremento del sentimiento de propósito en la vida. Estas sesiones se realizaban 4 días por semana con una duración de una hora por sesión. Sus acciones iban desde la relación intergeneracional con asociaciones juveniles de voluntariado, hasta labores internas de ayuda mutua.

Psicomotricidad y relajación de Jacobson. Su objetivo era mejorar el estado físico de las personas mayores, a través de terapias como la relajación progresiva, y de juegos populares que mejoren su estado anímico de forma paralela. Se practicaba tres veces a la

semana con una hora y media de duración.

Mediateca (uso de las nuevas tecnologías y videollamadas). Se introdujo distintas TIC para la mejora anímica y relacional de las personas mayores del centro, llevadas a cabo una vez a la semana, en sesiones de hora y media.

Festeja la vida. Esta actividad se realizaba un único día por semana durante hora y media. Su objetivo era promover la apertura social, el mantenimiento de la identidad de los participantes y la creación de nuevos vínculos sociales, para lo cual se celebraron fiestas populares o cumpleaños.

Durante los tres meses que duró el programa el grupo control desarrolló las actividades habituales del propio centro, tales como gimnasia y estimulación cognitiva grupal mediante actividades y ejercicios de memoria, cálculo, atención, entre otros, que se realizaban con una pizarra y mediante fichas escritas y con una duración de 40 horas semanales.

Una vez finalizadas las actividades, se aplicó nuevamente los instrumentos utilizados en la evaluación inicial para evaluar el bienestar psicológico y subjetivo de los participantes tanto del grupo control como del grupo experimental.

Análisis de datos

Para los distintos análisis estadísticos de datos se utilizó el programa SPSS 20 (Verma, 2013). Para la descripción general de la muestra en sus variables de bienestar psicológico y satisfacción vital, se empleó análisis descriptivo del que se obtuvo las medias y las desviaciones típicas de las dimensiones de bienestar y satisfacción percibidos. Con objeto de constatar que no existían diferencias previas de los grupos control y experimental en las variables analizadas, se utilizó la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney.

Una vez finalizada la intervención, para determinar su efecto, se elaboró análisis comparativos de las medidas pretest y postest en cada uno de los grupos de participantes establecidos (grupo control o experimental) mediante la prueba con suma de rangos de Wilcoxon.

Para calcular el tamaño del efecto se empleó la r de Rosenthal, cuyas puntuaciones se interpretó siguiendo las recomendaciones de Cohen (1988), las cuales indican un efecto pequeño para valores de hasta .3, un efecto intermedio de .3 a .5 y un efecto fuerte o grande por encima de .5.

Resultados

No se observó diferencias significativas en ninguna de las variables del estudio (escalas de bienestar psicológico y satisfacción vital) según el género ni en las medidas pretest ni en las postest, por lo que se descarta una posible influencia del género en los resultados de la intervención. Tampoco se observó correlaciones significativas con la edad.

Tras descartar estas influencias, en primer lugar, se realizó un análisis comparativo entre los grupos control y experimental para determinar que no existían diferencias previas a la intervención en las variables estudiadas (bienestar psicológico y satisfacción vital). Los resultados, como indica la tabla 1, muestran que no existían diferencias entre ambos grupos antes de aplicar el proyecto de intervención.

Tabla 1
Comparación de los grupos experimental y control respecto de las variables estudiadas en la medición pretest

| | G. Experimental M (DT) | G. Control M (DT) | Z | p | r |
|-----------------------|---------------------------|----------------------|-------|------|-----|
| Autoaceptación | 10.68 (5.05) | 12.68 (4.28) | -1.53 | .126 | .21 |
| Relaciones personales | 14.76 (6.45) | 17.20 (5.96) | -1.37 | .170 | .19 |
| Autonomía | 17.16 (7.07) | 16.76 (6.77) | -.09 | .930 | .01 |
| Dominio del entorno | 14.64 (4.15) | 16.92 (5.25) | -1.71 | .087 | .24 |
| Crecimiento personal | 11.04 (4.01) | 11.76 (3.38) | -.78 | .432 | .11 |
| Propósito en la vida | 14.44 (5.24) | 15.76 (4.75) | -.92 | .356 | .13 |
| Satisfacción vital | 15.32 (7.10) | 16.24 (6.16) | -.23 | .815 | .03 |

Nota. (GE=25; GC=25). * $p < .05$; ** $p < .01$ (bilateral).

Posteriormente, se analizó los niveles de bienestar psicológico y subjetivo percibidos antes y después de la intervención en la muestra de estudio tras su división en grupo de control y experimental.

Como muestra la tabla 2, se observan diferencias significativas en las puntuaciones de todas las dimensiones de bienestar y satisfacción vital en el grupo experimental tras participar en el proyecto de intervención innovador aplicado. En todas las variables estudiadas, las puntuaciones incrementaron significativamente tras el proyecto de intervención: el tamaño del efecto fue grande en todos los casos, con valores de r superiores a .5.

Tabla 2
Resultados obtenidos y comparaciones intragrupo en el grupo experimental y el grupo control en los dos momentos del estudio

| | Grupo experimental | | | | | Grupo control | | | | |
|--------------------|--------------------------|--------------------------|-------|-------|-----|--------------------------|--------------------------|-------|-------|-----|
| | Pretes t M (DT) | Postes t M (DT) | Z | p | r | Pretes t M (DT) | Postes t M (DT) | Z | p | r |
| Autoaceptación | 10.68 (5.04) | 16.88 (2.58) | -4.29 | .000* | .85 | 12.68 (4.28) | 11.96 (4.17) | -1.48 | .138 | .29 |
| Relac. positivas | 21.24 (2.99) | 24.76 (6.45) | -4.30 | .000* | .86 | 17.2 (5.96) | 15.92 (5.36) | -2.68 | .007* | .53 |
| Autonomía | 17.16 (7.07) | 21.20 (3.27) | -3.08 | .002* | .61 | 16.76 (6.77) | 13.6 (5.67) | -3.61 | .000* | .72 |
| Dominio entorno | 14.64 (4.15) | 25.36 (2.95) | -4.38 | .000* | .87 | 16.92 (5.25) | 18.44 (5.67) | -1.80 | .072 | .36 |
| Crec. personal | 11.04 (4.01) | 16.80 (3.67) | -4.20 | .000* | .84 | 11.76 (3.38) | 11.64 (3.74) | -.67 | .502 | .13 |
| Propósito vida | 14.44 (5.24) | 21.44 (2.72) | -4.29 | .000* | .85 | 15.76 (4.75) | 14.92 (4.79) | -2.18 | .029* | .43 |
| Satisfacción vital | 15.32 (7.1) | 22 (3.79) | -4.29 | .000* | .85 | 16.24 (6.16) | 14.6 (5.05) | -3.02 | .002* | .60 |

Nota. (n_{GE}=25) (n_{GC}=25). * $p < .05$; ** $p < .01$ (bilateral)

Respecto del grupo control, los análisis también mostraron diferencias significativas en algunas de las variables analizadas tras los tres meses que transcurrieron entre las dos evaluaciones. En este caso, después de 3 meses desde la primera evaluación y con el desarrollo de las actividades del centro, se observó una disminución significativa de las puntuaciones en las dimensiones relaciones positivas, autonomía, propósito en la

vida y satisfacción vital (ver tabla 2). En cuanto a los tamaños del efecto, fueron intermedios en el caso de relaciones positivas y propósito en la vida, y grandes para autonomía y satisfacción vital.

Discusión

El objetivo del trabajo era analizar el efecto de un proyecto de intervención innovador desde la perspectiva de la educación social, sobre el bienestar psicológico y satisfacción vital de personas mayores institucionalizadas.

Actualmente, los gobiernos e instituciones promueven el envejecimiento activo y saludable como una de las metas a conseguir en los próximos años por los beneficios que aporta a las personas mayores, pero que no poseen la suficiente fuerza para impulsar la implantación de este paradigma en los centros residenciales para personas mayores, al carecer de una figura profesional que innove y aplique sus competencias en un programa semejante. El origen de este estancamiento se remonta al año 2003, en España, desde la última inclusión profesional del técnico en animación sociocultural en los centros (BOE 181, 2003, p. 29640).

La falta de innovación, apertura social y pérdida de autonomía son algunas de las percepciones negativas que adquieren los complejos en las últimas décadas por sus orígenes asistenciales, los cuales podrían erradicarse con la inclusión de un programa de actividades que promuevan el empoderamiento, la participación social y unos hábitos de vida saludables, es decir, un programa de envejecimiento activo. Por ello, se diseñó un proyecto de intervención innovador desde la perspectiva de la educación social y del envejecimiento activo, con el fin de ejecutarlo dentro de un centro residencial de mayores.

El perfil del educador social es idóneo para la implementación de programas de envejecimiento activo, dada su capacidad para diseñar programas educativos socioculturales que transformen el diagnóstico de necesidades de los participantes en las

metas y objetivos por alcanzar. Entre sus competencias destaca la capacidad para identificar los diversos lugares y estrategias que generan y posibilitan un desarrollo de la sociabilidad, de la circulación social y de la promoción cultural, motivo por el que, entre los objetivos de las actividades realizadas en el proyecto, se propuso promover la autonomía, la participación social, el empoderamiento y la apertura social de los residentes.

Para analizar la influencia del proyecto sobre el bienestar psicológico y la satisfacción vital de los participantes en el mismo, se seleccionó una muestra de personas residentes en un centro de mayores, divididas en dos grupos: uno experimental y otro control.

Aquellos participantes que fueron asignados al grupo control realizaron las actividades propias del centro durante los tres meses de duración del proyecto; al finalizar obtuvieron puntuaciones significativamente inferiores tanto en satisfacción vital como en tres de las dimensiones del bienestar psicológico: autonomía, relaciones positivas y propósito en la vida.

Las personas mayores asignadas al grupo experimental realizaron actividades con el objetivo de incrementar su participación social, su empoderamiento y los hábitos saludables, tras la participación en el programa incrementaron significativamente sus puntuaciones en satisfacción vital y en todas las dimensiones del bienestar psicológico, con tamaños de efecto muy elevados.

Después de los tres meses que duraba el proyecto de intervención innovador, el grupo ajeno a las acciones se encontraba más insatisfecho con su vida, se autoaceptaban menos y había disminuido su positividad ante su proceso de envejecimiento en la institución. Por el contrario, aquellos que participaron se empoderaron e incrementaron su puntuación en las dimensiones de bienestar psicológico y satisfacción vital entre 3.72

y 10.52 puntos, comparado con los valores obtenidos previamente frente a los posteriores, lo cual refuerza la idea de que el envejecimiento activo incrementa la calidad de vida (OMS, 2002) y demuestra que también es efectivo para personas mayores institucionalizadas.

Con las actividades basadas en la innovación, la apertura social, los talleres intergeneracionales y la promoción del envejecimiento activo, realizadas por el educador social en el centro se incrementó el bienestar psicológico y subjetivo de las personas institucionalizadas que participaron en el proyecto, de modo que hubo una ruptura con el hermetismo sociocultural del complejo gracias a las acciones colaborativas y de asociacionismo (Senra-Varela, 2012) con la comunidad próxima al complejo. Este trabajo muestra que es posible realizar un programa de envejecimiento activo en un centro residencial para personas mayores del que se obtuvo importantes beneficios tras su aplicación.

A pesar de estos satisfactorios resultados no se dio seguimiento, por lo que no se puede establecer si las mejoras se mantienen tiempo después de la aplicación de programa, aspecto que ese convierte en una limitación que debería corregirse en futuras investigaciones realizando al menos un seguimiento meses después de finalizar; de igual forma, sería importante incrementar la muestra y analizar los efectos en otros centros residenciales para personas mayores para poder generalizar los resultados.

A pesar de las limitaciones, este trabajo resalta la importancia de innovar en la atención a las personas mayores que se encuentran institucionalizadas y muestra que la aplicación de un programa basado en el envejecimiento activo tiene efectos beneficiosos para las personas mayores que participan, al menos tras su aplicación. El perfil de la educación social en esta intervención innovadora en un centro geriátrico resulta ser la pieza clave para mejorar la situación de las personas mayores institucionalizadas, al

promocionar su empoderamiento y reforzar su autoestima a través de acciones basadas en la apertura a la comunidad, el empoderamiento y el envejecimiento activo: todo ello constata que la actuación de esta figura profesional es necesaria para complementar los proyectos gerontológicos que ya se llevan a cabo en las residencias, con el fin de buscar la mejora y la integralidad en sus tratamientos.

Referencias

- Asociación estatal de educación social [ASEDES] (2007). *Documentos profesionalizadores. Definición de educación social. Código deontológico del educador y la educadora social. Catálogo de funciones y competencias del educador y de la educadora social*. Barcelona: ASEDES.
- Artur, P. (2007). *Didáctica en la educación social*. Barcelona: Graó colecciones.
- Atienza, F. L., Pons, D., Balaguer, I. y García-Merita, M.L. (2000). Propiedades psicométricas de la escala de satisfacción con la vida en adolescentes. *Psicothema*, 12, 331-336.
- Bandura, A. (1986). *Social foundation of thoughts and actions*. Englewood Cliffs, Ca, Prentice Hall.
- Bowling, A. (1988-89). Who dies after widow(er)hood? A discriminant analysis. *Omega: Journal of Death and Dying*, 19, 135-153.
- Bowling, A. (2007). Aspiration for older ag in 21st century: What is successful aging? *International Journal of Aging and Human Development*, 64, 263-297.
- Causapié, P., Balbontín, A., Porrás, M., y Mateo, A. (2011). *Libro Blanco sobre envejecimiento activo*. Madrid: Ministerios de Sanidad, Política Social e Igualdad.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd. Ed.). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Díaz, D., Rodríguez-Carvajal, R., Blanco, A., Moreno-Jiménez, B., Gallardo, I., Valle, C. y Van Dierendock, D. (2006). Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. *Psicothema*, 3, 572-577.
- Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E., y Smith, H. L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125, 276-30.

- Dumitrache, C. (2014). *La satisfacción vital en las personas mayores*. Granada: Universidad de Granada.
- Boletín Oficial del Estado [BOE]. Resolución de 9 de julio de 1997, de la Dirección General de Trabajo, por la que se dispone la inscripción en el Registro y posterior publicación del texto del Convenio Colectivo Nacional de Residencias Privadas de la Tercera Edad. Núm. 128. España. Publicado el 30 de mayo de 1997, pp. 23376-23378. <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1997-17278>
- Boletín Oficial del Estado [BOE]. Ley nacional 16/2003 de 28 de mayo, de la Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. Núm. 181. España. Publicado el 30 de julio de 2003, p. 29640. http://www.acra.cat/conveni_84960.pdf
- Fernández Ballesteros, R., Zamarrón, MD y Maciá A. (1996). *Calidad de vida en la vejez en distintos contextos*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Fernández-Ballesteros, R. (2009). *Envejecimiento activo*. Madrid: Pirámide.
- Huh, J., Delorme, D.E., y Reid, L.N. (2006). Perceived third-person effects and consumer attitudes on prevetting and banning DTC advertising. *The Journal of Consumer Affairs*, 40, 90-116.
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales [IMSERSO]. (2009). Percepción en niños y adolescentes de las personas mayores. *Boletín sobre el envejecimiento. Perfiles y tendencias*, 28. Recuperado el 01 de noviembre de 2017 de: <http://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/boletinopm38.pdf>
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales [IMSERSO]. (2012). *INFORME 2012. Las personas mayores en España*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Instituto Nacional de estadística [INE]. (2017). Nivel y condiciones de vida: encuesta sobre equipamiento y uso de tecnologías de información y comunicación en los hogares 2017. Recuperado el 23/10/2017: <http://www.ine.es/dynt3/inebase/es/index.htm?padre=3931&capsel=3932>.
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2002). Programa de envejecimiento activo y ciclo vital. Envejecimiento activo: Un marco político. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 37(s2), 74.105.

- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2012). *Estadísticas sanitarias mundiales 2012*. Recuperado el 23/10/2017 en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44858/1/9789243564449_spa.pdf?ua=1
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2015). Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Recuperado el 23/10/2017 en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873_spa.pdf
- Osorio, L. y Salinas, F. (2016). EL contexto y el centro residencial para las personas adultos mayores en Colombia y España. La empresa social una alternativa para el bienestar. *Revesco*, 121, 205-227.
- Pérez, V., Rubio-Herrera, R., y Padilla, D. (2015). *Vive participando: envejecimiento activo y participación social*. Madrid: Dykinson.
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1069-1081.
- Seeman, T. E., Kaplan, G. A., Knudsen, L., Cohen, R., y Guralnik, J. M. (1987). Social network ties and mortality among tile elderly in the ALAMEDA County Study. *American Journal of epidemiology*, 126, 714-723.
- Senra-Varela, M. (coord.) (2011). *Ámbitos y estrategias en la intervención socioeducativa*. Madrid, Sanz y Torres.
- Senra-Varela, M. (2012). *La formación práctica en intervención socioeducativa*. Madrid: Sanz y Torres.
- Servicios Sociales del Gobierno Vasco y Matia Instituto Gerontológico (2015). *Plan estratégico de envejecimiento activo 2015-2020*. Vitoria: Servicio Central de publicaciones del Gobierno Vasco.
- Soriano, A. y Moreno, B. (2015). *Temas de pedagogía social-educación social*. Granada: Universidad de Granada.
- Stephoe, A., Deaton, A., y Stone, A. A. (2015). Psychological wellbeing, health and ageing. *Lancet*, 385, 640–648. [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61489-0](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61489-0)
- Throw, L. (1976). *Generality inequality*. London: MacMillan.

Tomás, J. M., Meléndez, J. C., y Navarro, E. (2008). Modelos factoriales confirmatorios de las escalas de Ryff en una muestra de personas mayores. *Psicothema*, 20, 304-310.

Verma, J.P. (2013). *Data Analysis in Management with SPSS Software*. India: Springer.

Woo, J., Leung, J., y Zhang, T. (2016). Successful aging and frailty: Opposite sides of the same coin? *Journal of the American Medical Directors Association*, 17, 797-801. Doi: 10.1016/j.jamda.2016.04.015

Yanguas J.J, y Leturia, F.J. (1994). Análisis e implicaciones prácticas de un programa de estancias temporales en un centro gerontológico. En: P. Rodríguez (Coord.), *Residencias para personas mayores: manual de orientación* (pp. 365-388). Madrid: Panamericana.

Artículo recibido: 23 Febrero, 2017

Artículo aprobado: 17 Agosto, 2018

**MIRADAS SOBRE LA SEXUALIDAD EN LAS PERSONAS MAYORES: LAS
RELACIONES AFECTIVAS-SEXUALES EN PROCESOS DIFERENCIALES
DE ENVEJECIMIENTO**

**PERCEPTIONS ON SEXUALITY IN THE ELDERLY: AFFECTIVE-SEXUAL
RELATIONSHIPS IN DIFFERENTIAL AGING PROCESSES**

Belén Pascual Barrio¹; Carmen Orte Socías²; Rosario Pozo Gordaliza³; María Antonia
Gomila Grau⁴; Margalida Vives Barceló⁵

RESUMEN

Objetivo: Analizar las diferentes percepciones sobre la sexualidad de las personas mayores de acuerdo con los cambios y permanencias generacionales.

Metodología: Se utiliza enfoque cualitativo; se realiza 3 grupos de discusión y 19 entrevistas semiestructuradas a alumnado de la Universidad Abierta para Mayores (UOM) con edades entre los 59 y 78 años.

Resultados: Del análisis se destaca una percepción diferencial de la sexualidad entre mujeres y hombres durante el proceso de envejecimiento, lo cual se asocia a los roles y expectativas de género asignadas a cada uno de los sexos a lo largo del proceso histórico de socialización.

Conclusiones: Una percepción de pérdida por parte de los hombres contrasta con una visión de logro por parte de las mujeres en cuanto a una vivencia más plena de su sexualidad.

PALABRAS CLAVE: género, sexualidad, educación sexual, envejecimiento, relaciones afectivas

¹ Universitat de les Illes Balears. Departamento de Pedagogía i Didácticas Específicas. Palma (Illes Balears) España. E-mail: belen.pascual@uib.es

² Universitat de les Illes Balears. Departamento de Pedagogía i Didácticas Específicas. Palma (Illes Balears) España.

³ Universitat de les Illes Balears. Departamento de Pedagogía i Didácticas Específicas. Palma (Illes Balears) España.

⁴ Universitat de les Illes Balears. Departamento de Pedagogía i Didácticas Específicas. Palma (Illes Balears) España.

⁵ Universitat de les Illes Balears. Departamento de Pedagogía i Didácticas Específicas. Palma (Illes Balears) España.



ABSTRACT

Objective: To analyze the different perceptions and attitudes on the sexuality of the elderly people according to the generational changes.

Methodology: Qualitative approach is used; 3 discussion groups and 19 semi-structured interviews were carried out with students from the Open University for the Elderly (UOM) aged between 59 and 78 years.

Results: The analysis highlights a different perception of sexuality between women and men during the aging process, which is associated with gender roles and gender expectations throughout the process of socialization and coinciding with a socio-historical context determined.

Conclusions: The perception of sexuality in older men means “loss period” whereas for older women, it means “full experience of their sexuality”.

KEY WORDS: gender, sexuality, sex education, aging, affective relationships.

Introducción

La sexualidad se constituye en un fenómeno complejo y dinámico que se define a lo largo del ciclo vital con base en cambios biopsicosociales; sin embargo, el rol de la sexualidad en la esfera afectiva-emocional de las personas adultas mayores aún no ha sido valorado en su justo término. En relación con lo anterior, los aspectos vinculados con la sexualidad en las personas adultas mayores, especialmente en el caso de las mujeres, se han mostrado prácticamente ausentes o ignoradas en la investigación, la docencia y la literatura científica específica (Freixas y Luque, 2009). Además, se ha tratado principalmente desde perspectivas vinculadas con el ámbito de las patologías y desde disciplinas como la medicina o la psicología. A ello se suma una percepción social de la sexualidad de las personas mayores basada en su invisibilidad o en su consideración como objeto de burla o como un hecho desagradable (Kessel, 2001).

Tales mitos y estereotipos de épocas pasadas tienden a desaparecer en específicos aquellos que relacionan edad con falta de relaciones afectivas-sexuales; posiblemente esta negación se deba a vincular única y exclusivamente las relaciones afectivas-sexuales con el coito. Taylor y Gosney (2011) analizan la vida sexual activa en personas mayores y muestran evidencias que contradicen la percepción general de una vejez "asexual". En ese sentido, Wilk (2015) demuestra que no hay una edad en la que termine la expresión de la sexualidad ni de la intimidad, máxime considerando que el cese de la actividad sexual no está tan relacionado con la edad, sino con otros factores como tener o no pareja, situación de salud, grado de discapacidad u otros aspectos como el lugar y forma en que se vive (autónomamente, en una residencia, con la familia) o en otras situaciones que pueden facilitar o limitar la vida sexual y afectiva.

A pesar de una mayor invisibilidad en el caso de las mujeres, la diversidad del deseo y de la tipología de la actividad sexual en ellas es una realidad atendiendo a estudios como los de Fileborn, Thorpe, Hawkes, Minichiello y Pitts (2015) que muestran las subjetividades de las mujeres mayores frente a representaciones simplistas del sexo en la vida avanzada.

A pesar de tales estudios, hasta la fecha los relatos de mujeres sobre la sexualidad y los cambios sexuales no se han abordado suficientemente desde la gerontología (Vares, Potts, Gavey y Grace, 2007). Se precisa investigación y conocimiento científico sobre las relaciones afectivo-sexuales en los mayores que muestre las transformaciones y aborde de forma específica una temática que no por silenciada deja de tener una dimensión fundamental en la calidad de vida de los adultos mayores. En ese sentido, la calidad de las relaciones afectivas-sexuales en procesos diferenciales de envejecimiento son indicadores esenciales de calidad de vida que requieren de una especial atención (Scherrer, 2009).

Desde la perspectiva del envejecimiento activo, de la calidad de vida y del aprendizaje a lo largo de toda la vida, la afectividad y la sexualidad tienen un papel muy importante vinculado con la autoestima y el bienestar personal de los adultos mayores, que merece ser considerado y tener un lugar propio y proyección desde el punto de vista de la investigación, la formación o la divulgación del conocimiento desde la que es posible combatir la invisibilidad así como los mitos asociados a ella (Orozco y Rodríguez, 2006), sin dejar de lado que es una estrategia educativa y de prevención que permite reconocer y visibilizar la sexualidad de los adultos mayores, especialmente en el caso de las mujeres.

Objetivo y Metodología

La investigación invita a reflexionar sobre la invisibilidad y la concepción, a menudo estigmatizada, de las relaciones afectivas-sexuales durante el envejecimiento, así como sobre los mitos y creencias relacionadas; por tanto, en este trabajo se pretende conocer la representación social de cambios y permanencias generacionales sobre la "sexualidad" partiendo de los mismos testimonios de las personas mayores.

El estudio se desarrolla con el alumnado participante en el Diploma de sexualidad y en la asignatura "Las personas mayores en el siglo XXI: nuevos roles, nuevos retos", de tercer curso del diploma sénior de la "Universidad Abierta para Mayores" (UOM) de la Universidad de las Islas Baleares. El objetivo principal del Diploma de Especialización es aportar una visión holística de la sexualidad en los adultos mayores, el cual se centra en:

- Conocer y profundizar en los aspectos biopsicosociales de la sexualidad en la adultez.
- Conocer las características de la sexualidad en diferentes momentos del ciclo vital con especial énfasis en los adultos mayores.

- Ampliar los conocimientos sobre sexualidad a lo largo de la historia y en diferentes culturas y contextos históricos.
- Discriminar los estereotipos en la sexualidad y afectividad en esta etapa de la vida y en diferentes contextos históricos.
- Establecer estrategias que favorezcan la mejora en el ámbito de la afectividad y la sexualidad.

En cuanto a las personas participantes, son estudiantes de la Universidad Abierta para Mayores (UOM). Inicialmente, en junio 2015, en la sede de la UOM se realizaron tres grupos de discusión con una muestra formada por 26 alumnos entre 59 y 78 años. Posteriormente, en noviembre de 2015, se aplicaron 19 entrevistas en profundidad a personas de edades comprendidas entre los 66 y 78 años, información que se muestra en la tabla 1.

Tabla 1. Ficha identificativa de la muestra de estudio

| Perfil de entrevistados | GD | ENT | Total |
|--------------------------------|-----------|------------|--------------|
| Casados/as | 16 | 9 | 25 |
| En pareja | 1 | | 1 |
| Solteros/as | 1 | 2 | 3 |
| Viudos/as | 2 | 4 | 6 |
| Separados/as | 6 | 4 | 10 |
| Hombres | 12 | 9 | 7 |
| Mujeres | 14 | 10 | 22 |
| Total | 26 | 19 | 45 |

Fuente: elaboración propia

El guion de los grupos de discusión se diseñó de acuerdo con el marco conceptual asociado a los cambios y permanencias de la sexualidad de las personas mayores, lo cual se expone en la tabla 2.

Tabla 2. Guion de contenidos de los grupos de discusión

| |
|---|
| El significado de la sexualidad en la edad adulta avanzada |
| Relación entre sexualidad y calidad de vida |
| La visión del amor y la sexualidad |
| El envejecimiento activo y el sexo |
| La expresión/represión del deseo sexual |
| Los factores que favorecen la actividad sexual en las personas mayores. Los factores que pueden influir negativamente. |
| Las nuevas relaciones al enviudar |
| Tener o no tener pareja y vida sexual |
| Principales mitos y verdades de la sexualidad de las personas mayores |

Fuente: elaboración propia

Esta primera parte concluye con la elaboración de un guion de temas por tratar en la segunda parte, momento en el que se profundiza individualmente a partir de entrevistas que tratan sobre las diferentes percepciones y significados (mitos y tabúes) así como el contexto sociopolítico e histórico de referencia.

Los temas de análisis son la concepción de la sexualidad en la etapa vital, la relación entre sexualidad y calidad de vida, la expresión del deseo sexual en el ámbito de lo privado y del público, lo cual se expone en la tabla 3.

Tabla 3. Categorías de análisis de las entrevistas

| |
|--|
| Percepciones sobre la sexualidad <ul style="list-style-type: none">- Elementos que definen la sexualidad: comunicación, afecto, amor, placer, etc.- Definición de la sexualidad de las personas mayores |
| Trayectoria vital / línea del tiempo de su sexualidad y relaciones afectivas <ul style="list-style-type: none">- Recuerdos en cuanto a su vivencia de la sexualidad en su etapa de juventud. |
| Contexto sociopolítico / histórico "sexualidad" <ul style="list-style-type: none">- Acontecimientos (políticos, sociales, etc.) que definieron la sexualidad en su infancia y adolescencia- El aprendizaje de la sexualidad: el lugar que ocupaba la escuela, la familia, los amigos, etc.- La influencia de ese contexto sobre su vida afectiva-sexual- Películas, libros, actores, actrices, músicas que marcaron la sexualidad en su época de juventud.- Los principales mitos, tabúes y verdades de la sexualidad de aquella época |
| Cambios y permanencias de su sexualidad / relaciones afectivas sexuales <ul style="list-style-type: none">- La vida afectiva sexual a partir del matrimonio- Los cambios en la percepción de la sexualidad en relación con las etapas anteriores |

Fuente: elaboración propia

Pascual, B., et al. Miradas sobre la sexualidad en las personas mayores: las relaciones...

Tanto en los grupos de discusión como en las entrevistas, las preguntas se emitieron mediante un formato abierto y flexible que propicia el desarrollo íntegro de las opiniones y reflexiones de las personas participantes, aspecto fundamental si consideramos la inhibición y recelo asociados a la temática.

Para el análisis de datos, la propuesta metodológica utilizada es cualitativa: análisis de contenido. Tras una primera clasificación del contenido de las transcripciones, se categoriza los temas a partir de las respuestas de los grupos de discusión y entrevistas. Las preguntas de los guiones estructuran las categorías previas, mientras que la información que amplía la temática prevista da lugar a categorías emergentes. En el informe de resultados, los códigos identificativos de las citas textuales en el informe de resultados son los siguientes: ENT/GD (entrevista/grupo de discusión); M/H (hombre/mujer); edad; V/SE/SO/C (personas viudas, separadas, solteras, casadas).

Resultados

La percepción de la sexualidad en la edad adulta

Si bien se reconoce la existencia de diferentes estereotipos o mitos asociados a la sexualidad de las personas mayores, subrayando aquellos basados en la pérdida del interés hacia la sexualidad (Villar, Triadó, Celdrán y Fabà, 2011), los entrevistados la consideran como algo sano que asocian al afecto y la comunicación.

Tanto en hombres como mujeres, la definición de la sexualidad integra las dimensiones de afecto, comunicación y placer, siempre sobre la base del valor de “compartir” con una pareja. Esa asociación se mantiene en el discurso sobre la experiencia de la sexualidad a lo largo de la vida, incluida la edad adulta y mayor. Por otra parte, ambos grupos afirman que la edad permite vivir y disfrutar la sexualidad no

Pascual, B., et al. Miradas sobre la sexualidad en las personas mayores: las relaciones... tanto desde la obligación, sino de forma espontánea, con naturalidad, superando tabúes, sin miedo y con mayor tolerancia.

En el discurso de los hombres la afectividad adquiere mayor relevancia en las relaciones sexuales en edades avanzadas, entre lo que destacan la importancia de la comprensión y la comunicación con la pareja. En relación con lo anterior, en sus testimonios afirman que la sexualidad y el afecto afianzan ambas dimensiones con el paso del tiempo, ya que “conoces más a tu pareja y creo que se afianza más también, tanto de amor como... la sexualidad se afianza, pero no es el mismo ritmo” (GD H60C).

Las condiciones físicas y la salud (disfunciones, pérdida de vigor físico, enfermedades, medicación, etc.) determinan las relaciones sexuales desde el punto de vista de los hombres. Sin embargo, parece ser precisamente esto lo que acaba dando mayor valor a la dimensión afectiva, que suple las dificultades físicas. Estos condicionantes no son explícitos en el discurso de las mujeres, sino que la idea de la afectividad aparece constantemente en primer plano dentro de las relaciones sexuales y, aunque se mencionan los aspectos físicos hormonales (menstruación, menopausia) y psicológicos (bienestar personal y afectivo), para ellas, tener pareja o no son condiciones que definen su sexualidad.

De forma general, se presupone de las mujeres una mayor capacidad en las relaciones afectivas (para hacer nuevas parejas, para sobrellevar una separación, etc.) que, por parte de los hombres, a quienes se atribuyen mayores dificultades en el desarrollo de su sexualidad en la adultez, especialmente para establecer y mantener nuevas relaciones afectivas.

De igual forma, las mujeres mantienen un discurso dicotómico que distingue entre la realidad de los hombres y las mujeres en cuanto al grado de madurez, el deseo sexual y capacidad para vivir solos. Ellas consideran que la evolución de ambos difiere

Pascual, B., et al. Miradas sobre la sexualidad en las personas mayores: las relaciones...

y que mientras con la edad las mujeres alcanzan un nivel más alto de madurez, y capacidad para vivir solas, también disminuye el deseo y actividad sexual, lo cual es afirmado por los hombres, quienes también se refieren a una mayor autonomía y capacidades sociales en ellas, así como de la dependencia material y organizativa de los hombres respecto de las mujeres, ya que como ellos afirman “nuestra educación, nuestro rol ha sido el trabajar, dedicarse al trabajo y consideramos que necesitamos esa protección cuando llegábamos a casa...” (GD H66C).

El carácter multidimensional de la sexualidad hace que se produzca una percepción diferente de la sexualidad entre mujeres y hombres durante el proceso de envejecimiento. Concretamente, uno de los aspectos más significativos reside en el “deseo sexual”: una buena parte de las entrevistadas se identificó con el deseo sexual en estado latente, inactivo, e invisibilizado, mientras que para los varones, el deseo sexual era activo y ocupaba un lugar significativo en sus vidas, lo cual podría explicarse por los roles y expectativas de género asignadas a cada uno de los sexos a través del proceso de socialización, en un contexto sociohistórico marcado por la época franquista o postfranquista (Freixas, Luque y Reina, 2015) en el que la sexualidad era un tabú con una función específica, la reproductiva, idea que se desarrollará a continuación, así como las variables que se encuentran interrelacionadas.

El aprendizaje de la sexualidad en la juventud

El discurso sobre la vida afectivo-sexual en la edad mayor se asocia con el estilo de vida sexual mantenido y las vivencias experimentadas. El contexto del aprendizaje de la sexualidad constituye un elemento decisivo en la experiencia sexual posterior.

Los relatos muestran un amplio acuerdo respecto de la influencia que ejerció el contexto político, ideológico y religioso (“represor”) sobre sus vidas y destacan el papel

Pascual, B., et al. Miradas sobre la sexualidad en las personas mayores: las relaciones... de la iglesia (“castrante”) al inculcar temor por cualquier aspecto vinculado con la sexualidad (“todo era pecado”).

En España, el régimen franquista (1939-1975) y la iglesia católica conformaron el contexto socializador en el que viven sus primeros aprendizajes de la sexualidad, la cual fue descubierta entre muchos temores y pocos conocimientos, de forma errática y a escondidas. Ante la escasez de referentes culturales, el espacio de aprendizaje se reduce a ámbitos informales que de forma espontánea suplen el desconocimiento existente por viejas creencias y mitos, tal como se evidencia en el siguiente testimonio:

Yo recuerdo que muchos compañeros estaban locos por una, y yo le decía “pero ¡cómo vas a estar tan loco, tendrás que mirarla en un espejo, porque solamente las ves en las películas!”.

Habían que estaban enamorados de una actriz o una artista pero, en fin, también influyó bastante en la sexualidad ver estas chicas muy guapas que se destapaban, y que empezabas a... nos gustaba, en una palabra. (ENT H73C)

Para los hombres, la explosión del turismo de los años sesenta supuso una apertura al exterior en cuanto a costumbres sexuales. En las narraciones se refieren al inicio de relaciones sexuales con mujeres extranjeras y aluden textualmente a “la llegada de las suecas” o “tenérselo que hacer con extranjeras”.

La represión ideológica se traduce en una “sexualidad reprimida” que reproduce valores sexistas y se caracteriza fundamentalmente por la desigualdad entre hombre y mujeres, en cuanto a opciones y expectativas sexuales:

Entonces es que nos tenían machacados, y eso que no fui a ningún colegio ni de monjas, ni de curas, ni de nada... Pero, nos tenían muy machacados en cuanto a las costumbres, a los códigos de que no sé qué. Hasta cuando... me parece que era muy jovencita todavía, cuando ibas a bailar, si te agarraban demasiado fuerte. “Eh, que te hemos visto, que no sé qué” (ENT M72SO).

En ese contexto, tanto para hombres como mujeres, el matrimonio suponía una liberación de la sexualidad. Las personas entrevistadas relatan el inicio de una “vivencia plena” y del aprendizaje mutuo que en muchos casos ha sido un proceso que se ha

Pascual, B., et al. Miradas sobre la sexualidad en las personas mayores: las relaciones... mantenido a lo largo de los años: “Te casabas porque te querías... lo normal de las chicas, casarse, tener hijos de pronto y no pensabas en nada más, aprendías poco a poco Y el resto llegaba más tarde” (ENT M75V).

La vida sexual en la edad adulta se narra de acuerdo con la formación de la familia, pero, concretamente en el caso de las mujeres, en relación con sus obligaciones en el matrimonio, la formación de la familia y a las dificultades que ello representa: niños por la casa, exceso de responsabilidades, estrés, etc.

Somos de una generación que hemos estado machacados por todos los sitios, pues claro, ahora pues tienes todo lo que quieras para poder hacer eso sin ninguna inhibición, pero en la época nuestra, entre los hijos, los embarazos, la esta, lo otro, era la muerte... (GD H78SE)

Los valores, costumbres, normas y legislación españoles sustentaban un modelo de relación autoritario en el que la mujer ocupaba un lugar de sumisión y desprotección frente al abuso. En ese contexto, la permisividad de la violencia contra las mujeres se produce con la misma normalidad con la que es considerado cultural y socialmente. La poca confianza en la familia para hablar de sexualidad, el silencio ante situaciones de abuso o la dificultad para pedir ayuda, son aspectos tratados a lo largo de las entrevistas, aunque no llegue a profundizarse en los relatos: “te callabas, te lo callabas”.

La vivencia de la sexualidad en el contexto de la relación de pareja

El primer factor que cabe resaltar del análisis es una visión heterogénea de la sexualidad y una clara diferencia de acuerdo con la situación civil y el género de las personas entrevistadas ya que, mientras que las personas que han tenido una pareja estable durante mucho tiempo destacan la idea del “compartir”, los entrevistados divorciados o separados y solteros destacan la autonomía, la independencia y la libertad como valores que definen la sexualidad. Entre los que han tenido una pareja estable, esta aparece como el valor principal que determina las experiencias de la sexualidad a lo largo de la vida: “encontrarse y compartir con la pareja momentos que llenan”; relatan

Pascual, B., et al. Miradas sobre la sexualidad en las personas mayores: las relaciones... sus experiencias como un “compartir la vida” y ponen el acento en el afecto y respeto en la pareja, la estabilidad de la vida en familia y el resultado de la vida conyugal (valoran la situación actual de los hijos e hijas como el valor resultante de la vida en pareja). Asimismo, algunos de ellos identifican la posibilidad de la separación, y la toma de decisión sobre la misma, con el momento de emancipación de los hijos e hijas.

Al mismo tiempo, asocian el tiempo de convivencia con una pareja con la dificultad para emprender una nueva relación tras la desaparición de esta y recuperar la familiaridad, proximidad o calidad de la relación que se tuvo. La viudez y el tiempo pasado en soledad condicionan la percepción sobre la sexualidad y sobre las posibilidades y la voluntad de iniciar una nueva relación. En este sentido, el género es un elemento condicionante de la apertura a nuevas relaciones, dado que los hombres son quienes muestran mejor predisposición para la búsqueda de pareja, con una mayor tendencia a concebirlo como una necesidad fisiológica y de seguridad.

Relacionado con lo anterior, los entrevistados también mencionan los riesgos que supone la convivencia en pareja y el paso del tiempo cuando explican lo que significa para algunos de ellos, tanto hombres como mujeres, la pérdida de estímulos, producida por la monotonía y la excesiva familiaridad con la pareja. Además, en el discurso de los hombres también se alude a las limitaciones físicas derivadas de la edad o de problemas de salud, que dificultan todavía más el estímulo que –según ellos– necesitan las relaciones sexuales:

Y luego, claro, los hombres tienen un problema que es que a partir de cierta edad muchos hombres tienen problemas para tener relaciones y entonces eso les afecta mucho y que hace que muchos ni siquiera lo intenten por miedo al fracaso. Pero yo creo que se puede vivir perfectamente. Mi caso es así. No sé si habrá otra gente que tenga otros problemas pero vamos (ENT M63C).

Las mujeres valoran más el elemento afectivo en una relación y sitúan en un segundo plano el físico, pero destacan que sean ellas quienes hablan explícitamente de placer, deseo o sexo (referido a relaciones sexuales), lo cual podría resumirse en las palabras de McNeill, Freeman, y Newman (1992/1995), quienes mencionan lo siguiente: “*A estas alturas de mi vida he decidido no mantener relaciones íntimas con nadie, porque, en el fondo, me encuentro a gusto sola y en mi vida no hay espacio para una relación*”(121). De hecho, entre las mujeres se produce una asociación positiva entre los años de relación y el sentimiento de aceptación de la imagen corporal en las relaciones sexuales: cuantos más años de relación, mayor bienestar en las relaciones sexuales con el compañero íntimo.

Al mismo tiempo, algunas de ellas expresan sentimientos de añoranza, cuando se refieren a lo que “hubiera podido ser” su vida, al recordar su juventud y la falta de libertad que suponía el mismo hecho de ser mujer. Para algunas, el descubrimiento del placer se produjo tarde y se refieren a cómo la represión sexual ocultó esa parte de la sexualidad que se orientaba principalmente a la reproducción y la formación de una familia, contrario a los entrevistados, para quienes la necesidad de compañía y de satisfacción sexual es una expectativa muy recurrente en sus discursos.

Percepción del cambio: entre el antes y el ahora

La sexualidad en un contexto democrático se asocia con valores como la salud, el bienestar, la experiencia, la tranquilidad, la naturalidad, la diversión o libertad. Todo ello da sentido a unas relaciones que contrastan con experiencias del pasado marcadas por la inhibición, el miedo o el secretismo.

En cuanto a los cambios producidos entre generaciones, se clasifican en beneficios y pérdidas. Los entrevistados valoran que, actualmente, la sexualidad no se asocie únicamente con matrimonio, sino con el acceso a la información, una mayor

Pascual, B., et al. Miradas sobre la sexualidad en las personas mayores: las relaciones... comunicación en las familias, la adquisición de derechos, principalmente el cambio del rol de la mujer, la apertura a una vivencia plena de la sexualidad, la autoafirmación y la posibilidad de elegir, así como con el aumento de la protección frente a las situaciones de desprotección.

A pesar de lo mencionado, algunos varones expresan que la democratización de las relaciones sexuales ha supuesto, atendiendo a expresión textual, “pasar a todo lo contrario”, “un exceso de libertad”: al respecto, son habituales las críticas al exceso de libertad que envuelve la sexualidad de los jóvenes y las consecuencias de todo ello; se compara el antes y el ahora valorando las ventajas del pasado y destacando las dificultades que representa el exceso de posibilidades que brinda la actualidad:

Es más libre, más abierta, excesivamente abierta. Hoy un día tener un rollo es acostarse con un hombre y adiós, adiós. Y dices, pues tampoco es esto, ni tan poco ni tanto, pero aquí te pillo, aquí te mato: no me parece bien (ENT H73V).

Aun cuando se han concretado beneficios, una mayoría señala cuán necesario es tener mayor libertad de expresión y mayor naturalidad en la comprensión de la sexualidad, a pesar de las opiniones represivas en cuanto a la expresión de la sexualidad actual de los jóvenes: aunque no de manera contundente, hombres y mujeres expresan un cierto reparo a la expresión explícita de la afectividad y la sexualidad, puesto que se valora la “naturalidad”, pero también se destaca la “banalización” que esta excesiva naturalidad y exposición pública puede generar en algo que para ellos es muy profundo, en tanto que está muy ligado al afecto.

Discusión y Conclusiones

El estudio brinda a los mayores la oportunidad de repensar y reconocerse en situaciones significativas del pasado y en diferentes momentos de su vida, lo cual facilita la reflexión en el presente y permite una reafirmación de su identidad (Salazar,

Pascual, B., et al. Miradas sobre la sexualidad en las personas mayores: las relaciones... (2015).

Los diferentes discursos analizados nos aproximan a las percepciones ya recogidas en la literatura consultada (Freixas, Luque y Reina, 2015). El despertar sexual de la Transición en España suponía que muchos y muchas procedían de una educación religiosa basada en el nacionalcatolicismo que imponía unas normas sociales y sobre su sexualidad muy estrictas: los cambios sociales y políticos vividos por la mayoría de los entrevistados se traducen en una vivencia entre dos escenarios opuestos que aparecen en sus análisis como polos opuestos, el franquismo y la democracia.

El estado civil se constituye una variable importante en la percepción de la sexualidad. De acuerdo con Thompson, Charo, Vahia, Depp, Allison y Jeste (2011), la percepción de bienestar y de satisfacción sobre el propio proceso de envejecimiento y la vida sexual es mayor entre las personas (especialmente entre las mujeres) casadas o que han tenido una pareja estable durante un largo tiempo.

El relato de las mujeres muestra una realidad condicionada por una cultura sexista, una sociedad patriarcal que "esperaba" logros diferentes que los de los hombres tanto a nivel cultural y social como personal y familiar: estos aspectos han marcado claramente sus actitudes, comportamientos y decisiones en cuanto a las relaciones afectivas-sexuales a lo largo de su historia vital, en sus etapas vitales relacionadas con las diferentes etapas históricas vividas en España (franquismo, transición y democracia). Con todo, tal y como se ha podido ir viendo los diferentes relatos presentados, no existe un discurso único que pueda resumir y explicar la vida afectiva / sexual de las mujeres al envejecer, ya que cada una es una experiencia múltiple y diversa (Luque, 2014).

Por otra parte, se destaca la idea de percepción del deseo sexual como diferencia significativa de género: en el caso de las mujeres, se percibe como un estado más

Pascual, B., et al. Miradas sobre la sexualidad en las personas mayores: las relaciones... latente, inactivo e invisibilizado, mientras que para los varones es un elemento activo que ocupa un lugar significativo en sus vidas.

Las mujeres mayores participantes, aun cuando relatando experiencias que reflejan la doble vulnerabilidad de edad y género (Gott, Hinchliff y Galena, 2004; Thorpe, Fileborn, Hawkes, Pitts y Minichiello, 2014), en relación con las obligaciones familiares, también expresan beneficios logrados con la edad en cuanto a una vivencia más plena de su sexualidad: una percepción de pérdida por parte de los hombres contrasta con una visión satisfactoria por parte de las mujeres, lo cual si se contrasta con la época de las obligaciones de la adultez, la mujer reconoce un espacio de satisfacción en un momento de mayor autocuidado.

Agradecimientos: las autoras del artículo quieren agradecer la colaboración a todas las personas entrevistadas y participantes de los grupos de discusión por todas las facilidades y confianza depositada en el estudio. También queremos agradecer al alumnado colaborador (estudiantes de los estudios de Grado de Educación Social de la UIB) su tarea de transcripción de una parte de las entrevistas y los grupos de discusión: Lydia Bordoy, Josep Benito, Mariona Moranta, Lorena Olmedo, Miguel Ángel Heredia, Silvia Alcover, Lucía Belén Mariño y Viviana Cerdeiriña.

Referencias

- Fileborn, B., Thorpe, R., Hawkes, G., Minichiello, V., Pitts, M. (2015). Sex and the (older) single girl: Experiences of sex and dating in later life. *Journal of Aging Studies*, 33, 67-75. Disponible en <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S089040651500016X>
- Freixas, A. y Luque, B. (2009). El secret millor guardat: la sexualitat de les dones majors. *Política i Societat*, 1-2 (46), 191-203.

- Pascual, B., et al. Miradas sobre la sexualidad en las personas mayores: las relaciones...
- Freixas A., Luque B. y Reina, A. (2015). Sexuality in Older Spanish Women: Voices and Reflections'. *Journal of Women & Aging*. DOI: 10.1080/08952841.2014.928566
- Gott, M., Hinchliff, S. y Galena, E. (2004). General practitioner attitudes to discussing sexual health issues with older people. *Social Science and Medicine*, 58, 2093–2103.
- Isopahkala-Bouret, U. (2016). “It’s a great benefit to have gray hair!”: The intersection of gender, aging, and visibility in midlife professional women’s narratives, *Journal of Women & Aging*, 29:3, 267-277, DOI:10.1080/08952841.2016.1142773 <https://doi.org/10.1080/08952841.2016.1142773>
- Jen, S. (2016). Older women and sexuality: Narratives of gender, age, and living environment, *Journal of Women & Aging*, 29:1, 87-97, DOI: 10.1080/08952841.2015.1065147 <https://doi.org/10.1080/08952841.2015.1065147>
- Kessel, B. (2001). Sexuality in the older person. *Age Ageing*, 30(2), 121-4.
- Luque, B. (2014). Envejecimiento y sexualidad femenina. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*. 3 (4), 279-287.
- McNeill, P., Freeman, B. y Newman, J. (1992/1995). *Las mujeres hablan del sexo*. Barcelona: Serres.
- Orozco, I. y Rodríguez, D. (2006). Prejuicios y actitudes hacia la sexualidad en la vejez. *Psicología y Ciencia Social*, 8 (1), 3-10.
- Pinazo, S. (2014). Reflexionando sobre la vejez a través del cine. Una aproximación incompleta. *Información Psicológica*. 105, 91-109.
- Salazar, V. (2015). Aproximaciones desde la gerontología narrativa: la memoria autobiográfica como recurso para el desarrollo de la identidad en la vejez. *Anales en Gerontología*, 7, 41-68.
- Scherrer, K. S. (2009). Images of Sexuality and Aging in Gerontological Literature. *Sexuality Research & Social Policy: Journal of NSRC: SR & SP*, 6(4), 5–12. Disponible en: <http://link.springer.com/article/10.1525/srsp.2009.6.4.5>
- Taylor, A. y Gosney, M.A. (2011). Sexuality in older age: essential considerations for healthcare professionals. *Age and Ageing*, 40, 5, 1, 538–543. Disponible en: <http://ageing.oxfordjournals.org/content/early/2011/07/19/ageing.afr049.full>

- Pascual, B., et al. Miradas sobre la sexualidad en las personas mayores: las relaciones...
- Thorpe, R., Fileborn, B., Hawkes, G., Pitts, M. y Minichiello, V. (2014). Old and desirable: older women's accounts of ageing bodies in intimate relationships. *Sexual and Relationship Therapy*. DOI: 10.1080/14681994.2014.959307
- Thompson, W. K., Charo, L., Vahia, I. V, Depp, C., Allison, M. y Jeste, D. V. (2011). Association between higher levels of sexual function, activity, and satisfaction and self-rated successful aging in older postmenopausal women. *Journal of the American Geriatrics Society*, 59, 1503–1508.
- Vares, T., Potts, A., Gavey, N., Grace, V.M. (2007) Reconceptualizing cultural narratives of mature women's sexuality in the Viagra era. *Journal of Aging Studies*, 21, 2, 153-16.
- Villar F., Triadó C., Celdrán M., Fabà, J. (2011). Sexualidad y personas mayores institucionalizadas: La perspectiva del residente y la perspectiva del profesional. Barcelona: Ministerio de Sanidad servicios sociales e igualdad. IMSERSO, Universidad de Barcelona.
- Vives, M. (2015). Les relacions afectivo-sexuals en la gent gran des de la perspectiva intergeneracional. A Orte, C. (Dir.) *Anuari de l'Envel·liment de les Illes Balears*, 2015. Universitat de les Illes Balears: Palma, 124-137.
- Wada, M., Hurd, L.; Rozanova, J. (2015). Constructions of sexuality in later life: Analyses of Canadian magazine and newspaper portrayals of online dating. *Journal of Aging Studies*, 32, 40-49.
- Wilk, B. (2015). Sexuality in the elderly. *Pol. Med. Journal*, XXXVIII (225), 131–134.

Artículo recibido: 03 Noviembre, 2017
Artículo aprobado: 30 Noviembre, 2018

EL ENVEJECIMIENTO CONSTRUCTIVO Y LA EDUCACIÓN CRÍTICA DE PERSONAS ADULTAS Y MAYORES: EXPLORAR EN LA CONSTRUCCIÓN DE LA PROPIA VIDA

THE CONSTRUCTIVE AGING AND CRITICAL EDUCATION OF ADULTS AND OLDER PEOPLE: EXPLORE IN THE CONSTRUCTION OF ONE'S LIFE

Inmaculada Fernández Esteban¹; José Arnay Puerta²; Javier Esteban Marrero Acosta³

RESUMEN

Propósito: El objetivo de este trabajo es explorar acerca del proceso educativo crítico, desde la perspectiva del propio alumnado, en la Universidad para Mayores de La Laguna en el marco del envejecimiento constructivo, al identificar los factores que subyacen en este proceso, en concreto el referido al aprendizaje y al envejecimiento constructivo.

Método: Se utilizó análisis factorial exploratorio realizado en un cuestionario de 72 variables dependientes. Participaron 61 alumnas y 39 alumnos de los tres cursos Programa Universidad para Mayores de la Universidad de La Laguna del curso 2012-2013, de entre 50 y 81 años.

Resultado: Se identificó seis factores; tres de ellos relativos al envejecimiento constructivo -autopercepción, relaciones con los demás y con el entorno y actitud por la vida y el cambio y otros tres que describen la educación crítica: condiciones para el aprendizaje, valoración de la educación y el aprendizaje crítico.

Conclusiones: La principal aportación del significado del envejecimiento constructivo es la relevancia que en este toma la educación crítica.

PALABRAS CLAVE: envejecimiento constructivo, educación crítica, Universidad para Mayores, aprendizaje de personas adultas y mayores

¹ Doctora en Educación. Coordinadora de Estudios Universitarios para Personas Adultas y Mayores dependientes del Vicerrectorado de Relaciones con la Sociedad de la Universidad de La Laguna, España. E-mail: mesteban@ull.edu.es

² Profesor titular del Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación de Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de La Laguna, España. E-mail: jarnay@ull.edu.es

³ Catedrático del Departamento de Didáctica e Investigación Educativa de la Facultad de Educación. Universidad de La Laguna, España. E-mail: jmarrero@ull.edu.es



ABSTRACT

Purpose: The objective is to explore the critical educational process, from the perspective of the students themselves, at the University for the Elderly in La Laguna within the framework of constructive aging, identifying the factors that underlie this process, specifically the one that refers to the learning and constructive aging.

Method: An exploratory factorial analysis was carried out in a questionnaire of 72 dependent variables. In this study participated, 61 female students and 39 male students between 50 and 81 years old, from three courses of the University Program for Older Persons at the University of La Laguna, of the 2012-2013 academic year.

Result: We found six factors; three of them related to constructive aging: self-perception, relationships with others and with the environment, attitude towards life and change; and others three that describe critical education: conditions for learning, assessment of education and critical learning.

Conclusions: The main contribution of the meaning of constructive aging is the relevance that critical education takes in it.

KEY WORDS: constructive aging, critical education, University for the Elderly, adult and senior learning

Introducción

Desde su aporte a la pedagogía, el paradigma constructivista defiende que las personas, tanto en los aspectos cognitivos y sociales del comportamiento como en los afectivos, no son un producto del ambiente ni un resultado de sus disposiciones internas, sino una construcción propia que se va desarrollando paulatinamente como resultado de la interacción entre esos dos factores, por lo tanto, el saber no es una copia de la realidad, sino una construcción del ser humano. En el acto educativo son especialmente relevantes los esquemas ya creados, es decir, aquellos que ya están contruidos a partir de la relación con el medio o un aprendizaje anterior. La relación con la realidad produce que los esquemas se modifiquen, así, cuanto mayor es la experiencia, las personas utilizamos herramientas cada vez más complejas para acomodar el conocimiento (Carretero, 1997).

Las teorías del ciclo vital (Baltes, Reese, y Nesselroade, 1981; Baltes, 1987) proponen que durante del envejecimiento se deteriora la mecánica de la mente, ligada al sistema nervioso central, producto de la evolución genética, así como también están los conocimientos ligados a la pragmática cognitiva que pueden compensar las pérdidas de la mecánica cognitiva.

El cambio evolutivo es interpretado como una especialización adaptativa en la que la pérdida de las capacidades mecánicas, de índole biológica, es compensada por las ganancias en la dimensión psíquica y emocional de las personas mayores, gracias al desarrollo de estrategias que le permiten reducir el impacto negativo y conservar el nivel óptimo de funcionamiento: una de esas estrategias es el aprendizaje y la participación en actos educativos que permitan la mejora de la función pragmática.

El envejecimiento constructivo se constituye en un intento de entender el vínculo entre la educación y las personas mayores. Desde dicho enfoque, la educación desempeña un papel muy importante como la salud y la actividad, debido a su aporte al desarrollo biopsicosocial a lo largo de la vida. La mejora en los factores biológicos, psicológicos y sociales explica la clara diferencia entre un envejecimiento normal y otro patológico en los que la educación se convierte en una herramienta para mejorar la calidad de vida en todos los ámbitos a lo largo del ciclo vital.

En el marco del envejecimiento constructivo, la educación es entendida como un acto específico, intencional y único que tiene como fin promover determinados aprendizajes atendiendo al contexto en el que se desarrollan. Su principal función es favorecer e impulsar situaciones, tareas y demandas propias de los procesos de enseñanza y aprendizaje que conllevan aspectos diferentes de los que promueven otros tipos de envejecimiento, además de que plantea una crítica a las concepciones del

deterioro físico y cognitivo, el aislamiento e inhibición política y social asociadas al envejecimiento (Arnay, Fernández y Marrero, 2012).

Las experiencias educativas llevadas a cabo en las denominadas Universidad para Mayores indican que no solo es posible aprender a partir de los 50, 60 o 70 años, sino que es recomendable, aunque es indudable que los objetivos de la educación en este momento de la vida difieren de los que pueda tener una persona joven que acude a la universidad a los 20 años. Los educandos de los Programas Universitarios para Mayores persiguen objetivos enfocados a la realización personal y la satisfacción de aprender con el fin de ampliar conocimientos, porque los procesos de construcción/reconstrucción personal y social son inacabados.

En este tipo de proceso educativo, los aprendices aportan su experiencia, la disposición para la comprensión y la transformación de la realidad social, la autonomía y la reflexión para poder desenvolverse en una sociedad versátil y desarrollar la capacidad para ser personas críticas ante los diversos cambios sociales o culturales y obtener bienestar y calidad de vida.

En relación con lo anterior, en este estudio se profundiza el concepto del envejecimiento constructivo y educación crítica desde la práctica de la Universidad para Mayores de La Laguna, el cual es uno de los objetivos de una tesis leída en el Departamento de Didáctica e Investigación Educativa a finales de 2016. En este artículo se recopila aspectos que identifican tales conceptos desde la teoría trabajada: la educación crítica, las teorías del ciclo vital, las teorías sobre el envejecimiento y lo que se entiende como envejecimiento constructivo, con el objetivo de identificar aquellos factores que subyacen del proceso educativo crítico, mediante el análisis factorial exploratorio de un instrumento creado para tal fin, desde la perspectiva del propio

alumnado, en la Universidad para Mayores en el marco del envejecimiento constructivo. Para ello, se creó una escala para definir la educación crítica y el envejecimiento constructivo de la que se extrajo los mínimos factores capaces de dar significado a estos dos términos.

El envejecimiento constructivo

La edad social hace referencia al conjunto de representaciones que asume la persona en función del grupo de edad en el que se encuentra, pero también a las normas implícitas a determinados estatus y roles: una serie de actividades a desempeñar, una forma de vestir, una función determinada dentro de la familia y una serie de relaciones (Marrero, Arnay y Fernández, 2010).

El envejecimiento constructivo es un modelo de envejecimiento con características propias, que no se contradice con otras tipologías como el envejecimiento activo, productivo o exitoso, aunque reconoce las aportaciones de estos modelos para desmitificar el envejecimiento como un periodo de enfermedad, fracaso, inactividad e improductividad. Se caracteriza por contribuir a la transformación crítica del entorno; por tanto, las personas que envejecen pueden cambiar sus modos de relacionarse y su autopercepción, así como transformar la visión que la sociedad tiene sobre ellos, romper con la imagen social estereotipada, dar significado a sus experiencias, al hecho de ser mayor y, de este modo, reivindicar un lugar en la sociedad acorde con ese significado, sin que sea mejor ni peor del que puedan tener otras cohortes generacionales. La vejez es interpretada como un momento productivo para el interés propio, una oportunidad de realizar cosas nuevas y encarar la vida con un repertorio de posibilidades de desarrollo personal y formativo, incluso en edades muy avanzadas.

Si el envejecimiento activo ha supuesto realizar muchas cosas y participar activamente en todo aquello que tenga que ver con la cultura, el arte, actividad física y la participación social, con el objetivo de mejorar la calidad de vida durante más tiempo, el constructivo implica sentir, pensar, con el fin de mejorar su calidad de vida y dar sentido y significado a las cosas que se pueden hacer, considerando que el aprendizaje educativo formal permite establecer nuevas relaciones cognitivas que no serían posible establecer por otras vías (Arnay, 2006).

Algunas características del envejecimiento constructivo que han servido para orientar este trabajo son las siguientes:

- Aprender a lo largo de la vida permite la adquisición de las competencias necesarias para el desarrollo vital en la vejez (saber, saber hacer, saber convivir/relacionarse y saber ser).
- El envejecimiento constructivo debe contribuir a la participación crítica y la construcción de espacios sociales y cívicos, culturales, económicos, políticos y educativos que permitan la construcción/reconstrucción y la transformación individual y social.
- La educación para la transformación de la sociedad supone, por un lado, la concientización personal e individual para exigir un rol efectivo en la sociedad y, por otro, analizar las actitudes de la sociedad y el trato que las políticas y la ciudadanía dan a las personas mayores.
- La interpretación de la vejez y/o el desarrollo toma cuerpo de modo diferente en cada persona, atendiendo a los propios significados, se puede ser “activo/constructivo/productivo/exitoso” de muy diferentes maneras.

- Para la integración social y la mejora de los factores sociales, el papel del mayor en la comunidad se entiende como un proceso social y político de ejercicio de su poder y capacidad personal para transformar las condiciones sociales y psicológicas que le permitan tener un desarrollo óptimo personal y social.
- La autonomía personal en esta etapa vital pasa, en primer lugar, por el goce de buena salud y, a partir de ahí, por tener la capacidad de enfrentamiento y aceptación al cambio que permite el bienestar necesario para el control de la propia vida.
- Desde la perspectiva del envejecimiento constructivo, la educación ofrece oportunidades de desarrollo y aprendizaje a lo largo de todo el ciclo vital, de transformación y de participación social.

La educación y el aprendizaje de las personas adultas y mayores

El aprendizaje es una experiencia tan frecuente y cotidiana que resulta difícil conceptualizar un proceso tan amplio como la propia existencia. Además, las diferentes disciplinas que han estudiado los procesos de aprendizaje en otras etapas anteriores de la vida han aportado datos, definido conceptos y originado teorías que han ayudado a comprender mejor el insuficientemente explorado aprendizaje en personas mayores; de hecho, no es sino hasta hace poco tiempo, a partir de las dos últimas décadas del siglo pasado, que el aprendizaje ha sido entendido como algo que dura toda la vida el cual, salvo en determinadas condiciones de deterioro cognitivo, este proceso no se paraliza.

El aprendizaje a lo largo de la vida justifica el desarrollo educativo en las Universidades para Mayores desde la década de los años 70 en Europa y en los 80, en España. La educación superior de las personas adultas mayores tiene como fin mejorar la percepción sobre la vejez, fomentar las relaciones intergeneracionales, obtener la mejor forma de emplear el tiempo después del abandono del mundo laboral. La participación en actividades educativas y culturales permite la adquisición de

conocimientos y destrezas que ofrecen la posibilidad de adaptación/transformación del mundo, supuesto desde el que cabe preguntarse ¿quién se beneficia del aprendizaje de las personas?

La consideración sobre el valor y el beneficio del aprendizaje de las personas adultas mayores plantea que, mediante la reflexión crítica, las personas mayores pueden adquirir autonomía en el momento presente y futuro, además de superar muchos efectos de los estereotipos en torno a lo que significa ser mayor, adquirir conciencia sobre la necesidad de participar en la toma de decisiones que afectan a su entorno, sin obviar otras cuestiones ideológicas y sociales que determinan lo que las personas mayores piensan y hacen. Aprender supone adquirir un compromiso con la propia vida, con la mejora de las condiciones propias y ambientales, físicas y psíquicas, estructurales y funcionales y, consecuentemente, un compromiso de transformación personal, vital, social y de mejora de las relaciones con el entorno.

Hablar de que las personas mayores aprenden para transformar su existencia y el mundo que las rodea, no significa un cambio radical, sino conseguir que la educación fomente la innovación, la reconstrucción de unas situaciones vividas como seres sociales, asumiendo funciones y roles diferentes coherentes con sus nuevas expectativas personales, más que con obligaciones institucionales, máxime considerando que no se puede entender ninguna transformación social, ni educativa sin tener en cuenta los contextos en los que se mueven las personas.

En la educación de personas adultas, pueden elegir qué aprender, situación que aparentemente carece de importancia, pero que en la práctica conlleva replantearse el qué enseñar, para qué y cómo, lo cual cuestiona los métodos de corte clásico que reproducen modelos del sistema educativo dirigidos a aprendices con características y experiencias diferentes a las de las personas mayores, saberes objetivos e

incuestionables como son los conocimientos que no admiten ser cuestionados. Se trata de educar para analizar, interpretar y comprender lo que sucede cotidianamente, observar la realidad y ser personas críticas con ella (Arnay, Marrero, y Fernández, 2011). No se trata de enseñar el conocimiento ecuánime, sino la verdad conciliada, motivo por el que este estudio trate de identificar los elementos que describen la educación crítica, para la consecución de la construcción del envejecimiento.

El aprendizaje de las personas mayores, desde la perspectiva crítica, no puede partir de una educación compensatoria de objetivos no conseguidos en otro momento de la vida, es necesario que las personas mayores puedan aprender en entornos que les permitan descubrir su situación personal y el ambiente en el que se mueven, para así profundizar en el conocimiento y transformar aquellas situaciones que deban ser cambiadas y, por qué no, evaluar las experiencias que deban ser cuestionadas: en definitiva, aprender para generar la mejora social (Escarbajal, 2004).

El fundamento teórico de la pedagogía freireana nos sirve para definir los elementos didácticos que deben articular la práctica educativa en las universidades para personas mayores. Al respecto, somos conscientes de que el autor elaboró una teoría educativa destinada a alfabetizar a un amplio sector de la sociedad brasileña y latinoamericana en transición, marcada por la emergencia de las clases populares que se encontraban en desventaja socioeconómica, realidad que no es precisamente la que vive, ni social ni culturalmente, el alumnado de las Universidades para Mayores en nuestro país.

No hablamos de educación de adultos con el fin de combatir el analfabetismo estructural, se trata de poner a disposición de las personas las estrategias necesarias para combatir las dificultades que puedan tener para su desarrollo en una sociedad cambiante: para concretarlo, es necesaria la transformación individual y de la sociedad,

sobre todo en aquello que tiene que ver con la visión sesgada sobre el significado de ser una persona mayor y de ser una persona oprimida, lo cual puede lograrse a través de la alfabetización, como acción puramente humanística con la que se alcanza la concientización del individuo y su posterior integración en la realidad en la que vive (Fernández, Arnay, y Marrero, 2015).

En este sentido, el aporte educativo desde el enfoque constructivo de la vejez cumple un doble objetivo: por un lado, capacitar a los mayores para la participación crítica, la concientización sobre el sentido personal y social de su existencia, sin dejar de considerar que su vida se desarrolla en un contexto determinado; es decir, participar en la construcción de una ciudadanía en la que tenga sentido la autonomía, la reflexión, la participación crítica y pensar en las personas mayores en términos de futuro, concepto enfrentado al de vejez, desde el punto de vista de los propios mayores (Arnay y Fernández, 2010; Fernández, 2016).

Es un fin de la educación de las personas adultas y mayores la mejora de los aspectos didácticos relacionados con los procesos de enseñanza y aprendizaje, pero adecuándolos a las necesidades específicas de las personas a las que va destinada, mientras promueve una educación para la emancipación. Esa emancipación supone romper los límites dictados por la biología, las mencionadas capacidades mecánicas, de índole biológica (Baltes et al., 1981). De igual forma, implica entender que todas las etapas de la vida son capaces de permitir una cierta evolución, aún dentro del patrón de disminución de capacidades, lo cual significa que la vida no se define solamente en un momento o una etapa concreta, sino que siempre existe la posibilidad de nuevas relaciones sujeto-contexto, de construir nuevas interpretaciones de la realidad que nos envuelve o reinterpretar datos de una situación o de un problema de otra manera. Promover la emancipación es contribuir a que los ciudadanos y ciudadanas no se

resignen a aceptar cualquier destino para su vida, sino aquel asumido desde el sentido crítico.

Por último, cabe señalar que el planteamiento de la construcción representa un continuo a lo largo de todo el ciclo vital del mismo modo que lo es la relación dialógica sujeto-contexto (Marrero et al., 2010).

Objetivo y Metodología

El objetivo de este trabajo es explorar acerca del proceso educativo crítico, desde la perspectiva del propio alumnado, en la Universidad para Mayores en el marco del envejecimiento constructivo, al identificar los factores que subyacen en este proceso; forma parte una investigación más amplia llevada a cabo en la Universidad para Mayores de La Laguna formulada mediante un diseño no experimental basado en un estudio descriptivo, correlacional y explicativo de los factores (Fernández, 2016). En este artículo, el desarrollo se limita a hacer un análisis factorial exploratorio con base en un cuestionario creado para tal fin.

El instrumento diseñado es un cuestionario que define la educación crítica y el envejecimiento constructivo de personas adultas mayores, consta de 77 ítems: los cinco primeros corresponden a datos personales (edad, sexo y nivel de estudios previos) y situacionales (curso, años en la universidad), además de que configuran el grupo de variables independientes del cuestionario.

En cuanto a los 72 ítems restantes -las variables dependientes- recogen los indicadores que, desde nuestra perspectiva, definen este proceso educativo y el envejecimiento constructivo. El aprendizaje, la autopercepción, las relaciones y la valoración de la enseñanza, son aspectos del cuestionario que hemos sintetizado a partir

de la teoría sobre la educación crítica de las personas adultas mayores en relación con el envejecimiento constructivo.

Las variables dependientes son una escala tipo Likert, con las siguientes alternativas de respuesta: Nada de acuerdo (1), poco de acuerdo (2), algo de acuerdo (3), de acuerdo (4), bastante de acuerdo (5) y muy de acuerdo (6). En el anexo se muestran los ítems que forman la escala.

En primer lugar, se sometió la prueba a la evaluación de dos expertos del Área de Métodos de Investigación Educativa de la Universidad de La Laguna. Una vez realizadas las mejoras sugeridas, se hizo una prueba piloto con los miembros de la Asociación de Mayores de la Universidad de La Laguna que, en su mayoría, son alumnos y alumnas del Programa Universidad para Mayores: a partir de este momento, se hizo un primer análisis descriptivo y se procedió a realizar algunas mejoras en la redacción.

Muestra participante

La elección de los participantes se llevó a cabo mediante un procedimiento de muestreo no probabilístico consecutivo en el que participaron 100 alumnos y alumnas de los 161 matriculados en el segundo cuatrimestre del curso 2012-2013 en la Universidad para Mayores de La Laguna, momento en el que se aplicó los cuestionarios: para desarrollar este proceso, se citó a todo el alumnado a una única sesión para el pase de la prueba.

El alumnado participante está representado por 39 hombres y 61 mujeres, con edades entre los 50 y 81 años, rango que por su amplitud fue dividido en grupos de cinco años: el de 66 a 70 años es el más representado, tanto por hombres como por mujeres, ya que el 38% del alumnado está incluido en este intervalo. Las franjas de edad

son: de 50 a 55 años (n= 4), de 56 a 60 (n= 15), de 61 a 65 (n= 28), de 66 a 70 (n= 38), de 71 y más años (n= 15).

En cuanto a los años de permanencia en la Universidad, 35 alumnos y alumnas han estado un año en la Universidad para Mayores; 26, durante dos años; 17, tres años; 10, 4 años; 4, 5 años y 8, durante 6 años o más.

En cuanto a la formación previa del alumnado, seis alumnos y alumnas cuentan con estudios primarios; 21, con estudios de secundaria; 16, con formación profesional y 57 ya han cursado estudios universitarios. En este caso, más del 50% del alumnado ya ha pasado por la universidad en otro momento de su vida.

Medidas y procedimiento

El análisis factorial exploratorio permite determinar los factores, a partir de las variables dependientes, que forman el cuestionario creado para definir la educación crítica y el envejecimiento constructivo: *a priori*, no se conocen cuáles son los factores ni su número, aunque es verdad que el diseño del instrumento parte de la conceptualización expuesta en el marco teórico para la redacción de las variables. La definición conceptual de cada factor vendrá dada por las variables observadas ubicadas en él.

Del resultado del análisis factorial se puede extraer una matriz que exprese la varianza de las variables, la agrupación de las variables en el número óptimo de categorías y la posibilidad de otros agrupamientos y, por último, la significación de la prueba factorial (se acepta la significación con un valor por debajo de .05 según la prueba de esfericidad de Barlett).

Para comprobar si las correlaciones parciales entre las variables son suficientemente pequeñas, se recurrió a la medida de adecuación muestral KMO

(Kaiser- Meyer- Olkin): para este trabajo es válido un valor de adecuación de la muestra por encima de .71.

La prueba de esfericidad de Barlett sirve para contrastar la hipótesis nula en el caso de que la matriz de correlaciones sea una matriz identidad, de este modo no existirían correlaciones significativas entre las variables, por lo tanto, el modelo factorial no sería adecuado. En el caso de que el valor de la significación esté por debajo del .05, se rechaza la hipótesis nula, y se puede afirmar que es pertinente el agrupamiento de las variables (IBM, 2014).

Para la extracción, se recurrió al método de componentes principales, a partir de la que se admitió valores de comunalidad entre variables por encima de .400. El valor del índice de la comunalidad sirve para tomar las decisiones acerca de qué variables quedarán fuera de las categorías por no llegar a un peso factorial mínimo.

En este caso, se acepta que los factores resultantes sean capaces de explicar al menos el 60% de la varianza de los datos originales: a partir de dicha información se decidirá sobre el número ideal de factores que deben extraerse si se quisiera explicar un porcentaje de la variabilidad contenida en los datos.

En cuanto al método de rotación ortogonal Varimax, se utiliza con el fin de evitar que haya varias variables con altos pesos factoriales en distintos factores, ya que de este modo resulta más fácil decidir sobre la adscripción de una variable en un agrupamiento.

En el estudio se muestran tantas pruebas factoriales como sean necesarias para lograr el ajuste a los indicadores: una vez obtenidos los factores y conociendo los ítems que los componen, se calcula la consistencia interna de cada uno de ellos, utilizando el índice de fiabilidad de Alfa de Crombach y un análisis descriptivo de cada factor, basado en las medidas de tendencia central y dispersión de cada uno de ellos.

Resultados

El comienzo del procedimiento es el primer análisis de fiabilidad de las 72 variables dependientes mediante el Alfa de Crombach, cuyo resultado es .968.

En este momento, cuando ya se ha realizado el análisis de fiabilidad, se eliminan los ítems que se correlacionan con el resto por debajo de .400 en el intervalo de 0 a 1, como es el caso de la variable 67, "*pienso que es verdad lo que se dice de que con la edad las cosas cuestan más de aprender*", presenta una correlación total corregida de .050. De igual manera, existen otros dos elementos que, en caso de ser eliminados, mejoran el índice de Alfa de Crombach, tal es el caso del ítem 53 "*suelo participar en otras actividades recomendadas por la Universidad para Mayores*" (.322) y el ítem 54 "*mis familiares suelen apoyarme y orientarme en mi aprendizaje en la Universidad para Mayores*" (.340).

Una vez eliminadas esas tres variables del total de dependientes, se analiza de nuevo la fiabilidad del cuestionario que mejora con un índice de $\alpha = .970$, el cual no es el valor final puesto que, después del análisis factorial, se identifica otros ítems que mantienen una correlación baja con el resto de su categoría, según la matriz de componentes rotados; sin embargo, después de ser eliminados los ítems que tengan una relación con un valor inferior a .400, se realiza el cálculo final de la fiabilidad.

En un primer análisis factorial de los 69 ítems restantes, sin determinar un número mínimo de factores en la extracción, aparecen 15 factores o variables hipotéticas capaces de explicar el 75.048% de la variación de los valores originales. La medida de adecuación muestral presenta un índice KMO aceptable de .725 y altamente significativo por debajo de .01 ($.000 = 7.165469124102e-297$); es decir, la matriz de correlaciones resultante indica que el agrupamiento es oportuno. La decisión de hacer un agrupamiento con menos categorías es porque a partir del noveno grupo encontramos

tres ítems o menos por cada una de ellas, lo cual provoca que el agrupamiento sea muy dispar en cuanto al número de variables originales que recoge.

A continuación, se realiza un agrupamiento que indica un número mínimo de nueve factores, de este modo el porcentaje acumulado de la varianza total explicada es 64.795%. La prueba de adecuación muestral se mantiene en su valor, al igual que la significación, la cual tiene dos ítems que fueron eliminados porque presentan un índice de comunalidad en la matriz de componentes rotados por debajo de .400: el primero fue el 24, "*estoy interesada/o en participar en distintas actividades promovidas por el alumnado a través de la Asociación de alumnos/as*" (.302), y el 34, "*los contenidos de divulgación científica se ajustan a mis intereses de aprendizaje*" (.331), mas sigue habiendo disparidad en la composición de los factores.

El agrupamiento en ocho factores muestra un porcentaje acumulado de la varianza total explicada de 64.009%, por tanto, al igual que en el caso anterior, se mantienen los resultados de la prueba de adecuación muestral KMO y su significación. En esta ocasión el ítem 37, "*considero que las clases basadas en la exposición de conceptos encajan mejor en la Universidad para Mayores*" (.320), tiene un índice de comunalidad con el resto de los ítems por debajo de $r = .400$, motivo por el que se decidió eliminarlo, aunque el agrupamiento resulta desigual puesto que el último factor solo tiene un ítem y el factor 7, 4 ítems.

El porcentaje de variación respecto de las variables originales, en el caso de la extracción en 7 factores, es de 62.088%: al igual que en la anterior, el último factor tiene únicamente una variable, de ahí la decisión de hacer un agrupamiento en 6 factores eliminando los 6 ítems que durante el proceso se han eliminado.

El resultado en el caso de la extracción en seis factores, a partir de los 66 ítems que han quedado, indica que son capaces de explicar el 60.418% de las variaciones de

los valores originales. Al haber eliminado los ítems con correlación más baja, mejoró el valor de la prueba de adecuación muestral, ahora .737, la cual se mantiene como adecuada y su significación es muy alta por debajo de $\rho = .01$ (valor $.000 = 2.782641105656e-297$).

Finalmente, el agrupamiento en seis factores explica el 60.418 % de las variaciones de los valores originales. La prueba KMO que nos revela si las correlaciones parciales entre variables son pequeñas, muestra un valor de .737, dato del que se puede afirmar que el agrupamiento es adecuado. La prueba de esfericidad de Bartlett confirma la adecuación, puesto que el valor de la significación es menor de $\rho = .05$ (0.0001489258). Todas las correlaciones de un ítem con el resto de su grupo son superiores a .400, así lo indican los índices de comunalidad.

La siguiente tabla muestra un resumen con el número de ítems que componen cada factor, la consistencia interna de cada uno de ellos mediante el índice del Alfa de Crombach y las medidas de tendencia central y dispersión.

Tabla 1. Descripción de los factores que definen la educación crítica y el envejecimiento constructivo

| FACTOR | N | α | Media | Mediana | D. T. | Min. | Max |
|---|----|----------|--------|---------|-------|------|------|
| FACTOR 1 Condiciones para el aprendizaje | 18 | .940 | 4.6981 | 4.8333 | .7778 | 1.67 | 6.00 |
| FACTOR 2 Enseñanza | 14 | .908 | 4.5811 | 4.6429 | .7573 | 1.25 | 6.00 |
| FACTOR 3 Autopercepción | 13 | .908 | 4.5848 | 4.6923 | .7924 | 1.77 | 6.00 |
| FACTOR 4 Relaciones con los demás y con el entorno | 9 | .900 | 4.7029 | 4.7778 | .8187 | 1.56 | 6.00 |
| FACTOR 5 El aprendiz crítico | 7 | .877 | 4.9025 | 5.0000 | .8063 | 1.57 | 6.00 |
| FACTOR 6 Actitud hacia el cambio y hacia la vida | 5 | .788 | 4.0724 | 4.1212 | .9795 | 1.60 | 6.00 |

Alfa de Crombach (α); Desviación típica (D.T.); Número de ítems que componen el factor (N); Puntuación máxima (Máx.); Puntuación mínima (Min.)

Fuente: elaboración propia a partir de los resultados obtenidos.

Destacamos que todos los factores obtienen una puntuación media por encima de 4 (de acuerdo), según el alumnado. El factor que obtiene una puntuación más alta es aquel que define el aprendizaje crítico.

Después del análisis factorial y obtener como óptimo el agrupamiento en seis factores al eliminar aquellos ítems con un índice de comunalidad por debajo de $r = .400$ (24, 34, 37, 53, 54, 67), con los 66 ítems que quedan, se calcula de nuevo la fiabilidad del cuestionario que define la educación crítica y el envejecimiento constructivo. El resultado del Alfa de Crombach resultante es $\alpha = 9.696$.

Las condiciones para el aprendizaje son las estrategias que el alumnado emplea para afrontar la experiencia educativa, la percepción subjetiva de las condiciones que el aprendiz pone a disposición en el proceso educativo, descritas por la rapidez y eficacia en el aprendizaje y para comprender cosas nuevas, integrarlas y aplicarlas cotidianamente. En este contexto, los aprendices se autodefinen como personas críticas a la hora de valorar lo aprendido, capaces de actuar de manera autónoma en la vida cotidiana, organizadas, con interés por estar informadas y con capacidad de control sobre sus condiciones de vida, factor esencial dentro de la educación crítica.

La enseñanza en el cuestionario queda descrita por los elementos didácticos que la integran, tales como; materiales, aulas, horarios, evaluación, la disponibilidad del profesorado y las relaciones con él, así como su satisfacción con la formación y lo aprendido, es un factor que define la educación crítica.

En el tercer factor resultante se ubica todos aquellos aspectos por los que se definen las personas y con los que se muestran a los demás, forma parte de la definición del envejecimiento constructivo. La autopercepción es la relación que el individuo mantiene con su entorno e influye en su desarrollo como ciudadano y ciudadana, en la

capacidad de relación y en la participación, al transformar su entorno y, por supuesto, en su posición como educando.

La autopercepción positiva supone una mejor integración social y favorece las relaciones. Desde el prisma del envejecimiento constructivo, las peculiaridades de la autopercepción definen a las personas como seguras de sí, creativas para aplicar lo aprendido, divertidas, capaces de hacer planes a mediano y largo plazo, afectuosas, comprensivas, además de que permite mantener una actitud personal positiva.

Las personas que valoran positivamente su autopercepción se describen como orgullosas de ser como son y que han podido liberarse a lo largo de su vida, dialogantes en las relaciones como aprendices, conscientes de que todavía tienen mucho que aprender, por lo tanto, seres en continuo proceso de desarrollo, tenaces en el trabajo por la mejora personal y de la realidad que le rodea, y a las que les gusta vivir situaciones que requieren un cambio en la manera de hacer las cosas.

Otro de los factores que definen el envejecimiento constructivo es el que describe las relaciones con los demás y con el entorno, el cual recoge todos aquellos aspectos que describen las relaciones interpersonales y la habilidad para establecer y mantener relaciones estrechas, lo cual implica participar activamente en la cultura, en el proceso educativo y en general, sentirse bien en la comunidad a la que pertenece el alumnado, espacio de donde reciben los estímulos necesarios para su desarrollo.

El aprendizaje crítico es aquel que el alumnado desarrolla en un proceso educativo, al tiempo que es un medio que facilita estrategias para comprender los cambios, valorar la emancipación en ese contexto de continua transformación y mantener una actitud activa. Desde dicho enfoque, la educación de las personas no debería ser la enseñanza de técnicas y contenidos que no permitan la comprensión de la realidad y el desarrollo de la inteligencia crítica, dado que supone autonomía por la

capacidad crítica y reflexiva que otorga en la participación social y cultural, mientras que, en su relación con la sociedad, implica emancipación, liberación de todos los significados que la comunidad confiere a las personas por causa de la edad.

En cuanto al aprendiz crítico, el cual es un factor que define la educación crítica, se caracteriza por la curiosidad, la capacidad crítica y la reflexividad a la hora de valorar lo aprendido: en este caso, el aprendizaje es considerado un instrumento de emancipación en el que la experiencia vital es esencial para la participación, la relación con el entorno y la ampliación de sus horizontes personales.

El factor que describe la actitud por la vida y el cambio sintetiza la posición del individuo en su entorno próximo, los cambios que en este suceden y cómo estos afectan su vida presente y futura. El cambio tiene como consecuencia final la evolución individual, siempre y cuando haya estado acompañado de reflexión y de acción y, en ocasiones, resistencia, por ello para el individuo, la evolución requiere de la contribución crítica, la reflexión y la emancipación, efecto que se produce porque la realidad y el contexto no son estáticos, están sujetos a los cambios.

En el contexto del envejecimiento constructivo, la valoración de la actitud por la vida y el cambio está determinada por la actitud optimista por el cambio social, político y cultural del entorno inmediato y por la consideración de ser capaces de influir en esos cambios necesarios, ya que las personas que mantienen una actitud por la vida y el cambio positivo son eficaces en la resolución de problemas de aprendizaje, viven la vida al día sin pensar demasiado en el futuro y consideran que sus actividades cotidianas son importantes, incluso, extraordinarias, otro de los factores que define el envejecimiento constructivo.

Discusión y Conclusiones

Se puede afirmar que el número de factores mínimo capaz de explicar la varianza de los datos originales es el modelo de seis factores: tres de ellos definen la educación crítica (condiciones para el aprendizaje, la enseñanza y el aprendizaje crítico), y otros tres sirven para dar significado al envejecimiento constructivo (la autopercepción, las relaciones con los demás y con el entorno y la actitud hacia la vida y hacia el cambio). Este cuestionario, compuesto finalmente por 66 variables dependientes, presenta una fiabilidad muy alta, el Alfa de Crombach es igual a .969.

La educación crítica se define a través de las condiciones para el aprendizaje o las estrategias que el alumnado emplea en el proceso educativo en el que participa en este momento de su vida, las cuales que pueden haber estado presentes anteriormente, tales como son su capacidad crítica, su autonomía, capacidad de organización y el control sobre sus condiciones de vida.

Coincidiendo con algunos autores, se puede afirmar que el aprendizaje crítico es un instrumento para la emancipación (Freire, 1969; Escarbajal, 2004; Flecha, 2004; Marrero et al., 2010), sirve para comprender los cambios y mantener una actitud activa por ellos. Como parte de la educación crítica, el aprendizaje se caracteriza por despertar la reflexividad y capacidad crítica de los individuos y fomentar la participación social y cultural, sin dejar de lado la liberación de todos los significados que la comunidad confiere a las personas en lo que se refiere a su capacidad de aprender, desarrollarse y crecer, debido a su edad.

Los tres componentes que describen y diferencian al envejecimiento constructivo son la autopercepción, las relaciones con los demás y con el entorno y la actitud por la vida y el cambio, los cuales están relacionados con la visión personal de las personas adultas mayores y el papel que desempeñan sus aportaciones y las

relaciones en el contexto inmediato. La valoración positiva en estos factores indica que la vejez es una etapa de participación social, contribución a los cambios que se producen, capacidad de aprendizaje, reflexión y consecuentemente, emancipación.

La efectiva valoración de la autopercepción de las personas evidencia que se consideran seguras de sí, creativas y capaces de mantener una actitud positiva acerca de sí, orgullosas de ser como son y que han podido liberarse a lo largo de su vida, dialogantes en las relaciones como aprendices, conscientes de que todavía tienen mucho que aprender, por lo tanto, seres en continuo proceso de desarrollo, lo que facilita una actitud positiva por la vida, el cambio y las relaciones con los demás y con el entorno (Fernández et al., 2015), razón por la que el significado de estos tres factores se encuentren conceptualmente relacionados.

La principal aportación del significado del envejecimiento constructivo, frente a otras tipologías anteriormente definidas de la vejez (envejecimiento exitoso, saludable y productivo), es la relevancia que en él toma la educación crítica, y el cómo la educación superior se configura como una herramienta importante para su consecución.

Por último, este estudio nos sirve para seguir profundizando en el significado del envejecimiento constructivo, su aportación individual y social, mejorarlo por medio de reflexiones fundamentadas (Fernández, 2016).

Referencias

- Arnay, J. (2006). *La contribución de las universidades al envejecimiento constructivo*. Seminario Internacional sobre la situación del envejecimiento, (págs. 1-20). Ciudad de Jaén, Andalucía.
- Arnay, J., Fernández, I. (2010). ¿Qué enseñanza?, ¿para qué aprendizaje: reflexiones sobre la educación de las personas mayores en la Universidad. En A. Cabedo, *La educación permanente: la Universidad y las personas mayores* (págs. 303-304). Castelló de la Plana: Publicaciones de la Universitat Jaume I.

- Arnay, J., Fernández, I. y Marrero, J. (2012). Educación y envejecimiento: el envejecimiento constructivo. *Información psicológica*, 57-71
- Arnay, J., Marrero, J. y Fernández, I. (2011). Las universidades para mayores ¿Qué enseñanza, qué aprendizaje? *Revista de ciencias de la educación: Órgano del Instituto Calasanz de Ciencias de la Educación* (225-226), 90-106.
- Baltes, P. (1987). Theoretical propositions of life-span developmental psychology: On the dynamics between growth and decline. *Developmental psychology*, 23 (5), 611-626.
- Baltes, P., y Baltes, M. (1993). *Successful ageing. Perspectives from the behavioral sciences*. Cambridge: University of Cambridge.
- Baltes, P., Reese, H. y Nesselroade, J. (1981). *Métodos de investigación en psicología evolutiva: Enfoque del ciclo vital*. Madrid: Morata.
- Barreiro, J. (1969). Educación y concientización. En F. Paulo, *La educación como práctica de la libertad* (págs. 7-19). Madrid: Editorial Siglo XXI.
- Carretero, M. (1997). *Constructivismo y educación*. México D.F.: Progreso.
- Escarbajal, A. (2003). Personas mayores, educación y aprendizaje. En J. Sáez, *Educación y aprendizaje en las personas mayores* (págs. 159-182). Madrid: Dykinson, S.L.
- Escarbajal, A. (2004). *Personas mayores, educación y emancipación*. Madrid: Dykinson, S.L.
- Fernández, I. (2016). *Educación de las personas adultas y mayores: Envejecimiento, aprendizaje y bienestar psicológico*. Universidad de La Laguna [Tesis doctoral].
- Fernández, I., Arnay, J. y Marrero, J. (2015). *Percepción del bienestar psicológico del alumnado de la Universidad para Mayores de La Laguna. Nuevos perfiles de alumnos en las aulas de mayores. Reflexiones en torno a sus percepciones y expectativas sobre los Programas Universitarios para Mayores en España* (págs. 379-392) Granada. Universidad de Granada.
- Fernández-Ballesteros, R. (2011). *Envejecimiento saludable*. Congreso sobre Envejecimiento. *La Investigación en España*, (págs. 1-5). Madrid.

Flecha, R. (2004). La pedagogía de la Autonomía de Freire y la educación democrática de personas adultas. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 18(2), 27-43.

Freire, P. (1969). La educación como práctica de la libertad (12ª ed.). Madrid: Siglo XXI de España Editores, S.A.

IBM. (2014). Manual IBM SPSS Statistics Base 22. IBM.

Marrero, J., Arnay, J., y Fernández, I. (2010). Los procesos de enseñanza y aprendizaje en los Programas Universitarios para Personas Mayores: Estudio de casos y propuestas de mejora. Informe de Estudios y Análisis, convocatoria 2009. Ministerio de Educación y Ciencia, La Laguna.

ANEXO

Ítems que componen el cuestionario que define la educación crítica y el envejecimiento constructivo

| <i>Aspectos</i> |
|---|
| 6. Considero que soy rápida/o en mi aprendizaje en la Universidad para Mayores. |
| 7. Pienso que soy eficaz a la hora de realizar búsquedas en internet. |
| 8. Creo que soy eficaz a la hora de realizar búsquedas en la biblioteca. |
| 9. Soy una persona veloz en la lectura. |
| 10. Pienso que soy una persona crítica a la hora de valorar lo que quiero aprender en la Universidad para Mayores. |
| 11. En el proceso de aprendizaje en la Universidad para Mayores, me considero una persona eficaz para comprender cosas nuevas. |
| 12. Creo que soy eficaz en el aprendizaje mediante la resolución de problemas. |
| 13. Soy una persona con capacidad para actuar de forma autónoma en la vida cotidiana. |
| 14. A partir de mi experiencia en la Universidad para Mayores, considero que tengo capacidad para aprender. |
| 15. Creo que soy eficaz para recordar lo que aprendo en la Universidad para Mayores. |
| 16. Soy hábil para aplicar e integrar las cosas nuevas que aprendo en la Universidad para Mayores. |
| 17. Me considero una persona eficaz a la hora de gestionar el tiempo en general. |
| 18. Soy eficaz para gestionar el tiempo de estudio. |
| 19. Pienso que soy una persona organizada. |
| 20. Estoy interesada/o en participar en distintas actividades culturales y educativas. |
| 21. Estoy interesada/o en participar en distintas actividades promovidas por el alumnado a través de la Asociación de alumnos/as. |
| 22. Soy una persona hábil para entablar nuevas amistades en el entorno de aprendizaje que me proporciona la universidad. |
| 23. Tengo interés por estar informada/o de lo que pasa en el mundo. |
| 24. Suelo hacer planes a medio y largo plazo. |
| 25. Tengo capacidad de control sobre mis condiciones de vida presentes y futuras. |
| 26. Sé cómo organizar mi tiempo para llevar a cabo todo lo que hay que hacer. |
| 27. Vivo la vida al día y realmente no pienso demasiado en el futuro. |
| 28. Mis actividades cotidianas a menudo me parecen cosas extraordinarias e importantes. |

29. Mantener relaciones personales estrechas me ha sido fácil y provechoso.
30. La gente me describiría como una persona que da y que está dispuesta a compartir su tiempo con los demás.
31. Los contenidos de divulgación científica se ajustan a mis intereses de aprendizaje.
32. Me siento más identificado/a con los métodos de enseñanza que permiten la participación del alumnado.
33. Me identifico con los contenidos de materias de humanidades por encima de otras materias.
34. Considero que las clases basadas en la exposición de conceptos encajan mejor en la Universidad para Mayores.
35. La calidad de los materiales empleados por el profesorado en clase (fotocopias, proyecciones,...) me parecen apropiados para la enseñanza en la Universidad para Mayores.
36. Considero que el acceso y las condiciones de las aulas de la Universidad para Mayores es fácil y cómodo.
37. Estoy satisfecha/o con la calidad de los materiales (fotocopias, proyecciones.) que el profesorado de la Universidad para Mayores utiliza en clase.

38. Considero que los horarios de tarde de la Universidad para Mayores son adecuados.
39. La duración de las asignaturas (15 o 20 horas distribuidas en un cuatrimestre) se ajustan al tiempo que yo considero necesario para mi aprendizaje en la Universidad para Mayores.
40. Considero que la información disponible sobre las asignaturas es adecuada y accesible.
41. El desarrollo de trabajos para la evaluación propuestos por el profesorado recogen fiel información sobre lo aprendido.
42. Creo que los exámenes son un procedimiento de evaluación adecuado en la Universidad para Mayores.
43. Puedo asegurar que el clima que existe entre compañeros y compañeras de la Universidad para Mayores es grato.
44. Considero que las relaciones entre el alumnado y el profesorado son satisfactorias.
45. El profesorado se muestra dispuesto para consultar dudas fuera de las clases de la Universidad para Mayores.
46. La enseñanza en la Universidad para Mayores fomenta la participación del alumnado.
47. Estoy satisfecha/o con la atención que me dispensa el director/a, coordinador/a de la Universidad para Mayores.
48. Estoy satisfecha/o con la formación recibida en la Universidad para Mayores.
49. Estoy satisfecha/o con lo aprendido en la Universidad para Mayores.
50. Suelo participar en otras actividades recomendadas por la Universidad para Mayores.
51. Mis familiares suelen apoyarme y orientarme en mi aprendizaje en la Universidad para Mayores.
52. Me considero una persona segura de mí.
53. Con la edad pienso que me he podido liberar.
54. Opino que soy una persona creativa a la hora de aplicar lo aprendido.
55. Soy una persona que establece buenas relaciones con sus compañeros/as de aula.
56. Me gusta aprender cosas nuevas porque soy una persona curiosa .
57. Creo que en general los demás tienen una buena opinión sobre mí.
58. Creo que soy una persona divertida.
59. Pienso que mis compañeros/as me consideran un buen/a amigo/a.
60. Observo que con la edad he aprendido a ser más comprensiva/o.
61. Tengo una idea clara sobre lo que quiero aprender.
62. Mi actitud sobre mí probablemente es más positiva que la que tienen la mayoría

| |
|---|
| <p>de la gente sobre sí.</p> <p>63. La mayoría de las personas me ven como alguien cariñoso y afectuoso.</p> <p>64. Pienso que es verdad lo que se dice de que con la edad las cosas cuestan más de aprender.</p> <p>65. Cuando me comparo con mis amigos y conocidos, me siento bien siendo como soy.</p> <p>66. En general, me considero una persona reflexiva al valorar lo aprendido.</p> <p>67. En general, pienso que soy una persona crítica.</p> <p>68. Mantengo una actitud optimista por el cambio social, político, cultural del entorno inmediato.</p> <p>69. Estimo que soy una persona capaz de influir en los cambios necesarios de mi entorno inmediato (sociales, políticos, culturales...).</p> <p>70. Soy consciente de que todavía tengo mucho que aprender.</p> <p>71. Me considero una persona tenaz en el trabajo por las mejoras de la realidad que me rodea.</p> <p>72. Valoro el aprendizaje como un instrumento importante para la emancipación.</p> |
| <p>73. Soy una persona dialogante en mis relaciones con el profesorado y el alumnado.</p> <p>74. Opino que mi experiencia vital es importante para la participación y la relación con los demás y el entorno.</p> <p>75. Estoy interesada/o en actividades que puedan ampliar mis horizontes personales.</p> <p>76. Disfruto en situaciones que requieren cambiar mi manera habitual de hacer las cosas.</p> <p>77. Encajo bien en la comunidad en la que vivo y con las personas que me rodean.</p> |

Factor 1. Condiciones para el aprendizaje (6, 7, 8, 9, 10, 11, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 23, 25, 26, 32, 33) Educación crítica

Factor 2. Enseñanza (35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 44, 45, 46, 47, 48, 49) Educación crítica

Factor 3. Autopercepción (24, 52, 53, 54, 58, 60, 62, 63, 65, 70, 71, 73, 76) Envejecimiento constructivo

Factor 4. Relaciones con los demás y con el entorno (20, 22, 29, 30, 43, 55, 57, 59, 77) Envejecimiento constructivo

Factor 5. Aprendizaje crítico (56, 61, 66, 67, 72, 74, 75) Educación crítica.

Factor 6. Actitud por la vida y el cambio (12, 27, 28, 68, 69) Envejecimiento constructivo

Artículo recibido: 13 Noviembre, 2017
Artículo aprobado: 18 Diciembre, 2018

**SIGNIFICADOS, CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS RELACIONADOS CON
LA DIGNIFICACIÓN DE LA PERSONA ADULTA MAYOR DESDE LA
PROMOCIÓN DE LA SALUD, EN LA RED DE CUIDO DE GOICOECHEA,
SAN JOSÉ- COSTA RICA**

**MEANINGS, KNOWLEDGE AND PRACTICES RELATED TO THE
DIGNIFICATION OF THE OLDER PERSON FROM HEALTH PROMOTION,
IN THE CARE NETWORK AT GOICOECHEA, SAN JOSÉ- COSTA RICA**

Linda Sigüenza Quintanilla¹; Adriana Vargas Alvarado²

RESUMEN

Objetivo: Analizar los significados, conocimientos y prácticas relacionados con la dignificación de la persona adulta mayor, desde la promoción de la salud, en la Red de Cuido de Goicoechea.

Metodología: Estudio cualitativo en el que se analizó distintas categorías mediante entrevistas, grupos focales, talleres y revisión bibliográfica, con las personas adultas mayores, familiares y colaboradoras de la Red de Cuido.

Resultados: Ser persona adulta mayor significa seguir desarrollándose, poseer deberes y derechos; también deterioro, pérdida de oportunidades y autonomía. Se entiende el envejecimiento como proceso y se confunde con la vejez; se reconoce cambios físicos, psicológicos, sociales, emocionales, y laborales, y los tipos de violencia. Existen relaciones interpersonales positivas, pero también casos de violencia y su normalización.

Conclusiones: La dignificación requiere un proceso reflexivo y analítico sobre la construcción social y cultural de la vejez, es importante ampliar las acciones de la red de cuidado desde la promoción de la salud.

PALABRAS CLAVE: promoción de la salud, dignificación, persona adulta mayor, red de cuidado

ABSTRACT

Objective: Analyze the meanings, knowledge and practices related to the dignity of the elderly person, in Goicoechea Care Network, from Health Promotion.

Methodology: Qualitative study, categories about the subject were analyzed through interviews, focus groups, workshops and bibliographic review with elderly people, family and collaborators of the Care Network.

Results: Being an elderly person means continue developing themselves and have rights and duties, also, deterioration and loss opportunities and autonomy. Aging is understood as a process, but it's confused with old age; physical, psychological, social, emotional and labor changes are recognized, as well as the types of violence. There are positive interpersonal relationships, but also cases of violence and its normalization. **Conclusions:** The dignification requires a reflective and analytical process about the social and cultural construction of old age, it is important to extend the actions of the care network from health promotion.

KEY WORDS: Health Promotion, dignification, elderly person, care network

¹ Licenciada en Promoción de la Salud, Universidad de Costa Rica (UCR). Costa Rica. E-mail: prettyhope29@gmail.com

² Licenciada en Promoción de la Salud, Universidad de Costa Rica (UCR). Costa Rica. E-mail: adri.vargas05@gmail.com



Introducción

Los cambios demográficos dados por el aumento de personas adultas mayores (PAM) y el incremento en la esperanza de vida permiten evidenciar situaciones de violencia y maltrato, realidad de la que surge la necesidad de fortalecer las bases de la sociedad para vivir una vejez digna y de calidad, de la que no es ajena Goicoechea, décimo cantón más poblado de Costa Rica, cuya esperanza de vida aumentó de 78,6 años en el 2011 a 80,5 años, en el 2014 (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo y Universidad de Costa Rica, 2016).

Sumado a lo anterior, la violencia intrafamiliar en el cantón fue el primer evento no transmisible más frecuente en el 2017, con 1572 casos de lo que, según datos de la Dirección del Área Rectora del Ministerio de Salud de Goicoechea (DARS-G), el 12% de los casos se presentó en la PAM, siendo las mujeres las más afectadas y el maltrato psicológico y de formas mixtas los más reportados (García y Chavarría, 2017).

A partir de lo mencionado, surge la necesidad de abordar los determinantes de la salud, en beneficio de esta población, lo cual se concreta a partir del proyecto final de graduación en Promoción de la Salud denominado *Programa educativo para el fomento de la dignificación de la persona adulta mayor en la Red de Cuido de Goicoechea, años 2016-2017*, en el que se analiza los significados, conocimientos y prácticas relacionados con la dignificación de la PAM en la Red de Cuido de Goicoechea, San José Costa Rica.

La construcción social negativa de la PAM tiene gran influencia en la interacción humana; por lo tanto, la promoción de la salud permite incidir en sus determinantes y propiciar factores protectores, como la convivencia y relaciones intergeneracionales saludables, la apropiación de los derechos, la acción comunitaria e institucional y la participación social, aspectos que se pretenden plasmar en el presente artículo.

Objetivo y Metodología

Diseño

Se partió de un paradigma sociocrítico que pretende transformar las relaciones sociales mediante la participación de las personas que las vivencian, desde un proceso de acción-reflexión. Según Alvarado y García (2008), dicho proceso incluye los juicios, valores, intereses de la sociedad y su compromiso para la transformación, además de que permite construir conocimiento y pretende la participación social, elementos relevantes en la promoción de la salud.

El paradigma sociocrítico considera la investigación acción emancipadora, en la cual las personas procuran que los cambios inicien desde sí, lo cual implica un proceso de reflexión individual y colectivo (Becerra y Moya, 2013) que involucra la participación activa y crítica, de tal forma que el mismo proceso investigativo permitió este análisis sobre la dignificación de la PAM, como punto de inicio para la transformación social.

Por otra parte, el estudio es cualitativo en cuanto a comprender la perspectiva de las personas acerca de los fenómenos que las rodean, profundizar en las experiencias, opiniones y significados que tienen de su realidad.

Personas participantes

Las personas de la Red de Cuido de la PAM de Goicoechea está constituida por tres grupos poblacionales: en primer lugar, colaboradores y colaboradoras que corresponden a 20 personas, de las cuales participaron 18 (17 mujeres y 1 hombre), con una edad promedio de 49 años y un rango de los 24 a los 69 años, quienes representan a DARS-G(1), Asociación Hogar de Ancianos Carlos María Ulloa (2), Parroquia San Pío X(3), Asociación Vicentina de Guadalupe(4), Área de Salud de Goicoechea 1 y 2 (5) y Fuerza Pública de Goicoechea(6). En cuanto a la Red, se creó en el 2012 y cuenta con

personal que labora de manera voluntaria o nombrados por instituciones, por lo que el tiempo de pertenecer a ella es variable y no se tiene un registro.

En segundo lugar, se cuenta con 140 PAM beneficiarias, cantidad que varía ya que constantemente se incluye y excluye personas, de ese total, en el proceso investigativo participaron 24 (15 mujeres y 9 hombres), con edades entre los 66 y los 90 años, y una edad promedio de 72 años.

En tercer lugar, se encuentran las personas familiares de las PAM, participaron 14 (13 mujeres y 1 hombre), con edades desde los 35 hasta los 74 años (promedio de 57 años), el parentesco en relación con la PAM fue de hijas, nueras, pareja, hermanas, quienes cuidan o tienen una relación cercana con la PAM.

En total, se contó con una participación de 56 personas, con niveles educativos desde primaria incompleta hasta universitaria completa, así como personas que no saben leer ni escribir, todas habitantes de los distritos de Goicoechea.

Por último, para la protección de las personas informantes en investigaciones se consideró los principios éticos, por lo que se utilizó un consentimiento informado, leído en presencia de un testigo, firmado y se facilitó una copia a cada participante, sin dejar de lado los derechos de las PAM según la legislación costarricense.

Materiales y procedimiento

Se utilizó un muestreo no representativo, a conveniencia y con criterios de selección como la pertenencia a la Red, disponibilidad de tiempo y anuencia para participar. Las categorías de análisis fueron: (1) significados de ser PAM como ser persona digna, con derechos y deberes, activa y útil en la sociedad, autónoma, con autoestima y autoimagen positiva o lo contrario; (2) conocimientos sobre envejecimiento, vejez, cambios (biológicos, psicológicos, sociales, emocionales, laborales), necesidades (biológicas, psicológicas, sociales, laborales, económicas),

legislación, derechos, deberes, violencia y maltrato; (3) prácticas sobre el trato digno, autocuidado, derechos, acciones acordes a la Ley, relaciones intra e interpersonales y redes de apoyo, casos de violencia y maltrato, irrespeto a los derechos, entre otros.

Se utilizó técnicas como el análisis documental, entrevistas a profundidad individual, grupos focales, observación participante y talleres participativos que permitieron recabar información y la producción colectiva de aprendizaje. Además, se usó instrumentos como guías de preguntas y de observación para las entrevistas y los grupos focales, y matrices de actividades para guiar los talleres.

El análisis de datos se realizó por medio de la sistematización, la triangulación metodológica (de las técnicas utilizadas) y de datos, para contrastar lo suministrado por las poblaciones participantes, la teoría y expertos.

Resultados

A continuación, se desglosa los resultados, surgidos de las categorías de análisis planteadas, las cuales se basan en el sustento teórico y opinión de profesionales en gerontología.

Significados en relación con la persona adulta mayor

El significado que cada quien posea sobre “ser PAM”, se basa en experiencias dadas por su curso de vida y el contexto social, histórico y cultural en el que se desarrolle, las cuales permiten formar un sentido y un valor individual y subjetivo que determinará cómo se vive la vejez. La mayor parte de las personas brindaron opiniones positivas y consideran que ser PAM significa; (1) seguir siendo el mismo individuo con cambios propios de la vejez, resultado del proceso de envejecimiento; (2) portador de experiencia de vida, para brindar aportes a la sociedad; (3) ser humano con deberes y derechos y (4) seguir desarrollándose, sentirse útiles, capaces de compartir y disfrutar con vitalidad de lo que le gusta, y sentirse orgullosos de quienes son.

Entre las respuestas se identifican aspectos como el reconocimiento de los cambios que se presentan por el envejecimiento, los cuales no son limitantes para considerarse personas valiosas y capaces de desarrollarse que aportan a la sociedad y a sus familias a través de sus experiencias; es decir, no se desliga de la condición humana, que implica el derecho a la dignidad, aspecto relevante para la construcción de una imagen positiva de la PAM, la cual inicia desde la posibilidad de cada quien de reconocerse como merecedor de un trato digno. Al respecto, León (2005) menciona que una valoración positiva es fundamental para la dignificación y se vincula con la autoestima y autovaloración, así como con el aprecio que las demás personas tengan, ya que esto implica aceptación, respeto y valorización (p.7).

En contraparte, también se halló significados negativos y fatalistas sobre ser PAM, entre los que se mencionaron (1) creerse y sentirse inútiles, debido a las limitantes físicas, (2) creer que ya no tienen oportunidades de desarrollarse como seres humanos y (3) volver a ser como niños, lo cual implica ser dependientes e incapaces de tomar decisiones.

En relación con tales expresiones, se considera que la carga social incide en cómo cada quien se concibe, principalmente desde los estereotipos y mitos que con el tiempo se han consolidado acerca de esta población, y que dificultan la dignificación, y la manera en que cada quien comprenda y viva su vejez. La visión negativa de ser PAM implica un cambio con el entorno y consigo mismo, óptica desde la que la propia persona no dignifica su ser, lo cual dificulta que sea reconocida como merecedora de un trato digno por los demás.

En síntesis, se identifica dos significados respecto de ser PAM: el primero como facilitador de un trato digno desde la propia persona y desde su interacción con los demás, pero que requiere no solo dar este sentido, sino autodeterminarse y exigir la

dignificación como una premisa de la convivencia humana, mientras que el segundo es influenciado por un constructo social y fortalecido por las experiencias negativas, todo lo cual dificulta reconocerse como portador de dignificación y limita el desarrollo humano. Ese segundo escenario, respecto de la dignificación, precisa de una visión más realista de la PAM que considere los cambios como parte natural de envejecer y que considere la vejez como una etapa para continuar desarrollándose, mientras se eliminan barreras sociales y paradigmas que no le permiten al individuo fomentar capacidades y habilidades individuales y colectivas, aspectos de relevancia para la promoción de la salud.

Conocimientos en relación con la persona adulta mayor

En este apartado, se indagó en aspectos como; envejecimiento y vejez, cambios en la vejez, las necesidades de la PAM, la legislación que les ampara, los derechos y deberes que poseen y cómo se entiende la dignificación de la PAM.

Envejecimiento y vejez

Muchas veces envejecimiento y vejez se consideran sinónimos; sin embargo, el primero se refiere a un hecho vital en el que el tiempo discurre sobre el organismo a través de un proceso de desarrollo, nuevas oportunidades, intereses y cambios de perspectiva sobre la vida en las diferentes etapas del ciclo vital (Arriola, 2016). En cuanto a la vejez, es un subconjunto de fenómenos y procesos que forman parte de un periodo o época de la vida humana (Hidalgo, 2001, p.32).

Tal diferencia es evidente al contrastarla con los resultados, ya que entienden el envejecimiento como un proceso, que sucede desde el nacimiento, que es determinado por el estilo de vida de cada persona y que cada quien lo vive de manera diferente.

Como indica el Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor (2013, p.5) vivir el envejecimiento de manera distinta estará determinado principalmente por ser un proceso individual, vinculado estrechamente con la historia y el ciclo de vida; de igual forma, dicha entidad menciona que no existe un acuerdo sobre cuando inicia la vejez; no obstante, en Costa Rica, la Ley Integral de la Persona Adulta Mayor, determina esta etapa en función a la edad cronológica, es decir, 65 años cumplidos o más, y con la manera en que cada persona se sienta consigo y su entorno.

Al respecto, en su mayoría, las personas participantes mencionaron que la vejez es una etapa de la vida, dada por la edad y los cambios físicos, aun cuando se identifica confusión de términos, dado que expresan que el envejecimiento es una etapa de la vida.

En el estudio, tanto el envejecimiento como la vejez fueron relacionados con plenitud, como el resultado satisfactorio del proceso de vida y de poder desarrollarse en diversos ámbitos, tener nuevas experiencias, relaciones interpersonales, memorias y recuerdos, lo cual es relevante, dado que favorecerá a la PAM en la construcción de su salud para experimentar la vejez con vitalidad, al brindarle herramientas para vivirla desde una perspectiva positiva.

En cuanto a los significados negativos de ser PAM, las personas participantes evidencian que el envejecimiento y la vejez implican una pérdida en el sentido de vivir, relacionado con el deterioro y las pocas oportunidades que ofrece la sociedad. Estas ideas negativas persisten en los resultados y, como menciona Moreno (2010), las modificaciones que ocurren como parte del envejecimiento, ocasionan una que se descalifique como un proceso del curso de vida, natural e inevitable al vincularlo con características estereotipadas y erróneas (p.7).

Cambios en la vejez

Los cambios físicos y biológicos fueron los más mencionados, puesto que son los más evidentes -según la opinión brindada- principalmente relacionados con enfermedades, disminución de las capacidades motoras, pérdida de los sentidos, cambios en la conciliación del sueño y cansancio para realizar las tareas diarias.

En lo que referente a cambios psicológicos, indican que la persona se vuelve olvidadiza y la personalidad puede cambiar, lo cual varía de una persona a otra, ya que como afirma la Organización Mundial de la Salud (OMS,2015), las funciones cognitivas dependen del desarrollo mental a lo largo de los años; no obstante, generalmente muchas funciones cognitivas disminuyen con el tiempo, lo que puede ocasionar una disminución de la participación social y dificultad para relacionarse que redunde en afectaciones emocionales (p.58).

Tales afectaciones conllevan a cambios emocionales, ligados a creencias en relación con la etapa que viven e ideas erróneas que se han construido en torno a la PAM, las cuales trascienden su forma de vida y los afectan negativamente. Aunado a lo anterior, los cambios culturales y sociales también se ven permeados por esta construcción social negativa de la vejez que las personas participantes vincularon con el rechazo y su influencia en las relaciones interpersonales.

Por último, los cambios laborales son vinculados con aspectos físicos que impiden realizar actividades y con ideas erradas sobre la vejez: ambos disminuyen las opciones laborales, motivo por el que muchas personas no pueden acceder a un trabajo remunerado, a pesar de que lo deseen o lo necesiten.

Necesidades de la persona adulta mayor

Las personas aludieron a las necesidades básicas e irrevocables, entre las que se menciona alimentación, vestimenta, recreación, sexualidad, vivienda y atención médica,

sobre las que es necesario aclarar que no todas las personas tienen las mismas, ya que estas dependen de su proceso de envejecimiento.

De igual manera se identificó otras necesidades sociales vinculadas con desarrollar y mantener buenas relaciones interpersonales con vecinos, amistades y familia, apoyo considerado como el más importante. En cuanto a la dignificación, la pertenencia a grupos sociales es fundamental, ya que permite construir una identidad, da seguridad y apoyo, y permite vivir de mejor manera, ser felices, enfrentar asertivamente los retos y problemas y aleja de la soledad y el aislamiento (Zupiria, 2009, p.16).

Aunado a lo anterior, las personas participantes mencionan que debe darse el respeto y trato digno desde la sociedad en general, en aspectos como la accesibilidad y cumplimiento de la legislación y debe respetarse la individualidad y derechos, lo cual implica una responsabilidad de la familia y un esfuerzo conjunto con diversos profesionales.

Violencia y maltrato

En torno a la violencia, la Ley Integral para la Persona Adulta Mayor la define como “cualquier acto u omisión, directa o indirecta, ejercida contra una PAM, que produzca, como consecuencia, el menoscabo de su integridad física, psicológica o patrimonial” (Asamblea Legislativa, 1999, citado por Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor y Universidad de Costa Rica, 2008, p.195), concepto al que se suma lo mencionado por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2002), la cual indica que el maltrato es una acción única o repetida, o la falta de respuesta apropiada, que se produce en cualquier relación donde exista una expectativa de confianza y que produce daño a la persona (p.2).

En relación con lo anterior, las personas participantes no brindaron una definición como tal, pero hicieron mención de situaciones y experiencias que han vivido o presenciado, principalmente desde los tipos de violencia o maltrato que existen (física, psicológica, patrimonial y el abandono). Al respecto, cabe recalcar que no se hizo mención del maltrato o violencia sexual, sin embargo, una de las personas participantes se refirió como víctima de este tipo de violencia que, comúnmente, se invisibiliza.

No poseer claridad sobre la violencia y el maltrato aumenta las posibilidades de convertirse en víctima, testigo o victimario, partícipe respecto de brindar un trato inadecuado a la PAM, aspecto que subraya la condición de vulnerabilidad de esta población, ya que muchas veces el desconocimiento lleva a invisibilizar las situaciones de marginación, discriminación o normalización, agravado por la existencia y persistencia de creencias, prejuicios y mitos desde los que la sociedad anula y desprotege a esta población.

Legislación que ampara a la persona adulta mayor

Las personas principalmente se refirieron a la Ley de Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad (N.º 7600) y la Ley Integral para la Persona Adulta Mayor (N.º 7935): esta última, define los derechos y beneficios para las PAM, en relación con la salud, educación, cultura, deporte, recreación, vivienda, seguridad social y trabajo, y establece sanciones para quienes los violen, además de que la dignidad de dicho grupo poblacional, en la promoción de patrones de vida saludables, el fomento del respeto y la eliminación de mitos y estereotipos.

En torno al tema, algunas de las personas participantes no se refirieron a las leyes específicamente, dijeron no recordar o desconocerlas, incluidas las personas colaboradoras, quienes trabajan directamente con la PAM, sin olvidar que tampoco se mencionó la Política Nacional de Salud, la Política Nacional de Envejecimiento y Vejez

2011-2021, y los decretos existentes, aunque sí se nombró el Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor (CONAPAM), como la institución que ampara y protege a esta población.

En relación con lo anterior, el conocimiento de la legislación que ampara a la PAM es vital para la dignificación, principalmente desde lo institucional, ya que de ahí se pueden obtener herramientas para promover el respeto a su integridad y la protección de su dignidad; por ende, para lograrlo -más allá de conocer las leyes y documentos que existen- es importante que se ejecuten para que no solo queden en el papel.

Derechos y deberes de la persona adulta mayor

El respeto fue entendido como un derecho y un deber, además es un derecho contar con las necesidades básicas cubiertas por la familia. Asimismo, se mencionó el derecho a la autonomía como la capacidad de tomar decisiones, manejar sus bienes y expresarse con libertad, principalmente porque existe la creencia de que, al llegar a la vejez, las personas son como niños, lo cual limita su independencia e influye negativamente en dar el trato digno que la persona merece. Al mismo tiempo, entre los derechos incluyeron tener relaciones sociales positivas, poder convivir y formar parte de una red social, como la familia y su comunidad, por lo que nuevamente se reitera que son aspectos que favorecen la calidad de vida y una vejez digna.

Cabe destacar que algunas personas señalaron la inexistencia y desconocimiento de los derechos y deberes de las PAM, lo cual impide ejercerlos, hacerlos valer y respetar en su vida cotidiana. En ese sentido, la Defensoría de los Habitantes de la República de Costa Rica (s.f.) menciona que envejecer o estar en la etapa de la vejez no significa que los derechos humanos caducan, por el contrario, las PAM tienen derecho a conservar sus ilusiones y esperanzas, construir nuevas, vivir una vejez digna y positiva,

con respeto a su integridad como personas, siempre protegiendo su imagen, autonomía, pensamiento, dignidad y valores (p.7).

Dignificación de la persona adulta mayor

Las personas participantes se refieren a aspectos generales, por ejemplo, mencionaron que dignificar a alguien es darle el respeto y el valor que merece, y tratarla como ser humano que es. En muchas ocasiones imperó el silencio y hubo poca participación, lo cual refleja que no existe claridad en cuanto a qué significa tratar de manera digna y cómo hacerlo.

Se evidenció que los conocimientos de las personas participantes en relación con envejecimiento, vejez, cambios, necesidades, legislación, derechos, deberes, entre otros, son generales y superficiales, lo cual influye en la construcción social de la vejez y la visión personal que se posee acerca de esta y de las PAM, ya sea positiva o negativamente, lo que a su vez puede determinar cómo es la convivencia, el valor y trato que se brinde a las personas de este grupo etario, de manera que contribuya a la dignificación y el vivir la vejez con calidad de vida, o lo contrario.

Prácticas en relación con la persona adulta mayor

En este tema, fue de interés indagar sobre las relaciones interpersonales de la PAM, y de las personas colaboradoras y familiares con este grupo poblacional; el papel que desempeña esta población en el ámbito familiar y social, las situaciones de violencia y maltrato y las acciones para la dignificación de las PAM.

Relaciones interpersonales

La PAM dio a conocer que se relaciona con hijos, pareja, hermanos, nietos, amistades y personal de grupos comunitarios o centros diurnos; en general mencionaron que existe una convivencia positiva y cuentan con al menos una persona de confianza, que la acompaña y está pendiente de su bienestar. No obstante, también indicó que hay

situaciones negativas como problemas con vecinos por bienes materiales, malas actitudes por parte de familiares, complicaciones en el trato debido a patologías, resentimientos y situaciones del pasado.

En cuanto a las personas familiares y colaboradoras de la Red de Cuido, acotaron que conviven con PAM, ya sea hermanos, suegros, padres, pareja, primos, vecinos, abuelos y beneficiarios de la Red. Se resaltó su papel como centro de la familia, y el aprendizaje y sabiduría que pueden brindar, mientras contribuyen con el aprendizaje y la sensibilización. Sin embargo, mencionaron que relacionarse con la PAM puede ser complicado, ya que se requiere mucha paciencia y, debido a las condiciones de las personas, puede que presenten patologías que desencadenan un comportamiento violento, del cual son víctimas las personas cuidadoras.

En general, las relaciones interpersonales de y con la PAM resultan positivas, lo cual facilita brindar a esta población el valor y respeto que merece; no obstante, algunas situaciones negativas evidencian la necesidad de fomentar una imagen positiva, crear y fortalecer redes de apoyo, como puede ser la familia. El apoyo familiar produce recursos de confianza, solidaridad, la participación y cohesión para la PAM, los cuales permite, aumentar la longevidad y mejorar la calidad de vida, al ser un factor protector (OMS, 2015).

Asimismo, se evidenció que para la PAM es indispensable la comunicación con familiares, el recurso más mencionado, lo cual resulta positivo ya que en la vejez se valora aún más las amistades existentes y las que puedan surgir y, en definitiva, para este grupo poblacional es relevante, conservar y recuperar el espíritu de convivencia, comunicación y apoyo entre los miembros de la familia, aun si es entre distintas generaciones (López, 2011).

Por otra parte, se mencionó que existen problemáticas que se consideran normales y parte de la convivencia, lo cual trae a colación el tema de normalizar la violencia. Si bien es cierto, la interacción constante con las personas puede generar roces y situaciones de disgusto, no implica la validación de actos de maltrato y violencia. Al respecto, se debe tener presente que la aceptación de los actos de violencia como hechos normales tiene su origen en discursos, saberes y verdades representativas del contexto histórico y cultural, las cuales definen normas y percepciones que se establecen en la sociedad (Sigrídur, 2015), motivo por el que se considera que el proceso de dignificación requiere fomentar que las PAM analicen sus relaciones interpersonales y tengan claro el respeto que merecen, así como que reconozcan acciones de maltrato y sepan cómo actuar al respecto.

Papel de las personas adultas mayores en la familia y sociedad.

El Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor y la Universidad de Costa Rica (2008) menciona que la PAM poseen un papel protagónico en el entorno laboral, la familia, la educación, el descubrimiento de los propios talentos, la recreación, la reflexión, el rescate de la historia familiar y comunitaria, la expresión artística, el cuidado de la salud y la formación de valores (p.25), lo cual coincide con la opinión de las personas participantes, quienes mencionan los aportes de la PAM en las enseñanzas y consejos que pueden brindar a hijos y nietos, resultado de sus experiencias y vivencias; la colaboración en las tareas del hogar o en sus comunidades; ser propulsores de la cultura y continuidad de las costumbres costarricenses y propias de cada familia y el buen trato por las demás personas y vivir en armonía.

Dichos aportes evidencian que a pesar de los cambios en las estructuras sociales y familiares que pueden presentarse en la etapa de la vejez, es posible sobreponerse y continuar teniendo un papel primordial en los grupos en los que cada persona se

desenvuelve, de modo que se fortalezca las redes de interacción social con la propia PAM o con otras generaciones y propicie el mantenimiento de las capacidades funcionales según las características de cada quien. Una imagen positiva de la vejez, y principalmente, la vivencia de esta etapa desde una visión realista y libre de estigmas, desde la propia PAM, puede facilitar que estas personas se reconozcan como portadores de conocimientos, tradiciones, sabiduría y cultura.

Situaciones de violencia y maltrato hacia la persona adulta mayor

La mayor parte de las PAM mencionó que no ha sido víctima de violencia o maltrato; no obstante, destacaron algunas situaciones de violencia relacionadas con el transporte público, ya que los choferes les arrebatan las cédulas, les hacen gestos de desprecio, propinan maltrato verbal, o se niegan a detenerse en las paradas autorizadas; sin embargo, el maltrato también se da por parte de los usuarios que no ceden los asientos preferenciales y demuestran cierta desconsideración. También, se dieron a conocer casos de maltrato por parte de familiares o personas cercanas -principalmente hijos y cónyuges-, que se relacionan con el abandono y la negligencia, la violencia patrimonial, verbal y sexual.

Por otra parte, algunas personas familiares aceptaron que en algún momento han agredido o maltratado a las PAM, debido a situaciones particulares en donde han sufrido violencia en su núcleo familiar desde edades tempranas y se mantienen en la actualidad, lo cual refuerza la idea de que si se crece en ambientes de violencia pueden reproducirse esos patrones en la edad adulta.

Igualmente, fue posible identificar, que muchas veces el maltrato queda invisibilizado porque se le atribuye al mal carácter de la persona, visto como normal, o en muchos casos, la dependencia de familiares impide denunciar por miedo, lo que ocasiona que la persona siga siendo agredida. Estos resultados, aunados a los datos de

violencia del cantón, evidencian la necesidad de generar procesos de sensibilización, educación, acciones coordinadas e intersectoriales para repensar a la PAM como un ser humano sujeto de derechos y fortalecer el cumplimiento de la legislación.

Cumplimiento de la legislación y dignificación de la persona adulta mayor

Las personas participantes expresaron conocimientos muy generales sobre la legislación y lo necesario para dignificar a la PAM, por lo que en la práctica se denotan deficiencias en las acciones coordinadas al respecto. Se mencionaron acciones específicas de la Red de Cuido, como capacitaciones a choferes de autobuses para promover el respeto y el trato preferencial, talleres a estudiantes y líderes de grupos de PAM para informar de los derechos, violencia y envejecimiento saludable; sin embargo, corresponden a acciones esporádicas y desarticuladas.

Asimismo, se mencionó la educación, la sensibilización sobre envejecimiento y la vejez, así como los valores en la familia y la sociedad para evitar las situaciones de maltrato y violencia. También, se señaló que, como profesionales en salud, se debe aprender a manejar emociones y no dejarse llevar por aquellas que se alejen de un trato digno, y a empoderar a las PAM sobre sus derechos.

Las acciones señaladas por los participantes indican que se tiene una noción sobre lo que se puede hacer para mejorar la calidad de vida de las PAM; sin embargo, se deben fortalecer habilidades y construir herramientas en esta población para actuar en su propia dignificación, así como desde sus familiares y personal en salud, desde los que se considere la empatía, el respeto, la sensibilización y la aceptación. En cuanto a la promoción de la salud, se evidencia la necesidad de generar acciones para un trato digno, entendido e interiorizado, que se vuelva parte de la vida de las personas como multiplicadoras de esta nueva visión para así llevarlo a la práctica en el diario vivir.

Discusión y Conclusiones

En términos generales, a lo largo de los significados, conocimientos y prácticas, se evidencia la influencia del contexto social, cultural e histórico en la presencia de mitos y estereotipos y el valor que la sociedad actual ha dado a la PAM, sin dejar de lado los cambios sociales, laborales y emocionales dados por esta construcción negativa de la vejez. Sin embargo, sobresalen las relaciones interpersonales desde lo positivo, reconociéndolas como facilitadores de un trato digno.

Otro aspecto por destacar es el conocimiento limitado en el tema del marco jurídico y político que corresponde a la PAM ya que, si bien es cierto, se mencionan algunas ideas generales, ninguna de las tres poblaciones posee un conocimiento más específico, ni siquiera las personas colaboradoras de la Red. En este sentido, las acciones que se han llevado a cabo, relacionadas con la legislación y políticas, corresponden más a ayudas asistenciales y acciones carentes de articulación institucional y participación social.

En cuanto a las tres poblaciones, poseen edades y niveles educativos distintos, pero coinciden en algunos conocimientos, y se denota que el hecho de ser colaboradoras de la Red de Cuido, no significa estar más capacitados en cuanto a brindar un trato digno e integral a la PAM, a lo que se suma la posibilidad de caer en una visión estereotipada que exalte su dependencia y asistencialismo, dada en parte por las funciones de la Red.

Respecto de la dignificación, es un derecho fundamental e inherente al ser humano que implica una actitud consciente y de respeto por la PAM, desde la familia, instituciones, sociedad y de sí, como protagonistas de un cambio de visión sobre aspectos como los abordados en la investigación, con el fin de construir una imagen positiva de esta población para mejorar su calidad de vida.

Considerando lo anterior, desde la Promoción de la Salud es importante trabajar sobre los determinantes de la salud que inciden en el entorno psicosocial y en el desarrollo de conductas saludables, razón por la que se propone dos líneas de acción: (1) el fortalecimiento de las capacidades individuales y colectivas, mediante las que las personas pueden contar con significados, conocimientos y prácticas concordantes con el trato digno de la PAM; (2) el fomento de entornos saludables desde las relaciones interpersonales positivas, permeadas de afecto y sentido de pertenencia que permitirán el desarrollo de valores y la convivencia plena que, a su vez, creará las condiciones necesarias para desenvolverse en un ambiente de derechos, seguridad ciudadana, satisfacción de las necesidades y brindar oportunidades de desarrollo.

Para lograr lo mencionado, se requiere herramientas como la participación social, la intersectorialidad y la educación para la salud: la primera implica generar una cultura participativa, centrada en el ejercicio de derechos y deberes de los ciudadanos hasta la participación en espacios institucionales, elemento importante para la toma de decisiones, la planificación y el desarrollo de acciones enfocadas en la dignificación.

La segunda involucra un trabajo coordinado de instituciones representantes del sector social, para llevar a cabo acciones para la dignificación de la PAM y su calidad de vida, que también implica la construcción de alianzas de los diferentes actores sociales que contribuyan en pro de conseguir los objetivos y las acciones planteadas.

Por su parte, la educación para la salud, conlleva un proceso permanente y reflexivo de cambios favorables en los conocimientos, actitudes y prácticas, que busca el desarrollo de un nivel óptimo en el estilo de vida y el mantenimiento autogestionario de la salud: más allá de brindar conocimientos, precisa llevarlos a la vivencia diaria.

Finalmente, el presente análisis posibilita un acercamiento a distintas realidades y permite constatar con la teoría cómo los distintos significados, conocimientos y

prácticas influyen en la dignificación de las PAM, así como identificar factores protectores y las oportunidades que pueda brindar la sociedad a esta población, propiciar una imagen positiva de la vejez y que implique calidad de vida.

La dignificación de la PAM requiere un proceso reflexivo y analítico sobre la construcción social y cultural de la vejez y las características que se le asocian a través de la apropiación individual del proceso de envejecimiento y de que esta población reconozca que merece un buen trato por parte de los demás y de sí. Además, se reconoce la necesidad de ampliar horizontes de acción de la Red de Cuido de Goicoechea, para lo que la promoción de la salud funge como una valiosa herramienta que concuerda con la Política Nacional de Envejecimiento y Vejez, para generar cambios desde el abordaje de los determinantes de la salud.

Se considera que desde la Red de Cuido de Goicoechea es necesario pasar de sus funciones asistencialistas actuales a funciones integrales y que incorporen la promoción de la salud y el cumplimiento de la legislación y políticas vinculantes; capacitación constante sobre temáticas para mejorar sus labores e involucrar a la PAM en procesos participativos y de toma de decisiones, para que las acciones respondan a sus necesidades y realidades.

Respecto de este último punto, además de influir positivamente en el bienestar y calidad de vida a nivel individual y colectivo, permitirá tener resultados a futuro, orientados a vivir el envejecimiento y la vejez de forma saludable, realista y descongestionar el sistema de salud y los servicios de asistencia social, al disminuir los casos de violencia y contar con personas apropiadas de su proceso de salud.

Referencias

- Alvarado, L. y García, M. (2008). Características más relevantes del paradigma socio-crítico: su aplicación en investigaciones de educación ambiental y de enseñanza de las ciencias realizadas en el Doctorado de Educación del Instituto Pedagógico de Caracas. Caracas, Venezuela. *Sapiens: Revista Universitaria de Investigación*. 9 (2), 187-202. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=41011837011>
- Arriola, E. (2016). *Envejecimiento y cambios psicológicos*. Portal Electrónico, Red Residencias. Argentina. Recuperado de <http://www.portalgeriatrico.com.ar/detallenotas.asp>
- Becerra, R. y Moya, A. (2013). Investigación-acción participativa, crítica y transformadora: Un proceso permanente de construcción. *Integra Educativa*. 3 (2), 133-156. Recuperado de <http://www.revistasbolivianas.org.bo/pdf/rieiii/v3n2/a05.pdf>
- Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor y Universidad de Costa Rica. (2008). *I Informe Estado de Situación de la Persona Adulta Mayor en Costa Rica*. San José, Costa Rica. Recuperado de <http://ccp.ucr.ac.cr/espam/espam.html>
- Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor. (2013). *Envejecimiento poblacional*. San José, Costa Rica. Recuperado de <https://www.conapam.go.cr/mantenimiento/FOLLETO%20ENVEJECIMIENTO.pdf>
- Defensoría de los Habitantes de la República de Costa Rica. (s.f). *Derechos de las Personas Adultas Mayores*. San José, Costa Rica. Recuperado de http://www.dhr.go.cr/biblioteca/publicaciones/derechos_pam/derechos_pam.pdf
- García, R. y Chavarría, J. (2017). *Perfil epidemiológico del cantón de Goicoechea 1º de enero – 31 de diciembre 2017*. Goicoechea, San José: Costa Rica.
- Hidalgo, J. (2001). *El envejecimiento: aspectos sociales*. San José, Costa Rica: Editorial de la Universidad de Costa Rica.
- León, M. (2005). Población adulta mayor, experiencia y sabiduría en nuestro presente: Autoestima y persona adulta mayor. *Revista Aportes* (4), 6-9. Recuperado de <http://www.conapam.go.cr/mantenimiento/revista%20aportes.pdf>

- López, J. (2011). El proceso de envejecimiento, especialmente en las personas mayores, dinamizado por valores asociados al encuentro intergeneracional. *Revista Mal-estar E Subjetivade* 11 (1), 13-38. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=27121482002>
- Moreno, A. (2010). Viejismo (ageism). Percepciones de la población acerca de la tercera edad: estereotipos, actitudes e implicaciones sociales. *Revista electrónica de Psicología Social «Poiésis»*. 19. Recuperado de <http://www.funlam.edu.co/revistas/index.php/poiesis/article/view/101/75>
- Organización Mundial de la Salud. (2002). *Declaración de Toronto para la Prevención Global del Maltrato de las Personas Mayores*. Toronto, Canadá. Recuperado de <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/oms-declaracion-01.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2015). *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*. Ginebra: Suiza. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873_spa.pdf
- Programa de las Naciones Unidas para el desarrollo y Universidad de Costa Rica. (2016). *Atlas de Desarrollo Humano Cantonal de Costa Rica 2016: Fichas cantonales*. Recuperado de <http://desarrollohumano.or.cr/mapa-cantonal/index.php/informacion-adicional>
- Sigrídur, R. (2015). *Cultura de violencia: Normalización de la violencia de género en Guatemala*. En Domínguez, E y Castro, S. (Ed), *Memorias y movilizaciones de género en América Latina*. (p.102-125). Gotemburgo, Suiza: Serie Haina, Anales N E y School of Global Studies Universidad de Gotemburgo. Recuperado de https://gupea.ub.gu.se/bitstream/2077/38427/4/gupea_2077_38427_4.pdf
- Zupiria, X. (2009). *Relación enfermo-profesional de la salud: Relaciones interpersonales*. Servicio Editorial: Universidad del País Vasco. Recuperado de <http://www.ehu.es/xabier.zupiria/liburuak/relacion/1.pdf>

Artículo recibido: 31 Diciembre, 2017
Artículo aprobado: 17 Diciembre, 2018

**ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD Y CONDICIÓN FÍSICA EN PERSONAS
MAYORES PARTICIPANTES EN CENTROS PARA POBLACIÓN DE
EDAD AVANZADA EN PUERTO RICO**

**ANALYSIS OF PHYSICAL ACTIVITY AND FITNESS AMONG OLDER
PEOPLE PARTICIPANTS IN CENTERS FOR THE ELDERLY IN PUERTO
RICO**

Oswaldo J. Hernández Soto ¹; Farah A. Ramírez-Marrero ²

RESUMEN

La actividad física (AF) y la condición física (CoF) influyen en la salud y calidad de vida en los adultos de edad avanzada (AEA). En el caso de Puerto Rico (PR), los Centros Esperanza para la Vejez (ESPAVE) brindan servicios diurnos para AEA, y representan un lugar ideal para promover la AF y la CoF en esta población. Sin embargo, solo uno de los 11 centros ofrece un programa regular de ejercicio, cuyo efecto ha sido poco documentado.

Objetivo: Comparar la AF y CoF entre AEA en dos centros ESPAVE, uno con programa de ejercicio (San Germán = SG) y otro sin programa (Mayagüez = MAY).

Métodos: Un total de 57 AEA (29 en SG y 28 en MAY) utilizaron un acelerómetro durante siete días consecutivos y completaron evaluaciones de CoF (fortaleza y tolerancia muscular, flexibilidad, agilidad y aptitud cardiorrespiratoria). Se utilizó una prueba t para grupos independientes y chi-cuadrado para determinar diferencias en promedios y proporciones entre los centros, respectivamente, y correlación y regresión para identificar relación entre AF y CoF.

Resultados: La cantidad de pasos diarios entre AEA en los dos centros no fue diferente (3626 ± 1831 vs. 3441 ± 1989 , $P=0.72$), tampoco hubo diferencia en la AF moderada a vigorosa (AFMV) al comparar SG con MAY (36.0 ± 53.8 vs. 93.8 ± 161.6 min/semana, $P=0.07$). Los AEA en ambos centros estuvieron por debajo de los niveles de AF recomendados; sin embargo, los de SG mostraron mejores resultados en la mayoría de los componentes de CoF en comparación con MAY: fortaleza muscular ($P= 0.05, 0.01$), tolerancia muscular ($P < 0.01, 0.01$), flexibilidad ($P= 0.03$), aptitud cardiorrespiratoria ($P < 0.01$) y agilidad ($P < 0.01$). Los pasos diarios correlacionaron con la aptitud cardiorrespiratoria ($r= 0.31, P=0.01$).

Conclusión: El programa regular de ejercicio en el centro ESPAVE en SG puede explicar el nivel superior de CoF entre sus participantes en comparación con el centro en MAY. Los AEA en ambos centros no cumplieron con la recomendación de AFMV, mientras que ambos grupos evidenciaron hacer más AF liviana que moderada y vigorosa, además de que los pasos diarios se asociaron con la CoF. Esos resultados sugieren que sesiones diarias de AF y ejercicio deben integrarse como requisito en todo centro de servicios para AEA.

PALABRAS CLAVE: acelerómetro, ejercicio, adultos mayores.

¹Universidad Interamericana de Puerto Rico, Recinto de San Germán. Puerto Rico E-mail: ojhsui@gmail.com

²Universidad de Puerto Rico, Recinto de Río Piedras. Puerto Rico E-mail: farah.ramirez1@upr.edu



ABSTRACT

Physical activity (PA) and physical fitness (PFit) positively influence health and quality of life in older adults (OA). HOPE centers in Puerto Rico (PR) provide daily services for OA; thus, representing an ideal place for PA and PFit promotion in this population. However, only one of the 11 centers integrate a regular exercise program, and its effects have not been well documented.

Purpose: Compare PA and PFit among OA in two HOPE centers, one with a regular exercise program (San Germán = SG) and another without such program (Mayaguez = MAY).

Methods: A total of 57 OA (29 in SG, and 28 in MAY) wore an accelerometer for seven days, and completed PFit evaluations (muscle strength and resistance, flexibility, and cardiorespiratory fitness, and agility). T-test for independent groups and Chi-Square analyses were conducted to detect differences in means and proportions between the two HOPE centers, respectively; and correlations and regressions to evaluate associations between PA and PFit.

Results: The number of steps/day among OA in the two HOPE centers: SG and MAY, were not different (3626 ± 1831 vs. 3441 ± 1989 , $P=0.72$), nor differences were observed in their moderate to vigorous PA (MVPA) (36.0 ± 53.8 vs. 93.8 ± 161.6 min/week, $P=0.07$). OA in both centers did not reach current PA recommendations; however, those in SG had better results in most PFit components compared to MAY: muscle strength ($P= 0.05, 0.01$), muscle resistance ($P < 0.01, 0.01$), flexibility ($P= 0.03$), cardiorespiratory fitness ($P < 0.01$), and agility ($P < 0.01$). Number of steps/day correlated with cardiorespiratory fitness ($r= 0.31, P=0.01$).

Conclusion: Superior PFit among OA in SG's HOPE center could be explained by their regular exercise program as compared with OA in MAY. While OA in both centers did not comply with current PA recommendations, they engaged in more light activities than moderate to vigorous, and their steps/day correlated with PFit. These results suggest that daily PA and exercise sessions should be integrated and required in every center for OA.

KEY WORDS: accelerometer, exercise, old adults

Introducción

Los centros de servicios comunitarios para adultos de edad avanzada (AEA) constituyen un escenario ideal para integrar y promover actividad física (AF) y ejercicio con los que se mejora la condición física (CoF), la salud y la calidad de vida de los participantes (Sun, Norman y White, 2013). Los programas de AF y CoF para adultos de edad avanzada en general, y en estos centros, son limitados y, en su mayoría, poco accesibles tanto en PR como en otros países alrededor del mundo (López, 2001; Rikli y Jones, 2013a; Romero-Arenas, Martínez-Pascual, y Alcaraz, 2013).

Algunos estudios han reportado entre un 50–73% de participación en intervenciones de ejercicio programadas para AEA (Leszczak, Olson, Stafford y Brezzo, 2013; Rikli y Jones, 2013a). Sin embargo, las características de AF y CoF en estos programas son poco documentadas, aun cuando sus beneficios–logrados mediante programas de ejercicio físico para AEA- incluyen aumento en la fortaleza y tolerancia muscular, la capacidad cardiorrespiratoria, la flexibilidad, la agilidad y el balance; mejor capacidad funcional, estado de ánimo, función cognitiva y plasticidad cerebral, así como menor estrés, depresión y presión arterial (Frontera, Silver y Rizzo, 2014; Chodzko-Zajko, 2014, Fiatarone, Sutton, y Mayer, 2010; Hernández, 2002; Organización Mundial de la Salud, 2010; Global Advocacy for Physical Activity, 2010; U.S. Department of Health and Human Services, 2018).

Promover la AF y la CoF es especialmente importante entre los AEA por su tendencia a ser menos activos físicamente y más sedentarios en comparación con otros grupos de edad (Troiano, Berrigan, Dodd, Masse, Tlier y McDowell, 2008; Matthews, Chen, Freedson, Buchowski, Beech, Pate, y Troiano, 2008). De acuerdo con las guías nacionales e internacionales de AF, se debe cumplir con al menos 150 minutos de actividad moderada o 75 minutos de actividad vigorosa durante la semana

(Organización Mundial de la Salud, 2010; U.S. Department of Health and Human Services, 2018).

Esperanza para la vejez de Puerto Rico (ESPAVE) es una organización sin fines de lucro que cuenta con 11 centros de servicios en varias regiones de Puerto Rico (PR). Algunos de los centros poseen programas particulares con diferentes enfoques; por ejemplo, el centro ubicado en San Germán es el único con un programa regular de ejercicio que se lleva a cabo durante la mañana, tres días en la semana. Este programa consiste en ejercicios con músicaailable de bajo impacto, con bandas elásticas, mancuernas de 0.5-0.9 kg, bolas medicinales y bolas de balance, así como ejercicios de flexibilidad en silla y en el suelo, caminatas en parques o pista de atletismo cercanas al centro ESPAVE.

El efecto del programa regular de ejercicio en el centro ESPAVE en San Germán aún no ha sido documentado. Por lo tanto, el objetivo de este estudio fue comparar la AF y la CoF entre los participantes en San Germán y los participantes en Mayagüez, dos centros ESPAVE ubicados en la región oeste de PR: San Germán, con intervención de ejercicio y Mayagüez, como grupo control.

Metodología

Participantes

En este estudio descriptivo se reclutó un total de 62 AEA participantes en los centros ESPAVE en San Germán (grupo experimental: $n=32$, edad= 76.9 ± 9.4 años) y Mayagüez (grupo control: $n=31$, edad= 76.1 ± 8.0 años). En el proceso de reclutamiento, se excluyó adultos mayores con dificultad para llevar a cabo actividades o tareas normales del diario vivir o encamados. Luego responder a sus preguntas e inquietudes, se procedió a firmar el formulario de consentimiento informado previamente aprobado

por la Junta de Revisión Institucional (*Institutional Review Board*) de la Universidad Interamericana de PR en San Germán (IAUPR-IRB).

De los 62 participantes reclutados, tres en San Germán y dos en Mayagüez fueron excluidos por tener datos incompletos (cuatro no cumplieron con los criterios de uso del acelerómetro y uno no completó las pruebas de CoF), por ende, el total de la muestra fue 57 [29 en San Germán (51%: mujeres=15, hombres=14) y 28 en Mayagüez (49%: mujeres=8, hombres=20)].

Medidas y procedimientos

Para evaluar la AF en los participantes, se utilizó un acelerómetro ActiGraph® GT3X+ para registrar de manera objetiva la AF liviana, moderada y vigorosa, el tiempo sedentario y los pasos diarios. El acelerómetro adherido a una banda elástica se preparó el día anterior al cargar completamente su batería e indicar una frecuencia de registro de 60 Htz. Se solicitó a cada participante llevar puesta la banda elástica en la cintura, con el acelerómetro ubicado en el lado derecho de la cadera alineado con la axila, y no removerlo en todo el día y la noche por siete días consecutivos con excepción de aquellos momentos en los que se desarrollara actividades en el agua o al bañarse.

Durante el tiempo de uso del acelerómetro, se realizó una llamada diaria a cada participante para verificar su uso y contestar preguntas. Al finalizar el periodo de uso del acelerómetro, los participantes lo regresaron a los investigadores para la descarga y análisis de datos con el programado ActiLife® 6.13.3 (ActiGraph LLC, Pensacola, FL). Para ser incluidos en el análisis de datos, los acelerómetros debían ser utilizados un mínimo de cuatro días, incluyendo un día de fin de semana, por -al menos- diez horas diarias. Entre las opciones disponibles en el programado ActiLife, se seleccionó Freedson 2011 VM3 para el análisis del tiempo en AF liviana, AFMV y tiempo sedentario.

Para evaluar la CoF se utilizó una combinación de pruebas específicas para los AEA (Rikli y Jones, 2013b; Osness, Adrian, Clark, Raab y Wiswell, 1996). Los componentes de la CoF evaluados fueron: 1) antropometría, 2) fortaleza muscular, 3) flexibilidad, 4) agilidad, 5) tolerancia muscular y 6) aptitud cardiorrespiratoria. La antropometría incluyó medidas de peso, estatura y circunferencias de cintura y cadera, las cuales fueron realizadas de pie, sin zapatos ni medias y con ropa liviana. Para el registro del peso en kg, se utilizó una báscula digital calibrada marca Tanita (Tanita Corporation of America, Illinois, USA), mientras que la estatura se midió en cm utilizando un estadiómetro SECA (SECA North America, California, USA modelo 213): cada participante colocó paralelamente los talones en la base de este, en posición erecta con su cuello extendido y los ojos mirando hacia el frente.

Las circunferencias de cintura y cadera en cm se midieron utilizando una cinta antropométrica Gulick (FitnessMart Country Technology, Wisconsin, USA), colocada en forma horizontal alrededor del tronco en el punto debajo de la caja torácica y por encima del ombligo, mientras que la circunferencia de caderas se midió horizontalmente en la parte más abultada de los glúteos. Como un indicador indirecto de sobrepeso y obesidad, se calculó el índice de masa corporal ($IMC = \text{peso (kg)} / \text{estatura (m}^2\text{)}$).

Para la fortaleza muscular, se evaluó la fuerza de agarre en kg utilizando un dinamómetro de mano que cada participante apretó con toda su fuerza, sujetándolo con el brazo extendido y el codo levemente flexionado. La prueba se realizó una vez con ambas manos. La tolerancia muscular o la capacidad para realizar acción muscular repetida por un periodo prolongado de tiempo, se evaluó con dos pruebas: flexión de codo (*arm curl*, en inglés) para la parte superior del cuerpo y levantarse de silla (*chair stand*, en inglés) para la parte inferior del cuerpo. La flexión de codo consistió en contar el número de flexiones y extensiones completas de manera correcta manteniendo el

brazo fijo y moviendo únicamente el antebrazo en un periodo de 30 segundos: la prueba se realizó sentado en una silla y sujetando una mancuerna (3 libras para mujeres y 5 libras para hombres). Se contó como una repetición completa si se realizó al menos la mitad del movimiento al finalizar los 30 segundos. No hubo experiencia de dolor en el movimiento, por lo que no hubo casos en los que se tuviese que detener la prueba.

Para la prueba de levantarse de silla se evaluó el número de veces que cada participante, con los brazos cruzados sobre el pecho, fue capaz de sentarse y levantarse de una silla durante 30 segundos. La prueba se realizó una vez y se consideró una ejecución completa, si al finalizar el tiempo se había completado al menos la mitad del movimiento. El espaldar de la silla se apoyó contra una pared para brindar estabilidad. Antes de realizar la prueba, se hizo una demostración con movimientos lentos enfatizando la mecánica correcta, y luego con movimientos rápidos para simular un escenario real en el que se debe completar el movimiento de manera correcta y lo más rápido posible. Se proveyó al menos dos intentos de práctica para asegurar una ejecución correcta y sin problemas de equilibrio. No se reportó casos en los que se experimentara dolor durante el movimiento.

Para evaluar la flexibilidad, se utilizó la medida de rango de movilidad en los brazos, tronco y las piernas, pruebas en las que cada participante es quien determina el lado del cuerpo que facilita su ejecución. Previo a proceder con la evaluación de la flexibilidad, hubo ejercicios de calentamiento, incluyendo algunos estiramientos, por un periodo de cinco a diez minutos. En cada una de las pruebas se permitió dos intentos de practica.

Para el rango de movilidad en los brazos, se utilizó la prueba de juntar las manos cruzadas en la espalda (*back scratch*, en inglés): se solicitó a cada participante pasar una mano por encima del hombro y la otra por debajo del hombro e intentar que ambas se

tocaran en la parte media de la espalda. En esta prueba se midió la distancia entre la punta de los dedos de cada mano: se consideró una puntuación positiva si los dedos se superponen, o negativa si los dedos no llegan a tocarse.

Para determinar la flexibilidad del tronco, se utilizó la prueba de alcance sentado (*sit and reach*, en inglés) con un flexómetro de caja. Cada participante se sentó en el suelo con los pies paralelos, las piernas extendidas y pegadas al suelo y los talones contra el borde anterior de la caja. Para mantener la postura, el evaluador colocó una mano sobre las rodillas del sujeto para evitar flexión durante el ejercicio: con una mano sobre la otra, cada participante se deslizó inclinándose hacia adelante con los dedos extendidos sobre la caja todo lo que le fuese posible y sosteniendo la posición al menos dos segundos. Se registró la distancia alcanzada en pulgadas y se asignó un puntaje de cero cuando no se pudo mantener las rodillas extendidas.

Además del alcance sentado en el suelo, se realizó una modificación en la que cada participante permaneció sentado en una silla, mientras realizó el alcance (*chair-sit and reach*, en inglés) estirando una pierna y, con las manos, intentando alcanzar los dedos del pie que estaban flexionados a 90 grados en relación con el tobillo. Se registró la distancia entre la punta de los dedos de la mano y la punta del pie. Se consideró un valor positivo si los dedos de la mano sobrepasaban los del pie, o puntaje negativo cuando los dedos de las manos no alcanzaron a tocar los del pie. Para mayor seguridad y estabilidad, el espaldar de la silla estuvo apoyado en la pared.

La tolerancia cardiorrespiratoria se determinó mediante una caminata de 6 minutos (*6-minutes walk test*, en inglés) en la que la distancia completada en metros y la frecuencia cardíaca se registra al final; se realizó en una pista sintética de 400 metros en la que cada participante caminó a su ritmo la mayor distancia que pudo. Se colocó banderines cada 50 metros para identificar la distancia alcanzada y se utilizó un

cronómetro para indicar el tiempo. Para registrar la frecuencia cardíaca de cada participante se utilizó un monitor de frecuencia cardíaca marca Polar (Polar H7, HRM USA Inc, Pennsylvania, USA).

La agilidad y balance dinámico como determinantes de la capacidad funcional - mover el cuerpo y cambiar de dirección rápidamente mientras se mantiene la estabilidad postural - se evaluaron con la prueba de levantarse de una silla, caminar una distancia dada y regresar para sentarse nuevamente (*agility/dynamic balance*, en inglés). Según lo reportado (Hernández y Ramírez, 2014), en esta prueba se utilizó una silla con apoyabrazos, en un espacio abierto con una superficie plana y amplia, dos conos, un cronómetro y una cinta métrica. Para mantener la seguridad y estabilidad, la silla estuvo sujeta por un asistente de investigación. Se tomó el tiempo que tomó a cada participante levantarse de una silla donde estaba sentado y con los talones en el suelo, caminar hacia la derecha pasando por detrás de un cono a seis pies de distancia, regresar, sentarse y levantarse para caminar hacia el lado izquierdo pasando por detrás de otro cono y regresar nuevamente a sentarse. Se recomendó a cada participante que utilizara el apoyabrazos de la silla en el momento de sentarse y levantarse, y que completara la prueba lo más rápido posible. Se realizaron dos intentos con 30 segundos de descanso, y se anotó el mejor de los dos tiempos registrados.

El análisis estadístico descriptivo incluyó medidas de tendencia central (media y proporciones) y medidas de dispersión (desviación estándar), según correspondió para las variables del estudio (edad, escolaridad, estatura, peso, IMC, circunferencia de cintura, circunferencia de cadera, razón cintura-cadera, razón cintura-estatura, deseo de perder peso, ingesta de alcohol, fumado, percepción de salud, fortaleza muscular, tolerancia muscular, flexibilidad, aptitud cardiorrespiratoria, agilidad, cantidad de pasos

por día, actividad física moderada a vigorosa (AFMV) y actividad física liviana, moderada y vigorosa (AFLMV) y tiempo sedentario.

El análisis inferencial para determinar diferencias en AF y CoF entre los dos centros ESPAVE, incluyó una prueba t para grupos independientes para detectar diferencias en promedios y una prueba de chi-cuadrado para diferencias en proporciones. También se utilizó análisis de correlación y regresión para identificar asociaciones entre AF y CoF. Se utilizó el programado estadístico STATA 15.1 (STATA Corp LLC, College Station, TX) con un alfa de 0.05 para determinar significancia estadística.

Resultados

Las características sociodemográficas, antropométricas y de salud general de los participantes se muestran en la tabla 1. La edad promedio de ambos centros fue de 76.5 ± 8.7 años sin haber diferencias por género o por centro ESPAVE. El nivel de escolaridad (55% menor de 9^{no} grado) e ingreso económico anual (79% menos \$900/año) tampoco fue diferente por género o por centro ESPAVE. En comparación con los hombres, las mujeres tuvieron mayor estatura (154.2 ± 8.3 vs. 159.4 ± 9.1 cm, $P= 0.03$), menor IMC (30.9 ± 8.1 vs. 27.6 ± 4.3 kg/m², $P= 0.04$) y mayor razón cintura-cadera (0.91 ± 0.07 vs. 0.96 ± 0.07 , $P= 0.006$).

Tabla 1. Características sociodemográficas, antropométricas y de salud general en hombres y mujeres participantes [media \pm DE, o proporciones (%)]

| Variables | San Germán | Mayagüez | P |
|---|-----------------|------------------|-------|
| Datos sociodemográficos | | | |
| Edad | 76.9 ± 9.4 | 76.1 ± 8.0 | 0.712 |
| Escolaridad ($\leq 9^{\text{th}}$ grade) | 55% | 55% | 0.876 |
| Ingresos < \$900/yr | 74% | 84% | 0.702 |
| Datos antropométricos | | | |
| Estatura (cm) | 158.6 ± 8.6 | 153.8 ± 9.1 | 0.042 |
| Peso (kg) | 71.4 ± 10.2 | 72.2 ± 19.1 | 0.846 |
| IMC (kg/m ²) | 28.6 ± 4.9 | 30.7 ± 8.9 | 0.264 |
| Circunferencia de cintura (cm) | 98.7 ± 10.4 | 101.6 ± 10.3 | 0.304 |

| | | | |
|--|-------------|--------------|-------|
| Circunferencia de la cadera (cm) | 105.5 ± 9.0 | 110.0 ± 12.5 | 0.123 |
| Razón cintura-cadera | .94 ± .07 | .93 ± .07 | 0.543 |
| Razón cintura-estatura | .62 ± .07 | .66 ± .07 | 0.056 |
| Variables | San Germán | Mayagüez | P |
| <i>Datos de salud general</i> | | | |
| Desean perder peso (%) | 31 | 25 | 0.612 |
| Beben alcohol (%) | 34.5 | 21.4 | 0.273 |
| Fuman (%) | 3.4 | 0 | 0.322 |
| Percepción de salud: buena a excelente (%) | 65.5 | 85.7 | 0.131 |

En comparación con los participantes en el centro ESPAVE de Mayagüez, los de San Germán tuvieron mayor estatura (158.6 ± 8.6 vs. 153.8 ± 9.1 , $P= 0.042$) y una tendencia a menor razón cintura-estatura (0.62 ± 0.07 vs. 0.66 ± 0.07 , $P= 0.056$). En general, los valores promedio en la razón cintura-cadera sugieren que estos participantes se clasifican entre riesgo promedio y alto riesgo de complicaciones de salud (Srikanthan, Seeman y Karlamangla, 2009) y en la razón cintura-estatura se encuentran en riesgo de complicaciones de salud (Correa, M., Thumé, E., Araújo-DeOliverira, E. y Toasi, 2016).

Aunque en promedio, los participantes en San Germán se pueden clasificar en sobrepeso, y los de Mayagüez en obesidad (U.S. Department of Health and Human Services, 2018); la mayoría no deseaban perder peso (72%).

Por otro lado, la mayoría de los participantes no bebían alcohol (72%), no fumaban (98%) y reportaron dormir un promedio de 7.8 ± 2.1 horas cada noche, aspecto sobre el que no hay diferencia entre los dos centros ESPAVE. La mayoría de los participantes del centro en San Germán autorreportaron una percepción de la salud entre regular y buena (71.9%), mientras que la de los Mayagüez fue entre buena y muy buena (76.7%).

Condición física y actividad física

En la tabla 2 se presenta la media, desviación estándar (DE) y la probabilidad según la prueba t independiente en las variables de interés (fortaleza muscular, tolerancia muscular, flexibilidad, aptitud cardiorrespiratoria, agilidad, AFMV, pasos por día y tiempo sedentario) para comparar los centros ESPAVE en San Germán y Mayagüez.

Tabla 2. Componentes de la condición y actividad física en hombres y mujeres participantes (media \pm DE)

| Variable | San Germán | Mayagüez | P |
|---|------------------|-------------------|--------|
| Condición Física | | | |
| <i>Fortaleza muscular</i> | | | |
| Agarre derecha (kg) | 25.7 \pm 8.3 | 21.5 \pm 7.6 | 0.053 |
| Agarre izquierda (kg) | 24.9 \pm 7.8 | 19.3 \pm 7.0 | 0.007 |
| <i>Tolerancia muscular</i> | | | |
| Flexión de codo (rep./30 seg) | 18.2 \pm 4.2 | 14.8 \pm 4.2 | 0.004 |
| Levantarse de silla (rep./30 seg) | 14.1 \pm 3.5 | 11.7 \pm 3.4 | 0.013 |
| <i>Flexibilidad</i> | | | |
| Manos cruzadas en espalda (cm) | -5.2 \pm 4.3 | -8.0 \pm 4.8 | 0.025 |
| Alcance sentado en suelo (pulg) | 6.5 \pm 3.2 | 4.8 \pm 4.2 | 0.093 |
| Alcance sentado en silla (cm) | -1.97 \pm 3.72 | -4.03 \pm 4.57 | 0.071 |
| <i>Aptitud cardiorrespiratoria</i> | | | |
| Caminata de 6-minutos (metros) | 481 \pm 80.9 | 390.6 \pm 138.0 | 0.004 |
| <i>Agilidad y balance dinámico</i> | | | |
| Levantarse-caminar-sentarse (seg) | 33.7 \pm 8.3 | 48.2 \pm 17.7 | 0.0002 |
| Actividad física y tiempo sedentario | | | |
| AF liviana (hr/día) | 4.4 \pm 1.5 | 4.0 \pm 1.2 | 0.281 |
| Porcentaje en AF liviana (%) | 28.3 \pm 0.1 | 26.7 \pm 0.1 | 0.463 |
| AFMV (min/semana) | 36.0 \pm 53.8 | 93.8 \pm 161.6 | 0.074 |
| Porcentaje en AFMV (%) | 2.5 \pm 3.7 | 6.5 \pm 11.2 | 0.086 |
| Pasos (número/día) | 3626 \pm 1831 | 3441 \pm 1989 | 0.716 |
| Tiempo sedentario (hr/día) | 11.0 \pm 1.6 | 10.7 \pm 1.9 | 0.523 |
| Porcentaje en Tiempo sedentario (%) | 71.2 \pm 0.1 | 72 \pm 0.1 | 0.755 |

Nota: rep. = repeticiones, AFMV = actividad física moderada a vigorosa

La fortaleza muscular fue mayor en la mano derecha que en la mano izquierda, en ambos centros (23.7 ± 8.2 vs. 22.2 ± 7.9 kg, $P=0.005$); sin embargo, los de San Germán tuvieron mayor fortaleza de agarre en la izquierda ($P=0.007$) y una tendencia a mayor fortaleza muscular en la derecha ($P=0.053$). Comparado con otros datos publicados en la población de adultos mayores (Desrosiers, Bravo, Hébert, y Dutil, 1994; Roush, Gombold, Bay, 2017), la fuerza de agarre en ambas manos en hombres (32-45 vs. 22-24 kg, respectivamente) fue baja, mientras que en las mujeres fue comparable (19-25 vs. 22-23 kg, respectivamente). Además, en comparación con los participantes en Mayagüez, los de San Germán tuvieron mejores resultados en ambas pruebas de tolerancia muscular (flexión de codo para parte superior y repeticiones al levantarse de una silla para parte inferior del cuerpo); sin embargo, para la prueba de flexión de codo los valores obtenidos en ambos grupos son comparables a otras poblaciones similares (15-18 vs. 11-21 repeticiones, respectivamente), igualmente para la prueba de levantarse de una silla (12-14 vs. 10-18 repeticiones, respectivamente) (Rikli y Jones, 2013b).

En las pruebas de flexibilidad, aunque los participantes de San Germán aparentan tener resultados superiores en las tres pruebas, solo en la que se trata de encontrar ambas manos cruzadas en la espalda (*back scratch*, en inglés) la diferencia fue significativa ($p < 0.05$). Solo los participantes en el centro ESPAVE en San Germán tuvieron resultados de flexibilidad dentro de los valores reportados en poblaciones similares (Rikli y Jones, 2013b). En cuanto a la prueba de aptitud cardiorrespiratoria y agilidad, los participantes en San Germán nuevamente obtuvieron resultados superiores a los de Mayagüez.

En la aptitud cardiorrespiratoria, los participantes en el centro ESPAVE en San Germán obtuvieron valores dentro de lo reportado en población similar (481 vs. 398-581 metros, respectivamente), en Mayagüez estuvieron por debajo de tales valores (Rikli y Jones, 2013b). Los valores en la prueba de agilidad en los participantes de Mayagüez (48.2 seg) se clasifican por debajo del promedio (23-42 seg), mientras que en San Germán (33.7 seg) se clasificaron en promedio (Osness et al., 1996).

La actividad física de intensidad liviana es la que predomina entre los participantes en ambos centros. El tiempo en AFMV aparenta presentar una tendencia a ser mayor entre los participantes en Mayagüez en comparación con San Germán ($P=0.07$) y la cantidad de pasos por día no fue diferente entre uno y otro. La AFMV y los pasos/día colocan a los participantes en una clasificación de insuficiente actividad física (WHO 2010; Tudor-Locke et al., 2011). Aunque la AFMV y los pasos/día se relacionaron significativamente ($r=0.65$, $R^2=0.41$, $P<0.00001$), solo los pasos/día se vincularon significativamente con varios parámetros de CoF: fortaleza muscular (agarre derecho: $r=0.31$, $R^2=0.09$, $P=0.03$; agarre izquierdo: $r=0.36$, $R^2=0.11$, $P=0.01$), tolerancia muscular (flexión de codo: $r=0.35$, $R^2=0.10$, $P=0.02$) y aptitud cardiorrespiratoria ($r=0.31$, $R^2=0.11$, $P=0.01$).

Discusión

El hallazgo más relevante en este estudio fue el resultado superior en los componentes de la CoF (fortaleza muscular, tolerancia muscular, flexibilidad, aptitud cardiorrespiratoria y agilidad) entre los AEA en el centro ESPAVE en San Germán, donde reciben intervención mediante un programa estructurado de ejercicio físico en comparación con los de Mayagüez, quienes no lo reciben (grupo control). Este resultado contrasta con el bajo nivel de AFMV y pasos/día, y alto nivel de tiempo sedentario

registrados objetivamente entre los participantes de ambos centros mediante acelerometría. Respecto de lo anterior, se reporta bajos niveles de AF y altos niveles de tiempo sedentario entre adultos mayores (Bueno et al., 2016).

La práctica regular de AF y ejercicio se asocia con mejoras en la CoF entre adultos mayores (Chodzko-Zajko et al., 2009), particularmente en la fortaleza y tolerancia muscular muscular (American Heart Association-AHA, 2015; Hernández y Ramírez, 2014), aptitud cardiorrespiratoria (Charansonney, 2011; U.S. Department of Health and Human Services, 2018), flexibilidad (Hernández y Ramírez, 2014), además de ayudar a controlar los índices de obesidad (Chodzko-Zajko, 2014). Una reducción en fortaleza muscular con la edad implica una reducción en la capacidad funcional, ya que las tareas cotidianas requieren capacidad de generar tensión muscular para vencer diversos tipos de resistencia.

Se ha evidenciado que la fortaleza muscular puede mantener y mejorar la capacidad de movimiento del AEA, de lo cual resulta en una mejor velocidad al caminar, levantarse de una silla, cargar objetos, y subir y bajar escaleras (Pinto et al., 2014). La fuerza de agarre, en particular, ha sido utilizada como un indicador de fuerza global, estado nutricional, mortalidad y también como un predictor de cambios en la funcionalidad del AEA (Mancilla, Ramos y Morales, 2016).

Aunque la tolerancia muscular, al igual que la fortaleza muscular, tiende a disminuir con la edad, las reducciones son mayores en los AEA menos activos físicamente, por lo que realizar movimientos que requieren un estímulo adecuado de fuerza muscular y que se pueden realizar de manera repetida utilizando tanto las extremidades superiores como las inferiores, son altamente efectivas en mejorar la fortaleza y la tolerancia muscular en AEA (Peterson, Rhea, Sen y Gordon, 2010). En relación con lo anterior, Hernández-Soto y Ramírez-Marrero (2014) demostraron

mejoras en la tolerancia muscular entre AEA utilizando ejercicio contra resistencia con bandas elásticas y mancuernas para el desarrollo de fortaleza muscular una vez a la semana. Los autores sostienen que el desarrollo de fortaleza y tolerancia muscular puede ayudar a mejorar y mantener la movilidad entre AEA y, por ende, facilitar la participación en tareas básicas del diario vivir.

La aptitud cardiorrespiratoria determina la capacidad de participar en tareas recreativas y del diario vivir, como por ejemplo caminar, lavar, bailar, nadar, entre otras. Una baja aptitud cardiorrespiratoria constituye en un factor de riesgo de enfermedad cardiovascular y mortalidad prematura, por lo que debe integrarse en toda estrategia para mejorar y mantener una buena salud (American Heart Association, 2015), particularmente en la población de AEA (Sui, Laditka, Hardin y Blair, 2007, Hernández, 2015). Aunque la aptitud cardiorrespiratoria tiende a disminuir con la edad, se ha evidenciado que la reducción es menor cuando disminuye el tiempo sedentario y se practica AF regularmente, principalmente de tipo aeróbico (Fleg, 2012). Es posible que el programa regular de actividad física en el centro ESPAVE en San Germán explique los valores superiores en este componente en comparación con los de Mayagüez.

Una buena flexibilidad facilita la movilidad en las articulaciones y también la capacidad de realizar tareas básicas del diario (Stathokostas, Little, Vandervoort y Paterson, 2012). Según Gallon et al. (2011), la poca flexibilidad en la espalda baja y en los músculos isquiotibiales está relacionada con problemas de dolor crónico en la espalda, el cual aumenta el riesgo de caídas y fracturas. Este es uno de los aspectos de salud que preocupan a la población de AEA. La flexibilidad mejora con el ejercicio (Kim y O'sullivan, 2013; Hernández y Ramírez, 2014), lo que posiblemente explica el nivel superior en flexibilidad (*back scratch*, en inglés) entre los participantes en el

centro ESPAVE en San Germán. Sin embargo, este es un componente al que debe darse atención, dado que los valores observados se encontraron entre el promedio o bajo promedio en comparación con otros grupos de edad similar.

La agilidad y balance dinámico son componentes de la CoF que influyen también en la capacidad funcional o de movimiento. En AEA típicamente se observa una reducción gradual en la funcionalidad, se afectan los sentidos auditivo y visual, la capacidad para el equilibrio motor y la agilidad (Reed-Jones, Dorgo, Hitchings y Baderc, 2012). Sin embargo, la agilidad y el balance dinámico puede mejorar con el ejercicio (Kim y O'sullivan, 2013). Al respecto, los participantes en el centro ESPAVE en San Germán realizaron la prueba en menos tiempo que los participantes en Mayagüez, y al comparar con las normativas para los AEA, se clasificaron en promedio en comparación con los de Mayagüez, ubicados debajo del promedio (Osness et al., 1996); por ende, es posible que el programa de actividades en el centro ESPAVE en San Germán contribuyera a un mejor resultado en agilidad y balance dinámico, lo que sugiere que la integración de actividades que específicamente incluyan cambios rápidos en la dirección de movimiento es necesaria para observar cambios importantes en este parámetro.

El tiempo registrado de AF - tanto liviana como moderada a vigorosa - no fue diferente entre los dos centros ESPAVE en este estudio, los cuales no cumplieron con la recomendación actual de AF para la salud: 150 minutos semanales de intensidad moderada o 75 minutos semanales de intensidad vigorosa, o una combinación de estos (U.S. Department of Health and Human Service, 2018; Organización Mundial de la Salud, 2010). El promedio de AFMV para el grupo de San Germán fue de 36.0 ± 53.8 min/semana, mientras que en Mayagüez fue de 93.8 ± 161.6 min/semana. Cuando se consideró el tiempo total de AFMV en la semana, dos participantes en San Germán y

cinco en Mayagüez cumplieron con la recomendación mínima, mientras que, con series de al menos diez minutos continuos, un participante en San Germán y cinco en Mayagüez cumplieron con la recomendación mínima. Se destaca que estos participantes reportaron trabajo asalariado en fábricas, en construcción, limpieza y en escuelas, donde posiblemente mejoran sus oportunidades de movimiento. Además, los cinco participantes en el centro ESPAVE en Mayagüez, que no ofrece un programa estructurado de AF, fueron los de mayor MVPA semanal, fluctuando entre 271 a 670 minutos/semana, lo cual explica la alta variabilidad en la AFMV en Mayagüez y, posiblemente, la falta de relación significativa entre AF y CoF en este estudio. Además, sugiere que la promoción de AF debe aplicarse tanto en los centros ESPAVE como en actividades del diario vivir fuera del centro.

También se destaca que el tiempo registrado de AF que predominó para los grupos de San Germán y Mayagüez fue en intensidad liviana (4.4 ± 1.5 y 4.0 ± 1.2 horas/día, respectivamente), lo cual apoya la evidencia que sugiere que la AF moderada a vigorosa tiende a disminuir con la edad, mientras la AF de intensidad liviana aumenta (Takagi, Nishida, Fujitta, 2015). La evidencia reciente sugiere que la AF de intensidad liviana también está asociada con un menor riesgo de mortalidad prematura (Fishman et al., 2016), por lo que debe considerarse en la evaluación de AF para la salud.

Una actividad física liviana - caminatas, tareas en el hogar, salir de compras, algunos tipos de baile - implica acciones que requieren menos de tres equivalentes metabólicos por tarea (METs) o tres veces el gasto energético necesario en reposo (Ainsworth, Haskell, Hermann, Meckes, Bassett y Tudor-Locke, 2011). Por otro lado, una actividad muy, muy liviana implica una tarea que requiere menos de 1.5 METs, por ejemplo, las que se realizan mayormente sentados, y se clasifican como comportamientos sedentarios. En este estudio, tanto los AEA en San Germán como

Mayagüez registraron en promedio más de nueve horas en comportamiento sedentario, particularidad que tiende a caracterizar a la población de adultos mayores en general y que también representa un riesgo de fragilidad, morbilidad y mortalidad prematura (McPhee et al., 2016; Patel, Maliniak, Rees-Punia, Matthews y Gapstur, 2018); por ende, se sugiere reexaminar el tipo de tareas que realizan los AEA como parte de sus actividades en los centros de servicios ESPAVE y ofrecer orientación a sus participantes para reducir el tiempo sedentario en su diario vivir.

La capacidad para AF ambulatoria también se analiza con el número de pasos que se completan diariamente, siendo la recomendación para AEA al menos 7000 pasos/día (Tudor-Locke et al., 2011). En el caso de los AEA en San Germán, el promedio de pasos fue de 3626 diarios y en Mayagüez, de 3441, cifras que sugieren muy poca movilidad y limitan los beneficios de caminar, tales como fortalecimiento de huesos, reducción en incidencia de diabetes tipo 2 y cáncer, mejoras en el estado de ánimo y el bienestar mental, aumentos en el metabolismo, mejor control de peso y mejor aptitud cardiorrespiratoria (U.S. Department of Health and Human Services, 2015). Aún con esta limitación, aquellos que caminan más, obtuvieron mejores resultados en pruebas de CoF como fortaleza y tolerancia muscular y aptitud cardiorrespiratoria.

En conclusión, aunque los AEA en el centro ESPAVE de San Germán, que ofrece un programa regular de ejercicio, tuvieron mejores resultados en varias pruebas de CoF en comparación con los de Mayagüez (grupo control), el tiempo en AFMV, el número de pasos/día y el tiempo sedentario los clasifica a todos como insuficientemente activos y sedentarios. Aunque la evidencia científica consistentemente demuestra que la participación regular en programas de ejercicio estructurado mejora la CoF, independientemente de la edad, es necesario evaluar si las diferencias en CoF y la pobre

Hernández y Otros. Análisis de la actividad y condición física en personas mayores...

AF registrada entre los AEA en los dos centros evaluados tiene efecto en otros parámetros de salud. Para tal propósito se requiere un estudio experimental con un buen control de adherencia, registro de intensidad de ejercicio y actividad física durante la intervención y fuera de esta, y otros aspectos socioculturales de relevancia. La disponibilidad de ecuaciones para identificar el tiempo en actividad liviana, moderada y vigorosa registrada con acelerómetros entre AEA es otra posible limitación que debe atenderse en futuros estudios.

Referencias

- Ainsworth, B., Haskell, W., Herrmann, S., Meckes, N., Bassett, D. y Tudor-Locke, C. (2011). Compendium of Physical Activities: a second update of codes and MET values. *Medicine Science Sports Exercise*, 43(8), pp. 1575-1581. doi: 10.1249/MSS.0b013e31821ece12
- American Heart Association (2015). Physical activity improves quality of life. Recuperado de: http://www.heart.org/HEARTORG/GettingHealthy/PhysicalActivity/FitnessBasics/Physical-activity-improves-quality-of-life_UCM_307977_Article.jsp, 26 de noviembre de 2018.
- Bueno, D., Marucci M., Roedger, M., Gomes, I., Duarte, Y., Lebrao, M. (2016). Nivel de actividad física, por acelerometría, e los ancianos de la ciudad de Sao Paulo: Estudio SABE. *Rev. Brafas med Esporte* [online], 22(2), pp. 108-112.
- Charansonney, O. (2011). Physical Activity and Aging: A Life-Long Story. *Discovery Medicine*. 12(64), pp. 177-185. Recuperado de <http://www.discoverymedicine.com>
- Chodzko-Zajko, W. (2014). *ACSM's Exercise for Older Adults*. (1st Edition). Philadelphia. Lippincott Williams y Wilkins.
- Chodzko-Zajko, W., Proctor, D., Fiatarone, M., Minson, C., Nigg, C., Salem, G., & Skinner, J. (2009). Exercise and physical activity for older adults. *Medicine and Science in Sport and Exercise*, 41(7), pp. 1510-1530. doi: <http://dx.doi.org/10.1249/MSS.0b013e3181a0c95c>

Hernández y Otros. Análisis de la actividad y condición física en personas mayores...

- Correa, M., Thumé, E., Araújo-DeOliverira, E. y Toasi, E. (2016). Performance of the waist-to-height ratio in identifying obesity and predicting non-communicable diseases in the elderly population: A systematic literature review. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 65(7), pp. 174-182.
- Desrosiers, J., Bravo, G., Hébert, R. y Dutil, É. (1994). Normative data for grip strength of elderly men and women. *The American Journal of Occupational Therapy*, 49(7), pp. 637-644.
- Fiatarone, M., Sutton, J. y Mayer, J. (2010). Exercise Comes of Age as Medicine for Older Adults. *Research Digest*, 10(3), pp. 1-13.
- Fishman, E., Steeves, J., Zipunnikov, V., Koster, A., Berrigas, D., Karris, T. y Murphy, R. (2016). Association between objectively measured physical activity and mortality in NHANES. *Medicine Science Sports Exercise*, 48(7), pp. 1303-1311.
- Fleg, J. (2012). Aerobic Exercise in the Elderly: A Key to Successful Aging. *Division of Cardiovascular Sciences, National Heart, Lung, and Blood Institute, National Institutes of Health*, 13(70), pp. 223-8. Recuperado de <http://www.discoverymedicine.com>, 26 de noviembre de 2018.
- Frontera, W., Silver, J. y Rizzo, T. (2014). *Essentials of Physical Medicine and Rehabilitation*. (3rd Edition). Elsevier Health Sciences.
- Gallon, D., Rodacki, A., Hernandez, S., Drabovski, B., Outi, T., Bittencourt, L. y Gomes, A. (2011). The effects of stretching on the flexibility, muscle performance and functionality of institutionalized older women. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*, 44(3), pp. 229-235.
- Global Advocacy for Physical Activity (2010). Inversiones que funcionan para promover la actividad física. Recuperado de www.globalpa.org.uk, 26 de noviembre de 2018.
- Hernández, O. (2015). Actividad física en adultos de edad avanzada: la alternativa promotora de salud. *Revista UMBRAL*, 10(6), pp. 76-107.
- Hernández, O. (2008). *Manteniéndome en forma después de los 60: Una alternativa saludable*. (1^{ra} Edición). Aguada Puerto Rico, Editorial Aymaco.
- Hernández, O. (2002). *El efecto de la participación regular en un programa de ejercicios científicamente estructurados en la capacidad funcional de los envejecientes*. (Tesis doctoral inédita). Universidad Interamericana de Puerto Rico, Recinto Metropolitano. Facultad de Educación, Puerto Rico.

- Hernández-Soto, O. y Ramírez-Marrero, F. (2014). Programa de Ejercicio Estructurado es Viable y Mejora la Capacidad Funcional en Adultos Mayores en Puerto Rico. *Pensar en Movimiento: Revista de Ciencias del Ejercicio y la Salud*, 12(2), pp. 1-15.
- Kim, S. y O'sullivan, D. (2013). Effects of Aqua Aerobic Therapy Exercise for Older Adults on Muscular Strength, Agility and Balance to Prevent Falling during Gait. *Journal of Physical Therapy Science* 25(8), pp. 923-927.
- López, R. (2001). Análisis sobre la disponibilidad de programas y servicios para personas de edad avanzada en Puerto Rico. *Puerto Rico Health Sciences Journal*, 20(1), pp. 41-49.
- Leszczak, T., Olson, J., Stafford, J. y Brezzo, R. (2013). Early adaptations to eccentric and high-velocity training on strength and functional performance in community-dwelling older adults. *Journal of Strength & Conditioning Research*, 27(2), pp. 442-448. doi: <http://dx.doi.org/10.1519/JSC.0b013e31825423c6>
- Matthews, C., Chen, K., Freedson, P., Buchowski, M., Beech, B., Pate, R. y Troiano, R. (2008). Amount of time spent in sedentary behaviors in the United States, 2003-2004. *American Journal of Epidemiology*, 167(7), pp. 875-81.
- Mancilla, E., Ramos, S. y Morales, P. (2016). Fuerza de prensión manual según edad, género y condición funcional en adultos mayores Chilenos entre 60 y 91 años. *Revista Médica de Chile*.144(5), pp. 598-604.
- McPhee, J.S., French, D.P., Jackson, D., Nazroo, J., Pendleton, N. y Degens, H. (2016). Physical activity in older age: perspectives for healthy ageing and frailty. *Biogerontology*, 17: pp. 567-580. doi: 10.1007/s10522-016-9641-0
- Organización Mundial de la Salud. (2010). *Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud*. Catalogación por la Biblioteca de la OMS. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44441/9789243599977_spa.pdf;jsessionid=EFB9B6D3666750324BA0F3A0691894BF?sequence=1
- Osness, W., Adrian, M., Clark, B., Raab, D. y Wiswell, R. (1996). *Functional fitness assessment for adults over 60 years. Age and gender related norms and performance*. (2nd Edition). Iowa, Kendall Hunt Publishing.
- Patel, A., Maliniak, M., Rees-Punia, E., Matthews, C. y Gapstur, S. (2018). Prolonged leisure- time spent sitting in relation to cause-specific mortality in a large US cohort. *American Journal of Epidemiology*, Published by Oxford University Press

on behalf of the Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health. Recuperado de <https://academic.oup.com/aje/advance-article/doi/10.1093/aje/kwy125/5045572>

- Peterson, M., Rhea, M., Sen, A. y Gordon, P. (2010). Resistance Exercise for Muscular Strength in Older Adults: A Meta-Analysis. *Ageing Research Review*. 9(3), pp. 226–237. doi:10.1016/j.arr.2010.03.004.
- Pinto, R., Correa, C., Radaelli, R., Cadore, E., Brown, L. y Bottaro, M. (2014). Short-term strength training improves muscle quality and functional capacity of elderly women. *Age*, 36(1), pp. 365-372. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s11357-013-9567-2>
- Reed-Jones, R., Dorgo, S., Hitchings, M. y Baderc, J. (2012). Vision and agility training in community dwelling older adults: Incorporating visual training into programs for fall prevention. *Gait Posture*. 35(4), pp. 585–589. doi:10.1016/j.gaitpost.2011.11.029.
- Rikli, R. y Jones, C. (2013a). Development and validation of criterion-referenced clinically relevant fitness standards for maintaining physical independence in later years. *The Gerontologist*, 53(2), pp. 255-267.
- Rikli, R. y Jones, C. (2013b). *Senior Fitness Test Manual*. (2nd Edition). Champaign, Human Kinetics Publishers.
- Romero-Arenas, S., Martínez-Pascual, M. y Alcaraz, P. (2013). Impact of resistance circuit training on neuromuscular, cardiorespiratory and body composition adaptations in the elderly. *Aging and Disease*, 4(5), pp. 256-263.
- Roush, J., Gombold, K. y Bay, R. (2017). Normative grip strength values in males and females, ages 50 to 89 years old. *The Internet Journal of Allied Health Sciences and Practice*, 16(1), pp. 1-17.
- Srikanthan, P., Seeman, T. y Karlamangla, A. (2009). Waist-hip-ratio as predictor of all-cause mortality in high-functioning older adults. *Annals of Epidemiology*, 19(10), pp. 724-731.
- Stathokostas, L., Little, R., Vandervoort, A. y Paterson, D. (2012). Flexibility Training and Functional Ability in Older Adults: A Systematic Review. *Journal of Aging Research*, 2012(8), pp. 1-30. doi:10.1155/2012/306818
- Sui, X., Laditka, J., Hardin, J. y Blair, S. (2007). Estimated Functional Capacity Predicts Mortality in Older Adults. *Journal of the American Geriatrics Society*; 55(12), pp. 1940-1947. doi:10.1111/j.1532-5415.2007.01455.x.

- Sun, F., Norman, I. y White, A. (2013). Physical activity in older people: a systematic review. *BMC Public Health*, 13(449), pp. 1-17.
- Takagi, D., Nishida, Y. y Fujitta, D. (2015). Age-associated changes in the level of physical activity in elderly adults. *Journal of Physical Therapy Science*, 27(12), pp. 3685-3687.
- Troiano, R., Berrigan, D., Dodd K., Masse, L., Tilert, T. y McDowell, M. (2008). Physical activity in the United States measured by accelerometer. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 40(1), pp. 181-188.
- Tudor-Locke, C., Craig C., Aoyagi Y, Bell RC, Croteau KA, De Bordeaudhuij I, Ewald B, Gardner A, Hatano Y., Lutes L., Matsudo S., Ramírez-Marrero, F., Rogers L., Rowe D., Schmidt, M., Tully, M. y Blair, S. (2011). How Many Steps/day are Enough? For older adults and special populations. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 8(80), pp. 1-19. Recuperado de <https://ijbnpa.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1479-5868-8-80>, 26 de noviembre de 2018.
- U.S. Department of Health and Human Services (2018). *Physical Activity Guidelines for Americans. 2nd Edition*. Recuperado de: <https://health.gov/paguidelines/second-edition/resources>, 26 de noviembre de 2018.
- U.S. Department of Health and Human Services (2015). Step It Up! The Surgeon General's Call to Action to Promote Walking and Walkable Communities. Washington, DC: U.S. Dept of Health and Human Services, Office of the Surgeon General. Recuperado de: <https://www.surgeongeneral.gov/library/calls/walking-and-walkable-communities/call-to-action-walking-and-walkable-communitites.pdf>

Artículo recibido: 13 Julio, 2018
Artículo aprobado: 22 Diciembre, 2018

**NUEVAS ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN EN CENTROS
RESIDENCIALES PARA PERSONAS MAYORES EN SITUACIONES DE
EXCLUSIÓN SOCIAL**

**NEW INTERVENTION STRATEGIES IN RESIDENTIAL CENTERS FOR THE
ELDERLY IN SITUATIONS OF SOCIAL EXCLUSION**

Raúl Álvarez Pérez¹

RESUMEN

En Andalucía (España), existen centros residenciales para personas mayores en situación de dependencia y para quienes provienen de situaciones de exclusión social (drogodependencias, maltrato, sin techo, trastornos mentales). El programa formativo que la Dirección General de personas mayores de la Junta de Andalucía ofrece a los profesionales del segundo tipo de centros públicos, considera estrategias de intervención utilizadas en exclusión social con un alto potencial de aplicación, las cuales favorecen un mayor ajuste entre los nuevos perfiles de personas mayores en residencias y las intervenciones por promover.

La formación se desarrolla con base en el “juego de conceptos”, metodología que identifica situaciones-problemas, perfiles asociados, retos de intervención y conceptos claves por implementar. La evaluación de esta iniciativa formativa evidencia la necesidad de establecer programas permanentes que ayuden a comprender y abordar con mayor certeza problemáticas sociales altamente complejas en contextos “sanitarizados” (residencias para personas mayores).

PALABRAS CLAVE: exclusión social, incorporación social, incorporación a mínimos, reducción del daño, acompañamiento

ABSTRACT

In Andalusia (Spain), there are residential centers for elderly people in situations of dependency and for those who come from situations of social exclusion (drug addiction, mistreatment, homelessness, mental disorders). The training program that the General Directorate of the elderly of the Junta de Andalucía offers to professionals of the second type of public centers, contemplates intervention strategies used in social exclusion with a high potential for application. These favor a greater adjustment between the new profiles of elderly people in residences and the interventions to be promoted. The training is developed based on the "Game of Concepts". This methodology identifies situations-problems, associated profiles, intervention challenges and key concepts to be implemented. The evaluation of this training initiative highlights the need to establish permanent training programs that help to understand and deal with more highly complex social problems in "sanitized" contexts (residences for the elderly).

KEY WORDS: social exclusion, social incorporation, incorporation to minimums, harm reduction, accompaniment

¹ Departamento de Trabajo Social y Servicios Sociales. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad Pablo de Olavide. España. E-mail: ralvper@upo.es



Introducción

En el ámbito residencial público, el sistema de atención a las personas mayores en la Comunidad Autónoma de Andalucía (España) sufre cambios relevantes a partir de la entrada en vigor de la *Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia*.

En cuanto a los centros residenciales, se establece dos tipos: uno para personas mayores dependientes (Boletín Oficial de la Junta de Andalucía [BOJA], núm. 224) y otro para personas mayores en situaciones de exclusión social (Boletín Oficial de la Junta de Andalucía [BOJA], núm. 39). El aumento en número y en complejidad de los perfiles de mayores en situaciones de exclusión social ha hecho que los profesionales que desarrollan su labor en las residencias públicas demanden a la Dirección General de Personas Mayores la implementación de planes de formación que les permitan desarrollar nuevas estrategias de intervención acordes con esta realidad cambiante, las cuales deben ser congruentes con las problemáticas específicas que estos perfiles presentan (drogodependencias, personas sin hogar, maltrato, síndrome de Diógenes, enfermedad mental).

Respecto de tales problemáticas y el cómo intervenir, han sido abordadas desde hace tiempo con acierto desde programas y recursos propios del ámbito de la exclusión social (centros de emergencia, programas de educación de calle para drogodependientes y otros colectivos, programas de reducción del daño, etc.); sin embargo, los centros residenciales las desconocen, motivo por el que predominan sobre todo las visiones-valoraciones e intervenciones sanitarias. En relación con lo anterior, en el presente, la intervención persigue la idea de que todos/as son personas mayores que por circunstancias diversas requieren de la atención especializada propia de los centros residenciales para mayores, sin tener demasiado en cuenta las “claves particulares” de

cada problemática específica, lo cual implica que debe ser analizada, comprendida y abordada desde estrategias personalizadas, en aras de favorecer y mejorar la incorporación y convivencia de todos/as los/as residentes.

Considerando lo mencionado, en este trabajo se ofrece información relevante sobre otras estrategias posibles de intervención que, siendo novedosas en el ámbito residencial, no lo son en el ámbito de la exclusión social; por tanto, esta propuesta plantea el establecimiento de –puentes comunicativos- entre ambos ámbitos para que lo aplicado con éxito en uno pueda ser trasvasado y aprovechado en el otro.

Tal como se muestra en el cuadro 1, existen conceptos, procesos e instrumentos que merecen ser considerados, debido a su utilidad respecto del trabajo con el colectivo y en el contexto indicado, y que no forman parte habitual de las intervenciones realizadas en las residencias de personas mayores, ya que tradicionalmente el perfil mayoritario de persona adulta mayor que ha ingresado en residencias es abordado desde el punto de vista sociorelacional “normalizado”: un ejemplo de ello son los programas de mínimos, los cuales descartan inicialmente los objetivos y metas de máximos para establecer una secuencia de objetivos mínimos, desde los que aceptan la posibilidad de que nunca se alcancen los máximos deseables.

Cuadro 1. Conceptos, procesos e instrumentos claves en el ámbito de la exclusión social

| CONCEPTOS | PROCESOS | INSTRUMENTOS |
|-------------------------|---------------------------|---|
| Incorporación social | Acompañamiento | Itinerarios personalizados de Incorporación |
| Incorporación a mínimos | La figura del acompañante | |
| Reducción del daño | | |

Fuente: elaboración propia a partir de Funes (1991, 1996 y 2001).

Al igual que los mencionados, los programas de reducción del daño y riesgos que intentan minimizar y/o evitar riesgos y daños asociados a una determinada conducta y/o práctica no saludable han contribuido a la incorporación social de estos colectivos en muchas ocasiones (Funes, 1991), concepto que suplantó al de integración social, ya que este último se relaciona con un “ideal social” que no se corresponde a la realidad social de muchas personas mayores excluidas, mientras que la incorporación es el estado de la persona, definido por la cantidad y calidad de su participación en el entorno; por ende, las acciones para estimular y facilitar la incorporación de la persona tienen que ver con proporcionarle lo imprescindible para ser miembro de una comunidad y posibilitar su aporte en el contexto de la vida colectiva (Funes, 1996).

Partiendo de lo anterior, se considera que para que una persona en situación de exclusión social logre incorporarse, debe contar con lo siguiente: tener condiciones de vida mínimas, así como recursos económicos que posibiliten ser ciudadano/a consumidor; hacer algo reconocido socialmente, participar en espacios culturales, de ocio y tener un lugar en el mundo.

Conseguir un estado de “incorporación” para dicho grupo, y los profesionales que con este trabaja, no es tarea fácil: en el primer caso, cuando ingresan a un centro residencial hay que tener en cuenta que eran personas adultas que ya vivían excluidas, con un envejecimiento progresivo, cuya situación social se deteriora aún más, con una historia de vida y problemática particulares a cuestas, por lo que el centro residencial aparece como la única alternativa posible. Comenzar a trabajar con estas personas mayores supone iniciar aceptando que, antes de perseguir una plena incorporación de la vida en el centro, es necesario plantearse una incorporación a mínimos a través de la implementación del instrumento “Itinerarios personalizados de incorporación” (a veces, desgraciadamente, la única alcanzable), en el que los programas de mínimos y de

reducción del daño son herramientas habituales de trabajo para “caminar a la normalidad”.

Cuadro 2. Itinerarios personalizados de incorporación

| <u>PRINCIPIOS RECTORES</u> |
|------------------------------|
| ✓ P. de individualización |
| ✓ P. de progresividad |
| ✓ P. de operacionalización |
| ✓ P. de Participación activa |
| ✓ Evaluación |

Fuente: elaboración propia a partir de Funes (1991, 1996 y 2001).

Cuadro 3. Estructura itinerario personalizado

| COMPONENTES DEL ITINERARIO DE INTEGRACIÓN |
|---|
| 1. Resumen diagnóstico |
| 2. Objetivo último ideal |
| 3. Objetivos y Jerarquización de metas |
| 4. Método a seguir |
| 5. Recursos de apoyo |
| 6. Temporalización de las acciones |
| 7. Proceso de evaluación |
| 8. Compromiso de colaboración |

Fuente: elaboración propia a partir de Funes (1991, 1996 y 2001).

Si se pretende que estos itinerarios personalizados sean viables, su elaboración tendrá que tener en cuenta a la persona mayor y tener en cuenta también los principios rectores indicados en el cuadro 2, además de que su estructura deberá ajustarse a lo indicado en el cuadro 3, sin dejar de lado que es la única vía para realizar un verdadero

Álvarez, R. Nuevas estrategias de intervención en centros residenciales para personas...
trabajo de incorporación, cuyo rasgo o característica central sea la de desarrollar un proceso en clave de acompañamiento de quien funja acompañante (Funes, 2001).

Los conceptos de acompañante y acompañamiento indicados en el cuadro 1 involucran la idea de “ir al lado de”, basados en encuentros (Valverde, 2002), en momentos de discusión y negociación de objetivos y estrategias, en intervenciones educativas entre el/la profesional y la persona mayor: se trata de modelos de intervención personalizados en los que el trabajo se desarrolla en clave de proceso, negociación, acompañamiento y tutorización en el recorrido.

Los objetivos fundamentales que se pretenden alcancen los/as profesionales de los centros residenciales son, por una parte, promover la adquisición de hábitos saludables entre los mayores que ingresan en los centros (de los que carecen) con los que mejoren sus niveles de salud y calidad de vida y, por otra, desarrollar un conjunto de estrategias y técnicas de atención e intervención que favorezcan el incorporarse socialmente a la vida del centro.

Desarrollo

El plan de formación profesional objeto de este texto se concreta en la práctica en tres días de formación intensiva, durante los que se aborda contenidos relacionados con el propio concepto de exclusión social, el procedimiento de ingreso de personas mayores en situación de exclusión social en centros residenciales, protocolos y planes de atención integral, perfil y características de las personas en exclusión social y estrategias de atención e intervención.

La metodología de trabajo empleada genera que, en un 70% del tiempo de formación, sean los/as propios/as profesionales quienes “construyen el conocimiento”, y los contenidos abordados guardan relación con lo indicado en los cuadros 1, 2, 3 y 4 (el

cuadro 4 refleja contenidos complementarios necesarios de abordar en la formación, sugeridos por profesionales y directores/as de centros residenciales).

Cuadro 4. Contenidos complementarios

| ANÁLISIS DE SITUACIONES Y HABILIDADES DE AFRONTAMIENTO | |
|--|---|
| 1) | Síndrome de <i>burnt out</i> |
| 2) | Medidas para prevenir y afrontar el síndrome |
| 3) | Dificultades de comunicación y comprensión |
| 4) | Afrontamiento de la cólera |
| 5) | Motivación |
| 6) | Resolución de conflictos |

Fuente: elaboración propia a partir de Funes (1991, 1996 y 2001).

En cuanto al porqué de la metodología, se debe a que el conocimiento se construye de abajo hacia arriba y a partir de las necesidades expresadas por el colectivo de profesionales, mientras que el juego de conceptos permite visualizar de manera gráfica los puentes entre patologías y conceptos e intervenciones novedosas, además de que quienes participan viven la formación como un proceso de cambio gradual, de la “visión sanitaria” a la “visión sociosanitaria” y de que se facilita instrumentos concretos para iniciar el trabajo y el cambio de visión y de estrategias que se proponen parten de un principio claro: la humanización de la asistencia.

Como consecuencia de la buena acogida de la propuesta formativa, la media de participación por parte de los/as profesionales en la actualidad corresponde a 30 en cada edición y afecta al conjunto de centros públicos de este tipo en la comunidad autónoma andaluza. El trabajo desarrollado considera tres fases: a) de evaluación diagnóstica (los/as profesionales identifican problemáticas sociofamiliares vinculadas a los perfiles de personas mayores provenientes de situación de exclusión social que predominan en sus centros); b) explicativa-deconstructiva (los/as profesionales toman conciencia de las

Álvarez, R. Nuevas estrategias de intervención en centros residenciales para personas... historias de vida particulares de cada persona mayor, revisan de modo crítico las valoraciones e intervenciones desarrolladas hasta el momento), y c) de “construcción” (de acuerdo con los nuevos conceptos, procesos y herramientas, los/as participantes inician la construcción de “una nueva mirada” y una forma distinta de abordar la realidad social de cada persona mayor atendida en el centro y proveniente de situaciones de exclusión social).

Las fases anteriores se prolongan en el tiempo a lo largo de tres días intensivos en sesiones de mañana y tarde: para desarrollarlas, resulta imprescindible utilizar el denominado “juego de conceptos”, basado en la participación y el trabajo activo de los/as profesionales que, por una parte, a partir de una batería de preguntas lanzadas al grupo, permite identificar situaciones-problemas y perfiles asociados a estas (fase uno) y por otra, desarrolla retos de intervención y estrategias y técnicas por desarrollar a nivel de intervención (fase tres).

Cuadro 5. Casuística psicosocial. Perfiles: causas y consecuencias

| JUEGO DE CONCEPTOS | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ✓ Familias desestructuradas ✓ Ruptura de lazos familiares y personales ✓ Problemas de convivencia con su entorno ✓ Escasas relaciones sociales | <ul style="list-style-type: none"> Esquizofrenia Psicosis Manías |
| <ul style="list-style-type: none"> ✓ Aislamiento social ✓ Discriminación Social | |
| <ul style="list-style-type: none"> ✓ Baja o Falta de autoestima ✓ Inestabilidad emocional ✓ Falta de afecto ✓ Desconfianza | <ul style="list-style-type: none"> Depresión Cirrosis hepática Trastornos personalidad |
| <ul style="list-style-type: none"> ✓ Introversión ✓ Dependencia emocional | <ul style="list-style-type: none"> Indigente Mendigo Vagabundo |
| <ul style="list-style-type: none"> ✓ Depresión ✓ Problemas mentales | <ul style="list-style-type: none"> Maltrato físico y psíquico Sumisión Desvalorización personal |

Fuente: elaboración propia a partir de Funes (1991, 1996 y 2001).

Cuadro 6. Exclusión social y personas mayores en el ámbito residencial: la Intervención



Fuente: elaboración propia a partir de Funes (1991, 1996 y 2001).

Gracias a lo expuesto en el cuadro 5, los/as profesionales aclaran inicialmente qué situaciones-problema y tipo de persona mayor son prioritarios a nivel de intervención con estas nuevas estrategias mientras que, a través del 6, los/as profesionales se acercan desde lo concreto al “cómo se puede intervenir” en cada caso. En cuanto a la fase dos, tiene como objetivo aprender intentando desaprender hábitos y conductas muy interiorizados normalmente en los/as profesionales sobre cómo se ha de intervenir. En lo que concierne al “juego de conceptos”, representa el hilo conductor que da sentido al trabajo y permite conectar las tres fases de desarrollo.

Tal como se expuso, la información contenida en los cuadros expuestos está interconectada, interrelacionada desde la complementariedad, de modo que forma parte de un todo en el que lo esencial es comprender que, ante nuevas realidades en cuanto a

perfiles de personas mayores en centros residenciales, caben otras formas de “mirar-ver”, “valorar-diagnosticar” e “intervenir-actuar” desde el punto de vista profesional.

Al finalizar la formación, los/as participantes completan unos cuestionarios de evaluación de los que se analiza objetivos, metodología y contenidos impartidos en las distintas sesiones: en sus evaluaciones particulares coinciden en que la radiografía inicial realizada colectivamente en la fase uno del trabajo les permite visualizar de manera gráfica la realidad que deben asumir como punto de partida como equipos profesionales de los centros.

Por otra parte, se destaca la novedad respecto de los conceptos de incorporación social, incorporación a mínimos, reducción del daño, la intervención en clave de acompañamiento, la figura del acompañante y los itinerarios personalizados de incorporación, así como el reconocer que trabajar desde la filosofía de la intervención exige que la dinámica de organización y funcionamiento de los centros sea más diversa, flexible y dinámica. En relación con la figura del acompañante, junto con los itinerarios personalizados de incorporación, se valora muy positivamente, dados los beneficios que podría acarrear al conjunto de los residentes en sus procesos particulares de incorporación y, como consecuencia de esto, al clima general de convivencia en el centro residencial; por ejemplo, quienes participaron manifiestan estar tomando conciencia de que otra forma de intervenir es posible, aunque el cambio de enfoque y perspectiva a la hora de analizar las problemáticas particulares de los/as residentes debe ser el primer paso para afrontar las intervenciones con mayores garantías de éxito.

Por último, en lo que respecta al grado de aplicabilidad de los planteamientos de intervención expuestos durante la formación, será mayor o menor en la medida que los/as profesionales se dispongan a “desaprender” planteamientos desfasados para “aprender” e introducir nuevos planteamientos de trabajo.

Conclusiones

En el caso de los centros residenciales para personas mayores en situación de exclusión social, se evidencia realidades complejas de abordar desde el punto de vista de la intervención social por su naturaleza, casuística, diversidad y por el medio donde todas estas confluyen, el centro residencial, ya que, por citar un ejemplo, no se interviene del mismo modo ante casos de personas que tienen problemas de adicción a determinadas drogas que ante el de quienes han vivido en la calle desde hace años. Sin embargo, todo este planteamiento de intervenciones particulares, específicas y personalizadas se complica cuando se trata de individuos que viven en centros residenciales, los cuales representan un espacio claramente delimitado desde el punto de vista físico, en el que un conjunto de personas debe convivir bajo una serie de normas que son necesarias y que, en principio, están planteadas en pro de la convivencia de todos/as, respecto de lo cual cabría preguntarse en qué circunstancias estas favorecen o dificultan el trabajo que los profesionales deben desarrollar en pro de la incorporación y el bienestar de todos/as y cada uno/a de los/as residentes (la flexibilidad en la aplicación de las normas quizás sea una buena recomendación).

Por otra parte, la complejidad social de los perfiles de personas mayores atendidas en este tipo de centros residenciales manifiesta la necesidad de priorizar el establecimiento de programas permanentes de formación y reciclaje para sus profesionales.

Hasta ahora, la parcelación de la realidad social y la hiperespecialización profesional por colectivos de atención (mujeres maltratadas, inmigrantes, drogodependientes, personas mayores, sin techo, enfermos mentales, etc.), permite conocer ciertas realidades, colectivos y formas de intervenir, mas implica el desconocimiento de otras razón la que, establecer fórmulas de colaboración y

Álvarez, R. Nuevas estrategias de intervención en centros residenciales para personas... cooperación entre profesionales que intervienen en diversos ámbitos de la exclusión social y los/as profesionales de los centros residenciales, sería una buena medida por adoptar.

En torno a lo anterior, acercar la realidad de la intervención en exclusión social a los/as profesionales de los centros residenciales para personas mayores permitiría aprovechar y poner en práctica en los centros, conceptos y estrategias de intervención muy desarrolladas en distintos ámbitos de la exclusión social que, además de mejorar la calidad de las intervenciones ante la diversidad de perfiles de personas mayores que hoy están en los centros, redundaría en una mejora en los niveles de incorporación de muchas de estas personas, en el clima general de convivencia en los centros y en el grado de satisfacción de los/as profesionales con su quehacer diario. Propuestas de formación como la detallada en este trabajo están siendo valoradas muy positivamente, así como calificada de “idóneas” por el conjunto de profesionales de este ámbito que vienen participando a lo largo de toda la comunidad autónoma andaluza, por tanto, su implantación permanente puede contribuir a que las intervenciones desarrolladas desde los centros residenciales sean en todo momento acordes y ajustadas a los perfiles de personas mayores que en cada momento han de ser atendidas.

Referencias

- Funes, J. (1991). *Drogodependencias e incorporación social. Propuestas para pensar y actuar*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Funes, J. (1996). *La incorporación social de las personas con problemas de drogas. Una revisión conceptual y metodológica pensando en la Atención Primaria. Drogodependencias*. Vitoria: Colección Debate. Servicio central de publicaciones del gobierno Vasco.

Álvarez, R. Nuevas estrategias de intervención en centros residenciales para personas...

Funes, J. (2001). *El acompañamiento, un elemento clave en el proceso de incorporación social*. En III Jornada de serveis socials d'atenció primaria. *Estat de Benestar i exclusió social. Nous reptes professionals: Mites del tercer mil·leni*. 6 i 7 d'abril del 2000. Barcelona.

ORDEN de 5 de noviembre de 2007, de la Consejería, por la que se regula el procedimiento y los requisitos para la acreditación de los centros para personas mayores en situación de dependencia en Andalucía. *Boletín Oficial de la Junta de Andalucía[BOJA]*, 14 de noviembre de 2007, núm. 224, pp. 18-33.

ORDEN de 11 de febrero de 2008, por la que se regula el procedimiento y requisitos para el ingreso en Centro Residencial de Personas Mayores en situación de exclusión social. *Boletín Oficial de la Junta de Andalucía[BOJA]*, 25 de febrero de 2008, núm. 39, pp. 13-28.

Valverde, J. (2002). *El diálogo terapéutico en exclusión social. Aspectos educativos y clínicos*. Madrid: Narcea.

Artículo recibido: 10 Diciembre, 2017

Artículo aprobado: 19 Diciembre, 2018

EL APRENDIZAJE COGNOEMOCIONAL EN UN GRUPO DE PERSONAS MAYORES

THE COGNO-EMOTIONAL LEARNING IN AN ELDERLY GROUP

Ismael Corrales Camacho¹; Yuri Sánchez Calderón²

RESUMEN

El curso participativo Terapias de Aprendizaje en Grupo se impartió durante el año 2016 en el Programa de Atención Integral de la Persona Adulta Mayor (PAIPAM) del Centro de Estudios Generales de la Universidad Nacional de Costa Rica, se dirigió a la población adulta y adulta mayor con interés en recibir estímulos cognitivos y afectivos que le aportaran aún más a su proceso de envejecimiento saludable y se abordó desde las disciplinas de la orientación y la gerontología, enfatizando cuatro tipos de terapias: cognoterapia, ludoterapia, risoterapia y abrazoterapia. El enfoque de trabajo se centró en brindarles a la persona adulta y adulta mayor un espacio para sí donde pudieran experimentar la interacción social de compartir momentos alegres con otras personas cercanas a su edad, mientras se divertían agilizando su memoria y generando un aprendizaje positivo de estrategias contra dificultades.

PALABRAS CLAVE: terapias, aprendizaje, grupo, persona adulta mayor, envejecimiento saludable.

ABSTRACT

The course of Terapias de Aprendizaje en Grupo was taught during the year 2016 in the Programa de Atención Integral de la Persona Adulta Mayor (PAIPAM) of the Centro de Estudios Generales of the Universidad Nacional de Costa Rica. It was a participatory course aimed at the elderly adult population with interest in receiving cognitive and affective stimuli that would contribute even more to their healthy aging process. The course was approached from the disciplines of guidance and gerontology, with special emphasis on four types of therapies that were cognitive therapy, ludo therapy, laughter therapy and hug therapy. The focus of the work was on providing the adult and older adult a space for themselves where they could experience the social interaction of sharing joyful moments with others close to their age, while having fun streamlining their memory and generating a learning strategies against difficulties.

KEY WORDS: therapies, learning, group, elderly people, healthy aging.

¹ Máster en Gerontología Multidisciplinaria Psicosocial de la Universidad Católica de Costa Rica. Encargado del Proyecto Una Zona Azul del Programa de Atención Integral de la Persona Adulta Mayor (PAIPAM) en el Centro de Estudios Generales de la Universidad Nacional de Costa Rica. Costa Rica E-mail: ismael.corrales.camacho@una.cr

² Finaliza la tesis de licenciatura en Orientación de la Universidad Nacional de Costa Rica. Estudiante asistente del PAIPAM apoyando con talleres de sensibilización a distintos grupos municipales y estudiantiles. Costa Rica E-mail: s.calderon.yu@gmail.com



Introducción

El curso Terapias de Aprendizaje en Grupo (TAG) se creó en el primer semestre del año 2016 con el motivo de brindar a la población estudiantil del PAIPAM de la Universidad Nacional de Costa Rica, la oportunidad de desenvolverse en un entorno de compañerismo entre pares que le permita intensificar su capacidad de concentración mental y fortalecer sus redes sociales afectivas para que, por medio de estos aspectos, las personas adultas y adultas mayores logren una imagen positiva de la autoestima.

El curso inició con una cantidad reducida de personas, aproximadamente 10, que se mantuvo hasta el final del segundo semestre del año 2016, con quienes se abordó dos áreas fundamentales, la mental (apoyada en la cognoterapia y la ludoterapia) y la emocional (abarca la risoterapia, abrazoterapia y autoestima), las cuales fueron muy importantes en las sesiones que tuvieron una intervención directa desde la orientación, cuyo objetivo fue indagar necesidades afectivas que fueran indispensables de atender en las personas participantes a través de un reforzamiento ligado a la autoestima y el autoconocimiento.

En el curso, además, se intervino interdisciplinariamente desde la gerontología, mismo que visualiza la dimensión biopsicosocial de la persona adulta mayor y todas sus implicaciones, para así ofrecer una mejor atención integral requerida por el grupo que se tenía a cargo, pues todos tenían algún aspecto que fortalecer en sus vidas, ya sea la memoria o sus redes de apoyo. Para reforzar el párrafo actual es necesario mencionar lo que busca la gerontogogía que, según García (2007), es “promover el acceso al conocimiento de diversos campos del saber, apoyar la formación integral permanente y desarrollar los nuevos intereses” (pág. 55).

Desarrollo

La orientación como disciplina realiza intervención grupal desde cinco áreas de bienestar integral -físico, vocacional, emocional, ético-espiritual y social- para la prevención de problemas psicosociales y el bienestar del ser humano de todas las edades, en torno a lo que el Ministerio de Educación Pública (2010) agrega que

se promueve cinco aspectos para la prevención. Físico: Desarrollo de habilidades y destrezas psicomotoras, hábitos de higiene y alimentación. Vocacional: intereses, actitudes valores, toma de decisiones, elección vocacional, proyecto de vida y metas. Emocional: sentimientos y actitudes. Ético espiritual: valores personales, sociales, morales, laborales, religiosos y familiares. Social: desarrollo de habilidades para la comunicación, solidaridad, cooperación, respeto, tolerancia, organización y participación (p. 3).

En relación con lo anterior, el curso trató de abarcar algunas de esas áreas, procurando desarrollar un poco de cada una con diferentes intervenciones (por medio de cognoterapia, ludoterapia, risoterapia, abrazoterapia y autoestima), de modo que se convirtió en un complemento cognoemocional, lo cual quiere decir que mentalmente se respondía a estímulos de aprendizaje, en cuanto a memorización o repasos, que desataban mayormente sentimientos de felicidad en las personas adultas y adultas mayores. La palabra compuesta o el concepto cognoemocional es la derivación de una causa-efecto aplicada en la práctica de este curso, es decir, la estimulación cognitiva que llegó a generar una serie de emociones en las personas participantes.

Como parte de la promoción del bienestar, en el área vocacional se pretendió atender la autorrealización de las personas adultas y adultas mayores del curso de Terapias de Aprendizaje en Grupo: para lograrlo, se trabajó otros elementos

Corrales, I., et al. El aprendizaje cognomoemocional en un grupo de personas mayores individuales que surgieron en el grupo, tales como la autoestima, el manejo del estrés y la vivencia de la sexualidad y la afectividad. El poder satisfacer estas necesidades permite avanzar en el mejoramiento de la calidad de vida desde lo pequeño hasta lo más grande, por ello es que la autorrealización es un tema que engloba pequeñas necesidades detectadas en el grupo, las cuales se enmarcaron en ese gran tema.

En el curso se pretende generar bienestar por medio de la cognoterapia, abrazoterapia, ludoterapia y risoterapia; el acompañamiento de la disciplina de la orientación atiende los beneficios de crear en el grupo un apoyo que fomente las áreas sociales y emocionales que mejoran al practicar diversas técnicas. Además, en cada intervención grupal, por medio de talleres, se puso en práctica las terapias de aprendizaje mencionadas que, sin lugar a dudas, fue un tema primordial.

Para conocer acerca de los aspectos más relevantes por trabajar, surgidos a partir de las debilidades de las personas participantes, se aplicó algunos instrumentos de diagnóstico grupal (no validados, creados por la orientadora) durante las primeras sesiones de la clase, bajo conocimiento y autorización de cada participante: el primero correspondió a un cuestionario autoadministrado con preguntas cerradas—en su mayoría—y abiertas, mientras que el segundo fue una entrevista estructurada aplicada de forma individual, con preguntas abiertas de opinión y de expresión de sentimientos: ambos instrumentos abarcaron el área física, espiritual, emocional y social, cuyos resultados mostraron una necesidad de estimular la autoestima, temática abordada a través de algunos subtemas que se acompañaron de las terapias de aprendizaje en grupo.

Entre las respuestas de los instrumentos se conoció que las mismas personas adultas y adultas mayores participantes del curso manifestaban deseos de vivir una vejez satisfactoria, pero por algunas dificultades, identificadas desde la perspectiva profesional de la orientación, no lo lograban.

Uno de los primeros elementos que se intervino fue la autoestima, desarrollado a partir de lo establecido por De Mézerville (2005), quien especifica los componentes de la autoestima en los de tipo inferido: los internos (autoimagen, autovaloración y autoconfianza) y los de tipo observable, o sea, externos (autocontrol, autoafirmación, autorrealización). En cuanto a los componentes de la autoestima de tipo inferido, descritos como los elementos externos que antevienen en la autoestima, De Mézerville (2005) los define como autoimagen que “consiste en la capacidad de verse a sí, no mejor ni peor, sino como la persona que realmente es...se entiende como verse con claridad” (p. 29). También la autovaloración que “es apreciarse como una persona importante para sí y para los demás... la persona valora aquello positivo que ve” (p. 33), mientras que la autoconfianza es “creer que uno puede hacer bien distintas cosas y sentirse seguro de realizarlas... convicción interna de la propia capacidad” (p.36).

Mediante el desarrollo de los elementos mencionados, las personas adultas y adultas mayores fortalecieron su autoestima, con algunas actividades que propiciaron el autoconocimiento con el apoyo de los compañeros, de modo que se reforzaba la autovaloración mediante la abrazoterapia. En relación con lo anterior, una de las actividades realizadas fue describirse a sí mismos e identificar defectos y fortalezas con la actividad creada por la facilitadora llamada “Mi armadura de conocimiento” esta consiste en dividir una armadura de guerra en tres partes: el cuerpo, el escudo y las balas; posteriormente, en el cuerpo escriben cómo se definen como personas, mientras que en el escudo, indican tres fortalezas y en tres balas sus defectos: la idea es que en la medida en que se conocen aumenten las fortalezas y combatan los defectos para que los desechen.

En relación con lo anterior, al exponer lo descrito, era válido dejar algún espacio en blanco para completarlo con apoyo de los compañeros y compañeras del grupo. Respecto de la actividad, conlleva algunas resistencias; sin embargo, es necesario trabajar las emociones para combatir los temores de recibir un ataque o exponerse ante el grupo.

Otra de las necesidades detectadas fue el manejo del estrés en la vejez a causa de las relaciones sociales: en torno al tema, Tomae (2002) mencionando a Pfeiffer (1977) dice que “los altos niveles de estrés en la vejez se refieren al incremento de pérdidas de amigos y familiares, así como al decremento de estatus social y de funcionamiento físico y mental en la vejez” (p. 43); por ende, la intervención en este grupo se hizo desde técnicas de relajación que estimularan la concentración y disminuyera los niveles de ansiedad, de modo que se visualizara los mismos cambios entre un grupo de pares que vive en diferentes nivel de estrés.

Otro tema que surgió para la intervención fue la vivencia de la afectividad y la sexualidad de manera satisfactoria, ya que para las personas adultas y adultas mayores, la sexualidad es un tema tabú, pero del que necesitan conocer ya que crecieron en una época social en la que no tenían tanto acceso como en la actualidad; por otro lado, forma parte de los mitos que rodean la etapa de la vejez, por lo que surge una necesidad de hablar acerca del tema, máxime considerando que la sexualidad es parte de todo ser humano a lo largo de la vida, tal como señalan Cayo, Flores, Perea, Pizarro y Aracena (2003) al mencionar que

la sexualidad humana, reconocida como un fenómeno multidimensional, se inicia con la vida del individuo, desarrollándose a lo largo de la infancia y adolescencia, alcanzando su madurez y trascendencia durante la adultez y en

edades avanzadas. Esta solo desaparece cuando desaparece la vida, es decir, con la muerte y por ende, se constituye en un componente de nuestra personalidad, que forma un todo con nosotros mismos (p.2).

Al ser personas adultas y adultas mayores que por diferentes razones han dejado de lado la vivencia satisfactoria de la sexualidad por medio de la afectividad, al llegar al grupo y experimentar la abrazoterapia se muestran dificultades para disfrutar del ejercicio: para trabajar la comodidad a la hora de abrazar, se entregó una fotocopia con los tipos de abrazos de los que se explicó en qué consistían y su significado (por ejemplo un abrazo de oso que transmite cariño y protección); después, paulatinamente se procedió a establecer contacto humano, por ejemplo, al tocar un hombro o simplemente sostener una mano. Finalmente, la idea es que -por costumbre- dar un abrazo al llegar y al salir de salón de clases, con el fin de llegar a generar confianza entre los participantes y hacerles entender que no se le faltaba el respeto a nadie por dar o tener un poco de contacto físico sin malicias u obscenidades.

El aspecto cognitivo es de suma importancia porque permite estimular la mente ampliando las posibilidades de memorizar la información suficiente que se necesite recordar o para una eventual acción que se deba realizar; además, tiende a ligarse a las emociones por la interacción que se generan, así es como Puig (2012) afirma que “se ha demostrado que estudiar evita el aislamiento sociocultural y humano, permite un mayor contacto social y posibilita contar con el apoyo de otros. También se obtienen los beneficios asociados a incrementar el conocimiento y mantenerse activo intelectualmente” (p. 6).

En realidad los aspectos cognitivos y lúdicos estuvieron fuertemente vinculados, por decirlo de algún modo, uno llevó al otro, puesto que cuando se implementaron

ciertos juegos de memoria se estableció una conexión perfecta entre ambas estrategias, ya que se emplearon técnicas de memorización con imágenes que se proyectaban por un lapso corto y luego se debía relatar con detalle lo observado, responder preguntas sobre lo visualizado o solicitar una lista de objetos de alguna categoría en un límite de tiempo, de modo que se obliga al cerebro a trabajar bajo presión y recordar todo lo posible. En algunos casos, se desarrolló otros juegos como *stop* o colorear mandalas, cuyos beneficios son relajantes en términos mentales y terapéuticos para el manejo de la ansiedad.

Por otro lado, hubo juegos cooperativos en equipo para fortalecer los lazos afectivos de amistad y mantenerse atentos a los cambios en las reglas del juego, también aumentaban la confianza en sí y les permitían trabajar bajo presión dentro del equipo asignado, teniendo en cuenta al mismo tiempo que se trataba de un juego y que lo importante era disfrutar en conjunto sin buscar la agresiva competitividad que a veces se genera en ciertos juegos. Al respecto, uno de los juegos que liberó esa aura grupal positiva fue el de sostener una manta por los bordes con dos bolas de distinto color (una por equipo) adentro y mantenerlas así mientras se agitaban con vigor: la que cayera al suelo significaba un punto menos para un equipo.

Sobre la memoria y las emociones, Logatt (2016) señala que “durante toda nuestra existencia aprendemos infinidad de cosas, pero con el paso del tiempo solo algunas perdurarán en nuestros recuerdos, y la emocionalidad es la principal responsable de que esto suceda” (p. 6). En torno a las emociones, y recalcando el beneficio de una acción humana tan común como la risa, Castro (2016) establece que “parece estar relacionada con sentirnos y demostrar que somos parte de un grupo y con revelarles a los otros cuánto nos agradan” (p. 12).

Algunas de las estrategias que se implementaron para estimular la risa fueron relatar historias vivenciales graciosas para reírse con y no de los demás, contar cuentos que produjeran risa usando la imaginación, recordar *bombas* o *chiles* que ocasionaran demasiada diversión y reproducir videos graciosos que despertaran el buen sentido del humor de toda la clase; además, se empleó técnicas propias del yoga de la risa como realizar ejercicios de relajación que contribuyeran a la elasticidad del diafragma, llenar globos con soplos continuos y prolongados para fortalecer los pulmones, recostar de espaldas a cada participante en una superficie plana con el fin de que produjera carcajadas de manera sostenida y contener el máximo de tiempo posible una sonrisa en el rostro que diera una sensación de bienestar emocional, sin necesidad de fingir, pues se debía de recordar algo gracioso para poder contenerla.

Lo anterior pone en manifiesto que las sesiones en grupo como las reuniones son fundamentales para el buen desarrollo social, dado que permiten a las personas compartir y sentirse emocionalmente plenas, pues reír permite crear una conexión humana que produce, inclusive, un bienestar bioquímico en el cuerpo.

Conclusiones

Entre los resultados del curso, se obtuvo un fortalecimiento afectivo entre las personas adultas y adultas mayores participantes, sus lazos de amistad se han mantenido fuertemente vinculados. De hecho, el curso se reabrió en el segundo semestre de 2017 (después de que se mantuvo inactivo durante el primer semestre), pero esta vez con modalidad de club e ingresaron nuevos estudiantes que han encontrado en este espacio una razón más para seguir mejorando afecto-cognitivamente.

Otro de los aspectos destacados fue la facilidad de palabra que se generó en más de un participante, ya que antes de iniciar tenían algo de temor a expresarse, quizás por su personalidad tímida o deseos de no opinar sobre algún tema que les parecía que los superaba; sin embargo, con el tiempo fueron tomando mayor confianza y como resultado se obtuvo una notable extroversión, sin olvidar el respeto entre los miembros del grupo.

Las personas adultas y adultas mayores aprendieron a intensificar la aceptación de sí, por ende, los niveles de autorrealización y autoestima se evidenciaron con más fuerza en el desarrollo de cada sesión del curso de TAG. El proceso de aprendizaje fue paulatino, pero confiable, y promovió un sentido más profundo de la autoconfianza y la autovaloración en las personas participantes.

Se trató de impartir todas aquellas técnicas que estimularan en la persona adulta y adulta mayor sus capacidades naturales de una forma dinámica y acertada, máxime considerando que con el paso de los años a veces se tiende a bajar el ritmo de vida que permite mantener activos la mente y el corazón como parte de las emociones que se deben sentir en cualquier momento: lo anterior es confirmado por Gutiérrez (2015), quien explica que “actividades intelectuales como leer, solucionar problemas matemático o crucigramas, jugar ajedrez, o juegos de memoria, y usar la computadora, entre otras, aumentan la reserva cognitiva (es decir, la capacidad que tiene la persona para resolver retos de memoria)” (párr. 9); por ende, ampliar los horizontes del conocimiento y de las emociones en una persona adulta o adulta mayor es una tarea sumamente satisfactoria que nos hace pensar que todo vale la pena por el bien común de un grupo que busca crecer, sobre todo partiendo de que no hay mejor pago que la gratitud de una persona.

Referencias

- Castro, M. (2016). *La risa es beneficiosa para todo nuestro organismo y fundamental en nuestra vida social*. Recuperado de http://www.upla.cl/inclusion/wp-content/uploads/2016/05/Descubriendo_el_cerebro_y_la_mente_n83.pdf
- Cayo, G., Flores, E., Perea, X., Pizarro, M. y Aracena, A. (2003). Ponencia presentada en el simposio viejos y viejas participación, ciudadanía e inclusión social, 51 congreso internacional de americanistas. *La sexualidad en la tercera edad y su relación con el bienestar subjetivo*. Recuperado de http://ccp.ucr.ac.cr/creles/pdf_respaldo_27-05-14/demog020_cayorios.PDF
- De Mézerville, G. (2005). *Ejes de la salud mental. Los procesos de autoestima, dar y recibir afecto y adaptación al estrés*. Editorial: Trillas. México.
- García, N. (2007). La educación con personas mayores en una sociedad que envejece. *Horizontes Educativos*, vol. 12(2), págs. 51-62. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/979/97917592006.pdf>
- Gutiérrez, R. (2015). *Deterioro cognitivo en adultos mayores*. Recuperado de <https://www.eluniversal.com.mx/articulo/cultura/letras/2015/07/24/deterioro-cognitivo-en-adultos-mayores>
- Logatt, C. A. (2016). *¿Cómo influyen las emociones en el aprendizaje?* Recuperado de http://www.upla.cl/inclusion/wp-content/uploads/2016/05/Descubriendo_el_cerebro_y_la_mente_n83.pdf
- Ministerio de Educación Pública (2010). *Segundo grado*. Recuperado de <https://mep.janium.net/janium/Documentos/10524.pdf>
- Puig, X. (2012). *Estimulación Cognitiva*. Recuperado de http://adulmayor.uc.cl/docs/Estimulacion_Cognitiva.pdf
- Tomae, H. (2002). Haciéndole frente al estrés en la vejez. *Revista Latinoamericana de Psicología*, vol. 34(1), págs. 42-54. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/805/80534204.pdf>

Artículo recibido: 17 Octubre, 2017
Artículo aprobado: 31 Diciembre, 2018

CURRÍCULOS DE AUTORES/AUTORAS

RAÚL ÁLVAREZ PÉREZ

ralvper@upo.es

Diplomado en Trabajo Social y Licenciado en Sociología. Máster oficial en Problemas Sociales y Máster en Gerontología. Profesor colaborador de la Universidad Pablo de Olavide finalizando su tesis doctoral sobre “La participación política de las personas mayores en España a lo largo de la democracia”. Actualmente trabaja en el desarrollo de diversas líneas de investigación destacando sobre todo “Dependencia de las personas mayores y medio rural”, “Mujeres, cárceles y drogodependencias” y “Protesta, aprendizajes y cambio político”. Además, participa habitualmente en programas de formación públicos y privados para personas mayores y personal técnico. Posee numerosas publicaciones sobre Personas Mayores, Dependencia y medio rural, participación política. España

JOSÉ ARNAY PUERTA

jarnay@ull.edu.es

Doctor en Pedagogía por la Universidad de La Laguna, profesor titular del Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación de Facultad de Ciencias de la Salud, Sección de Psicología y Director académico de los Estudios Universitarios para Personas Adultas y Mayores, autor de varios artículos relacionados con la educación de personas adultas. España

MAURICIO BLANCO MOLINA

mauricioblanco.molina@gmail.com

Licenciado en Psicología, por la Universidad de Iberoamérica, Máster en Gerontología y Máster en Investigación Psicológica, por la Universidad de Costa Rica. Profesor Asociado en Psicología de la Escuela de Psicología, Universidad Nacional de Costa Rica desde el 2013, profesor de la Maestría en Gerontología, docente de la Carrera de Psicología y posgrados en Psicología, Universidad de Costa Rica desde el 2011. Docente de la Facultad de Psicología, Universidad de Iberoamérica desde el 2011. Asesor en Política Nacional de Envejecimiento Saludable, Ministerio de Salud, Costa Rica y de Consejo Nacional de Rectores-CONARE en temas de Vejez y Envejecimiento. Investigador en temas de envejecimiento activo y aprendizaje a lo largo de la vida, en la Escuela de Psicología, Universidad Nacional de Costa Rica. Actualmente realiza su tesis doctoral sobre Envejecimiento Activo en la Facultad de Psicología, Universidad de Valencia, España. Editor de Revista Anales en Gerontología, Universidad de Costa Rica. Revisor de diversas revistas en temas de psicología y envejecimiento a nivel Latinoamericano. Costa Rica.



CRISTINA BUEDO-GUIRADO

cbuedog@gmail.com

Educadora social y está postgraduada con un Magíster en Gerontología, Dependencia y Protección de los mayores por la Universidad de Granada. Ha sido comunicadora en el último “Congreso Nacional en Geriatria y Gerontología” de España en 2016 y ponente en las “I Jornadas de Cambios Sociales y Envejecimiento Activo” por la Universidad de Granada en el mismo año. España.

ISMAEL CORRALES CAMACHO

ismael.corrales.camacho@una.cr

Máster en Gerontología Multidisciplinaria Psicosocial de la Universidad Católica de Costa Rica. Encargado del Proyecto Una Zona Azul del Programa de Atención Integral de la Persona Adulta Mayor (PAIPAM) en el Centro de Estudios Generales de la Universidad Nacional de Costa Rica (UNA). Costa Rica

INMACULADA FERNÁNDEZ ESTEBAN

mesteban@ull.edu.es

Doctora en Educación por la Universidad de La Laguna, Coordinadora de los Estudios Universitarios para Personas Adultas y Mayores dependiente del Vicerrectorado de Relaciones con la Sociedad de la Universidad de La Laguna y autora en los últimos años de varios artículos relacionadas con la educación de personas adultas. España.

MARÍA ANTONIA GOMILA GRAU

Universitat de les Illes Balears. Departamento de Pedagogía i Didácticas Específicas. Palma (Illes Balears). España.

OSVALDO J. HERNÁNDEZ SOTO

ojhsui@gmail.com

Doctorado en Educación, Maestrías Postdoctorado en Salud Publica y Gerontología Social. Universidad Interamericana de Puerto Rico, Recinto de Ciencias Médicas y Universidad de Barcelona. Catedrático en la Universidad Interamericana de Puerto Rico, Puerto Rico.

MARÍA JIMÉNEZ-MARTÍ

mariajimenezmarti@gmail.com

Educadora social (1997-2001), Master en Psicopedagogía (2014-2017) y Máster en Atención Sociosanitaria a la Dependencia (2010-2011). Es directora de una Residencia de Personas Mayores de Savia desde el 2007. Es profesora externa del Master de Atención Sociosanitaria a la Dependencia desde el 2012. Experta en solidaridad intergeneracional. Actualmente realiza su tesis doctoral sobre Envejecimiento Activo y Lifelong Learning. España.

JAVIER ESTEBAN MARRERO ACOSTA

jmarrero@ull.edu.es

Catedrático del Departamento de Didáctica e Investigación Educativa de la Facultad de Educación. Universidad de La Laguna. Profesor de este departamento y de los Estudios Universitarios para Personas Adultas y Mayores, investigador principal en varios proyectos de convocatoria nacional y autor de varios artículos relacionados con la educación de personas adultas. España.

CARMEN ORTE SOCÍAS

Universitat de les Illes Balears. Departamento de Pedagogía i Didácticas Específicas. Palma (Illes Balears). España.

BELÉN PASCUAL BARRIO

belen.pascual@uib.es

Universitat de les Illes Balears. Departamento de Pedagogía i Didácticas Específicas. Palma (Illes Balears). España.

SACRAMENTO PINAZO-HERNÁNDIS

Sacramento.Pinazo@uv.es

Doctora en Psicología, Universidad de Valencia. Licenciada en Ciencias de la Educación, Universidad de Valencia. Máster en Psicología Comunitaria, Universidad de Valencia. Profesora Titular de Facultad de Psicología, Departamento de Psicología Social. Cap d'Iniciatives del Vicerectorat del Participació i Projecció Territorial. Miembro electo del Consell Editorial de la Universidad de Valencia. Directora del Máster en Atención Sociosanitaria a la Dependencia, Universidad de Valencia. Coordinadora de la unidad Académica 'Envejecimiento Activo y Relaciones Intergeneracionales' del Centro Internacional de Gandía de la Universitat de Valencia. Miembro de la Red Intergeneracional del IMSERSO. Miembro de Comités Editoriales de varias revistas especializadas en temas de vejez e envejecimiento. Directora del

Programa Universitario para Mayores de 55 años La Nau Gran, y Directora del Programa Universitario para Mayores de 55 años de la Universidad de Valencia. Presidenta de la Sociedad Valenciana de Geriatria y Gerontología, y Vicepresidenta en Gerontología de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. España.

ROSARIO POZO GORDALIZA

Universitat de les Illes Balears. Departamento de Pedagogía i Didácticas Específicas. Palma (Illes Balears). España.

FARAH A. RAMÍREZ-MARRERO

farah.ramirez1@upr.edu

Doctorado en Fisiología del Ejercicio, Postdoctorado en Investigación Clínica. Universidad del Estado de Ohio, Columbus, OH, USA; Universidad de Puerto Rico Recinto de Ciencias Médicas y Clínica Mayo en Rochester, MN, USA. Puerto Rico.

LAURA RUBIO

lrubio@ujaen.es

Doctora en Gerontología Social por la Universidad de Granada, Licenciatura en Biología y Psicología por la misma universidad. Actualmente en profesora en el Departamento de Psicología de la Universidad de Jaén, España. Ha publicado numerosos artículos nacionales e internacionales y capítulos de libro en relación a factores emocionales en el envejecimiento, así como participado en más de 30 congresos relacionados con la gerontología. España

YURI SÁNCHEZ CALDERÓN

s.calderon.yu@gmail.com

Finaliza la tesis de licenciatura en Orientación de la Universidad Nacional de Costa Rica (UNA). Estudiante asistente del Programa de Atención Integral de la Persona Adulta Mayor (PAIPAM) apoyando con talleres de sensibilización a distintos grupos municipales y estudiantiles. Costa Rica

FRANCISCO J. SANCHEZ-SANCHEZ

Francisco.J.Sanchez@uv.es

Profesor asociado en el Departamento de Psicología Social de la Universidad de Valencia, España. Imparte clases en las Facultades de Psicología y Ciencias Sociales, y en el Programa de Mayores de 50 años de La Nau Gran. Licenciado en Psicología, Master y Doctor en Atención Sociosanitaria a la Dependencia por la Universidad de Valencia y Master en Dirección y Gestión de Recursos Humanos por la Universidad de Navarra. España.

LINDA SIGÜENZA QUINTANILLA

prettyhope29@gmail.com

Licenciada en Promoción de la Salud, título obtenido en la Universidad de Costa Rica. Costa Rica

MANUELA TORREGOSA-RUIZ

manuela.torregrosa.ruiz@gmail.com

Licenciada en Psicología desde el 2011. Realizó el Máster en Atención Sociosanitaria a la Dependencia en la Universidad de Valencia (2011-2012) con premio extraordinario al mejor expediente académico. Con especialización experiencia en personas mayores y con diversidad funcional y dependencia. Experta en envejecimiento activo. Ha participado en diversos cursos y jornadas y Congresos. Actualmente está realizando su tesis doctoral sobre envejecimiento activo en la Universidad de Valencia, España.

ADRIANA VARGAS ALVARADO

adri.vargas05@gmail.com

Licenciada en Promoción de la Salud, título obtenido en la Universidad de Costa Rica. Costa Rica.

MARGALIDA VIVES BARCELÓ

Universitat de les Illes Balears. Departamento de Pedagogía i Didácticas Específicas. Palma (Illes Balears). España.

REVISORES / AS- REVIEWERS

- Marlene Agüero Arce, Escuela de Enfermería, Universidad de Costa Rica, Costa Rica.
- Noelia Alfaro Vargas, Máster en Gerontología, Costa Rica.
- Fanny Arce Hernández, Magíster Scientiae en Gerontología, Costa Rica.
- Irma Arguedas Negrini, Escuela de Orientación y Educación Especial, Universidad de Costa Rica, Costa Rica.
- Carlos Ballesteros Umaña, Escuela de Educación Física, Universidad de Costa Rica, Costa Rica.
- Hazel Carvajal Valerio, Junta de Pensiones y Jubilaciones del Magisterio Nacional, Costa Rica.
- Ara Mercedes Cerquera Córdoba, Doctorado en Ciencias Psicológicas Universidad Pontificia Bolivariana, Bucaramanga Colombia.
- Marjorie Chavarría Vásquez, Magíster en Gerontología, Costa Rica.
- Beatriz del Carmen Chávez Reátegui, Especialista Periodoncia, Perú.
- Carmen Frías Quesada, Profesora Pensionada UCR, Costa Rica
- Carolina Garcés Estrada, Universidad Arturo Prat, Argentina
- Blanca López La Vera, Pontificia Universidad Católica del Perú, Perú.
- María de la Luz Martínez Maldonado, Universidad Autónoma de México, México
- Alejandrina Mata Segreda, Universidad de Costa Rica, Costa Rica.
- Miguel Ángel Maroto, Universidad a Distancia de Madrid, España.
- Elsa Méndez González, Universidad de Costa Rica, Costa Rica.
- Manuel Nevado, Licenciado en Psicología Clínica, Doctor en Ciencias de la Salud, España.

REVISORES / AS- REVIEWERS

- Karen Padilla Fallas, Magíster Scientae en Gerontología, Costa Rica.
- Fernando Quintanar Olguín, Programa de Psicología del Envejecimiento en la Clínica Universitaria de la Salud Integral Iztacala de la UNAM, México.
- Pedro Ruiz Montero, Universidad Internacional de la Rioja, España
- Nadia Dumara Ruiz Silveira, Pontifica Universidad Católica de Sao Pablo, Brasil
- Mónica Salazar Villanea, Instituto de Investigaciones Psicológicas, Universidad de Costa Rica, Costa Rica.
- Patricia Sedó Masís, Universidad de Costa Rica, Costa Rica.
- Olga Solano Soto, Universidad de Costa Rica, Costa Rica.
- Norma Tamer, Doctora en Educación, Argentina
- Eduardo Triana Álvarez, Centro Gerontológico Colón, Cuba.
- Marissa Vivaldo Martínez, Unidad Gestión para el Desarrollo Institucional, Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, México.
- Luisa Villanueva Salazar, Universidad de Costa Rica, Costa Rica.
- Graciela Zarebski, Doctorado en Investigación Gerontológica, Universidad Maimónides, Argentina.

Manuscritos Evaluados: -23-

Manuscritos Rechazados: -6-

Artículos Publicado: -8-