

UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ DE ELCHE

DEPARTAMENTO DE CIENCIAS JURÍDICAS



**CALIDAD DE VIDA Y PARTICIPACIÓN SOCIAL DE
LOS MAYORES DE LAS AULAS UNIVERSITARIAS
DE LA EXPERIENCIA DE LA UNIVERSIDAD
MIGUEL HERNÁNDEZ DE ELCHE**

TESIS DOCTORAL

Doctoranda: Dña. M^a Carmen Segura Cuenca

Directora de Tesis: Dra. Dña. Esther Sitges Maciá

Programa de doctorado: DERECHO, POLÍTICA Y JUSTICIA





**CALIDAD DE VIDA Y PARTICIPACIÓN
SOCIAL DE LOS MAYORES DE LAS
AULAS UNIVERSITARIAS DE LA
EXPERIENCIA DE LA UNIVERSIDAD
MIGUEL HERNÁNDEZ DE ELCHE**

Tesis Doctoral

Realizada por

María del Carmen Segura Cuenca

Para la obtención del título de Doctora por la Universidad
Miguel Hernández de Elche.

Dirigida por:

Dra. Esther Sitges Maciá

Elche, Septiembre 2015



ÍNDICE

Introducción.....	19
--------------------------	-----------

Bloque I

Capítulo 1. EL ENVEJECIMIENTO POBLACIONAL.....	23
---	-----------

1.1. Marco normativo, político y social del envejecimiento.....	26
--	-----------

1.1.1. Marco normativo, político y social del envejecimiento en Europa.....	34
---	----

1.1.2. Marco normativo, político y social del envejecimiento en España.....	36
---	----

1.2. Demografía del Envejecimiento.....	43
--	-----------

1.2.1. Indicadores sociodemográficos	43
--	----

1.2.2. El envejecimiento de la población	48
--	----

1.2.3. El envejecimiento en España	55
--	----

Capítulo 2. CONCEPTUALIZACIÓN DEL ENVEJECIMIENTO	63
---	-----------

2.1. El estudio del envejecimiento: Gerontología vs. Geriatria.....	64
--	-----------

2.2. Definición de envejecimiento	70
--	-----------

2.3. Perspectiva biológica del envejecimiento.....	75
---	-----------

2.4. Perspectiva psicológica del envejecimiento	80
--	-----------

2.5. Perspectiva social del envejecimiento.....	92
--	-----------

2.6. Teorías psicosociales del envejecimiento	95
--	-----------

2.6.1. Teoría de la Actividad	95
-------------------------------------	----

2.6.2. Teoría de la Desvinculación	97
--	----

2.6.3. Teoría de los Roles	99
----------------------------------	----

2.6.4. Teoría de la Subcultura	101
--------------------------------------	-----

2.6.5. Teoría de la Continuidad	102
---------------------------------------	-----

2.6.6. Teoría de la Selectividad Socioemocional	105
2.6.7. Teoría de la Modernización	106
2.6.8. Teoría del Intercambio en la Vejez.....	107
Capítulo 3. ENVEJECIMIENTO ACTIVO Y CALIDAD DE VIDA	111
3.1. El Envejecimiento Activo	112
3.1.1. Evolución histórica	112
3.1.2. Análisis de su conceptualización	117
3.2. La Calidad de Vida	122
3.2.1. Concepto de Calidad de Vida	122
3.2.2. Calidad de Vida y su relación con la salud	126
3.2.3. Calidad de Vida y envejecimiento	130
Capítulo 4. PARTICIPACIÓN SOCIAL Y ENVEJECIMIENTO	132
4.1. Evolución de la “Participación Social”	133
4.2. Participación Social vs. Participación Política	137
4.3. La Participación Social y la Calidad de Vida en el Envejecimiento.....	139
4.4. Marco normativo de la Participación Social de los Mayores.....	145
Capítulo 5. LA FORMACIÓN PARA MAYORES	157
5.1. El aprendizaje a lo largo del ciclo vital	158
5.2. La formación para mayores.....	162
5.3. Los Programas Universitarios para Mayores en España.....	167
5.2.1. Estudios de los PUMS	174
5.4. El Programa de las Aulas Universitarias de la Experiencia de la UMH	179

Bloque II

Capítulo 6. OBJETIVO E HIPÓTESIS	185
6.1. Definición del problema de la investigación	186
6.2. Objetivos	187
6.3. Hipótesis.....	188
Capítulo 7. MÉTODO	189
7.1. Muestra	190
7.2. Datos sociodemográficos de la muestra	191
7.3. Instrumentos	195
7.4. Procedimiento	200
7.5. Análisis estadísticos.....	201
Capítulo 8. RESULTADOS	203
8.1. Análisis estadísticos descriptivos de las diferentes variables	204
8.1.1. Calidad de Vida	204
8.1.2. Participación Social	223
8.2. Análisis estadísticos para el contraste de la hipótesis	236
8.2.1. Análisis de la relación entre Calidad de Vida y variables sociodemográficas.....	236
8.2.2. Análisis de la relación entre Participación Social y variables sociodemográficas.....	240
8.2.3. Análisis de la relación entre Calidad de Vida y Participación Social	241

Bloque III

Capítulo 9. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	243
Bibliografía.....	253
Anexo I.....	281



Gráficos

Gráfico 1. Población de 65 y más años en la UE, 2013.....	51
Gráfico 2. Población según sexo y edad, España 2014.....	58
Gráfico 3. Personas en España de más de 65 o más años según convivencia en 2011	60
Gráfico 4. Personas mayores de 65 años que viven solas distinguiendo por sexo, 2011	61
Gráfico 5. Características de la muestra respecto al género	193
Gráfico 6. Características de la muestra respecto a la edad	193
Gráfico 7. Características de la muestra respecto al estado civil	194
Gráfico 8. Características de la muestra respecto a la convivencia	194
Gráfico 9. Características de la muestra respecto al nivel de estudios.....	195
Gráfico 10. Puntuaciones medias de Calidad de Vida con y sin pareja.....	206
Gráfico 11. Bienestar físico total	208
Gráfico 12. Bienestar físico y género	209
Gráfico 13. Bienestar físico y edad	209
Gráfico 14. Bienestar físico y convivencia.....	210
Gráfico 15. Satisfacción General total.....	212
Gráfico 16. Satisfacción General y género	212
Gráfico 17. Satisfacción General y edad	213
Gráfico 18. Satisfacción General y convivencia.....	213
Gráfico 19. Apoyo Social con pareja total.....	215
Gráfico 20. Apoyo Social con pareja y género.....	215
Gráfico 21. Apoyo Social con pareja edad	216
Gráfico 22. Apoyo Social sin pareja total.....	218
Gráfico 23. Apoyo Social sin pareja y género	218
Gráfico 24. Apoyo Social sin pareja y edad	219
Gráfico 25. Apoyo Social sin pareja y convivencia.....	219
Gráfico 26. Ausencia de sobrecarga laboral y tiempo libre total.....	221
Gráfico 27. Ausencia de sobrecarga laboral y tiempo libre y género	222

Gráfico 28. Ausencia de sobrecarga laboral y tiempo libre y edad	222
Gráfico 29. Ausencia de sobrecarga laboral y tiempo libre y convivencia.....	223
Gráfico 30. Participación Social total.....	226
Gráfico 31. Participación Social y género	226
Gráfico 32. Participación Social y edad	227
Gráfico 33. Participación Social y convivencia.....	227
Gráfico 34. Tipo de Participación Social	229
Gráfico 35. Motivación Participación Social.....	230
Gráfico 36. Nivel de Participación Social en voluntariado.....	232
Gráfico 37. Voluntariado y género	233
Gráfico 38. Voluntariado y edad	234
Gráfico 39. Voluntariado y convivencia.....	235

Tablas

Tabla 1. Esperanza de vida al nacer y a los 65 años en distintos países europeos, 2012	53
Tabla 2. Edad cronológica, edad prospectiva y edad subjetiva. España, 2013 y 2050	56
Tabla 3. Clasificación de las diferentes teorías de envejecimiento.....	76
Tabla 4. Datos sociodemográficos de la muestra.....	192
Tabla 5. Cuestionario de Ruiz y Baca (CCV) adaptado	198
Tabla 6. Calidad de Vida con pareja.....	205
Tabla 7. Calidad de Vida sin pareja.....	206
Tabla 8. Datos dimensión Bienestar físico/psíquico	208
Tabla 9. Datos dimensión Satisfacción General	211
Tabla 10. Datos dimensión Apoyo Social con pareja	214
Tabla 11. Datos dimensión Apoyo Social sin pareja	217
Tabla 12. Datos dimensión Ausencia de sobrecarga laboral y tiempo libre	221
Tabla 13. Participación Social de la muestra	224
Tabla 14. Participación Social y género	224

Tabla 15. Participación Social y edad	225
Tabla 16. Participación Social y convivencia	226
Tabla 17. Tipo de Participación Social	228
Tabla 18. Motivación de la Participación Social	230
Tabla 19. Voluntariado. Si/No	231
Tabla 20. Voluntariado y género	233
Tabla 21. Voluntariado y edad	234
Tabla 22. Voluntariado y convivencia	235
Tabla 23. Comprobación de supuestos de normalidad e independencia para CCV	236
Tabla 24. T-Student. Calidad de Vida total con pareja	237
Tabla 25. T-Student. Calidad de Vida total sin pareja	238
Tabla 26. T-Student. Apoyo Social sin pareja	239
Tabla 27. T-Student. Ausencia de Sobrecarga laboral y tiempo libre	240

Figuras

Figura 1. Esperanza de vida (años)	48
Figura 2. Porcentaje de personas con 60 o más años en el mundo	55
Figura 3. Distribución por comunidades autónomas pertenecientes a la AEPUM con PUMS y alumnos matriculados	173
Figura 4. Evolución del número de Universidades y total de alumnos matriculados en PUMS socios de la AEPUM.....	174
Figura 5. Evolución nivel de estudios personas mayores de 65 y más años, 1970-2011	175



HOJA RESERVADA PARA EL VISTO BUENO DEL
DEPARTAMENTO





HOJA RESERVADA PARA EL VISTO BUENO DE LA
DIRECTORA DE TESIS





Agradecimientos

A Inés y Quique

Quiero agradecer especialmente a la Prof. Esther Sitges Maciá, por su dedicación y por haber permitido que haga realidad mi pasión por la investigación, por haber confiado en mi desde el primer momento y por permitir que conociera a la gran persona que hay detrás de la Profesora e investigadora.

Al Prof. Jesús Rodríguez Marín, por ayudarme a creer en mí, por sus explicaciones y por todo el respeto y admiración que le profeso.

A las Profesoras Beatriz Bonete y Rebeca Bautista, así como a todo el equipo por su generosidad, cariño y ayuda constante.

A mis padres por brindarme la generosidad de seguir estudiando, y en especial a mi madre por su apoyo incondicional. A mis hermanas por estar siempre a mi lado. A mis abuelos, y en especial a mi abuelo quien nos inculcó el valor de la formación a lo largo de la vida.

Y a Enrique, por su infinita comprensión y paciencia.



INTRODUCCIÓN

Es importante comenzar la exposición de un trabajo de investigación como el que conforma esta tesis intentando definir de la manera más precisa y rigurosa la forma en la que hemos delimitado y derivado nuestro objeto de estudio. Y es que ha sido una tarea difícil deslindar el afán investigador y los límites del propio trabajo, pues el tema me ha atrapado de tal manera, atándome a su realidad, que me ha llevado a plantearme preguntas sobre nuestra propia realidad como seres humanos y teniendo que volver a centrarme, en más de una ocasión, siguiendo la ortodoxia que marca la realización de una tesis doctoral y el espacio temporal establecido para la realización de la misma.

Día a día vamos envejeciendo, aprendiendo de nuestros mayores, y deseamos que este proceso se viva en las mejores condiciones de salud; las previsiones al respecto son cada vez más optimistas. Nuestros mayores son un sector de la población cada vez más numeroso y es fiel reflejo de la sociedad en que vivimos. Tradicionalmente, se ha estudiado a la vejez negativamente, asociada a deterioro y como un paso previo a la muerte¹. Es más, a raíz de la crisis económica mundial que comenzó en 2008, son numerosos los

¹ Por ejemplo, para Rowe (1997) el envejecimiento es el periodo de declinación fisiológica en el proceso de desarrollo del individuo, que culmina con la muerte.

planteamientos que abordan el envejecimiento como un problema de difícil solución. Sin embargo, hay una corriente de investigación, prácticamente reciente en la cual se considera a los mayores como fuente de sabiduría y experiencia, y que les presenta como un colectivo que tiene todavía por delante 15, 20 o incluso más años de vida sin enfermedades discapacitantes. Y es a partir de aquí, cuando surge el interés por el estudio del envejecimiento desde una perspectiva positiva, teniendo en cuenta que este colectivo desea seguir siendo parte activa y vital de la sociedad con una participación real y efectiva, en primer lugar porque lo es y en segundo lugar porque puede hacerlo.

El presente trabajo de investigación, aspira a profundizar en el debate sobre el envejecimiento en España, desde una perspectiva política y psico-social. Para lo cual, el estudio se divide en tres bloques. El primero aporta una visión amplia sobre el marco teórico del envejecimiento, a través de un resumen del contexto normativo, político y social de este, y la importancia de “la idea de que la persona humana debe ser el centro necesario del pensamiento político y social” (Bastos, 2006), además, se fundamenta en la evolución demográfica de los mayores a nivel tanto nacional como internacional. Este bloque intenta resumir y explicar, mediante una revisión histórica, los estudios sobre envejecimiento desde las perspectivas biológicas y psicosociales, el cambio en su

estudio hacia una visión positiva de la vejez con el surgimiento del denominado “envejecimiento activo o saludable”.

En este sentido, se pone de relieve la importancia que guarda con la calidad de vida, teniendo en cuenta que “la calidad de vida es un constructo de gran complejidad compuesto por diferentes dimensiones y dominios, con lo que conlleva una difícil definición operacional” (Rodríguez-Marín, 2001). Asimismo, esta concepción está íntimamente ligada a la “participación social” como sujetos políticos. Y todo ello, relacionado con los beneficios que se derivan de la participación de los mayores en los Programas Universitarios para Mayores, haciendo especial hincapié en el programa específico de la Universidad Miguel Hernández de Elche, denominado Aulas Universitarias de la Experiencia (AUNEX).

El segundo bloque, está constituido por las hipótesis de trabajo y los objetivos planteados, el método, los instrumentos utilizados y los resultados obtenidos a lo largo de esta investigación.

Por último, el tercer bloque incluye la discusión de los resultados y las conclusiones a las que llegamos, así como las propuestas futuras de las líneas a desarrollar en nuestras investigaciones sobre envejecimiento y las limitaciones de nuestros resultados.



BLOQUE I

Capítulo 1.

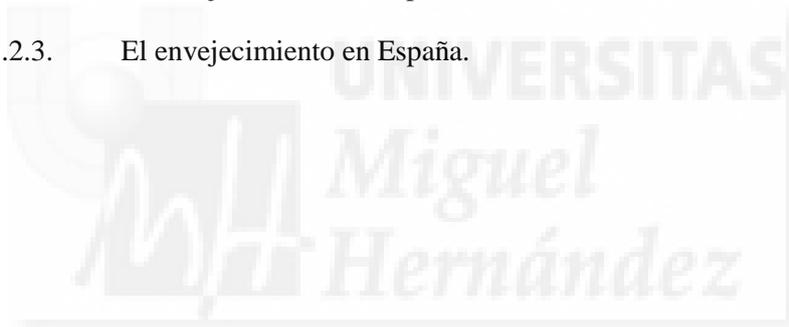
EL ENVEJECIMIENTO POBLACIONAL.

1.1. Marco normativo, político y social del envejecimiento.

- 1.1.1. Marco normativo, político y social del envejecimiento en Europa.
- 1.1.2. Marco normativo, político y social del envejecimiento en España.

1.2. Demografía del Envejecimiento.

- 1.2.1. Indicadores sociodemográficos.
- 1.2.2. El envejecimiento de la población.
- 1.2.3. El envejecimiento en España.



Capítulo 1.

EL ENVEJECIMIENTO POBLACIONAL.

Es ya clásica la aseveración que desde mediados del siglo pasado asistimos a un espectacular aumento de las expectativas de vida y del consiguiente envejecimiento de la población mundial. Y es que el rápido envejecimiento de la población y el constante aumento de la longevidad humana, representan una de las mayores transformaciones sociales, culturales, económicas y políticas de nuestra época, especialmente en los países desarrollados², y como consecuencia de esto, el envejecimiento de la población se ha convertido en uno de los desafíos más importantes de las sociedades modernas. Como afirmaba Juárez (1997) a finales de los años 90 del pasado siglo,

“el envejecimiento de la población constituye un fenómeno sociopolítico nuevo que preocupa a las sociedades desarrolladas” (Juárez, 1997: 447).

Desde siempre, la aspiración de una larga vida ha sido el deseo de todo ser humano, independientemente de la época y la cultura (Fong, 2006). En la actualidad, es innegable que los avances científico-técnicos han hecho posible que ya podamos

² La evidencia empírica y los diversos estudios existentes muestra que la vejez de hoy, mucho más longeva, adquiere una significación socio-temporal distinta, con una importante distancia entre la ancianidad (o adultez mayor) y la muerte, conformando una última etapa de la vida mucho más compleja y multiforme (Neugarten, 1999).

afirmar que la duración máxima de la vida pueda estar en torno a los 120 años (Fries y Crapo, 1981; Olshansky; Carnes y Desesquelles, 2001).

Durante las últimas décadas del siglo XX ha sido cuando se ha desarrollado el llamado “nuevo paradigma” en el campo de la investigación sobre envejecimiento, surgiendo como un reto de estudio multidisciplinar que analiza el envejecimiento humano desde diferentes áreas tan aparentemente dispares como la política, la económica, la biológica, o la psicológica, entre otras. Asimismo, y en un sentido amplio, la gerontología se ha convertido “en la ciencia que estudia la vejez desde una visión positiva y no simplemente como la última etapa de vida del ser humano” (Fernández-Ballesteros, 2009: 26).

En el presente trabajo analizamos el proceso del envejecimiento desde una perspectiva psicosocial teniendo en cuenta el impacto de las necesidades de la población mayor y por ende, de los recursos necesarios para crear el marco que garantice, más adecuadamente, una buena calidad de vida de vida y su integración activa en un nuevo orden social.

1.1. Marco normativo, político y social del envejecimiento.

Es evidente que el envejecimiento de la población mundial se ha convertido en un fenómeno global, y por tanto su abordaje y estudio necesitan también de actuaciones y políticas globales que den una respuesta efectiva a este nuevo reto social. No fue hasta 1948 cuando se plantea que las políticas de protección de las personas de edad avanzada han de ser diseñadas a nivel mundial. En ese año, la Asamblea General de la ONU comenzó a desarrollar una serie de medidas dirigidas a la población mayor a raíz de la presentación por parte de Argentina de un proyecto denominado “Declaración de los Derechos de la Ancianidad”. Lamentablemente nunca llegó a convertirse en documento oficial. Posteriormente, en 1969, se produjo otro intento de institucionalizar los derechos de los mayores, siendo Malta quien solicitó a la Asamblea General de la ONU que incluyera en su programa un tema titulado “Cuestión de las personas de edad y de los ancianos”, pero tampoco en esta segunda ocasión se llegó a materializar un documento marco con propuestas concretas.

No fue hasta 1978 cuando la ONU aprobó la realización de una Asamblea Mundial sobre Envejecimiento celebrándose definitivamente en Viena en 1982 la **I Asamblea Mundial Sobre Envejecimiento** y donde emerge el primer Plan de Acción Internacional -PAI (1982)-, también llamado “Plan de Viena” y que serviría de guía del pensamiento político y

científico de un gran número de países que se marcaron como objetivos el alcanzar el mayor bienestar posible entre la población adulta mayor³.

El PAI (1982) incluía análisis, proyecciones, programas, recomendaciones y políticas de aplicación internacional, regional y nacional, fomentando la investigación científica especialmente en los países desarrollados a través de la creación de Centros de Investigación Gerontológica y una serie de iniciativas que iban desde desarrollos legislativos e ingeniería institucional hasta la dimensión educativa y cultural. Entre las recomendaciones generales del PAI, destaca, en relación al tema que nos ocupa, el especial énfasis realizado sobre el fomento de un papel más activo de los mayores en la sociedad y su participación en la toma de decisiones tanto a nivel social como político. Además, el PAI planteaba por primera vez que se abandonasen los viejos estereotipos negativos asociados al envejecimiento, fomentando que se empezase a adoptar un concepto positivo de la vejez orientado al desarrollo, e incluyendo recomendaciones específicas en las

³ El PAI en su Prólogo animaba a los países a que lo consideran “como parte integrante de las principales estrategias y programas internacionales, regionales y nacionales formulados en respuesta a importantes problemas y necesidades de carácter mundial. Sus metas principales son fortalecer la capacidad de los países para abordar de manera efectiva el envejecimiento de su población y atender a las preocupaciones y necesidades especiales de las personas de más edad, y fomentar una respuesta internacional adecuada a los problemas del envejecimiento mediante medidas para el establecimiento del nuevo orden económico internacional y el aumento de las actividades internacionales de cooperación técnica, en particular entre los propios países en desarrollo.

áreas de salud y nutrición, vivienda y medio ambiente, familia, bienestar social, seguridad y empleo y educación.

A pesar de estas recomendaciones, la mayoría de países europeos enfocaron sus políticas de vejez fundamentalmente desde una perspectiva asistencial, lo que contribuyó a una visión continuista en los estereotipos sobre la vejez. La ONU no disponía de ningún organismo que pudiera dedicar completamente su atención a supervisar sus recomendaciones y se asignó esta tarea al “Centro de Desarrollo Social y Asuntos Humanitarios”, que se ocupó de muchos otros asuntos y no teniendo dedicación exclusiva hacia en el seguimiento de su propio PAI sobre el envejecimiento.

Posteriormente, en 1992, con motivo de la celebración del décimo aniversario de la adopción del Plan de Acción Internacional de Viena, la ONU adopta la **“Proclamación sobre el Envejecimiento”**⁴, en la que los países se comprometían a apoyar las iniciativas nacionales orientándose, por un lado, hacia las mujeres mayores para que recibiesen el apoyo necesario teniendo en cuenta las grandes contribuciones que han realizado y que han sido infravaloradas durante mucho tiempo, y por otro, hacia los hombres de edad avanzada, alentándoles a ampliar habilidades sociales, culturales y afectivas que no pudieron desarrollar durante los años anteriores a esta etapa. También se proporcionaba la

⁴ Véase en <http://www.un.org/Docs/asp/ws.asp?m=A/RES/47/5>.

orientación y formación necesaria para el cuidado básico en los hogares de las personas mayores.

En 1994 tiene lugar en el Cairo la “**Convención Internacional sobre Población y Desarrollo**”, en la cual, se abordan las consecuencias económicas y sociales del envejecimiento poblacional como un problema, pero también como una oportunidad instando a reconsiderar las políticas a la luz del principio de que la población de personas de edad constituye un componente valioso e importante de los recursos humanos que dispone una sociedad. Se destaca el apoyo a aquellas personas de edad en situación de vulnerabilidad así como a aquellas con necesidades de apoyo a largo plazo. Los objetivos que se plantearon en dicha convención fueron:

- aumentar, mediante mecanismos adecuados, la autonomía de las personas de edad así como crear condiciones que mejoren su calidad de vida y les permitan trabajar y vivir de forma independiente en sus propias comunidades tanto tiempo como puedan o deseen,
- establecer sistemas de atención de salud y sistemas de seguridad económica y social para las personas de edad, prestando especial atención a las necesidades de las mujeres y
- establecer un sistema de apoyo social tanto en el ámbito oficial como no oficial que contribuya a aumentar la capacidad de las familias para hacerse cargo de las personas de edad.

Se destaca la importancia de la solidaridad inter e intra-generacional y el apoyo a las personas mayores mediante la protección y promoción de las familias de varias generaciones y la prestación de apoyo y servicios a largo plazo. También se enfatiza la necesidad de aumentar la capacidad de las personas de edad para valerse por sí mismas y continuar participando en la sociedad debiendo garantizarse las condiciones para que puedan llevar una vida independiente, saludable y productiva y hacer uso de las aptitudes y facultades adquiridas a lo largo de su vida en beneficio de la sociedad. La necesidad de reconocer y promover la valiosa contribución de las personas de edad a la familia y a la sociedad, especialmente su función de voluntarios y cuidadores y de articular organizaciones no gubernamentales y en el sector privado en aras de fortalecer los sistemas de apoyo y seguridad así como eliminar todas las formas de violencia y discriminación fue otro de los grandes objetivos que se marcaron en dicha Convención.

Posteriormente, en 1995 en Copenhague tiene lugar una **Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social** en la que se aborda de nuevo la problemática de los adultos mayores, estableciéndose los objetivos de:

- reconocimiento y respeto de la contribución de las personas de todas las edades para la construcción de una sociedad armoniosa;

- el fomento del diálogo entre generaciones;
- la protección de las personas mayores;
- el fortalecimiento de los sistemas de apoyo a las familias;
- la mejora social de aquellas personas que carecen de familia;
- el acceso a los servicios sociales y la seguridad social y
- el favorecimiento de medidas de apoyo para evitar la pobreza en este sector poblacional.

Como puede observarse, a lo largo de las diferentes Cumbres y Conferencias mundiales se insta a que las políticas en relación a la vejez se desarrollen sobre la firme creencia de la enorme importancia que tienen nuestros mayores en nuestro desarrollo como sociedad. Tal y como afirman Belando y Scarlet,

“las políticas de vejez deben partir del hecho de que las personas mayores constituyen un grupo de población que tiene mucho que ofrecer a la sociedad y sólo desde un acercamiento real y profundo a su realidad se podrán elaborar políticas eficaces que disminuirán notablemente los costes actuales y beneficiarán directa e indirectamente al resto de la población” (Belando y Scarlet, 1997: 203).

Veinte años después de la I Asamblea Mundial sobre Envejecimiento, en 2002, se celebró en Madrid la **II Asamblea Mundial sobre Envejecimiento** que intentó evaluar el trabajo realizado en las dos últimas décadas y

actualizar el PAI. Se adoptaron dos documentos clave: una Declaración Política y Plan de Acción Internacional 2002 (PAI 2002) de Madrid sobre el Envejecimiento.

El PAI 2002 hacía referencia a la necesidad de cambios en las actitudes, las políticas y las prácticas a todos los niveles y en todos los sectores, para delimitar las posibilidades que brinda el envejecimiento del s. XXI. Se marcó como objetivo globalizar un envejecimiento seguro y digno y que los mayores pudiesen seguir participando en sus respectivas sociedades como ciudadanos con plenos derechos. Se ofrecía así un instrumento práctico para ayudar a los encargados de la formulación de políticas a considerar las prioridades básicas asociadas al envejecimiento pero también asociadas a las poblaciones. En esta línea, el PAI 2002 planteó los siguientes temas centrales⁵:

- La plena realización de todos los derechos humanos y libertades fundamentales;
- El envejecimiento de las personas mayores haciendo posible su continuidad en la participación de la vida económica, política y social de sus sociedades, incluso mediante trabajo remunerado o voluntario;

⁵ Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, Madrid, del 8 al 12 de abril de 2002. A/Conf.197/9.

- Las oportunidades de desarrollo, realización personal y bienestar del individuo en todo el curso de su vida, incluso a una edad avanzada, por ejemplo, mediante la posibilidad de acceso al aprendizaje durante toda la vida y la participación en la comunidad, al tiempo que se reconoce que las personas de edad no constituyen un grupo homogéneo;

- La garantía de los derechos económicos, sociales y culturales de las personas de edad, así como de sus derechos civiles y políticos, y la eliminación de todas las formas de violencia y discriminación contra las personas de edad;

- El compromiso de reafirmar la igualdad de los sexos en las personas mayores, entre otras cosas, mediante la eliminación de la discriminación por motivos de sexo;

- El reconocimiento de la importancia decisiva que tienen para el desarrollo social las familias y la interdependencia, la solidaridad y la reciprocidad entre las generaciones;

- La atención a la salud, el apoyo y la protección social de las personas de edad, incluidos los cuidados de la salud preventivos y de rehabilitación;

- La promoción de una asociación entre el gobierno, a todos los niveles, la sociedad civil, el sector privado y las propias personas de edad en el proceso de transformar el Plan de Acción en medidas prácticas;

- La utilización de las investigaciones y los conocimientos científicos y el aprovechamiento del potencial de la tecnología para considerar, entre otras cosas, las

consecuencias individuales, sociales y sanitarias del envejecimiento, en particular en los países en desarrollo;

- El reconocimiento de la situación de las personas de edad pertenecientes a poblaciones indígenas, sus circunstancias singulares y la necesidad de encontrar medios de que tengan una voz eficaz en las decisiones que les afectan directamente.

El PAI 2002 hizo además de una serie de recomendaciones sobre tres temas prioritarios: las personas mayores y el desarrollo, el fomento de la salud y el bienestar en la vejez y la creación de un entorno propicio y favorable para ellos⁶.

1.1.1. Marco normativo, político y social del envejecimiento en Europa.

En el ámbito específico europeo se llevan también a cabo importantes acciones dirigidas al colectivo de personas mayores como son, entre otras,

- la creación de “**Sistemas de protección social**”, diseñados para proporcionar protección contra los riesgos y las

⁶ El entonces Secretario General de la ONU Kofi Anan, instó en la apertura a los 189 países convocados a construir “una sociedad apropiada para todas las personas de todas las edades” y destacó que “definitivamente, el envejecimiento ya no es sólo un problema del primer mundo. Lo que era de importancia secundaria en el siglo XX lleva camino de convertirse en tema dominante en el siglo XXI”.

necesidades asociadas a la exclusión social y el envejecimiento entre otros,

- La propuesta de **“Entornos Amigables con las personas mayores”** realizado éste conjuntamente con la OMS, un esfuerzo internacional para abordar los factores ambientales y sociales que contribuyen a un envejecimiento activo y saludable. El programa “Entornos Amigables con las personas mayores” brinda apoyo a ciudades y comunidades para que vayan adaptándose a las personas mayores, abordando ocho dimensiones de sus necesidades como son: el entorno construido, los transportes, la vivienda, la participación social, el respeto y la integración social, la participación cívica y el empleo, las comunicaciones y los servicios de apoyo comunitario y de salud.

- La creación en el año 2000 de la **“Asociación Europea para la Innovación sobre un Envejecimiento activo y saludable”** (EIP), la cual se planteó como objetivo hasta el año 2020, aumentar en dos años la esperanza de vida en buena salud de los europeos, mediante sistemas de asistencia sanitaria y social sostenibles y eficaces a largo plazo, pero también a través del aumento de competitividad en la industria.

- La **“Estrategia Europa 2000”** conocida como Estrategia de Lisboa, Agenda de Lisboa o Proceso de Lisboa. Se trata esta última de un plan de desarrollo de la Unión Europea (UE) cuyo objetivo fue convertir la economía de la UE en la más competitiva del mundo para el 2010, basándose

en el conocimiento y el empleo. Un año más tarde la estrategia se amplió con una dimensión de desarrollo sostenible y en enero de 2004, se fijaron nuevas prioridades a reforzar entre las que destacan mejorar la inversión en redes y en conocimiento, reforzar la competitividad de la industria y de los servicios y promover la prolongación de la vida activa.

1.1.2. Marco normativo, político y social del envejecimiento en España.

En nuestro país, en nuestra **Constitución Española** de 1978, en su art. 50 se hace referencia a los derechos de los mayores, y en concreto al derecho a una pensión y servicios como salud, vivienda, cultura y ocio⁷. Sin embargo, no encontramos un plan como tal sobre la política a seguir en materia de envejecimiento hasta que en 1988 se desarrollase el “**Plan Gerontológico Nacional**”, con el propósito de configurar una política social integral a favor de las personas mayores (Belando y Scarlet, 1997: 205). Este Plan se desarrolló atendiendo al anteriormente citado artículo 50 de nuestra Constitución, así como a las directrices marcadas por las dos Asambleas Mundiales del Envejecimiento. Podemos afirmar que este Plan es un referente en política social integral para las

⁷ “Los poderes públicos garantizarán, mediante las pensiones adecuadas y periódicamente actualizadas, la suficiencia económica de los ciudadanos durante la tercera edad. Asimismo promoverán su bienestar mediante un sistema de servicios sociales y atenderán sus problemas específicos de salud, vivienda, cultura y ocio”.

personas mayores, y que ha marcado un cambio cualitativo muy importante en los principios ideológicos y filosóficos que marcan las políticas sociales de atención dirigidas a este colectivo, así como en el destino de recursos y realización de programas específicos para la tercera edad. En él se concretan las cinco áreas de intervención con las personas de edad avanzada:

- I. Pensiones
- II. Salud y asistencia sanitaria
- III. Servicios sociales
- IV. Cultura y ocio
- V. Participación

Sobre dichas áreas se proyectan las líneas de actuación que deben seguirse así como los objetivos y medidas a adoptar con la población mayor. En concreto, los objetivos que se plantean son (Belando y Scarlet, 1997: 205 y 206):

- Desarrollar el sistema de prestaciones no contributivas dirigidas a los mayores de sesenta y cinco años con insuficientes recursos económicos y ofrecer un complemento de pensión a los mayores de ochenta años que han perdido autonomía personal.

- Mejorar las pensiones mínimas y el resto de las pensiones contributivas, garantizando su revalorización automática según el IPC.

- Promover la salud de los mayores y mejorar su bienestar físico, psíquico y social.

- Garantizar, en el marco general del Sistema Nacional de Salud, la prevención y asistencia al anciano mediante una adecuada atención primaria y hospitalaria.

- Lograr el acercamiento de los servicios socio-sanitarios a los mayores, dentro de un marco sectorial. Para ello, se diseñará un mapa de áreas en el que se integren y coordinen los referidos servicios.

- Fortalecer las estructuras administrativas para el desarrollo, coordinación y distribución equitativa de recursos, así como para garantizar el estudio, la investigación y la formación permanentes sobre temas relacionados con el envejecimiento y con la vejez.

- Ofrecer unos servicios sociales idóneos para dar respuesta a las necesidades de las personas mayores, potenciando, sobre todo, el desarrollo de aquéllos que propician su autonomía personal, la permanencia en el domicilio y la convivencia en su entorno habitual de la vida.

- Incrementar en la sociedad el conocimiento del hecho social del envejecimiento de la población y las características psicosociales de los mayores, el aprecio y reconocimiento de todos hacia los valores y patrimonio cultural de las personas que han alcanzado una edad avanzada, así como la

participación y corresponsabilidad de las mismas en el desarrollo de la política social.

- Facilitar el acceso de las personas mayores a los bienes culturales y fomentar entre ellas el empleo creativo del ocio y del tiempo libre, para mejorar su calidad de vida y su capacidad de sentirse útiles.

- Extender el concepto de participación democrática, de manera que la sociedad integre de hecho a las personas mayores y éstas se incorporen a todas las actividades de la vida social.

Posteriormente, y con el fin de atender las nuevas demandas y necesidades de los mayores, en 1992 se comenzó una **actualización del Plan Gerontológico Nacional** inspirándose en los principios de Dignidad, independencia, autorrealización, participación, cuidados asistenciales y cooperación⁸, y que se marcó como horizonte el año 2000. Las principales razones que condujeron a la realización de este Plan fueron:

- El nuevo panorama en la organización de las Administraciones Públicas de nuestro país,
- la nueva realidad cambiante así como los retos que surgen respecto a este colectivo de personas mayores, y
- las recomendaciones del Plan Internacional de Acción, fruto de las diferentes recomendaciones y conclusiones de las

⁸ Véase el *Plan de acción para personas mayores 2003-2007*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. (IMSERSO).

diversas Cumbres y Asambleas de envejecimiento celebradas hasta el momento.

Según el “Informe de valoración del Plan Gerontológico, 1992-1997”, realizado y publicado por el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Secretaría General de Asuntos Sociales, IMSERSO (1ª edición: 1999), el balance fue positivo. Todas las propuestas del Plan en materia de Pensiones, Salud y Asistencia Sanitaria, Servicios Sociales, Cultura, Ocio y Participación, consideradas de forma global, habían tenido un razonable nivel de ejecución, pero si bien es cierto que se presentaron ciertos déficits que debían ser tenidos en cuenta para lograrlos en un futuro.

Seguidamente se desarrolló el denominado **Plan de acción para las Personas Mayores 2003-2007**, en el que los objetivos propuestos según el área de intervención fueron:

- *La igualdad de oportunidades*: fomentando la autonomía y la participación plena de las personas mayores en la Comunidad, en base a los principios del 'Envejecimiento activo'. Así como prosperar en las políticas de apoyo a las personas mayores que se encuentra en situación de dependencia.

- *La cooperación*: determinando los medios estables de cooperación interadministrativa y ampliando los que hay para la consecución de objetivos dependientes de una actuación

global. Y fomentando los medios de cooperación y de participación con la sociedad civil. Así como llevando a cabo los instrumentos más eficaces de cooperación internacional en favor de las personas mayores.

- *La formación especializada:* con el fomento de la formación y cualificación de profesionales así como la consecución de Programas de acciones formativas dirigidas a la mejor capacitación de los cuidadores no formales.

- *La información e investigación:* Asegurando a los distintos colectivos sociales una información propia sobre las personas mayores, desde una perspectiva integral. Y ofreciendo a las entidades públicas y privadas que estén interesadas, a través del Observatorio de Personas Mayores, una información integral sobre las diferentes cuestiones relacionadas con el envejecimiento. Así como el fomento a la investigación gerontológica interdisciplinar a nivel estatal e internacional.

Recientemente el 27 de febrero de 2014 en la sede del IMSERSO, se presentó el documento **“Propuestas para el desarrollo de las orientaciones del Consejo de la Unión Europea relativas a personas mayores”**⁹. Se trata de un documento elaborado a partir de las orientaciones marcadas

⁹ Véase *Propuestas para el desarrollo de las orientaciones del Consejo de la Unión Europea*, de 6 de diciembre de 2012, relativas a las personas mayores. Documento de debate, en http://www.imserso.es/imserso_01/mas_informacion/agenda/2014/febrero/I_M_083029.

por la Unión Europea en materia de Envejecimiento activo y está compuesto por 19 orientaciones basadas en tres cuestiones fundamentales: qué preocupa a los mayores, qué cuestiones quieren trasladar a los poderes públicos y a la sociedad, y qué actuaciones esperan de esos poderes y de la sociedad civil.

Después de la presentación pública del documento, el IMSERSO en julio de 2014, organizó tres jornadas de debate con el objetivo de recibir sugerencias y generar elementos innovadores para su contenido. Para que sirvieran de herramientas de diálogo entre las administraciones y la sociedad civil para generar respuestas óptimas a los retos que se presentan con el envejecimiento demográfico y consolidar el envejecimiento activo y saludable como parte fundamental de desarrollo social y personal en una sociedad para todas las edades. Como resultado, se recogieron 345 propuestas, pero que hasta la fecha no se han llegado a materializar en ningún planteamiento concreto.

1.2. Demografía del Envejecimiento.

1.2.1. Indicadores sociodemográficos.

La revolución demográfica que estamos asistiendo conlleva una transformación de la propia vejez. Pérez-Díaz (2006) en su trabajo “Demografía y Envejecimiento” para el IMSERSO señala que

“el fenómeno demográfico en el que vivimos y el contexto social en el que se desarrolla conlleva muchos cambios que pueden sistematizarse atendiendo, por un lado, a aquellos que se derivan de los datos estadísticos y sobre los que se pueden realizar valoraciones cuantitativas, y, por otro, a los que se aprecian al realizarse una valoración de la profunda modificación del ciclo vital en su conjunto” Pérez-Díaz (2006:9)

A la hora de describir las poblaciones y el envejecimiento de éstas, encontramos diferentes formas para expresar y reflejar el proceso natural de envejecimiento, observando que a lo largo de la historia han surgido multitud de controversias por utilizar el término adecuado que refleje el hecho de que el envejecimiento de las personas tiene efectos no sólo individuales sino también de carácter global y social. Tal y como afirman Pujol *et al.* (2014: 9), la medición del envejecimiento demográfico es de vital importancia para

adoptar políticas proactivas “teniendo un uso potencialmente extraordinario en el ámbito económico y sanitario”.

Los términos que habitualmente se han utilizado para describir este proceso, y que en ocasiones se han manejado indistintamente han sido:

- *La estructura por edades*

Cuando hablamos de estructura por edades de una población nos referimos a la “forma en que se encuentran repartidos los habitantes de una determinada población en los distintos intervalos de edad” (Ortega, 2001), y su representación gráfica clasificando la población de acuerdo a la edad y el sexo, da lugar a las conocidas "pirámides poblacionales."

La estructura por edades es el resultado de los flujos de entrada y salida de población acontecidos fundamentalmente por tres factores: los nacimientos, las defunciones y las migraciones. Las interacciones y tendencia progresiva de estos tres elementos, permiten realizar lo que se conoce como “proyecciones de población” que realiza el INE tanto a corto, como a largo plazo, especulando sobre lo que ocurrirá en futuras décadas (Ramos, 2006). La combinación de estos tres elementos implica una pirámide de forma diferente siendo la más antigua y tradicional, de forma triangular y con una amplia base, resulta de una natalidad elevada, una esperanza de vida media escasa y de una abundante inmigración de los

jóvenes. En la actualidad hablamos de la inversión de la pirámide poblacional. Este cambio es debido al extraordinario incremento de la esperanza de vida, del que hablaremos a continuación, así como por la fuerte reducción de la fecundidad y el descenso de la inmigración de personas de edad intermedia (Abellán, Vilches y Ramiro, 2014).

- *El envejecimiento poblacional*

Éste es un término controvertido desde una perspectiva filológica, pues se afirma que es discutible utilizar la expresión de "envejecimiento poblacional", ya que tal y como ha recordado acertadamente Pérez-Díaz (2006:4), "*son las personas, y no las poblaciones entendidas como entes abstractos y, desde luego, inertes, las que envejecen*". A esto podría añadirse que tampoco la demografía envejece, ni en el sentido de hacerse viejo ni de hacerse antiguo (en todo caso lo es, pero no se hace), ni tampoco, o eso no es lo que se quiere expresar, en el sentido de durar o permanecer.

- *Envejecimiento demográfico*

El Envejecimiento Demográfico ha sido el concepto más ampliamente debatido, y también utilizado, en torno al que se han generado numerosas polémicas por la propia ambigüedad del mismo que, en todo caso, no parece contribuir a la total comprensión del fenómeno. Con él se pretende expresar algo más que lo que se lograría con otros términos como "el envejecimiento de las personas".

- *Índice de Desarrollo Humano (IDH)*

Se trata de un indicador de carácter estadístico que recopila información sobre el nivel de vida que predomina en cada nación. Este índice fue elaborado por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) (1990) y se basa en un indicador social estadístico compuesto por tres parámetros: vida larga y saludable (esperanza de vida al nacer, educación (tasa de alfabetización de adultos y la tasa bruta combinada de matriculación en educación primaria, secundaria y superior, así como los años de duración de la educación obligatoria) y nivel de vida digno (PIB *per cápita* PPA en dólares internacionales¹⁰.

De todos estos términos, es el “Envejecimiento Demográfico” el término que más se ha utilizado, ya que fue el primero que en 1946 apareció en “*Population*”, la revista especializada en demografía que goza de un mayor prestigio internacional (Pérez-Díaz, 2005:2). Aunque el artículo no estaba firmado, pertenecía probablemente a Alfred Sauvy, considerado durante mucho tiempo el demógrafo oficial del Estado francés. Alfred Sauvy fue cofundador y director del “Institut National d'Etudes Démographiques” (INED), siendo éste uno de los principales centros de investigación demográfica de todo el mundo. El

¹⁰ El informe de 2014, el IDH oscilaba entre Noruega con un índice de 0,944 en la primera posición al 0,337 de Níger en el puesto 187, en dicho informe España ocupaba el puesto 27, su peor resultado desde 1990.

momento en el que se hizo referencia pública por primera vez al concepto de “envejecimiento demográfico” coincide con aquél en que se consolidaron los primeros registros civiles y los censos de población a nivel mundial. Las sociedades se encontraban alarmadas por el descenso generalizado de la fecundidad, y, a su vez, explicaban el proceso de envejecimiento desde teorías sobre la degeneración, equiparando la vejez con la decadencia y el declive previo a la muerte (Bourdelaís, Gourdon y Viret, 2007), lo que ayuda a entender la connotación negativa que ha estado ligada al término "envejecimiento demográfico" entendido desde la perspectiva de la problemática social, y fomentando el miedo y la alarma social.

Esta idea ha sido abandonada y, en concreto, en el estudio longitudinal “Envejecer en España” realizado por el Observatorio de personas mayores del IMSERSO (2012), se afirma que el envejecimiento demográfico representa un éxito de las mejoras sanitarias y sociales sobre la enfermedad y la muerte, que hacen aumentar la longevidad y esperanza de vida de la población (ver figura 1), y la de España es una de las más altas del mundo, comparable con Japón y otros países desarrollados.

Figura 1

Esperanza de vida (años)

Fuente: Proyección de Población a Largo plazo (INE).

1.2.2. El envejecimiento de la población.

Los cambios demográficos comentados han llevado, a su vez, un incremento de los estudios realizados sobre el envejecimiento desde el último cuarto del s. XX y es que, tal y como afirman Triadó y Villar, “*el envejecimiento de la población es una de las tendencias demográficas más sólidas en nuestras sociedades*” (Triado y Villar, 2007: 23).

En el último informe de la ONU “Situación demográfica en el mundo 2014” queda reflejado el inevitable proceso de envejecimiento de la población en todo el planeta. Los

patrones descendentes tanto de fertilidad como de mortalidad de los dos últimos decenios han producido cambios significativos en la estructura de edad de la población mundial. Aunque el fenómeno está más avanzado en Europa y en América del Norte, el envejecimiento de la población se está produciendo, o comenzará en breve, en todas las regiones principales del mundo.

El envejecimiento de la población se produce por la conjunción de tres factores demográficos:

- el descenso de las tasas de mortalidad, sobretodo la mortalidad infantil, lo que conlleva el aumento de la esperanza de vida;
- el descenso de las tasas de natalidad y
- los cambios migratorios.

Tal y como afirman Pujol *et al.* (2014: 9)

“es precisamente el descenso de la tasa de natalidad la que hace que la proporción de personas de edad sobre el conjunto de la población aumente significativamente y ello conlleva importantes cambios económicos, sociales y culturales”¹¹.

¹¹ Ver el trabajo de Bazo “Consecuencias del envejecimiento en la sociedad española actual”, artículo publicado originalmente en Panorama Social en 2005.

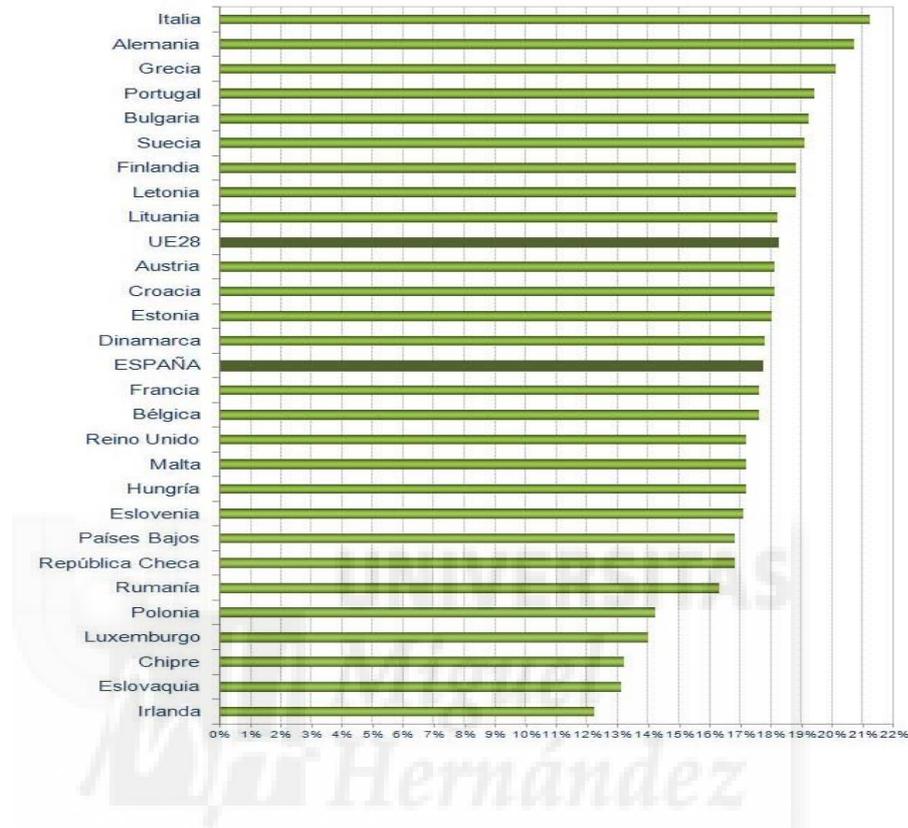
A escala mundial, la proporción de personas mayores (de 60 años o edad superior) aumentó del 9 % en 1994 al 12 % en 2014, y se espera que alcance el 21 % en 2050.¹² Es más, se prevé que las personas mayores de 100 años pasen de 340.000 en 2012 a más de 3.000.0000 en 2050 (ONU, 2012). También, se espera que en el año 2020, las personas mayores de 60 años, representen una quinta parte de la población total de la UE, y las mayores de 65 superarán la cuarta parte¹³; hace cincuenta años, eran una de cada catorce personas de la población comunitaria. Como se puede apreciar en el *gráfico 1*, Alemania, Italia, Francia, Reino Unido y España son los países de la Unión Europea con una cifra más alta de personas mayores.

¹² Este informe ofrece una sinopsis de las tendencias demográficas del mundo, sus principales zonas, los grupos de desarrollo y determinados países, con especial énfasis en los cambios más relevantes acontecidos en los últimos 20 años, desde la aprobación del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, celebrada en El Cairo en 1994. Dedicando un apartado al tema del envejecimiento. Disponible en <http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/trends/Concise%20Report%20on%20the%20World%20Population%20Situation%202014/es.pdf>.

¹³ Para un análisis con más profundidad, ver Walker, A. (1997), “Actitudes europeas ante el envejecimiento y las personas mayores”. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 73(96), 17-42.

Gráfico 1

Población de 65 y más años en la Unión Europea, 2013 (porcentaje)



Fuente: EUROSTAT. (2013)

Los pronósticos según la OMS (2006) son que durante la segunda mitad del siglo XXI la población mundial de 60 o más años se multiplicará por más de tres, llegando a alcanzar la cifra de 2.000 millones en el año 2.050. La mayor parte del aumento que se anuncia se producirá en países en desarrollo, donde se pasará de 400 a 1700 millones en este mismo periodo, con el desequilibrio socio demográfico que ello conlleva. Paralelamente a la transformación cuantitativa se han

dado numerosas transformaciones de la “nueva vejez” en los países desarrollados.

Hoy en día, se vive la vejez con una mayor salud y una mayor supervivencia libre de discapacidad, por lo que “el reto actual no consiste en añadir vida a los años, sino años a la vida”, siguiendo la célebre frase del profesor Pinillos (1989).

La *Esperanza de vida* es uno de los indicadores principales que reflejan consecuencias del desarrollo del estado de bienestar, y en nuestro país, ésta se ha multiplicado por 2,29 en el último siglo. Según datos de la ONU en 1901 nuestra esperanza de vida era de 34,76 años y en un siglo ha alcanzado los 79,69 años (ONU, 1988). Podemos afirmar que la esperanza de vida de la población española tanto al nacer como a los 65 años se encuentra, tanto en hombres como en mujeres, entre las más altas de la Unión Europea (*tabla 1*).

Tabla 1

Esperanza de vida al nacer y a los 65 años en distintos países europeos, 2012

	Esperanza de vida al nacer		Esperanza de vida a los 65 años	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Unión Europea (28)	77,5	83,1	17,7	21,1
Alemania	78,6	83,3	18,2	21,2
Austria	78,4	83,6	18,1	21,3
Bélgica	77,8	83,1	17,7	21,3
Bulgaria	70,9	77,9	13,9	17,3
Chipre	78,9	83,4	17,9	20,4
Croacia	73,9	80,6	15,0	18,7
Dinamarca	78,1	82,1	17,5	20,2
Eslovaquia	72,5	79,9	14,6	18,5
Eslovenia	77,1	83,3	17,1	21,1
España	79,5	85,5	18,7	22,8
Estonia	71,4	81,5	14,8	20,3
Finlandia	77,7	83,7	17,8	21,6
Francia	78,7	85,4	19,1	23,4
Grecia	78,0	83,4	18,1	21,0
Hungría	71,6	78,7	14,3	18,1
Irlanda	78,7	83,2	18,0	21,1
Italia	79,8	84,8	18,5	22,1
Letonia	68,9	78,9	13,6	18,5
Lituania	68,4	79,6	14,1	19,2
Luxemburgo	79,1	83,8	18,4	21,4
Malta	78,6	83,0	17,6	21,0
Países Bajos	79,3	83,0	18,0	21,0
Polonia	72,7	81,1	15,4	19,9
Portugal	77,3	83,6	17,6	21,3
Reino Unido	79,1	82,8	18,5	20,9
República Checa	75,1	81,2	15,7	19,2
Rumanía	71,0	78,1	14,5	17,7
Suecia	79,9	83,6	18,5	21,1

Fuente: EUROSTAT (2012).

A nivel mundial, la población ha pasado de casi 1.000 millones de personas en 1800 a 7.324.782 en el año 2015¹⁴. Desde 1900 la población mayor se ha multiplicado por ocho en términos absolutos, siendo más fuerte el incremento de los mayores de 80 años pues entre 1991 y 2001 aumentaron en un

¹⁴ Ver en <http://populationpyramid.net/es/mundo/2015/>

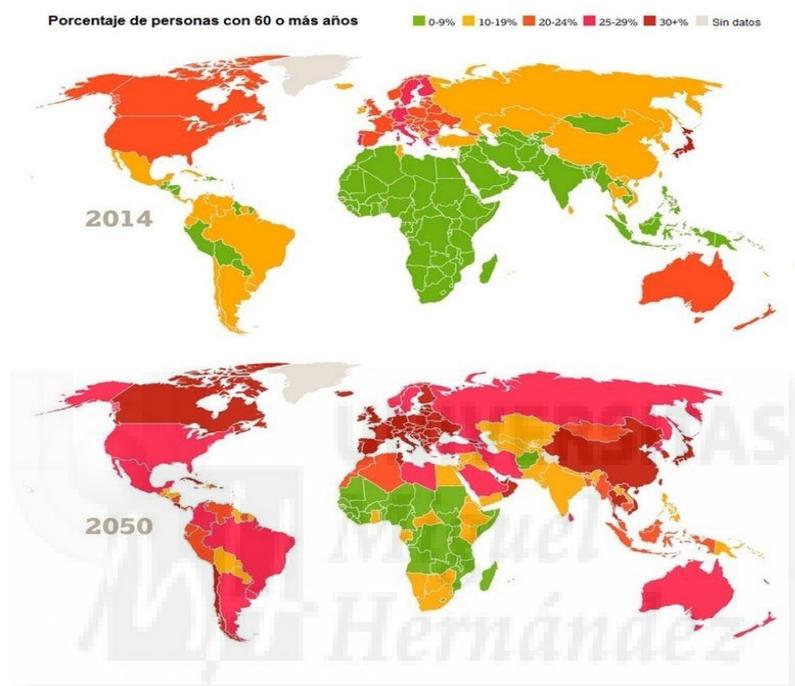
42%. Esto equivaldría aproximadamente, en términos europeos, a que todos los ciudadanos de Francia e Italia, en el 2025, fueran mayores de 65 años (unos 130.000.000 de personas). Es por tanto, una realidad que las personas mayores de 60 años son el grupo de población, con respecto al resto de los grupos de edad, de más rápido crecimiento en el mundo - en 2014, la tasa de crecimiento anual de la población de mayores de 60 años casi triplica la tasa de crecimiento de la población en su conjunto-. En términos absolutos, el número de personas mayores de 60 años casi se ha duplicado entre 1994 y 2014, superando en estos momentos en número al grupo de edad de los menores de 5 años.

Otra de las transformaciones de la “nueva vejez” es la existencia de un grupo cada vez mayor de personas mayores de más edad, los “más viejos” (Chuliá, 2010: 153). Es el denominado *Índice de sobre envejecimiento* y representa la relación entre la población mayor de 84 años y la población mayor de 64 años. Es cada vez más común encontrar gente centenaria, y debemos tener en cuenta que su número seguirá aumentando y lo hará cada vez más rápidamente. Según las proyecciones poblacionales a nivel mundial, se calcula que en el 2050 habrá 392 millones de personas mayores de 80 años en el mundo, es decir, más de tres veces que en la actualidad. Sigue creciendo en mayor medida la proporción de octogenarios representando ahora el 5,7% de toda la población. Los datos del INE (2014) indican que el porcentaje

de personas de más de 80 años (llamados a veces personas muy mayores) en 2014 era del 14% y se espera que ascienda al 19% en 2050 (ver figura 2).

Figura 2

Porcentaje de personas con 60 o más años en el mundo.



Fuente: En fotonoticia_20141001175017_800.jpg www.europapress.es HelpAge International

1.2.3. El envejecimiento en España.

En nuestro país, podemos afirmar que desde 2001 estamos asistiendo a una inflexión en nuestra historia demográfica: la población infantil de 0-14 años es superada por la de 65 y más. Según la proyección del INE, en 2061 habrá más de 16 millones de personas de edad mayor o igual a 65 años (38,7%

del total). Según Naciones Unidas, en 2050 será el país más viejo del mundo con el 44,1% de la población mayor de 60 años y una media de edad de 55,2 años y al que le seguirán de cerca países europeos como Italia, Eslovenia y Austria. Vivimos un acelerado proceso de envejecimiento que contrasta con los datos ofrecidos por el INE en los que se confirma que, a 1 de enero de 2014 había en nuestro país 8.442.427 personas mayores (de 65 y más años), el 18,1% sobre el total de la población (46.771.341), según los datos del Padrón Continuo (INE).

Siguiendo el magnífico trabajo de Pujol *et al.* (2014) la *Proporción de personas mayores de edad*, medida a través de la utilización de una edad cronológica fija o umbral fijo de 65 años, el número de personas mayores en España se habrá incrementado significativamente a mediados de siglo (2050) un 80,4%, hasta alcanzar los 15,2 millones (ver tabla 2).

Tabla 2

Edad cronológica, edad prospectiva y edad subjetiva. España, 2013 y 2050.

2013	Edad Umbral	65	73	68
	Personas	8.438.497	4.978.398	7.012.218
	Porcentaje	18,1	10,7	15,0
2050	Edad Umbral	65	77	-
	Personas	15.221.239	8.011.18	-
	Porcentaje	36,4	19,1	

Fuente: Pujol *et al.* (2014: 9)

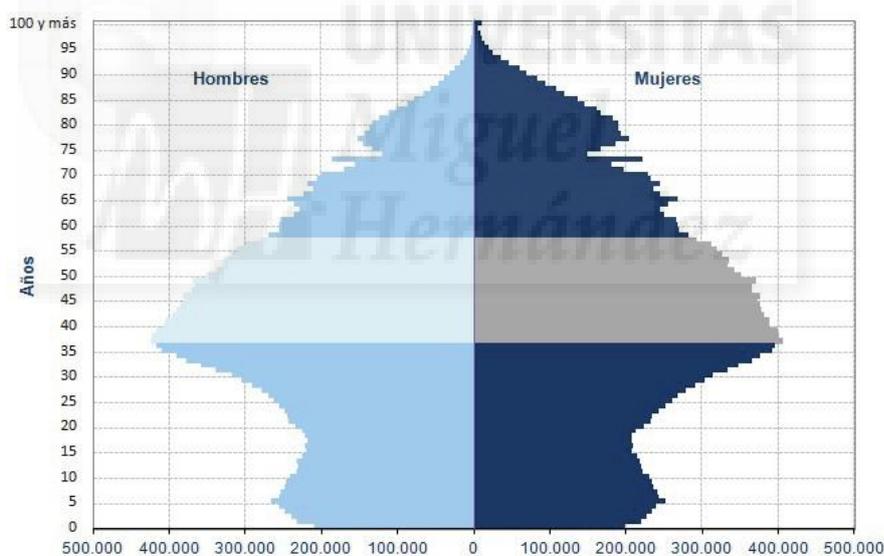
Así el llamado *índice de envejecimiento*, que muestra la relación entre el número de personas mayores respecto del número de jóvenes de 0-14 años, en España en 1900 era de 16 personas mayores por cada 100 jóvenes, en 2015 se prevé que será de 119 por cada 100 jóvenes y a mediados de este siglo alcanzará los 292 mayores por cada 100 jóvenes (Pujol et al, 2014). En el estudio de Domenech y Melguizo (2008) se afirma que este índice alcanza en el año 2008 un valor del 140% para las mujeres, reflejando que la población joven femenina es inferior a la población de mayor edad. En el caso de los varones, el valor del índice de envejecimiento es cercano al 100% indicando que la población de 65 y más años y la de menos de 15 años son similares.

Si analizamos los datos en función del número de nacimientos, siguiendo el estudio de Andrés de Llano et al (2015) acerca del análisis de los más de 38 millones de nacimientos registrados en España entre 1941 y 2010 muestra una caída abrupta y trágica de los mismos. Por último, respecto al *índice de sobre envejecimiento* en nuestro país, es el índice que más resalta de todos, ya que un 15,7% de nuestros mayores tienen 84 años o más, y esta relación está previsto que aumente considerablemente para las próximas décadas (Domenech y Melguizo, 2008)

Otra de las transformaciones de la “nueva vejez” es la ya denominada *feminización de la vejez*. En España las mujeres con más de 64 años son ya una de cada diez en la población total de nuestro país. Según la encuesta del INE (2014) las mujeres viven más que los hombres como promedio destacando que en 2014 había en todo el mundo 85 hombres por cada 100 mujeres en el grupo de personas mayores de 60 años, y 61 hombres por cada 100 mujeres en el de mayores de 80 años (ver gráfico 2).

Gráfico 2

Población según sexo y edad, España 2014



INEBASE. Padrón Continuo a 1 de enero de 2014. Nota: El sombreado corresponde a la posición de la generación del *baby-boom* (1958-1977)

Por último, desde un análisis más psicosocial de los datos sobre el envejecimiento, hay que destacar la situación de *la soledad* en la que viven muchos de nuestros mayores. Es éste

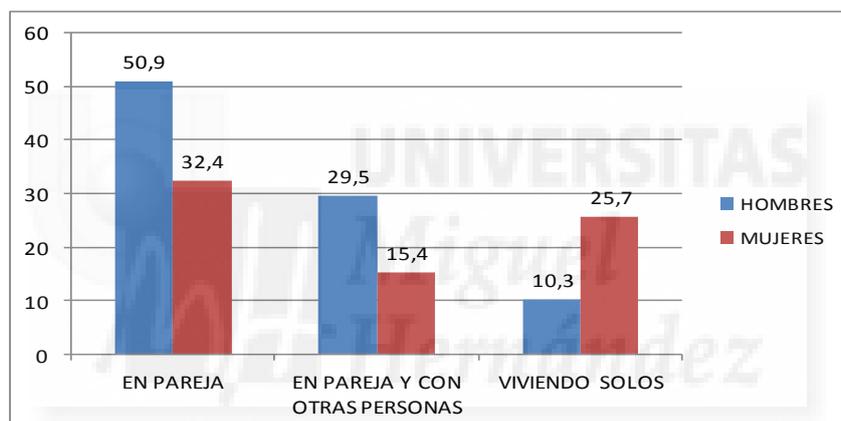
un problema que ha ido cambiando en el último cuarto del s. XX pues hace 50 años se tenía la concepción de que aquellos que sufrían este problema eran personas sin grupo familiar definido y en multitud de ocasiones en situación de marginalidad, y hoy se sabe que es una cuestión que afecta a nuestros mayores con independencia de la clase social a la que pertenezcan. La soledad y todo lo que esta conlleva en la ancianidad se ha catalogado como “la enfermedad más devastadora que afecta a la vejez” (Toumier, 1961).

Los datos son alarmantes: en el mundo el 40 % de la población mayor de 60 años vive independientemente (solos o en compañía de su pareja), siendo más común en las regiones más desarrolladas, donde tres cuartas partes de las personas mayores viven de este modo frente a una cuarta parte en las regiones menos desarrolladas y la octava parte en los países menos desarrollados (ONU, 2014). En el año 2010 en Europa el 31,8% de las personas mayores de 65 años vivían solas (Eurostat, 2010), y en España el porcentaje es menor, siendo el 9% del total de hogares españoles los mayores que viven solos (INE, 2012), y tres de cada cuatro mayores que viven solos son mujeres (Pujol *et al.*, 2014) (ver gráfico 3 y 4), esto hace que nuestro país sea uno de los países con menor proporción de mayores viviendo solos (INE, 2012). Sin embargo, el hecho es preocupante, lo que hace que los países desarrollados necesiten adaptar sus políticas y los niveles de prestación de servicios para cubrir las demandas de una población con una proporción

de ancianos cada vez mayor. Es relevante destacar que en nuestro país, según el estudio realizado por el IMSERSO (Encuesta Mayores 2010), existe un fuerte apoyo familiar entre generaciones pues el 68% de las personas mayores mantienen contacto diario con sus hijos e hijas y el 70% de los abuelos cuidan o han cuidado a los nietos, siendo el 49% de ellos el que lo hace a diario.

Grafico 3

Personas en España de más de 65 o más según forma de convivencia en 2011.

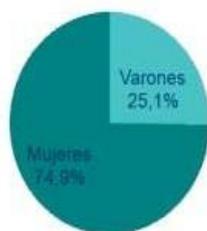


Fuente: INE (2012).

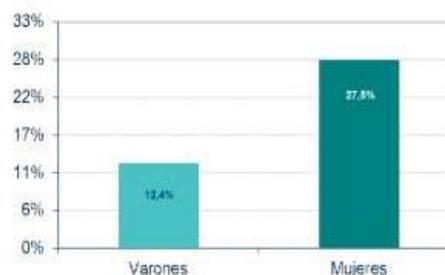
Gráfico 4

Personas mayores de 65 años que viven solas distinguiendo por sexo, 2011

Distribución porcentual por sexos de las personas mayores de 65 años que viven solas



Porcentaje de personas de 65 y más años que viven solas respecto al total de la población de 65 y más años



Fuente: 2011: INE. INEBASE: cifras de población. Resúmenes nacionales de población según estructura del hogar. Censo de Población y viviendas (2011).

Como resumen y a la vista de todo lo expuesto anteriormente, podemos afirmar que este contexto demográfico y social que vivimos invita apremiantemente a obtener respuestas multidisciplinares, rápidas y que permitan mantener el estado del bienestar actual en nuestro país. Para poder alcanzar este importante logro social, tal y como afirma Vinuesa (2004) y no concebirlo como un problema social sino como uno de los éxitos más grandes de nuestra sociedad. La comunidad científica debe tratar de comprender los cambios y transformaciones que ocurren en la vejez y aportar sus instrumentos y técnicas para mejorar el bienestar de los mayores y, por ende, la mejora de la sociedad. Con este objetivo, vamos a centrarnos a continuación en analizar los cambios físicos, psicológicos y sociales que se producen en la

persona senescente y así conocer mejor cómo se vive esta etapa cada vez más importante dentro de nuestro ciclo vital.



Capítulo 2.

CONCEPTUALIZACIÓN DEL ENVEJECIMIENTO.

2.1. El estudio del envejecimiento: Gerontología Vs Geriatria.

2.2. Definición de envejecimiento.

2.3. Perspectiva biológica del envejecimiento.

2.4. Perspectiva psicológica del envejecimiento.

2.5. Perspectiva social del envejecimiento.

2.6. Teorías psicosociales del envejecimiento.

2.6.1. Teoría de la actividad.

2.6.2. Teoría de la desvinculación.

2.6.3. Teoría de los roles.

2.6.4. Teoría de la subcultura.

2.6.5. Teoría de la continuidad.

2.6.6. Teoría de la selectividad socioemocional.

2.6.7. Teoría de la modernización.

2.6.8. Teoría del intercambio en la vejez.

Capítulo 2.

CONCEPTUALIZACIÓN DEL ENVEJECIMIENTO.

Definir el envejecimiento es y ha sido una tarea de gran complejidad para los estudiosos de esta disciplina, aunque, tal y como sabiamente afirma Hayflick (1999) “casi todos lo reconocemos cuando lo experimentamos o lo vemos”.

2.1 El estudio del envejecimiento: Gerontología Vs Geriatria.

El estudio del envejecimiento, a pesar de ser una realidad del ser humano, no ha sido considerado como disciplina científica hasta el siglo pasado. Parece que fue en 1903 cuando el sociólogo y biólogo ruso, sucesor de Pasteur y Premio Nobel de Medicina y Fisiología en 1908, Michel Elie Metchnikoff (1845-1916) propuso a la *Gerontología* como ciencia para el estudio del envejecimiento, ya que según él "traería grandes modificaciones para el curso de este último período de la vida". El término Gerontología proviene etimológicamente del griego, geron = viejo y logos = estudio. Al parecer, el término gerontocracia, con el que se definía al gobierno dirigido por los mayores en la Grecia antigua, habría sido el término precursor. Los espartanos capitalizaban la experiencia de los ancianos y los Gerontes eran cada uno de los 28 miembros del Senado y que para pertenecer a él debían pasar de los 60 años. Casi paralelamente a la propuesta de Elie Metchnikoff,

Ignatiusl Nascher¹⁵ acuñó el término *Geriatría* en su obra presentada en 1907 en la Academia de Ciencias de Nueva York titulada “Geriatría, las enfermedades de los ancianos y su tratamiento”. En ésta, explica que el término también se deriva del griego Geron = Viejo e Iatrikos = tratamiento médico (Morfi Samper, 2007). En la actualidad, se define a la Geriatría como una rama de la Gerontología y la Medicina, centrada en los aspectos clínicos, terapéuticos, preventivos, y sociales en la salud y enfermedad de las personas mayores; se trata de una disciplina práctica aplicada, de la atención integral a este colectivo (Quintero y Prieto, 1996).

En 1960 se creó el Comité para la Historia de la Gerontología por parte de la Asociación Internacional de Gerontología, manifestando la dificultad de encontrar bibliografía gerontológica antes de 1950. Freeman (1979) en su trabajo "El envejecimiento, su historia y literatura", describió nueve etapas en la investigación de la vejez durante los últimos 5.000 años, concluyendo la preocupación que siente el ser humano por la muerte es mayor a la preocupación por el envejecimiento.

Tal y como indica Victor (1994) en un artículo de revisión histórica y cultural sobre el envejecimiento, los inicios de su

¹⁵ Ignatiusl Nascher fue fundador del primer departamento de Geriatría en los EE.UU., en el Hospital Mont Sinai de Nueva York.

conceptualización se remontan a Platón (427-347 a. de C.), que ofrece una primera visión positiva de la vejez ya que considera que el ser humano envejece como ha vivido, por lo que el individuo debería prepararse durante toda su vida para envejecer. En esta misma línea de pensamiento, Cicerón (106-43 a. de C.) en su obra “De Senectute”, plantea cómo “la virtud humana crece con la edad” (Cicerón, 1997). Por otro lado, encontramos una visión distinta respecto a la vejez, más pesimista y negativa y que podríamos establecer su origen a partir del pensamiento de Aristóteles (383-322 a. de C.) para quien al ser la vejez la última etapa en la vida humana, la considera una enfermedad natural (Víctor, 1994). En esta misma línea, Séneca (4-65 a. de C.) habla del deterioro físico y mental en el individuo como consecuencia del envejecimiento (Troyansky, 1983). Quizás de esas dos corrientes podemos derivar a su vez dos abordajes o estudio de la vejez, siendo una de ellas en su estudio de los aspectos patológicos y otra más preocupada de las características o del proceso natural de envejecimiento.

No es hasta el siglo XV cuando Gabriele Zerbi (1445- 1505) publica el primer tratado impreso en Geriatria titulado “Gerontocomia: En el cuidado de los ancianos” y años más tarde Jean-Martin Charcot (1825-1893) escribió en 1881 acerca de la relevancia de las enfermedades en el envejecimiento. Pero para muchos el comienzo de la Geriatria moderna se inició con los trabajos de la doctora Marjory

Warren (1897-1960) a partir de 1935 en un hospital para crónicos en Londres de quien se afirma que de su trabajo entonces y sus ideas, nacieron, para la medicina geriátrica, uno de los principios que mantienen la más plena vigencia como que la vejez no es una enfermedad (Quintero y Prieto, 1996). En 1946 fue cuando la Geriatria fue considerada una ciencia independiente, haciendo posible que en 1946 en el Reino Unido se aprobase la especialidad de Geriatria y en 1947 se fundase la Sociedad Británica de Geriatria. Además fue en 1958 cuando se creó en Oxford el primer departamento de Geriatria en Inglaterra.

Por otra parte, parece que podemos considerar que la creación en 1939 del club de investigación sobre los problemas del envejecimiento, fue el inicio del desarrollo de la Gerontología, junto con la creación en 1943 la Fundación Nuffield en Gran Bretaña (Quintero y Prieto, 1996). Posteriormente en 1950 en Lieja (Bélgica) se creó la Sociedad Internacional de Gerontología, con la finalidad de promover las investigaciones gerontológicas en los campos biológicos, clínicos y de formación en envejecimiento.

En 1955, Anderson y Cowan fueron pioneros en las ideas de prevención de enfermedades en el envejecimiento y la conservación de la salud de los mayores. Más tarde, con la fundación de Institutos de Gerontología como los de Kiev (1958) Baltimore (1974) y más tarde Tokio (1972), se ayudó

de manera notable al avance de las investigaciones sobre el envejecimiento.

Como la ciencia más antigua que ha tratado el envejecimiento, encontramos a la Gerontología. Etimológicamente procede del término griego “geron” (los más viejos o los más notables del pueblo griego) y logia (ciencia o tratado, grupo de conocedores). La Gerontología se define según el diccionario de la Real Academia Española (2001) como “ciencia que trata de la vejez”. La Gerontología es una joven disciplina y cuyo término acuñó por primera vez en 1908 el premio Nobel en Medicina y Fisiología, M.E. Metchnikoff (sociólogo y biólogo ruso).

En términos generales, a lo largo de su historia, la gerontología ha nacido y ha permanecido muy ligada al estudio de las condiciones patológicas (y, por tanto negativas) de la vejez, tanto en lo que se refiere al envejecimiento individual como a nivel poblacional. Sin embargo, a lo largo de los años, esta disciplina ha ido cambiando sustancialmente su foco de atención.

Una de las modificaciones más esenciales de la Gerontología durante la última década del siglo XX es el énfasis y la dedicación sobre los aspectos positivos que la vejez lleva consigo.

La rama más “médica” que estudia los aspectos patológicos de la vejez se la conoce como Geriatria. Éste término no se incorpora a la terminología médica hasta el año 1907, año en que I.L. Nascher publica en el New York Medical Journal un artículo titulado: “Geriatrics: the diseases of the old age and their treatments”. En este documento, se solicitaba una medicina específica, distinta a la tradicional, para la mejor atención a los pacientes ancianos. La Geriatria es disciplina cuyo objetivo es el estudio de los problemas lógicos, psicológicos, sociales y económicos de las personas mayores (Pérez, 2006:38).

Aunque como hemos visto, el interés en el estudio del envejecimiento se centró principalmente en el campo de la salud y la enfermedad, también en el ámbito de la sociología se fue desarrollando un gran interés por las repercusiones que la vejez producían en la sociedad. Así por ejemplo, en 1914 Eduardo Sthiglitz define la **Gerontología social** como

“una ciencia cuyo estudio se centra en el ser humano como organismo social, que vive en comunidad y que debe ser aceptado por ésta”. (Prieto y Vega, 1996)

Se produce en este momento una ruptura con la investigación del envejecimiento basada en la salud. Y es que, a la hora de abordar el envejecimiento como objeto de estudio y su

definición, hemos de hacerlo desde planteamientos interdisciplinarios (Franco Módenes y Sánchez Cabaco, 2008), dada la gran cantidad de disciplinas que han hecho aportaciones al estudio y definición de éste como pueden ser la medicina, la psicología, la sociología, la filosofía o la política, entre otras.

2.2. Definición de Envejecimiento.

Es cierto, tal y como hemos visto, que en la actualidad el abordaje del envejecimiento se realiza en torno a una concepción holística del ser humano. Sin embargo en muchas ocasiones nos encontramos con diferentes definiciones según la disciplina de la que parta su autor. Destacamos por ejemplo, dese la Gerontología la definición de Langarica (1985 en Esquivel et al, 2009:51), para quien

“El envejecimiento es un proceso que depende de factores propios del individuo (endógenos) y de factores ajenos a él (exógenos), en el cual todo lo que ha sido afectado en primer lugar son sus posibilidades de enfrentarse con una situación insólita, ya sea de orden biológico, personal o social” (Langarica, 1985 en Esquivel et al, 2009:51)

Por su parte, Albretch y Morales (1999) desde el ámbito de la geriatría plantean que

“el envejecimiento comprende diversas modificaciones morfológicas, fisiológicas, bioquímicas, psicológicas y sociales según el contexto temporal en el que se ha desarrollado el individuo en las etapas anteriores de su vida, resultado del paso del tiempo indicando, además, que estos cambios se inician o aceleran después de haber alcanzado el crecimiento y madurez alrededor de los 30 años de edad”. (Albretch y Morales, 1999:29)

Desde la Psicología del Desarrollo, Rice (1997), señala que la vejez es “un momento de ajustes, en particular, a los cambios en las capacidades físicas, las situaciones personales y sociales, y las relaciones”.

Y Buendía (1994:1) afirma que

“el envejecimiento es “un proceso que comienza tempranamente y que a lo largo de la vida adulta se combina con los procesos de maduración y desarrollo”.
Buendía (1994:1)

Para este autor, en el envejecimiento, además de ciertos deterioros o pérdidas, se mantienen también y se despliegan ciertas funciones vitales y psicológicas.

Desde una perspectiva psicosocial encontramos las definiciones de envejecimiento de Bazo y Maiztegui (1999) que definen el envejecimiento como “fenómeno

multidisciplinar que afecta a todos los componentes del ser humano: su biología, psicología, roles sociales”

Por su parte Ham (2003:72), señala que los grados de vejez

“Se determinan por ciertos signos que son condicionantes o eventos biológicos, psicológicos, sociales y/o económicos, los cuáles varían en sentido y relevancia de acuerdo con las épocas, las culturas y las clases sociales”. (Ham, 2003:72)

También desde la perspectiva psicosocial se enmarcan Motte y Muñoz (2006:20), según los cuales:

“el envejecimiento es el conjunto de procesos que sigue un organismo después de su fase de desarrollo; son procesos dinámicos que implican un cambio, es decir, transformaciones biológicas, psicológicas y/o sociales del organismo en función del tiempo”. (Motte y Muñoz, 2006:20)

Para una de las mayores expertas en nuestro país sobre envejecimiento, la psicóloga Fernández-Ballesteros (2000),

“la vejez es un estado en la vida y el envejecimiento un proceso que sucede a lo largo del ciclo vital. Tanto la vejez como el envejecimiento humano son objetos de conocimiento multidisciplinares en el sentido en el que el individuo

humano es un entre bio-psico-social". (Fernández-Ballesteros, 2000:39)

Esta autora afirma, además, que la forma en la que cada persona envejece en su propia sociedad supone un fenómeno sociocultural.

Por último, queremos destacar la definición de Belsky (2001) en la que coexisten diversas perspectivas y que se formula partiendo de los conceptos de envejecimiento primario y envejecimiento secundario; El envejecimiento primario que supone aquellos cambios graduales, que no podemos evitar y hacen referencia a “los procesos de deterioro biológico genéticamente programado en el que los diferentes procesos ocurren incluso en las personas con mejor salud y sin enfermedades importantes”. Y por otra parte, el envejecimiento secundario, referido al deterioro físico producido “por fuerzas dañinas externas y evitables, y que se relacionan con factores controlables, tales como la nutrición, el ejercicio físico, los hábitos de vida y las influencias del ambiente”.

Con el objetivo de sistematizar nuestro trabajo, podemos afirmar que existen tres perspectivas principales en el estudio del envejecimiento humano:

1. La *Perspectiva Biológica* en la que se da preponderancia en a la vejez desde dos dimensiones como son la función del patrón de referencia cronológica y a partir de los cambios morfo-funcionales de cuya declinación depende el grado de envejecimiento (García, 2003).

2. La *Perspectiva Psicológica* en la que también se dan, por lo menos, dos dimensiones más sobresalientes de estudio: Una, la de los cambios en los procesos psicológicos básicos y el desarrollo que estos presentan; y la segunda, que hace referencia al estudio de la personalidad y sus cambios.

3. La *Perspectiva Social*, que se parte del estudio del envejecimiento a partir de tres principales dimensiones: la socio demográfica, que implica el crecimiento poblacional y sus efectos endógenos y exógenos; la sociopolítica, que implica el nivel de participación y de integración social de las personas mayores, y; la económica política, que incluye el estudio de los recursos y condiciones socioeconómicas de las personas en la vejez.

2.3. Perspectiva biológica del envejecimiento.

Según Medvedev (1990), se han desarrollado más de trescientas teorías que analizan los elementos que definen el proceso de envejecer. Siguiendo la división realizada recientemente por Gázquez, Yuste y Pérez (2005), y tal y como ya afirmó Shock (1997) todas las teorías que basan el origen del envejecimiento a partir de contenidos biológicos se pueden clasificar a su vez en tres grandes bloques (tabla 3):

- Las que ponen el énfasis en las causas genéticas o hereditarias del envejecimiento.
- Las teorías que atribuyen causas naturales de desgaste, de abuso o de desuso, que estarían más relacionadas con el llamado envejecimiento secundario
- Y, por último, teorías relacionadas con el envejecimiento terciario, que postulan que el envejecimiento se debe a la degeneración de algunos o de todos los sistemas fisiológicos o mecanismos vitales.

Tabla 3

Clasificación de las diferentes teorías de envejecimiento.

ENVEJECIMIENTO PRIMARIO	ENVEJECIMIENTO SECUNDARIO	ENVEJECIMIENTO Terciario
<ul style="list-style-type: none"> • T^a genética general • T^a de la limitación de la multiplicación celular • T^a del envejecimiento endógeno celular • T^a de los radicales libres • T^a de la acumulación de errores • T^a del umbral crítico • T^a del error en el genoma • T^a de la ruptura del ADN • T^a de la acumulación de productos de desecho 	<ul style="list-style-type: none"> • T^a estocástica. • T^a de la acumulación de moléculas deletéreas • T^a de la privación de nutrientes 	<ul style="list-style-type: none"> • T^a de la función inmunológica disminuida • T^a endocrina • T^a del deterioro de la glándula tiroidea. • T^a del deterioro de las glándulas sexuales. • T^a de la disfunción pituitaria • T^a cardiovascular del envejecimiento • T^a de la desorganización del sistema nervioso • T^a multifactorial del envejecimiento

Fuente: Elaboración propia.

Podemos situar las primeras definiciones en los años cincuenta del siglo pasado, momento en el que las investigaciones médico-científicas empezaban a estar en auge. Fruto de estas investigaciones, Peter Medawar en 1953 (citado por García, 2003:94) define a la vejez *“como el cambio fisiológico que sufre el individuo, cuyo término inevitablemente es la muerte”*. El biólogo Alex Comfort (1977) consideraba en esos mismos

años a la senectud como un proceso de deterioro: *“con el aumento de la edad cronológica, se muestra una creciente probabilidad de muerte”*. También por ejemplo, Lansing (1959), proponía a la vejez como un proceso continuo de cambio negativo constante unido al paso del tiempo, y que empieza en la madurez y termina en la muerte.

Desde la psiquiatría, para Golfarb (1965) el envejecimiento se define mejor en términos funcionales, es decir, como un proceso al que el individuo debe tener la capacidad para adaptarse y sobrevivir.

Esta perspectiva médica y biológica, fue la base de los primeros estudios sobre la vejez. San Martín (1985) plantea, desde el punto de vista fisiológico, que el envejecimiento tiene su origen cuando finaliza el crecimiento físico de la persona, lo cual ocurre entre los 25 y los 30 años, destacando que el envejecimiento es un proceso gradual e insidioso, pero progresivo, que se objetiva después de los 40 años cuando se produce un desgaste de los tejidos más evidente. Fierro (1994), coincide con San Martín (1985) cuando prefiere hablar de “envejecimiento”, como curso o proceso, en lugar de hablar de “vejez” como estado. Para este autor, se trata de un proceso que tiene lugar cuando finaliza la juventud, y que a lo largo de su adultez se combina con “procesos de maduración y desarrollo”. Señala que el envejecimiento representa el deterioro de la vida.

Por su parte, Birren y Schroots (1996) definen la vejez como una transformación con el tiempo ordenada y regular de los organismos representativos que viven bajo entornos representativos. También Point Geis (1997) señala que el organismo envejece, se transforma y progresivamente va perdiendo sus habilidades. A su vez Craig (2001) considera a nivel biológico, que el envejecimiento es un fenómeno de carácter universal en el que todo el organismo envejece incluso con buenas condiciones genéticas o ambientales, pero unos lo hacen antes y otros después.

Fernández-Ballesteros (2000) define el envejecimiento como

“el proceso biológico en que se produce un declive en la eficiencia y eficacia de todos los sistemas biológicos; como consecuencia, a lo largo de dicho proceso aumenta la vulnerabilidad ante enfermedades crónicas y agudas. Sin olvidar que en este proceso hay grandes diferencias individuales”. La misma autora afirma que “la vejez está en función del tiempo que transcurre para un determinado organismo frecuentemente medido según la edad” (Fernández-Ballesteros, 2000:39).

García (2003) define el envejecimiento desde las perspectivas biológica y filosófica, porque entiende que la vejez es una etapa de la vida y un modo de realidad, *“es uno de los momentos más dramáticos del devenir del ser”*. Añade que la

vejez se debe interpretar como un *“modo existencial ineluctable, inaplazable, como lo es cualquier otra etapa de la vida humana”*.

Según Hoffman, Paris, y Hall (1996) el envejecimiento primario es normal e inevitable y ocurren aunque la persona tenga buena salud, mientras que el envejecimiento secundario, hace referencia a todos los cambios relacionados con la edad y que hacen difícil plantear un curso normal del envejecimiento.

Por último, y respecto al “envejecimiento terciario” Sáez, Aleixandre y Meléndez (1995), manifiestan que éste está relacionado con la hipótesis del “bajón terminal”, en el que explican que cuanto más cerca está un individuo de la muerte se producen deterioros en todos los niveles del funcionamiento y produciéndose una disminución de la capacidad de adaptación, un deterioro generalizado de las capacidades cognitivas, una desestabilización de la personalidad y se convierte en un ser vulnerable ante cualquier situación.

2.4. Perspectiva psicológica del envejecimiento.

El área de estudio del envejecimiento denominada *Gerontopsicología* plantea una visión más positiva y dinámica que la que hemos comentado anteriormente (Baltes, Freund y Li, 2005). Por ejemplo, la “Teoría del Desarrollo de Esperanza de Vida”, es un marco explicativo novedoso de la psicología del envejecimiento que incorpora una concepción del envejecimiento como multidimensional y multidireccional.

En la actualidad en la concepción sobre el envejecimiento se destaca que éste no es un proceso involutivo, ya que cada vez son más las investigaciones que concluyen que son muchas las personas mayores que tienen una buena calidad de vida incluso en edades muy avanzadas. Como afirman Franco Módenes y Sánchez Cábaco (2008), *“el transcurso del tiempo no es igual para todos los individuos y que el envejecimiento orgánico no es un estado sino un proceso diferencial de cambio”*. Por tanto, y teniendo en cuenta la dimensión multi-causal del envejecimiento el fin que persigue la psicología del envejecimiento es estudiar *“el proceso del desarrollo del proceso humano desde el nacimiento hasta el final de la vida”* (Franco Módenes y Sánchez Cábaco, 2008).

Desde una perspectiva psicológica, según Gómez-Carroza (2003) existe un consenso en dividir los cambios que se

producen durante el envejecimiento "en la esfera mental", en tres grandes grupos de transformaciones. Por un lado, el área cognitiva, centrada en aquellos cambios que afectan a los procesos cognitivos básicos; por otro, la repercusión en los procesos cognitivos superiores como el aprendizaje o la inteligencia; y, en última instancia, los cambios que se producen en la personalidad.

Siguiendo a Capataz y Muñoz (2004), cabe añadir que en el envejecimiento, los procesos psicológicos que han suscitado un mayor interés han sido la memoria, la inteligencia y el aprendizaje.

A continuación describimos brevemente las alteraciones más frecuentes en los adultos mayores con un envejecimiento no patológico:

- Cambios en la Atención.

Como plantean Franco Módenes y Sánchez Cabaco (2008), no existe un deterioro generalizado en el envejecimiento de los procesos cognitivos de entrada de información ni tampoco en las funciones ejecutivas. Sin embargo, el declive en el desarrollo evolutivo es evidente en el mecanismo atencional dado que los mayores presentan procesos de interferencia de mayor magnitud tanto en tareas de procesamiento automático como controlado, por lo que estos autores proponen para que

siga su buen funcionamiento en esta etapa de la vida el entrenamiento para personas mayores.

- *La Atención Selectiva*, es “la habilidad para centrarse en la información relevante ignorando los estímulos irrelevantes o distractores” Botella (1999). El trabajo de Rabbitt (1965), fue el primero sobre atención centrado en la vejez. En esta investigación se observó que el tiempo de respuesta en clasificar la información se incrementaba con la edad, ya que los ancianos se distraían con la presencia de información irrelevante. En esta línea, Plude y Hoyer (1981) mantienen la hipótesis llamada “Localización Espacial”, en ella sugieren que “la disminución en la atención selectiva observada con la edad se debe al decremento en la habilidad para localizar lo relevante de la información”. Actualmente no existen datos concluyentes sobre las diferencias basadas en la edad en la atención selectiva y aunque la mayoría de los estudios de laboratorio apuntan a que los ancianos se encuentran en una relativa desventaja con respecto a los jóvenes, también parecen apuntar a que esta diferencia se mitiga en estudios de campo y en la vida cotidiana.

- *La Atención Sostenida*, consiste en “mantener la atención necesaria en la tarea que se está realizando a lo largo del tiempo para concluirarla” (Botella, 1999). Este tipo de atención se evalúa en tareas de vigilancia. Según Stankov (1988) existe evidencia empírica en que “la atención sostenida

disminuye con la edad”. También hay estudios un poco más recientes que revisan la disminución de la vigilancia relacionada con la edad cuando ésta necesita mantenerse de forma voluntaria (See, Howe, Warmm y Dember, 1995; Pereiro y Juncos, 2001). Estos autores consideran que el deterioro como consecuencia de la edad debe interpretarse como una progresiva ralentización del grado de vigilancia que el individuo presenta en las labores que necesitan mantener la atención. No obstante, “hay otros factores que sí disminuyen con la edad, como son la percepción visual o la acústica, lo que afectarían el rendimiento global de las tareas” (Juncos y Pereiro, 2001).

- *La Atención Dividida* hace referencia a “la capacidad para adaptar los procesos cognitivos de forma que permita o facilite la ejecución de dos o más tareas simultáneamente” (Botella, 1999). Los estudios sobre atención dividida se centran la capacidad para llevar a cabo más de una labor simultáneamente, y en los estudios con personas de edad avanzada afirman que, si no se trata de tareas complejas, no se da una diferencia entre sujetos jóvenes y mayores, “pero ante labores complejas los ancianos ejecutan peor las tareas que los sujetos más jóvenes” (McDowd y Craik, 1988).

- Cambios en la Memoria

La memoria, se define como “una capacidad psicológica que sirve para codificar la información, almacenarla y registrarla en alguna parte del cerebro para en un momento dado, cuando

se considera necesario, recuperarla con rapidez y precisión” (Myers, 2005). Una de las mayores preocupaciones de las personas mayores es la pérdida de la memoria con el paso de los años. Sin embargo es muy controvertida la afirmación de que existe deterioro generalizado de la memoria por la edad, ya que no hay un consenso entre los investigadores (Bonete, 2010).

Para comprender el funcionamiento de la memoria y siguiendo seguir las bases establecidas por Perlmutter, Adams, Berry, Berry, Kaplan y Pearson (1987) en su publicación “*Aging and Memory*”, en la cual distinguen entre lo que denominan *capacidades* como las estructuras y procesos y los *contenidos* que representan el conocimiento o la información acumulada.

Sobre las capacidades, la investigación clásica realizada por Atkinson y Shiffrin (1986) distingue entre la memoria sensorial (MS), memoria a corto plazo (MCP) y memoria a largo plazo (MLP). En esta última, cabe citar la propuesta de Squire y Cohen (1984) y Squire (1986), en la cual se distingue entre memoria procedimental y memoria declarativa, dividida ésta última a su vez en memoria episódica y memoria semántica.

Siguiendo el modelo de Atkinson y Shiffrin (1986):

- *La Memoria Sensorial (MS),*

“es el primer almacén que permite mantener la información que procede de nuestros sentidos durante breves momentos (de medio segundo a dos segundos)”. La diferencia más importante que se establece en la memoria sensorial relacionada con la edad es “el aumento del tiempo requerido” (Blasco y Meléndez, 2006:180).

- *La Memoria a Corto Plazo (MCP)* hace referencia a “*un sistema de capacidad limitada que mantiene la información en la conciencia de forma temporal*”. Entre otros autores, encontramos a Dobbs y Rule (1989), los cuales realizaron un estudio en el que encontraron grandes diferencias en memoria de trabajo asociadas a la edad, las cuales se daban sobre todo en aquellos trabajos que precisaban de una mayor manipulación de la información. La MCP realiza una función relevante en el control y en la asimilación de nueva información, aparece cuando la información es todavía el objetivo de la atención consciente (Palacios y Marchesi, 1991). De esta forma,

“Durante el proceso de envejecimiento se produce un enlentecimiento y una menor eficiencia del funcionamiento cognitivo, sobre todo cuando las tareas que se le demandan

requieren muchos recursos atencionales". Fernández-Ballesteros (2004: 5)

Sin embargo, sobre esta cuestión aunque las personas mayores precisan de un mayor número de ensayos de aprendizaje y mayores tiempos de ejecución, si los comparamos con las personas las más jóvenes tienen una gran capacidad de aprendizaje (Fernández-Ballesteros, 2009).

Para mejorar aquellos sistemas de memoria que los mayores han declinado, Ruiz (2002) señala los recursos para mejorar la memoria durante la vejez:

- Estar muy motivado;
- Jugar a recordar en forma deliberada;
- Prestar mucha atención;
- Repetir, repetir y repetir;
- Dedicar mucho tiempo al aprendizaje y la memoria;
- Organizar mentalmente la información a recordar;
- Buscar y establecer asociaciones entre la información que se quiere recordar y otros eventos cotidianos;
- Crear imágenes mentales de lo que se quiere recordar, y finalmente,
- Utilizar ayudas externas como agendas, libretas, etc.

- Cambios en la Inteligencia

Existe un consenso generalizado entre los investigadores en conceptualizar la Inteligencia como “*la capacidad de operar mentalmente, es decir, aquello que hace posible a la persona funcionar de una manera operativa y eficaz en el medio en que se mueve*” (Sternberg, 2000). Desde esta perspectiva “la inteligencia se concibe como la interacción entre factores biológicos y socioculturales, procesos cognitivos y también afectivos motivacionales” (Fernández-Ballesteros y Calero, 1995).

Entre 1900 y 1930 aparecen las primeras investigaciones sobre Inteligencia, y ya en sus inicios se evaluaron los efectos del envejecimiento sobre la Inteligencia aunque los resultados fueron desalentadores (Moreno, Vicente, & Martínez, 1998). A partir de ese momento se denominó “curva de envejecimiento” en la que las puntuaciones en inteligencia aumentaban desde el nacimiento hasta los 25-30, se mantenía hasta alrededor de la cuarta década y, a partir de ésta, la inteligencia iniciaba una pequeña reducción que se acentuaba a partir de la sexta década (Escorial, Rebollo, García, Colom, Abad, & Juan-Espinosa (2003).

Raymond Cattell (1905-1998) estableció una distinción entre dos tipos de inteligencias: inteligencia fluida y cristalizada. Según este autor, la inteligencia fluida hace referencia a una

habilidad heredada para pensar y razonar de una forma abstracta (Horn y Catell, 1966) y tiene una fuerte influencia biológica. Según Horn y Catell (1966), “la inteligencia fluida logra su nivel óptimo entre los 14 y los 15 años, para después disminuir gradualmente”. Por su parte, la inteligencia cristalizada es fruto de la experiencia, es decir, es aquella que va con conocimiento adquirido y con las habilidades intelectuales que una persona desarrolla a lo largo de su vida.

- Cambios en el Aprendizaje

El aprendizaje, es una función cognitiva que también se tiene en consideración al analizar en el funcionamiento mental de los adultos mayores (Fernández-Ballesteros, 2009). La primera reflexión general que debemos hacer, según Maldonado (1998), es que “las habilidades que conllevan la capacidad de aprendizaje, generan una mayor y mejor capacidad de adaptación, siendo necesarios, por tanto, cambios conductuales adaptativos hacia el medio”. Por tanto, podemos afirmar que el aprendizaje implica tanto la adquisición, como el mantenimiento y la extinción de conductas adaptivas, teniendo en cuenta las experiencias previas de los sujetos. El aprendizaje implica todo un proceso de cambio, por lo que es de gran dificultad dar una definición unánime de este concepto, además de que “han existido múltiples contribuciones según las diferentes escuelas psicológicas imperantes” (Ferrándiz, 1997). Según Domjan y Burkhard (1999) el aprendizaje es el resultado de la experiencia con los

acontecimientos ambientales y supone un cambio continuo de la potencialidad de la conducta.

En 1928 fueron Thorndike, Bregman, Tilton, y Woodward quienes llevaron a cabo una de las primeras investigaciones sobre la capacidad de aprendizaje relacionada con la edad. Concluyeron que las diferencias encontradas entre jóvenes y personas mayores eran mínimas y no fueron atribuidas a la base orgánica sino a la falta de hábito en aprender de las personas de edad avanzada (atrofia por falta de uso) y a la práctica en los jóvenes.

También Olechowski (1969) atribuye al ejercicio o a la falta de este “atrofia por inactividad” un papel decisivo en el aprendizaje; ya Sorenson (1930) había confirmado la “hipótesis del desuso” después de su investigación en la que comparó profesoras de escuela con edades comprendidas entre 20 y 56 años, encontrando menor actividad en las participantes de mayor edad.

Por su parte, Hulicka y Grossmann (1967) demostraron que las diferencias que marcaban la desventaja de los ancianos en la capacidad de aprendizaje respecto a los jóvenes, obedecía “al declive atribuido a la edad, a la menor utilización de recursos mnemotécnicos por parte de los mayores, ya que estos poseen menos técnicas de aprendizaje”.

Craig (1968) centró su trabajo con sujetos en edades comprendidas entre 20 y 80 años y comprobó que los sujetos de mayor edad retenían, al igual que los jóvenes, los nombres de cifras desconocidas; no obstante retenían peor que los jóvenes nombres más conocidos; esto demostraría que el empeoramiento se debe a un déficit creciente de la codificación y del registro del material nuevo.

De todo lo expuesto, las principales conclusiones que se extraen derivadas de los trabajos experimentales sobre la capacidad de aprendizaje en la vejez, son:

- a) Las personas de edad avanzada aprenden peor si el material es desconocido o carece de sentido para ellos.
- b) Los ancianos carecen de unas adecuadas técnicas de aprendizaje, además de una falta de hábito.

- Cambios en la Personalidad

Por lo que respecta a la personalidad, tradicionalmente se ha conceptualizado a ésta como una especificidad humana que se configura en las edades tempranas y permanece estable en la vejez, mientras, otros, sostienen que con el transcurso de los años aparecen cambios en el desarrollo personal de los individuos (Jung, 1933; Eriksson, 1950; Vaillant 1977).

Según Allport (1937), la personalidad es una *“organización dinámica, dentro del individuo y de los sistemas psicofísicos, que determina los ajustes únicos al ambiente”*. El dilema

fundamental con el que se ha encontrado la Psicología al estudiar la personalidad del adulto y del anciano es el relativo a si, una vez constituida la personalidad básica del individuo en la adolescencia, sus cambios son menores en los años posteriores o si, por el contrario, cabe esperar cambios en la personalidad del adulto y, por ende, también en la vejez.

Es a partir de los años 50 cuando surgen estudios longitudinales válidos y fiables, cuyos resultados han sido vitales para determinar si existen cambios o estabilidad en la personalidad durante el proceso evolutivo de la persona. Entre estos estudios, cabe destacar el estudio multidisciplinar sobre el envejecimiento de Baltimore, pues los resultados de esta investigación defienden “la estabilidad de la personalidad como elemento distintivo del desarrollo adulto” (Costa, McCrae y Arenberg, 1983; Costa y McCrae, 1994).

Por su parte en la Universidad de Berkeley se realizó un estudio longitudinal (Maas y Kuypers, 1974) en el cual estudiaron a personas desde sus primeros años de vida hasta la vejez. Los resultados de esta investigación pusieron de relieve que las personalidades de los adultos jóvenes permanecen estables. También en el estudio longitudinal de Kansas City (1950) se afirmaba que la vejez no incluye la desaparición de las diferencias interindividuales existiendo muchas formas alternativas de envejecer” (Neugarten, Havigurst y Tobin, 1968).

2.5. Perspectiva social del envejecimiento.

Desde una perspectiva social, el estudio del envejecimiento se fundamenta en tres dimensiones principales: la *socio-demográfica*, que implica el crecimiento poblacional y sus efectos endógenos y exógenos; la *socio-política*, que implica el nivel de participación y de integración social de las personas mayores, y la *económico-política*, que incluye el estudio de los recursos y condiciones socioeconómicas de las personas en la vejez.

Entendemos que el proceso del envejecimiento no se puede entender únicamente desde sus esferas biológica y psicológica, sin contar con todo lo que le rodea al individuo a lo largo de toda su vida. Estamos de acuerdo con Gould (1977, 1981) al definir al ser humano como un “*agente activo que se va construyendo a lo largo de la vida, en interacción con un mundo también activo, a través de un proceso dinámico*”. Desde la perspectiva social, se afirma que a cualquier edad debemos aprender a adaptarnos al contexto y a los roles que nos toca vivir, y así redefinir los nuevos papeles que nos otorga el entramado social. Sabemos que el proceso de envejecimiento no se produce de forma aislada, sino que se desarrolla en un entorno social que influye directamente en el comportamiento y la adaptación personal (Muñoz y Alix, 2002).

Tanto es así que el envejecimiento de la población está suscitando la atención de investigadores, agentes sociales y políticos. En Europa existen múltiples líneas de investigación sobre el envejecimiento, entre las cuales podemos destacar el proyecto “FUTURAGE”¹⁶. Éste es una red científica encargada crear una estrategia multidisciplinar que rija la investigación sobre el envejecimiento en Europa.

En España, a partir de debates en el Congreso y siguiendo las directrices de FUTURAGE, se elaboró un documento titulado «Envejecimiento. La investigación en España y Europa» (2012). En dicho documento se recogen las ideas de carácter general en relación con los retos futuros de la investigación con una perspectiva multidisciplinar, y también las ideas sobre las principales cuestiones a considerar en la investigación, como la biogerontología, el envejecimiento saludable y activo, los recursos económicos y sociales y los entornos del envejecimiento, estando sus contenidos entrelazados entre sí (Rodríguez et al 2012).

Desde la perspectiva social se han de estudiar las necesidades de las personas mayores como son independencia, autonomía, seguridad, pertenencia, competencia, economía y relaciones

¹⁶ Se puede consultar en <http://futurage.group.shef.ac.uk/>

sociales, con el fin de darles una respuesta a la difícil problemática que presenta el envejecimiento de la población y su relación con la administración pública y por ello se hacen imprescindibles los programas sociales en el Estado del bienestar. Y es que el estudio del envejecimiento también se analiza desde una dimensión económico – política para examinar el rol de las políticas sociales, las instituciones así como las motivaciones del grupo en el proceso de envejecimiento, en definitiva de analizar cómo afectan las estructuras sociales a la forma en que las personas se adaptan a la vejez (Pérez-Ortiz, 2006). Se plantea que los factores sociales, políticos y económicos influyen en la definición y abordaje de los problemas sociales de las personas mayores. Nosotros vamos a describir en el siguiente apartado algunas de las teorías del ámbito psico-social que han contribuido al cambio de la visión del envejecimiento dentro del análisis de nuestras sociedades en la actualidad.

2.6. Teorías psicosociales del envejecimiento.

Es a partir de la década de los setenta cuando se va más allá en los estudios tradicionales sobre el proceso del envejecimiento con enfoques tales como el “interaccionismo simbólico” o la “teoría de la vejez como subcultura”. Empiezan a introducirse conceptos como la actividad social, la imagen y el rol social de las personas mayores, así como la satisfacción vital en función de su participación en la sociedad pues, tal y como afirman (Francklin y Tate, 2009: 2). *“las relaciones sociales entre las personas mayores y el sistema social, han contribuido significativamente a cambiar la concepción negativa del envejecimiento hacia un envejecimiento positivo”*. A continuación vamos a exponer algunas de las principales teorías sobre la adaptación al proceso de envejecimiento que provienen del ámbito psicosocial.

2.6.1. Teoría de la Actividad

La teoría de la Actividad (TA) (Havigurst y Albrecht, 1953), es la teoría formulada más antigua y se fundamenta en la hipótesis de que la realización de un elevado número de roles sociales o interpersonales se correlaciona de forma significativa y positiva con un elevado nivel de adaptación y satisfacción vital percibido por la persona mayor. De esta forma, los individuos alcanzan una vejez satisfactoria cuando

descubren y realizan más roles, o ponen los medios necesarios para conservar los que venían desempeñando (Atchley, 1980). Su filosofía se basa en que cuanto más activas sean las personas ancianas, mayor satisfacción obtendrán en su vida. Por tanto, para esta teoría, la actividad es vital para el bienestar.

La TA mantiene la premisa de que sólo cuando el individuo realiza alguna actividad se siente feliz, satisfecho y adaptado. Esta teoría anima, por tanto, a las personas mayores a realizar un gran número de actividades. De esta forma la teoría de la actividad proporciona la justificación conceptual al supuesto que subyace en gran cantidad de programas para los viejos: la actividad social es beneficiosa en sí misma y tiene como resultado una mayor satisfacción en la vida (Odone, 2013: 2).

Así, la TA se basa en tres supuestos principales (Havinghurst, 1953):

- 1) Es mejor ser activo que inactivo.
- 2) Es mejor ser feliz que infeliz, mediante la actividad social, la cual es beneficiosa en sí misma y tiene como resultado una mayor satisfacción en la vida
- 3) La persona mayor es el mejor juez de su propio éxito en el logro de su actividad y felicidad.

Esta teoría también presenta algunas lagunas pues, en ocasiones, no puede explicar por qué determinadas personas

que son pasivas pueden sentirse felices y otras que son activas no le encuentran sentido a sus vidas. A nuestro juicio, esta teoría pasa por alto que las actividades que realizamos, pueden tener diferentes significados para las personas. Lemon *et al.* (1972), por ejemplo, encontraron que la relación entre bienestar y actividad en la vejez depende del tipo de actividad realizada pudiéndose clasificar en formal, informal o solitaria.

2.6.2. Teoría de la Desvinculación.

Esta teoría surge a finales de los años cincuenta y tiene su esplendor en 1961 gracias a la publicación de la obra *Growing Old*, de Cumming y Henry. La teoría de la desvinculación afirma que, como norma general, el envejecimiento se caracteriza por un buen estado emocional sobre los 50 años y posteriormente se aprecia un periodo de estado emocional negativo entre los 60 y los 65 años, y que, a partir de esta crisis, le sucede un periodo de satisfacción general a partir de los 70 años. La teoría sostiene que el proceso normal de envejecimiento se caracteriza por un “desenganche” inevitable y una disminución de las interacciones sociales. Los autores de la teoría concluyen que esta desvinculación es recíproca y universal, ya que la persona mayor se retira de la sociedad, y por su parte, la sociedad toma las responsabilidades económicas, sanitarias y sociales para atender las necesidades de las personas mayores. Aunque esta teoría no señala si es la

sociedad o el propio individuo el que comienza el proceso de desvinculación (Wadesten, 2006).

Se parte de la premisa de que las personas están preparadas para el retiro, cuando se percatan del poco tiempo que les queda por vivir y cuando perciben que van perdiendo energía para mantener sus funciones e interacciones sociales. Por estos motivos, las personas mayores consideran este proceso como funcional desde el punto de vista social, psicológico y como parte de envejecimiento normal. A su vez, la sociedad debe transferir las responsabilidades a otros segmentos de la población y aislar a los ancianos de la participación social. Desde este punto de vista, la teoría de la desvinculación se relaciona con otra teoría enraizada en el funcionalismo estructural: la teoría de la modernidad” (Bazo-Maiztegui, 1999: 49) y que explicaremos con mayor detalle en este capítulo.

Desde estos postulados teóricos, la sociedad debe buscar una forma ordenada de transferir roles y aislar a los ancianos de la participación social. El aislamiento se convierte en algo aceptable para la sociedad y para el individuo ya que se considera deseable para ambos (Cumming y Henry, 1961). Pese a ser una de las teorías que cuenta con mayor tradición en la historia de la psicogerontología, ha recibido críticas en todas sus concepciones.

La principal crítica se fundamenta en la debilidad del valor que tiene la generalización, ya que, aunque parece ser válida para las personas muy mayores, este colectivo no es la totalidad de la población mayor, por lo que no estaríamos hablando de un fenómeno universal (Maddox y Eisdorfer, 1962). Otra crítica es la que hacen Rowe y Khan (1997) cuando indican que para alcanzar un envejecimiento exitoso es necesario el mantenimiento de un alto nivel de funcionamiento cognoscitivo y fisiológico, además, de la participación en actividades sociales y constructivas.

2.6.3. Teoría de los Roles.

La teoría de los roles (Rosow, 1974), plantea que en la vejez se produce un fenómeno de “contracción de roles”, es decir, que las personas mayores están cada vez menos vinculadas a roles funcionales relevantes.

Esta situación conduce a un vacío de las expectativas de rol, de normas y por consiguiente conduce a una desorientación general. Y esta pérdida de los roles funcionales es lo que ocasiona la exclusión de las personas mayores de una participación significativa en el grupo social, lo que conlleva una disminución de las recompensas, del aprecio personal, etc. Tal como lo plantea Rosow (1974), el comportamiento de los individuos ancianos podría tener menos repercusiones sociales que el de los jóvenes o adultos. Según Sáez, Rubio y Dósil

(1996: 104) “esta es la razón por la que emanan del grupo cultural menos expectativas normativas de ejecución hacia esos ancianos”.

Esta teoría incorpora en su noción de persona mayor, una determinada estructura de la sociedad y una ideología que plantea una reducción de la persona asociada a la entidad de producción. Porque con la jubilación se produce el proceso inverso a la socialización y el anciano tiene que asimilar la desposesión de los papeles o roles que tenían hasta ese momento y desarrollar un nuevo rol de inactividad, pasividad e irrelevancia social.

Para esta teoría la adaptación positiva se consigue cuando se acepta esta pérdida de papeles. El envejecimiento exitoso implica la adaptación a nuevos roles sociales y comportamientos apropiados a las últimas etapas de la vida, aunque la pérdida de los roles anteriores puede ser traumatizante porque a veces es difícil para ciertas personas redefinir su estatus (pensionistas, por ejemplo) o lo que Zarit, Reever y Bach-Beterson (1980) llama un status sin rol (*roleless status*). Como afirma Buendía (1994: 60)

“El viejo, a veces, adquiere algunos roles nuevos, pero el envejecimiento, entre otras cosas, una carrera de pérdida de roles, hasta que, con la edad del retiro, la persona

adquiere un último y definitivo rol: el de la persona que no tiene roles". Buendía (1994: 60)

Por otra parte, Aranibar (2001) plantea que esta situación no es necesariamente desfavorable para los ancianos, ya que puede incorporar una sensación de “libertad” al desligarlos de pautas y obligaciones establecidas. Sin embargo, también puede ocurrir que se transforme en una situación de total desestructuración del anciano denominada “desaparición social del anciano”. Esta teoría algunos la consideran como una derivación de la teoría de la actividad, ya que para ésta la autoestima de las personas depende de las actividades que realice, entendidas estas como roles.

2.6.4. Teoría de la Subcultura.

La Teoría de la subcultura (Rose, 1965) se basa en la idea de que las personas de una misma generación, comparten determinadas circunstancias biográficas que impulsan la relación entre ellos con mayor frecuencia y se va creando una “subcultura de esa edad”, es decir, cuando los sujetos de una misma categoría de edad específica, interactúan más entre sí que con los individuos de otra categoría etaria.

Esta teoría comparte la visión funcionalista respecto de las normas sociales, pero su tesis central apunta a que estas normas surgen en la interacción con otros. En este sentido,

Rose (1965) señala que “las personas mayores mantienen su percepción del yo e identidad social a través de la membresía en una subcultura”, postura, como vemos, se contrapone con los planteamientos de los teóricos de la TA.

Según la teoría de la subcultura, las políticas de jubilación en los países desarrollados han hecho que se creen grupos de personas mayores con características comunes estableciendo así una subcultura de la vejez. De este modo, las personas de más de 65 años tenderán a juntarse más con los de su edad, porque encuentran más comprensión entre ellos y tienen más rasgos comunes. Las personas mayores depositarán en su nuevo grupo social la posibilidad de envejecer de manera satisfactoria usando los recursos personales que sirven a otros del grupo y que por sí solos no podrían desarrollar.

Algunas críticas a esta teoría, se refieren a que las personas mayores no comparten una conciencia grupal fuerte respecto de patrones como la participación electoral, actitudes y valores (Piña-Morán, 2004).

2.6.5. Teoría de la Continuidad.

Fue desarrollada por Neugarten en 1964 y fundamenta sus principios en el siguiente postulado:

“A medida que un individuo va avanzando en determinados estadios a lo largo de su vida, va desarrollando nuevos valores, actitudes, hábitos, conductas y metas que

posteriormente retiene, en cierta medida, durante la vejez. De esta forma, la edad avanzada no supone un cambio brusco en la vida de los ancianos, puesto que vendría determinada por las conductas anteriores” (Mishara y Riedel, 1986).

La idea central de esta teoría es que los adultos mayores tienden a proteger y mantener sus estructuras internas y externas y utilizan esta continuidad para conseguir sus objetivos vitales. De esta forma, las experiencias pasadas sirven de base para la elaboración de estrategias encaminadas a alcanzar una mejor adaptación física y mental en el futuro. La continuidad interna estaría conformada por el temperamento, las emociones, las habilidades, etc., y la continuidad externa se corresponde más con el mantenimiento de la estructura de comportamientos y relaciones interpersonales del individuo.

Esta teoría se resume en los 7 postulados expuestos por Héttich (1988):

1.- A nivel psicológico no existe una evolución que sea idéntica en todos los hombres.

2.- Desde el nacimiento hasta la muerte, el individuo constituye una sola entidad coherente, y toda evolución depende siempre de lo que el individuo haya sido anteriormente

3.- Al final de su evolución el individuo integra su experiencia y la imagen que puede hacerse de sí mismo en una estructura estable llamada auto concepto o personalidad que determina sus respuestas ante las nuevas situaciones.

4.- El individuo tiende a fabricar el entorno que le corresponde a través de la coherencia y de su funcionamiento interno.

5.- La personalidad del sujeto se convierte en el mejor predictor de su actitud y adaptación a la vejez. Si no aparecen grandes cambios, el individuo continuará funcionando siguiendo sus pautas de comportamiento habitual

6.- El envejecimiento acentúa las líneas que constituyen la estructura de la personalidad. En la vejez, el individuo puede mostrar rasgos de personalidad más nítidos de los que había manifestado anteriormente.

7.- Aunque la personalidad presenta una estabilidad, continúa evolucionando durante toda la vida integrando los acontecimientos que el sujeto afronta.

Según la perspectiva de la continuidad la calidad del envejecimiento está condicionada por las experiencias de vida de individuos que representan fuente de enseñanzas inestimables. Para los seguidores de esta teoría (Atchley, 1980 en particular), el individuo que envejece bien, busca asegurarse una continuidad en su vida a pesar de los cambios.

Esta idea implica una estructura de base que persiste con el curso de la vida (Costa, Metter y McCrae, 1994). Esta continuidad es a la vez interna (ideas, emociones, experiencias vividas) y externa (medio ambiente social y físico) y permite asumir o integrar una variedad de cambios.

Como el resto de teorías psicosociales, la teoría de la continuidad también tiene detractores, que la critican por ser compleja, especialmente a la hora de realizar su verificación empírica y validez ecológica al considerar los primeros estadios de la vida como elementos fundamentales para el buen funcionamiento y adaptación en el periodo de la vejez (Hooyman, 2005). Por último, desde esta teoría no se explica cómo la necesidad de continuidad también puede influir negativamente en la autoestima, dado que, por ejemplo, tener una mala salud, o la presencia de problemas económicos durante etapas más tempranas puede modificar muy significativamente el estilo de vida de las personas más longevas.

2.6.6. Teoría de la Selectividad Socioemocional

Propuesta por Carstensen (1992) esta teoría defiende la idea de que al envejecer se mejora la regulación de la experiencia emocional, que se evidencia, por ejemplo, en los autoinformes que señalan mayor coincidencia entre las actividades cotidianas deseadas y realizadas (Villar, Triadó, Solé y Osuna,

2006), reducción de las emociones cotidianas negativas y aumento de las positivas (Carstensen y Charles, 1999) y el recuerdo de más aspectos positivos en acontecimientos autobiográficos (Singer *et al.*, 2007).

En general esta teoría se basa en la idea de que si bien en la juventud prevalece el procesamiento de los estímulos emocionalmente intensos, tanto positivos como negativos (Bradley *et al.*, 1992), al envejecer se priorizaría el peso de la información más agradable (Schlagman *et al.*, 2006). Se afirma así que el descenso de los contactos sociales a medida que envejecemos es selectivo, y afecta a los contactos sociales más superficiales y las relaciones más estrechas permanecen intactas. Por tanto, es un proceso que comienza en la adultez por lo que no es un “déficit” de la vejez, así “con el tiempo, vamos seleccionando aquellas relaciones que pueden proporcionar satisfacciones emocionales con mayor probabilidad”.

2.6.7. Teoría de la Modernización.

En 1974 Cowgill a través de esta teoría analiza los cambios sociales y cómo éstos tienen a su vez una gran influencia en el proceso de envejecimiento desde un enfoque global. Esta teoría

“Pretende explicar los cambios en el estatus de las personas mayores a partir de las modificaciones de los sistemas sociales en función del grado de industrialización que alcanzan las distintas sociedades” (Bazo-Maiztegui, 1999: 50).

Aunque tuvo un gran impacto popular en la política exterior de los países desarrollados, también tiene detractores como los que consideran

“los avances tecnológicos sólo como un factor positivo; considera que la madurez tecnológica es el único camino para la modernización; las causas de la pobreza no sólo están en las naciones en desarrollo y las soluciones tampoco están en seguir el camino de los países industrializados” (Romero et al., 2010: 74).

Y también ha sido objeto de críticas por investigadores como Erdman Palmore y Kenneth Manton (1974), quienes estudiaron la pérdida de posición social entre las personas mayores en varias sociedades con diferentes niveles de modernismo.

2.6.8. Teoría de Intercambio en la vejez.

James Dowd (1975) señaló que las formas de intercambio social son fundamentales para explicar el panorama de las personas mayores en la sociedad. Este autor destaca de nuevo la importancia del vínculo existente entre la edad y la

estructura social, ya que afirma que dicho vínculo genera un intercambio desequilibrado, el cual además ejerce poco poder.

En este sentido, para esta teoría las personas mayores se encuentran en una situación de desequilibrio en sus relaciones con las personas jóvenes, ya que disponen de menos recursos en torno a ingresos, escolaridad o salud, produciéndose así una situación en la que las personas mayores disminuyen su participación social, ya que sólo quienes poseen los recursos necesarios para sostener interacciones con otros grupos etarios se mantienen activos en forma permanente.

Esta teoría incorpora una nueva perspectiva al estudio de la vejez, pero hace demasiado énfasis en lo económico y concibe todos los vínculos desde un punto de vista racional. Por lo que no se valora la calidad de los vínculos de intercambio, destacando sólo la importancia del número de interacciones iniciadas.

Podemos afirmar que todos estos presupuestos teóricos han significado un cambio de paradigma en la investigación gerontológica pasando de un determinismo negativo del envejecimiento hacia una investigación centrada hacia el proceso por el que se optimizan las oportunidades de bienestar físico, social y mental durante toda la vida, con el objetivo de ampliar la esperanza de vida saludable, la productividad y la calidad de vida en la vejez. Y de ahí el surgimiento del

Envejecimiento Activo, cuya base se asienta en la teoría de la actividad.





Capítulo 3.

ENVEJECIMIENTO ACTIVO Y CALIDAD DE VIDA.

3.1 El Envejecimiento Activo.

3.1.1. Evolución histórica.

3.1.2. Conceptualización.

3.2 Calidad de vida.

3.2.1 Concepto de Calidad de vida.

3.2.2 Calidad de vida y su relación con la salud.

3.2.3 Calidad de vida y envejecimiento.



Capítulo 3.

ENVEJECIMIENTO ACTIVO Y CALIDAD DE VIDA.

3.1. El Envejecimiento Activo

3.1.1 Evolución histórica

Envejecer de forma activa ha emergido como paradigma desde hace varias décadas (Avramov y Maskova, 2003). El término «**Envejecimiento Activo**» fue adoptado en la II Asamblea Mundial sobre Envejecimiento, realizada en Madrid en 2002, para definirlo como:

“proceso por el que se optimizan las oportunidades de bienestar físico, social y mental durante toda la vida, con el objetivo de ampliar la esperanza de vida saludable, la productividad y la calidad de vida en la vejez” (OMS, 2002)

La idea del buen envejecimiento como sinónimo de actividad, proviene de la concepción una de las primeras teorías que analizaba los factores que determinan una óptima adaptación de las personas a su propio proceso de envejecimiento y que hemos visto en el anterior capítulo. A su vez, el propio concepto de Envejecimiento Activo ha ido evolucionando desde planteamientos conceptuales que pudieran hacer más énfasis en los aspectos físicos o de salud, por otros más

centrados en los aspectos emocionales o en las relaciones sociales de las personas. El mismo Havighurst (1961), utiliza el término «**Envejecimiento con éxito**» para definir éste como un estado interno de felicidad, partiendo de la hipótesis de que la transición a una edad avanzada desencadena una inestabilidad de la situación interna y externa, siendo la satisfacción el indicador de que la persona se ha conseguido adaptar al proceso del envejecimiento.

En la literatura científica encontramos varias denominaciones para referirse a este tipo de envejecimiento. Por ejemplo, Butler¹⁷ y Schechter (1995: 763) utilizan el término «**Envejecimiento productivo**» para referirse a “la capacidad de un individuo o una población para servir en la fuerza de trabajo remunerada, en las actividades de voluntariado, ayudar en la familia y mantenerse tan independiente como sea posible” y por su parte Erikson, (2000) plantea el ciclo vital como una secuencia de encrucijadas y habla de «**Envejecimiento vital**» para referirse al ciclo vital como un proceso abierto que puede suponer tanto pérdida o ganancia en función de cómo se resuelve una de las encrucijadas.

¹⁷ Existe consenso a que la primera alusión al concepto de envejecimiento productivo se debe al profesor Robert N. Butler, del Mount Sinai Medical Center. En 1975 ganó el premio Pulitzer con el libro *Why Survive? Being old in America*.

Fue determinante la diferenciación realizada por Rowe y Khan (1987, 1997) entre «**envejecimiento normal**» (*usual aging*) y «**envejecimiento exitoso o saludable**» (*successful aging*), para referirse con este último al envejecimiento que implica una baja probabilidad de padecer enfermedades o discapacidad, elevada capacidad funcional física y cognitiva, y mantenimiento de una vida activa en la sociedad. Con ello pretendían contrarrestar la tendencia creciente en gerontología a establecer una distinción entre lo patológico y lo no patológico, es decir, entre la población de personas de edad avanzada con enfermedades o algún tipo de discapacidad y la que no padece ninguna de ellas.

Para Baltes y Baltes (1990), al hablar de «**envejecimiento con éxito**» se deben tener en cuenta indicadores biológicos, tales como la salud y psicológicos como salud mental, eficacia cognitiva, competencia social, productividad, control personal y satisfacción vital. El envejecimiento con éxito según Baltes y Carstensen (1996), “está determinado por la salud física y mental, las habilidades funcionales, la satisfacción con la vida, el apoyo social percibido, y el compromiso social”. Otros autores como (Lehr, 1982) enfatizan la valoración subjetiva y la satisfacción con la vida como elementos clave de un envejecimiento exitoso e incluso otros, consideran como elemento clave la actividad y productividad social (Siegrist, Knesebeck y Pollack, 2004).

Por su parte, Fries en 1989 hablaba del «**Buen envejecer**» mediante la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud a través del aprendizaje de estilos de vida saludables.

En 1990 en la I Asamblea Mundial sobre Envejecimiento la OMS define «**Envejecimiento Saludable**» como “el proceso de optimizar las oportunidades de salud, participación y seguridad en orden a mejorar la calidad de vida de las personas que envejecen” (OMS, 1990), más tarde, en el año 2002, el término evolucionó a «**Envejecimiento activo**», y que más adelante explicaremos.

Vaillant y Vaillant (1990) utilizan este mismo término para referirse a esta etapa de la vida en la que una persona se mantiene con buena salud (ausencia de bebidas alcohólicas y depresión), se da un mantenimiento de relaciones familiares y unas habilidades de afrontamiento adecuadas a situaciones de estrés. Y Schulz y Heckhausen (1996) incluyen las variables funcionamiento pulmonar y cardiovascular, ausencia de discapacidad, adecuada ejecución cognitiva, control primario y logros en los ámbitos físicos y artísticos a este concepto de envejecimiento saludable.

Dado que con el término “salud” parece que se daba más preponderancia a los aspectos físicos y menos a los psicosociales, la comunidad científica ha utilizado otros términos como «**Envejecimiento competente**» (Fernández-Ballesteros,

1998). Esta autora considera no sólo la salud como esencial, sino también la participación del individuo en la sociedad sin olvidar, además, que ésta debe proveer de sistemas de seguridad. Otro término muy utilizado es el «**Envejecimiento óptimo**» para referirse al proceso de maximización de la longevidad, la salud y la satisfacción con la vida (Palmore, 1995).

Más recientemente se viene utilizando el concepto «**Envejecimiento positivo**» de Gergen y Gergen (2001) que, desde una perspectiva multidimensional, incluye condiciones cognitivas, emocionales y sociales. Con la definición en 2002 de la OMS del «**Envejecimiento Activo**», el proceso de envejecimiento no sólo se contempla desde la atención sanitaria, sino que incorpora todos los factores de las áreas sociales, económicas y culturales que afectan al envejecimiento de las personas (Giró, 2004).

No podemos estar más de acuerdo con la siguiente afirmación del “Envejecimiento Activo”:

“Es un constructo (i) dotado de un sentido polisémico y relacionado con diversas teorías, (ii) construido a partir de múltiples contenidos y sus interacciones, (iii) correlacionado con otros conceptos de significado más general (bienestar, calidad de vida), (iv) envuelto en confusiones y tensiones inevitables ante su complejidad y ductilidad en su definición y uso, y (v) hecho operativo

siguiendo variadas estrategias (científica, política, de aplicación práctica)”. Fariñas (2012: 8)

A continuación profundizaremos en el proceso de conceptualización del mismo.

3.1.2. Análisis de su conceptualización.

El concepto del Envejecimiento Activo se basa en el reconocimiento de los derechos humanos de las personas mayores y en los principios de las Naciones Unidas de independencia, participación, dignidad, asistencia y realización de los propios deseos. Sustituye la planificación estratégica desde un planteamiento basado en las necesidades (que contempla a las personas mayores como objetivos pasivos) a otro basado en los derechos, que reconoce los derechos de las personas mayores a la igualdad de oportunidades y de trato en todos los aspectos de la vida a medida que envejecen (Pérez Salanova, 2004)

Mediante sus tres pilares, salud, participación y seguridad, el *Plan de Envejecimiento activo* de la OMS ofrece una plataforma para el consenso a través de los diferentes sectores de la sociedad y a diferentes niveles. La OMS propone acciones en varios sectores además de los servicios de salud y sociales (como acciones en economía, cultura, trabajo, seguridad social, vivienda, entre otros). Se respalda también la

responsabilidad activa de los mayores para ejercer su participación tanto en el proceso político como en todos los aspectos socioculturales y económicos de la vida comunitaria. Se aboga para que la persona permanezca activa física, social y mentalmente, participando en todas las actividades que ofrece la Comunidad a lo largo de todo su ciclo vital¹⁸. Tal y como afirman (Aguilar *et al.*, 2013 y Martin *et al.*, 2012), el Envejecimiento Activo implica la promoción de la salud y de la participación en todos los aspectos de la sociedad.

Esta visión “positiva” y “satisfactoria” del envejecimiento se ha desarrollado como opuesta a la visión más patológica de la vejez. Baltes y Baltes (1990) afirman que esta perspectiva positiva del envejecimiento se orienta hacia la búsqueda de los factores y condiciones que ayudan a identificar el potencial del envejecimiento y a identificar las vías para modificar, en sentido positivo, el envejecimiento. El cambio de dicha perspectiva surge, según Baltes (1987) y Gutiérrez, Serra y Zacarés (2006), por la existencia de datos procedentes de los grandes estudios longitudinales, por el desarrollo de las ciencias gerontológicas desde su aproximación a un modelo evolutivo contrario al modelo clínico decremental, y, por supuesto, por los cambios sociodemográficos que ha derivado a que la llamada “pirámide poblacional” se haya convertido,

¹⁸ También la OMS incluye, en su programa sobre *Ciudades Amigables*, el envejecimiento activo como elemento para potenciar las oportunidades de salud, de participación y seguridad.

ya en un rectángulo, y, como decíamos al inicio de este trabajo, va camino de convertirse en una pirámide invertida. Todo ello ha producido un cambio radical en los planteamientos que existían sobre el envejecimiento, facilitando una perspectiva diferente de añadir no sólo años a la vida, sino también vida a los años (Havighurst, 1953).

Según Zamarrón (2006), los determinantes del Envejecimiento Activo han de estar clasificados en: económicos, sociales, físicos, servicios sociales y de salud, personales (psicológicos y biológicos) y comportamentales (estilos de vida). El verdadero reto es conseguir que cada individuo potencie su bienestar físico, social e intelectual, a lo largo de toda la vida y su participación en la sociedad de acuerdo con sus necesidades, deseos y capacidades se haga realidad. Para conseguir estos fines y hacer del envejecimiento una experiencia positiva, es importante tener en cuenta los siguientes conceptos (OMS, 2002):

- a) La autonomía o la capacidad de controlar, afrontar y tomar decisiones acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias.
- b) La independencia, entendida como la capacidad de desempeñar las funciones relacionadas con las actividades de la vida diaria.

- c) La calidad de vida concebida como la percepción individual de la propia posición en la vida dentro del sistema de valores en que se vive.
- d) La esperanza de vida saludable se utiliza como sinónimo de esperanza de vida libre de discapacidades.

En junio de 2010, el Consejo de la Unión Europea invitó a la Comisión Europea a que el Envejecimiento Activo ocupase un lugar prioritario en la agenda política, y a trabajar en este tema en los comités de protección social, empleo y política económica, y en el Grupo de Expertos en Asuntos Demográficos¹⁹. En el mismo documento se insta a la Comisión Europea a elaborar un marco de acción estratégica en el cual se apoyen nuevas iniciativas y asociaciones sobre el envejecimiento activo, digno y saludable. El reto que supone el envejecimiento poblacional en Europa es objeto de atención en todos los medios, y la sociedad espera una respuesta política mediante una acción intersectorial. De esta forma, la Unión Europea ha estructurado en las últimas décadas diversas iniciativas de concienciación pública sobre esta temática, y el año 2012 fue declarado el del Envejecimiento Activo y la Solidaridad Intergeneracional.

¹⁹ European Union. *Council Conclusions on Active Ageing: 3019th Employment, Social Policy, Health and Consumer Council Meeting*. Luxembourg; (2010. 7)

La formulación de políticas públicas y las acciones concretas para lograr un Envejecimiento Activo varían y se adaptan a cada sociedad. Así, por ejemplo, la política australiana se centra en la economía; dicho documento enuncia las siguientes áreas para el envejecimiento activo: seguridad económica, actividad física, mental y social, y participación laboral. Al especificar la seguridad económica coloca como prioridad la erradicación de la pobreza. Además, prioriza la participación laboral sobre la participación social²⁰.

El concepto de Envejecimiento Activo se ha de aplicar tanto a los individuos como a los grupos de población, permitiendo a las personas realizar su potencial de bienestar físico, social y mental a lo largo de todo su ciclo vital, mientras participan en la sociedad de acuerdo con sus necesidades, deseos y capacidades, proporcionándoles protección, seguridad y cuidados adecuados cuando necesitan asistencia (López, 2014).

²⁰ World Health Organization. *Global network of age-friendly cities*. Disponible en http://www.who.int/ageing/age_friendly_cities_network/en/index.html.

3.2. Calidad de vida.

3.2.1. Concepto de Calidad de Vida.

Aunque el término Calidad de Vida (CV) es reciente en los campos de la Economía y la Salud, su origen reside en el período del Renacimiento cuando el hombre comenzó a tomar una nueva conciencia de los determinantes de su existencia. En las obras de Moro, y Campanella donde se proponía una sociedad perfecta (utópica) donde se cuidaba fundamentalmente de las actividades del modo de vida como de trabajo, nutrición, ejercicio, recreación, actividad sexual, etc. como objetivo para lograr una “vida con calidad, bienestar y salud” (Osorio, *et al.*, 2010).

En la segunda mitad del s. XIX, los higienistas sociales incorporan teorías económicas revolucionarias permitiendo relacionar el bajo salario, las condiciones inhumanas de trabajo, la vivienda insalubre, la miseria de las clases sociales más relegadas, etc., con la enfermedad y la epidemias. En el mundo moderno, el desarrollo de valores en la cultura universal e instituciones de cooperación y ayuda como la ONU, UNESCO, OMS y UNICEF entre otras, han hecho posible los registros de datos comparados sobre el grado de desarrollo y las condiciones de vida y de salud de las naciones.

En una búsqueda histórica del uso de la expresión “Calidad de Vida” hallamos que ésta había sido popularizada en la década de los 50, dentro del ámbito de las ciencias económicas por Galbraith (1958), pero no fue utilizada con su significado actual hasta una década más tarde, cuando el presidente de los Estados Unidos, Lyndon Johnson, la empleó en un mitin político realizado en el Madison Square Garden, el 31 de Octubre de 1964, donde señaló que “los objetivos de las políticas de salud no pueden ser medidos a través del movimiento de los bancos. Ellos sólo pueden ser medidos a través de la calidad de vida que proporcionan a las personas”. A partir de este momento se propagó el uso de este nuevo concepto, hasta que en 1974, la publicación del “Social Indicators Research” marcó un hito en el estudio de la Calidad de Vida.

En 1977, el término “Calidad de Vida” se convirtió en una categoría propia de búsqueda en el “Index Medicus” como palabra clave para ser utilizada en la base de datos “Medline”. A partir de entonces, su uso se popularizó mundialmente entre los investigadores de la salud durante la década de los 80 y los 90. En 1991 se fundó la publicación trimestral “Quality of Life Newsletter”; y la revista periódica “Quality of life Research”. En 1994, se fundó la Sociedad Internacional para el Estudio de la Calidad de Vida en los Estados Unidos (International Society for Health-Related Quality of Life).

Sin embargo, y a pesar de que hemos visto que es un concepto que comienza estudiarse a mediados de los años 70 del siglo pasado, aún hoy en día podemos comprobar que existe una falta de consenso para una definición “general” de calidad de vida, coincidiendo la mayoría de los autores en que no existe un enfoque único que pueda definir y explicarlo totalmente (Cardona *et al.*, 2006). Y es que existen diferencias de criterio hasta en afirmar de las disciplinas de las cuales partió su estudio, pues, mientras que para Moreno y Ximenez (1996) “tiene su origen en la medicina aunque se extiende rápidamente hacia otras ciencias como la sociología o la psicología” para Campbell *et al.* (1966) históricamente, la calidad de vida ha estado más vinculada a factores económicos y sociales.

En los años setenta del siglo pasado, Andrews y Withey (1976), afirmaban que “la CV no sólo se trata de un reflejo directo de las condiciones reales y objetivas, sino de la evaluación hecha por el individuo”. También el concepto calidad de vida se empezó a utilizar en los debates públicos a principios de la década de los años sesenta del siglo pasado, con referencia al medio ambiente y al deterioro de las condiciones de vida urbana (Gómez y Sabeih, 2001). En 1994, la OMS definió la CV como “la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones”. Según Giusti (1991)

la CV es “un estado de bienestar físico, social, emocional, espiritual, intelectual y ocupacional que le permite al individuo satisfacer apropiadamente sus necesidades individuales y colectivas”. Incorporando más elementos, Hillmann, (2001) incluye ámbitos como “la atención sanitaria, la educación, el mundo laboral, las posibilidades y condicionantes del tiempo libre, el medio ambiente, el ambiente social y las relaciones de seguridad y los derechos personales y el ámbito político”. Por su parte Velarde-Jurado y Ávila-Figueroa destacan que,

“La CV es un estado de bienestar que recibe la influencia de factores como empleo, vivienda, acceso a servicios públicos, comunicaciones, urbanización, criminalidad, contaminación del ambiente y otros que conforman el entorno social y que influyen sobre el desarrollo humano de una comunidad”. Velarde-Jurado y Ávila-Figueroa (2002: 353)

El desarrollo de los indicadores sociales produce un proceso de diferenciación que hace que la CV comience a definirse como un concepto integrador que engloba todas las áreas de la vida y hace referencia tanto a condiciones objetivas como a elementos subjetivos (Rodríguez Marín, Pastor y López-Boix, 1993; Shalock, 2005; Felce, 2006; Gómez y Sabeh, 2001) y así, desde una perspectiva multidimensional, la calidad de vida de una persona puede ser analizada en relación a su condición psicológica, salud física, salud mental, funcionamiento social,

factores económicos y sujetos de derechos sociales, roles y percepción general de la salud (Ruiz y Baca, 1993).

3.2.2. Calidad de vida en relación a la salud.

Nieto *et al.* (1998) afirman que el concepto de calidad de vida ha evolucionado desde una concepción sociológica hasta la actual perspectiva psicosocial en la que se incluyen los aspectos tanto objetivos como subjetivos del bienestar o de la satisfacción personal con la vida, siendo estos últimos los que adquieren mayor relevancia.

Según la ya clásica definición de la OMS (1946) la salud es definida como “el estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”²¹. Tal y como afirma Rodríguez-Marín (2001)

“la calidad de vida es un concepto complejo compuesto por diferentes dominios y dimensiones, y de difícil definición operacional que parece poder traducirse en términos de nivel de bienestar subjetivo, por un lado, y, por otro, en términos de presencia o ausencia de indicadores estándar, más o menos objetivos, de lo que

²¹ La cita procede del preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, que fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados y entró en vigor el 7 de abril de 1948, ver en <http://who.int/suggestions/faq/es/>

en general las personas consideran que determina una buena vida". (Rodríguez Marín, 2001:173)

Muestra de esta complejidad es que en la literatura científica existe cierta confusión a la hora de utilizar términos como salud, estado de salud, bienestar subjetivo o calidad de vida (Yanguas, 2006).

Así por ejemplo Diener (1994), quien definió la Calidad de Vida como

"Un juicio subjetivo del grado en que se ha alcanzado la felicidad, la satisfacción, o como un sentimiento de bienestar personal. A este juicio subjetivo se le considera estrechamente relacionado con (cuando no causado por) determinados indicadores objetivos biológicos, psicológicos, de comportamiento y sociales" (Diener, 1994: 69)

Katschnig (2000), hace referencia a la calidad de vida como un concepto que se encuentra relacionado entre sí con el bienestar psicológico, la función social y emocional, el estado de salud, la funcionalidad, la satisfacción vital, el apoyo social y el nivel de vida utilizando indicadores objetivos y subjetivos de las funciones física, social y emocional de los individuos.

En la misma línea, Levi y Anderson (1980) delimitaron el concepto de calidad de vida como una medida compuesta de

bienestar físico, mental y social, tal y como la percibe cada individuo y cada grupo, y de felicidad, satisfacción y recompensa.

Es aceptada por todos la definición de la Organización de las Naciones Unidas que plantea la salud, la alimentación, la educación, el trabajo, la vivienda, la seguridad social, el vestido, el ocio y los derechos humanos como los principales componentes de la calidad de vida (ONU, 1994).

Estamos de acuerdo con Rodríguez-Marín y Neipp (2008) cuando afirman que

“la Calidad de Vida es un concepto amplio, que aúna el bienestar subjetivo del sujeto, junto con la presencia o ausencia de indicadores estándar, más o menos objetivos, de lo que en general las personas valoran que determina poseer una vida en condiciones óptimas” Rodríguez-Marín y Neipp (2008:235)

Por su parte, Vinaccia y Orozco (2005) consideran que la calidad de vida puede traducirse en términos de nivel de bienestar subjetivo, por un lado, y, por otro, en términos de indicadores objetivos. El primer aspecto recoge lo que se denomina “felicidad”, sentimiento de satisfacción y estado de ánimo positivo; el segundo alude a la noción de “estado de bienestar”.

En este sentido, Sánchez-Sosa y González-Celis (2005) señalan que el concepto de CV contempla tres dimensiones, por un lado lo que la persona es capaz de hacer, por otro la accesibilidad que tiene el individuo de los recursos y oportunidades y por último la sensación de bienestar, teniendo en cuenta que para este autor esta última supondría la calidad de vida subjetiva.

Parece, por tanto, que existe cierto acuerdo en que se dan una serie de dimensiones o características que incluye la calidad de vida como son:

- Se basa en la propia experiencia del individuo, y en sus percepciones y evaluaciones sobre sí mismo. Aunque se admite que el contexto físico y material influye sobre el bienestar psicológico, no es visto como parte inherente y necesaria del mismo.
- Incluye medidas positivas y no sólo la ausencia de aspectos negativos, distanciándose así de los enfoques tradicionales sobre el bienestar.
 - Comprende algún tipo de evaluación global sobre la vida de una persona.

3.2.3. Calidad de vida y envejecimiento.

Tal y como hemos comentado, en la II Asamblea Mundial del Envejecimiento en 2002 se destacó como uno de sus puntos clave la incorporación, por parte de los países participantes, del compromiso por lograr un envejecimiento activo en el diseño de sus políticas sociales. Y es que, una de los grupos de población sobre los que hemos de tener especial consideración sobre su bienestar y calidad de vida es el colectivo de personas mayores. Son los mayores un colectivo protegido y sobre el que se hace especial énfasis en su cuidado a nivel nacional en los textos constitucionales y a nivel internacional en la Carta de Derechos Humanos de la ONU y de ahí el “Plan Gerontológico Nacional” (IMSERSO, 1992; IMSERSO, 2003) y el II Plan Internacional de Acción sobre Envejecimiento de Naciones Unidas (UN, 2002) y su variante para Europa (UNECE, 2003). Además, la OMS establece como meta del envejecimiento activo el incremento de la calidad de vida (OMS, 2002).

Los estudios sobre CV en este segmento de población, surgen para conocer y dar mejor atención a las necesidades de dichas personas debido a los cambios físicos, psicológicos y sociales asociados al proceso del envejecimiento, y siendo, por tanto, una población particularmente vulnerable que requiere de estrategias de atención que les garanticen una calidad de vida digna. Ocuparse y preocuparse por una vida de calidad es en la

actualidad la meta gerontológica más perseguida y valorada (Reig-Ferrer, 2000). La Organización Mundial de la Salud hace años tenía como objetivo aumentar la esperanza de vida, hoy en día, sin embargo, pretende que las personas mayores tengan una mejor calidad de vida manteniéndolos activos (Gal, Santos y Barros, 2005). Esto no es una tarea fácil, ya que como afirman Velascos y Sinibaldi, (2001) “envejecer es un proceso que despliega una secuencia compleja de cambios y pérdidas que exigen una adaptación en lo intelectual, social y afectivo-emocional, que dependerá de las circunstancias biológicas, sociales y psicológicas”. Y coincidimos con ellos que, para mantener una buena calidad de vida, el ser humano debe ser consciente de sus capacidades y limitaciones, con el fin de poder marcar así sus objetivos, teniendo siempre presente que el proceso de envejecimiento es una fase de la vida en la que también se puede ser feliz.

Capítulo 4.

PARTICIPACIÓN SOCIAL Y ENVEJECIMIENTO.

4.1. Evolución de la “Participación Social”.

4.2. Participación Social vs Participación Política.

4.3. La Participación Social y la Calidad de Vida en el Envejecimiento.

4.4. Marco normativo de la Participación Social de los Mayores.



Capítulo 4.

PARTICIPACIÓN SOCIAL Y ENVEJECIMIENTO.

4.1 Definición de Participación Social.

El sociólogo Wright Mills (1963) conceptualizó la Participación Social (PS) como un proceso continuo de formación de opiniones dentro de grupos de trabajo y de organismos intermedios en base a cuestiones de interés común, y a las decisiones que se adoptan para resolver cada cuestión.

Tres décadas después, Gyarmati (1992) concretó la PS como la capacidad real, efectiva del individuo o de un grupo de tomar decisiones sobre asuntos que directa o indirectamente afectan sus actividades en la sociedad y, específicamente, dentro del ambiente en que trabaja” por lo que vemos que hay una preferencia a relacionar la participación social dentro de unos límites formales e institucionales.

Hay autores que entienden que el concepto no debe de estar tan asociado a las instituciones, y en esta línea encontramos la definición de Francés y Santacreu (2005) quien afirma que la PS puede ser definida como “una de las más grandes expresiones del compromiso cívico, esto es, la interacción de unos individuos con otros en situaciones y procesos más o

menos estructurados, y que desarrollan una actividad con fines significativos dentro del sistema social”. Y otros autores van más allá, como Connidis y McMullin, (1992) para quienes la PS es “la realización de actividades como viajar o realizar cualquier actividad fuera del hogar”.

Por su parte McDonald (1996) especifica que la PS puede definirse mejor desde tres dimensiones: a) el vecindario, b) la implicación en actividades organizadas o de asociaciones y c) la amistad y por último encontramos a autores que entienden la PS como los beneficios que ésta reporta al individuo, como por ejemplo, para Li, Seltzer y Greenberg (1997) para quienes la PS debe entenderse, junto con el apoyo emocional y el apoyo al cuidador, como un tipo de apoyo social. Otros (Aragó, 1985; Buena-Casal, Carrasco & Fernández-Ríos, 1997; Contreras de Lehr, 1980; Dulcey-Ruiz & Uribe, 2000; Fernández-Ballesteros y Maciá, 1996, Fernández-Ballesteros, 1998) han estudiado la potente influencia de las actitudes y de las percepciones de la realidad –factores subjetivos– sobre la valoración de los factores objetivos de la Calidad de Vida. Dentro de los cuales se encuentran, por ejemplo, la salud, las relaciones sociales, la longevidad, y añadiríamos que incluso influyen en la estimación que se hace con respecto a indicadores objetivos u objetivables de la calidad vital, tales como la vivienda, la educación, el transporte, etc.

En el estudio *La participación social de las Personas Mayores* (2008), Duque y Mateo plantean que, según el grado de iniciativa, la vinculación, implicaciones y consecuencias se puede hablar de varios niveles de participación (Duque y Mateo, 2008: 19-20)

- La participación como *información*, puede ser entendida como la más básica y fundamental entre los diferentes niveles posibles y, corresponde a aquella en la que la ciudadanía participa por el hecho de conocer o estar informada de sus deberes y derechos. Este proceso tiene implícito un límite, conocer cuál es la disponibilidad real de la información pública y que ésta sea de calidad, es decir, clara, pertinente, oportuna y precisa.

- La participación como consulta no vinculante, corresponde a una forma de participación que se caracteriza por no implicar una relación directa con el proceso de toma de decisiones. Es decir, los resultados de la consulta no tienen mayor impacto pues la decisión suele radicar en un tercero.

- La participación como consulta vinculante es una forma más avanzada de participación, pues toma en cuenta la opinión o parecer de las personas. Esto requiere de personas informadas, pues adquiere sentido en la medida que éstas poseen conocimiento respecto de los temas que se les preguntan.

- La participación como co-gestión o co-ejecución, referido a la realización conjunta entre las partes, sin que necesariamente haya existido un proceso de decisión conjunta.

- La participación como control es una forma avanzada de participación ciudadana, pues alude a la posibilidad de emprender acciones de fiscalización con respecto a la gestión pública. Es decir, en este nivel, la ciudadanía puede participar en instancias de evaluación o auditoría de las distintas etapas o fases de un proyecto.

- La participación del tipo co-implicación o codirección corresponde a aquella forma que idealmente, incorpora a todas las anteriores, pero que se traduce en la concertación de voluntades, formación de alianzas y participación en las decisiones, en conjunto con las instituciones que dan forma a una oferta de participación.

4.2 Participación Social vs Participación Política.

Es innegable que de todas las dimensiones a las que podemos relacionar la PS, un papel destacado lo desempeña la participación política, y es que, a partir de la década de 1950, el análisis individual del comportamiento electoral tuvo una gran expansión, dando lugar a la aparición de las conocidas escuelas de Michigan (Campbell *et al.*, 1960) y de Columbia (Lazarsfeld *et al.*, 1944; Berelson *et al.*, 1954). La *Escuela de Michigan* se centró en el análisis de las actitudes políticas de los ciudadanos y la segunda en elementos de integración social como variables explicativas.

Según la *Escuela de Columbia* los individuos poseen características que les diferencian y que constituyen recursos específicos, pues favorecen o dificultan su actuación política. Dentro de estos recursos, podemos identificar un primer conjunto formado por la edad, el género, la educación, los ingresos, la clase social y la ocupación. Un segundo grupo comprende variables que tienen que ver indirectamente con el individuo, hacen referencia a los recursos que le proporciona el contexto social en el que se mueve; se trata de la información que las redes de comunicación y de socialización le facilitan, así como el proceso de integración social en que se ha visto envuelto. Así, al modelo que tiene en cuenta este conjunto de recursos se ha identificado como *modelo*

sociológico de decisión de voto (Berelson *et al.*, 1954; Lipset y Rokkan, 1967; Butler y Stokes, 1971; Verba y Nie, 1972).

La *Escuela de Michigan* identificó como factor determinante en la decisión de participar o no en una convocatoria electoral un conjunto de actitudes políticas. El modelo desarrollado por esta escuela fue identificado como *modelo psicologista de decisión de voto*. En él se hacía énfasis en las características psicológicas y perceptivas del individuo ante diferentes elementos del sistema político, así mismo como actor con capacidad para intervenir e influir en política.

En la década de 1970, la aplicación de estos enfoques empezó a quedar desfasada a la hora de interpretar la participación del electorado. Fueron muchos los elementos que se destacaron como determinantes en ese cambio pero, sobre todo, se señalaba el incremento de los niveles educativos, reavivando también algunas de las premisas en las que se basaba un tercer enfoque analítico: la teoría económica de la democracia (Downs, 1957). Esta teoría pretendía explicar la participación electoral y el comportamiento específico de los electores a partir de los beneficios económicos que éstos percibían que habían recibido o que iba a recibir; es decir, un modelo racional en el que entraban en consideración tanto elementos materiales como simbólicos.

En décadas posteriores se ha ido comprobando la pérdida de poder explicativo de muchas de estas variables en función de los cambios acaecidos en los diversos tipos de sociedades. Y es que en las sociedad avanzadas actuales hay un descenso importante en el porcentaje de personas que lleva a cabo actividades políticas (Teixeira, 1992; Wattenberg, 2000) por lo que preocupa el significado que el descenso de la participación puede tener para la democracia en términos de pérdida de legitimidad y como síntoma de apatía y desafección (Norris, 1999; Pharr y Putnam, 2000).

4.3 La Participación Social y la Calidad de Vida en personas mayores.

Como vimos en el anterior capítulo, el estudio de las interacciones que tienen las personas mayores ha sido una cuestión importante en la evaluación de su calidad de vida. Ya en 1994, Kaplan y Strawbridge propusieron que debería reconsiderarse la propia definición de «envejecimiento saludable» ya que el concepto tiene que insertarse dentro de un contexto socioambiental. La nueva definición debería resaltar la importancia de los factores comportamentales (p. ej., fumar, la actividad física) y sociales (p. ej., la participación social) como determinantes de la longevidad y el funcionamiento diario.

Y es que, en ocasiones, la realidad de las personas mayores, tal y como afirma (López, 2014) puede presentar algunos de los siguientes problemas que deben ser tenidos en cuenta, como:

- Su situación social y económica se transforma, ya que la jubilación conlleva una disminución de sus ingresos, además supone un cambio brusco de una etapa de gran actividad a otra de ocio absoluto.
- Debe adaptar su vivienda y todo lo relacionado con ella a sus nuevas necesidades, e incluso en ocasiones es necesario abandonarla.
- Existe la probabilidad de que surjan situaciones de dependencia por razón de edad o por causas de discapacidad con el consecuente aumento de la demanda socio-sanitaria.
- La pérdida de seres queridos y el cambio de rol en la familia puede llevar en algunos casos a situaciones de soledad en el mayor.

La PS de las personas mayores ha de ser considerada como una necesidad vital, necesaria para su autorrealización que ha de ir acompañada de actividades con interacciones significativas permitiendo así el desarrollo de sus potencialidades y la mejora de su calidad de vida. Según Roy y Pino (2009) un factor determinante de una vejez exitosa es el

compromiso activo y productivo con la sociedad. Tal y como afirma López (2014),

“La participación social ayuda a las personas mayores a mantener la socialización y la actividad social, contribuyendo así a mejorar su funcionamiento afectivo y social” López (2014:87)

En este mismo sentido, Balboa *et al.* (2012) afirman que el nivel de actividad e implicación social, pueden dejar de lado los efectos negativos del envejecimiento, mejorando así su satisfacción vital. Fernández-García y Ponce de León-Romero (2013) afirman además que,

“La pertenencia a un grupo, asociación o club, evita el aislamiento y potencia su capacidad de relación, incidiendo directamente en la percepción la satisfacción y bienestar de la persona, como vinculo importante en el que compartir donde compartir sus temores, alegrías, o preocupaciones”. Fernández-García y Ponce de León-Romero (2013:89)

Una sociedad que aboga por un envejecimiento activo ha de llevar asociado, tal y como afirman Aguilar *et al.*, (2013) y Martín *et al.* (2012), la implementación de políticas proactivas de salud y de la participación en todos los aspectos de la sociedad, así por tanto, un envejecimiento activo conlleva de forma casi implícita la PS, que según López (2014: 86) “sería

la realización de tareas que causen placer y desarrollo, tanto en lo intelectual como en lo social”. La participación en actividades donde se potencie la autonomía e independencia de los mayores sin duda repercutirá favorablemente en su estado emocional y su calidad de vida, y por favoreciendo que las personas mayores permanezcan activos e independientes más tiempo” (Nascimento, Taveres y Cachioni 2011).

El término “Funcionamiento Social” está muy relacionado con la PS, sin embargo para Fernández-Ballesteros (2009), el primero hace referencia a otros conceptos más vinculados a resultados biomédicos o psicológicos, como la supervivencia, la salud y el funcionamiento físico, cognitivo o emocional. Para esta autora, la PS es un componente de ese funcionamiento social, el cual se insertaría dentro del marco del envejecimiento positivo y además de ser considerado como uno de sus aspectos más relevantes.

Existe una numerosa evidencia que demuestra la importancia de la interacción entre los procesos comportamentales y sociales. Por ejemplo, Unger, Johnson y Marks (1997) investigaron el modo en que la interacción social y la actividad física podían proteger a los mayores del declive funcional típicamente asociado a la edad; además, querían comprobar hasta qué punto estas dos variables amortiguarían los efectos negativos de la viudedad en el funcionamiento físico. Los resultados demostraron que la actividad física y la interacción

social tenían los efectos esperados sobre el declive funcional y que ambas actividades ayudaban a las mujeres viudas a mantener su estado físico.

Otros autores han estudiado la relación entre la PS y la calidad de vida de las personas muy mayores, en concreto, en el estudio realizado con personas centenarias que residían en centros para mayores como el de Mitchell y Kemp (2000) encontraron relaciones positivas significativas entre calidad de vida y la participación en actividades sociales y la frecuencia de contacto con la familia.

Los estudios de Thonse (1985), por ejemplo, muestran altas correlaciones entre percepción subjetiva de bienestar y estilo de vida activo para enfrentar las dificultades, en contraste con altas correlaciones entre percepción subjetiva de malestar y un estilo pasivo ante las dificultades. Como consecuencia, “la insuficiencia de lazos de apoyo tiene efectos negativos sobre la persona y ha sido relacionada con enfermedades y altos porcentajes de personas que asisten a consultas psiquiátricas y psicológicas” (Salvarezza, 1998). También se afirma que entre los factores de riesgo principales del deterioro de la calidad de vida, se encuentra la no participación social con el consiguiente aislamiento de la persona unido a la exclusión y rechazo en la vejez (Muchnik, 1990).

Herranz *et al.* (2013) en su propuesta de PS de los mayores, abogan que sean las propias personas mayores las que formen

parte activa y comprometida en las actividades en todas las áreas como la educativa, la ocupación laboral, la actividad física y recreativa de carácter grupal entre otras, y cuyo fin sea la interacción mutua y la integración social. La implicación en los procesos de participación de las personas mayores puede mejorar su autovaloración, aumentar las formas de expresión de sus capacidades, demostrar sus posibilidades de aprender y mejorar el nivel de reconocimiento externo (Herranz et al, 2013). Y es que, la PS de los mayores no sólo es beneficiosa para ellos, sino también para la propia sociedad.

Como conclusión a este apartado, estamos de acuerdo con Pérez Salanova (2001) en su reflexión acerca de las consecuencias que tiene para la sociedad la PS de los mayores afirmando que

“la participación social de las personas mayores puede favorecer la adaptación de nuestra sociedad al envejecimiento y destacando “el valor de la participación como un componente innovador” (Pérez Salanova, 2001: 294).

4.4 Marco normativo de la Participación Social de los Mayores.

Como hemos indicado en el Capítulo 1 sobre “El marco normativo, político y social del Envejecimiento”, en la Asamblea General de las Naciones Unidas celebrada en Viena en 1992 se promulgaron los 5 principios que los países participantes debían incorporar para el diseño de sus políticas y programas sobre envejecimiento. Estos principios fueron **independencia:** reconociendo el derecho de las personas mayores a tener acceso a ingresos, alimentación, vivienda, medicamentos, así como a una educación y formación adecuada; **participación:** resaltando la importancia de la integración de las personas mayores en la sociedad a través de mecanismos que la favorezca, poniendo especial atención en los movimientos sociales o asociaciones; **cuidados:** señalando la relevancia de la atención a la salud y el bienestar, la disponibilidad de recursos; servicios sociales y de la calidad de vida de las personas mayores; **autorrealización:** favoreciendo el acceso a los recursos sociales que apoyen las oportunidades para desarrollar su potencial y **dignidad:** poniendo especial atención en la protección de su seguridad integral en materia de explotaciones y malos tratos.

En el II Congreso Estatal de personas mayores celebrado en 2001 titulado “*Una sociedad para todas las edades*”, se trazaban los objetivos necesarios para desterrar todos los mitos y estereotipos que merman la participación activa de las personas mayores. Entre las medidas propuestas se encontraba la participación social como pilar básico de la contribución e integración de las personas mayores en la sociedad, haciendo una llamada a las diferentes administraciones públicas para la apertura de todos los caminos posibles para que las personas mayores puedan estar presentes activamente en los ámbitos de opinión, participación, gestión y control de la gestión.

Posteriormente, en el año 2002, como se ha comentado también, en la II Asamblea Mundial sobre Envejecimiento que tuvo lugar en Madrid, entre las propuestas de acción realizadas se encontraba la “Promoción de la participación social de las personas mayores tanto para fomentar su contribución a la sociedad como para mejorar su calidad de vida”. Y es que, según Duque y Mateo (2008), la participación de la toma de decisiones por parte de las personas mayores en los diferentes ámbitos políticos y sociales es necesaria tanto por la experiencia vital de estas personas como por la necesidad de representación en términos cuantitativos.

Es más, desde una perspectiva de profundización de la democracia hay que considerar que,

“en términos de participación y no solo como titular de derechos, una ciudadanía exigente pero responsable, comprometida con el bienestar común y con los destinos de la sociedad” (Conejero y Segura, 2010: 248)

Muchas de las medidas formuladas en congresos y asambleas van dirigidas a dotar de contenido la participación real y efectiva de las personas mayores para que su plena integración en la vida social sea lo más firme posible. Ha de ser un objetivo fundamental de las políticas sociales para la completa implantación de la participación social de las personas de edad avanzada que se reconozcan sus derechos y necesidades así como que sean escuchadas sus necesidades y demandas para una integración real y total en la sociedad.

En nuestro país, con la creación del Plan Gerontológico Nacional en 1992 se plantearon cinco áreas de intervención ante el Envejecimiento, siendo una de estas la “Participación social de los mayores” con el objetivo de “extender el concepto de participación democrática, de manera que la sociedad integre de hecho a las personas mayores y éstas se incorporen a todas las actividades de la vida social”. El Plan, elaborado entre 1988 y 1991, se considera la primera respuesta global, social y política, en materia de personas mayores.

Como continuación de dicho Plan Gerontológico Nacional, surge una iniciativa de actualización en el Plan de Acción de

las Personas Mayores 2003–2007. En él, de entre las medidas propuestas para la igualdad de oportunidades, destaca la promoción de la autonomía y la participación plena en base a los principios de envejecimiento activo. En otras áreas, cabe señalar la tendencia hacia el fomento de la participación, especialmente de las mujeres mayores, así como la consolidación y creación de nuevos órganos de representación de las personas mayores. Una de las medidas del área de información e investigación consistió en la creación del Observatorio de Personas Mayores²², como un instrumento público que pretende contribuir a la mejora de las políticas de atención a las personas mayores a través de la creación y el desarrollo de cauces estables de comunicación. Su objetivo principal es impulsar la creación de redes de conocimiento, recopilación, análisis y difusión informativa agrupadas en: la percepción del fenómeno del envejecimiento, políticas internacionales y políticas de atención a personas mayores en España.

En 1994 se crea el Consejo Estatal de las Personas Mayores²³ como órgano consultivo y asesor de la Administración General del Estado, que en la actualidad está adscrito al Ministerio de

²²http://www.imserso.es/imserso_01/el_imserso/relaciones_institucionales/consejo_estatal_personas_mayores/normativa_composicion_funcionamiento/index.htm.

²³ Inicialmente fue creado por el Real Decreto 2171/1994, de 4 de noviembre, se regula por el Real Decreto 117/2005, de 4 de febrero (BOE de 5 de febrero), que ha sido parcialmente modificado por el Real Decreto 1128/2008, de 4 de julio (BOE de 10 de julio) y por el Real Decreto 1434/2008, de 29 de agosto (BOE de 1 de septiembre).

Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. La finalidad del mismo es “institucionalizar la colaboración y participación de las personas mayores en la definición, aplicación y seguimiento de las políticas de atención, inserción social y calidad de vida dirigidas a este sector de población en el campo de competencias atribuidas a la Administración General del Estado”. Por Comunidades Autónomas también se han creado los siguientes consejos con el objetivo primordial de escuchar y atender las necesidades y propuestas de las personas mayores:

- Consejo Aragonés de las Personas Mayores
- Consejo Gallego de Servicios Sociales
- Consejo de Personas Mayores de la Ciudad de Melilla
- Consejo Sectorial de Personas Mayores de La Rioja
- Consejo Andaluz de Personas Mayores
- Consejo de Personas Mayores del Principado de Asturias
- Consejo Valenciano de Personas Mayores
- Consejo de Mayores de la Comunidad de Madrid
- Consejo Canario de los Mayores
- Consell de la Gent Gran de Catalunya
- Consejo Navarro para las Personas Mayores

- Consejo Regional de Servicios Sociales de Murcia
- Consejo Regional de Personas de Mayores de Castilla – La Mancha
- Consejo Vasco de Bienestar Social
- Consejo de Personas Mayores de Extremadura
- Consejo de Mayores de Castilla y León
- Consejo del Mayor de la Ciudad de Ceuta

Por su parte, los gobiernos locales, siguiendo el planteamiento del Plan Gerontológico Nacional, han desarrollado planes, programas y servicios para promover la participación social de las personas mayores. Así, las personas mayores tienen importantes subsidios para el transporte público financiados por sus ayuntamientos de residencia o descuentos en los medios de locomoción públicos. Hay importantes descuentos para asistir a actos culturales, cines, teatros y museos y se ha favorecido la creación en las universidades programas específicos de la tercera edad para garantizar la educación continua.²⁴

Sin embargo, España continúa destinando una proporción baja de su producto interior bruto (PIB) al gasto social (21%) en

²⁴ Association Internationale des Universités de Troisième Âge. Disponible en: <http://www.aiuta.org/fr/universities2.asp>.

comparación con los países de la Europa de los 15, que dedica un 27% de su PIB al gasto social²⁵. Además, la respuesta a las necesidades no es homogénea y subsisten numerosas diferencias sociales y económicas entre las comunidades autónomas (indicadores de salud, hábitos de vida y utilización de servicios), que influyen sobre el modo de envejecer y en las oportunidades de un envejecimiento activo (Rodríguez-Sanz, Carrillo y Borrell, 2006). Estos autores afirman que las diferencias en la percepción de la salud en toda España son que el 55% de los hombres y el 67% de las mujeres mayores de 65 años refieren tener una salud regular o mala. Estas cifras, según Fernández-Merino, *et al.*, (2003) varían enormemente y son menores en Madrid y Aragón, mayores en Castilla-La Mancha y mucho más altas, llegando al 76%, en zonas rurales de Galicia. También son evidentes las desigualdades en la implantación de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal: mientras que en algunas comunidades autónomas la cobertura de los servicios es alta y el tiempo de resolución de las solicitudes de ayuda es corto, en otras la cobertura es muy baja y el tiempo de resolución es superior a los 18 meses la mayoría de las veces (Cervera-Macià *et al.*, 2009).

Aun cuando las pensiones han reducido la pobreza en las personas mayores, la concentración de la pobreza en la vejez

²⁵ Unión Europea. *Country profile. Population and living conditions*. 2010. Disponible en: <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/eurostat/home>.

continúa siendo un problema social. Según los datos del INE, el 31,8% de las mujeres y el 26,7% de los hombres mayores de 65 años en España se situaban bajo el umbral de la pobreza (6.280 euros al año)²⁶. Vivir solo aumenta el riesgo de pobreza: el 51,8% de las personas mayores que viven solas subsisten en condiciones de pobreza²⁷. Las necesidades no cubiertas en casos de dependencia son más frecuentes a medida que disminuye la posición socioeconómica (Otero, García de Yébenes y Rodríguez-Laso, 2003).

La grave crisis económica que empezó en 2008 ha tenido un fuerte impacto en las poblaciones más vulnerables, aquellas que se situaban ligeramente por encima del nivel de pobreza. La Cruz Roja Española indica que la recesión actual ha tenido un impacto mayor de lo previsto debido a la debilidad de las transferencias sociales en la erradicación de la pobreza previas a la crisis²⁸. Las personas mayores son particularmente vulnerables por el empobrecimiento de sus familias o la muerte de la persona de quien dependen. El 44% de la población que acudió a los centros de la Cruz Roja en 2008–2009 eran personas mayores, y el 77% de ellas mujeres. También, las personas mayores que residen en zonas poco

²⁶ Instituto Nacional de Estadística. *Estudio descriptivo de la pobreza en España*. Resultados basados en la Encuesta de Condiciones de Vida 2004. Madrid (2005: 25).

²⁷ Ibid.

²⁸ Fundación Cruz Roja Española. *Informe sobre la vulnerabilidad social (2008–2009)*. 2010.

pobladas están en mayor riesgo de pobreza y tienen menor acceso a los servicios de salud y sociales (Monreal y Vilà, 2008).

El envejecimiento rural comporta riesgos específicos, pues el éxodo de los jóvenes a las zonas urbanas ha aumentado el aislamiento en dichas zonas y el riesgo de pobreza de sus habitantes. La red de servicios sociales dirigidos a las personas mayores con problemas de dependencia ha aumentado considerablemente, aunque aún es deficitaria. Subsisten los problemas de equidad, cobertura y continuidad, como explica el informe de la Asociación Estatal de Directores y Gerentes de Servicios Sociales de España para el año 2010 (Barriga *et al.*, 2010).

La integración laboral es parte de la participación social; sin embargo, la participación de las personas mayores de 55 años en el mercado de trabajo es relativamente baja, entre el 68% y el 18% en los países europeos, e inferior al 40% en España (Lehr y Polhamann, 2004). Sólo el 50% de los hombres entre 60 y 64 años de edad y el 24% de las mujeres entre 60 y 64 años de edad se encontraban en situación laboral activa según la Encuesta de Población Activa del cuarto trimestre de 2008. Y esa era la situación al inicio de la crisis, siete años después la situación ha empeorado (EPA, III trimestre 2015).

Por este motivo, el Consejo de Europa aboga por facilitar la integración laboral de las personas mayores como parte de la

acción intersectorial hacia el envejecimiento activo. Una de las condiciones esenciales para esta integración laboral es el desarrollo de políticas de salud laboral adaptadas a la población mayor. En el Plan de Acción de Madrid (2002) se reconoce el derecho de las personas mayores a trabajar hasta la edad que deseen y puedan hacerlo de forma satisfactoria y productiva.

Por otro lado observamos que surgen cada vez más numerosas asociaciones de personas mayores, cuya misión principal es la defensa de sus derechos²⁹. El asociacionismo es alto: el 47% de los mayores (56% de los hombres y 41% de las mujeres) dicen pertenecer a alguna asociación y un tercio de ellos pertenece a asociaciones de jubilados³⁰. El apoyo gubernamental a estos grupos puede considerarse en un marco de acciones intersectoriales en la medida en que la vida activa protege la salud de las personas que se involucran en ella. Aumenta también el número de adultos mayores que realizan voluntariado social en múltiples áreas, aunque el voluntariado no está todavía integrado de forma mayoritaria en la vida de las personas mayores en España. Según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE), en el año 2004 un 8,5% de los

²⁹ Confederación Española de Organizaciones de Mayores. Disponible en: <http://www.ceoma.org/modules.php?name=News&file=article&sid=2>

³⁰ *Simple Lógica. Asociacionismo y disposición al voluntariado del colectivo de mayores*. Unión Democrática de Pensionistas y Jubilados de España. 2008. Disponible en: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/udp-voluntariado-02.pdf>.

mayores (9,3% de los hombres y 7,9% de las mujeres) declaraban haber realizado alguna actividad de voluntariado en las últimas cuatro semanas.

A la vista de todo lo expuesto consideramos, al igual que Ángel de la Fuente (2012), que sigue siendo necesario mejorar los criterios de distribución de la financiación estatal a las comunidades autónomas y los sistemas de información para permitir la gestión de los servicios, monitorizar la cobertura en cada zona geográfica, identificar y subsanar las desigualdades en el acceso y el volumen de utilización, asegurar la continuidad en los planes de atención individual que marca la ley, y evaluar la calidad de los servicios tanto sanitarios como sociales, comunitarios y en instituciones (hospitales y residencias de larga duración). Y como conclusión a todo ello, podemos afirmar que la contribución de las personas mayores a la dinámica social puede ser considerado un proceso endógeno (IMSERSO, 2008) ya que tanto la esperanza de vida como el peso relativo que éstas tienen en el conjunto de la población, han de propiciar una adecuada representación y participación en la sociedad y que sea ése el modelo a seguir en las políticas sobre vejez.

Las políticas públicas tienen ante sí un reto de vital importancia, como es responder a la demanda cada vez mayor de participación, autonomía y bienestar por parte de las personas mayores. Son imprescindibles nuevos espacios que

tengan en cuenta el principio de igualdad, consigan incorporar la pluralidad de las personas en todas las etapas de su vida y que a la vez sean capaces de promover su empoderamiento, el derecho de plena ciudadanía activa y asuman y proporcionen sus aportaciones a la sociedad (Alfama, Canal y Cruells, 2012).

Como afirman Franco Módenes y Sánchez Cabaco (2008: 372), en la actualidad, nuestros mayores “han pasado a desempeñar un papel eminentemente activo basado en los derechos, en la participación y en todos los ámbitos de la vida comunitaria”.



Capítulo 5.

LA FORMACIÓN PARA MAYORES.

5.1 El aprendizaje a lo largo del ciclo vital.

5.2 La formación para mayores.

5.3 Los Programas Universitarios para Mayores (PUMs) en España.

5.3.1. Investigaciones sobre los Programas Universitarios para Mayores.

5.4 El Programa “Aulas Universitarias de la Experiencia” (AUNEX) de la Universidad Miguel Hernández de Elche.



Capítulo 5.

LA FORMACIÓN PARA MAYORES.

5.1 El aprendizaje a lo largo del ciclo vital.

El aumento poblacional conlleva el surgimiento de una serie de tendencias que definen nuevos valores y nuevas formas de envejecer. En las sociedades que envejecen los mayores representan un grupo de personas que en su mayoría están libres de cargas laborales o familiares, que cuentan con un buen estado de salud y una esperanza de vida, en muchos casos, superior a 20 años. Por su parte, Arnold y Costa (1996) sistematizaron las bases de las condiciones sociales sobre las que se sustenta el origen de las universidades para mayores, destacando el factor demográfico, la jubilación temprana y el derecho fundamental de todo individuo a la educación³¹.

Es cierto que nos encontramos con un colectivo muy dinámico, con deseos de implicarse en actividades que les ayuden a ocupar su tiempo libre de forma creativa con mayor presencia en la sociedad. Según afirman diferentes autores,

³¹ Por su parte, Lorenzo (2003) señala que los motivos del origen la universidad para mayores radica en la nueva realidad social de la población mayor en el mundo, en especial en los países con mayor desarrollo económico donde se han implementado reformas como la jubilación anticipada, el retraso en la edad de jubilación, así como las consecuencias derivadas del Estado de Bienestar como el aumento de la esperanza de vida. Otros autores también señalan como un factor la imposibilidad de acceder a la universidad en su juventud (Blázquez, 2002).

dentro de los factores que afectan a la calidad de vida de las personas mayores, un adecuado enriquecimiento cultural y social constituye un indicador de una óptima calidad de vida asociada al envejecimiento (Alfageme y Cabedo, 2005; De Albéniz *et al.*, 2012; Colón *et al.*, 2013).

Las personas de edad avanzada se van desvinculando poco a poco de los estereotipos negativos que teníamos asociados a la vejez y que han repercutido de forma muy negativa al limitar, entre otros aspectos, sus contactos sociales y generando, en algunos casos, soledad y aislamiento. Así pues, si, como ha quedado demostrado, uno de los objetivos de las sociedades desarrolladas es conseguir un buen envejecimiento para sus ciudadanos, muchos autores destacan que el aprendizaje, entendido como “el proceso que nos facilita la adquisición de información y conocimientos para la realización de tareas diversas y para adaptarnos eficazmente al medio que nos rodea” (Sander, 1994), puede ser uno de los elementos claves para lograrlo.

Y es que, tal y como afirma Mehrota (2003), las personas mayores están capacitadas para aprender cosas nuevas. Yendo más allá, Boulton-Lewis (2010) respecto al valor del aprendizaje en las personas mayores, considera que están totalmente capacitadas para estar al día en avances científico-técnicos, lo que les permitiría aumentar su confianza y autoestima, además de proporcionarles “estrategias en las

áreas de bienestar físico, de la salud y de las relaciones sociales”. Según otros autores (Boulton-lewis, 2010; Dech & Regan, 2000) el aprendizaje procura a los mayores un mayor disfrute y satisfacción vitales, significativas dosis de confianza en sí mismos al aumentar sus habilidades al tiempo que incrementa su interacción social.

Por su parte, Withnall (2000), Mehrota, (2003) en la línea de los clásicos Rowe y Kahn, (1998) hacen énfasis en la importancia del aprendizaje como un “reto y los efectos sobre la activación intelectual, el mantenimiento óptimo de las funciones mentales y la conservación de la memoria”.

En la misma línea, Solé *et al.* (2005) subrayan en sus investigaciones las razones y beneficios de la educación en estos colectivos, entre los que se destacan:

- Razones derivadas de factores asociados al producto y factores asociados a las relaciones. Los primeros se centran en el reto cognitivo que supone aprender para las personas mayores, en la adquisición de conocimientos que el aprendizaje les procura y que les lleva a concebir la vejez como una etapa que hace posible el crecimiento personal. Los segundos tienen que ver con el contacto social que facilita el aprendizaje a través de la asistencia a clases y otras actividades formativas organizadas por la Universidad,

combatiendo eficazmente el aislamiento y facilitando nuevos lazos y relaciones sociales.

- Razones de orden expresivo y de orden instrumental. Las primeras relacionadas con el proceso educativo, con el placer que procura por sí mismo el aprendizaje. Por el contrario, los segundos, resaltan la importancia de la educación como una vía metas ajenas al propio proceso educativo³².

La clave de un envejecimiento saludable es que las personas mayores permanezcan activas y proactivas. De esta forma, según Villar (2006) los grupos de formación con personas mayores hacen realidad lugares de intercambio y reflexión, así como la posibilidad de aprender cosas nuevas contribuyendo a su crecimiento personal.

Los beneficios para las personas mayores que participan en estos programas incluyen, no solo el desarrollo de estrategias efectivas de afrontamiento, sino también el desarrollo del interés por nuevas actividades, la integración social y el desarrollo de nuevas redes sociales; en otras palabras, el aumento de su calidad de vida y su bienestar (Jarvis, 2002;

³² El estudio de Solé *et al.* (2005), muestra que las razones más esgrimidas por los estudiantes mayores fueron la de permanecer mentalmente activos, ocupar el tiempo de forma útil, crecer como persona, profundizar conocimientos, razones de tipo vocacional o de inclinación personal, o el hecho de que la educación constituye una distracción.

Manheimer y Moskow-MacKenzie, 1995; Manheimer, 2002).

Como muy bien resume Villar:

“Para las personas mayores que acuden a los programas universitarios, éstos contribuyen a la mejora de su calidad de vida en los planos psicológico, intelectual y social. Aun cuando estos estudios no desembocan en un futuro profesional, ofrecen a los mayores la posibilidad de adquirir conocimientos, habilidades y actitudes que permiten la continuidad en la participación social. Los grupos formativos con personas mayores permiten la creación de un espacio de intercambio y reflexión, la integración de aprendizajes nuevos en su experiencia personal y un continuo enriquecimiento y crecimiento”.
Villar (2006: 7)

5.2. La formación para personas mayores.

En 1974, el Profesor Pierre Vellas analizó los problemas médicos, sociales y psicológicos de la vejez poniendo en colaboración a jóvenes investigadores en Gerontología con estudiantes jubilados. Entre sus conclusiones plantea que “hay que cambiar a la condición de la vejez en la sociedad para cambiar la sociedad” (Vellas; 1974: 8).³³ Las conclusiones de

³³ La mayoría de los autores consultados coinciden en señalar que los programas universitarios para mayores tienen su origen en Toulouse (Francia) en 1973 (Martín García, 1994; Yuni (2000) y Alafgeme y Cabedo, 2005)

estos estudios indicaron un éxito rotundo, y así es como en 1975 se crea la AIUTA (Asociación Internacional de Universidades de la Tercera Edad) con el objetivo de favorecer la proliferación de las Universidades para personas mayores en todo el mundo. En un primer momento en la AIUTA formaron parte universidades de Francia, Bélgica, Suiza, Polonia, Italia, Suecia, Alemania, Gran Bretaña y EEUU. Esta asociación, hoy en día, agrupa a más de 3.000 experiencias educativas que desarrollan diferentes programas³⁴.

Con posterioridad en 1996, tras el Informe Delors (1996)³⁵ a la UNESCO en la Comisión Internacional sobre la Educación para el siglo XXI, es cuando se plantea que la Universidad puede ser una “plataforma privilegiada de la educación durante toda la vida, al abrir sus puertas a los adultos que quieran reanudar su estudios, adaptar y enriquecer sus conocimientos, o satisfacer sus ansias de aprender en todos los ámbitos de la vida cultural”. Así, tal y como afirman Cabedo y Alfageme (2006) la Universidad se ha convertido en una institución que participa del proceso de enseñanza – aprendizaje de las

³⁴ Según Vellas (1998) la distribución de las universidades de mayores en esos momentos era la siguiente: Europa 1.246; América del Norte 188 (Canadá 33 - EE UU 155); América del Sur 76; Oceanía 101; Asia 162 (China 159; India 1; Japón 2). En el caso de Europa la distribución de los 1246 es la siguiente por países: Alemania 59; Austria 18; Bélgica 52; Checoslovaquia 47; Eslovaquia 3; Dinamarca 6; España 91; Estonia 1; Finlandia 28; Francia 308; Gran Bretaña 212; Hungría 1; Italia 286; Malta 1; Noruega 28; Países Bajos 29; Polonia 20; Portugal 8; Suecia 16, Suiza 20; otros territorios 6 .

³⁵ Véase Delors, J. *et al.*, (1996). *La educación encierra un tesoro. Informe a la UNESCO de la Comisión Internacional sobre la educación para el siglo XXI*. Madrid: Santillana/UNESCO)

personas mayores como “motor del saber y de la ciencia en general. Coincidimos con Valle (2004) cuando plantea que “la educación debe adaptarse a un contexto social en constante reformulación, en el cual la educación permanente se ha llegado a calificar como una necesidad ineludible”

En su origen, las Universidades para mayores se crearon para comprobar su contribución a la mejora de la calidad de vida de este colectivo social, poniendo a su servicio los recursos disponibles (aulas, profesorado, personal de administración, ciclos de formación, etc) (Lemieux, 1997). Así, fueron surgiendo diferentes programas en Europa y EE.UU., como la U3 de Niza, en 1973; la UTE de Paris X-Nanterre, en 1975; la UTE de Ginebra, en 1975; la UTE de Neuchatel, en 1977; la UTE de Friburgo, en 1977; la UTE de Basilea, en 1978, son algunos ejemplos. Como se ha dicho, se puede afirmar que Francia fue la cuna de las Universidades de la Tercera Edad pues la primera iniciativa de formación universitaria para personas mayores tuvo lugar en la *Université des Sciences Sociales* de Toulouse (Francia) el 23 de febrero de 1973³⁶.

Uno de los programas más innovadores en este ámbito de los últimos 30 años es el denominado “*Elderhostel*” en EE.UU. Se trata de un programa formativo que ofrece a personas mayores de 50 años la posibilidad de realizar estancias en centros

³⁶ Ver Boletín monográfico de AEPUM (número 1-julio 2012)

educativos en EE.UU, pero también en el extranjero, y cuenta con alrededor de 300.000 participantes (Manheimer, 2002). Como respuesta a esta creciente demanda de los mayores por el aprendizaje, EE.UU ofrece oportunidades en diferentes contextos (Manheimer y Moskow-McKenzie, 1995).

También se pueden destacar los programas que ofertan las Universidades: los *Learning in Retirement* (LIR), creados en 1962 y en la actualidad establecidos en más de 200 universidades de EE.UU. y Canadá. En ellos se ofrece a las personas mayores de 50 años, programas universitarios sin la obtención de créditos. Los centros de jubilados ofrecen los denominados *Senior Centres*, es decir, centros comunitarios donde las personas mayores pueden satisfacer sus necesidades sociales, psicológicas, emocionales e intelectuales y que en EE.UU. muchas ciudades han fundado estos centros con fondos públicos. Incluso los grandes almacenes cuentan con los *Older Adult Services and Information Systems* (OASIS) que consiste en un programa de voluntariado con el fin de que los mayores puedan estar en sus casas pero a su vez conectados con la sociedad.

La denominación sobre estos estudios es variada (*Universidad del Tiempo Libre, Universidad Abierta, Universidad Para Todos, Universidad de Todas las Edades, Universidad de la Edad de Oro, Senior Studies, University of the Third Age* (U3A) -que actualmente se denomina *University of All Ages*-,

Scientific Continuing education for Older Adults, Ongoing Studies for the Elderly, entre otras) y también su ubicación dentro del organigrama de las mismas. Así, por ejemplo en el caso de Austria, Alemania y Polonia, los estudios universitarios para mayores se enmarcan dentro de los estudios establecidos por cada universidad; en otros países, son autónomos (por ejemplo *The Third Age Trust* o las UTE de Italia); o en otros casos pertenecen solo de forma cooperativa a las universidades (por ejemplo en Eslovenia).

Los *Third Age Learning International Studies* (TALIS), creado en 1990 como un foro internacional para estudiantes mayores; la *European Federation of Older Students at Universities* (EFOS) pone en contacto a estudiantes de la tercera edad de todos los países europeos; la *European Network Learning in Later Life* (LiLL), es una plataforma de información y comunicación en internet para los responsables y para la tercera edad, que convoca reuniones periódicas en forma de conferencias, talleres, etc³⁷.

³⁷ Ver Stadelhofer (2002), “El significado de la formación general científica permanente para adultos mayores en el umbral del siglo XXI”. En VV.AA, *Los Modelos Marco de Programas Universitarios para Mayores*. Alicante: Universidad Permanente de Alicante, 89-110. y en <http://www.uni-ulm.de/LiLL>.

5.3. Los Programas Universitarios para Mayores (PUMs) en España.

En España, los Programas Universitarios para Mayores (denominados PUMs) han hecho posible la “Educación a lo largo de toda la vida”. En la actualidad, prácticamente la totalidad de las universidades en nuestro país, incluyendo universidades tanto públicas como privadas, así como otras instituciones, han puesto en marcha programas formativos específicos para este colectivo, que en su día no tuvo la posibilidad de estudiar o, si lo hicieron, desean continuar haciéndolo para ampliar conocimientos. Los Programas Universitarios para Mayores cumplen desde su aparición una función muy importante, tanto cultural como socializadora, desde una “perspectiva positiva, activa, participativa y de autorrealización” (Millán y Santos, 2006) y a su vez, este colectivo dinamiza la institución universitaria.

El surgimiento y expansión de los Programas Universitarios para Mayores reside en argumentos sociales e institucionales (Guirao y Sánchez, 1997). Los argumentos de los primeros son debido al énfasis que hacen en dar una respuesta a la demanda en auge de un sector de la población que necesitan ocupar su tiempo libre. Por su parte, dentro de los argumentos institucionales, porque las universidades deben proveer a la comunidad de un programa educativo permanente adecuándose a las necesidades emergentes.

En 1978 España se suma al creciente panorama internacional, ofreciendo un espacio cultural a las personas mayores, mediante el Programa de las Aulas de la Tercera Edad (ATE) como objetivo de convertirse en las Universidades de la tercera edad en España bajo la Dirección General de Desarrollo Comunitario. A propuesta de la Subdirección General de la Familia, se firman varios convenios con diferentes entidades culturales privadas para fomentar estos estudios universitarios (Montoya; 2003: 44-45) y se enmarca dentro de la formación permanente³⁸.

En un primer momento estos centros ofrecieron servicios culturales para las personas de más de 55 años y muchas de estas entidades culturales eran de los jesuitas que tenían locales como centros de formación para ellos y que aprovecharon la subvención otorgada por el Ministerio, para comenzar las primeras experiencias de formación de Aulas de la Tercera Edad en España.

En 1980, (BOE de 21 de junio) el Ministerio de Cultura reguló las Aulas de Tercera Edad como “red de centros coordinados

³⁸ Los primeros programas universitarios para mayores aparecen en las Universidades de Salamanca, Alcalá de Henares, Granada y Sevilla (Alfageme y Cabedo, 2005).

por el Ministerio”. Según las entidades patrocinadoras, se distribuyeron de la siguiente forma³⁹:

- Aulas del Ministerio de Cultura de ámbito nacional dependientes de la Dirección General de Juventud y promoción sociocultural a través de la Subdirección de la Familia.
- Aulas provinciales, dependientes de las Delegaciones de Cultura, coordinadas por la Subdirección de la Familia.
- Aulas colaboradoras, gestionadas por entidades o instituciones privadas que ejercitan actividades propias de las Aulas, o se adhieran parcialmente a sus esfuerzos.

Para poder denominar en España a un programa para mayores como “Programa Universitario”, se estableció que se debía de contar con las características siguientes (Guirao y Sánchez, 1997):

- Debe primar la función social, entendida como un servicio más que la Universidad ofrece a la comunidad en la que se inserta.

³⁹ Véase Boletín monográfico de AEPUM (número 1-julio 2012)

- Organizando los contenidos de los programas en función de los fines. No se trata de informar sino de formar y transformar, y no de cara al ejercicio profesional, sino para el logro de una inserción social más participativa, ocupacional, más competente y más fructífera para los interesados.
- Son programas de intervención socioeducativa dirigidos a personas mayores. Aunque habría que definir qué se entiende por ‘persona mayor’, pues en gran parte de los Programas Universitarios para Mayores se admiten alumnos a partir de 50–55 años. El criterio de selección para el acceso a los Programas Universitarios para Mayores es únicamente la edad, pues no se requiere titulación previa.
- El fin último de los Programas Universitarios para Mayores debe ser la integración social y cultural de las personas mayores.

Otro hito relevante en la consolidación de los PUMs acontece en 1983, cuando se constituye la “Confederación Española de Aulas de Tercera Edad” para la consecución de los objetivos siguientes (Villar, 2006):

- La promoción, coordinación y desarrollo de las Universidades (Aulas) de Tercera Edad de España, respetando su autonomía y funcionamiento propio.

- La promoción sociocultural de las Personas Mayores, la mejora de su bienestar y calidad de vida, elevando sus niveles educativos y culturales.
- La representación de las Universidades (Aulas) de Tercera Edad de España ante la Administración Pública Central (Ministerios) y ante las Organizaciones públicas y privadas, tanto nacionales como internacionales.
- La organización de Congresos, Simposios, Jornadas, Seminarios, Cursos de Formación y Actividades Socioculturales de ámbito nacional en asuntos relacionados con y para la Tercera Edad.
- El estudio e investigación sobre aspectos relacionados con las Personas Mayores y la jubilación activa.
- La promoción del Voluntariado Cultural y Social entre las personas mayores de 60 años a fin de que sigan activas, dinámicas, participativas y útiles a sus propias comunidades.
- La promoción y desarrollo de un turismo diferente para las personas mayores basado en la animación sociocultural, la convivencia, la motivación, la cultura y la participación.

En Febrero de 2004, en la sede del Ministerio de Educación, Cultura y Deporte se constituyó formalmente la *Asociación Estatal de Programas Universitarios para Mayores (AEPUM)*

que agrupa, en la actualidad, a 43 universidades, siendo uno de sus principales objetivos el desarrollo de actividades que contribuyan a mejorar esta oferta formativa suficientemente consolidada (Bru, 2006).

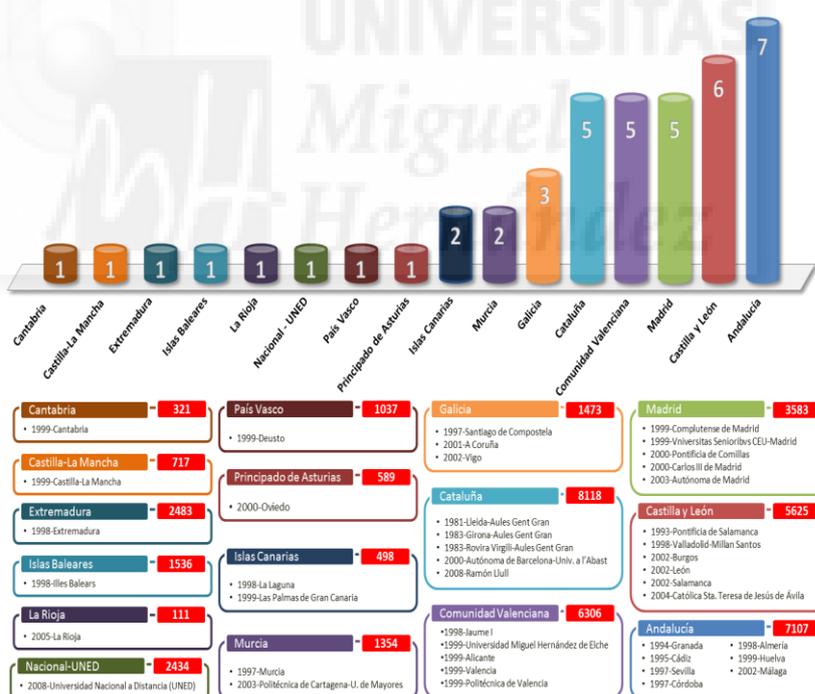
La AEPUM tiene, de acuerdo con sus estatutos, como fin esencial, promover los programas educativos para mayores en el ámbito universitario, contribuyendo al desarrollo formativo y cultural del colectivo de personas mayores. Para alcanzar los fines señalados, la Asociación tiene como objeto el fomento y desarrollo del diálogo y comunicación entre las Universidades, las Administraciones Públicas y entidades privadas, impulsando la cultura, la búsqueda de soluciones para la satisfacción de necesidades formativas y actuar como centro de información y asesoramiento interuniversitario para los Programas de Mayores, adecuándose en su actuación a los principios de autonomía, participación y relación con el entorno. La APUM nace para intercambiar y aunar experiencias entre los diferentes programas.

Actualmente hay Programas Universitarios para Mayores en casi todas las provincias españolas (véase figura 3) siendo éstos muy dispares. Según la Universidad, están compuestos de varios cursos, y su duración oscila entre dos y cinco años. Las materias que se imparten varían en función del centro universitario en el que se vayan a cursar los estudios.

Casi todos los PUMs incluyen entre sus asignaturas estudios de humanidades, psicología, ciencias sociales, ciencias de la salud e informática. Muchos programas cuentan también con otro tipo de actividades culturales y de ocio como visitas a museos o a lugares de interés histórico-artístico, excursiones, talleres de escritura o lectura. Algunos cursos, incluyen la educación física como asignatura obligatoria u optativa. En otros, la formación se complementa con asistencia a foros, obras teatrales y video-fóruns (Villar, 2006)

Figura 3

Distribución por comunidades autónomas de universidades pertenecientes a AEPUM con PUPMs y alumnos matriculados.



Fuente: Asociación Estatal de Programas Universitarios para mayores. (<http://www.aepumayores.org/es/contenido/estad-sticas-por-curso-acad-mico>)

5.3.1. Investigaciones sobre los Programas Universitarios para Mayores (PUMs).

En España, durante el curso académico 2014 – 2015 hubo más de 43.292 personas mayores matriculadas en los PUMs⁴⁰ pertenecientes a la AEPUM (ver figura 4), por lo que podemos afirmar que su proliferación es un fenómeno social importante. Y que además se pueden considerar como una política social dirigida las personas mayores (Pinazo, Bendicho y Ferrero, 2002).

Figura 4

Evolución del Número de Universidades y Total de Alumnos Matriculados en los Programas de las Universidades Socias.

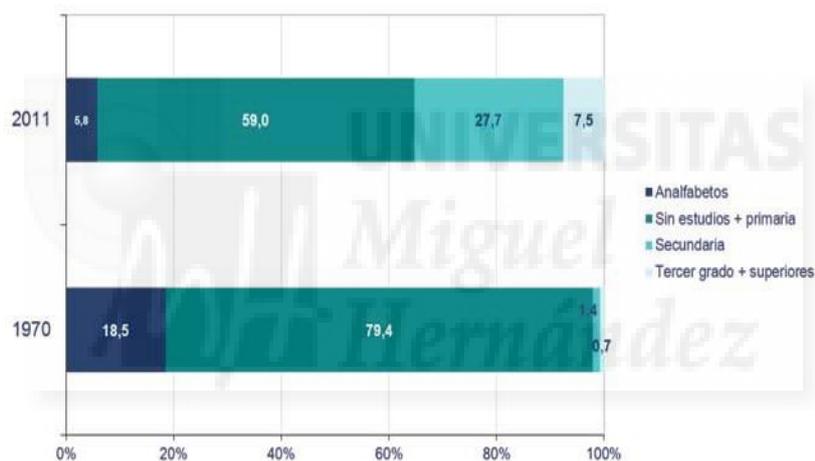


Fuente: Asociación Estatal de Programas Universitarios para mayores.
(<http://www.aepumayores.org/es/contenido/estad-sticas-por-curso-acad-mico>)

⁴⁰ Véase: <http://www.aepumayores.org/es/contenido/estad-sticas-por-curso-acad-mico>

Según el censo de población y viviendas del INE de 2011, (véase figura 5, se puede afirmar que el nivel de instrucción es más bajo cuanto más alta es la edad, por lo que observamos que aún quedan importantes bolsas de analfabetismo y población sin estudios. De ahí la relevancia que adquieren los PUMs para cubrir estas necesidades formativas y sociales.

Figura 5
Evolución del nivel de estudios de las personas de 65 y más años, 1970-2011



Fuente: Censo de población de 1970. INE. Tomo III. 2011: INE: INEBASE: Censo de Población y Viviendas 2011.

Respecto al grado de participación en los PUMs por parte de los alumnos, en el estudio de Bru (2002), se afirma que los mecanismos de participación pueden analizarse según la interrelación de tres dimensiones: normativa, conceptual y operativa. La dimensión normativa hace referencia al ámbito universitario, la dimensión conceptual a la concepción de las personas mayores como estudiantes, y la dimensión operativa

a las actividades, medios y métodos. Y es que la participación de las personas mayores hace que estas personas sean capaces de reconocer sus capacidades y límites (Bru, 2002).

Respecto a las **motivaciones** que llevan a los alumnos a cursar estos programas, son numerosos los estudios realizados, así, desde los pioneros trabajos de los años 60-70 (Boshier, 1971, por citar un ejemplo) hasta las investigaciones más actuales (Mehrota, 2003), se han llegado a clasificar las motivaciones e incluso se ha confeccionado una escala de medida, la *Education Participation Scale*, que Boshier (1971) desarrolló basándose en la tipología de Houle (1961)⁷ y que posteriormente revisó obteniendo la “*Boshier’s Education Participation Scale, EPS A-Form*” de 1991.

Los resultados indican que las motivaciones más fuertes para el aprendizaje son los intereses de tipo cognitivo (curiosidad intelectual) y deseo de aprender (Brady y Fowler, 1988; Bynum y Seaman, 1993; Wolfgang y Dowling, 1981). Como ellos mismos dicen: “Aprender por el placer de aprender”, “Búsqueda de conocimiento por mi propio bien”. Otras motivaciones importantes son el crecimiento personal y la satisfacción, el enriquecimiento, el placer, el disfrute, el sentimiento de realización (Scala, 1996), y contacto social y relaciones interpersonales (Furst y Steel, 1986). Así como son diversas las motivaciones también lo son las aproximaciones para su análisis, destacando por ejemplo la clasificarlas entre

aquellos trabajos centrados en los factores asociados al resultado docente y los otros más centrado en los resultados de las relaciones personales (Jamieson, Miller y Stafford, 1998; Jarvis y Walker, 1997; Swindell, 1993)⁴¹.

Los estudios sobre los PUMs comienzan en la década de los setenta y en la actualidad hay más de 500 artículos publicados en las revistas científicas de educación, de gerontología, de psicología, etc., por lo que se puede constatar que la literatura científica ha tenido un crecimiento exponencial en los últimos veinte años. Reflejo de esta circunstancia, en la Revista de Ciencias de la Educación, órgano del Instituto Calasanz de Ciencias de la Educación, se realizó un número especial completo (225-229) en el año 2011 dedicado exclusivamente a los PUMs, dada la relevancia social que han adquirido.

El perfil de los participantes en los programas universitarios para mayor se ha ido modificando, pero siempre se encuentra de base el dinamismo y la buena predisposición de este tipo de alumnado. Por este motivo, los PUM's y sus alumnos han servido de muestra en numerosas ocasiones para estudios e investigaciones.

⁴¹ En España, según Martín y Requejo (2005) los motivos de inscripción de los mayores del programa "Cuarto Ciclo Universitario" se encuentran los siguientes: desarrollo de nuevos conocimientos (84,9%), interés cultural por los problemas de actualidad (74,9 %), ocupar el tiempo libre (64,9 %), relaciones sociales (57,3 %), convivir en un espacio agradable (57,2 %) y evitar la soledad (27,1 %).

Hasta la fecha en nuestro país se han realizado 6 tesis doctorales sobre Programas Universitarios para Mayores, dos desde una perspectiva psicológica (estudios sobre los programas de la universidades de Sevilla y Almería)⁴², dos desde una perspectiva didáctica (evaluación del programa *Peritia et Doctrina* de la Universidad de las Palmas de Gran Canaria y del programa UNED Senior)⁴³, una desde la perspectiva sociológica (programa universitario de mayores José Saramago de la Universidad de Castilla-La Mancha)⁴⁴ y una desde una perspectiva multidisciplinar que pretende hacer énfasis en la necesidad de reconocer estos programas dentro del Espacio Europeo de Educación Superior (Universidad Autónoma de Madrid)⁴⁵.

⁴² Fernández, C. (2002). *Impacto sobre el desarrollo de los programas universitarios de mayores. Un estudio sobre el Aula de la Experiencia de la Universidad de Sevilla*. Tesis Doctoral y Pérez, M. C. (2009). *Análisis de los beneficios del Programa Universitario para Mayores: estudio de variables psicológicas y de salud*. Tesis Doctoral

⁴³ González, M. A. (2009). *La evaluación como instrumento de mejora y calidad de los programas universitarios para mayores: programa universitario para mayores "Peritia et Doctrina de la ULPGC*. Tesis Doctoral y Cuenca, M. E. (2013). *Evaluación del Programa Universitario para Mayores UNED Senior*. Tesis Doctoral.

⁴⁴ Arias, E. (2014). *La imagen social del mayor: una comparación entre alumnos universitarios jóvenes y mayores de Castilla-La Mancha*. Tesis Doctoral.

⁴⁵ Lara, F. (2014). *Los programas universitarios para mayores: necesidad de su reconocimiento y consideración como parte integrante del Espacio Europeo de Educación Superior*. Tesis Doctoral.

5.4. El Programa “Aulas Universitarias de la Experiencia” (AUNEX) de la Universidad Miguel Hernández de Elche.

Sin menospreciar otros PUMs, ya que todos ejercen una gran labor en su contexto específico, vamos a describir el inicio, presente y futuro de las Aulas Universitarias de la Experiencia.

En 1999 la Universidad Miguel Hernández de Elche, crea un programa específico denominado “Aulas Universitarias de la Experiencia” (en adelante AUNEX). Este proyecto se crea a partir del programa formativo para mayores que había en nuestra provincia tutelado la Generalitat Valenciana.

Desde las AUNEX se ofrece una actuación educativa integral para el idóneo desarrollo de la persona mayor como ser social, favoreciendo la comunicación intergeneracional y la mejora de la calidad de vida ligada al incremento de la cultura. Creando nuevos espacios de participación, para los nuevos alumnos y para los que han terminado su ciclo oficial de dos años.

El programa AUNEX se ha ido consolidando y se extiende por siete municipios de la provincia de Alicante (Altea, Benidorm, Ibi, El Campello, Elche, Orihuela y Torrevieja). En estos 15 años, han pasado ya por sus aulas más de 4.500 alumnos.

El programa está estructurado en dos cursos académicos y cuenta con asignaturas de 15 horas de duración, como por

ejemplo: historia del arte, derecho público, historia universal, literatura medieval y del siglo de oro, fundamentos de nutrición, antropología cultural, educación física, introducción a la psicología, historia del arte español, historia de la música, derecho privado, literatura de los siglos XIX y XX, psicología de la memoria, patrimonio etnológico, nutrición, sociología y política.

Los estudiantes de las AUNEX tienen acceso a todas las actividades culturales y a todos los servicios que la Universidad Miguel Hernández oferta a sus estudiantes (Bibliotecas, conciertos, actividades deportivas, etc.). Al finalizar los dos cursos académicos, los alumnos obtienen un Diploma Acreditativo de haber cursado el programa de las AUNEX de la UMH.

El programa de las AUNEX desea apoyar las iniciativas de los alumnos por lo que ha apoyado a estos desde la creación de asociaciones de ex-alumnos de las AUNEX como en la organización de cursos, conferencias, viajes, taller de lectura y un sin fin de actividades, como por ejemplo el programa de radio de la radio UMH “La Voz de la Experiencia” que ya lleva más de tres años en antena.

El perfil de los alumnos del programa de las AUNEX es similar al de otros alumnos de otros PUMs, como por ejemplo su porcentaje de asistencia a las clases es superior a otros

cursos, existe un mayor interés por aprender, aumenta la participación en clase, la comprensión de las explicaciones, el profesor siente que su docencia está siendo relevante y tiene una mejor relación y más personal con los alumnos (Cabedo y Alfageme, 2006).

También en nuestra universidad los alumnos de este programa colaboran en actividades de investigación; Uno de los últimos trabajos realizados ha sido una investigación realizada en colaboración con la Universidad de Castilla la Mancha, aplicando una novedosa terapia no farmacológica, conocida como Terapia de Revisión de Vida, a los alumnos de las AUNEX de las sedes de Elche, El Campello y Torrevieja obteniendo unos datos alentadores y unos óptimos resultados de evaluación, tanto por los sujetos que recibían la terapia, como por los alumnos de Psicología que la aplicaron, realizando así una actividad intergeneracional beneficiosa en todos los sentidos. Y publicado en la revista *Journal of Aging and Health* con el título “Life review based on remembering specific positive events in active aging”. También en esta línea de investigación con los datos obtenidos se ha validado la escala de reminiscencia para personas mayores.

Gracias a la colaboración de los alumnos de las AUNEX de las sedes de Elche, El Campello y Torrevieja se ha adaptado y validado la batería de pruebas cognitivas: FAB (Frontal Assessment Battery) en población española.

También los alumnos de las AUNEX participan en las Jornadas que desde el Colegio Oficial de Psicólogos de la Comunidad Valenciana, y más concretamente desde el Grupo de Envejecimiento, se realizan bianualmente en la que a los participantes se les hace un screening de las funciones cognitivas y la memoria además de participar en talleres prácticos y charlas formativas.

Los alumnos de las AUNEX han colaborado como muestra en una tesis doctoral, además de en esta, así como en varios trabajos fin de grado y trabajos fin de máster de diferentes temáticas (crimen y cibercrimen en personas mayores, análisis de la calidad de vida en personas mayores que tiene mascota, entre otros).

El proyecto de las AUNEX sigue colaborando en el proyecto social “Vidas Compartidas” que se lleva a cabo desde la Concejalía de Juventud del Ayuntamiento de Elche y desde el que se fomentan las relaciones intergeneracionales favoreciendo que una persona mayor que vive sola acoja a un estudiante en su hogar durante el curso académico.

Podemos observar que los Programas Universitarios no sólo obtienen una formación académica, sino que además participan del entorno de social de la Universidad cubriendo sus expectativas de ampliar conocimientos y además obteniendo un enriquecimiento cultural y social. Todo ello, como ya hemos visto, contribuye a la mejora de la autoestima

y se llena un espacio de vacío en su vida, destacando así, la labor social que estos programas realizan.





Bloque II

Capítulo 6.

OBJETO E HIPÓTESIS.

6.1. Definición del problema de la investigación.

6.2. Objetivos.

6.3. Hipótesis



Capítulo 6.

OBJETIVOS E HIPÓTESIS.

6.1. Definición del problema de la investigación.

Los mayores desean seguir siendo parte activa y vital de la sociedad, con una participación real, es decir, como parte de un efectivo proceso de integración en la sociedad, como verdaderos actores de la sociedad en la que viven y participando en su comunidad a nivel social, cultural y político. A su vez, sabemos que un adecuado enriquecimiento cultural y social constituye un indicador de una óptima calidad de vida asociada al envejecimiento (Alfageme y Cabedo, 2005; De Albéniz *et al.*, 2012; Colón *et al.*, 2013).

De las investigaciones revisadas sobre las personas que participan en Programas Universitarios para Mayores (PUMs) en nuestro país, no se ha realizado una investigación como la que se presenta, cuyo objetivo ha sido no sólo conocer el perfil de las personas que acuden a estos PUMs, sino evaluar qué tipo de actividades realizan en su entorno social como ejemplo de agentes activos de la sociedad y si estos indicadores sociales están relacionados con la calidad de vida que disfrutan. Queremos saber, en definitiva, si estas personas implicadas con la cultura, podrían estar en condiciones de ser

incluso líderes de ese cambio en el movimiento participativo de las personas mayores.

6.2. Objetivos.

Los objetivos que se han planteado para abordar esta investigación son los siguientes:

- 1) Evaluar la calidad de vida percibida general de las personas que participan en el Programa Universitario para Mayores (PUM) de la Universidad Miguel Hernández de Elche “AUNEX”. La Calidad de vida también se evaluará a través de las dimensiones de bienestar físico, satisfacción general, apoyo social y ausencia de sobrecarga laboral y tiempo libre.
- 2) Conocer el tipo de participación social que realizan las personas que acuden a este PUM y los motivos que les han llevado a ello.
- 3) Conocer el perfil de las personas que acuden a este PUM en relación a su actividad de voluntariado.
- 4) Evaluar si existen diferencias entre la calidad de vida y el tipo de participación social de las personas que viven solas y las personas que viven acompañadas.

6.3. Hipótesis.

La hipótesis principal que nos planteamos es que las personas que acuden a un PUM y realizan actividades de participación social en su entorno, serán personas con una alta calidad de vida.

Asimismo, nos planteamos las siguientes hipótesis:

- Las personas que viven acompañadas tendrán un nivel mayor de participación social.
- Entre las personas mayores que viven solas, aquellas que tienen una participación social activa tendrán mejor calidad de vida.
- Las mujeres tienen un nivel de participación social mayor que los hombres.
- Las mujeres tienen un nivel de participación social mayor en voluntariado que los hombres.
- Entre las personas mayores de más de 65 años que tienen un nivel mayor de participación tienen mejor calidad de vida.

Capítulo 7.

MÉTODO.

7.1. Muestra.

7.2. Datos sociodemográficos de la muestra.

7.3. Instrumentos.

7.4. Procedimiento.

7.5. Análisis estadísticos.



Capítulo 7.

MÉTODO.

7.1. Muestra.

La muestra está compuesta por un total de 143 sujetos mayores de 55 años, residentes en la provincia de Alicante y pertenecientes al Programa Universitario para Mayores (AUNEX), el cual como ya hemos explicado en el Capítulo 5 del presente trabajo, está estructurado en dos cursos académicos y cuenta con asignaturas de 15 horas de duración.

El tipo de muestreo realizado ha sido de carácter incidental, y los criterios de inclusión fueron: ser mayores de 55 años, no estar institucionalizados y pertenecer a las AUNEX. La recogida de información ha sido mediante una encuesta individual y/o auto-completada. La recogida de datos se realizó entre los meses de octubre a marzo de 2014/15 con el consentimiento informado de los participantes en el estudio.

7.2. Datos sociodemográficos de la muestra.

Nuestra muestra, tal y como observamos en la tabla 4, está compuesta por un 28.7 % de hombres y un 71.3% de mujeres (gráfico 5). Esta distribución de la muestra atendiendo a la variable género es similar a otros Programas Universitarios para Mayores, en los que predomina la asistencia de mujeres (Alfageme y Cabedo, 2006).

La edad media de la muestra es de 64,32 años. La edad mínima, que además era requisito para estar incluido en la muestra, es de 55 años y el máximo de 84. En relación al género, la edad media de los hombres es de 65,61 y la edad media de las mujeres es de 63,79 (gráfico 6). Por lo que se refiere al estado civil, un 57.3 % están casados, un 21.7 % viudos, un 8.4% solteros y un 12.6 % están separados o divorciados (gráfico 7). Respecto a la convivencia, un 32.2 % vive sólo frente al 67.8 que vive acompañado (gráfico 8). Finalmente, y en relación a los estudios, un 31.5 % tiene estudios primarios, un 33.6 % tiene estudios secundarios y un 35 % tiene estudios superiores (gráfico 9).

Tabla 4

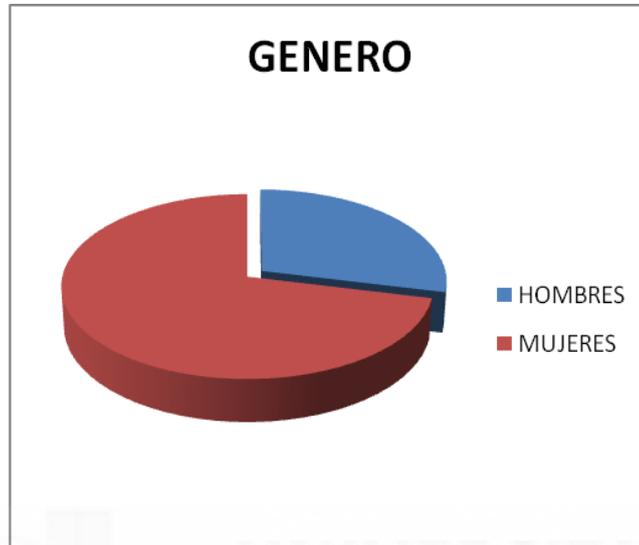
Datos socio demográficos de la muestra.

Género	
Mujeres	71,3%
Hombres	28,7%
Edad Media	
Total	64.32
Mujeres	63,79
Hombres	65,61
Estado Civil	
Solteros/as	8,4%
Casados/as	57,3%
Viudos/as	21,7%
Separados/as	12,6%
Convivencia	
Sólo	32,2%
Acompañado	67,8%
Nivel de estudios	
Primarios	31,5%
Secundarios	33,6%
Superiores	35%

Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 5

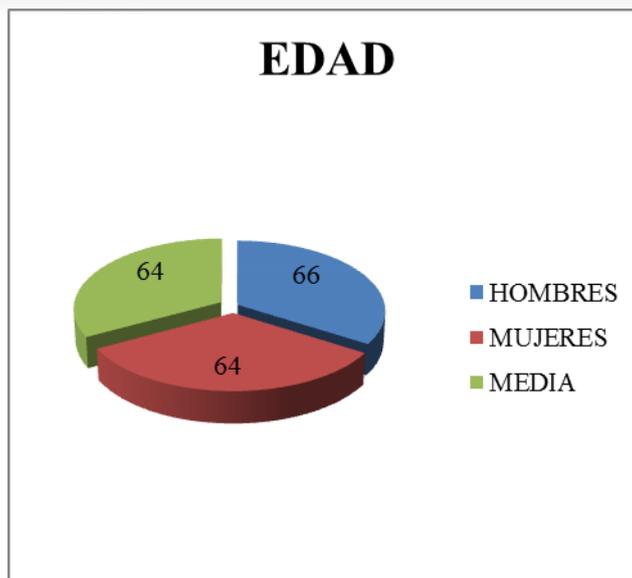
Características de la muestra respecto al género (%).



Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 6

Características de la muestra respecto a la edad.



Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 7

Características de la muestra respecto al estado civil (%).



Fuente: Elaboración propia

Gráfico 8

Características de la muestra respecto a la convivencia (%).



Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 9

Características de la muestra respecto al nivel de estudios.



Fuente: Elaboración propia.

7.3. Instrumentos.

Para la evaluación de la Calidad de Vida se ha utilizado:

- Cuestionario de Calidad de Vida (Ruiz y Baca, 1993) (CCV),

Para la **evaluación** de la **Participación Social**, se han utilizado:

- Subescala “Ciudadanía y participación” de la Encuesta de Personas Mayores (IMSERSO, 2010)
- Pregunta 14 de la Encuesta del CIS incluida en el Plan Estadístico Nacional 2013-2016 aprobado por el

Real Decreto 1663/2008, de 17 de octubre sobre temas de interés general

- Pregunta de elaboración propia sobre los grupos de edades con las que se relacionan las personas que participan en voluntariado.

Cuestionario de Calidad de Vida (CCV) de Ruiz y Baca (1993)

Se trata de un cuestionario conformado por 39 ítems con una escala de respuestas tipo Likert de cinco puntos, que oscilan desde “nada”, que indica que no se presenta la situación y “mucho” confirmando lo contrario, con un gradiente intermedio que se obtienen “poco”, “algo” y “bastante” para denotar la presencia o ausencia relativa de la situación en cuestión.

Este cuestionario evalúa “La Calidad de Vida global” distinguiendo entre aquellos sujetos que tienen pareja y los que no, y la puntuación total se obtiene con la suma de las puntuaciones obtenidas del total de cuatro dimensiones o subescalas.

Las puntuaciones de cada dimensión se obtienen sumando las puntuaciones directas obtenidas en los ítems, previa recodificación de las puntuaciones de los ítems inversos (5-8, 11-15 y 25). El cuestionario evalúa las 4 dimensiones siguientes:

Apoyo social. El contenido específico de los ítems que contempla esta dimensión hace referencia a los tipos de relaciones establecidas con la familia y amigos como el sustento del apoyo social. Hay que distinguir entre las personas que tienen pareja y las que no. Ya que hay cuatro ítems que deberán responder sólo aquellas personas que tienen pareja.

Satisfacción general. El contenido de sus ítems tiene que ver con las percepciones globales de los intereses y metas que las personas se marcan en la vida.

Bienestar físico/psíquico. El contenido de los ítems de esta dimensión hace referencia a la satisfacción del individuo respecto de su percepción de su estado de salud física y mental.

Ausencia de sobrecarga laboral/tiempo libre. En esta dimensión se hace referencia a las actividades que más nos gusta realizar y el tiempo que disponemos para relajarnos, así como la relación (positiva o negativa) entre estos aspectos y el trabajo o actividades que normalmente debemos realizar.

El CCV tiene excelentes propiedades psicométricas, obteniendo un coeficiente de Cronbach de 0.94 y muy sensible a los cambios (Ruiz y Baca, 1993). Es importante destacar que

es uno de los pocos instrumentos desarrollados por investigadores españoles con población española.

El CCV final que se administró a la muestra objeto de esta investigación fue adaptado en función de las características propias de la misma. En este sentido los ítems que hacían referencia al trabajo fueron suprimidos al considerar que éstos no se adaptaban a las circunstancias de las personas mayores (ver tabla 5). A raíz de ello se realizó un análisis de fiabilidad, obteniendo un coeficiente de Alfa de Cronbach 0.732, valor que se ha considerado aceptable.

Tabla 5
Cuestionario Ruiz y Baca (CCV) adaptado.

Dimensiones	Ítems	Rango
Bienestar físico/psíquico	1, 2, 4-8,	8-40
Satisfacción General	3, 9-11, 22-27	10-50
Apoyo Social con pareja	13-20, 28-31	13-60
Apoyo Social sin pareja	13-20	8-40
Ausencia de sobrecarga laboral y tiempo libre	12, 21	5-10

Fuente: Elaboración propia

Subescala “Ciudadanía y participación” de la Encuesta de Personas Mayores (IMSERSO, 2010)

La subescala “Ciudadanía y Participación Social” se corresponde con los ítems 32, 34 y 35 del cuadernillo que elaboramos para hacer el estudio (ver Anexo I).

En el ítem 32 se ofrecen 11 posibles respuestas a seleccionar una o varias por el entrevistado, sobre su pertenencia a asociaciones políticas, sindicales, culturales, religiosas, profesionales, deportivas, empresariales, de voluntariado, de mayores, de mujeres, o ninguna.

El ítem 34 hace referencia a si practica algún tipo de voluntariado, con dos posibles respuestas, sí o no.

El ítem 35 sólo deberá responderlas si ha contestado afirmativamente a dicha cuestión. Ya que en ellas se pregunta qué tipo de voluntariado práctica.

Pregunta 14 de la Encuesta del CIS

Esta pregunta 14 de la Encuesta del CIS se corresponde con el ítem 33 de nuestro cuadernillo final (ver Anexo I). Hace referencia a la motivación de las personas acerca de su participación. Se pueden seleccionar una o varias respuestas de las que siguen: por ocupar el tiempo en una actividad que le guste, por poner en práctica sus ideas, valores o principios, porque de forma conjunta se pueden lograr más objetivos que

individualmente, por defender sus intereses, por relacionarse con otras personas.

Pregunta de elaboración propia

Queríamos conocer, en concreto sobre la participación de los mayores en voluntariado, acerca de los grupos de edades que tienen los sujetos sobre los que realizan actividades de voluntariado.

7.4. Procedimiento.

Se trata de un estudio descriptivo de las personas mayores que participan en el PUM las Aulas Universitarias de la Experiencia (AUNEX) de la Universidad Miguel Hernández de Elche, en la que los encuestados responden de forma individual a su percepción sobre su calidad de vida y el grado de participación social. Los cuestionarios fueron contestados por los sujetos durante su asistencia a las diferentes clases del curso de las AUNEX, de forma anónima, y en caso necesario, la autora del estudio les ayudaba a la comprensión o cumplimentación del cuestionario.

La recogida de información se realizó de manera individual y auto-completada. La recogida de datos se efectuó entre el 1 de diciembre de 2014 y el 30 de marzo de 2015. Todos los

participantes firmaron su consentimiento informado para la realización del estudio.

Sobre la base de las hipótesis planteadas se realizó un análisis descriptivo de las variables a estudio y un análisis estadístico de contraste de hipótesis y de diferencia de medias.

7.5. Análisis estadísticos.

Para el análisis de datos se utilizó el programa estadístico IBM SPSS Statistics 22.0.

Tras comprobar los supuestos de normalidad con la prueba de Kolmogorov-Smirnov, el supuesto de independencia con la prueba de Rachas y la homocedasticidad con la prueba de Levene, se aplicaron distintas pruebas T para contrastar las hipótesis del estudio. Y para analizar la relación entre las variables cualitativas se utilizó la prueba Chi Cuadrado.



Capítulo 8.

RESULTADOS.

8.1. Análisis descriptivos de las diferentes variables.

8.1.1. Calidad de Vida.

8.1.2. Participación Social.

8.2. Análisis estadístico para el contraste de la hipótesis.

8.2.1. Análisis de la relación entre Calidad de vida y las variables sociodemográficas.

8.2.2. Análisis de la relación entre Participación social y variables sociodemográficas.

8.2.2. Análisis de la relación entre Calidad de vida y Participación Social.

Capítulo 8.

RESULTADOS.

8.1. Análisis descriptivo de las diferentes variables.

8.1.1. Calidad de Vida.

El cuestionario de Calidad de Vida (CCV) de Ruiz y Baca (1993), como ya se ha explicado en el capítulo anterior, evalúa “La Calidad de Vida global” distinguiendo entre aquellos sujetos que tienen pareja y los que no y evalúa además las dimensiones Bienestar físico/psíquico, Satisfacción General, Apoyo social con pareja, Apoyo social sin pareja y Ausencia de sobrecarga laboral y tiempo libre.

Calidad de vida Total con pareja.

Hemos obtenido la puntuación global de sujetos con pareja sumando las puntuaciones directas obtenidas en cada uno de los ítems, previa recodificación de las puntuaciones de los ítems inversos (5-8, 11-15 y 25).

La puntuación media de los participantes ha sido de 113,22 con una desviación típica de 9,30, siendo la puntuación mínima posible 31 y la máxima 155 (Tabla 6). Resultado que

nos indica que los participantes con pareja tienen “bastante” Calidad de vida percibida.

Tabla 6
Calidad de Vida total con Pareja.

	N	M	DE	RANGO
Calidad de vida total pareja	77	132.22	9.30	31-155

Fuente: elaboración propia.

Calidad de vida total sin pareja.

Para la obtención de la puntuación total de calidad de vida de los sujetos sin pareja, hemos sumado las puntuaciones directas obtenidas en cada uno de los ítems, previa recodificación de las puntuaciones de los ítems inversos (5-8, 11-15 y 25) y suprimiendo las cuestiones 28, 29, 30 y 31 de la subescala de Apoyo Social del Cuestionario de CCV, las cuales debían ser contestadas únicamente por sujetos con pareja.

La puntuación media de CCV total de los participantes sin pareja ha sido de 96,27 con una desviación típica de 10,08, siendo la puntuación mínima posible 27 y la máxima 151. Resultado que nos indica que los participantes sin pareja tienen “bastante” Calidad de vida percibida. (Tabla 7)

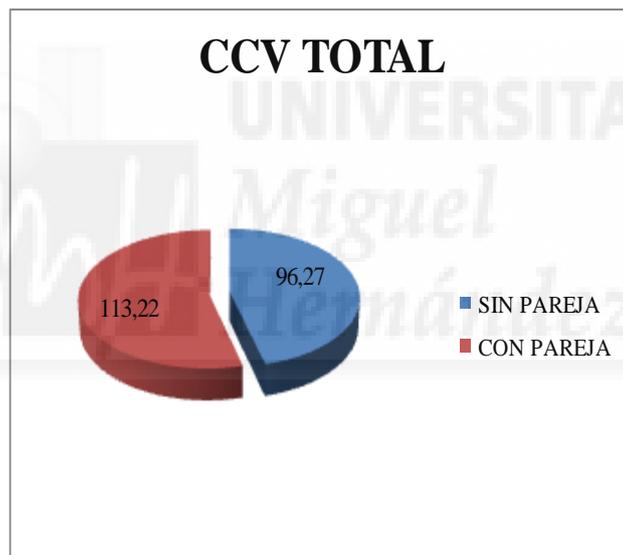
Tabla 7
Calidad de Vida total sin Pareja.

	N	M	DE	RANGO
Calidad de vida total sin par	65	96.27	10.08	27-151

Fuente: elaboración propia.

En el gráfico 10 podemos observar las puntuaciones medias en la Calidad de Vida Total para los sujetos con y sin pareja.

Gráfico 10
Puntuaciones medias de Calidad de vida total con y sin pareja.



Fuente: Elaboración propia.

Las puntuaciones obtenidas en las distintas dimensiones de que consta este cuestionario (ya descritas en el apartado instrumentos), son las siguientes:

Bienestar físico/psíquico:

Para la obtención de la puntuación de calidad de vida de la dimensión “Bienestar físico/psíquico” hemos sumado las puntuaciones directas obtenidas en cada uno de los ítems, 1, 2, 4, 5, 6, 7 y 8 previa recodificación de las puntuaciones de los ítems inversos (5-8).

La media global obtenida en esta dimensión ha sido de 22 con una desviación típica de 4,70, siendo la puntuación mínima posible 7 y la máxima 35 (ver gráfico 11). En ese sentido y atendiendo a los datos descriptivos de las puntuaciones medias obtenidas en esta dimensión, los encuestados se muestran “algo” satisfechos con su bienestar físico/psíquico. Ver tabla 8.

Tabla 8

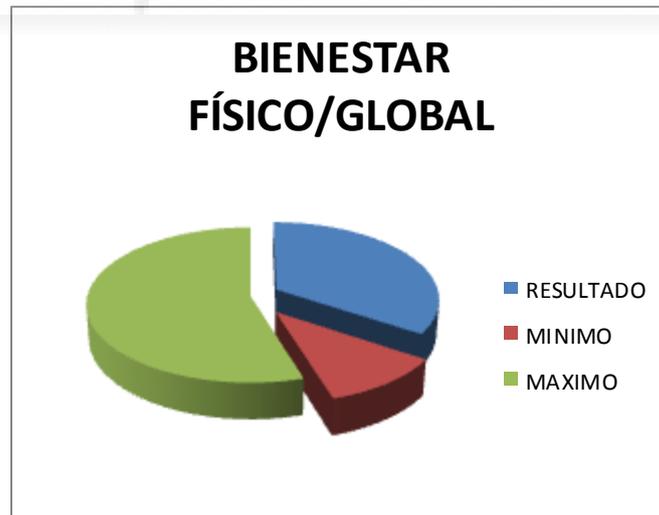
Datos de la dimensión Bienestar físico/psíquico.

Dimensiones CCV	N	M	DE
<i>Bienestar físico/psíquico</i>	143	22	4,70
Mujeres	102	22,48	4,72
Hombres	41	20,80	4,50
Menores de 65	75	22,44	4,69
Mayores de 65	67	21,61	4,67
Solos	46	22,82	4,37
Acompañados	97	21.60	4.82

Fuente: Elaboración propia

Gráfico 11

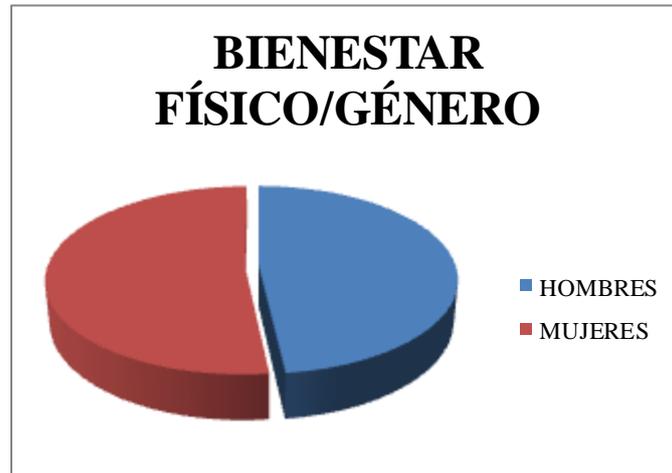
Bienestar físico total.



Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 12

Bienestar físico y género.



Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 13

Bienestar físico y edad.



Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 14

Bienestar físico y convivencia.

Fuente: Elaboración propia.

Satisfacción general:

Para la obtención de la puntuación en la dimensión “Satisfacción General” hemos sumado las puntuaciones directas obtenidas en cada uno de los ítems, 3, 9, 10, 10, 11, 22, 23, 24, 25, 26, 27, previa recodificación de las puntuaciones de los ítems inversos (11 y 25).

La media global obtenida en esta dimensión es de 35,15 con una desviación típica de 8,16, siendo la puntuación mínima posible 10 y la máxima 50 (ver gráfico 15). En ese sentido y

atendiendo a los datos descriptivos de las puntuaciones medias obtenidas en esta dimensión, los encuestados se muestran “algo” satisfechos con su satisfacción general. Véase tabla 9.

Tabla 9

Datos de la dimensión Satisfacción General.

Dimensiones CCV	N	M	DE
<i>Satisfacción General</i>	143	35,15	8,16
Mujeres	102	34,82	4,50
Hombres	41	35,97	7,28
Menores de 65	75	34,02	8,05
Mayores de 65	67	36,46	8,21
Solos	46	33,93	8,80
Acompañados	97	35,73	7,82

Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 15

Satisfacción General total.



Fuente: Elaboración propia

Gráfico 16

Satisfacción General y género.



Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 17

Satisfacción General y edad.



Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 18

Satisfacción General y convivencia.



Fuente: Elaboración propia.

Apoyo social con pareja:

Para la obtención de la puntuación de la dimensión “Apoyo Social con pareja” hemos sumado las puntuaciones directas obtenidas en cada uno de los ítems, 13-20 y 28-31 previa recodificación de las puntuaciones de los ítems inversos (13, 14, 15).

La puntuación media obtenida en esta dimensión ha sido de 47,72 con una desviación típica de 5,65, siendo la puntuación mínima posible 13 y la máxima 60. Ver gráfico 19. En esta escala no hemos analizado la variable sociodemográfica de la convivencia porque entendemos que los sujetos con pareja viven acompañados. Atendiendo a los datos descriptivos de las puntuaciones medias obtenidas en esta dimensión, podemos afirmar que los encuestados con pareja se muestran “bastante” satisfechos con su percepción de apoyo social. Véase tabla 10.

Tabla 10
Datos de la dimensión Apoyo social con pareja.

Dimensiones	N	M	DE
<i>Apoyo social/pareja</i>	77	47,72	5,65
Mujeres	45	48,15	5,84
Hombres	32	47,12	5,40
Menores de 65	49	48,40	6,20
Mayores de 65	27	46,44	4,44

Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 19

Apoyo Social con pareja total.



Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 20

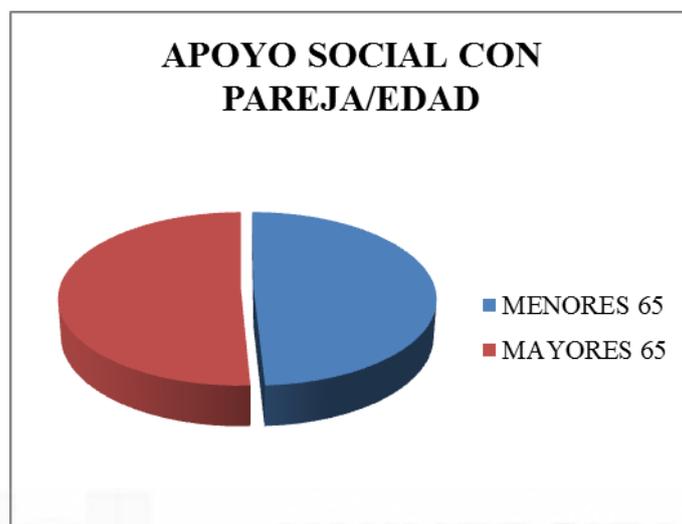
Apoyo Social con pareja y género.



Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 21

Apoyo Social con pareja y edad.



Fuente: Elaboración propia.

Apoyo social sin pareja:

Para la obtención de la puntuación de la dimensión de “Apoyo Social sin pareja” hemos sumado las puntuaciones directas obtenidas en cada uno de los ítems, 13-20, previa recodificación de las puntuaciones de los ítems inversos (13, 14, 15). En esta escala la puntuación media total ha sido de 34,44 con una desviación típica de 4,57, siendo la puntuación mínima posible 8 y la máxima 40. Ver gráfico 22.

En ese sentido y atendiendo a los datos descriptivos de las puntuaciones medias obtenidas en esta dimensión, los

encuestados sin pareja se muestran “bastante” satisfechos con su apoyo social percibido. Véase tabla 11.

Tabla 11

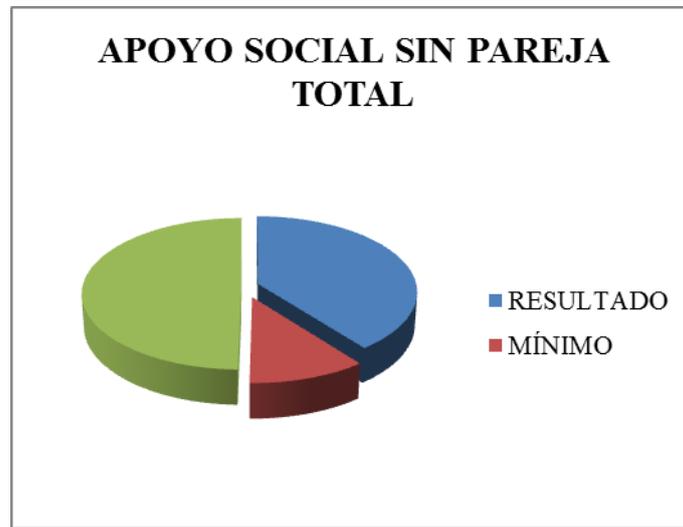
Datos de la dimensión Apoyo social sin pareja.

Dimensiones	N	M	DE
<i>Apoyo social/sin pareja</i>	65	34,44	4,57
Mujeres	56	31,73	4,33
Hombres	9	29,66	4,33
Menores de 65	26	30,88	4,65
Mayores de 65	39	31,82	4,54
Solos	45	30,84	4,91
Acompañados	20	32,80	3,42

Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 22

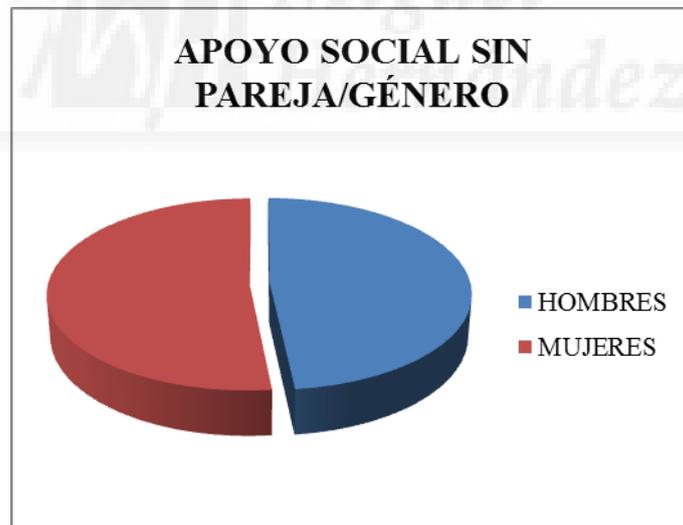
Apoyo Social sin pareja total.



Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 23

Apoyo Social sin pareja y género.



Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 24

Apoyo Social sin pareja y edad.



Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 25

Apoyo Social sin pareja y convivencia.



Fuente: Elaboración propia.

Ausencia de sobrecarga laboral y tiempo libre:

Para la obtención de la puntuación en la dimensión de “Ausencia de sobrecarga laboral y tiempo libre” hemos sumado las puntuaciones directas obtenidas en cada uno de los ítems, 12 y 21. La puntuación media obtenida en esta dimensión ha sido de 8 con una desviación típica de 1,25, siendo la puntuación mínima posible 5 y la máxima 10. Ver gráfico 29. En ese sentido y atendiendo a los datos descriptivos de las puntuaciones medias obtenidas en esta dimensión, los encuestados se muestran “bastante” satisfechos con su situación actual de libertad de cargas laborales y con el tiempo de que disponen actualmente para hacer lo que deseen. Véase tabla 12.

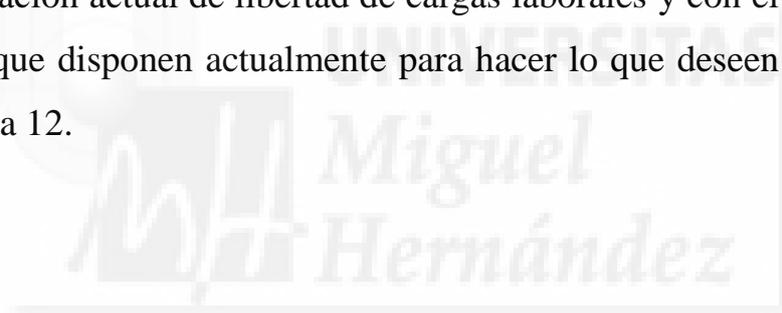


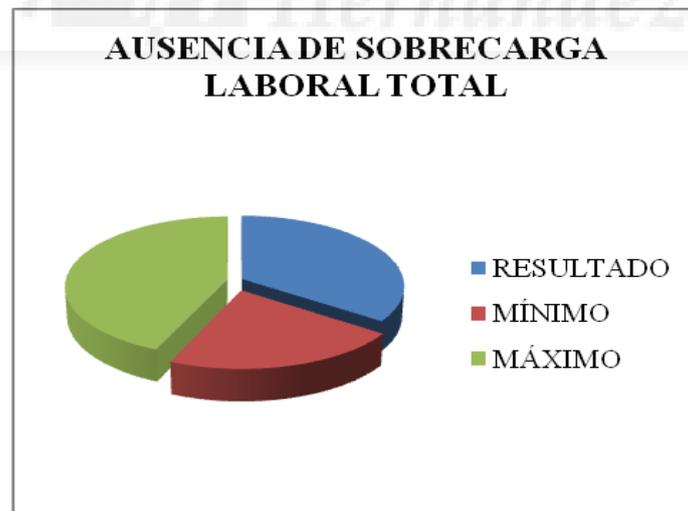
Tabla 12
Datos de la variable Ausencia de sobrecarga y tiempo libre.

Dimensiones	N	M	DE
Ausencia de sobrecarga laboral/tiempo libre	143	8	1,25
Mujeres	102	7,92	1,27
Hombres	41	8,02	1,23
Menores de 65	75	7,88	1,10
Mayores de 65	67	8,05	1,14
Solos	46	7,71	1,52
Acompañados	97	8,56	1,09

Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 26

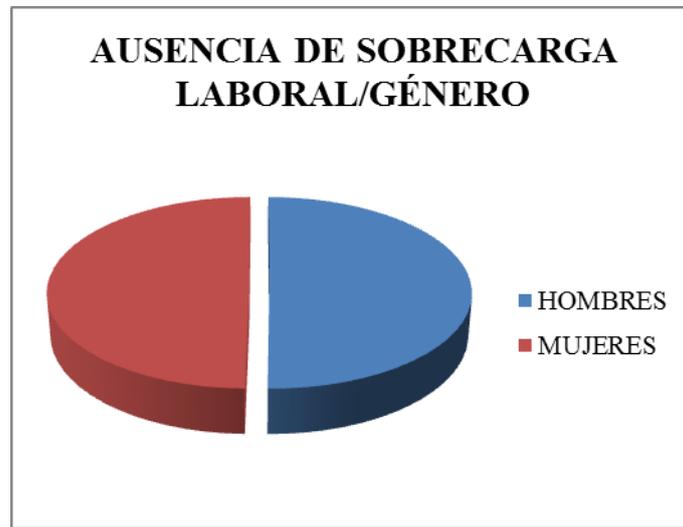
Ausencia de sobrecarga laboral y tiempo libre total.



Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 27

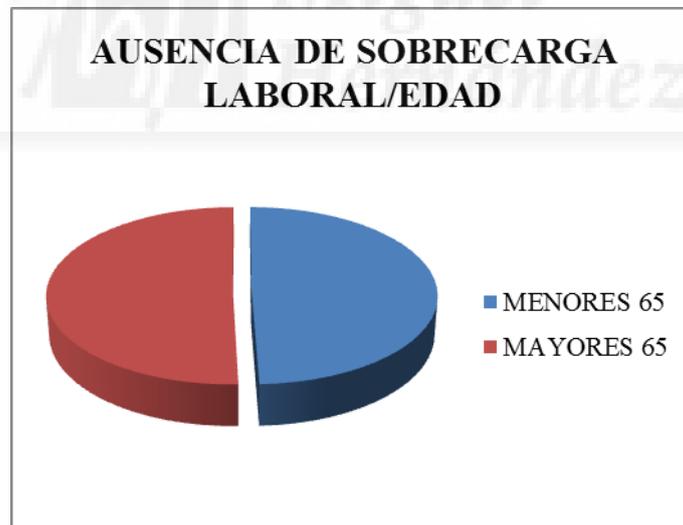
Ausencia de sobrecarga laboral y tiempo libre y género.



Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 28

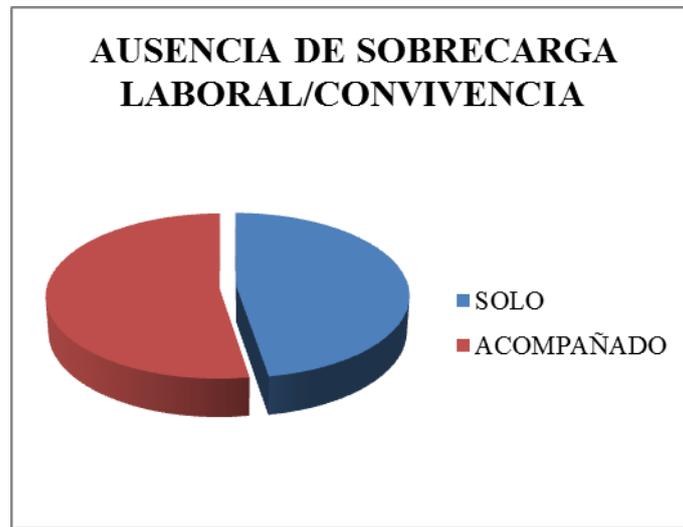
Ausencia de sobrecarga laboral y tiempo libre y edad.



Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 29

Ausencia de sobrecarga laboral y tiempo libre y convivencia.



Fuente: Elaboración propia.

8.1.2. Participación Social.

Para conocer el nivel de Participación Social, tal y como se explicó en el capítulo anterior, se han utilizado la subescala de “Ciudadanía y participación” de la Encuesta de Personas Mayores elaborada por el IMSERSO en 2010, la pregunta 14 de la Encuesta del CIS incluida en el Plan Estadístico Nacional 2013-2016 aprobado por el Real Decreto 1663/2008, de 17 de octubre y una pregunta de elaboración propia.

Como se observa en la tabla 13, el 59,40% del total de sujetos ha manifestado participar en al menos en una de las opciones ofrecidas, frente al 40,56% que no participa (ver gráfico 30).

Tabla 13

Participación Social de la muestra

	Sí	N	%	No	N	%
Total		85	59.40		58	40.56

Fuente: Elaboración propia.

Los resultados de Participación Social total en función de las variables sociodemográficas han sido los siguientes:

Género: los hombres son más participativas que las mujeres, con un porcentaje de participación del 65.8%, frente al 56.8% de las mujeres (ver tabla 14 y gráfico 31).

Tabla 14

Participación y género

	Sí	N	%	No	N	%
Hombres		27	65.8		14	34.2
Mujeres		58	56.8		44	43.2

Fuente: Elaboración propia.

Edad: en la tabla 15 podemos observar que los encuestados que pertenecen al grupo de edad que oscila entre 55 y 65 años, el 50,5% han manifestado participar frente al 49,5% que no participan. En los encuestados mayores de 66 años, el 56,1% ha manifestado participar en alguna de las opciones ofrecidas, frente al 43,9% que ha manifestado no participar (ver gráfico 32).

Tabla 15

Participación y edad

	Sí	N	%	No	N	%
55-65		43	50.5		42	49.5
Más de 66		32	56.1		25	43.9

Fuente: Elaboración propia.

Convivencia: en la tabla 16 podemos observar que el 54,3% de los encuestados que viven solos han manifestado participar frente 61,9% de las personas que viven acompañadas ha manifestado participar en alguna de las opciones ofrecidas (ver gráfico 33).

Tabla 16

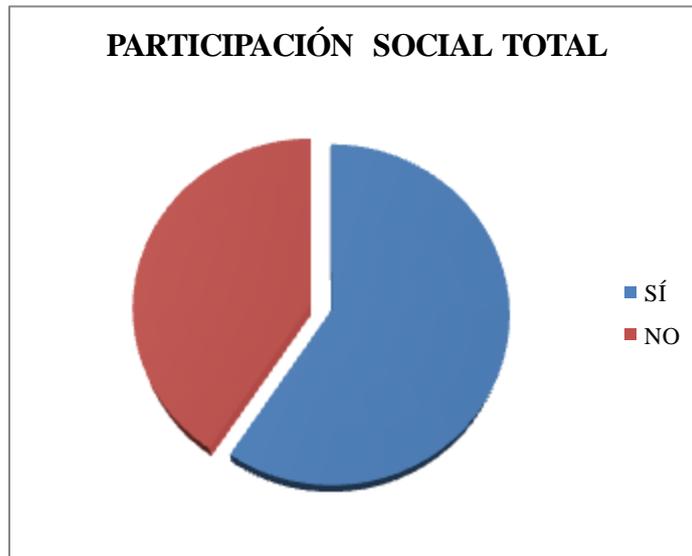
Participación y convivencia

	Sí	N	%	No	N	%
Solo		25	54.3		21	48.7
Acompañado		60	61.9		37	38.1

Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 30

Participación social total.



Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 31

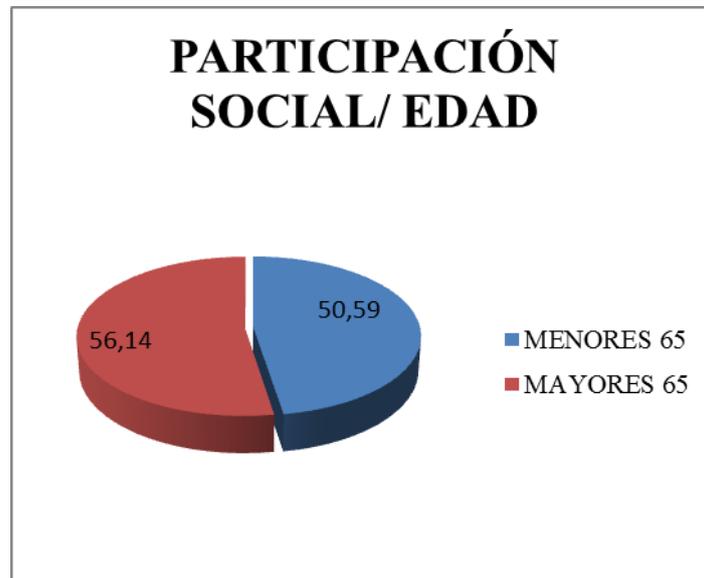
Porcentaje de la Participación Social y género.



Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 32

Porcentaje de la Participación Social y edad.



Fuente: Elaboración propia

Gráfico 33

Porcentaje de la Participación Social y convivencia.



Fuente: Elaboración propia.

Tipo de participación social.

Respecto al análisis del tipo de Participación Social, ésta se corresponde con el ítem 32 del cuadernillo (ver Anexo) y ofrecía siete posibles respuestas (ver tabla 17).

En este sentido y a la vista de los resultados, cabe destacar la participación en una asociación de índole cultural como opción más elegida por los participantes con un porcentaje del 46,2%. Le siguen la participación en una asociación de mayores y en un club deportivo, con porcentajes del 18,9% y del 16,8% respectivamente (ver tabla 17 y gráfico 34).

Tabla 17
Tipo de Participación

Tipo de participación	N	%
Partido político	16	11,2
Sindicato	16	11,3
Colegio profesional	18	12,8
Parroquia/Religioso	10	14,3
Club deportivo	24	16,8
Cultural	66	46,2
Mayores	27	18,9

Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 34

Porcentaje del tipo de Participación social.



Fuente: Elaboración propia.

Motivación de la Participación Social.

Respecto al análisis de la motivación de la Participación Social, se utilizó la pregunta 14 de la Encuesta del CIS incluida en el Plan Estadístico Nacional 2013-2016 aprobado por el Real Decreto 1663/2008, de 17 de octubre y una pregunta de elaboración propia y que se corresponde con el ítem 33 del cuadernillo (ver Anexo I), esta pregunta ofrece al encuestado cinco posibles respuestas (ver tabla 18).

En este sentido, y a la vista de los resultados, cabe destacar dos motivaciones que tienen mayor porcentaje, como son “por ocupar su tiempo libre” con un 46,9% y por “relacionarse con otras personas” con un 46,2%. La motivación menos

seleccionada por los participantes ha sido por defender sus intereses con un porcentaje de 8.4% (véase tabla 18 y gráfico 35).

Tabla 18

Motivación de la participación social

	N	%
Ocupación tiempo libre	67	46,9
Práctica ideas o valores	35	24,5
Lograr objetivos comunes	26	18,2
Defender sus intereses	12	8,4
Relacionarse	66	46,2

Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 35

Porcentaje de la motivación de Participación social.



Fuente: Elaboración propia.

Participación Social en Voluntariado.

Para la obtención de los resultados descriptivos de la Participación Social en voluntariado, se utilizaron las preguntas 38 y 38.1 de la subescala de “Ciudadanía y participación” de la Encuesta de Personas Mayores elaborada por el IMSERSO en 2010, que se corresponde con los ítems 34 y 35 del cuadernillo que se elaboró para este estudio (ver Anexo I).

El ítem 34 pregunta al encuestado si practica voluntariado con dos opciones de respuesta, sí o no.

En este sentido los resultados descriptivos nos ofrecen un dato relevante, ya que el porcentaje de los encuestados que no lo practican es del 78,3% frente al 21,7% que sí lo practica (ver tabla 19 y gráfico 36).

Tabla 19

Voluntariado

	Sí	N	%	No	N	%
Total		18	21.7		125	78.3

Fuente: Elaboración propia

Gráfico 36

Porcentaje de participación en voluntariado.



Fuente: Elaboración propia.

A continuación presentamos los resultados de la Participación Social en Voluntariado según el género, la edad y la convivencia.

Género: el porcentaje de mujeres encuestadas participan más en voluntariado que los hombres, con un porcentaje de participación del 15,8%, frente al 4,8% de los hombres (ver tabla 20 y gráfico 37).

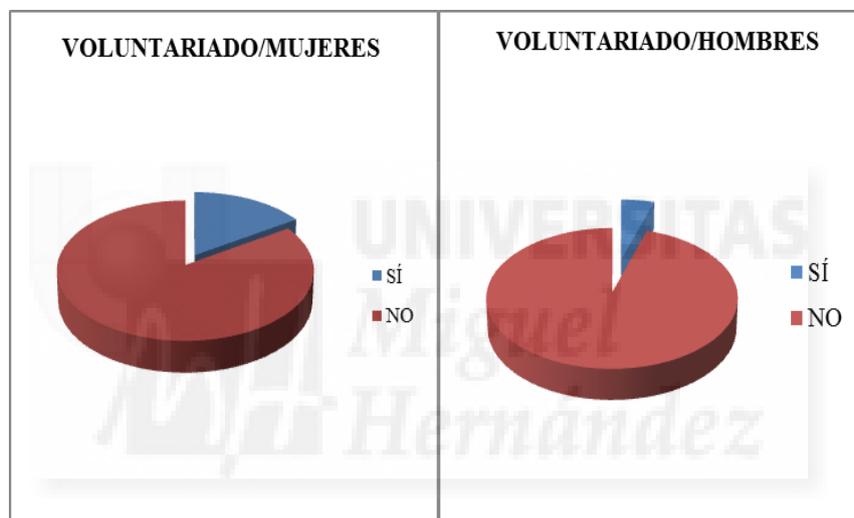
Tabla 20

Voluntariado y género

	Sí	N	%	No	N	%
Hombres		2	4,8		39	95,2
Mujeres		16	15,8		85	84,2

Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 37

Porcentaje de participación en voluntariado según el género.

Fuente: Elaboración propia.

Edad: en la tabla 21 podemos observar que los participantes con más de 66 años tienen un porcentaje de participación en voluntariado mayor con un 16,67% frente al porcentaje del 9,34% de los que pertenecen al grupo de edad que oscila entre 55-65 (ver gráfico 38).

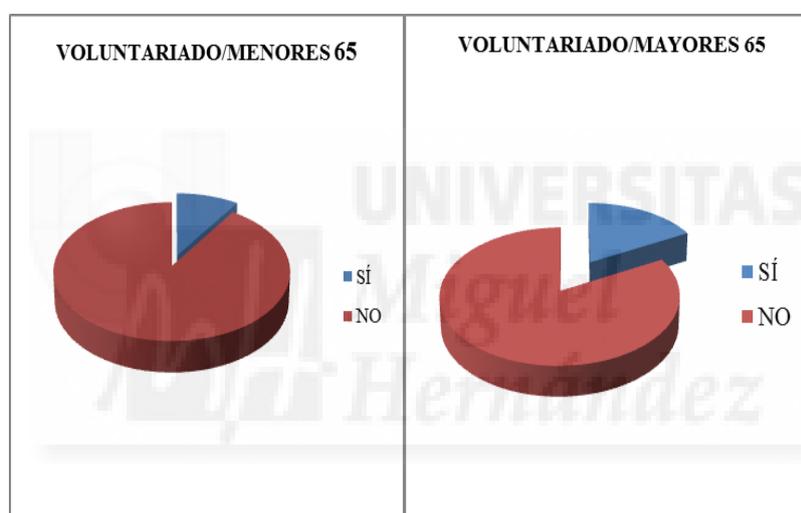
Tabla 21

Voluntariado y edad

	Sí	N	%	No	N	%
Menores 65		7	9,3		68	90,6
Mayores 65		11	16,6		55	83,3

Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 38

Porcentaje de participación en voluntariado según la edad.

Fuente: Elaboración propia.

Convivencia: en la tabla 22 podemos observar que el 13% de los encuestados que viven solos han manifestado participar en voluntariado frente 12,50% de las personas que viven acompañadas que sí ha manifestado participar en voluntariado (ver gráfico 39).

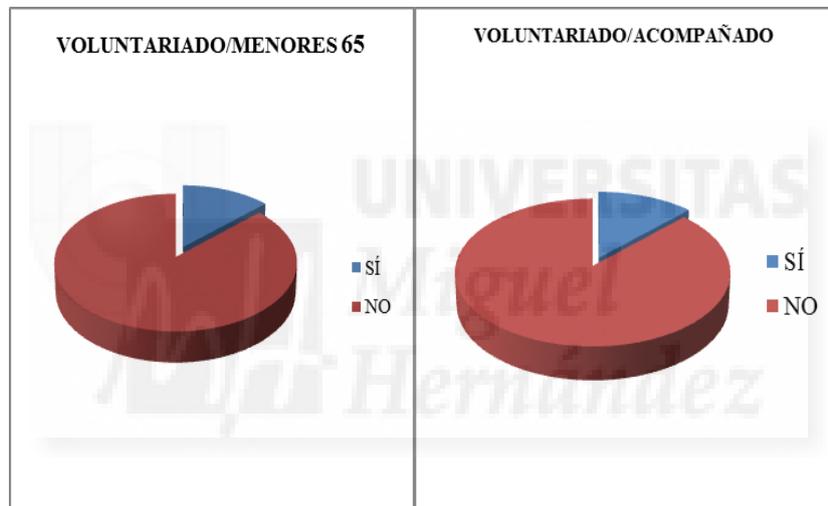
Tabla 22

Voluntariado y convivencia

	Sí	N	%	No	N	%
Solo		6	13		40	87
Acompañado		12	12,5		84	87,5

Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 39

Porcentaje de participación en voluntariado según la convivencia.

Fuente: Elaboración propia.

8.2. Análisis estadístico para el contraste de la hipótesis.

Para someter a prueba las hipótesis planteadas sobre Calidad de Vida, se aplicaron distintas pruebas: la comprobación de supuestos de normalidad con la prueba de Kolmogorov-Smirnov, el supuesto de independencia con la prueba de Rachas (ver tabla 23) y la homocedasticidad a través de la prueba de Leven, se aplicaron distintas pruebas T.

Tabla 23

Comprobación de supuestos de normalidad e independencia para CCV.

	Z(Kolmogrov)	p	Z(Rachas)	p
Bienestar físico	0.16	0.00	-3.00	0.00
Satisfacción General	0.15	0.00	-6.12	0.00
Apoyo Social con pareja	0.09	0.08	-2.38	0.01
Apoyo Social sin pareja	0.13	0.00	0.62	0.53
Ausencia de Sobrecarga laboral	0.24	0.00	-1.42	0.15
Calidad de vida total con pareja	0.05	0.20	-1.26	0.26
Calidad de vida total sin pareja	0.07	0.20	-0.87	0.38

Fuente: Elaboración propia.

8.2.1. Análisis de la relación entre Calidad de Vida y las variables sociodemográficas.

Una vez comprobados los supuestos de normalidad e independencia (tabla 23), efectuamos una comparación de medias (prueba t-student), en función del género, la edad y la convivencia respecto a los resultados obtenidos en Calidad de

Vida total con pareja y Calidad de vida total sin pareja y las dimensiones del cuestionario de CCV siguientes: Apoyo social sin pareja y ausencia de sobrecarga laboral y tiempo libre.

A continuación se presentan los resultados obtenidos en las distintas escalas de CCV, tras efectuar la comparación de medias a través de la prueba T-Student.

Calidad de vida total con Pareja:

Los resultados obtenidos en la prueba de Levene indican que se cumple el supuesto de homocedasticidad ($f=0.18$; $p=0.28$). Atendiendo a los resultados de la comparación de medias, podemos afirmar que no existen diferencias estadísticamente significativas entre los participantes con pareja en función del género o la edad en su calidad de vida percibida (tabla 24).

Tabla 24

T-Student. CCV con pareja.

		<i>Media</i>	<i>T</i>	<i>p</i>	<i>F (Levene)</i>	<i>p</i>
Género	Hombre	112.7	-0.35	0.72	0.39	0.53
	Mujer	113.5				
Edad	Menores 65	113.8	0.58	0.56	0.53	0.46
	Mayores 65	112.5				

Fuente: Elaboración propia

Calidad de vida total sin pareja:

Los resultados obtenidos en la prueba de Levene indican que se cumple el supuesto de homocedasticidad ($f=0.29$; $p=0.58$). En ese sentido, y atendiendo a los resultados de la comparación de medias entre las variables sociodemográficas, cabe destacar que hemos encontrado diferencias estadísticamente significativas respecto a la edad, por cuanto aquellos sujetos que no tienen pareja y son más jóvenes tienen una mayor percepción de su calidad de vida. Respecto a las variables sociodemográficas de género y convivencia podemos afirmar que los sujetos encuestados que no tienen pareja no perciben diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la percepción de su calidad de vida (*tabla 25*).

Tabla 25

T-Student. CCV sin pareja.

		<i>Media</i>	<i>T</i>	<i>p</i>	<i>F (Levene)</i>	<i>p</i>
Género	Hombre	91.4	-1.56	0.12	0.00	0.96
	Mujer	97				
Edad	Menores 65	93.1	-2.06	0.04	0.49	0.48
	Mayores 65	98.3				
Convivencia	Sólo	95.5	-0.83	0.40	1.40	0.24
	Acompañado	97.8				

Fuente: Elaboración propia.

Apoyo Social sin pareja:

Los resultados obtenidos en la prueba de Levene indican que se cumple el supuesto de homocedasticidad ($f=0.60$; $p=0.44$). Atendiendo a los resultados de la comparación de medias entre las variables sociodemográficas, podemos afirmar que en los sujetos sin pareja no existen diferencias estadísticamente significativas en función de la edad, el género, la convivencia en el percepción del Apoyo Social percibido (ver tabla 26).

Tabla 26

T-Student. Apoyo Social sin pareja.

		<i>Media</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>F (Levene)</i>	<i>p</i>
Género	Hombre	29.7	-1.26	0.21	0.09	0.76
	Mujer	31.7				
Edad	Menores 65	30.8	-0.80	0.42	0.02	0.88
	Mayores 65	31.8				
Convivencia	Sólo	30.8	-1.61	0.11	2.43	0.12
	Acompañado	32.8				

Fuente: Elaboración propia.

Ausencia de sobrecarga laboral y tiempo libre:

Los resultados obtenidos en la prueba de Levene indican que se cumple el supuesto de homocedasticidad ($f=4.89$; $p=0.02$). Atendiendo a los resultados de la comparación de medias entre las variables sociodemográficas, podemos afirmar que para sujetos encuestados no existen diferencias estadísticamente

significativas en función de la edad, el género y la convivencia en cuanto a la ausencia de sobrecarga laboral y tiempo libre (ver tabla 27)

Tabla 27

T-Student. Ausencia de sobrecarga laboral y tiempo libre.

		<i>Media</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>F (Levene)</i>	<i>p</i>
Género	Hombre	8	0.44	0.66	0.22	0.63
	Mujer	7.9				
Edad	Menores 65	7.8	-0.85	0.39	1.26	0.26
	Mayores 65	8				
Convivencia	Sólo	7.7	-1.53	0.12	5.98	0.01
	Acompañado	8				

Fuente: Elaboración propia.

8.2.2. Análisis de la relación entre Participación Social y las variables sociodemográficas.

Con respecto al análisis de las relaciones entre la Participación Social y el resto de variables, es decir, género, edad y convivencia, los resultados de la prueba χ^2 indican que no hay diferencias estadísticamente significativas y que no hay relación entre Participación social y género ($\chi^2 = 0.98$, $p=0.32$), edad ($\chi^2 = 0.42$, $p=0.51$), y convivencia ($\chi^2 = 0.73$, $p=0.39$).

En cuanto al análisis de las relaciones entre la Participación social en voluntariado y las variables género, edad y

convivencia, los resultados de la prueba χ^2 indican que no hay diferencias estadísticamente significativas y que no hay relación entre voluntariado y género ($\chi^2 = 3.04$, $p = 0.08$), edad ($\chi^2 = 0.06$, $p = 0.79$) y convivencia ($\chi^2 = 0.73$, $p = 0.39$).

8.2.3. Análisis de la relación entre Calidad de Vida y Participación Social.

Atendiendo al objetivo de nuestro estudio queremos analizar la relación que existe entre Calidad de Vida y Participación Social. Para ello se ha realizado una comparación de medias mediante la T-Student a un nivel de significación de $p < 0.05$ (ver tabla 32).

Calidad de vida total con pareja y Participación Social.

Al realizar una diferencia de medias mediante la T-Student para la que se cumple el supuesto de homocedasticidad ($f = 1.18$; $p = 0.96$) de calidad de vida de los sujetos con pareja según la participación social, no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas ($t = 1.92$; $p = 0.58$).

Calidad de vida total sin pareja y Participación Social.

Al realizar una diferencia de medias mediante la T-Student para la que se cumple el supuesto de homocedasticidad ($f = 0.29$; $p = 0.58$) entre la puntuación total de calidad de vida de los sujetos sin pareja según la participación social, hemos encontrado que no existen diferencias estadísticamente significativas ($t = -1.17$; $p = 0.24$).

Apoyo Social con Pareja y Participación Social.

Al realizar una diferencia de medias mediante la T-Student para la que se cumple el supuesto de homocedasticidad ($f=0.00$; $p=0.96$) de la dimensión de apoyo social de los sujetos sin pareja según la participación social, hemos encontrado que existen diferencias estadísticamente significativas ($t=2.75$; $p=0.00$). Es decir, del grupo de sujetos que tienen pareja los que más participan, tienen mayor apoyo social percibido.

Apoyo Social sin Pareja y Participación Social.

Al realizar una diferencia de medias mediante la T-Student para la que se cumple el supuesto de homocedasticidad ($f=0.60$; $p=0.44$) de la dimensión de apoyo social de los sujetos sin pareja según la participación social, hemos encontrado que no existen diferencias estadísticamente significativas ($t=-0.62$; $p=0.53$).

Ausencia de Sobrecarga laboral y tiempo libre y Participación Social.

Al realizar una diferencia de medias mediante la T-Student para la que se cumple el supuesto de homocedasticidad ($f=4.89$; $p=0.02$) de la dimensión de ausencia de sobrecarga laboral y tiempo libre según la participación social, hemos encontrado que no existen diferencias estadísticamente significativas ($t=1.24$; $p=0.21$).

Bloque III

Capítulo 9.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.



Capítulo 9.

DISCUSIÓN Y LIMITACIONES DEL ESTUDIO.

A la vista de los resultados obtenidos, podemos confirmar que nos encontramos ante una muestra de personas que tienen un perfil similar al resto de personas mayores de 55 años que acuden a los PUMs en nuestro país. Se trata, como hemos visto, de personas mayores “jóvenes” de una edad media de alrededor de 64 años, casados un 57%, que convive acompañado un 67,8% , con estudios medios y de los cuales el 71% son mujeres.

En España, tal y como explicamos en el capítulo 5 del presente trabajo, durante el curso académico 2014-2015 según los datos del último estudio de AEPUM⁴⁶ hay más de 43.292 personas matriculadas en los PUMs pertenecientes a la asociación estatal. Se trata de personas muy activas, con ganas de aportar mucho a la sociedad y que han de ser el ejemplo para la sociedad en general de cómo se puede envejecer con éxito, asumiendo las características bio-psico-sociales que depara esta etapa de la vida, de salud, de formación, con la realización de diferentes tipos de actividades, con la asunción de nuevos

⁴⁶ Véase: <http://www.aepumayores.org/es/contenido/estad-sticas-por-curso-acad-mico>.

roles y liderando el cambio social hacia el que va nuestra sociedad.

Nuestros alumnos refieren que participan en las opciones ofrecidas por *ocupar su tiempo libre* (un 46%) y también por *relacionarse con otras personas*. Los motivos por los que participan en estas actividades están en la línea de los estudios de Martín y Requejo (2005) y Solé *et al.* (2005). Cabe recordar que Guirao y Sánchez ya en 1997 afirmaron que estos fueron los motivos para argumentar social e institucionalmente el surgimiento de los Programas Universitarios para Mayores.

Sabemos que la edad media de la población va en aumento, y que el envejecimiento activo es la mejor “vacuna” para poder seguir disfrutando del llamado “estado de bienestar”. Tenemos que potenciar no sólo que un pequeño porcentaje de nuestros mayores participe en este tipo de actividades, sino que, cuando una persona se jubila sea consciente de que empieza una nueva etapa con nuevos retos por delante, nuevas personas que conocer, y no que va a realizar unas actividades únicamente para ocupar su tiempo libre. Las personas mayores tienen los mismos derechos y deberes, y necesitamos de ellos para que este modelo social que hemos construido constituya el futuro de las nuevas generaciones.

Queremos destacar, una vez más, y según los datos sociodemográficos de la muestra, que son las mujeres las que

lideran la participación en los Programas Universitarios para Mayores. Lo cual no se debe únicamente a que las mujeres tengan una mayor esperanza de vida pues ésta es de 86 años y la de los hombres está en 80 años.

Casi el 60% de los estudiantes de las AUNEX tienen entre los 55 y 65 años. Este dato nos indica que las mujeres a esta edad se han visto “liberadas” de cargas familiares y laborales y es el momento en que deciden dedicarlo a la realización de otras actividades fuera del ámbito familiar. Diversos estudios (Gorard et al, 2001; Davenport, 1986; Cusak, 1998) concluyen en que existen diferentes motivos que hacen que el número de hombres que participan sea inferior al de mujeres en PUMs, como el hecho de que las mujeres obtuvieron en su juventud un menor nivel educativo o el prejuicio de los hombres al existir un mayor número de mujeres en las aulas.

En este sentido, se hace latente la gran necesidad de incentivar a los hombres mayores a participar abandonando los viejos estereotipos y prejuicios, sumándose a la potente demanda social de igualdad entre géneros, y por eso es importante que quienes diseñan las actividades para este sector de la población analicen las causas de esta desmotivación entre los hombres fomentando así su participación social.

Es importante potenciar la participación en estas actividades sobre todo por los beneficios que de la misma se derivan, tal y

como numerosas investigaciones demuestran los efectos positivos derivados de los PUMs, como son los beneficios en la salud mental (Coffey et al. 1999), recuperación de habilidades intelectuales (Shaie, 1993), mejora de la salud física (Aldrige y Lavender, 2000), mejora de la habilidades sociales (Swindell, 2002), entre otros. Sabemos que son espacios donde se incentiva la participación, se potencia el apoyo social permitiendo el establecimiento de nuevas redes sociales y el surgimiento de sentimientos de pertenencia e identidad lo que contribuirá, a su vez, a una mejor calidad de vida.

Según los resultados obtenidos en nuestro estudio en referencia a la Participación Social, casi un 60% de personas participa en al menos una actividad, manifestando su preferencia por actividades culturales (46,2%), seguidos de asociaciones de personas mayores (18,9%) y de un club deportivo (16,8%). Estos datos coinciden con los resultados del estudio de Villar et al. (2006) en el que se da más de un 40% del grado de participación en asociaciones culturales. Como decíamos anteriormente, tenemos que potenciar que sea éste el objetivo a alcanzar para nuestros mayores; estamos de acuerdo con Millán y Santos (2006) cuando afirman que estos programas cumplen, a su vez, una función cultural y socializadora desde una perspectiva positiva, activa, participativa y de autorrealización.

Bien es verdad que los hábitos se han de desarrollar desde etapas anteriores al proceso de envejecimiento, para que llegado el momento estén instaurados este tipo de conductas. No podemos pretender cambiar el estilo de vida de los mayores si no actuamos previamente. De este modo se puede tomar como ejemplo a las personas que hoy están realizando estos PUMs para entender y asumir que el envejecimiento es un proceso vital y no una etapa con un inicio claro y a partir de la cual se han de realizar los deseables comportamientos de salud. Al igual que Águilar et al (2007) y Martín (2007) consideramos que, para conseguir un envejecimiento activo y una mejora de la calidad de vida de las personas mayores, es necesaria la participación en todos los aspectos de la sociedad.

Con respecto a la propia percepción sobre su Calidad de Vida, es interesante destacar que nuestros participantes se han mostrado “algo” satisfechos con las dimensiones de calidad de vida “bienestar físico/psíquico” y “satisfacción general”, dato que diverge de los resultados del estudio de Villar et al. (2006), en los que la gran mayoría contestaban con una percepción “excelente” de su estado de salud o el estudio de Vilaplana (2010) quien concluye que los PUMs tienen potenciales efectos antidepresivos “puesto que el aumento de la satisfacción durante la jubilación para los individuos que viven solos aumenta cuando participan y disminuye en caso

contrario” (Vilaplana, 2010:213). Quizá este dato habría que contrastarlo en futuras investigaciones con cuestionarios sobre el estado de ánimo de nuestros estudiantes.

Sí que es cierto que la dimensión más valorada sobre la calidad de vida ha sido la de Apoyo Social, los participantes afirman sentirse “bastante” apoyados tanto las personas con y sin pareja. Sabemos que la soledad es un aspecto importante de la vejez, sin embargo, y como en el caso de nuestra muestra se trata de una muestra de ancianos jóvenes, siguen manteniendo una red de apoyo social buena y la mayoría tienen pareja. Así, por ejemplo, nuestros resultados apuntan que, de las personas que tienen pareja, aquéllas que tienen una mayor participación social tienen una mejor calidad de vida. Podemos afirmar, al igual que afirman Franco Módenes y Sánchez Cabaco (2008) que para evitar el sentimiento de soledad en las personas mayores es importante aumentar el círculo de amistades. Éste ha de ser un objetivo en el diseño de las acciones dirigidas a las personas mayores.

Limitaciones del estudio.

Consideramos que nuestra investigación presenta algunas limitaciones para la generalización de sus resultados. En primer lugar, dadas las características de la muestra objeto de estudio, los resultados de la misma se pueden generalizar a una

población de similares características sociodemográficas. Somos conscientes de que no es el perfil de la vejez en España, pero es cierto que cada vez más hay un número mayor de personas de edad avanzada que ha ido asumiendo que, para desarrollar un buen envejecimiento, hay que afrontar de forma activa y participativa las diferentes etapas de nuestro ciclo vital.

Entendemos también, que dadas las características de la muestra y en relación a la participación social, las personas que participan en un PUM son personas ya de por sí conscientes de la necesidad de integración social, y por ello un número muy alto participan en los mismos.

Pensamos que un desarrollo futuro de esta investigación, sería la creación de un cuestionario adaptado a las características propias de la muestra objeto de estudio, en el que se midan las variables analizadas en este estudio.

CONCLUSIONES

Como principales Conclusiones de este estudio podemos destacar:

- Al igual que se afirma en el estudio de Balboa *et al.* (2012), EL NIVEL DE ACTIVIDAD E IMPLICACIÓN SOCIAL, PUEDEN DEJAR DE LADO LOS EFECTOS

NEGATIVOS DEL ENVEJECIMIENTO, MEJORANDO ASÍ SU SATISFACCIÓN VITAL.

- En la misma línea que el estudio de Fernández y Ponce de León (2013) podemos afirmar que MEDIANTE LA PARTICIPACIÓN SOCIAL SE EVITA EL AISLAMIENTO EN LAS PERSONAS MAYORES, FAVORECIENDO DE ESTE MODO LA SATISFACCIÓN SUBJETIVA Y SU BIENESTAR EN GENERAL.

- Según nuestros resultados, las personas mayores que tienen pareja y son más participativas, tienen mejor calidad de vida en su apoyo social percibido y en este sentido, al igual que Li, Seltzer y Greenberg (1997) consideramos que LA PARTICIPACIÓN SOCIAL DEBE ENTENDERSE, COMO UN TIPO DE APOYO SOCIAL QUE REPORTA BENEFICIOS AL INDIVIDUO.

- Podemos afirmar, junto a Jarvis (2002), Manheimer y Moskow-Mackenzie (1995) y a Villar (2007) que LOS PROGRAMAS UNIVERSITARIOS PARA MAYORES CONTRIBUYEN A LA MEJORA DE SU CALIDAD DE VIDA PERMITIÉNDOLES SU CONTINUIDAD EN LA PARTICIPACIÓN SOCIAL Y CONTRIBUYENDO A LA ELIMINACIÓN DE ESTEREOTIPOS NEGATIVOS ASOCIADOS A LA EDAD, POR ESTAR INMERSOS EN UN CONTEXTO INTERGENERACIONAL.

- Por consiguiente, al igual que Roy y Pino (2009) podemos afirmar que LA PARTICIPACIÓN SOCIAL DE LAS PERSONAS MAYORES HA DE SER CONSIDERADA COMO UNA NECESIDAD VITAL, NECESARIA PARA SU AUTORREALIZACIÓN QUE HA DE IR ACOMPAÑADA DE ACTIVIDADES CON INTERACCIONES SIGNIFICATIVAS PERMITIENDO ASÍ EL DESARROLLO DE SUS POTENCIALIDADES Y LA MEJORA DE SU CALIDAD DE VIDA.



BIBLIOGRAFÍA

- Abellán, A.; Pérez, L; Sancho, M. T. (2002). “Las personas mayores en España. Indicadores básicos”. *Informe IMSERSO. Las personas mayores en España*.
- Abellán, A. y Esparza, C. (2011). “Un perfil de las personas mayores en España. Indicadores Estadísticos Básicos”. *Informes Portal Mayores*. CSIC.
- Abellán, A. y Ayala, A. (2012). “Un perfil de las personas mayores en España, 2012. Indicadores estadísticos básicos”. (CSIC). *Informes Portal Mayores*. En <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/pm-indicadoresbasicos12.pdf> [23/06/2014].
- Abellán, A. (2012). "Estadísticas sobre residencias: Distribución de centros y plazas". CISC. *Informes Portal Mayores*. En www.imsersomayores.cisc.es/documentos/pm-estadisticasresidencias2011.pdf. [14/2/2013].
- Abellán, A.; Vilches, J. y Pujol, R. (2014). “Un perfil de las personas mayores en España, 2014. Indicadores estadísticos básicos”. Madrid, *Informes Envejecimiento en red*, nº 6. En <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos14.pdf>. [25/3/2014].
- Abellán, G. *et al.* (2006). *Manual de geriatría y Gerontología*. Sociedad Española de Geriatría y Gerontología (SEGG). Madrid.
- ACTIVE (2006). “Overcoming the barriers and seizing the opportunities for active ageing policies in Europe. International” *Social Science Journal*, 190, 617-631.
- Aguilar, E. M., González, L. J. M., Maldonado, A. A., Galdeano, F. L. M., y Soriano, M. D. R. (2013). “¿Cómo utilizar algunos instrumentos de evaluación de programas de envejecimiento activo? En *Calidad de vida, cuidadores e intervención para la mejora de la salud en el envejecimiento*”. Asociación Universitaria de Educación y Psicología, 313-316.
- Albretch, R., & Morales, J. J. (1999). ¿Por qué envejecemos de manera diversa? *RODRÍGUEZ, R. y otros (1999). Geriatría. México: Mc Graw Hill*.

- Alemán, C. y Fernández, T. (2005). "Introducción a los Servicios Sociales". En C. ALEMÁN (Coord.) *Fundamentos de Servicios Sociales*. Madrid: Dykinson.
- Alfageme, A. y Cabedo, S. (2005). "Los programas universitarios para mayores". En S. Pinazo, y M. Sánchez (Eds.), *Gerontología*. Madrid: Pearson Educación, 367-389.
- Alfama, E., Canal, R y Cruells, M. (2012). Las políticas de envejecimiento activo en el Estado español (2002-2012): ¿promoviendo la ciudadanía y la participación de las personas mayores?
- Alonso, J. (2003). "El Estado de Bienestar en España". *Política y sociedad*, 29, 107-117.
- Allport, G. W. (1937). *Personality: A psychological interpretation*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Almond, G. y Verba, S. (1970). *La cultura cívica. Estudios sobre la participación política democrática en cinco naciones*. Madrid España: Fundación Foessa.
- Anderson, F., & Cowan, N. (1955). A Consultative Centre for Old People'. *Lancet*, II, 239-290.
- Andrés, J. (2012). *Atención y apoyo psicosocial domiciliario: Técnicas de rehabilitación psicosocial, apoyo a las gestiones cotidianas y comunicación con el dependiente y su entorno*. S.L.
- Andrews F. M., Withey S. B. (1976). *Social indicators of well-being. American's perceptions of life quality*. NY: Plenum press.
- Antón, A. (2012). "Política social en tiempo de crisis". *Cuadernos de trabajo social*, 25(1), 49-62.
- Aragó, J. (1985). "Aspectos psicosociales de la Senectud". En A. Marchesi, M. Carretero y J. Palacios, *Psicología Evolutiva*, Madrid: Alianza.
- Aranibar, P. (2001). *Acercamiento conceptual a la situación del adulto mayor en América Latina*. CEPAL.
- Arnold, B. y Costa, J. (1996). "A New vision of the Third Age, or the individual and Society as a result of Learning. Possibilities for Older Adults. Continuing Scientific Education in

- Europe”. *International Journal of Third Age Learning International Studies*, 6, 105-117.
- Arranz, L. *et al.* (2009). "El aislamiento social durante la vejez empeora el deterioro cognitivo, conductual e inmunitario". *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 44(3), 137-142.
- Atchley, R. C. (1980). *The social forces in later life: an introduction to social gerontology*. Belmont: Wadsworth.
- Atkinson, R. C. & Shiffrin, R. M. (1968). "Human memory: a proposed system and its control processes". In K.W. Spence (Eds.), *The Psychology of Learning and Motivation: Advances in Research and Theory*. New York: Academic Press.
- Avramov, D., Maskova, M. (2003). *Active ageing in Europe*. Strasbourg, Council of Europe, 2 vols.
- Baddeley, A. D. (1992). "Memory theory and memory therapy". In Wilson, B. A., y Moffat, N. (Eds.), *Clinical Management of Memory Problems* (2nd Ed.), London: Chapman & Hall, 1-31.
- Balboa, M., Pérez, M. y Sarasola, J. L. (2012). "Propuestas saludables para el envejecimiento activo". *Revista Educativa Hekademos*, 11, 29-36
- Baltes, M. M. y Carstensen, L. L. (1996). "The processes of successful ageing". *Ageing and Society*, 16, 397-422.
- Baltes, P. B. (1987). "Theoretical propositions of life span developmental psychology: On the dynamics of growth and decline". *Developmental Psychology*, 23, 611-626
- Baltes, P. B. & Baltes, M. M. (1990). "Psychological perspectives on successful aging: the model of selective optimization with compensation". In P. B. Baltes & M. M. Baltes (Eds.), *Successful aging. Perspectives from the behavioral sciences*. Nueva York: Cambridge University Press, 1-34.
- Baltes, P. B., Freund, A. L. and Li, S. (2005). "The psychological science of human ageing". In *The Cambridge Handbook of Age and Ageing*. Cambridge: Cambridge University Press, 47-71.
- Barriga, L. A. *et al.* (2010). *Dictamen del Observatorio Estatal para la Dependencia*. Madrid: Concejalía de Servicios Sociales del Ayuntamiento de Alorcón.

- Bastos, M. A. (2006). "En defensa de la libertad: El pensamiento político de Frank S. Meyer". *Revista de Investigaciones Políticas y Sociológicas*, 5(2), 9-17.
- Bazo, M. A., & Maiztegui, C. (1999). *Sociología de la vejez. Envejecimiento y sociedad: una perspectiva internacional*. Madrid: Editorial médica panamericana,
- Bazo, M. T. (2002). "Institucionalización de las personas ancianas: un reto sociológico". *RES*, 9(53), 149-164.
- Bazo, M. T. (2005). "Consecuencias del envejecimiento en la sociedad española actual". *Panorama Social*, 1, 48-57.
- Belando, M. y Sarlet, A. (1997). "Políticas de atención a la vejez en los sectores sanitario y social", en J. Buendía (ed.), *Gerontología y salud, perspectivas actuales*. Madrid: Editorial Biblioteca Nueva, págs. 199-232.
- Belsky, J. (2001). *Psicología del envejecimiento*. Madrid: Paraninfo.
- Berelson, B., Lazarsfeld, P. y Macphee, W. (1954). *Voting. A study of opinion formation in a presidential campaign*. Chicago: University of Chicago Press.
- Birren, J. E., & Schroots, J. J. (1996). *History, concepts, and theory in the psychology of aging*.
- Blasco, S. y Meléndez, J.C. (2006). "Cambios en la memoria asociados al envejecimiento". *Geriátrika*, 22(5), 179-185.
- Bonete, B. (2010). *Análisis desde la teoría de la conducta planeada de los predictores del ejercicio físico en personas mayores de 55 años*. Tesis Doctoral, Universidad Miguel Hernández de Elche.
- Boshier, R. (1971). "Motivational orientations of adult education participants: A factor analytic exploration of Houle's typology". *Adult Education*, 21, 3-26.
- Botella, J. (1999). "El estudio experimental de la atención". En E. Munar, J. Roselló y A. S. Cabaco (Coords.), *Atención y percepción*. Madrid: Alianza, 63-98.
- Boulton-lewis, G. M. (2010). "Education and learning for the elderly: why, how, what". *Educational Gerontology*, 36, 213-228.

- Bourdelaís, P.; Gourdon, V. y Viret, J. L. (2007). "La vejez en Francia, siglos XVII-XX. Entre las regulaciones familiares, las representaciones sociales y los intereses científico-políticos". *Semata*, 18(1), 31-60.
- Brady, E. M. y Fowler, M. L. (1988). "Participation motives and learning outcomes of older learners". *Educational Gerontology*, 14, 45-56.
- Bradley, M. M., Greenwald, M. K., Petry, M. C. & Lang, P. J. (1992). "Remembering pictures: Pleasure and arousal in memory". *Journal of Experimental Psychology Learning, Memory and Cognition*, 18(2), 379-390.
- Bru, C. (2002). "Ponencia Marco. Los Modelos Marco de Programas Universitarios para mayores". En C. Bru (Ed.), *Los Modelos Marco de Programas Universitarios para Mayores*, Alicante: Conselleria de Bienestar Social, 17-44.
- Bru, C. (2006). "La dimensión internacional de los programas universitarios de mayores". En *El aprendizaje a lo largo de toda la vida. Los programas universitarios de mayores*, 213-261
- Buela-Casal, G.; Carrasco, T. & Fernández Ríos, L. (1997). *Psicología preventiva: avances recientes en técnicas y programas de prevención*. Madrid: Pirámide.
- Buendía J. (1994). *Envejecimiento y Psicología de la salud*. Madrid: Editorial Siglo XXI.
- Butler, D. y Stokes, D. (1971). *Political change in Britain*. Harmondsworth Penguin Books.
- Butler, R. y Schechter, M. (1995). "Productive Aging", en G.L. Maddox (ed.), *The encyclopedia of aging* (pp. 763-764). New York: Springer.
- Bynum, L.L. y Seaman, M.A. (1993). "Motivations of third age students in Learning in Retirement Institutes". *Continuing Higher Education Review*, 57, 12-22.
- Cabedo, S. y Alfageme, A. (Dir.) (2006). *Los programas universitarios en España: una investigación sociológica*. Castellón de la Plana: Universidad Jaume I.

- Campbell, A., Converse, P., Millar, W. y Stokes, D. (1966). *The American Voter*. Michigan, USA: University of Michigan - John Wiley & Sons, Inc.
- Campbell, A., Converse, P., Rodgers, E. (1996). *The Quality Of American Life: Perceptions, Evaluations and Satisfactions*. New York: Russel Sage Foundation.
- Capataz, I. y Muñoz, S.M. (2004). “Métodos y técnicas de estudio de la atención”. En A.S. Cabaco (Dir.), *Mapas conceptuales de psicología de la atención y la percepción: Una propuesta metodológica para la convergencia*. Salamanca: Demiurgo Ediciones, 127-138.
- Cardona, D., Estrada, A., & Agudelo, H. B. (2006). Calidad de vida y condiciones de salud de la población adulta mayor de Medellín. *Biomédica*, 26(2), 206-215.
- Carstensen, L. L. (1992). “Social and emotional patterns in adulthood: Support for socioemotional selectivity theory”. *Psychology and Aging*, 7, 331-338.
- Carstensen, L. L. & Charles, S. T. (1999). “Emotion in the second half of life”. *Current Directions of Psychological Science*, 7, 144-149
- Cervera-Maciá, M. et al. (2009). *Informe final del grupo de expertos para la evaluación del desarrollo de la efectiva aplicación de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y la Atención a la Personas en Situación de Dependencia*. Madrid: IMSERSO
- Chuliá, E. (2010). “Diez preguntas sobre la reforma del sistema de pensiones en España”. *Panorama Social*, 11, 151-162.
- Cicerón, M.T. (1997). *Catón el viejo o de la vejez; Lelio o de la amistad*. Madrid: UNAM.
- Coffey, C. et al. (1999). “Relation of education to brain size in normal ageing”. *Neurology*, 93, 189-194.
- Colón, A. et al. (2013). “La formación de personas mayores como favorecedora del envejecimiento y calidad de vida desde las percepciones del profesorado de la universidad de Jaén”. *Revista de ciencias de la educación: órgano del Instituto Calasanz de ciencias de la educación*, 234, 239-252.

- Colom, R. (Dir.) (1997). *Gerontología y salud, perspectivas actuales*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Comfort, A. (1977). *Una buena edad, la tercera edad*. Madrid: Editorial Debate.
- Comisión para el estudio de los efectos del envejecimiento en el futuro del estado del bienestar (2010). “Para un debate sobre los efectos del envejecimiento en el futuro del Estado de Bienestar. IMSERSO. CSIC. En <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/unepa-dictamencomision-01.pdf>. [12/08/2014].
- Conejero, E. y Segura, M. C. (2010). “Inmigración y participación ciudadana”. En Conejero, E. y Ortega, A. *Inmigración, integración, mediación intercultural y participación ciudadana*. Alicante: ECU, 245-268.
- Connidis, I. A. & McMullin, J. A. (1992). “To have or have not: Parent status and the subjective well-being of older men and women”. *The Gerontologist*, 33, 630-636.
- Contreras de Lehr, E. (1980). “Investigación longitudinal y psicogerontología”. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 15(6), 583-598.
- Costa, P. T.; McCrae, R. R. & Arenberg, D. (1983). “Recent longitudinal research on personality and aging”. In K. W. Schaie (Ed.), *Longitudinal studies of adult psychological development*. New York: Guilford.
- Costa, P. T. & McCrae, R. R. (1994). “Set like plaster? Evidence for the stability of adult personality”. In T. Heatherson y J. Weinberger (eds.), *Can Personality Change?* Washington DC: American Psychological Association.
- Cowgill, D. O. (1974). Aging and modernization: A revision of the theory. *Late life*, 123-145.
- Craig, G. (2001). *Desarrollo Psicológico*. México: Prentice Hall.
- Cuerda, J. A. (2004). “La participación social. Una ilusión y un deber”. *Asociación para el aprendizaje permanente y la formación de personas mayores*, Taller “El empoderamiento y la participación social”, 27-33.

- Cumming, E. y Henry, W. E. (1961). *Growing old: the process of disengagement*. New York: Basic Books.
- Cusak, S. (1998). "Leadership in Senior's Centres: power and empowerment in relations between seniors and staff". *Education and Ageing*, 13, 49-66.
- De Albéniz, A. P.; Pascual, A. I., y Navarro, M. C. (2012). "Evaluación del impacto personal y social de los Programas Universitarios para Mayores". *La calidad en los programas universitarios para mayores. Procesos, aplicaciones y finalidades*, 327.
- Dech, S. y Regan, J. (2000). *Learning in later life: Motivation and impact*. Nottingham: DEE.
- De Llano, J.A. et al (2015). Evolución de la natalidad en España. Análisis de la tendencia de los nacimientos entre 1941 y 2010. In *Anales de Pediatría* (Vol. 82, No. 1, pp. e1-e6). Elsevier Doyma.
- De La Fuente, A. (2012). El sistema de financiación regional: la liquidación de 2010 y algunas reflexiones sobre la reciente reforma. *Hacienda pública española*, (203), 121-138.
- De Salomón, P. (1999). "Gerontología y geriatría. Breve resumen histórico". *Resumed*, 12(2), 51-54.
- Diener, E. (1994). *El bienestar subjetivo. Intervención Psicosocial*, 3, 67-113,
- Diener, E. (1998). Subjective well-being and personality. En D. F. Barone y M. Hersen (Eds.), *Advanced personality: The plenum series in social/clinical psychology*. Nueva York: Plenum Press, 331-334.
- Diener, E. y Lucas, R. E. (1999). "Personality and subjective well-being. In D. Kahneman et al. (eds.). *Well-Being: The Foundation of Hedonic Psychology*. New York: Sage Found, 213-229.
- Dobbs, A. R. y Rule, B. G. (1989). "Adult Age Differences in working memory". *Psychology and Aging*.
- Doménech, R. y A. Melguizo (2008). Projecting pension expenditures in Spain: on uncertainty, communication and transparency. En D. Franco, (ed.). *Fiscal Sustainability: Analytical Developments and Emerging Policy Issues*. Roma: Banca d'Italia.

- Domjan, M., y Burkhard, B. (1999). Principios de aprendizaje y de conducta. México: International Thomson.
- Duque, J. M. y Mateo, A. (Coords.) (2008). *La participación social de las Personas Mayores*. Madrid: IMSERSO.
- Dowd, J. J. (1975). "Aging as exchange: A preface to theory". *Journal of Gerontology*, 30(5), 584-594.
- Downs, A. (1957). *An economic theory of democracy*. Nueva York. Harper and Brothers.
- Dulcey-Ruiz, E. y Uribe, C. (2000). *La adultez: contexto y perspectiva*. Texto Inédito. Pontificia Universidad Javeriana. Facultad de Psicología.
- Erikson, E. (1950). *Childhood and society*. New York: Norton & Co.
- Erikson, E. (2000). *El ciclo vital completado (edición revisada)*. Barcelona: Paidós.
- European Commission (2012). *Active ageing and solidarity between generations*. Special Eurobarometer, 378.
- Escorial, S., Rebollo, I., García, L. F., Colom, R., Abad, F. J., & Juan-Espinosa, M. (2003). Las aptitudes que se asocian al declive de la inteligencia: evidencias a partir del WAIS-III. *Psicothema*, 15(1), 19-22.
- Esquivel, L. R., Calleja, A. M. M., Hernández, I. M., Medellín, M. P., & Paz, M. T. (2009). Aportes para una conceptualización de la vejez. *Revista de Educación y Desarrollo*, 11, 47-56.
- Fariñas, C. (2012). "Envejecimiento activo, suprimiendo los límites de la edad". *Sesenta y más*, (313), 29-32.
- Felce D. (1997). "Defining and applying the concept of quality of life". *Journal of Intellectual Disability Research*, 41(2), 126-135.
- Felce, D. (2006). "La calidad de vida en servicios de vida comunitaria: cuestiones sobre medición subjetiva y objetiva". En M. A Verdugo y Jordán de Urries, F. B. (Coords.), *Rompiendo inercias. Claves para avanzar*. VI Scientific Meeting of Research on People with Disability, 73-88.
- Fernández-Ballesteros, R. (dir.) (1992). *Mitos y realidades en torno a la vejez y la salud*. Barcelona: SG.

- Fernandez-Ballesteros, R. (1996). "Quality of life: concept and Assessment". 26th International Congress of Applied Psychology. Montreal.
- Fernández-Ballesteros, R. (1998). *Calidad de vida: Concepto y Contribución*. En J. Adair, D. Belanger y K. Dion (Eds.), *Avances en la Ciencia Psicológica* (Vol 1). Sussex, UK: Psicología.
- Fernández-Ballesteros, R. (2000). *Gerontología Social*. Madrid: Pirámide.
- Fernández-Ballesteros, R. (2004). *La psicología de la vejez. Encuentros multidisciplinares*, 6(16), 11-22.
- Fernández-Ballesteros, R. (2009). *Envejecimiento activo, contribuciones de la Psicología*. En F. J. Labrador (Director) Colección Psicología. Madrid: Pirámide, 21-39, 178-190, 193-223.
- Fernández-Ballesteros, R. & Calero, M. D. (1995). "Training effects on intelligence of olders persons". *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 22, 135-148.
- Fernández-Ballesteros, R., Zamarrón, M.D. y Maciá, A. (1996). *Calidad de vida en la vejez en distintos contextos*. Ministerio de Trabajo e inmigración.
- Fernández-García, T. y Ponce de León-Romero, L (2013). "Envejecimiento activo: recomendaciones para la intervención social desde el modelo de gestión de casos". *Portularia. Revista de Trabajo Social*, XII (1), 87-97.
- Fernández-Merino, M. C. *et al.* (2003). "Autopercepción de la salud en ancianos y mortalidad a los 5 años. Estudios en una comunidad rural". *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 38, 311-315
- Ferrándiz, P. (1997). *Psicología del aprendizaje*. Madrid: Síntesis.
- Fierro, A. (1994). *Proposiciones y propuestas sobre el buen envejecer*. En J. Buendía (Comp.) *Envejecimiento y Psicología de la Salud*. Madrid: Siglo XXI.
- Fong, E. y Adela, J. (2006). *Consejos útiles para ancianos y sus familiares*. Santiago de Cuba. Ed. Oriente

- Francés, J. y Santacreo, O. (2005). "Modelos estructurales en Investigación Social. LISREL: programación en Simplis". *Manual de prácticas para Técnicas de Investigación Social III*. Dpto. Sociología II, Universidad de Alicante.
- Franco Módenes, P. y Sánchez Cabaco, A. (2008). "Saber envejecer: aspectos positivos y nuevas perspectivas". *Foro de educación*, 10(1), 369-383.
- Franklin, N. C. y Tate, C. H. (2009). "Lifestyle and Successful Aging: An Overview". *American Journal of Lifestyle Medicine*, 3(1), 6-11.
- Freeman, E. (1979). "Aging, it's history and literature". *Human Science Press*.
- Fries, J. F. (1989). *Aging well*. Reading: Mass.: Addison-Wesley Pub.
- Fries J. F. & Crapo L. M. (1981). *Vitality and Aging: Implications of the Rectangular Curve*. San Francisco: W.H. Freeman.
- Furst, E. J. y Steel, B. L. (1986). "Motivational orientations of older adults in university courses as described by factor and cluster analysis". *Journal of Experimental Education*, 54, 193-201.
- Gal, D. L., Santos, A. C. y Barros, H. (2005). "Leisure-time versus full-day energy expenditure: A cross-sectional study of sedentarism in a Portuguese urban population". *BMC Public Health*, 5, 16-23.
- Galbraith, J. K. (1958). "How much should a country consume?" In H. Jarred. (Ed.), *Perspectives on conservation*. Baltimore: The Johns Hopkins Press, 89-99.
- García, J. C. (2003). *La vejez. El grito de los olvidados*. México: Plaza y Valdez.
- Gázquez Linares, J. J., Yuste Rossell, N., & Pérez Fuentes, M. D. C. (2005). *Revisión de las hipótesis biológicas que explican el envejecimiento*. *Anales de Psicología*, 21(2), 323-327.
- George, L. K. y Bearon, L. B. (1980). *Quality of life in older persons: Meaning and measurement*. Human Science Pr.
- Gergen, M. M., & Gergen, K. J. (2001). "Positive aging: new images for a new age". *Aging International*, 27(1), 3-23.

- Giró, J. (2004). "El significado de la vejez". En J. Giró (coord.) *Envejecimiento y Sociedad: una perspectiva multidisciplinar*, Logroño: Universidad de la Rioja, 19-45.
- Giusti, L. (1991). *Calidad de vida, estrés y bienestar*. San Juan, Puerto Rico: Editorial.
- Goldfarb, A. (1965). Psychodynamycs and the three generation family. En E. Shanas y G. F. Sreib (Dir.), *Social structure and the family* (pp. 10-45). New Jersey: Englewood Cliffs.
- Gómez-Carroza, T. (2003). *Heteroestereotipos y autoestereotipos asociados a la vejez en Extremadura*. Tesis doctoral no publicada. Universidad de Extremadura.
- Gómez, M. y Sabeh, E.N. (2001). "Calidad de Vida. Evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica". Salamanca: Instituto Universitario de Integración en la Comunidad, Facultad de Psicología, Universidad de Salamanca.
- Gorard et al. (2001). "Lifelong learning trajectories: some voices of those in transit". *International Journal of lifelong Education*, 20, 169-187.
- Guirao, M. y Sánchez, M. (1997). "Los programas universitarios para mayores en España". En A. Lemieux. *Los programas universitarios para mayores: enseñanza e investigación*. Madrid: IMSERSO, 145-153.
- Gutiérrez, M., Serra, E. y Zacaes, J. J. (2006). *Envejecimiento óptimo. Perspectivas desde la psicología del desarrollo*. Valencia: Promolibro.
- Gyarmati, G. (1992). "Reflexiones teóricas y metodológicas en torno a la participación". *Estudios sociales* 73, 9-30.
- Ham Chande, R. (2003). *Envejecimiento en México*. México: Colegio de la frontera norte.
- Hayflick, L. (1999), *Cómo y por qué envejecemos*. Barcelona: Herder.
- Havighurst, R. (1961): Successful aging. *Gerontologist*, 1, 8-13.
- Havighurst, R. y Albrecht, R. (1953). *Older people*. London: Longmans, Green.

- Herranz, I. *et al.* (2013). “La actividad física como elemento de participación y calidad de vida en las personas mayores. *Escritos de Psicología*”, 6(2).
- Héту, J. L. (1988). *Psychologie du vieillissement*. Montreal: Édition du Meridien.
- Hillmann, K. H. (2001). *Diccionario Enciclopédico de Sociología*. Barcelona: Herder.
- Hoffman, L., Paris S. Hall. E. (1996). *Psicología del Desarrollo Hoy. Mc. Grow-Hill. Madrid*, 23-45.
- Houle, C. O. (1961). *The inquiring mind*. Madison. WI: University of Wisconsin Press.
- Horn, J. L. & Cattell, R. B. (1966). “Refinement and test of the theory of fluid and crystallized intelligence”. *Journal of Educational Psychology*, 57, 253-270.
- Hooyman, N.R. (2005). *Social gerontology: a multidisciplinary perspective* (7th Edition). Boston: Allyn and Bacon.
- Hulicka, J. M & Grossmann, J. L. (1967). “Age-group comparisons for the use of mediators in paired-associate learning”. *Journal Gerontology*, 22, 46-51.
- IMSERSO (2008), *La participación social de las personas mayores*. Colección Estudios. Serie Personas Mayores, 11005. Madrid.
- Jamieson, A., Miller, A. y Stafford, J. (1998). “Education in a life course perspective: continuities and discontinuities”. *Education and Aging*, 13, 213-228.
- Jarvis, P. (2002). “Globalisation, Citizenship and the Education of Adults in Contemporary Society”. En M. Schweisfurth, L. Davies & C. Harber (eds). *Learning Democracy and Citizenship: International Experiences*, Oxford: Symposium Books. 291-299.
- Jarvis, P. y Walker, J. (1997). “When the process becomes the product. Summer universities for seniors”. *Education and Ageing*, 12, 60-68.
- Juárez, M. (1997). “Política social para mayores”, en C. Alemán y J. Gárces (eds.). *Política Social*. Madrid: Mc Graw-Hill. págs. 447-478.

- Juncos, O., y Pereiro, A. X. (2002). “Diferencias de edad en la ejecución de una tarea de atención dividida. *Revista de Psicología General Aplicada*, 55(4), 564-574.
- Jung, C. G. (1933). *Modern man in search of a soul*. New York: Harcourt Brace.
- Kaplan, G.A. y Strawbridge, W.J. (1994). “Behavioral and social factors in healthy aging”. En R. P. Abeles y H.C. Gift (Eds.). *Aging and quality of life*. Springer series of life styles and issues in aging (pp.57-78). New York, NY, US: Springer Publishing, Co, Inc.
- Katschnig, H. (2000). “Utilidad del concepto de calidad de vida en psiquiatría”. En H. Katschnig, H. Freeman y N. Sartorius (dir.): *Calidad de vida en los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- Langarica, R. (1985). *Gerontología y Geriatría*. México: Interamericana.
- Lansing, A. I. (1959). General biology of senescence. En J. E. Birren (Ed.), *Handbook of aging and the individual* (pp. 119-135). Chicago: Chicago University Press.
- Lazarsfeld et. al (1944). *The people choice*. Nueva York. Columbia University Press.
- Lepége A. y Hunt S. (1997). “The problem of quality of life in medicine”. *JAMA*, 278(1), 47-50
- Lehr, U. (1982). “Socio-psychological correlates of longevity”. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, 3, 102-147.
- Lehr, U. y Polhamann, S. (2004). “Participación de las personas mayores en el mercado de trabajo y en la sociedad”. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 39, 180-184.
- Lemieux, A. (1997). *Los programas universitarios para mayores: enseñanza e investigación*. Madrid: IMSERSO.
- Lemon, B. et al. (1972). “An exploration of the activity theory of aging Activity types and life satisfaction among in-movers to a retirement community”. *Journal of Gerontology*, 27, 511-523.
- Levi, L. y Anderson, L. (1980). *La tensión psicosocial. Población, ambiente y calidad de vida*. México, DF.: Manual Moderno.

- Li, L. W., Seltzer, M.M. y Greenberg, J.S. (1997). "Social support and depressive symptoms: Differential patterns in wife and daughter caregivers". *Journals of Gerontology: Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*. 56b(6), S335-342.
- Lipset, S.M. y Rokkan, S. (Eds.) (1967). *Party systems and voters alignments: cross national perspectives*. Nueva York, Free Press.
- López, G. (2014). *Autonomías: democracia o contrainsurgencia*. Ediciones Era.
- Lorenzo, J. y Fontan, L. (2003). "Las fronteras entre el envejecimiento cognitivo normal y la enfermedad de Alzheimer: El concepto de deterioro cognitivo leve". *Revista Médica del Uruguay*, 19(1), 4-13
- Maddox, G. L. y Eisdorfer, (1962). "Some correlates of activity and morale among the elderly". *Social Forces*, 40, 254-260.
- Maldonado, A. (1998). *Aprendizaje, cognición y comportamiento humano*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Manheimer, R. J. (2002). "La educación para mayores en los Estados Unidos: tendencias y programas de desarrollo" En VV.AA., *Los modelos marco de programas Universitarios para Mayores*. Alicante: Universidad Permanente de Alicante.111-121.
- Manheimer, R. J. y Moskow-McKenzie, D. (1995). "Transforming older adult education: An emerging paradigm from a nationwide study". *Educational Gerontology*, K, 613-632.
- Martin, M.T. et. al. (2012). "Sobre la educación inclusiva en España: políticas y prácticas". *Intersticios. Revista sociológica de pensamiento crítico*, 6(1).
- Martínez, A.; Gil, L.; Serrano, P. y Ramos, J. M. (Coords.) (2009). *Nuevas miradas sobre el envejecimiento*. Colección Manuales y Guías Serie Personas Mayores nº 31005. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social (IMSERSO), 395-449.
- Martin, A. V. y Requejo, A. (2005): "Fundamentos y propuestas de la

- educación no formal con personas mayores”. *Revista de Educación*, nº 338, 45-66.
- Maas, H. S. & Kuypers, J. A. (1974). *From thirty to seventy: A forty-year study of adult life styles and personality*. San Francisco: Jossey-Bass.
- McDonald, J. (1996). “Community participation in an Australian retirement village”. *Australian Journal on Aging*, 15(4), 164-171.
- McDowd, J. M. & Craik, F. I. M. (1988). “Effects of aging and task difficulty on divided attention performance. *Journal of Experimental Psychology*”: *Human Perception and Performance*, 14, 267-280.
- Medvedev, Z.A. (1990). “An attempt at a rational classification of theories of ageing”. *Biological Review*, 65, 375–398.
- Mehrota, C.M. (2003). “In defense of offering educational programs for older adults”. *Eduactional Gerontology*, 29, 645-655.
- Millán, J. C. y Santos, M. A. (2006). “Gerontología Educativa”. En J. C. Millán (Dir.). *Principios de Geriatría y Gerontología*. Madrid: MacGraw-Hill Interamericana, 173-192.
- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (1992). *Plan Gerontológico Nacional*. Madrid.
- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (2003). *Plan de Acción para las personas mayores, 2003-2007*. Madrid: IMSERSO
- Mishara, B. L. y Riedel, R. G. (1986). *El proceso de envejecimiento*. Madrid: Ediciones Morata.
- Mitchell, J.M. y Kemp, B.J. (2000). “Quality of life in assisted living homes: A multidimensional analysis”. *Journal of Gerontology*, 55b(2), 117-127.
- Monreal, P y Vilá, A. (2008). “Programa Integral de Atención a las Personas Mayores en una zona rural”. *Anuario de Psicología*, 99(3), 351-370.
- Montorio, I., y Izal, M. (1992). “Bienestar psicológico en la vejez”. *Revista de Gerontología*, 3, 145-154.
- Montorio, I.; Izal, M.; Sánchez, M. y Losada, A. (2002). “Dependencia y Autonomía funcional en la vejez. La profecía que se

- autocumple”. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 2(12), 61-68.
- Montoro, J. (1988). “Actitudes hacia las personas mayores y discriminación basada en la edad”. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 8(1), 21-30.
- Montoya, J. M. (2003). *Actas del Congreso Educación y Personas Mayores: una sociedad para todas las edades*. UNED
- Moreno, C. M., Vicente, E. S., & Martínez, C. E. (1998). “Revisión histórica del concepto de inteligencia: una aproximación a la inteligencia emocional”. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 30(1)
- Moreno, B. y Ximenez, C. (1996). Evaluación de la calidad de la vida. En G. Buena-Casal, Caballo V. E, Sierra J. C (Eds.) *Manual de Evaluación en Psicología Clínica y de la Salud*. Madrid: Siglo XXI, 1045-70.
- Morfi Samper, R. (2007). “Atención del personal de enfermería en la gerontología comunitaria en Cuba”. *Revista Cubana de Enfermería*, 23(1).
- Morganti, J. B., Nehrke, M. F., Hulicka, I. M., y Cataldo, J. F. (1988). “Life-span differences in life satisfaction, self-concept, and locus of control”. *The International Journal of Aging & Human Development*.
- Motte, C. y Muñoz, J. (2006). “Envejecimiento social”. En: MUÑOZ, J. (2006). *Psicología del Envejecimiento*. Madrid: Pirámide.
- Mroczek, D.K., y Kolarz, C.M. (1998). “The effect of age on positive and negative affect: a developmental perspective on happiness”. *Journal of personality and social psychology*, 75(5), 13-33.
- Muchnik, E. (1990). Las redes sociales de apoyo. *Rev Argent Clín Psicol*, 2, 174-81.
- Muñoz, T. y Alix, M. C. (2002). “Psicología del envejecimiento e intervención psicosocial”. En T. Muñoz, (Ed.), *Psicología del envejecimiento*. Madrid: Pirámide, 19-28.
- Myers, D. G. (2005). *Psicología*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.

- Nascimento, T, Taveres, S.S. y Cachioni, M. (2011). “Síntomas de prepresivos en adultos mayores participantes de una universidad abierta a la tercera edad”. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 46(5), 250-255.
- Neugarten, B. L. (1964). *Personality in Middle and Late Life Empirical Studies*. Altherton Press.
- Neugarten, B. L. (1999). *Los significados de la edad*. Barcelona: Herder.
- Neugarten, B. L., Havighurst, R. J., & Tobin, S. S (1968). “Personality and patterns of aging”. In B. L. Neugarten (Ed.), *Middle age and aging: A reader in social psychology*. Chicago: University of Chicago Press.
- Nieto, J. *et al.* (1998). “Dimensiones psicosociales mediadoras de la conducta de enfermedad y la calidad de vida en la población geriátrica”. *Anales de Psicología*, 4, 75-81.
- Norris, P. (Ed.) (1999). *Critical Citizens. Global support for democratic governance*. Oxford: Oxford University Press.
- Odonne, M. J. (2013). “Antecedentes teóricos del envejecimiento activo. *Informes envejecimiento en red*, 4, CSIC
- Olechowski, R. (1969). *Das alternde Gedächtnis. Lernleistung und Lernmotivation Erwachsener*. Huber, Berna, Stuttgart.
- Olshansky, J. S.; Carnes, B.A. & Desesquelles, A. (2001), “Prospects for human longevity”. *Science*, 292, 1654-1655.
- Organización Mundial de la Salud (2002). *Active Aging*. Geneva: WHO.
- Ortega, J.A. (2001). “Revisión de conceptos demográficos en Contribuciones a la economía de La Economía de Mercado, virtudes e inconvenientes” <http://www.eumed.net/coursecon/colaboraciones/index.htm> [28/03/2014].
- Osorio, A.G. *et al* (2010). “La promoción de la salud como estrategia para el fomento de estilos de vida saludables”. *Revista Hacia la Promoción de la Salud*, 15(1), 128-143.
- Otero, A., García de Yébenes, M. J. y Rodríguez-Laso, A. (2003). “Unmet home care needs among disabled elderly in Spain”. *Aging: Clinical and Experimental Research*, 15(3), 581-586.

- Pahr, S. y Putman, R. (Eds.) (2000). *Disaffected democracies. What's troubling the trilateral countries?*. Princeton: Princeton University Press.
- Palmore, E. B. (1995). "El éxito del envejecimiento". En G. L. Maddox (Ed.), *Enciclopedia del envejecimiento: Un recurso completo en gerontología y geriatría*. Nueva York: Springer, 914-915.
- Palacios, J., & Marchesi, A. (1991). Inteligencia y memoria en el proceso de envejecimiento. *Carretero, M., Palacios, J. y Marchesi, A. (Comp.), Psicología evolutiva. Adolescencia, madurez y senectud*. Madrid: Alianza.
- Palmore, E. B., & Manton, K. (1974). Modernization and status of the aged: International correlations. *Journal of Gerontology*, 29(2), 205-210.
- Patricia M.; Iglesias-Souto, E.; Taboada, A.; Dosil, J. F. (2009). "Conocimiento y expectativas de las personas mayores sobre los servicios sociales dirigidos a este colectivo en la Comunidad Autónoma de Galicia". *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 43(6), 353-361.
- Parra, J. M. A., Hernández, J. Á., Campoy, J. M. F., García, D. S., & Gallardo, E. R. P. (2013). Investigación sobre envejecimiento activo y ocupación como fuente de salud y calidad de vida. *International Journal of Developmental and Educational Psychology: INFAD. Revista de Psicología*, 1(2), 147-154.
- Pereiro, A. y Juncos, O. (2001). "Estudio evolutivo de capacidades atencionales en adultos y ancianos". En C. Méndez; D. Ponte; L. Jiménez y M. J. Sampedro. *La atención* (vol II). Colección Psicobiología y Salud. Valencia: Promolibro.
- Pérez Ortiz, L. (2006). La estructura social de la vejez en España. *Nuevas y viejas formas de envejecer*. Madrid: IMSERSO.
- Pérez Serrano, G. (Coord.) (2006). *Calidad de Vida en Personas Mayores*. 2ª Edición. Madrid: Dykinson, 39-50.
- Pérez Salanova, M. (2004). Les polítiques d'envelliment i la gent gran. *Repensar la intervenció social*, 2, 51-58.
- Pérez Salanova, M. (2001). "Envejecimiento y participación. ¿Necesitamos nuevos enfoques?". *Intervención Psicosocial*, 10(3), 285-294.

- Pérez-Díaz, J. (2005). “Consecuencias sociales del envejecimiento demográfico”. *Papeles de Economía Española*, 104(1), 210-226.
- Pérez-Díaz, J. (2006). “Demografía y envejecimiento”. Madrid, Portal Mayores, Informes Portal Mayores, nº 51. Lecciones de Gerontología. En <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/perezdemografia-01.pdf>. [22/3/2015]
- Perlmutter, M., Adams, C., Berry, S., Kaplan, M. & Pearson, D. (1987). “Aging and memory”. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, 7, 57- 92.
- Pinazo, S. (2013). “Envejecimiento activo y solidaridad intergeneracional”. *Informació Psicològica*, 105, 4 -13.
- Pinazo, S. y Kaplan, M. (2007). “Los beneficios de los programas intergeneracionales”. En *Programas Intergeneracionales, Hacia una sociedad para todas las edades*. Colección de estudios sociales, Nº. 23. Obra Social. Fundación La Caixa.
- Pinazo, S., Bendicho, J. y Ferrero, C. (2002). “Los recursos formativos para personas mayores en la Comunidad Valenciana”. En VV.AA., *Los modelos marco de programas Universitarios para Mayores*. Alicante: Universidad Permanente de Alicante, 319-334.
- Pinillos, J. L. (1987). *Principios de Psicología*. Madrid: Alianza.
- Piña Morán, M. (2004). *Gerontología social aplicada. Visiones estratégicas para el Trabajo Social*. Editorial Espacio. Bs. As. 2004.
- Point Geis, P. (1997). *Tercera Edad, Actividad Física y Salud. Teoría y Práctica*. Barcelona: Paidotribo.
- Plude, D. J. & Hoyer, W. J. (1985). *Attention and performance: Identifying and localizing age deficits*. In N. Charness (Ed.), *Aging and Performance*. Nueva York: Wiley.
- Prieto O. y Vega E. (1996). *Temas de Gerontología*. Ed. Científico-Técnica, Habana.
- Pujol, R. *et al.* (2014). “Un perfil de las personas mayores en España, 2014. Indicadores estadísticos básicos”. *Informes Envejecimiento en Red*, CSIC, Nº 6.

- Quintero, G., & Prieto, O. (1996). "Calidad de vida y envejecimiento". En Prieto O, Vega E. *Temas de gerontología. La Habana: Editorial Científica Técnica.*
- Rabbitt, P. M. A. (1965). "Age and discrimination between complex stimuli". In Welford, A.T. y Birren, J.E (Eds). *Behavior, Aging and the Nervous System.* Springfield: Charles C. Thomas.
- Ramos, A. L. (2006). *Técnicas de Análisis Demográficos.* Málaga: Grupo Eumed.
- Ramiro, D. (Coord.) (2012). *Una vejez activa en España.* Grupo de Población del CSIC. Madrid. EDIMSA.
- Reig-Ferrer, A. (2000a). "La calidad de vida en gerontología como constructo psicológico". *Revista Española de Geriatria y Gerontología, 35(S2), 5-16.*
- Reig-Ferrer, A. (2000b). "Psicología de la vejez. Comportamiento y adaptación". En: R. Fernández-Ballesteros (Dir.) *Gerontología social.* Madrid. Pirámide, 201-223.
- Rice, F. P. (1997). *Desarrollo humano: estudio del ciclo vital.* Pearson Educación.
- Rodríguez-Sanz, M., Carrillo, P. y Borrell, C. (2006). *Informe Desigualdades sociales en la salud, los estilos de vida y la utilización de los servicios sanitarios en las Comunidades Autónomas, 1993-2003.* Madrid: Observatorio de Salud de la Mujer.
- Rodríguez-Marín, J., Pastor, M., & Lopez-Roig, S. (1993). "Afrontamiento, apoyo social, calidad de vida y enfermedad". *Psicothema, 5(Suplemento), 349-372.*
- Rodríguez-Marín, J. (1995). *Psicología Social de la Salud.* Madrid: Síntesis.
- Rodríguez-Marín, J. (2001). *Psicología social de la salud.* Síntesis.
- Rodríguez-Marín, J. y Neipp, M. C. (2008). *Psicología social de la salud.* Madrid: Síntesis.

- Rodríguez, V. R. *et al.* (2012). "Envejecimiento. La investigación en España y Europa". *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 47(4), 174-179.
- Rojas Marcos, L. (2007). *La fuerza del optimismo*. Madrid: Aguilar.
- Romero, J. (2010). "Construcción residencial y gobierno del territorio en España. De la burbuja especulativa a la recesión. Causas y consecuencias". *Cuadernos geográficos de la Universidad de Granada*, 47(2), 17-46.
- Rose, A. (1965). "The subculture of aging: A framework for research in social gerontology". En A. Rose y W. Peterson (Eds.), *Older people and their social world*. Philadelphia: Daws.
- Rosow, I. (1974). *Socialization to old age*. Berkeley: University of California Press.
- Rotter, J. B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monograph*, 80(1), 609.
- Rowe, J.W. y Khan, R.L. (1987). "Human aging: Usual and successful". *Science*, 237, 143-149.
- Rowe, J. W. y Khan, R. L. (1997). Successful aging. *The Gerontologist*, 37, 433-440.
- Ruiz M. A. & Baca, E. (1993). "Design and validation of the Quality of Life Questionnaire (ccv). A Generic Health-related perceived Quality of Life Instrument", *European Journal of Psychological Assessment*.
- Ruiz, J. M. (2002). "Mejore su memoria. Siempre hay tiempo". En R. Fernández-Ballesteros (Dir.), *Vivir con Vitalidad*. Tomo III. Cuide su mente. Madrid: Pirámide.
- Sáez, N., Meléndez, J. C., & Aleixandre, M. (1995). *Prácticas de Gerontopsicología*. Ed. Promolibro. Valencia. 1995.
- Sáez, N., Rubio R., Dósil, M. (1996). *Tratado de psicogerontología*. Valencia. España: Promolibro.
- Salvareza, L. (1998). *La vejez, una mirada gerontológica actual*. Ed. Paidós, Buenos Aires, Argentina, 1998.
- Sánchez, M.; Kaplan M.; y Sáez, J. (2010). *Programas intergeneracionales. Guía introductoria*. Colección Manuales

y Guías Serie Personas Mayores nº31009. Madrid; Ministerio de Sanidad y Política Social (IMSERSO).

- Sánchez-Sosa, J. y González-Celis, A. (2005). "Evolución de la calidad de vida desde la perspectiva psicológica". En V. E. Ceballo (Dir.). *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos. Trastornos de la edad adulta e informes psicológicos*. Madrid: Pirámide, 473-492.
- Sander, B. (1994). "Gestión educativa y calidad de vida en la Educación". *Revista interamericana de desarrollo educativo*, 118(2), 237-264.
- Sandouvet, S. y Alarcón, D. (2004). "Avances metodológicos para la mejora de la calidad de vida de los programas de intervención dirigidos a personas mayores". XLVI Congreso de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. Las Palmas de Gran Canaria.
- SanMartín, H. (1985). *Crisis mundial de la salud*. Madrid: Ciencia-3.
- Scala, M. A. (1996). "Going back to school: participation motives and experiences of older adults in an undergraduate classroom". *Educational Gerontology*, 22, 747-774.
- Schalock, L. R. (2005). "Introduction and overview in the special issue". *Journal of Intellectual Disability Research*, 49(9), 695-698.
- Schalock, L. R. (2006). "La calidad de vida como agente del cambio: Oportunidades y retos". En Verdugo, A. y Jordan, FB. (Coords). *Rompiendo inercias. Claves para avanzar*. VI Jornadas Científicas de Investigación sobre Personas con Discapacidad. Salamanca, 15-54.
- Schlagman, S. *et al.* (2006). "A content analysis of involuntary autobiographical memories: Examining the positivity effect in old age", *Memory*, 14, 161-175
- Schulz, R. y Heckhausen, J. (1996). "A life-span model of successful aging". *American Psychologist*, 51, 702-714.
- Schartzmann, L. (2003). "Calidad de vida relacionada con la salud: Aspectos conceptuales". *Ciencia y Enfermería*, 9(2), 9-21.
- See, J.E., Howe, S. R. Warmm, J. S., & Dember, W. N (1995). "Meta-analysis of the sensitivity decrement in vigilance". *Psychological Bulletin*, 117(2), 230-249.

- Shock, N.W. (1977). "Biological theories of aging". In Birren & Schaie, K.W. (Eds.). *Handbook of the Psychology of Aging*. New York: Van Nostrand Reinhold.
- Siegrist, J., Knesebeck, O., y Pollack, C. E. (2004). "Social productivity and well-being of older people. A sociological exploration". *Social Theory and Health*, 2, 243-263.
- Singer, J. et al. (2007). "Older, wiser, and happier? Comparing older adults and college students". *Self-defining Memories. Memory*, 15, 886-898.
- Sitges, E. y Bonete, B. (2011). "Estado emocional y satisfacción de un programa universitario para mayores". *Revista de Psicología*, 1(4), 133-142.
- Sitges Maciá, E., & Bonete López, B. (2014). "Desarrollo de un programa psicoeducativo en inteligencia emocional para cuidadores principales de enfermos de Alzheimer". *European Journal of investigation in health, psychology and education*, 4(3).
- Latorre, J. M., Serrano, J. P., Ricarte, J., Bonete, B., Ros, L., & Sitges, E. (2015). Life review based on remembering specific positive events in active aging. *Journal of aging and health*, 27(1), 140-157.
- Solé, C. et al. (2005). La educación en la vejez: razones para participar en programas educativos y beneficios que se obtienen". *Revista de Ciencias de la Educación*, 203, 1-7
- Sorenson, H. (1930). "Adult ages as a factor in learning". *Journal of education Psychology*, 21, 451-459.
- Squire, L. R. (1986). "Mechanisms of memory". *Science*, 232, 1612-1619.
- Squire L. R. & Cohen N. J. (1984). "Human memory and amnesia". In G. Lynch, J. L. McGaugh y N. M. Weinberger (Eds.), *Neurobiology of learning and memory*. New York: Guilford Press, 3-64.
- Stankov, L. (1988). "Aging, attention and intelligence". *Psychological and Aging*, 3, 59-74.
- Sternberg, R. J. (Ed.) (2000). *Handbook of intelligence*. Cambridge: Cambridge University Press.

- Swindell, R. (1993). "The University of the Third Age in Australia: a model for successful ageing". *Ageing and Society*, 13, 245-266.
- Teixeira, R. (1992). *The disappearing American voter*. Washington. Brookings.
- Thompson, D. N. (1997). "Contributions to the history of psychology. On aging and intelligence: History teaches a different lesson". *Perception and Motor Skills*, 85, 28-30.
- Thonse, J (1985). *Hacia el bienestar de los ancianos*. Buenos Aires: OPS,. (Pub. cient., 492).
- Toumier, P. (1961). *Escape from loneliness*. Philadelphia: Westminster Press.
- Triadó, C y Villar, F. (Coord.) (2007), *Psicología de la Vejez*. Madrid: Alianza Editorial.
- Triadó, C. y Villar, F. (2008). *Envejecer en positivo*. Girona: Aresta. Bellcaire D'Empordà, 133-152.
- Troyansky, D.G., (1983) "Old age in eighteenth-century France", tesis de doctorado, Brandeis:Brandeis University.
- Unger, J.B.; Johnson, C.A., y Marks, G. (1997). "Functional decline in the elderly: Evidence for direct and stress-buffering protective effects of social interactions and physical activity. *Annals of Behavioral Medicine* 19(2), 152-160.
- Vaillant, G. E. (1977). *Adaptation to life: How the best and the brightest came of Boston*: Little Brown.
- Vaillant, G. E. y Vaillant, C. O. (1990). "Natural history of male psychology health, XII: A 45- year study of predictors of successful aging at age 65". *American Journal of Psychiatry*, 147, 31-37.
- Valle, J. E. (2004). "Educación permanente: los programas universitarios para mayores en España como respuesta a una nueva realidad social.". *Revista de la Educación Superior*, 43(171).
- Vázquez, E. R. (2014). *Envejecimiento en España: percepción, auto-percepción y participación política: El Envejecimiento de la población en España y Japón: estudio comparativo y posibles implicaciones para Europa y Asia Pacífico*. Salamanca: Ediciones Universidad de Salamanca.

- Velarde-Jurado, E. y Ávila-Figueroa, C. (2002). "Consideraciones metodológicas para evaluar la calidad de vida". *Salud Pública Mex*, 44, 448-463
- Velascos, M. L. y Sinibaldi, J. (2001). *Manejo del enfermo crónico y su familia: sistemas, historias y creencias*. México: Manual Moderno.
- Vellas, P. (1974). *Les chances du 3^{ème} âge*. Edition Stock Collection "Médecine Ouverte".
- Verba, S. y Nie, N.H. (1972). *Participation in America: Political democracy and social equality*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Victor, C. R. (1994). *Historical and cultural perspectives on ageing*. In *Old Age in Modern Society* (pp. 58-73). Springer US.
- Villar, F. (2005). "El enfoque del Ciclo Vital: hacia un abordaje evolutivo del envejecimiento". En S. Pinazo y M. Sánchez (Dir.), *Gerontología. Actualización, innovación y propuestas*. Madrid: Prentice-Hall (Pearson Educación), 147-184.
- Villar, F. (2006). "Evaluación de programas universitarios para mayores: Motivaciones, dificultades y contribuciones a la calidad de vida demanda y prestación de cuidados en el seno familiar". IMSERSO-CSIC. Madrid: Estudios I+D+i, n^o.50
- Villar, F., Triadó, C., Sole, C. y Osuna, M. J. (2006). "Patrones de actividad cotidiana en personas mayores: ¿es lo que dicen hacer lo que desearían hacer?". *Psicothema*, 18, 149-155.
- Villar, F. *et al.* (2010). "Reasons for Older Adult Participation in University Programs in Spain". *Educational Gerontology*, 36, 244-259.
- Vinaccia, S. y Orozco, L. M. (2005). "Aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas diversas". *Perspectivas en Psicología*, 1(2), 125-137.
- Vinuesa, J. (2004). "Análisis del envejecimiento demográfico". *Encuentros Multidisciplinares*, 16(6), 30-37.
- Wadensten, B. (2006). "An analysing of psychosocial theories of ageing and their relevance to practical gerontological nursing in Sweden", *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 20, 347-354.

- Walker, A. (1996). "Actitudes europeas ante el envejecimiento y las personas mayores". *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 73, 17-42.
- Wattenberg, M. (2000). The decline of party mobilization. En Dalton, R.J y Wattenberg, M. *Parties without partisans*. Nueva York: Oxford Universtiy Press.
- Withall, A. (2000). *Older learners – issues and perspectives*. Working Papers of the Global Colloquium on Supporting Lifelong Learning. En <http://www.who.int/whr/2002/en/>. [23-06-2014].
- Wright Mills, C. (1963). *Power, politics, and people: The collected essays of C. Wright Mills*. Oxford University Press. USA.
- Wolfgang, M. E., & Dowling, W. D. (1981). Differences in motivation of adult and younger undergraduates. *The Journal of Higher Education*, 640-648.
- Yanguas, J. J. (2006). *Análisis de la calidad de vida relacionada con la salud en la vejez desde una perspectiva multidimensional*. Madrid: IMSERSO, Colección Estudios: Serie Personas Mayores.
- Zamarrón, M. D. (2006). *El Bienestar subjetivo en la vejez*. Madrid: Informe Portal Mayores, nº52. Lecciones de Gerontología.
- Zarit, S. H., Reever, K. E., & Bach-Peterson, J. (1980). Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. *The gerontologist*, 20(6), 649-655.



ANEXO I





PROYECTO DE INVESTIGACIÓN:

**CALIDAD DE VIDA Y PARTICIPACIÓN
SOCIAL DE LOS MAYORES DE 55 AÑOS**

Departamento de Psicología de la Salud

UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ DE ELCHE

Elche, a 20 de noviembre de 2014

Estimado Sr. /Sra.

Estamos realizando desde el Departamento de Psicología de la Salud de nuestra Universidad una investigación que tiene por objeto evaluar el optimismo, la calidad de vida y la participación social de las personas mayores de la provincia de Alicante.

La investigación para la cual necesitamos su valiosa participación consistirá en responder a una serie de preguntas sobre su estado de ánimo y calidad de vida. Contestar a este cuestionario no llevará más de 20 minutos. Para ello, le solicitamos que conteste a las preguntas que le vamos a realizar a continuación. En este cuestionario no hay respuestas correctas o erróneas, únicamente nos gustaría conocer su opinión y valoración personal acerca de las cuestiones que le exponemos.

Su participación en este estudio es voluntaria, tiene derecho a negarse a participar o a no continuar con su participación en cualquier momento, sin que esta decisión afecte la calidad o relaciones actuales o futuras (art. 5.1 de la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de datos de Carácter Personal).

Queremos informarle de que **sus respuestas serán anónimas** (art. 10 de la Ley de Protección de datos de Carácter Personal), **toda información contenida en este cuadernillo se tratará de forma totalmente confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de la investigación** (art. 11.1 de la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de datos de Carácter Personal)

Le agradecemos su participación

Al firmar este documento manifiesto que he leído o me han leído toda la información descrita y se me ha brindado la oportunidad de hacer preguntas y éstas han sido contestadas de manera adecuada por el investigador antes de firmarla. Por lo tanto accedo a participar en este estudio y autorizo a que se use la información para los propósitos de la investigación.

Firma:

“CALIDAD Y VIDA Y PARTICIPACIÓN SOCIAL DE LOS MAYORES DE LA PROVINCIA DE ALICANTE”

Código del Investigador / Localidad

Código del participante

Dos dígitos enumerados del 01 al 999

Fecha de la realización

____ / ____ / ____

Día Mes Año

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1. SEXO: Hombre
 Mujer

2. EDAD: _____

2. LUGAR DE RESIDENCIA: _____

3. ESTADO CIVIL:

- Soltero
 Casado / En pareja
 Viudo
 Separado / Divorciado

4. CONVIVENCIA:

- Solo
 Acompañado (pareja / hijo / algún familiar)

5. LUGAR DE RESIDENCIA:

- Casa familiar
 En casa/s de hijos/familiares
 Residencia para mayores
 Otro (indicar) _____

5. NIVEL DE ESTUDIOS:

- No puede leer ni escribir
 Lee y escribe
 Educación primaria (básica)
 Educación Secundaria
 Estudios superiores

PARTE 1:

A continuación se presentan una serie de preguntas que hacen referencia a diversos aspectos relacionados con la vida cotidiana. En cada pregunta marque con una x el número que refleje mejor su situación personal teniendo en cuenta la escala que le indicamos:

1. ¿Se siente Usted con buena salud?

1 Nada	2 Poco	3 Algo	4 Bastante	5 Mucho
---------------	---------------	---------------	-------------------	----------------

2. ¿Se siente Usted con suficiente energía para hacer su vida diaria?

1 Nada	2 Poco	3 Algo	4 Bastante	5 Mucho
---------------	---------------	---------------	-------------------	----------------

3. ¿Se siente fracasado?

1 Nada	2 Poco	3 Algo	4 Bastante	5 Mucho
---------------	---------------	---------------	-------------------	----------------

4. ¿Se siente Usted inquieto o angustiado?

1 Nada	2 Poco	3 Algo	4 Bastante	5 Mucho
---------------	---------------	---------------	-------------------	----------------

5. ¿Tiene usted preocupaciones que le impidan o dificultan descansar o dormir?

1 Nada	2 Poco	3 Algo	4 Bastante	5 Mucho
---------------	---------------	---------------	-------------------	----------------

6. ¿Tiene usted insomnio o dificultades importantes para conciliar el sueño?

1 Nada	2 Poco	3 Algo	4 Bastante	5 Mucho
---------------	---------------	---------------	-------------------	----------------

7. ¿Se siente Usted cansado la mayor parte del día?

1 Nada	2 Poco	3 Algo	4 Bastante	5 Mucho
---------------	---------------	---------------	-------------------	----------------

8. ¿Está Usted satisfecho con su actual estado de salud?

1 Nada	2 Poco	3 Algo	4 Bastante	5 Mucho
--------	--------	--------	------------	---------

9. ¿Cree Usted que va alcanzando lo que se propone en la vida?

1 Nada	2 Poco	3 Algo	4 Bastante	5 Mucho
--------	--------	--------	------------	---------

10. ¿Cree Usted que la vida le va dando lo que espera?

1 Nada	2 Poco	3 Algo	4 Bastante	5 Mucho
--------	--------	--------	------------	---------

11. ¿Se siente capaz de conseguir la mayoría de las cosas que desea?

1 Nada	2 Poco	3 Algo	4 Bastante	5 Mucho
--------	--------	--------	------------	---------

12. ¿Mantiene Usted relaciones satisfactorias con las personas que convive?

1 Nada	2 Poco	3 Algo	4 Bastante	5 Mucho
--------	--------	--------	------------	---------

13. ¿Siente Usted que le quieren las personas que le importan?

1 Nada	2 Poco	3 Algo	4 Bastante	5 Mucho
--------	--------	--------	------------	---------

14. ¿Tiene usted buenas relaciones con su familia?

1 Nada	2 Poco	3 Algo	4 Bastante	5 Mucho
--------	--------	--------	------------	---------

15. ¿Tiene Usted amigos con los que contar en caso necesario?

1 Nada	2 Poco	3 Algo	4 Bastante	5 Mucho
--------	--------	--------	------------	---------

16. ¿Cree Usted que tiene a quien recurrir cuando necesita compañía o el apoyo de alguien?

1 Nada	2 Poco	3 Algo	4 Bastante	5 Mucho
--------	--------	--------	------------	---------

17. ¿Desearía Usted tener relaciones sexuales más satisfactorias o, si no tiene relaciones, le gustaría tenerlas?

1 Nada	2 Poco	3 Algo	4 Bastante	5 Mucho
--------	--------	--------	------------	---------

18. ¿Tiene Usted con quien compartir su tiempo libre y sus aficiones?

1 Nada	2 Poco	3 Algo	4 Bastante	5 Mucho
--------	--------	--------	------------	---------

19. ¿Está Usted satisfecho con los amigos que tiene?

1 Nada	2 Poco	3 Algo	4 Bastante	5 Mucho
--------	--------	--------	------------	---------

20. ¿Le satisface la vida social que hace?

1 Nada	2 Poco	3 Algo	4 Bastante	5 Mucho
--------	--------	--------	------------	---------

21. ¿Tiene Usted tiempo suficiente para relajarse y distraerse cada día?

1 Nada	2 Poco	3 Algo	4 Bastante	5 Mucho
--------	--------	--------	------------	---------

22. ¿Tiene Usted posibilidades de desarrollar sus aficiones (tiempo, dinero, etc.)?

1 Nada	2 Poco	3 Algo	4 Bastante	5 Mucho
--------	--------	--------	------------	---------

23. ¿Considera Usted agradable la vida que tiene?

1 Nada	2 Poco	3 Algo	4 Bastante	5 Mucho
--------	--------	--------	------------	---------

24. ¿Considera Usted interesante la vida que lleva?

1 Nada	2 Poco	3 Algo	4 Bastante	5 Mucho
--------	--------	--------	------------	---------

25. ¿Está Usted satisfecho de la vida que hace?

1 Nada	2 Poco	3 Algo	4 Bastante	5 Mucho
--------	--------	--------	------------	---------

26. ¿Está Usted satisfecho con el dinero que dispone?

1 Nada	2 Poco	3 Algo	4 Bastante	5 Mucho
--------	--------	--------	------------	---------

27. ¿Está Usted satisfecho con su forma de ser?

1 Nada	2 Poco	3 Algo	4 Bastante	5 Mucho
--------	--------	--------	------------	---------

(SÓLO CONTESTAR PERSONAS CON PAREJA)

28. ¿Está Usted satisfecho con su pareja?

1 Nada	2 Poco	3 Algo	4 Bastante	5 Mucho
--------	--------	--------	------------	---------

29. ¿Le atrae físicamente su pareja?

1 Nada	2 Poco	3 Algo	4 Bastante	5 Mucho
--------	--------	--------	------------	---------

30. ¿Le satisface su pareja sus deseos y necesidades sexuales?

1 Nada	2 Poco	3 Algo	4 Bastante	5 Mucho
--------	--------	--------	------------	---------

31. ¿Está satisfecho con la familia que tiene (pareja y/o hijos)?

1 Nada	2 Poco	3 Algo	4 Bastante	5 Mucho
--------	--------	--------	------------	---------

Parte 2

A continuación se presentan una serie de preguntas que hacen referencia a diversos aspectos sobre participación social. En cada pregunta marque con una x el número que refleje mejor su situación personal.

31. Las personas, algunas veces, pertenecen a ciertos grupos o asociaciones. Para cada uno de los grupos que le voy a leer a continuación, dígame, por favor, si Ud. pertenece a: (puede responder a más de 1, si es el caso)

- 1 Un partido político
- 2 Un sindicato o una asociación de empresarios
- 3 Un colegio profesional
- 4 Una parroquia u otro tipo de organización o asociación religiosa
- 5 Un grupo deportivo
- 6 Un grupo cultural o de ocio
- 7 Una organización de voluntariado
- 8 Una asociación de mayores
- 9 Una asociación de mujeres
- 10 Otro tipo de asociación voluntaria ¿cuál? _____
- 11 Ninguna
- 12 NS.NC

32. ¿Cuál es el principal motivo por el que pertenece o perteneció a esas asociaciones o grupos?

- 1 Por ocupar el tiempo en una actividad que le guste
- 2 Por poner en práctica sus ideas, valores o principios
- 3 Porque de forma conjunta se pueden lograr más objetivos que individualmente
- 4 Por defender sus intereses
- 5 Por relacionarse con otras personas

33. ¿Realiza algún tipo de actividad de voluntariado?

- 1 Sí
- 2 No

(SÓLO CONTESTAR PERSONAS QUE HAYAN CONTESTADO SÍ)

34. ¿Qué tipo de actividad voluntaria practica?

- 1 Destinadas a las propias personas mayores
- 2 Destinadas a otros colectivos como drogadictos, presos, niños, inmigrantes, etc.
- 3 Destinadas a ecología y medio ambiente
- 4 Destinadas a la cultura (guías de museos, participación en coros...)
- 5 Destinadas a apoyar proyectos sociales y empresariales
- 6 Destinadas a cualquiera de estas actividades a nivel internacional
- 7 Otra, ¿cuál? _____
- 8 NS.NC

35. ¿Podría indicar el o los grupo/s de edad/es de las personas que practican dicha actividad voluntaria con usted?

1 Entre 15 y 25 años

2 Entre 25 y 40 años

3 Entre 40 y 65 años

4 Más de 65

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

