

UNIVERSIDAD DE GRANADA

**CENTRO DE INVESTIGACIÓN MENTE, CEREBRO Y COMPORTAMIENTO
(CIMCYC)**



Programa de Doctorado Investigación Multidisciplinar e Innovación en Procesos
de Discapacidad, Dependencia y Fin de Vida

TESIS DOCTORAL

**DEPENDENCIA Y BIENESTAR EN ANCIANOS
INSTITUCIONALIZADOS: PROPUESTA DE UN PROGRAMA
DE INTERVENCIÓN**

Presentada por: MARÍA TERESA RODRÍGUEZ DÍAZ

Dirigida por:

- DRA. D^a M^a NIEVES PÉREZ MARFIL

- DR. D. FRANCISCO CRUZ QUINTANA

JULIO 2017

UNIVERSIDAD DE GRANADA

**CENTRO DE INVESTIGACIÓN MENTE, CEREBRO Y COMPORTAMIENTO
(CIMCYC)**



Programa de Doctorado Investigación Multidisciplinar e Innovación en Procesos
de Discapacidad, Dependencia y Fin de Vida

TESIS DOCTORAL

**DEPENDENCIA Y BIENESTAR EN ANCIANOS
INSTITUCIONALIZADOS: PROPUESTA DE UN PROGRAMA
DE INTERVENCIÓN**

Presentada por: MARÍA TERESA RODRÍGUEZ DÍAZ

Dirigida por:

- DRA. D^a M^a NIEVES PÉREZ MARFIL

- DR. D. FRANCISCO CRUZ QUINTANA

JULIO 2017

Editor: Universidad de Granada. Tesis Doctorales
Autor: María Teresa Rodríguez Díaz
ISBN: 978-84-9163-513-0
URI: <http://hdl.handle.net/10481/48138>

AUTORIZACIÓN PARA LA PRESENTACIÓN DE TESIS DOCTORAL

Los Directores Dra. D^a M^a Nieves Pérez Marfil y Dr. D. Francisco Cruz Quintana, Profesores Titulares del Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico de la Universidad de Granada

informan que:

La Tesis Doctoral titulada "Dependencia y bienestar en ancianos institucionalizados: propuesta de un programa de intervención" realizada por Dña. María Teresa Rodríguez Díaz reúne las condiciones de calidad, originalidad y rigor científico necesarias para su defensa pública, con el fin de obtener el Título de Doctor, y por lo tanto se autoriza la presentación de la referida Tesis para su defensa y mantenimiento de acuerdo con lo previsto en el Real Decreto 99/2011, de 28 de enero.

Y para que conste se expide en Granada el presente día 1 de junio de 2017

Director/es de la Tesis

Doctoranda

Fdo.: Dra. M^a Nieves Pérez Marfil

Fdo.: D^a M^a Teresa Rodríguez Díaz

Fdo.: Dr. Francisco Cruz Quintana

La doctoranda D^a M^a Teresa Rodríguez Díaz y los directores de la tesis Dra. D^a M^a Nieves Pérez Marfil y Dr. D. Francisco Cruz Quintana, garantizamos, al firmar esta tesis doctoral, que el trabajo ha sido realizado por la doctoranda bajo la dirección de los directores de la tesis y hasta donde nuestro conocimiento alcanza, en la realización del trabajo, se han respetado los derechos de otros autores a ser citados, cuando se han utilizado sus resultados o publicaciones.

Granada, a 1 de junio de 2017

Director/es de la Tesis

Doctoranda

Fdo.: Dra. M^a Nieves Pérez Marfil

Fdo.: D^a M^a Teresa Rodríguez Díaz

Fdo.: Dr. Francisco Cruz Quintana

In memoriam

A mi padre, Antonio,

Por las experiencias aprendidas:

Convivir con él y un Señor llamado Alzheimer.

A mi suegro, Manuel,

Por enseñarme a valorar y respetar

el principio de Autonomía Personal

A los dos pilares de mi vida, Alfonso y Guillermo, que caminan junto a mí, por ayudarme a levantarme cuando he caído. Por vivir esta gran aventura ofreciéndome todo su apoyo, comprensión y especialmente, por su amor incondicional.

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer el apoyo prestado, en primer lugar, a mis directores, Dra. D^a Nieves Pérez, por su entusiasmo, comprensión y su incondicional dedicación siempre que lo he necesitado y al Dr. D. Francisco Cruz por haber creído en mí y en este proyecto. A ambos, por la confianza depositada en mí para la realización de este trabajo, por abrirme las puertas del mundo de la investigación y por su cordial acogida en el grupo (CTS-436) “*Aspectos Psicosociales y Transculturales de la Salud y la Enfermedad*”. No me podía imaginar, “queridos profes”, que encontraría a dos grandes amigos.

Agradecer a D. Manuel Jiménez de Liaño, su apoyo, comprensión y sobre todo, por ser “un paño de lágrimas” durante el camino recorrido hasta hoy.

A D^a Cristina Fernández Guardia, por nuestras risas y llantos, por esas largas conversaciones telefónicas y por tenerte cerca cada vez que te he necesitado. Gracias por ser quién eres: mi mejor amiga.

A todos los profesionales que han colaborado, de una u otra manera, en el desarrollo de esta investigación. A vosotros, que sabéis quienes sois y que queréis permanecer en el anonimato, muchas gracias por vuestro granito de arena.

Mi agradecimiento más especial, es para los mayores que han participado en este trabajo, a los que viven y a los que han muerto, a todos ellos porque son los que verdaderamente me han motivado para llevar a cabo esta investigación, por lo que espero y deseo que sirva para facilitar su bienestar, así como para mejorar las condiciones de sus vidas. A todos ellos, gracias por vuestra colaboración, por vuestra paciencia y por compartir conmigo vuestras vivencias.

Y por último, agradecer a mi familia el apoyo que me han brindado en este camino, por comprenderme y permitirme robarles el tiempo que no les he dedicado durante esta andadura. Gracias por estar ahí: en la sombra.

ÍNDICE

ÍNDICE

SIGLAS Y ABREVIATURAS	12
CAPÍTULO 1 RESUMEN	14
CAPÍTULO 2 INTRODUCCIÓN	19
2.1. Estado del fenómeno del envejecimiento	23
2.1.1. Envejecimiento activo y envejecimiento satisfactorio.....	27
2.2. Discapacidad y Dependencia Funcional en la persona mayor	32
2.2.1. Funcionalidad y Factores asociados a la dependencia en la vejez.....	34
2.3. El anciano como gestor de su envejecimiento y del proceso de Dependencia	41
2.4. Intervención en el fenómeno de la dependencia	45
CAPÍTULO 3 OBJETIVOS E HIPÓTESIS	54
CAPÍTULO 4 Estudio 1 Diferencias en bienestar emocional, percepción de Salud y calidad de vida en mayores institucionalizados con diferentes niveles de dependencia funcional	59
4.1. Introducción	60
4.2. Fase 1	60
4.2.1. Objetivos e Hipótesis.....	60
4.2.1.1. Objetivos.....	60
4.2.1.2. Hipótesis.....	61
4.2.2. Metodología.....	61
4.2.2.1. Participantes.....	61
4.2.2.2. Instrumentos	62
4.2.2.3. Procedimiento.....	68
4.2.2.4. Diseño y Análisis estadístico.....	69
4.2.2.5. Consideraciones éticas.....	70
4.2.3 Resultados.....	71
4.2.3.1. Análisis de las diferencias en variables socio-demográficas.....	71
4.2.3.2. Análisis de las diferencias en el bienestar emocional y la percepción de salud entre los grupos de dependencia.....	77
4.3. Fase 2	83

4.3.1. Objetivos e Hipótesis.....	83
4.3.1.1. Hipótesis.....	83
4.3.2. Metodología.....	84
4.3.2.1. Participantes.....	84
4.3.2.2. Instrumentos.....	85
4.3.2.3. Procedimiento.....	85
4.3.2.4. Diseño y Análisis estadístico.....	86
4.3.3. Resultados.....	87
4.3.3.1. Análisis de las diferencias entre la primera y la segunda Evaluación.....	87
4.3.3.2. Análisis de las correlaciones entre las variables.....	91
4.4. Discusión.....	95
4.5. Conclusiones.....	106
Capítulo 5 ESTUDIO 2: Resultados de la intervención de un estudio piloto en mayores de 75 años con diferentes niveles de dependencia funcional.....	108
5.1.	
Introducción.....	109
5.2. Objetivos e Hipótesis.....	110
5.2.1. Objetivos.....	110
5.2.2. Hipótesis.....	110
5.3. Metodología.....	110
5.3.1. Participantes.....	110
5.3.2. Instrumentos.....	114
5.3.3. Intervención.....	118
5.3.4. Procedimiento.....	122
5.3.5. Diseño y Análisis estadístico.....	125
5.3.6. Consideraciones éticas.....	125
5.4. Resultados.....	126

5.4.1. Diferencias entre el Grupo de Intervención y el Grupo Control en función del momento de evaluación (pre y post intervención)	131
5.4.2. Relaciones entre los niveles de dependencia iniciales y el resto de las variables tras finalizar la intervención.....	131
5.4.3. Análisis de los resultados obtenidos en la variable gestos funcionales.....	135
5.4.4. Análisis de las correlaciones entre las variables de participación.....	137
5.5. Discusión.....	137
5.6. Conclusiones.....	143
CAPÍTULO 6 DISCUSIÓN GENERAL.....	145
6.1. Discusión general.....	146
6.2. Conclusiones.....	156
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	159
APÉNDICE A: Recogida datos sociodemográficos. Estudio 1.....	197
APÉNDICE B: Consentimiento informado Estudio 1.....	198
APÉNDICE C: Variables de control durante las sesiones del programa. Estudio 2: Resultados de la intervención de un estudio piloto en mayores de 75 años con diferentes niveles de dependencia funcional.....	199
APÉNDICE D: Cuestionario <i>ad hoc</i> de valoración pre y post programa de ejercicio físico Estudio 2: Resultados de la intervención de un estudio piloto en mayores de 75 años con diferentes niveles de dependencia funcional.....	200
APÉNDICE E: Hoja de información Estudio 2.....	201
APÉNDICE F: Consentimiento informado Estudio 2.....	203

SIGLAS Y ABREVIATURAS

- **ABVD** : Actividades Básicas de la vida diaria
- **AIVD**: Actividades Instrumentales de la vida diaria
- **CDSMP**: Chronic Disease Self- Management Program
- **CIE**- Clasificación Internacional de Enfermedades
- **CSV**: Cuestionario de satisfacción con la vida
- **DAS**: Death Anxiety Scale
- **DT**: Desviación típica
- **DUKE-UNC**: Cuestionario de Apoyo Social Funcional
- **EEUU**: Estados Unidos
- **Europop**: European Population Projections
- **FC**: Frecuencia Cardíaca
- **IMC**: Índice de masa corporal
- **INE**: Instituto Nacional de Estadística
- **MEC**: Examen Cognoscitivo Lobo
- **OMS**: Organización Mundial de la Salud
- **PGCMS**: Philadelphia Geriatric Center Morale Scale
- **SF-36**: Cuestionario de salud
- **SPMSQ**: Short Portable Mental Status Questionnaire
- **SPSS**: Statistical Package for the Social Sciences
- **STAI**: Inventario de ansiedad Estado rasgo
- **TA**: Tensión arterial
- **UE-28**: Unión Europea

Capítulo 1: Resumen

La tesis doctoral que se presenta a continuación se enmarca dentro de la línea de investigación “*Cuidados Sociosanitarios, Dependencia Crónica y Fin de vida*” del grupo de investigación (CTS-436) “*Aspectos Psicosociales y Transculturales de la Salud y la Enfermedad*”. La tesis se estructura en los siguientes apartados: a) introducción, b) estudio empírico 1, c) estudio empírico 2, d) discusión general (incluyendo las limitaciones y las perspectivas futuras de investigación), e) discusión general, y d) conclusiones.

Se comienza con una introducción general sobre la situación actual del envejecimiento, la esperanza de vida y el fenómeno de la dependencia funcional. Se recogen los principales factores que están asociados, tanto a la longevidad, como a la dependencia funcional y al envejecimiento activo. Se describen los modelos y teorías que se han tenido en cuenta para el diseño de este trabajo. Posteriormente, se hace un análisis del papel del anciano como gestor de su propio proceso de envejecimiento y, por último, se describen las principales intervenciones que ayudan a prevenir y retrasar la dependencia: el autocuidado, mantenimiento de la función física y del estado de ánimo, la realización de ejercicio físico, el control de las emociones, el optimismo y la realización de actividades agradables.

En los capítulos cuatro y cinco se describen los estudios empíricos que conforman este trabajo: “Diferencias en bienestar emocional, percepción de salud y calidad de vida en mayores institucionalizados con diferentes niveles de dependencia funcional” y “Resultados de la intervención de un estudio piloto en mayores de 75 años con diferentes niveles de dependencia funcional”. Por último, se realiza una discusión general con todos los aspectos relevantes de este trabajo y se presentan las conclusiones finales.

Los dos estudios se han diseñado para responder al objetivo general de este proyecto, que es analizar las relaciones entre el nivel de dependencia funcional y el grado de bienestar psicosocial y la calidad de vida en personas mayores de 65 años.

En el primer estudio, se ha evaluado a personas con diferentes niveles de dependencia, recogiendo medidas de diversas variables relacionadas con el bienestar subjetivo y la salud física y mental: percepción del estado de salud, actitudes, expectativas y satisfacción con la vida, apoyo social, manifestaciones de ansiedad, ansiedad ante la muerte y depresión, enfermedades diagnosticadas y tratamiento requerido. Con ello, se pretende comprobar qué relación existe entre estas variables e identificar posibles factores que promuevan el bienestar, independientemente del nivel de dependencia de la persona. Asimismo, se trata de estudiar la evolución en los niveles de dichas variables realizando un seguimiento de la muestra, al año y medio de la evaluación inicial. En este primer estudio, en la primera fase, se ha realizado un estudio descriptivo transversal, con un diseño factorial entre grupos, donde la variable grupo es el nivel de dependencia funcional y las variables dependientes son deterioro cognitivo, apoyo social, depresión, ansiedad rasgo, ansiedad ante la muerte, satisfacción con la vida, autocuidado y movilidad, y calidad de vida relacionada con la percepción de la salud. La muestra estuvo formada por 132 participantes, con una edad comprendida entre 65 y 99 años. Los resultados han mostrado que existe una relación directa entre el nivel de dependencia funcional y el malestar emocional, concretamente se ha encontrado que, a mayor nivel de dependencia funcional, existe una tendencia a presentar mayor sintomatología depresiva, peor percepción de la salud física y de la función social, y peor movilidad y menor capacidad para autocuidarse.

En la segunda fase se ha realizado un estudio descriptivo longitudinal. Al año y medio de la primera valoración, se realizó una medida de las variables dependientes (deterioro cognitivo, apoyo social, depresión, ansiedad rasgo, ansiedad ante la muerte,

satisfacción con la vida, autocuidado y movilidad, y calidad de vida relacionada con la percepción de la salud) para estudiar su evolución. La muestra estuvo formada por 32 participantes, con una edad comprendida entre 66 y 99 años. Los resultados encontrados han mostrado que los mayores niveles de dependencia funcional de la segunda medida, se corresponden con las personas que, en la primera evaluación, presentaron mayores puntuaciones en deterioro cognitivo y una peor percepción de la salud en general (peores condiciones en salud física, función física, rol físico y función social).

En el segundo estudio, con un diseño cuasi- experimental (de caso típico) pre/post con grupo control, se ha generado y aplicado un programa de intervención multidisciplinar para personas con diferentes niveles de dependencia, en el que se incluyen diversos módulos que tratan de proporcionar herramientas y habilidades para afrontar un envejecimiento dependiente, situación compleja para esta población. El propósito es ofrecer recursos para hacer frente a dichas dificultades y comprobar si estas herramientas consiguen mejorar el bienestar y, con ello, prevenir y retrasar, en la medida de lo posible, el deterioro progresivo asociado a la dependencia. El programa consta de dos tipos de intervenciones, una enfocada al bienestar físico (dos sesiones semanales de 30 minutos de duración) y otra enfocada al bienestar emocional (una sesión semanal de hora y media de duración), que se han desarrollado durante nueve semanas. Han participado dos grupos, uno que recibe el programa de intervención (GI) “*Convivir con la dependencia y el bienestar*” (N= 30) y otro que no recibe el programa de intervención (GC) (N= 29). La muestra tiene una edad media de 86.80 años (rango de 75-99 años). Los resultados han mostrado que el programa mejora el estado de ánimo, ayuda a mantener las capacidades conservadas y retrasar el nivel de dependencia funcional; concretamente, disminuye el nivel de ansiedad psíquica, mejora la autoestima y autoeficacia, la realización de los gestos

funcionales que intervienen en la realización de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y disminuye los niveles de presión arterial sistólica.

Los resultados obtenidos apoyan la conveniencia de este tipo de programas, diseñados específicamente para personas mayores de 75 años y con diferentes niveles de dependencia funcional, que fomentan la mejora del estado de ánimo, las satisfacción y calidad de vida, la práctica de ejercicio físico y la participación social y, sobre todo, que ayudan a generar habilidades que les capacite para desarrollar su vida, adaptadas a las capacidades funcionales.

Capítulo 2: Introducción

INTRODUCCIÓN

El estudio del envejecimiento y su relación con la fragilidad, la discapacidad y la dependencia funcional es complejo. Desde que en 1969, en el marco de Naciones Unidas, se empieza a tomar conciencia de la necesidad de proteger a las personas mayores, se ponen en marcha diversas resoluciones para garantizar los derechos y el bienestar de los mayores. Sin embargo, no es hasta la Primera Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento (Viena, 1982), cuando se aprueba un Plan de Acción, con directrices y recomendaciones dirigidas a países desarrollados, para que incrementaran políticas de protección que garantizarían la seguridad económica y social de las personas mayores. Los progresos en los diferentes países fueron desiguales pero, en general, se comprobó una mejora en el desarrollo de infraestructuras nacionales para personas mayores, se especializaron los Servicios de Salud y se elaboraron planes, programas y mecanismos de coordinación sobre el envejecimiento, y se aumentó la participación en la sociedad de las personas mayores.

Veinte años después se celebró la II Asamblea Mundial del Envejecimiento (Madrid, 2002), en la que se adoptó el término envejecimiento activo y se aprobó un Plan de Acción, conocido como el Plan de Madrid. En este plan, los países se comprometen a adoptar medidas en tres direcciones (Codón, 2003): a) determinar el marco político que vincule el desarrollo y las personas de edad (necesidad de adoptar medidas para garantizar la integración y habilitación de las personas mayores para que participen plenamente en el desarrollo), b) impulsar políticas que fomenten la salud y el bienestar hasta la llegada de la vejez (acceso universal a la Atención Primaria, programas comunitarios específicos para las necesidades de los mayores), y c) crear entornos propicios y favorables para los mayores (condiciones de vida, sistema asistencial, eliminar formas de abuso y maltrato, imagen positiva del envejecimiento).

Posteriormente, con el desarrollo de los programas de atención a la población en general, así como los avances tecnológicos y las investigaciones para mejorar la salud, ha ido aumentando la esperanza de vida y, como consecuencia, se han producido cambios en la estructura poblacional, favoreciendo el envejecimiento de la población, como se puede observar en la Figura 1.

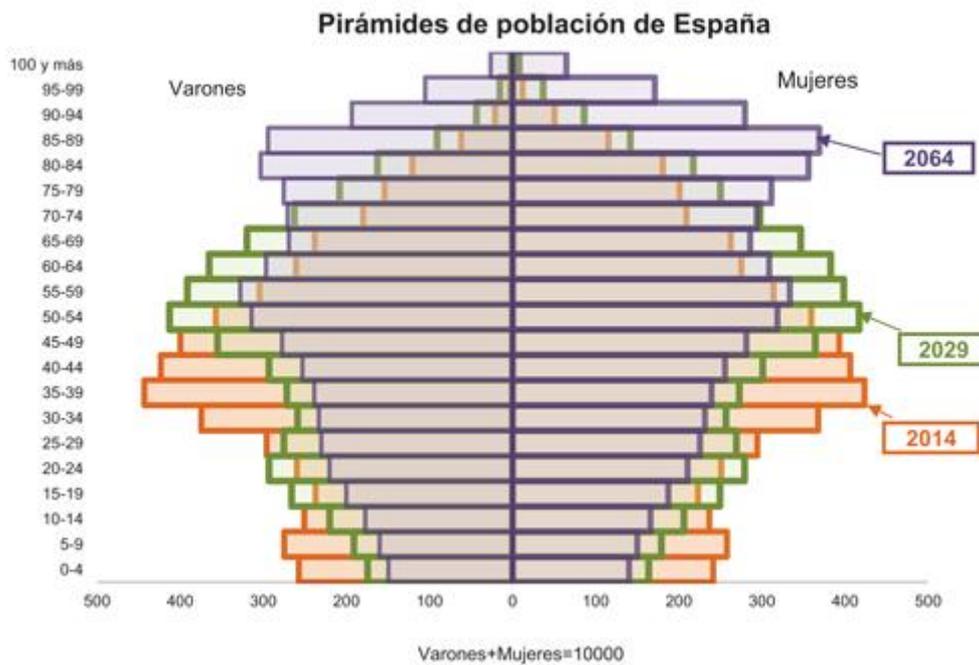


Figura 1. Pirámide población (tomada de Bueno, 2014)

El mayor impacto del fenómeno demográfico ha sido el crecimiento de la población mundial de las personas mayores de 65 años y más, que se multiplicará por tres entre los años 2000 y 2050, pasando de 600 millones a 2000 millones de personas mayores, de los cuales el 80% vivirá en países en desarrollo (Instituto Nacional de Estadística –INE-, 2013). Hasta hoy día, se ha asociado el envejecimiento de la población a las regiones más desarrolladas del mundo. El número de personas octogenarias, nonagenarias y centenarias está creciendo considerablemente a nivel mundial. En los EE.UU., las personas centenarias aumentan a un ritmo de un 8% por año (Kato, Zweig,

Barzilai y Atzmon, 2012), en Canadá, se estima que la población mayor de 65 años aumente más del 25% en los próximos 50 años (Giesbrecht, Miller, Mitchell y Woodgate, 2014). Lo mismo ocurre en Japón, donde esta población se ha multiplicado por cuatro, de un 5.7% en 1960 ha pasado a un 23.1% en el año 2010, y se prevé que para el año 2055 aumentará a un 40.5% (Arai et al., 2012).

Según indican las proyecciones de *European Population Projections* (Europop 2013), en la Unión Europea (UE-28), habrá 12.3 millones de personas de 80 años o más en el año 2080. Según las proyecciones de Naciones Unidas, en el año 2050, el 30% de la población de Europa Occidental tendrá más de 65 años, y el 12% más de 80 años (Fernández-Ballesteros, 2009a). Nueve de los diez países con la mayor proporción de personas mayores están en Europa, siendo España, actualmente, el tercer país más envejecido de la UE-28, en el que las personas mayores han aumentado al 21.1%. Se espera que, en el año 2050, albergue un 33.2 % de población mayor, convirtiéndose en el segundo país más envejecido del mundo (Pérez-Cano, 2015) y contará con un 10.8% de personas mayores de 80 años (Barry, McGwire y Porter, 2015). Concretamente, en 2016, en la Comunidad de Madrid, la población mayor de 65 años era de un 20.5%, de los cuales, el 7.3% son mayores de 80 años (INE, 2016).

Ante esta situación surge la preocupación de cómo mantener y atender a esa parte de la población anciana, cómo controlar las repercusiones del envejecimiento a nivel personal, económico y social, y cómo evitar las enfermedades crónicas no malignas y no transmisibles. En este contexto, se ha hecho especial hincapié en las investigaciones relacionadas con el envejecimiento activo y satisfactorio, con la intención de prevenir las consecuencias del envejecimiento, mejorando las condiciones de vida en las personas longevas y retrasando la discapacidad y la dependencia funcional.

2.1.- *Estado del fenómeno del envejecimiento*

El envejecimiento es un proceso fisiológico gradual, que se caracteriza por el cambio que se experimenta en los distintos aparatos, órganos y estructuras, y que implica para el ser humano una paulatina alteración de sus funciones. Suele ir asociado al deterioro de las capacidades físicas, psicológicas y emocionales, que se inicia en la edad media y avanzada de la vida, y que se acelera con la edad. Este deterioro de las funciones y capacidades supone cambios para llevar una vida activa y satisfactoria (Fernández-Mayoralas et al., 2014). Sin embargo, el envejecimiento no va siempre acompañado de estos aspectos negativos. Gracias a las investigaciones relacionadas con el envejecimiento activo y satisfactorio, ha sido posible añadir a los años mejor calidad de vida y más años de vida sin discapacidad y, por tanto, sin dependencia funcional.

Cuando se habla del proceso de envejecimiento, es necesario diferenciarlo del proceso de senectud, debido a que son dos procesos que están muy relacionados, pero que tienen matices diferentes. Se entiende la senectud como un proceso temporal que implica la pérdida de la capacidad que tienen las células para dividirse, crecer, funcionar, para, por último, acabar en la muerte (Beers y Berkow, 2001). Por otra parte, el fenómeno del envejecimiento, comprende componentes positivos de desarrollo y componentes negativos de decadencia que se producen durante el curso de la vida: nacemos, crecemos durante la infancia, la pubertad y los primeros años de la edad adulta, nos mantenemos y, posteriormente, se inicia el declive. Sin embargo, la senectud solamente se refiere a los procesos degenerativos que impiden la continuación con la vida, no implica aspectos positivos. Christensen, McGue, Petersen, Jeune y Vaupel (2008) sugirieron, en un estudio realizado con personas muy mayores (110- 119 años) que, la mayoría de los mayores independientes o que necesitaban un mínimo de ayuda (40%), podían experimentar deterioro físico antes de morir. Este deterioro, que impediría continuar con la

vida, se podría explicar por el proceso de senectud. Sin embargo, comprobaron que, en estos casos, era posible retrasar el declive físico en cuatro años, llegando al fin de la vida en mejores condiciones.

Tanto el proceso de envejecimiento, como el proceso de senectud, suponen un declive en muchas funciones fisiológicas, no obstante este declive no se considera una enfermedad. Se sabe que el proceso de envejecimiento es causado por un daño molecular y que depende de la interacción entre el daño, el mantenimiento y la reparación de las moléculas. Estas interacciones están influidas por factores ambientales (entorno, estilo y hábitos de vida, nutrición, actividad física, educación) y genéticos. Es decir, la longevidad desde el punto de vista biológico, va a depender de estos factores que afectan a cómo y cuánto tiempo se va a vivir.

En 1986 la esperanza de vida para los españoles mayores de 65 años era de 15 años, de los cuáles 9.9 años eran años de vida sin discapacidad y 5.1 eran años de vida con discapacidad. Los españoles han vivido con más salud y han disminuido la vida con discapacidad y dependencia. Este aumento de la longevidad y de la esperanza de vida es consecuencia de los avances obtenidos en los estudios realizados para modificar los factores ambientales, que han demostrado tener un buen impacto en la forma de envejecer y en la calidad de vida de las personas mayores (Rodríguez- Artalejo, 2011).

En la actualidad, en nuestro país, la esperanza de vida al nacer se cifra en 81.9 años (79 años para los hombres y 85 años para las mujeres) y la esperanza de vida libre de discapacidad se estima en 63.9 años para las mujeres y 64.4 años para los hombres. Si se tiene en cuenta que los hombres viven de media 79 años, y las mujeres 85, las mujeres tendrán 6.5 años más de morbilidad y discapacidad que los hombres (Zamarrón-Cassinello, 2013). En definitiva, se prevé que el número de mujeres centenarias sea mayor que el número de hombres centenarios, ya que los hombres viven menos, pero con mejor calidad

de vida que las mujeres (Kotzeva, 2015) y están expuestos a factores de riesgo y factores protectores diferentes (Wheaton y Crimmins, 2016).

Varios estudios realizados con personas longevas han demostrado que la mayoría de este grupo etario ha tenido una vida saludable e independiente, han permanecido muy activos, sin dependencia funcional y con buen desempeño de las ABVD, aunque no siempre el estado de salud percibido ha sido informado como positivo, ni ha existido ausencia de enfermedades, ni problemas sensoriales o deterioro en las funciones físicas, cognitivas o en ambas (Martin et al., 2015).

Entre estos estudios cabe destacar, en primer lugar, el estudio Centenarios de Nueva Inglaterra (*New England Centenarian Study*) (Hitt, Young-Xu, Silver y Perls, 1999), en el que la vida de la mayoría de la muestra era saludable e independiente, pero el estado de salud percibido no siempre fue positivo. En el estudio Centenarios de Alemania (*German Centenarian Study*) (Lehr, 1991) concluyeron que, el 18% de los centenarios, tenían muy poca debilidad física y permanecieron muy activos. En el estudio de Centenarios de Tokio (*The Tokyo Centenarian Study*) (Gondo y Hirose, 2006) encontraron que, un 2% de la muestra, estaba formada por centenarios excepcionales, con un estado funcional muy alto, el 18% eran centenarios normales con mantenimiento de la función física y cognitiva, el 55% eran centenarios delicados con deterioro en la función física y cognitiva, y el 25% eran frágiles y presentaban deterioro en ambas funciones, física y cognitiva. Por último, entre los resultados del estudio de Centenarios de Georgia (*Georgia Centenarian Study*) (Arnold et al., 2010) se destacó que, un 17% de la muestra no tenía enfermedades importantes y, un 43%, no presentaba deterioro cognitivo. En España se está desarrollando, en la actualidad el proyecto *Estudio Longitudinal Envejecer en España (ELES)* que durará veinte años. Con este proyecto se pretende obtener respuestas sobre la implicación del envejecimiento, en las dimensiones demografía, salud física, psicosocial,

económica y redes sociales y familiares (Teófilo, González, Díaz y Rodríguez-Rodríguez, 2011).

Según los resultados de estos estudios, se pueden observar diferentes formas de envejecer, tantas como personas existen. Algunos disfrutan de una longevidad acompañada de un envejecimiento activo y saludable, con sus capacidades físicas y cognitivas conservadas, otros sin embargo, viven su longevidad con más o menos deterioro en las funciones físicas, en las funciones cognitivas, o en ambas, y con enfermedades agudas y crónicas que condicionan el envejecimiento, produciendo discapacidad, dependencia de otros y acortando la supervivencia (Elcoroaristizabal et al., 2011).

Estas diferencias en la forma de envejecer se deben, en un 25% a factores genéticos, y en un 75% a factores conductuales y ambientales, y van a depender de la optimización de los recursos del individuo durante la infancia y la adolescencia, de maximizar dichos recursos a lo largo de la edad adulta, y de mantener un óptimo funcionamiento en la vejez (Zamarrón- Cassinello, 2013).

Por ello, podemos hablar de diferentes tipos de envejecimiento: normal, patológico y con éxito. Por consiguiente, para atender las necesidades de este grupo de población, tendremos que tener en cuenta distintos tipos de personas mayores: sana, con enfermedad crónica, en riesgo de deterioro funcional (en este grupo se incluye al anciano frágil), en situación de dependencia (transitoria o permanente), y en situación final de la vida (Gómez-Pavón et al., 2008).

Asociados al hecho de envejecer se producen cambios importantes en la disminución de la capacidad física, aumentando las posibilidades de alteraciones posturales, y pérdida de movilidad articular y flexibilidad, y de deterioro de la capacidad funcional, aspectos que pueden agravarse como consecuencia de ciertos hábitos adquiridos. Todo ello, tiene como consecuencia una evidente disminución en la calidad de

vida, provocando una mayor dependencia de los demás, no sólo en lo físico y funcional, sino también en aspectos psicológicos (Piedras, Meléndez y Tomás, 2010).

2.1.1 *Envejecimiento activo y envejecimiento satisfactorio*

Durante muchos años se ha investigado sobre cómo llegar a la vejez de forma exitosa, y surgen así diferentes teorías y modelos sobre el envejecimiento activo, satisfactorio o con éxito. Cada uno de ellos ha ido aportando premisas y criterios sobre los factores que influyen en la forma de envejecer. La mayoría de los autores coinciden en que los criterios que influyen en el concepto de envejecimiento activo son la salud con alto funcionamiento físico y mental (Fernández-Ballesteros et al. 2010), la autonomía personal (Herrera, Muñoz, Martín y Cid, 2011), el control personal (Uriarte, 2014), la autoestima y la aceptación de uno mismo (Kahana y Kahana, 2003, Uriarte, 2014), la autoeficacia para envejecer (Zamarrón-Cassinello, 2013), el bienestar y la satisfacción con la vida (Kahana y Kahana, 2003; Requena, López y Ortiz, 2009), las competencias, las habilidades y las estrategias de afrontamiento (Fernández-Ballesteros, 2002; 2003; 2009b; Fernández-Ballesteros et al., 2010; Kahana y Kahana, 2003), el sentido de la vida, y el mantenimiento de las actividades y las relaciones agradables (Fernández-Ballesteros, 2002; Kahana y Kahana, 2003; Zamarrón- Cassinello, 2013).

Sin embargo, no tenemos que confundir el concepto de envejecimiento activo (utilizado en Europa) y el concepto de envejecimiento satisfactorio (utilizado en EE.UU.), con otros conceptos como el bienestar, la satisfacción con la vida y la calidad de vida. Todos estos conceptos tienen algunas características comunes, que pueden hacer que se utilicen indistintamente en el ámbito de la Geriatria, sin embargo presentan matices diferentes que se han tenido en cuenta en el diseño de este trabajo.

El término envejecimiento activo está relacionado con el derecho de las personas mayores a mantenerse saludables, reduciéndose así los costes de los cuidados de salud y sociales, y con el hecho de permanecer más tiempo en el empleo y, continuar con la participación en la vida social y política (Foster y Walker, 2015), pero no implica necesariamente la habilidad de ser activo físicamente o participar en labores que requieran fuerza física (OMS, 2002). En definitiva, se puede equiparar al bienestar en las últimas etapas de la vida.

El concepto de envejecimiento satisfactorio se refiere a la baja probabilidad de enfermar y la ausencia de minusvalías, la conservación de la capacidad cognitiva y física y, a las ganas de vivir. Además, debe preservarse la autonomía del individuo para garantizar su calidad de vida y el desarrollo de acciones sociales y organizacionales (De la Fuente, Fernández y Navas, 2011).

Se puede afirmar que el envejecimiento activo tiene un enfoque más holístico que el envejecimiento satisfactorio y se basa en acontecimientos y factores que se dan en el transcurso de la vida. Sin embargo, los dos términos tienen en común la misma raíz: la perspectiva de la actividad (Foster y Walker, 2015). En ambos conceptos se engloban actividades que enfatizan la salud, la ausencia de discapacidad y la independencia, lo que puede considerarse una forma de ageísmo (Boudiny, 2013), puesto que las personas con algún tipo de discapacidad y de dependencia quedarían excluidas del concepto de envejecimiento activo y exitoso.

No obstante, la discapacidad, la dependencia y las enfermedades crónicas no son necesariamente percibidas en términos de envejecimiento sin éxito o de envejecimiento inactivo (Katz y Calasanti, 2015). Esta cuestión hace que se ponga en duda lo que significa envejecer con éxito para las personas mayores que viven con discapacidad y dependencia, o que son frágiles (Dillaway y Byrnes, 2009; Katz y Calasanti, 2015; Martin y Gillen,

2013; Minkler y Fadem, 2002; Phelan, Anderson, LaCroix y Larson, 2004; Van Wagenen, Driskell y Bradford, 2013). Además, algunos autores mantienen que el envejecimiento exitoso no significa necesariamente ausencia de enfermedad (Reichstadt, Sengupta, Depp, Palinkas y Jeste, 2010).

También es importante destacar que ninguno de los dos conceptos tiene en cuenta cómo la adaptación de las personas mayores a su contexto residencial influye en la calidad de sus vidas (Golant, 2015).

Abordar los conceptos de bienestar, satisfacción con la vida y calidad de vida es importante en este trabajo, por la estrecha relación que tienen con los procesos de envejecimiento, discapacidad y dependencia funcional. Los términos calidad de vida y bienestar no son sinónimos y, es conveniente tener en cuenta sus diferencias. Por un lado, se denomina calidad de vida a la valoración subjetiva que la persona hace de diferentes aspectos de su vida, en relación con su estado de salud. De este modo, dos personas con el mismo estado objetivo de salud o de enfermedad, de dependencia o discapacidad, pueden tener una calidad de vida muy diferente (Urzúa y Caqueo-Urizar, 2012). Y, por otro lado, la calidad de vida se considera como un sentimiento de felicidad y satisfacción con la vida propia, en general (Giró, 2009).

Sin embargo, el constructo bienestar, se refiere a la evaluación global de satisfacción de las necesidades- físicas, cognitivas, emocionales, sociales y espirituales- que puede experimentar una persona, de forma intermitente, continua o esporádica, a lo largo de su vida (Diener y Chan, 2011). Por tanto, la calidad de vida abarca el bienestar físico, social, psicológico y espiritual.

El bienestar físico se determina por la actividad funcional, la fuerza o la fatiga, el sueño y el reposo, el dolor y otros síntomas. El bienestar social, tiene que ver con las funciones y las relaciones, el afecto y la intimidad, la apariencia, el entretenimiento, el

aislamiento, la situación económica y el sufrimiento familiar. El bienestar psicológico, se relaciona negativamente con el temor, la ansiedad, la depresión, la preocupación y la angustia que genera la enfermedad. Y, por último, el bienestar espiritual abarca el significado de la enfermedad, la esperanza, la trascendencia, la incertidumbre, la religiosidad y la fortaleza interior (Vinaccia y Orozco, 2005). En este sentido, Griffin et al. (2003), realizaron una investigación en la que encontraron que, el bienestar, se logra con el control del malestar físico, psicológico, social y espiritual, del individuo y su familia.

En cuanto al concepto de satisfacción personal con la vida, se entiende como una actitud equilibrada y positiva ante la vida, con sus alegrías y sinsabores y con buen grado de satisfacción en la relación con los demás (Fernández-Ballesteros, 2002).

Si tenemos en cuenta que estos tres conceptos son subjetivos, multidimensionales y variables, se ha de ser cauto al hablar de calidad de vida en el fenómeno de la dependencia, porque la calidad va a estar muy influida por el entorno que rodea a la persona, por el estilo de vida, autopercepción de bienestar emocional y por la calidad de los cuidados que recibe.

Para dar respuesta a las diferentes formas de envejecer surgen distintas teorías y modelos psicosociales del envejecimiento. A continuación se describen brevemente algunos de los modelos más significativos que han sido referentes para el diseño de diversos programas de intervención (Kahana y kahana, 2003; Fernández-Ballesteros, 2002).

- Modelo de envejecimiento con éxito proactividad preventiva y correctiva de Kahana y kahana (2003). Subraya el hecho de que los recursos internos de una persona pueden favorecer una adaptación proactiva al proceso de envejecimiento. Fomentar la esperanza y la autoestima, y reforzar y proporcionar estrategias de afrontamiento adaptativas ante situaciones

desfavorables, se convierten en objetivos claves de la promoción de la salud en estos grupos etarios. Los factores que contribuyen al envejecimiento con éxito, están relacionados con el contexto histórico, eventos estresantes lejanos y recientes, y adaptación proactiva: adaptación preventiva (promoción de la salud) y correcciones tradicionales (sustitución de roles y modificación del entorno), recursos internos o disposiciones para envejecer bien (esperanza, altruismo, autoestima, satisfacción con la vida y capacidad de afrontamiento), apoyo económico y social, y mantenimiento de actividades agradables y relaciones valiosas.

- Modelo multidimensional-multinivel de envejecimiento activo de Fernández-Ballesteros (2002, 2009b). Postula que el envejecimiento está asociado al cambio, y dicho cambio requiere una adaptación y ajuste. Este proceso de adaptación puede favorecerse a través de factores relacionados con la propia persona (autoeficacia, habilidades cognitivas, de reserva y regulación emocional) y a través de otros factores dependientes del contexto (disponibilidad de aprendizaje, estrés, apoyo social y familiar y ambiente facilitador). En este modelo se considera el envejecimiento activo como el producto del proceso de adaptación que ocurre a lo largo de la vida a través del cual se logra un óptimo funcionamiento físico (incluida la salud), cognitivo, emocional-motivacional y social.

Analizando los modelos planteados, junto con las investigaciones realizadas sobre envejecimiento activo y satisfactorio, se puede decir que los factores principales que pueden predecir que una persona envejezca satisfactoriamente son la personalidad, el estilo de afrontamiento, la habilidad previa para adaptarse, las expectativas de vida, los ingresos o renta, la salud, la interacción social, la libertad, la importancia de los mecanismos de

compensación relacionados con la edad y, el menor deterioro funcional, control de riquezas y conocimiento. Todos estos factores facilitarán el bienestar en su vida posterior (Martin et al., 2015).

2.2 Discapacidad y Dependencia Funcional en la persona mayor

En la actualidad, no hay una definición única de dependencia ni de discapacidad. La literatura recoge diferentes definiciones de ambos conceptos, incluso existe la tendencia a utilizarlos de forma solapada o como sinónimos, confundiendo la dificultad o limitación para realizar una actividad concreta, con la necesidad de ayuda para realizarla (Querejeta, 2004).

Según la Ley de Promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia, el concepto de dependencia se define como *“el estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal”* (BOE nº 84-14).

Sin embargo, Segura (2007, p.7) la define como *“la manifestación de la discapacidad, que se manifiesta primero como deficiencia y posteriormente como limitación de las actividades habituales y restricción de la participación”*.

Mientras que Llibre et al. (2014, p.24) consideran que la dependencia *“es la necesidad de ayuda de otra persona o de cuidados frecuentes más allá de los requeridos por un adulto sano y que adquieren una importancia social, económica y una implicación de los servicios de salud pública”*.

En cuanto al concepto discapacidad, también se han encontrado diferentes definiciones como la propuesta por Zunzunegui (2011, p.12) que considera que es *“el resultado de las limitaciones en el funcionamiento físico y mental”*. Sin embargo, otros autores están de acuerdo en utilizar el concepto discapacidad entendido como *“las limitaciones para realizar actividades de la vida diaria que hayan durado o se prevea que vayan a durar más de un año y tengan su origen en alguna deficiencia”* (Díaz- Martín, 2012, p.77).

Según Querejeta (2004, p.27) discapacidad y dependencia son dos conceptos que están muy relacionados, de modo que este autor define la dependencia como *“una situación específica de discapacidad en la que se presentan dos características, por un lado hay una limitación del individuo para realizar una determinada actividad más o menos severa y por otro lado, la interacción con los factores del contexto ambiental, relacionado con la ayuda personal o técnica.”*

Analizando todas estas definiciones se puede concluir que dependencia es la incapacidad funcional para llevar a cabo actividades de la vida diaria y, como consecuencia, necesitar a otra persona o cosa, mientras que discapacidad es la limitación para realizar algo (Díaz-Martín, 2012; Jiménez-Lara, 2004; Llibre et al., 2014; Segura, 2007; Zunzunegui, 2011).

En este sentido, podemos entender diferentes situaciones de dependencia: a) Persona dependiente es aquella que, por una discapacidad, necesita ayuda para desarrollar actividades cotidianas, y la recibe de forma suficiente, insuficiente o innecesaria, o solicita la ayuda pero no la recibe. También puede ser que reciban una asistencia que no se considere necesaria, con lo cual se produce una dependencia impuesta, como ocurre en los casos de sobreprotección. b) Persona independiente es la que por una discapacidad no

recibe ni pide ayuda, como lo son todas las personas que no tienen problemas funcionales (Abellán, Esparza y Pérez, 2011).

Aparece así, dentro del fenómeno de la dependencia, el concepto de independencia que es importante no confundir con el concepto de autonomía, ya que la autonomía es la cualidad abstracta equiparable con la autodeterminación, es decir, la facultad para gobernarse por sus propias leyes (Querejeta, 2004).

En definitiva, la dependencia funcional en el envejecimiento es un proceso con un origen y una trayectoria. Una vez que se inicia, es necesario conocer el origen (congénito, enfermedad, accidentes), el momento en que se inicia si es a una edad temprana, en la edad adulta o en la vejez (sexta, séptima u octava década), y qué tipo de discapacidad para desempeñar el curso de la vida se produce, es decir, qué capacidad funcional queda afectada (Abellán et al., 2011; Querejeta, 2004; Zunzunegui, 2011). Así mismo, va a depender de la comorbilidad (dos o más enfermedades en la misma persona), la atención de la enfermedad aguda o crónica, del acceso a los servicios de rehabilitación y de los condicionantes socioeconómicos (Pérez-Castejón, Durany, Garrigós y Olivé, 2007), y del lugar o contexto social (*settings for health*) donde las personas desarrollan las actividades diarias y en el que interactúan factores ambientales, organizativos y personales que afectan la salud y el bienestar (OMS, 1998).

2.2.1. Funcionalidad y Factores asociados a la dependencia en la vejez

La funcionalidad es la capacidad de realizar acciones que se requieren en la vida diaria para mantener el cuerpo y subsistir independientemente (Dorantes, Ávila, Mejía y Gutiérrez, 2007). Para realizar estas tareas se requieren cualidades físicas y habilidades para la vida (*Life Skills*), concepto que se define como las capacidades para adoptar un

comportamiento adaptativo y positivo que permita a los individuos abordar con eficacia las exigencias y desafíos de la vida cotidiana (OMS, 1998). Dentro de este concepto entrarían la toma de decisiones, resolución de problemas, la capacidad para hacer frente a las emociones y manejar el estrés, la empatía, el conocimiento de sí mismo, y las habilidades de comunicación y relación interpersonal.

En cuanto a las cualidades físicas, la disminución de la resistencia aeróbica no parece tener un papel importante en la aparición de la dependencia funcional, excepto cuando se relaciona con enfermedades cardiovasculares. Sin embargo, la pérdida de fuerza y de masa muscular influyen en la disminución de la capacidad funcional, dicha capacidad está fuertemente relacionada con la realización de las ABVD. Por tanto, mantener un buen nivel de condición física debería permitir mantener la independencia funcional el mayor tiempo posible (Abalos et al., 2010; Alonso, Del Valle, Cecchini e Izquierdo, 2003).

En el proceso de envejecimiento se van deteriorando de forma gradual las condiciones físicas y las habilidades para la vida. Se asocia a pérdida de masa muscular (sarcopenia), que es la causa principal de discapacidad para la mayoría de las personas con enfermedades neuromusculares y lesiones en el sistema nervioso central, lo que puede limitar las ABVD (Son et al., 2016). Diversos estudios han encontrado que las personas a la edad de 75 años presentan, respecto a los jóvenes de 20 años, una disminución de: la resistencia aeróbica (45%), fuerza de prensión de las manos (40%), fuerza de las piernas (70%), movilidad articular (50%) y coordinación neuromuscular (90%) (Alonso et al., 2003; Casas e Izquierdo, 2012).

La disminución de las condiciones físicas puede ser tan grande que puede provocar que, desarrollar actividades normales en la vida diaria (vestirse, levantarse de la cama, peinarse, subir escaleras, etc.), se realicen de forma incorrecta, dejen de realizarse, o se desempeñen de forma que se adapten al ritmo de la persona, es decir, se desarrollen con

más lentitud, pudiendo ser la causa de conflictos o situaciones de estrés en la vida diaria de las personas mayores (García, Cozar, Muñoz, Soto y La Torre, 2016), con la consiguiente disminución del bienestar y de las condiciones de vida. Cuando se llega a esta situación, la persona necesita de los demás para poder realizar las ABVD y, por tanto, pierden su independencia funcional.

La pérdida de la capacidad funcional tiene consecuencias a nivel personal, social y económico. A nivel personal puede verse afectada la autoestima y el bienestar subjetivo, a nivel social pueden surgir cambios en la rutina y en las relaciones entre los miembros de la familia y del entorno social y, a nivel económico, es posible que se tengan que realizar inversiones para adaptar el entorno, contratar personal para recibir cuidados especiales o incluso llegar a la institucionalización (Dorantes et al., 2007).

La pérdida de independencia funcional puede provocar un aumento importante en los niveles de estrés y está asociada a un cambio negativo en la percepción de la salud (Cardozo- Quintana y Rondón-Bernard, 2014). Por ello, la dependencia funcional es, probablemente, una de las principales causas de malestar psicológico y de la considerable disminución de la calidad de vida. Existen estudios que relacionan la discapacidad funcional con algunos problemas psicológicos, como la ansiedad y la angustia (Bierman y Statland, 2010; Rodríguez-Díaz, Cruz-Quintana y Pérez-Marfil, 2014a), y los síntomas depresivos (Bierman y Statland, 2010; Rodríguez-Díaz et al., 2014a). Otros trabajos la asocian con variables como la disminución de la satisfacción vital (Fagerström, Holst y Hallberg, 2007; Rodríguez- Díaz et al., 2014a), el deterioro de la calidad de vida (Sareen et al., 2006), la percepción de pérdida de la salud (Fagerström et al., 2007) y la falta de apoyo social (Hicks, Epperly y Barnes, 2001). Pérez-Cano (2015) mantiene que los determinantes conductuales (participar en el propio autocuidado, actividad física adecuada

y hábitos saludables), pueden evitar el declive funcional, prolongar la longevidad y mejorar la calidad de vida.

El trabajo de Seeman y Chen (2002) recoge que el estatus socioeconómico alto, la participación en la actividad física regular, una mayor cohesión social, el compromiso con los demás, una actitud positiva, fuertes creencias de autoeficacia y menos síntomas de angustia psicológica, son factores protectores del declive funcional.

Schmitz, Wang, Malla, y Lesage (2009) sugieren que la angustia psicológica influye de forma importante en el desarrollo de la dependencia y, además, el estrés psicológico no se puede separar totalmente del apoyo social y familiar. Concluyen que la angustia psicológica no sólo puede presentarse como una reacción a la discapacidad y la dependencia, sino que puede ser un predictor de la discapacidad.

Debido a la estrecha relación que se establece entre los factores relacionados con la dependencia y los relacionados con el envejecimiento satisfactorio, resulta difícil establecer qué factores pueden predecir la dependencia funcional. Sin embargo, las investigaciones recogen una serie de factores que anteceden a una situación de dependencia y que pueden acelerar la discapacidad y la dependencia, así como, los factores que protegen o evitan el declive funcional, promueven la salud, prolongan la longevidad y mejoran la calidad de vida (Dorantes et al, 2007; Fernández-Ballesteros, 2009a, 2009b; Pérez-Cano, 2015; Segura, 2007; Vermeulen, Neyens, van Rossum, Spreuwenberg y de Witte, 2011).

En primer lugar, los factores antecedentes de una situación de dependencia se dividen en: a) factores físicos (fragilidad, enfermedad crónica y utilización de fármacos), b) factores psicológicos (trastornos mentales- depresión, aislamiento social, demencia- enfermedad Alzheimer y rasgos de personalidad), y c) factores contextuales (ambiente físico y ambiente social) (Pérez y Yanguas, 1998; Segura, 2007).

Los factores de riesgo de dependencia en la vejez se agrupan en: a) factores demográficos (edad, sexo y estado civil), b) factores culturales (alfabetización y estudios), c) factores económicos y sociales (nivel de ingresos y esfuerzo físico en el trabajo), d) factores fisiológicos (número de enfermedades crónicas- comorbilidad- salud percibida, encamamiento, índice de masa corporal y medicación), y e) factores relacionados con conductas saludables y hábitos de vida (ejercicio físico, consumo de alcohol y tabaco) (EDEFundazioa, 2009).

Y por último, los factores moduladores de dependencia (promotores de salud) en la vejez incluyen la práctica de ejercicio físico, cuidar la nutrición, mantener una mente activa, continuar aprendiendo, relacionarse con otros, controlar el estrés, poseer una red de apoyo social y responsabilizarse de la propia salud (Flórez, 1997).

Es importante destacar que, la literatura coincide en determinar que los factores que pueden acelerar la dependencia son la fragilidad, las enfermedades crónicas y los trastornos psicológicos, así como algunas características de la personalidad (Abizanda, 2010; Fernández-Ballesteros, 2009b; Garrido, Serrano, Bartolomé y Martínez-Vizcaíno, 2012; Segura, 2007; Vermeulen et al., 2011).

La fragilidad es un síndrome que resulta de la reducción de la capacidad de reserva en múltiples sistemas, de manera que estos sistemas fisiológicos están cerca del umbral del fracaso clínico sintomático y, como consecuencia, la persona frágil tiene un elevado riesgo de discapacidad y muerte por estresores externos (Romero, 2011). Los criterios que determinan que una persona es frágil son sentirse exhausto, pérdida involuntaria de peso, pobre fuerza muscular de prensión, lentitud en la marcha y baja actividad física (Abizanda et al., 2011). Los sistemas fisiológicos más relacionados con la fragilidad son el sistema osteo-mioarticular (sarcopenia y osteopenia), nervioso (neurodegeneración), endocrino y

metabólico y cardiovascular (arterioesclerosis) (Rodríguez-Rodríguez, Rodríguez-Mañas, Sancho y Díaz, 2012).

Hay que destacar que la fragilidad se asocia a la edad, la comorbilidad y la discapacidad (Garrido et al., 2012), además es un predictor de eventos adversos graves como la mortalidad, la institucionalización, las caídas, el deterioro de la movilidad, el aumento de la dependencia en ABVD, en actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) y en la hospitalización (Abizanda et al., 2011). Todos estos eventos son, a la vez, factores que pueden influir, en mayor o menor medida, en el nivel de dependencia funcional.

Vermeulen et al. (2011) realizaron una revisión de estudios sobre el valor predictivo del fenotipo de fragilidad (la velocidad de la marcha, pérdida de peso no intencionada, baja actividad física, menor función de las extremidades, el equilibrio, la fuerza muscular y el agotamiento o sentirse exhausto) en la incapacidad para realizar las ABVD. Todas estas variables, excepto el agotamiento, tienen un alto poder de predicción sobre la dependencia funcional y, valorar estos indicadores de fragilidad, pueden ayudar a identificar personas mayores que se beneficiarían de intervenciones dirigidas a prevenir la discapacidad en ABVD y, por tanto, prevenir la dependencia funcional.

Por otra parte, las enfermedades crónicas se correlacionan positivamente con la edad. Concretamente, el número de enfermedades (comorbilidad) es un fuerte predictor de discapacidad futura. Las enfermedades más frecuentes en la población mayor de 65 años son hipertensión arterial, diabetes, enfermedad coronaria, osteoartrosis, polimialgia reumática, artritis reumatoide, obesidad, fractura de cadera, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), lumbalgia, cáncer, ictus, insuficiencia cardíaca, valvulopatía, fibrilación auricular, demencia, depresión y trastorno por ansiedad, anemia, alteraciones visuales, Parkinson, epilepsia y neuropatía periférica.

Alfonso- Silguero et al. (2014) encontraron que la insuficiencia cardiaca, los ictus, la demencia y la anemia se asociaron con pérdida de movilidad y, solo la demencia y la anemia, con discapacidad en ABVD. Sin embargo, Spiers et al. (2005), encontraron que la artrosis, problemas visuales, diabetes, ictus, EPOC, cardiopatía isquémica e hipertensión, se asocian a dependencia en ABVD.

Según Berkman (2011), la progresión de las enfermedades crónicas, está determinada por el estado físico, social y psicológico del individuo, así como por el desarrollo genético, el nivel sociocultural y el acceso a los cuidados de salud.

Los niveles de funcionamiento físico en las personas mayores que presentan enfermedades crónicas, no están vinculados al estado de salud, sino que los cambios en la capacidad funcional, están influidos por factores que se pueden modificar como son el ejercicio físico, el apoyo social, la autoeficacia y la presencia de sintomatología psicológica (Seeman y Chen, 2002).

En los últimos años, se está produciendo un aumento de las enfermedades crónicas entre la población mayor de 65 años. Además, existe un riesgo mayor para las personas con múltiples enfermedades crónicas de convertirse en personas dependientes. Según Nikolova, Demers, Béland, y Giroux (2011), las personas que presentan 6 enfermedades y más, tienen 6 veces más riesgo de desarrollar discapacidad para realizar ABVD y, cerca de 17 veces más riesgo de desarrollar discapacidad para AIVD. Pacientes multimórbidos tienen un 16% más de riesgo de convertirse en pacientes dependientes, incluso cuando se controlan las cinco enfermedades que más se asocian a la dependencia (neurológicas, osteoarticulares, artritis, cardíacas y de las arterias coronarias) (Koller et al., 2014).

Por último, se ha comprobado que los síntomas depresivos, incluso a niveles bajos, reducen la capacidad de las personas para realizar las funciones y las actividades normales de la vida diaria (Barsevick, Pasacreta y Orsi, 1995). Bierman y Statland (2010)

encontraron que existe una correlación positiva entre las limitaciones de la realización de las ABVD y los síntomas depresivos de la muestra. En investigaciones sobre depresión y enfermedad crónica se ha encontrado que, la gravedad de la depresión, se asocia significativamente a discapacidad funcional y calidad de vida, con lo cual, reconocer y tratar la depresión, tiene efectos positivos en el estado funcional y la calidad de vida (Lamers, Jonkers, Bosma, Diederiks y Van Eijk, 2006; Noël et al., 2004).

2.3. El anciano como gestor de su envejecimiento y del proceso de dependencia

En la actualidad, existe consenso en considerar que el ser humano en interacción con su ambiente, a lo largo del ciclo vital, construye su propia forma de envejecer (Fernández-Ballesteros, 2009b; Zamarrón-Cassinello, 2013). Las diferentes formas de envejecer existentes van a depender, en gran medida, de la optimización de los recursos de cada individuo durante la infancia y la adolescencia, de maximizar dichos recursos durante la vida adulta, y de mantener un óptimo funcionamiento durante la vejez (Zamarrón-Cassinello, 2013).

Aunque no hay evidencia científica, sí se han elaborado informes que demuestran que, los problemas sociales durante la infancia, se asocian con la exposición a factores que pueden ser nocivos para la capacidad funcional en la vejez, como por ejemplo, la falta de servicios básicos, la pobreza y la violencia. Es decir, aquellos factores que pueden influir en la educación y la conducta, el estilo de vida y los hábitos saludables, sociabilización y funcionamiento psicosocial del individuo (Dorantes et al. 2007). Así mismo, se ha constatado que la ocupación laboral desarrollada durante la vida, también puede influir en la forma de envejecimiento, sobre todo, aquellas profesiones en las que se ha desarrollado un trabajo manual asociado a una alta carga de estrés físico, provocando que, en la vejez, se tenga peor función física y menor fuerza muscular (Russo et al., 2006).

El proceso de dependencia supone grandes cambios en la vida de las personas mayores, lo que repercute en el estado emocional y en la satisfacción con la vida. La forma en la que los mayores experimentan las distintas situaciones que acompañan a este proceso, dependerá de la diversidad de recursos individuales con los que cuente el individuo, ya sean físicos, materiales, sociales, emocionales y/o psicológicos.

Todos estos recursos pueden influir en la respuesta a situaciones estresantes (Prieto- Flores et al., 2008), siendo la dimensión emocional la que tiene un vínculo mayor con la salud y la que, por medio de diferentes estrategias, se puede regular, aunque bien es cierto que estas estrategias dependen de las capacidades y de los recursos individuales que se pueden afectar por el propio envejecimiento (Shiota y Levenson, 2009).

La mayoría de las personas mayores con dependencia funcional se tienen que adaptar, a veces muy rápidamente, a una serie de cambios que afectan a aspectos importantes de su vida. Entre estos aspectos, el más afectado es el emocional. Durante el proceso de adaptación a la situación de dependencia, pasan por una serie de etapas que suscitan emociones negativas, como el miedo, la ira o la ansiedad. Esta adaptación tiene como finalidad mantener un equilibrio emocionalmente razonable: conservación de la autoimagen, preservación de las relaciones familiares y sociales y la preparación para el futuro (la muerte) (Gil- Roales, 2004).

A medida que el propio proceso de envejecimiento, asociado, o no, a enfermedades crónicas, a discapacidad y al progreso de dependencia funcional, hace que disminuyan las habilidades para la vida y las capacidades funcionales de la persona, el bienestar estará más definido por las demandas ambientales, es decir, cuanto más limitada está una persona, más importante será la influencia del mundo exterior y, por tanto, más vulnerable quedará a éste (Montorio e Izal, 2007). No obstante, también, estará determinado por el

afrentamiento que cada individuo desarrolle y su capacidad para manejar esas demandas ambientales (Pérez-Peñaranda, 2008).

El afrontamiento tiene que ver con manipular, alterar o tolerar las exigencias del entorno causante de la perturbación (en el caso de los ancianos dependientes, las causas son las derivadas de la demanda de cuidados) y regular la respuesta emocional que surge como consecuencia. Es decir, no son las situaciones en sí mismas las que originan una reacción emocional, sino la interpretación que hace el individuo de tal situación (Lazarus, 2006).

Freedman (2009) introduce el término acomodamiento para designar las respuestas de comportamiento y ambientales a los cambios de capacidad funcional que acompañan al envejecimiento. El acomodamiento incluye la recepción de ayuda de terceras personas, el uso de ayudas técnicas, la modificación del entorno físico y de las relaciones sociales, mejoras del entorno físico (disponibilidad transporte adaptado, estado de las aceras), además de otros mecanismos compensatorios, como hacer la actividad con menor frecuencia, más lentamente, o de otra manera.

En este sentido, la aplicación de estrategias de tipo acomodativo, como forma de adaptación a las nuevas situaciones, logra generar un ajuste de las preferencias y de las metas que, aun no siendo intencional, hace que el sujeto se adapte adecuadamente a la nueva situación (Meléndez, Navarro-Pardo, Sales y Mayordomo, 2012).

La capacidad de adaptarse a las dificultades que están relacionadas con la edad y con situaciones de dependencia funcional, es un desafío para personas de edad muy avanzada. Ser capaz de cuidarse uno mismo, se convierte en una fuente de orgullo que se refleja en la relación existente entre la realización de ABVD y la satisfacción con la vida (Jopp, Park, Lehrfeld, y Paggi, 2016). Para cumplir con este desafío se requiere que el

individuo se adapte a las condiciones del entorno físico, familiar, comunitario y social (Padilla, Aguilar y López-Liria, 2015).

Al aumentar la expectativa de vida, se aumenta el riesgo de llegar a la vejez en situaciones de dependencia, con lo cual se pueden incrementar los años de dependencia e incapacidad y, por tanto, aumenta el riesgo de necesidad de cuidados. Sin embargo, se cree que se pueden describir perfiles poblacionales que ayuden a predecir el riesgo de padecer incapacidad y poder así establecer programas de prevención o rehabilitación de la situación de dependencia (Gutiérrez et al., 2001).

La disminución de la dependencia funcional se conseguirá en la medida en que los individuos asuman activamente sus responsabilidades para su propio proceso de envejecimiento. Retrasar el deterioro funcional dependerá de lo que cada individuo realice y de las medidas de prevención que ponga en práctica a lo largo de la vida. Es evidente que, cuanto antes se inicien los cambios en los hábitos de vida, cuanto antes se detecten los factores de riesgo de las enfermedades crónicas incapacitantes, y se realicen intervenciones precoces, en mejores condiciones se llegará al envejecimiento. No obstante, cabe preguntarse qué ocurre cuando se llega a las etapas de la vejez con algún tipo de discapacidad o con dependencia funcional.

Es indiscutible que las personas, aunque sean mayores, pueden hacer mucho por envejecer bien y aumentar su bienestar emocional, aunque tengan algún tipo de discapacidad, o dependan de otras personas para realizar las ABVD. El hecho de ser dependiente y mayor, no implica que un individuo no pueda hacer algo para recuperar, mejorar o mantener las capacidades funcionales y, como consecuencia, mejorar sus condiciones de vida. Los cambios positivos en el estilo de vida, seguir participando activamente en la sociedad, participar en programas educativos, de ocio y de mejora en el estado emocional y fomentar el autocuidado, facilitan que se mejore la situación de

dependencia. De hecho, se tiene evidencia de que, las personas mayores que han cambiado su estilo de vida, comparadas con las que no lo han hecho, aumentan en más de 7 años su media de vida libre de discapacidad y, por tanto, libre de dependencia (Zamarrón-Cassinello, 2013).

2.4. Intervención en el fenómeno de la dependencia

La predisposición a la dependencia se puede entender como el producto entre aquellos factores de riesgo y los factores moduladores que disminuyen la posibilidad de padecer una vejez dependiente. Es decir, a medida que aumentan los factores de riesgo, aumenta la predisposición de las personas a la dependencia (Abellán y Puga, 2001). Si se interviene para minimizar los factores de riesgo y se promocionan los factores moduladores, se puede ayudar a prevenir la dependencia, o en su defecto, si ya se ha llegado a presentar dependencia funcional, minimizar las consecuencias de dicha situación.

La literatura señala que las intervenciones para prevenir y reducir la dependencia deben ser integrales y multidisciplinarias, y que se puedan realizar en todos los niveles asistenciales (Jonker, Comijs, Knipscheer y Deeg, 2015; Pérez-Castejón et al., 2007; Segura, 2007). Hasta el momento, se ha hecho énfasis en el desarrollo de programas centrados en la prevención de enfermedades crónicas y la promoción del envejecimiento activo y satisfactorio (que fomentan ejercicio físico, ocio e indirectamente promueven las relaciones sociales), y han estado dirigidos, generalmente, a las personas de entre 55 y 65 años que no presentan situaciones de dependencia (Fernández-Ballesteros, 2009a, 2009b). Un ejemplo de estos programas es el “*Chronic Disease Self-Management Program - CDSMP-*” desarrollado en los países Bajos y centrado en fomentar la autogestión y los autocuidados, en personas mayores con enfermedades crónicas (Jonker et al., 2015).

En el caso de los programas que fomentan el envejecimiento activo, se ha de mencionar el programa multidimensional “Vivir con vitalidad” y su versión multimedia “Vital Ageing”, diseñado en España por Fernández-Ballesteros, Caprara, Iñiguez y García (2005), cuyos resultados han mostrado su eficiencia y eficacia en la mejora significativa de las capacidades cognitivas y conductuales entrenadas en personas mayores, para promocionar un envejecimiento positivo (activo, con éxito, competente, satisfactorio u óptimo). Este programa incluye 4 objetivos que tienen que ver con cómo cuidar el cuerpo y la mente, cómo desarrollar la afectividad, cómo mantener el sentido de control y, cómo ampliar la implicación social.

A partir de estos dos ejemplos y, considerando las investigaciones desarrolladas en relación a la longevidad, las intervenciones en el envejecimiento activo y los factores que se relacionan con la discapacidad y la dependencia, se describe la evidencia sobre la que se basan las intervenciones que pueden contribuir a disminuir la dependencia funcional, y que, han servido de base en el diseño y propuesta del programa de intervención que se presenta en esta investigación.

Educación en Autocuidado

El autocuidado se define como una conducta que está dirigida por la persona, hacia sí misma o hacia su entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud y bienestar. Es una actividad aprendida y orientada hacia un objetivo (Navarro y Castro, 2010, p. 3).

Según Jonker et al. (2015) los programas de autocuidado (*Chronic Disease Self-Management Program -CDSMP-*) son una forma de gestión activa del propio envejecimiento, de forma que, si la intervención se centra en los propios objetivos del

individuo, que sean alcanzables y que tengan en cuenta las propias limitaciones, estos programas tendrán éxito, porque los participantes aumentan los recursos de afrontamiento, dirigen su vida y su propio cuerpo y, como consecuencia, se aumenta el bienestar y mejora la satisfacción con la vida. Pueden conseguir mejoras en la autoeficacia, percepción de la salud, y en la frecuencia para realizar ejercicio físico (Baztán, Suárez, López, Rodríguez-Mañas y Rodríguez-Artalejo, 2009).

Según SanHueza, Castro y Merino (2005), los programas educativos destinados a potenciar la funcionalidad entre los ancianos, deberían contener actividades que les ayuden a fortalecer aquellas potencialidades que están en desuso, entre ellas se puede mencionar la capacidad de crear, relacionarse, comunicar, aprender, autorrealizarse, dar y recibir afecto, preocupación por otros, cultivar la espiritualidad y encontrar el sentido de la vida en esta etapa de su existencia.

Las investigaciones han demostrado que los mayores que se benefician de este tipo de programas (autocuidado y autogestión -self-management-) pueden permanecer más tiempo saludables que los que no participan (Tilly, 2010). Además, la educación permanente a la persona mayor, mejora su calidad de vida (Padilla, Durand, López-Liria y Cortés, 2010).

Mantenimiento de la función física: actividad física y ejercicio

Se ha demostrado en diferentes investigaciones que, mantener la actividad física y realizar ejercicio físico, tiene beneficios para el envejecimiento y, sobre todo, para prevenir la discapacidad y disminuir la dependencia funcional, además de mejorar la fuerza muscular, la flexibilidad de las articulaciones, la calidad de vida, disminuir la probabilidad de depresión y enfermedad cardiovascular (Oliver, Hudson y Thomas, 2016), y aumentar el bienestar subjetivo (Bohórquez, Lorenzo y García, 2014).

En la literatura existente se ha llegado al consenso de que, la actividad física regular y programada, como mínimo tres veces a la semana, disminuye los factores de riesgo de contraer enfermedades, lo que influye positivamente sobre la calidad de vida de las personas, mejora las relaciones interpersonales, disminuye la incidencia de depresión y ansiedad (Vidarte, Vélez, Sandoval y Alfonso, 2011), aumenta el estado de ánimo positivo y se asocia a una mayor percepción de la felicidad (Olson, Fanning, Awick, Chung y McAuley, 2014).

Cavill, Kahlmeier y Racioppi (2006) consideran que los factores personales que están asociados positivamente con la realización de actividad física son la autoeficacia, la motivación intrínseca, decidir que se quiere hacer ejercicio, el nivel de salud percibida, el disfrute con el ejercicio, apoyo social y las expectativas de los beneficios conseguidos con el ejercicio. Además, mantienen que las barreras que hacen que una persona sea menos activa son la percepción de falta de tiempo, sentirse demasiado cansado, preocupación sobre la seguridad personal, la autopercepción de que uno “ya es demasiado activo” y preferir relajarse en reposo.

Según la OMS (2010), las recomendaciones para los mayores de 65 años en relación a la actividad física, se deben adaptar a las limitaciones o capacidades de cada individuo. De modo que, si por motivos de salud no pueden realizar ejercicio físico, se aconseja que se mantengan activos hasta donde les sea posible. Para las personas mayores sanas se recomienda una actividad física moderada (paseos a pie o en bicicleta) mínima de 150 minutos semanales o 75 minutos de actividad física aeróbica vigorosa (deportes), e ir aumentando la actividad hasta 300 minutos semanales. Aumentar el tiempo de ejercicio por encima de 300 minutos conlleva un aumento del riesgo de lesiones. Para las personas mayores con movilidad reducida se recomiendan ejercicios físicos moderados para mejorar el equilibrio y fortalecer los músculos, con una frecuencia mínima de tres veces por

semana. Los mayores más limitados necesitan un plan de actividad menos intenso y frecuente, sobre todo si están iniciando el programa de ejercicio, o llevan una vida muy sedentaria.

La práctica de ejercicio físico es una de las intervenciones más eficaces para disminuir la discapacidad y la dependencia (Casas e Izquierdo, 2012).

Mantenimiento del estado de ánimo: regulación emocional y optimismo

Generalmente, las personas tienen la capacidad de reaccionar emocionalmente, de forma positiva (felicidad) o negativa (enfado, miedo, tristeza), ante situaciones importantes. La experiencia emocional va acompañada de una respuesta cognitiva y subjetiva (pensamiento e interpretación), cambios fisiológicos (intensidad emocional que permite un comportamiento ante la situación) y de la conducta que expresamos (gestos, tono de voz y comunicación, entre otros). Las investigaciones han demostrado que las reacciones emocionales se pueden abordar con entrenamiento y se pueden intervenir desde diferentes enfoques, como pueden ser a través de programas de aprendizaje emocional, autorregulación emocional, inteligencia emocional, psicología positiva y psicología clínica (Dongil y Cano, 2014).

El bienestar y malestar psicológico se asocian a los estados emocionales que se experimentan. Se han relacionado el optimismo y la autoeficacia con el bienestar subjetivo, el envejecimiento saludable y la percepción de salud en personas mayores. Tanto el optimismo como la autoeficacia son factores personales que se pueden modificar y representan las creencias individuales en las habilidades para cumplir tareas específicas (Olson et al., 2014). Por tanto, el optimismo como una condición aprendida, es capaz de determinar un alto o bajo nivel de bienestar futuro (Vera, Pávez y Silva, 2012).

Según Marrero y Carballeira (2010), desde un punto de vista afectivo, el bienestar tiene que ver con la alta frecuencia de emociones positivas y la baja frecuencia de emociones negativas, y se encuentra determinado, entre otros factores, por el optimismo y el apoyo social. Las personas optimistas, presentan menos sintomatología depresiva, menos ira y utilizan más mecanismos de afrontamiento centrados en la solución de problemas.

Un ejemplo de programa dirigido a personas mayores que está basado en las emociones es el “Programa Emociona’t”. En él, se trabajan las habilidades de regulación emocional, conciencia emocional, autoestima, habilidades socioemocionales y habilidades de la vida (Soldevilla, Ribes, Filella y Agulló, 2002).

Existen, además, programas que ayudan a mejorar las habilidades cognitivas implicadas en la solución de problemas abstractos e interpersonales, como es el caso del “Programa Integrado de Entrenamiento en Habilidades Interpersonales para Ancianos” de De Miguel y Pelechano (1996). Por otro lado, también existen proyectos que tratan de mejorar las estrategias de afrontamiento al proceso de envejecimiento biológico, psicológico y social, como es el caso del “Aula Ciudad de Granada” en el que se tratan temas sobre habilidades sociales, autoestima, pensamiento positivo, memoria, salud y calidad de vida (Pérez-Cano, 2015).

Actividades agradables: musicoterapia y buen humor

La música es una forma de lenguaje que permite expresar las emociones, su valor terapéutico reside en la emoción que despierta mientras se escucha. Si se utiliza la música en actividades grupales, fomenta las relaciones interpersonales; además, tocar un instrumento, cantar y bailar, favorecen la autorrealización personal y mejoran los problemas de psicomotricidad, si se realizan ejercicios corporales al ritmo de la música.

Otro efecto beneficioso es que aumenta el nivel de resistencia al dolor y produce relajación, sirve así de válvula de escape, sobre todo para las personas institucionalizadas (Almansa, 2003).

La evidencia basada en la investigación señala que la musicoterapia es efectiva en la mejora de los índices psicofisiológicos relacionados con el estrés, disminuye la depresión y ansiedad, la presión arterial y la frecuencia cardiaca; además, tiene efectos sobre los neurotransmisores, hormonas, linfocitos e inmunoglobulinas. En definitiva, las intervenciones que se basan en la música y el ejercicio físico, contribuyen a mejorar la calidad de vida de los ancianos, mejorando la percepción de la salud y las habilidades motoras (Fachner, 2014; Fancourt, Ockelford y Belai, 2014; Fujita, Ito, Kikuchi, Kakinuma y Sato, 2016; Kogutec, Holmes, Grahn, Lutz y Ready, 2016; Lai, Liao, Huang, Chen y Peng, 2013; Watkins, 1997).

Por otra parte, hace tiempo que se ha reconocido el efecto del humor sobre la salud, pero la cuantificación del impacto del humor y la risa en la salud es difícil de estudiar. En la actualidad, se ha demostrado que la risa tiene respuestas psicológicas y fisiológicas positivas: reduce la hormona del estrés y el dolor, mejora la inmunidad, la creatividad, la calidad de vida y el estado de ánimo, y reduce la presión arterial (Hassed, 2001; Mora-Ripoll, 2010).

Según Cohen (2001), el humor es eficaz para aliviar la ansiedad y el estrés, y mejora la comunicación en entornos médicos. Los datos de su investigación sugieren que la felicidad está relacionada con factores de la personalidad, como la autoestima, sentimientos de control personal y extroversión, y que el humor es un mecanismo de comunicación para obtener alegría y felicidad.

En España se han diseñado, programas que están enfocados a vivir más felices, mejorar la depresión, disminuir la tristeza y a ayudar a los cuidadores mayores de personas

mayores en situación de dependencia; algunos de ellos son el programa “Con humor se vive mejor”, “Clases para reducir la preocupación” y el “Programa Cuidar Cuidándose” (Bermejo, 2010).

Factores a tener en cuenta en el diseño de programas dirigidos a personas mayores

Además de las características descritas anteriormente, al diseñar un programa para retrasar el nivel de dependencia funcional, se han de tener en cuenta otras cuestiones planteadas en investigaciones anteriores, como por ejemplo, el papel de los profesionales (actuar solo como constructores de conocimiento y ayudar a adquirir capacidades), contar con las personas mayores por ser el centro del proceso (Bermejo, 2010) y transformar el entorno físico y social de la persona dependiente (Zunzunegui, 2011).

Por otro lado, Segura (2007) propone que se utilicen intervenciones que disminuyan la medicalización, se controlen las reacciones adversas de los medicamentos y que se utilicen terapias que beneficien al paciente, evitando al máximo las complicaciones y secuelas de la enfermedad para prevenir de este modo la dependencia.

Es decir, se trataría de evitar la iatrogenia (prevención cuaternaria) (Gervás, 2012). En este tipo de prevención se puede incluir la acción que realiza un profesional o un cuidador informal, supliendo la realización de una actividad, cuando la persona dependiente tiene conservadas las capacidades (total o parcialmente) para llevarla a cabo. Poco a poco, estas acciones provocan que la persona dependiente se acostumbre a recibir la ayuda, aunque realmente no la necesite. Se origina así, el ciclo de la dependencia, cuyo origen es la superprotección, que crea hábitos difíciles de romper, y pone en peligro el mantenimiento de las habilidades y destrezas funcionales, e incluso agrava la situación de

dependencia, llegando a convertirlos en más dependientes (Rydwik, Frändin y Akner, 2004; Segura, 2007).

Teniendo en cuenta todas las cuestiones anteriores, se puede plantear que los programas de intervención para prevenir, minimizar y retrasar los efectos de la dependencia deberían de tener en cuenta a las personas a las que va dirigido y la capacitación de los profesionales que van a desarrollarlo, así como a los cuidadores principales que conviven con la persona dependiente, basándose en los principios de los Modelo de Cuidados Centrado en la Persona (identificación de las capacidades de la persona, intervenciones en base a la historia y planes de vida y consideración de la persona dentro de su entorno) (Díaz-Veiga et al., 2014) y del Modelo de Promoción de la Salud (autocuidado, ayuda mutua y condiciones ambientales favorables) (Giraldo, Toro, Macías, Valencia y Palacio, 2010).

Después de esta revisión teórica, se desarrollan los dos estudios principales que componen esta investigación. En primer lugar el estudio denominado “*Diferencias en bienestar emocional, percepción de salud y calidad de vida en mayores institucionalizados con diferentes niveles de dependencia funcional*” y en segundo lugar el estudio “*Resultados de la intervención de un estudio piloto en mayores de 75 años con diferentes niveles de dependencia funcional*”.

Capítulo 3: Objetivos e Hipótesis

OBJETIVOS E HIPÓTESIS

Los objetivos de esta tesis doctoral se han establecido teniendo en cuenta el contexto en el que viven los participantes y la complejidad de los fenómenos de envejecimiento y dependencia funcional. En función de la literatura revisada se han planteado tres objetivos generales y cuatro objetivos específicos. Cada uno de ellos se corresponde con uno de los estudios empíricos de la tesis doctoral, concretamente, los objetivos generales 1 y 2 con sus correspondientes objetivos específicos corresponden al Estudio 1, y el objetivo general 3 con sus objetivos específicos, corresponden al Estudio 2. También se presentan las hipótesis correspondientes a cada estudio.

Objetivo General 1

Evaluar el bienestar subjetivo y el estado de salud en personas institucionalizadas, mayores de 65 años, con distinto nivel de dependencia funcional (independiente, moderado y severo-total), y examinar las diferencias entre los grupos en las variables evaluadas.

Objetivo específico 1

Examinar y comprobar las diferencias entre los grupos de dependencia funcional en los niveles de depresión y ansiedad, la ansiedad ante la muerte, el grado de satisfacción vital, la percepción de salud y la percepción de apoyo social.

Hipótesis 1

Esperamos encontrar que las personas con mayor nivel de dependencia, presenten mayor sintomatología ansiosa y depresiva, mayores niveles de ansiedad ante la muerte, puntuaciones más bajas en satisfacción vital, una peor percepción de su salud física y una percepción de apoyo social más deficitario.

Objetivo General 2

Realizar un seguimiento para analizar los posibles cambios en el bienestar subjetivo y el estado de salud en personas dependientes mayores de 65 años, tras un intervalo de tiempo de un año y medio.

Objetivo específico 2

Examinar si existen diferencias en la percepción de bienestar y calidad de vida y, el estado físico. Concretamente, se trataría de comprobar las diferencias en los niveles de deterioro cognitivo, los niveles de depresión y ansiedad, los niveles de ansiedad ante la muerte, el grado de satisfacción vital, la percepción de salud y, la percepción de apoyo social.

Objetivo específico 3

Establecer la relación entre las variables que recogen el bienestar, la calidad de vida y el estado físico de la primera evaluación con el nivel de dependencia funcional de la segunda evaluación. Es decir, se trata de conocer qué variables de la primera evaluación (niveles de ansiedad y depresión, deterioro cognitivo, ansiedad ante la muerte, satisfacción vital, percepción de salud y apoyo social), pueden estar relacionadas con el nivel de dependencia funcional en la segunda evaluación.

Hipótesis 2

Esperamos encontrar que, en la segunda valoración, en comparación con la primera medida, los participantes presentarán una mayor sintomatología ansiosa, y depresiva, mayores niveles de ansiedad ante la muerte, mayor deterioro cognitivo, puntuaciones más

bajas en satisfacción vital, una peor percepción de su salud física y mental y una percepción de apoyo social más deficitario.

Hipótesis 3

Esperamos encontrar que los mayores niveles de dependencia funcional en la segunda valoración, correspondan a las personas que en la primera evaluación presentaron mayor deterioro cognitivo, una peor percepción de su salud física y mental, mayores niveles de ansiedad y depresión y una menor satisfacción con la vida.

Objetivo General 3

Diseñar y aplicar un programa de intervención centrado en la prevención de la dependencia, a un grupo de personas de 75 a 99 años institucionalizadas, con diferentes niveles de dependencia (independientes, dependencia moderada, dependencia severa-total).

Objetivo específico 4

Examinar el efecto del programa en un grupo de personas con diferentes niveles de dependencia funcional, sobre las capacidades funcionales y emocionales (depresión, ansiedad, satisfacción con la vida, percepción de la salud y percepción del apoyo social), la aceptación y la satisfacción con las condiciones de vida y en la prevención y retraso de la dependencia funcional.

Hipótesis 4

Esperamos encontrar que el grupo de participantes que sigan el programa, en comparación con los del grupo control (en lista de espera), presentarán cambios significativos entre las puntuaciones pre y post intervención, que reflejarán un aumento en las capacidades funcionales, la percepción de la salud y apoyo social, del grado de

satisfacción con la vida, autoestima y autoeficacia y una disminución de los niveles de ansiedad y sintomatología depresiva.

Capítulo 4

Estudio 1 Diferencias en bienestar emocional, percepción de salud y calidad de vida en mayores institucionalizados con diferentes niveles de dependencia funcional

4.1. INTRODUCCIÓN

Las limitaciones físicas y la dependencia funcional para realizar las ABVD influyen en el estado emocional y en la posibilidad de desarrollar trastornos psicológicos como, por ejemplo, depresión y trastornos de ansiedad, y se relacionan negativamente con las condiciones y la calidad de vida (Bierman et al., 2010; Rodríguez-Díaz et al., 2014a). En este estudio se evaluó a personas con diferentes niveles de dependencia, recogiendo medidas de diversas variables relacionadas con el bienestar subjetivo y la salud física. Con ello se quiso comprobar qué relación existe entre estas variables e identificar posibles factores que promuevan el bienestar, independientemente del nivel de dependencia de la persona.

El estudio consta de dos fases que describimos a continuación de manera independiente.

4.2. FASE 1

4.2.1. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

4.2.1.1. *Objetivos*

El objetivo general de esta fase fue evaluar el bienestar subjetivo y el estado de salud en personas institucionalizadas, mayores de 65 años, con distinto nivel de dependencia funcional (independiente, moderado y severo-total), y examinar las diferencias entre los grupos en las variables evaluadas.

Este objetivo general se concreta en una serie de objetivos específicos. Se trataría de comprobar las diferencias entre los grupos de dependencia funcional en los niveles de depresión y ansiedad, la ansiedad ante la muerte, el grado de satisfacción vital, la percepción de salud y la percepción de apoyo social.

4.2.1.2. Hipótesis

En función de los objetivos y de la literatura revisada, esperamos encontrar que las personas con mayor nivel de dependencia, presenten mayor sintomatología ansiosa y depresiva, mayores niveles de ansiedad ante la muerte, puntuaciones más bajas en satisfacción vital, una peor percepción de su salud física y una percepción de apoyo social más deficitario.

4.2.2. METODOLOGÍA

4.2.2.1. Participantes

La población estudiada estaba formada por 771 ancianos institucionalizados. De éstos, 249 no quisieron participar en el estudio, 17 fueron hospitalizados, 27 fallecieron y 346 no cumplían los criterios de inclusión (230 presentaban deterioro cognitivo en diferentes estadios, 106 presentaron problemas para comunicarse y 10 presentaban un nivel de conciencia disminuida -proceso de fin de vida-).

Los criterios de inclusión fueron: ser mayor de 65 años, vivir en una residencia, tener capacidad para hacerse entender y entender a otros, y participar voluntariamente.

Los criterios de exclusión fueron: presentar un nivel de conciencia disminuida (letargo, coma), signos de deterioro cognitivo -puntuaciones mayores de 3 en el cuestionario corto del estado mental de Pfeiffer (1975)- y, tener dificultad en la comunicación (hipoacusia, disartria).

Finalmente, la muestra estuvo compuesta por 132 mayores, con una edad comprendida entre 65 y 99 años (ME= 85.66, DT = 6.03), de los cuales el 29.5% eran hombres (n=39) y el 70.5% mujeres (n=93). En su mayoría, presentaban un nivel socio-económico medio y bajo. En cuanto al tiempo que llevaban viviendo en el centro, la media

fue de 5.30 años (DT= 4.26). Por otra parte, más de la mitad de los participantes, concretamente un 60.3%, eran viudos durante un promedio de 15.43 años (DT= 12.74).

Los participantes fueron asignados a tres grupos, dependiendo de la puntuación total obtenida en el Índice de Barthel, versión modificada por Granger, Albrecht y Hamilton (1979):

Grupo 1 (Independiente): puntuaciones altas, entre 91 y 100 (n=29), con una edad media de 82.48 años (DT= 4.99) y con una estancia media en el centro de 4.74 años (DT= 4.24). El 44.8 % eran hombres (n=13) y el 55.2 % eran mujeres (n= 16).

Grupo 2 (Dependencia moderada): puntuaciones entre 61 y 90 (n=51), con una edad media de 86.37 (DT= 5.83) y con una estancia media en el centro de 5.35 años (DT= 3.73). El 17.6 % eran hombres (n=9) y el 82.4 % eran mujeres (n= 42).

Grupo 3 (Dependencia severa-total): puntuaciones entre 0 y 60 (n= 52), con una edad media de 86.73 (DT= 6.25). La estancia media en el centro era de 5.57 años (DT= 4.76). El 32.7% eran hombres (n=17) y el 67.3 % eran mujeres (n=35).

4.2.2.2. Instrumentos

Valoración socio-demográfica

Se diseñó un **cuestionario *ad hoc*** (Ver Apéndice A) para recoger los datos de las siguientes variables: edad, sexo (hombre, mujer), estado civil (soltero, casado, viudo, separado/divorciado), nivel de estudios (sabe leer y escribir, estudios primarios, bachillerato, universitarios), nivel socioeconómico (bajo, medio, alto y muy alto), ocupación (sector primario -agricultura y pesca-, secundario -industria y construcción-, terciario -servicios- y labores del hogar), motivos para la institucionalización (falta de un cuidador, deterioro funcional y pérdida de autonomía, deterioro de la salud,

soledad/viudedad, intento de suicidio), enfermedades siguiendo la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) (OMS, 2008a) (enfermedad endocrina/enfermedad de la sangre, neoplasia, trastorno mental /sistema nervioso, sistema respiratorio/ sistema circulatorio y cerebrovascular, Sistema osteo-mioarticular, aparato digestivo y genito-urinario), relaciones y apoyo social (relación con familiares, relación con amigos de toda la vida, relación con otros residentes), participación en actividades de ocio organizadas por el centro (sí participa, no participa), creencias (cree en Dios, no cree en Dios), obligaciones (cumplidas, no cumplidas) y deseos (cumplidos, no cumplidos).

Valoración del nivel funcional en las actividades de la vida diaria (ABVD)

Índice de Barthel versión modificada por Granger et al. (1979) (Baztan et al., 1993). La evaluación de las actividades con esta escala no es dicotómica, por lo que permite evaluar situaciones de ayuda intermedia. Además del índice global, mide dos dimensiones, por un lado el autocuidado, cuya puntuación máxima es de 53 puntos y por otro la movilidad, con una puntuación máxima de 47 puntos. Se ha elegido esta versión porque parece ser más sensible para detectar cambios en la realización de las ABVD. Puntúa sobre un máximo de 100. Ha demostrado tener una buena correlación entre la puntuación obtenida en el índice y el tiempo necesario de ayuda que el paciente requiere. Así, una puntuación de 61 puntos se estima que requiere unas 2 horas de ayuda al día. Los estudios sobre la confiabilidad intra e interobservadores para la puntuación total obtienen un índice de Kappa de 0.99 y 0.58 respectivamente (Buzzini et al., 2002).

Valoración del funcionamiento cognitivo

Cuestionario corto del estado mental de Pfeiffer (*Short Portable Mental Status Questionnaire, SPMSQ*) (Pfeiffer, 1975) (adaptación española de González-Montalvo,

1993). Es un test de screening que evalúa la función cognitiva. Puntuaciones entre 0 y 2 indican que no existe deterioro cognitivo, entre 3 y 7 errores indican deterioro mental leve-moderado, y puntuaciones entre 8 y 10 errores indican deterioro mental severo. Se ha encontrado que la fiabilidad interobservador e intraobservador presentan índices de 0.734 y 0.925, respectivamente. Estudios sobre la validez convergente han encontrado un coeficiente de correlación Spearman de 0.738 con el examen cognoscitivo de Lobo (MEC) y de 0.578 con el test del informador (Martínez et al., 2001).

Valoración nivel de ansiedad rasgo

Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1993) (versión española validada por Bermúdez, (1978a, 1978b). Consiste en una autoevaluación de la ansiedad como estado transitorio (ansiedad/estado) y como rasgo latente (ansiedad/rasgo). En este trabajo se evaluó la ansiedad rasgo (STAI-R) que recoge una propensión ansiosa, relativamente estable, que caracteriza a los individuos con tendencia a percibir las situaciones como amenazadoras (Navarrete Navarrete, 2006). En estudios realizados para validar el STAI-R en muestras españolas se presentan valores de consistencia interna que oscilan entre 0.82 y 0.92, cifras similares a las obtenidas en los estudios originales (Spielberger et al., 1993).

Valoración nivel de ansiedad ante la muerte

Escala de ansiedad ante la muerte de Templer (1970) (*Death Anxiety Scale, DAS*) (versión española de Tomás- Sábado y Gómez- Benito, 2002). Consta de 15 ítems con respuesta dicotómica: verdadero/ falso. Evalúa 4 factores: cognitivo-afectivo, miedo al dolor y la enfermedad, miedo a la muerte personal y conciencia del tiempo. Esta escala puntúa de 0 a 15 puntos de modo que, a mayor puntuación, mayor ansiedad ante la muerte.

Diferencia cuatro niveles de ansiedad: a) no hay ansiedad ante la muerte (puntuación ≤ 4), b) ansiedad leve ante la muerte (puntuación de 5-7), c) ansiedad moderada ante la muerte (puntuación 8-11), y d) ansiedad alta ante la muerte (puntuación 12-15). Los estudios de Tomás-Sábado y Gómez-Benito (2003), en relación a las propiedades psicométricas de la forma española DAS, obtuvieron valores en el coeficiente de Cronbach de 0.83 y en cuatro semanas la correlación test- retest fue de 0.87.

Valoración depresión

Escala de depresión de Yesavage (Sheikh y Yesavage, 1986) (versión española validada por Martí et al., 2000). Se ha diseñado específicamente para ser aplicada en personas mayores, con la finalidad de distinguir entre ancianos depresivos y no depresivos. Esta versión consta de 15 ítems cuyas puntuaciones nos indican que una persona no presenta sintomatología depresiva cuando puntúa de 0 a 5, presentará depresión moderada cuando la puntuación oscile de 6 a 10 puntos y depresión severa si puntúa más de 10. Las propiedades psicométricas en la validación española demostraron tener una sensibilidad de 0.85 y una especificidad de 0.85 (Martí et al., 2000).

Valoración de la satisfacción con la vida

Para su medición se utilizaron los siguientes instrumentos:

Cuestionario de Satisfacción con la Vida (CSV) (Diener, Edmmons, Larsen y Griffin, 1985) (adaptación al castellano de Atienza, Pons, Balaguer y García-Merita, 2000). Está compuesto de cinco ítems con siete alternativas de respuesta (1= estoy totalmente en desacuerdo a 7= en total acuerdo). Se usa como medida de la valoración general que la persona hace de su vida, comparando lo que ha conseguido, sus logros, con lo que esperaba obtener -sus expectativas-. La versión en castellano de esta escala ha

mostrado buenas propiedades psicométricas en diferentes poblaciones, obteniéndose un índice de fiabilidad calculada con el alfa de Cronbach que oscila entre 0.84 (Atienza et al., 2000) y 0.82 (Cabañero et al., 2004), puntuaciones que coinciden con las obtenidas por Diener et al. (1985).

Escala Geriátrica Multidimensional de Filadelfia (*Philadelphia Geriatric Center Morale Scale*) (PGCMS) (Lawton, 1975; Liang y Bollen, 1983) (versión española adaptada por Montorio, 1994). Es una escala multidimensional del bienestar subjetivo dirigida a ancianos. Consta de 16 ítems. Evalúa el estado de ánimo, considerado como un concepto multidimensional del bienestar psicológico: sensación de satisfacción con uno mismo, sentimiento de tener un sitio en esta vida, y la aceptación de lo que no se puede cambiar. A mayor puntuación mayor bienestar. La adaptación al castellano reúne unas propiedades psicométricas aceptables, encontrando una puntuación de 0.79 para el alfa de Cronbach, una fiabilidad interjueces de 0.78 y en el intervalo de un mes una fiabilidad test- retest, mediante la correlación de Pearson de 0.85 (Montorio, 1994).

Valoración del entorno y apoyo social

Cuestionario de Apoyo Social Funcional de DUKE-UNC (Broadhead, Gehlbach, Degruy y Kaplan, 1988) (adaptado al castellano por Bellón, Delgado, Luna y Lardelli, 1996). Es un instrumento que evalúa el apoyo social percibido, a través de dos dimensiones: el apoyo confidencial que estudia la posibilidad de contar con personas para comunicarse y compartir inquietudes, y el apoyo afectivo que mide las demostraciones de amor, cariño y empatía. Consta de 11 preguntas que se miden con una escala Likert con puntuaciones de 1 (mucho menos de lo que deseo) a 5 (tanto como deseo). El rango de puntuación obtenido es de 11 (puntuación mínima) a 55 (puntuación máxima), es decir a mayor puntuación, mejor percepción del apoyo social. Se considera que se tiene apoyo

social bajo cuando el resultado está por debajo del valor medio: 33. En relación al apoyo afectivo el valor máximo posible es de 25 y el mínimo de 5 puntos. El punto de corte para categorizar que el apoyo afectivo es deficitario está en 15 puntos como valor medio. En el caso de la subescala de apoyo confidencial la puntuación máxima posible es de 30 y la mínima de 6 puntos. Se considera punto de corte para indicar apoyo confidencial deficitario un valor medio de 18 puntos.

La versión en castellano de esta escala ha mostrado buenas propiedades psicométricas, obteniéndose un índice de fiabilidad calculada con el alfa de Cronbach de 0.95 y los coeficientes de correlación intra-clase de los 11 ítems del cuestionario fueron superiores a 0.50, tanto si el cuestionario fue autocumplimentado (alfa de Cronbach= 0.92) como si lo cumplimentó un entrevistador (alfa de Cronbach= 0.80). Para la subescala de apoyo confidencial se obtuvo un alfa de Cronbach de 0.88 y para la subescala de apoyo afectivo de 0.79 (Bellón et al., 1996). En cuanto a su utilización en población mayor de 60 años, también ha mostrado en la correlación inter-ítems, un rango 0.47-0.86 con un índice de homogeneidad de los ítems 0.62 y un alfa de Cronbach de 0.94 (Ayala et al., 2012).

Valoración de la percepción de la salud

Cuestionario de salud SF-36 (Ware y Sherbourne, 1992) (versión española validada por Alonso, Prieto y Antó, 1995). Consta de 36 preguntas que evalúan los factores de función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental. Además de estos ocho factores, incluye una pregunta sobre el cambio en la percepción del estado de salud general actual y del año anterior. El marco de referencia temporal es el momento actual, haciendo referencia a cómo se han sentido en las últimas cuatro semanas. Las puntuaciones que se obtienen oscilan entre 0 y 100. No existen puntos de corte, a mayor puntuación, mayor calidad de vida relacionada

con la salud. En el estudio realizado por Ware y Sherbourne (1992), se demostró una consistencia interna con puntuaciones en el coeficiente de Cronbach de 0.84 y una correlación test-retest entre, 0.60–0.81 (Gutteling, De Man, Busschbach y Darlington, 2007).

4.2.2.3. Procedimiento

El muestreo se llevó a cabo en el periodo comprendido entre el 1 de mayo de 2010 y el 30 de noviembre de 2011, en tres centros de personas mayores ubicados en la zona sur de la Comunidad de Madrid. Esta fase del estudio se ha realizado en varias etapas:

1.- Se pidió autorización a los directores de los tres centros para la realización de dicho trabajo. Posteriormente, se informó a los médicos, enfermeros, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales y psicólogos de cada centro, de los pasos necesarios para llevar a cabo la captación de la muestra, antes de proceder a realizar la entrevista.

2.- Antes de iniciar las entrevistas personales, se revisaron las historias médicas, de enfermería y de fisioterapia, así como las valoraciones multidisciplinares realizadas en cada centro, con la finalidad de captar la población que cumplían los criterios de inclusión de este estudio.

3.- Se contactó con una enfermera y con la psicóloga de cada uno de los centros, que atendían a la población objeto de estudio, para que ofertaran e invitaran a las personas mayores que cumplían los criterios de inclusión, para realizar la evaluación funcional y psicológica que se plantea en este trabajo, informándoles de que, si lo deseaban, podrían tener un informe personal de los resultados al término de la evaluación.

Aquellas personas que aceptaron, fueron evaluadas con el cuestionario corto del estado mental de Pfeiffer (1975). Si obtenían puntuaciones \geq mayores de 3 eran excluidas

del estudio y, las restantes, fueron citadas para realizar la sesión de evaluación, en la que se le administraron los instrumentos descritos en el apartado anterior.

Las evaluaciones se realizaron en una o dos sesiones, con un promedio de duración de una hora y media, en los centros donde vivían los participantes, concretamente, en la consulta de enfermería de cada centro. Al finalizar la evaluación, se anotó en la historia de cada participante y en la agenda del investigador principal, una fecha para realizar una segunda valoración al año y medio de la primera valoración. Los datos fueron recogidos por la autora del trabajo.

En primer lugar se cumplimentaron los datos socio-demográficos. Posteriormente, se pasaron los instrumentos descritos anteriormente en orden aleatorio: Satisfacción con la vida (CSV) (Diener et al., 1985), Cuestionario de salud SF-36 (versión española de Alonso et al., 1995), Depresión de Yesavage reducida (Sheikh y Yesavage, 1986), Inventario de Ansiedad Rasgo (STAI-R) (Spielberger et al., 1993), Índice de Barthel versión modificada por Granger et al. (1979), Cuestionario de Apoyo Social Funcional de DUKE-UNC de Broadhead et al. (1988), Escala de ansiedad ante la muerte (DAS) de Templer (1970) y Escala Geriátrica Multidimensional de Filadelfia (Lawton, 1975; Liang y Bollen, 1983; Montorio, 1994).

4.2.2.4. *Diseño y Análisis estadístico*

Se trata de un estudio descriptivo transversal (Montero y León, 2007), con un diseño factorial entre grupos, donde la variable grupo es el nivel de dependencia funcional (independiente, dependencia moderada y dependencia severa-total), y las variables dependientes son deterioro cognitivo (Pfeiffer), apoyo social (DUKE-UNC), depresión (Yesavage), ansiedad rasgo (STAI-R), ansiedad ante la muerte (DAS), satisfacción con la vida (CSV y Escala Geriátrica multidimensional de Filadelfia), autocuidado y movilidad

(Subescalas de Barthel) y calidad de vida relacionada con la percepción de la salud (SF-36).

El análisis de los datos se ha realizado con el programa estadístico SPSS para Windows versión 21.0. Se han llevado a cabo análisis descriptivos, de frecuencias para las variables cualitativas y de medias y desviaciones típicas para las variables cuantitativas.

Para el análisis de las diferencias de las variables sociodemográficas entre los grupos se han utilizado ANOVAs para las variables cuantitativas y la Chi cuadrado para las cualitativas. Las diferencias entre los grupos en las diferentes escalas que miden estado mental, rasgo de ansiedad, ansiedad ante la muerte, depresión, satisfacción vital, percepción de apoyo social y percepción de salud, se han examinado a través de análisis de covarianza univariado (ANCOVA), en el que la covariable ha sido la edad, comprobando además que en ningún caso se ha violado el supuesto de homogeneidad de la varianza (prueba de Levene).

Por último, se aplicó la prueba de Bonferroni, para comprobar cuáles son los grupos en los que existen diferencias significativas. La significación estadística se fijó en $p < .05$.

4.2.2.5. Consideraciones éticas

Se pidió autorización a los directores de los centros y se solicitó a cada participante el consentimiento informado (ver Apéndice B) por escrito al inicio de la primera entrevista. Se han respetado los principios fundamentales de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia, y se ha garantizado la confidencialidad de los sujetos siguiendo la Declaración de Helsinki adoptada en la 59ª Asamblea General en Seoul (Korea del Sur).

4.2.3. RESULTADOS

4.2.3.1. *Análisis de las diferencias en variables socio-demográficas*

En la Tabla 1 presentamos la frecuencia, medias y desviaciones típicas (DT) y diferencia entre los tres grupos de dependencia funcional (Grupo 1 independientes, Grupo 2 dependencia Moderada, Grupo 3 dependencia severa-total) en las variables sociodemográficas (edad, sexo, estado civil, nivel de estudios, nivel socioeconómico, ocupación profesional y motivos por los que fueron institucionalizados).

Como podemos observar, no encontramos diferencias en cuanto al nivel de estudios, nivel socioeconómico, ocupación o motivos para la institucionalización. Se trata de una muestra con una mayoría de personas con estudios primarios o que saben leer y escribir, de un nivel socioeconómico medio y que en su etapa activa trabajaban en el sector terciario (servicios), que ingresan en la institución por falta de un cuidador principal o tras quedarse viudos.

Sí encontramos diferencias en cuanto a la edad, el sexo y el estado civil de los grupos. Estas diferencias se explican por una parte, por la menor edad del Grupo 1 de independientes, y por otra, por la mayor frecuencia de mujeres y viudos en el Grupo 2 de dependencia moderada en comparación con el resto de los grupos.

Tabla 1 Frecuencias, Medias y Desviaciones Típicas (DT) y diferencias entre los tres grupos de dependencia funcional en variables socio-demográficas

VARIABLES	Grupo 1 n=29 ME ó n (%)	Grupo 2 n=51 ME ó n (%)	Grupo 3 n=52 ME ó n (%)	Diferencias de los Grupos F ó χ^2 p	
Edad Media(DT)	82.48(4.99)	86.37(5.83)	86.73(6.25)	F=5.553	p=.005*
Sexo					
Hombre	13(44.8)	9(17.6)	17(32.7)	$\chi^2=6.970$	p=.031*
Mujer	16(55.2)	42(82.4)	35(67.3)		
Estado civil					
Soltero	3(10.7)	7(13.7)	9(17.3)		
Casado	12(42.9)	5(9.8)	10(19.2)	$\chi^2=13.253$	p= .039*
Viudo	12(42.9)	37(72.5)	30(57.7)		
Separado/divorciado	1(3.6)	2(3.9)	3(5.8)		
Nivel Estudios					
Sabe leer y escribir	13(44.8)	20(39.2)	32(61.5)		
Primarios	11(37.9)	28(54.9)	18(34.6)	$\chi^2=11.901$	p= .064
Bachillerato	3(10.3)	3(5.9)	1(1.9)		
Universitario	2(6.9)	0(0)	1(1.9)		
Nivel Económico					
Bajo	5(17.2)	18(35.3)	21(40.4)		
Medio	22(75.9)	32(62.7)	24(46.2)	$\chi^2=11.059$	p= .087
Alto	2(6.9)	1(2)	6(11.5)		
Muy alto	0	0	1(1.9)		
Ocupación laboral					
Sector Primario	3(10.3)	7(14.0)	12(23.5)		
Sector Secundario	7(24.1)	8(16.0)	7(13.7)	$\chi^2=4.431$	p= .619
Sector Terciario	13(44.8)	21(42.0)	22(43.1)		
Labores del hogar	6(20.7)	14(28.0)	10(19.6)		
Motivos					
Institucionalización					
Falta cuidador/carga familiar	13(44.8)	13(25.5)	16(30.8)	$\chi^2=13.718$	p= .089
Deterioro Funcional/Pérdida Autonomía	4(13.8)	12(23.5)	22(42.3)		
Deterioro Salud	0(0)	1(2)	1(1.9)		
Soledad/Viudedad	10(34.5)	23(45.1)	11(21.2)		
Intento Suicidio	2(6.9)	2(3.9)	2(3.8)		

*P < .05

En la Tabla 2 se describen las frecuencias y diferencias entre los tres grupos de dependencia funcional acerca de los deseos y obligaciones cumplidos en la vida, y de la creencia en Dios. Casi la totalidad de la muestra manifiesta haber cumplido con sus obligaciones y, aproximadamente la mitad, cree haber satisfecho sus deseos. El 96.21% del total de la muestra respondió que creen en Dios. No se han encontrado diferencias entre los grupos de dependencia.

Tabla 2 Frecuencias y diferencias entre los tres grupos de dependencia funcional en Deseos, Obligaciones y Creencia en Dios

	Grupo 1 Independiente n=29	Grupo 2 Dependencia Moderada n=51	Grupo3 Dependencia Severa-Total n=52	Diferencias entre grupos χ^2, p
Obligaciones				
Cumplidas	26 (89.7%)	45 (88.2%)	45 (86.5%)	
No cumplidas	2 (6.9%)	3 (5.9%)	5 (9.6%)	$\chi^2= .851$ p= .931
No lo sabe	1 (3.4%)	3 (5.9%)	2 (3.8%)	
Deseos				
Cumplidos	14 (48.3%)	30 (58.8%)	30 (58.8%)	
No cumplidos	15 (51.7%)	20 (39.2%)	20 (39.2%)	$\chi^2=1.855$ p=.762
No lo sabe	0 (0%)	1 (2.0%)	1 (2.0%)	
Creencia				
Cree en Dios	26 (89.7%)	50 (98%)	51 (98.1%)	
No cree en Dios	3 (10.3%)	1 (2.0%)	1 (1.9%)	$\chi^2=4.385$ p= .112

*p <0.5

En la Tabla 3 podemos observar las frecuencias y diferencias entre los tres grupos de dependencia funcional en relaciones y apoyo social. Se puede comprobar que, aproximadamente, la mitad de los participantes son visitados por sus familiares

semanalmente, concretamente un 48.5% del total de la muestra, seguido del 25.8% que reciben visitas diarias. No se han encontrado diferencias significativas entre los grupos.

En cuanto a si mantienen relación con sus amigos de toda la vida, solo el 31.8% continua teniendo contacto con sus amigos, frente al 68.2% que ha dejado de relacionarse con ellos, no existiendo diferencias entre los grupos. En el caso de las relaciones con otros residentes del centro, el 69.7% sí se relacionan. Se han encontrado diferencias significativas entre los grupos, que se explican porque el grupo de dependencia severa tiene menor número de relaciones dentro de la residencia que los otros dos grupos.

Por último, en relación a la participación en las actividades organizadas por el centro, algo más de la mitad, un 52.3% de la muestra, sí participa en ellas. Se encuentran diferencias significativas que se explican por la más baja participación del grupo de dependencia severa-total en comparación con los otros dos grupos.

Tabla 3 Frecuencias y diferencias entre los tres grupos de dependencia funcional en la relación y apoyo social

	Grupo1 Independiente n=29	Grupo 2 Dependencia Moderada n=51	Grupo3 Dependencia Severa-Total n=52	Diferencias entre grupos Chi cuadrado, <i>p</i>
RELACIÓN CON FAMILIA				
Diario	10(34.5)	7(13.7)	17(32.7)	$\chi^2=7.025$ p=.319
Semanal	13(44.8)	28(54.9)	23(44.2)	
Mensual	3(10.3)	6(11.8)	6(11.5)	
Anual	3(10.3)	10(19.6)	6(11.5)	
RELACIÓN CON AMIGOS DE TODA LA VIDA				
Tiene relación	10 (34.5)	17(33.3)	15(28.8)	$\chi^2= .361$ p= .835
No tiene relación	19(65.5)	34(66.7)	37(71.2)	
RELACIÓN CON OTROS RESIDENTES				
sí tiene amigos en residencia	25 (86.2%)	38 (74.5 %)	29 (55.8%)	$\chi^2= 9.078$ p= .011*
no tiene amigos en residencia	4 (13.8%)	13 (25.5%)	23 (44.2%)	
PARTICIPACIÓN ACTIVIDADES ORGANIZADAS EN EL CENTRO				
Sí	19 (65.5%)	30 (58.8%)	20 (38.5%)	$\chi^2= 6.892$ p= .032*
No	10 (34.5%)	21 (41.2%)	32 (61.5%)	

**p* < .05

En la Tabla 4 presentamos las frecuencias y el análisis de las diferencias entre los grupos en las enfermedades principales. Debido a la dispersión tan extensa de los diagnósticos que presentan los participantes del estudio, se han agrupado atendiendo a las enfermedades más incapacitantes. En la muestra total, estas enfermedades están relacionadas con el sistema respiratorio/ circulatorio y cerebrovascular (35.6%), seguidas

de las enfermedades del sistema osteo-articular (13.6%), las enfermedades endocrinas (12.9%) y las neoplasias (11.4%).

En relación a las enfermedades, encontramos diferencias entre los grupos, que se explican por la mayor frecuencia de enfermedades del sistema osteo-mioarticular y una menor frecuencia en las enfermedades del sistema respiratorio/ sistema circulatorio y cerebrovascular en el grupo de dependencia moderada en comparación con los otros grupos.

Tabla 4 Frecuencias y diferencias entre los tres grupos de dependencia funcional en las enfermedades principales

	Grupo 1 Independiente n=29 n (%)	Grupo2 Dependencia Moderada n= 51 n (%)	Grupo 3 Dependencia Severa-Total n= 52 n (%)	Diferencias de los Grupos χ^2 p
Enf. Endocrina/Enf.sangre	3 (10.7)	5 (12.8)	9 (14.4)	
Neoplasia	3 (10.7)	3 (7.7)	9 (17.6)	
Transtorno mental/Sist. Nervioso	2 (7.1)	7(17.9)	7(13.7)	
Sist. Respiratorio/ Sistema Circulatorio y Cerebrovascular	15(53.6)	9(23.9)	23(45.1)	$\chi^2 = 21.666$ p= .017*
Sist Osteo-mioarticular	3 (10.7)	12(30.8)	3(5.9)	
Aparato Digestivo y Genito-urinario	2 (7.1)	3(7.7)	0(0)	

p< .05

4.2.3.2. Análisis de las diferencias en el bienestar emocional y la percepción de salud entre los grupos de dependencia

En la Tabla 5 presentamos los resultados descriptivos para cada uno de los 3 grupos de dependencia (Grupo 1 independiente, Grupo 2 dependencia moderada, Grupo 3 dependencia severa y total), el ANCOVA y el tamaño del efecto (Eta cuadrado) para las distintas variables relacionadas con el nivel de deterioro cognitivo (Pfeiffer) y el bienestar emocional: apoyo social (DUKE-UNC), depresión (Yesavage), ansiedad (STAI-R), ansiedad ante la muerte (DAS), satisfacción con la vida (CSV y Escala Geriátrica multidimensional de Filadelfia).

Cabe destacar que existen diferencias estadísticamente significativas entre los grupos para las puntuaciones de la escala de Pfeiffer ($F=9.63$, $p=.000$), de Yesavage ($F=6.25$, $p=.003$), DAS total ($F=4.41$, $p=.014$), DAS F1 cognitivo-afectivo ($F=3.59$, $p=.030$), DAS F2 miedo al dolor y a la enfermedad ($F=4.05$, $p=.020$) y satisfacción con la vida en la subescala Filadelfia F2 actitud ante el envejecimiento ($F=4.60$, $p=.012$). Para el resto de las variables no han aparecido diferencias significativas, como puede observarse en la Tabla 5.

En el caso de las diferencias para los niveles de deterioro cognitivo, éstas se explican porque a mayor nivel de dependencia, mayor nivel de deterioro cognitivo (independencia -dependencia severa-total, $p=.001$; dependencia moderada- dependencia severa-total, $p=.000$). Así mismo, para la depresión, los análisis ponen de manifiesto que, dichas diferencias, se explican por las comparaciones entre los grupos de independencia- dependencia severa-total ($p=.001$). Es decir, las personas independientes presentan menos nivel de depresión que las del grupo de dependencia severa-total.

En cuanto a las diferencias para los niveles de ansiedad ante la muerte se centran en las comparaciones de los grupos independientes - dependencia moderada ($p=.005$ e

independiente – dependencia severa-total, $p=.015$), lo que pone de manifiesto que las personas con mayores niveles de dependencia funcional presentan mayor ansiedad ante la muerte que las personas independientes.

Por otro lado, en relación a la ansiedad ante la muerte, en su factor cognitivo afectivo (DAS- F1) las diferencias se encuentran entre los grupos independiente-dependiente severo- total ($p=.009$), estos datos indican que las personas con mayor nivel de dependencia tienen mayor afectación cognitivo-afectivo ante la muerte. Al igual que en el factor miedo al dolor y la enfermedad (DAS-F2) las diferencias se explican por las comparaciones entre los grupos independiente- dependiente moderado ($p= .005$), lo que indica que las personas con dependencia moderada tienen más ansiedad ante la enfermedad y a una muerte dolorosa en comparación con las personas independientes.

En el caso de la actitud ante el propio envejecimiento (Factor 2 Filadelfia) las diferencias entre los grupos se explican porque las personas con mayor nivel de dependencia funcional, tienen peor actitud hacia su propio envejecimiento (independiente-dependencia moderada, $p= .028$; independiente- dependencia severa-total, $p= .000$).

Tabla 5 Medias, Desviaciones típicas (DT), ANCOVAs, tamaño del efecto y análisis de las comparaciones entre los grupos en las variables relacionadas con Deterioro Cognitivo y Bienestar emocional

Variable	Medias DT Grupo1 Independiente n=29	Medias DT Grupo2 Dependencia Moderada n=51	Medias DT Grupo3 Dependencia Severa-Total n=52	F	p	Eta cuadrado	Comparaciones
Pfeiffer	.65 (.85)	.72 (.85)	1.40(.87)	9.63	.000*	.131	(G1 = G2) < G3
DUKE confidencial	23.78(7.14)	22.04(6.74)	20.78(4.74)	.49	.614	.025	
DUKE Afectivo	21.22(3.23)	19.72(4.47)	19.00(3.74)	1.18	.318	.057	
DUKE Total	45.00(9.07)	41.62(10.44)	39.78(6.94)	.83	.445	.042	
Yesavage	3.78(2.66)	5.23(2.88)	6.46(3.52)	6.25	.003*	.092	G1<G3
STAI-R	18.06(13.44)	21.21(13.07)	24.20(14.37)	1.59	.207	.025	
DAS Total	5.58(2.53)	7.20(2.63)	6.95(3.19)	4.41	.014*	.067	G1< (G2=G3)
DAS F1 Cognitivo- Afectivo	1.27 (1.33)	1.66 (1.62)	2.12 (1.66)	3.59	.030*	.054	G1<G3
DAS F2 Miedo dolor	2.17 (1.14)	2.82 (1.05)	2.50 (1.12)	4.05	.020*	.060	G1< G2
DAS F3 Miedo a la Muerte	1.14 (.789)	1.42 (.810)	1.38 (.820)	1.55	.216	.024	
DAS F4 Conciencia Tiempo	1.00 (.845)	1.23 (.838)	.96 (.807)	1.58	.210	.024	
CSV Total	28.00(7.12)	27.17(7.99)	25.57(7.78)	1.25	.288	.019	
Filadelfia Total	9.14(3.85)	7.93 (2.77)	7.09(3.65)	2.62	.076	.041	
Filadelfia F1 Agitación	3.82 (2.08)	3.61 (1.72)	3.13 (2.06)	1.16	.316	.018	
Filadelfia F2 Actitud envejecimiento	1.79 (1.47)	1.07 (1.03)	.846 (1.10)	4.60	.012*	.067	G1> (G2=G3)
Filadelfia F3 Insatisfacción soledad	3.42 (.878)	3.25 (1.07)	3.13 (1.34)	.49	.609	.008	

* $p < .05$

En la Tabla 6 presentamos los análisis descriptivos, ANCOVAs, tamaños del efecto y diferencias entre los grupos para las distintas variables relacionadas con el nivel de dependencia funcional, autocuidado y movilidad (subescalas de Barthel) y la percepción de la salud (SF-36). Cabe destacar que existen diferencias estadísticamente significativas entre los grupos en las puntuaciones de las subescalas de Barthel de movilidad ($F=209.16$, $p=.000$) y autocuidado ($F=168.23$, $p=.000$) y para las puntuaciones de las subescalas del SF-36 función física ($F=14.22$, $p=.000$) y de salud física general ($F=7.83$, $p=.002$). No existen diferencias significativas para el resto de las variables.

En el caso de las diferencias para la subescala movilidad, los análisis *post hoc* ponen de manifiesto que, dichas diferencias se explican porque a mayor nivel de dependencia, menores puntuaciones en movilidad (independiente-dependencia moderada, $p=.000$; independiente-dependencia severa-total, $p=.000$; dependencia moderada – dependencia severa-total, $p=.000$). Los mismos resultados se pueden aplicar a la subescala de autocuidado, encontrando que, cuanto mayor es el nivel de dependencia, menores son las puntuaciones en autocuidado (independiente-dependencia moderada, $p=.000$; independiente-dependencia severa-total, $p=.000$; dependencia moderada – dependencia severa-total, $p=.000$).

Por otro lado, para la percepción de la calidad de vida relacionada con la salud (SF-36), los análisis de las diferencias entre los grupos ponen de manifiesto que, a mayor nivel de dependencia, peor percepción de la función física y de la salud física general. En cuanto a la subescala de función física, dichas diferencias se centran en las comparaciones de los grupos independencia- dependencia severa-total ($p=.000$) y dependencia moderada-dependencia severa-total ($p=.000$). Así mismo, para la subescala salud física general, dichas diferencias se explican por la comparación entre los grupos independencia –

dependencia severa-total ($p = .001$) y dependencia moderada- dependencia severa-total ($p = .004$).

Tabla 6 Medias, Desviaciones típicas (DT), ANCOVAs, tamaños del efecto y análisis de las diferencias entre grupos para el Nivel de dependencia, Autocuidado, Movilidad y percepción de la Calidad de vida en relación a la Salud (SF-36)

Variable	Medias DT Grupo1 Independiente n=29	Medias DT Grupo2 Dependencia Moderada n=51	Medias DT Grupo3 Dependencia Severa-Total n=52	F	p	Eta cuadrado	Comparaciones
Barthel Autocuidado	51.34(2.72)	43.39(5.53)	23.88(9.24)	168.23	.000*	0.724	G1>G2>G3
Barthel Movilidad	45.62(2.27)	34.98(6.07)	14.36(8.94)	209.16	.000*	0.766	G1>G2>G3
SF-36 Función Física	75.00(28.94)	53.82(25.52)	15.00(17.60)	14.22	.000*	0.504	(G1 = G2) > G3
SF-36 Rol Físico	83.62(29.33)	78.43(35.36)	65.86(40.83)	2.48	.088	0.037	
SF-36 Dolor Corporal	35.86(14.97)	44.41(14.77)	43.12(14.70)	2.66	.074	0.040	
SF-36 Salud General	66.37(17.15)	65.56(17.29)	67.18(16.41)	0.13	.877	0.002	
SF-36 Vitalidad	71.72(26.67)	62.35(25.56)	56.34(25.36)	1.92	.151	0.029	
SF-36 Función social	50.00(11.57)	49.50(23.44)	44.23(16.13)	1.03	.360	0.016	
SF-36 Rol Emocional	85.05(31.61)	75.16(37.02)	74.35(36.52)	0.86	.426	0.013	
SF-36 Salud Mental	71.44(20.33)	62.27(25.33)	57.69(26.48)	2.22	.113	0.034	
SF-36 General Salud Física	68.33(8.16)	59.83(13.13)	46.98(19.42)	7.83	.002*	0.359	(G1 = G2) > G3
SF-36 General Salud Mental	69.55(17.05)	62.32(20.19)	58.15(17.39)	2.42	.093	0.036	

* $p < .05$

4.3. FASE 2

4.3.1. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

En esta fase se plantean dos objetivos:

- Realizar un seguimiento para analizar los posibles cambios en el bienestar subjetivo y el estado de salud en personas dependientes mayores de 65 años, tras un intervalo de tiempo de un año y medio. Se trata de comparar los resultados de la primera evaluación (momento inicial) con los resultados de la segunda evaluación (al año y medio de la primera valoración), y examinar si existen diferencias en la percepción de bienestar y calidad de vida y el estado físico. Concretamente, se trataría de comprobar las diferencias en los niveles de deterioro cognitivo, los niveles de depresión y ansiedad, los niveles de ansiedad ante la muerte, el grado de satisfacción vital, la percepción de salud y la percepción de apoyo social.

- Establecer la relación entre las variables que recogen el bienestar, la calidad de vida y el estado físico de la primera evaluación con el nivel de dependencia funcional de la segunda evaluación. Es decir, se trata de conocer qué variables de la primera evaluación (niveles de ansiedad y depresión, deterioro cognitivo, ansiedad ante la muerte, satisfacción vital, percepción de salud y apoyo social), pueden relacionarse con el nivel de dependencia funcional en la segunda evaluación.

4.3.1.1. Hipótesis

En función de los objetivos, y de la literatura revisada, planteamos las siguientes hipótesis:

- Esperamos encontrar que, en la segunda valoración, en comparación con la primera medida, los participantes presentarán una mayor sintomatología ansiosa, y depresiva, mayores niveles de ansiedad ante la muerte, mayor deterioro cognitivo, puntuaciones más

bajas en satisfacción vital, una peor percepción de su salud física y mental y una percepción de apoyo social más deficitario.

- Esperamos encontrar que los mayores niveles de dependencia funcional en la segunda valoración, correspondan a las personas que en la primera evaluación presentaron mayor deterioro cognitivo, una peor percepción de su salud física y mental, mayores niveles de ansiedad y depresión y una menor satisfacción con la vida.

4.3.2. METODOLOGÍA

4.3.2.1. Participantes

En esta segunda fase se volvió a evaluar un grupo de los 132 participantes de la primera fase, en concreto se pudo realizar la evaluación a 32 personas. Los motivos de la reducción de la muestra fueron los siguientes: 46 no quisieron participar, 15 habían fallecido, 6 se habían trasladado a otro centro y 33 no cumplían los criterios de inclusión (6 presentaban deterioro cognitivo en diferentes estadios, 24 presentaban problemas para comunicarse -hipoacusia o disartria- y 3 presentaban un nivel de conciencia disminuida - proceso de fin de vida-).

Los criterios de inclusión fueron los mismos que los descritos para la primera fase: ser mayor de 65 años, vivir en una residencia, tener capacidad para hacerse entender y entender a otros y participar voluntariamente.

Del mismo modo, los criterios de exclusión fueron: presentar un nivel de conciencia disminuida (letargo, coma), signos de deterioro cognitivo (puntuaciones mayores de 3 en el cuestionario corto del estado mental de Pfeiffer) y tener dificultad en la comunicación (hipoacusia, disartria).

La edad de los participantes estaba comprendida entre los 66 y 95 años (ME = 84.13, DT = 6.71), de los cuales un 40.60% eran hombres (n=13) y un 59.4 % mujeres

(n=19). La mayoría presentaba un nivel socio-económico medio (81.3%). En cuanto al tiempo que llevaban viviendo en el centro, la media fue de 5.33 años ($DT=3.31$). Aproximadamente, la mitad de los participantes eran viudos (53.1%), llevando en este estado un promedio de 15.18 años ($DT= 13.29$).

De acuerdo con las puntuaciones en el Índice de Barthel, 6 de los participantes podían considerarse independientes (ME = 81 años, $DT = 5.13$), 20 dependientes moderados (ME = 86.10 años, $DT = 6.46$) y 6 dependientes severos o totales (ME = 85.67 años, $DT = 6.25$). Debido a la reducción drástica de la muestra, no se pudieron mantener los grupos de la primera fase.

4.3.2.2. Instrumentos

Se han utilizado los mismos instrumentos que se han descrito en la fase 1 (ver pág. 62).

4.3.2.3. Procedimiento

En esta fase, se realizó la segunda evaluación una vez transcurrido año y medio desde que se hiciera la primera valoración a cada sujeto. Y a su vez, también se dividió en varias etapas:

1.- El muestreo se llevó a cabo en el periodo comprendido entre 1 de noviembre de 2011 y 31 de mayo de 2013, en los mismos centros que participaron en la primera fase de este estudio, ubicados en la zona sur de la Comunidad de Madrid.

Como se indicó anteriormente, al finalizar la entrevista realizada durante la primera evaluación, el investigador principal citó a cada participante para una segunda valoración, contando un año y medio de la fecha de la primera evaluación. Esta fecha quedó registrada en las agendas de consultas pendientes de cada participante (apartado correspondiente de la historia clínica) y del investigador principal.

Durante el periodo que medió entre la primera y la segunda valoración de los sujetos, se contactó con la enfermera y la psicóloga de los centros para hacer el seguimiento de los sujetos incluidos en el estudio, con la finalidad de detectar procesos que pudieran influir en la valoración y conocer las incidencias ocurridas durante este periodo de tiempo (cada seis meses se preguntaba si los sujetos continuaban viviendo en la residencia, habían tenido hospitalizaciones o habían desarrollado algún proceso agudo).

2.- La recogida de los datos de la segunda evaluación, se realizó con los mismos cuestionarios que se utilizaron en la primera evaluación y presentados en un orden aleatorio (ver apartado instrumentos en la pág.62). Las entrevistas se realizaron en los centros donde vivían los participantes, concretamente en un despacho habilitado para tal fin.

4.3.2.4. *Diseño y Análisis estadístico*

Se trata de un estudio descriptivo longitudinal (Montero y León, 2007). El análisis de los datos se ha realizado con el programa estadístico SPSS para Windows versión 21.0. Se han llevado a cabo análisis descriptivos, de frecuencias para las variables cualitativas y de medias y desviaciones típicas para las variables cuantitativas. Para valorar el efecto del tiempo entre las dos evaluaciones se utilizaron la prueba t para medidas repetidas y d de Cohen para medir el tamaño del efecto. En todos los casos se ha tenido en cuenta los supuestos de homogeneidad de la varianza (prueba de Levene). Finalmente, para determinar la relación entre el nivel de dependencia funcional de la segunda evaluación y las variables de la primera evaluación, se realizaron correlaciones de Pearson. La significación estadística se fijó en $p < .05$.

4.3.3. RESULTADOS

4.3.3.1. *Análisis de las diferencias entre la primera y la segunda evaluación*

En la Tabla 7 se presentan los resultados de las medias, desviaciones típicas, pruebas t y tamaños del efecto (d de Cohen) del deterioro cognitivo (Pfeiffer) y bienestar emocional: apoyo social (DUKE-UNC), depresión (Yesavage), ansiedad (STAI-R), ansiedad ante la muerte (DAS) y satisfacción con la vida (CSV y Escala Geriátrica multidimensional de Filadelfia). Como puede observarse, no se han encontrado diferencias significativas entre las dos valoraciones para estas variables, excepto para la satisfacción con la vida ($t= 2.55$, $p=.016$), lo que se explica porque las puntuaciones medias son mayores en la valoración inicial, es decir los participantes están menos satisfechos en la segunda evaluación.

Tabla 7 Medias, desviaciones típicas, tamaño del efecto (*d* de Cohen) y pruebas *t* de las variables deterioro cognitivo (Pfeiffer) y emocionales: Satisfacción con la vida (CSV y Filadelfia), Depresión (Yesavage), Ansiedad (STAI-R), Apoyo social (DUKE-UNC) y Miedo a la muerte (DAS)

Escalas	Primera evaluación Media (DT)	Segunda evaluación Media (DT)	Tamaño del efecto (d Cohen)	<i>t</i>	<i>p</i>
Pfeiffer	.62 (.83)	.94 (1.26)	0.289	-1.62	.115
DUKE Confidencial	22.00 (7.24)	22.31(7.22)	0.042	- 0.79	.438
DUKE Afectivo	19.45(3.88)	19.45(3.96)	0	0.00	1
DUKE Total	41.45(10.19)	41.77(10.31)	0.031	-0.44	.665
Yesavage	4.67(3.13)	4.74 (1.99)	0.027	-0.12	.907
STAI-R	19.00(11.80)	19.19(11.19)	0.016	-0.10	.918
DAS total	9.55(2.78)	10.44(1.81)	0.387	-1.02	.338
DAS F1 Cognitivo-Afectivo	1.59(1.64)	1.50(1.48)	0.057	0.38	.703
DAS F2 Miedo Dolor	3.11(1.26)	3.44(0.72)	0.33	-0.67	.524
DAS F3 Miedo Muerte personal	1.37(0.83)	1.37(0.90)	0	0.00	1
DAS F4 Conciencia tiempo	1.18(0.78)	1.50(0.71)	0.429	-1.83	.077
CSV	28.40(6.24)	28.90(4.99)	0.057	-0.46	.646
Filadelfia Total	8.80(2.97)	7.64(2.95)	0.391	2.55	.016*
FiladelfiaF1 Agitación	3.77(1.78)	3.25(2.04)	0.272	1.52	.140
Filadelfia F2Actitud envejecimiento	1.56(1.16)	1.37(1.09)	0.168	0.74	.462
Filadelfia F3 Insatisfacción Soledad	3.40(1.04)	3.15(1.02)	0.242	1.11	.274

**p* < .05

En la Tabla 8 se presentan los resultados de las medias, desviaciones típicas, tamaño del efecto (d de Cohen) y pruebas t , del nivel de dependencia funcional (Barthel), autocuidado y movilidad (Subescalas Barthel) y percepción de la calidad de vida en relación a la salud (SF-36). No se han encontrado diferencias estadísticamente significativas excepto en la dimensión función física ($t=3.02$, $p= .005$), salud general ($t=3.29$, $p= .003$), y general salud física ($t=3.29$, $p= .003$). Estas diferencias se explican, en todos los casos, por una disminución de los valores medios de la segunda evaluación. Es decir, en la primera valoración los sujetos perciben mejor calidad de vida relacionada con la función física y mejor salud, así como, mejor percepción de la salud en general.

Tabla 8 Medias, Desviaciones típicas, tamaño del efecto (*d* de Cohen) y pruebas *t*, de las variables nivel de dependencia (Barthel), Autocuidado, Movilidad (Subescalas Barthel) y Percepción de la calidad de vida en relación a la Salud (SF-36)

Escalas	Primera evaluación Media (DT)	Segunda evaluación Media (DT)	Tamaño del efecto d Cohen	<i>t</i>	p
Barthel Autocuidado	43.90 (9.43)	40.71 (11.75)	0.301	2.00	.054
Barthel Movilidad	34.34 (12.18)	32.00 (11.97)	0.193	1.20	.238
Barthel Total	78.25 (20.44)	72.72 (22.50)	0.257	1.81	.080
SF-36 Función Física	52.50 (31.97)	38.75(31.62)	0.432	3.02	.005*
SF-36 Rol Físico	81.25 (34.78)	77.34 (30.69)	0.119	.54	.591
SF-36 Dolor Corporal	41.64 (14.55)	40.39 (17.44)	0.078	.30	.763
SF-36 Salud General	63.86 (17.15)	51.87 (14.79)	0.750	3.28	.003*
SF-36 Vitalidad	67.50 (25.01)	61.87 (22.88)	0.235	1.15	.258
SF-36 Función social	50.00 (17.09)	50.39 (15.38)	0.024	-.08	.931
SF-36 Rol Emocional	76.04 (41.68)	77.08 (34.32)	0.027	-.12	.904
SF-36 Salud Mental	66.50 (25.95)	65.87 (18.40)	0.028	.15	.882
SF-36 General Salud Física	59.81 (14.83)	52.08 (12.18)	0.572	3.29	.003*
SF-36 General Salud Mental	65.01 (19.53)	63.80 (17.38)	0.065	.33	.740

* p< .05

4.3.3.2. Análisis de las correlaciones entre las variables

En la Tabla 9 se presentan los resultados del cálculo realizado con la correlación de Pearson, para estudiar la asociación entre las variables dependientes de la primera evaluación (calidad de vida relacionada con la percepción de la salud -SF-36-, apoyo social -DUKE-UNC-, depresión -Yesavage- y ansiedad -STAI-R-), y el nivel de dependencia funcional y nivel de autocuidado y movilidad de la segunda evaluación. Como era de esperar, encontramos que, las variables que presentan correlaciones significativas positivas con el nivel de dependencia funcional son la calidad de vida autopercibida (SF-36) en relación con la salud física general (PCS-SP) ($p = .000$), función física (PF) ($p = .000$), rol físico (RP) ($p = .005$) y función social (SF) ($p = .042$). En cuanto al autocuidado, se han encontrado correlaciones positivas con la calidad de vida autopercibida (SF-36) en relación con la salud física general (PCS-SP) ($p = .000$), función física (PF) ($p = .001$) y rol físico (RP) ($p = .007$). Igualmente ha sucedido con el nivel de movilidad, se han encontrado correlaciones positivas con la calidad de vida autopercibida (SF-36) en relación con la salud física general (PCS-SP) ($p = .001$), función física (PF) ($p = .001$), rol físico (RP) ($p = .009$) y función social (SF) ($p = .021$).

Así mismo, llama la atención que no se han obtenido relaciones significativas entre las variables ansiedad (STAI-R), depresión (Yesavage).

Tabla 9 Correlaciones de Pearson de las Variables de la primera evaluación: Percepción de la calidad de vida en relación a la Salud (SF-36), Apoyo social (DUKE-UNC), Depresión (Yesavage) y Ansiedad (STAI-R), con el nivel de dependencia (Barthel), Autocuidado y Movilidad (Subescalas Barthel) de la segunda evaluación

	PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH	PCS-SP	MCS-SP	DK-A	DK-C	DK-T	YG	ST-R
BTH-T 2ª V	.609**	.484**	.014	.039	.321	.361*	.163	.132	.627**	.313	.105	.060	.083	-.274	-.134
BA 2ªV	.578**	.464**	.097	.051	.285	.277	.115	.167	.622**	.269	.059	.048	.057	-.289	-.172
BM 2ªV	.578**	.455**	-.068	.023	.323	.408*	.194	.083	.568**	.324	.140	.065	.100	-.233	-.083

*La correlación es significativa al .005 / **La correlación es significativa al .001

PF: Función Física, RP: Rol Físico, BP: Dolor Corporal, GH: Salud General, VT: Vitalidad, SF: Función Social, RE: Rol Emocional, MH: Salud mental, PCS-SP: Puntuación General del componente Salud Física, MCS-SP: Puntuación General del componente Salud Mental, DK-A: Apoyo Social Afectivo, DK-C: Apoyo Social confidencial, DK-T: Puntuación Total de DUKE-UNC, YG: Depresión, ST-R: Ansiedad Rasgo, BTH-T: Barthel puntuación Total, BA: autocuidado (Subescala Barthel), BM: Movilidad (Subescala Barthel), 2ªV: segunda valoración.

En la Tabla 10 se presentan los resultados del cálculo realizado con la correlación de Pearson, para estudiar la asociación entre las variables autocuidado y movilidad (subescalas Barthel), deterioro cognitivo (Pfeiffer), satisfacción con la vida (CVS y Filadelfia) y ansiedad ante la muerte (DAS) de la primera evaluación, y el nivel de dependencia funcional y, nivel de autocuidado y movilidad de la segunda evaluación. En este caso, se ha encontrado que, las variables que presentan correlaciones positivas con el nivel de dependencia funcional son el nivel de autocuidado ($p=.000$) y nivel de movilidad ($p=.000$) y una correlación negativa con el deterioro cognitivo ($p=.005$).

En cuanto, al autocuidado (subescala Barthel segunda valoración) se han encontrado correlaciones positivas con autocuidado (subescala Barthel primera valoración) ($p=.000$) y movilidad (subescala Barthel primera valoración) ($p=.001$). Así mismo, para la movilidad (subescala Barthel segunda valoración) se han encontrado correlaciones positivas con el autocuidado (subescala Barthel primera valoración) ($p=.000$) y movilidad (subescala Barthel primera valoración) ($p=.000$). Tanto para el autocuidado (subescala Barthel segunda valoración), como para la movilidad (subescala Barthel segunda valoración) se han encontrado correlaciones negativas con el deterioro cognitivo, con una significación de ($p=.025$) y ($p=.002$), respectivamente.

Tabla 10 *Correlaciones de Pearson de las Variables de la primera evaluación: Autocuidado y Movilidad (Subescala de Barthel), Deterioro Cognitivo (Pffeifer), Calidad de vida (CSV y Filadelfia) y Ansiedad ante la muerte (DAS), con el nivel de dependencia (Barthel), Autocuidado y Movilidad (Subescalas Barthel) de la segunda evaluación*

	BA 1 ^a V	BM 1 ^a V	Pffe 1 ^a V	CSV 1 ^a V	DAS-T 1 ^a V	DAS- F1 1 ^a V	DAS-F2 1 ^a V	DAS-F3 1 ^a V	DAS-F4 1 ^a V	FT 1 ^a V	FT-F1 1 ^a V	FT-F2 1 ^a V	FT-F3 1 ^a V
BTH-T 2 ^a V	.686**	.611**	-.488**	.135	-.018	-.056	-.040	-.048	.165	.211	.213	.271	-.080
BA 2 ^a V	.659**	.576**	-.397*	.213	.085	.017	.040	.041	.168	.183	.185	.203	-.048
BM 2 ^a V	.642**	.584**	-.527**	.045	-.116	-.121	-.115	-.129	.145	.218	.218	.311	-.103

*La correlación es significativa al .005 / **La correlación es significativa al .001

BA: Autocuidado (Subescala Barthel), BM: Movilidad (Subescala Barthel), Pffe: Deterioro Cognitivo, CSV: Calidad de vida de Diener, DAS: Ansiedad ante la muerte, DAS-F1: Factor cognitivo-afectivo, DAS-F2: Miedo al dolor y enfermedad, DAS-F3: Miedo muerte propia; DAS-F4: conciencia Tiempo, FT: Satisfacción con la vida de Filadelfia, FT-F1: Factor agitación, FT-F2: factor actitud ante envejecimiento, FT-F3: Factor Insatisfacción con la soledad, BTH-T: nivel dependencia funcional (Barthel puntuación Total), 1^aV: primera valoración, 2^aV: segunda valoración.

4.4. DISCUSIÓN

El objetivo del presente estudio fue evaluar el bienestar subjetivo y el estado de salud en personas institucionalizadas y mayores de 65 años, con diferentes niveles de dependencia funcional.

La dependencia funcional no es una enfermedad en sí, aunque suele ir acompañada de enfermedades crónicas que pueden influir en la pérdida progresiva de las capacidades funcionales. Estas enfermedades se pueden tratar y prevenir, evitando su progreso cuando la persona cambia sus hábitos por otros más saludables y se mantiene lo más activa posible. En la actualidad, se conoce la relación directa que existe entre las enfermedades crónicas y la dependencia funcional (Fernández-Muñoz, 2015). Del mismo modo, se conoce que la incidencia de dependencia aumenta con la edad (Alonso et al., 2003; Fernández-Ballesteros, Caprara y García, 2004; Fernández-Mayoralas, 2014; Fernández-Muñoz, 2015; Meléndez et al., 2012).

La importancia de este tema radica en el envejecimiento del envejecimiento, es decir el envejecimiento de las personas que superen los 80 años. Las proyecciones de población en España, prevén que en el año 2060 este grupo de población representarán un 20.8% sobre el total de la población mayor (Fernández-Muñoz, 2015). Por otra parte, las proyecciones demográficas que se manejan en relación a la dependencia, prevén que para el año 2020 llegarán a ser 3.504.562 las personas que necesitarán ayuda para realizar alguna ABVD (Jiménez Lara, 2005). Estos datos ponen de relieve la magnitud del problema social y económico al que se enfrentará el sistema sociosanitario, si no se toman medidas que disminuyan la incidencia de casos de dependencia funcional en este grupo etario.

Por este motivo se ha propuesto este estudio, cuya finalidad práctica ha sido tener una base empírica en la que apoyar el diseño de un programa de intervención, que sirva para mejorar el bienestar de las personas mayores de 65 años con diferentes niveles de dependencia funcional y, retrasar o enlentecer el proceso de dependencia. Esta idea está en consonancia con la definición de envejecimiento activo planteada por Rodríguez-Artalejo (2011, pag.2): “*Vivir más tiempo sin discapacidad grave y con sensación de bienestar*”.

Es evidente que en el concepto de envejecimiento activo y exitoso, tal y como está definido, las personas con algún tipo de discapacidad y/o dependencia, quedarían excluidas. Sin embargo, se ha de considerar, en el futuro próximo, que el envejecimiento activo y exitoso no significa, necesariamente, ausencia de enfermedad y que, dejar al margen a este grupo de personas, es una discriminación. Coincidimos con diversos autores que han puesto en duda lo que significa envejecer satisfactoriamente para las personas con discapacidad y dependencia, o que son frágiles (Boudiny, 2013; Dillaway y Byrnes, 2009; Katz y Calasanti, 2015; Martin y Guillen, 2013; Minkler y Fadem, 2002; Phelan et al., 2004; Reichstadt et al., 2010; Van Wagenen et al., 2013).

Este estudio se ha diseñado teniendo en cuenta las investigaciones anteriores que han estudiado los factores que influyen en la longevidad y en el envejecimiento activo, de tal manera que se puedan detectar las variables que puedan tener una relación más fuerte con la dependencia funcional. Por este motivo, se eligió un entorno en el que mayoritariamente vivieran personas dependientes, como es el caso de las residencias.

La muestra estudiada está formada mayoritariamente por mujeres, octogenarias, que saben leer y escribir o con estudios primarios, de un nivel socioeconómico medio, con mayor frecuencia de enfermedades osteo-mioarticulares, con un nivel de dependencia

funcional moderada y severa-total y que, ingresaron en la residencia al quedarse viudas, o por falta de un cuidador principal.

En cuanto a las diferencias entre los grupos de dependencia, se ha encontrado un factor que corrobora la literatura previa en cuanto a la relación entre edad y dependencia funcional (Fernández-Muñoz et al., 2015; Meléndez et al., 2012). En concreto, las personas con los niveles de dependencia más severos, son también las que tienen mayor edad.

Igualmente, ocurre con el sexo y el estado civil, las diferencias encontradas se deben a que el grupo de dependencia moderada está formado mayoritariamente por mujeres y viudos en comparación con el resto de los grupos. Estos datos están en consonancia con los resultados obtenidos por Abellán et al. (2011), que encontraron que, dos de cada tres personas dependientes son mujeres. No obstante, nuestros resultados, probablemente estén asociados a la longevidad, puesto que las mujeres viven más años que los hombres, y es por esto que pueden padecer más enfermedades crónicas que generan discapacidad y dependencia, y no al hecho de ser mujer. Sería interesante que en un futuro se realizara investigaciones para estudiar la posible relación entre el género y el nivel de dependencia, puesto que tanto hombres como mujeres están expuestos a factores de riesgo y factores protectores diferentes, lo que puede influir en el riesgo de presentar dependencia funcional (Garrido et al., 2012; Wheaton y Crimmins, 2016).

En este sentido, y teniendo en cuenta que la discapacidad puede ir asociada a la dependencia funcional, sería interesante estudiar en un futuro si el género está asociado con niveles de dependencia funcional severa-total; por lo que sería deseable que los grupos, también estuvieran igualados en sexo.

En cuanto al ser viudo, también sería interesante igualar los grupos en cuanto a estado civil, para estudiar si estar viudo puede ser un factor predictivo de dependencia

funcional, puesto que algunos autores consideran que vivir con la pareja es un factor protector, sobre todo, se conoce que estar casado influye en la satisfacción con la vida porque se mantiene la red de apoyo social (Meléndez, Navarro, Oliver y Tomás, 2009) y ser viudo, o vivir solo, son indicadores que aumentan la probabilidad de desarrollar discapacidad funcional (Lourenço et al., 2012).

En cuanto al tipo de enfermedades, en la muestra total se ha encontrado una mayor incidencia de enfermedades del sistema cardiovascular, seguidas de las enfermedades osteo-mioarticulares. Estos resultados coinciden con los obtenidos por Crespo, Hernández, Rowley y Claro (2012) en cuya investigación encontraron que la mayoría de la muestra presentaban enfermedades del sistema cardiovascular. También son coherentes con los resultados obtenidos por Borowiak y Kostka (2004), que hallaron que las enfermedades más importantes que presentaban los ancianos institucionalizados, pertenecen al sistema cardiovascular, mientras que los ancianos que viven en sus hogares, presentaban más enfermedades del sistema osteo-mioarticular.

Por otra parte, no se han encontrado diferencias entre los grupos en relación al apoyo social. Estos resultados pueden deberse a que, a pesar de estar institucionalizados, un alto porcentaje de la muestra estudiada sigue manteniendo relación con sus familias, al menos una vez a la semana y manifiestan tener amigos dentro de la institución (residencia), aunque no se relacionan con la red de amigos de toda la vida. Estos datos coinciden con los resultados obtenidos por Rojo-Pérez y Fernández-Mayoralas (2011), en cuya investigación encontraron que los mayores madrileños no necesitan mantener una excesiva frecuencia de relaciones con sus mejores amigos para sentirse satisfechos. Además, un alto porcentaje manifestó que con el paso del tiempo no había disminuido el tamaño de su red social y habían hecho nuevos amigos en los últimos años.

Mantener contacto con la familia, los amigos y los profesionales forma la red social de nuestra muestra, lo que influye mejorando la percepción del apoyo social de los participantes, teniendo la certeza de ser atendidos en cualquier situación que puedan necesitar algún tipo de ayuda, física o de asistencia médica. Estos resultados coinciden con los obtenidos por Castellano (2014), en cuya muestra se confirmó que las personas mayores tenían buena percepción del apoyo social, aunque en su investigación los proveedores del apoyo social que se identificaron fueron las familias.

Sin embargo, sí se han encontrado diferencias en cuanto a las relaciones dentro de la residencia y a la participación en las actividades organizadas por el centro, siendo en ambos casos, el grupo de dependencia severa-total el que tiene menor participación y mantiene menos relaciones, al compararlos con los otros grupos. Estos resultados pueden explicarse por un lado, teniendo en cuenta la Teoría de la desvinculación, que mantiene que, reducir la actividad social, es un proceso adaptativo que prepara al individuo para la desvinculación última (la muerte). Se supone que siendo, o no, consciente de su menor energía, de que el futuro es limitado y la muerte inevitable, la persona preferirá dedicar su tiempo a sí mismo, entrando en un periodo de mayor introversión (Pinazo, 2006). Y por otro lado, puede deberse a la falta de movilidad, ésta produce un sentimiento de baja autoestima y como consecuencia aislamiento social, disminuyendo las relaciones sociales, al tiempo que dificulta las interacciones con otras personas (Fernández et al., 2001; Ferreira et al., 2015).

En relación al bienestar emocional, los resultados confirman que los mayores niveles de dependencia se corresponden con mayor sintomatología depresiva y ansiedad ante la muerte, un deterioro en la movilidad y en el mantenimiento del autocuidado, una percepción deficiente de la calidad de vida relacionada con la salud física y una peor actitud hacia el propio envejecimiento. Estos resultados están en consonancia con los

obtenidos por Bierman y Statlan (2010) que concluyeron que, las limitaciones y la dependencia funcional para realizar las ABVD, están relacionadas con mayor malestar psicológico. Así mismo, Cheix (s.f.) encontró que el aumento de dependencia funcional estaba relacionado con la edad y con el padecimiento de más enfermedades. Además, llegó a la conclusión de que, la dependencia, tiene un efecto negativo sobre el bienestar, tanto en hombres como en mujeres.

Feng, Ji y Xu (2013) no encontraron asociación entre el malestar psicológico y la edad, pero sí concluyeron que tenía una relación positiva con la discapacidad funcional y que las mujeres tenían un nivel de angustia psicológica más alto, en comparación con los hombres.

Diversos estudios han señalado que los cuadros depresivos en personas mayores afectan negativamente al autocuidado, disminuyen la calidad de vida, aumentan las enfermedades físicas y acortan la esperanza de vida (Monforte et al., 1998; Roy-Byrne et al., 2008). En la literatura consultada se ha encontrado una fuerte asociación entre la depresión y el deterioro funcional en las personas con trastornos físicos crónicos (Ferreira et al., 2015; Stein, Cox, Afifi, Belik y Sareen, 2006), resultado que coincide con los de nuestro estudio. En concreto, los grupos de independientes y dependencia moderada, no presentan sintomatología depresiva, pero el grupo de dependencia severa-total presentan niveles moderados. Sin embargo, en la muestra final del estudio, las puntuaciones medias en depresión se mantienen en el tiempo, no llegando a ser indicadoras de sintomatología depresiva.

La presencia de incapacidad funcional duplica las posibilidades de presentar sintomatología depresiva. Las ABVD y AIVD son fundamentales para el desarrollo de la vida cotidiana, requieren de cierta coordinación y habilidad, de manera que, un mínimo cambio en estas funciones, puede conducir a la pérdida de independencia y, como

consecuencia, al aislamiento social y al desarrollo de trastornos de ansiedad y sentimientos de inseguridad, pudiendo desencadenar episodios depresivos (Ferreira et al., 2015).

Así mismo, la depresión es uno de los predictores más potentes de la calidad de vida relacionada con la salud, tanto en ancianos institucionalizados, como para los que viven en su hogar. Sin embargo, el deterioro de la función física, la obesidad y la falta de actividad física regular, son los factores que se asocian más a la calidad de vida relacionada con la salud en ancianos no institucionalizados y, en el caso de las personas institucionalizadas, se asocian más las enfermedades concomitantes (Borowiak y Kostka, 2004).

En cambio, en nuestros resultados se muestra que la calidad de vida relacionada con la salud en las personas institucionalizadas también está asociada con el deterioro de la función física y la auto-percepción de salud física general. De hecho, a medida que aumenta la dependencia funcional (dependencia moderada y de dependencia severa-total), las puntuaciones en la percepción de la calidad de vida, relacionada con la salud física son menores, teniendo así peor percepción de su salud física. Es decir, a mayor nivel de dependencia funcional peor percepción de la función física. Estos resultados indican que la muestra octogenaria de esta investigación tiene una percepción similar, en cuanto a la salud física y a la salud en general, que las personas mayores de 80 años, no institucionalizadas. Esto se debe a que las personas que llegan a estas edades no aceptan como algo normal, la pérdida de capacidades funcionales físicas. Esta idea es contraria a la que sostuvieron Thygesen, Saevareid, Lidstrom y Engedal (2009) al considerar que los resultados, obtenidos en su investigación, se debían a una mayor aceptación de las deficiencias corporales y funcionales como algo natural para la edad de la muestra.

También se ha confirmado en nuestro estudio que los grupos con mayor nivel de dependencia funcional presentan mayores niveles de ansiedad ante la muerte. Todos los

grupos de dependencia presentan un nivel leve de ansiedad ante la muerte, sin embargo también existe una gran variabilidad, encontrando que hay participantes de los grupos de dependencia moderada y dependencia severa-total que presentan niveles de ansiedad moderado ante la muerte. Estos resultados pueden estar relacionados con el factor miedo al dolor y a la enfermedad, que también ha sido más significativo en el grupo de dependencia moderada y dependencia severa-total y a que, en ambos grupos, se producen una mayor pérdida de capacidades funcionales, cuyo origen puede estar relacionado con la enfermedad.

Por tanto, de acuerdo con nuestros resultados, los niveles de ansiedad ante la muerte, no solo están relacionados con los niveles de bienestar y salud mental, como afirmaba Templer (1976), sino que también están relacionados con el miedo al dolor y la enfermedad, y a la pérdida de capacidades funcionales. Estos resultados están en consonancia con los resultados que obtuvieron Fortner y Neimeyer (1999), que indican que los problemas físicos y los problemas psicológicos son predictivos de mayores niveles de ansiedad ante la muerte en personas de edad avanzada. Sin embargo, Tomás-Sábado y Gómez-Benito (2003) afirmaron que el hecho de padecer una enfermedad grave, no aumenta necesariamente los niveles de ansiedad ante la muerte.

En cuanto a la ansiedad rasgo, no se han encontrado diferencias significativas. Estos resultados no están en consonancia con los encontrados en el estudio de Díaz-Veiga, Facal y Yanguas (2010). Estos autores encontraron que uno de los mejores predictores de ansiedad y depresión eran las limitaciones funcionales y los mayores niveles de ansiedad en la línea base del estudio. Por tanto, nuestros resultados se pueden explicar porque la muestra superviviente se haya adaptado mejor a las pérdidas de capacidades funcionales y, como consecuencia, a la situación de dependencia funcional. Además, los niveles de

ansiedad medidos en la línea base del estudio se mantienen en el tiempo y por debajo de las puntuaciones que indican que una persona tiene este rasgo en su personalidad.

En relación a la satisfacción con la vida, los resultados confirman que, en general, los participantes están satisfechos con su vida, pero que ésta disminuye a lo largo del tiempo, probablemente asociado al empeoramiento de las funciones físicas. Este dato coincide con los resultados obtenidos por Fagerström et al. (2007), en el que encontraron que, las personas muy limitadas funcionalmente, a consecuencia de problemas de salud, presentaban un nivel de autoestima más bajo y menos satisfacción con la vida.

No obstante, la satisfacción con la vida se asocia más a la salud general, la autoestima y la sensación de preocupación, que a la disminución de la capacidad funcional (Borg et al., 2008). Según Borg, Hallberg y Blomqvist (2006) son las mujeres las que están menos satisfechas con la vida. Además, los factores que determinan la satisfacción con la vida de las personas mayores, que tienen menos capacidad para autocuidarse son los aspectos sociales, físicos, mentales y financieros. Cada uno de ellos, probablemente interactúan con los sentimientos de soledad y preocupación, capacidad de autocuidado, peor salud y peores recursos económicos en relación a sus necesidades.

Es importante señalar que, la calidad de vida relacionada con la salud física, la función física, rol físico y función social, medida en la primera valoración, correlacionó con el nivel de dependencia funcional que presentaron los participantes de nuestro estudio en la segunda evaluación. Lo mismo ocurre con el nivel de autocuidado y movilidad. Estos resultados ponen de manifiesto que los participantes que peor percibían la calidad de vida relacionada con la salud física, rol físico y función física, y social, presentaron mayor nivel de dependencia funcional, menos capacidad para autocuidarse y peor movilidad año y medio después. Estos datos están en consonancia con los resultados obtenidos por Borowiak y Kostka (2004) que muestran que los predictores de la calidad de vida asociada

a la salud, en la población anciana, son el déficit en la función física, la obesidad y la falta de actividad física regular. Esta cuestión es una de las razones por las que uno de los objetivos claves en la promoción de la salud y el envejecimiento activo debe ser fomentar la actividad física y como consecuencia, mejorar la calidad de vida en las personas mayores y muy mayores. Según Oppewal, Hilgenkamp, van Wijck, Schoufour y Evenhuis (2014), aplicar programas de mejora de la aptitud física en este grupo etario, es importante porque mejoran las aptitudes físicas (destreza manual, tiempo de reacción visual, velocidad en la marcha, capacidad cardiorespiratoria) asociadas a la capacidad funcional para realizar ABVD. El mejor estado físico puede ayudar a lograr la independencia en la realización de ABVD (Lin, Hsieh, Cheng, Tseng y Su, 2016).

También hay que destacar que el nivel de dependencia funcional correlacionó con el deterioro cognitivo, concretamente los niveles más severos de dependencia funcional se relacionan con una mayor puntuación en deterioro cognitivo. Este resultado está en consonancia con el planteamiento de Dobrzyn-Matusiak, Marcisz, Bąk, Kulik y Marcisz (2014) que afirman que, ser funcionalmente dependiente de otros para realizar las ABVD, está claramente asociado a deterioro cognitivo.

Somos conscientes de las limitaciones y dificultades que presenta este trabajo. Una de las limitaciones ha sido el número de participantes que han abandonado el estudio por no querer continuar con las valoraciones y porque han fallecido durante el periodo de recogida de datos. En la segunda fase del estudio no se han podido realizar comparaciones entre los grupos de dependencia, por el escaso número de participantes pertenecientes al grupo de independencia y al grupo de dependencia severa-total, hubiese sido deseable una muestra más amplia en esta fase. Del mismo modo, sería interesante poder realizar un seguimiento más a largo plazo para poder comprobar si se mantienen, o no, los resultados encontrados.

Por otro lado, hay que señalar que la muestra está formada mayoritariamente por mujeres. Sería deseable, en futuras investigaciones, poder igualar la muestra en cuanto al número de hombres y mujeres para que no existan diferencias en los grupos, en cuanto al género.

Además, a pesar de que se procuró realizar un seguimiento de circunstancias que pueden influir en los resultados, hubiera sido deseable tener un mayor control de variables extrañas, como puede ser la aparición de enfermedades nuevas, ingresos en el hospital o la reagudización de enfermedades crónicas. También habría sido interesante incluir otras variables físicas y autoinformes relacionados con la situación de dependencia funcional.

Puesto que se ha encontrado una relación entre los niveles de dependencia y los niveles de ansiedad ante la muerte, se podría analizar en futuros proyectos, si la ansiedad en los sujetos de la muestra se comporta como un estado y si ya existía con anterioridad al cambio de las condiciones físicas.

También sería interesante, estudiar si hay un tipo de personalidad que pueda ser más susceptible de desarrollar dependencia funcional. Además, se podría comprobar si los rasgos de personalidad influyen en la forma de afrontar las situaciones de dependencia funcional.

No obstante, la línea de trabajo inmediata es diseñar y aplicar un programa de intervención en personas mayores con distintos niveles de dependencia, a partir de los resultados obtenidos en esta investigación y teniendo en cuenta la literatura revisada.

4.5. CONCLUSIONES

Según los resultados obtenidos en este trabajo se pueden realizar las siguientes conclusiones:

1. Encontramos una relación directa entre el nivel de dependencia funcional y el nivel de malestar, concretamente se ha encontrado que, a mayor nivel de dependencia funcional, existe una tendencia a presentar mayor sintomatología depresiva, peor percepción de la salud física y de la función social, peor movilidad y menor capacidad para autocuidarse.
2. Nuestros resultados muestran que, existe una tendencia a que, a mayor edad, los participantes presentan mayor nivel de dependencia funcional, peor percepción de la calidad de vida relacionada con la salud en general, y concretamente, con la función física. Del mismo modo, a mayor nivel de dependencia funcional, existe una tendencia a presentar mayor ansiedad ante la muerte, mayor sintomatología depresiva y escasas relaciones sociales.
3. Se ha evidenciado que los participantes presentan buena autopercepción del apoyo social y están satisfechos con su vida, independientemente del nivel funcional.
4. Nuestros resultados muestran que, en la segunda valoración en comparación con la primera medida, los participantes han presentado puntuaciones más bajas en la satisfacción vital y una peor percepción de su salud en general. Concretamente, en la segunda medida, los participantes tienen una satisfacción media con su vida, peor percepción de su salud en relación a su función física y peor percepción de su rol físico y de su función social.

5. No se ha encontrado que, en la segunda valoración en comparación con la primera medida, los participantes presentaran mayores niveles de ansiedad, ansiedad ante la muerte o depresión. Tampoco han presentado una percepción de apoyo social más deficitario, ni peor percepción de salud mental.
6. Se evidencia que los mayores niveles de dependencia funcional de la segunda medida, se corresponden con las personas que en la primera evaluación presentaron mayores puntuaciones en deterioro cognitivo y una peor percepción de la salud en general, de salud física, función física, y una mayor pérdida del rol físico y de la función social.
7. No se ha encontrado evidencia de que los mayores niveles de dependencia funcional de la segunda medida, se corresponden con las personas que en la primera evaluación presentaron menor satisfacción con la vida.

Capítulo 5

ESTUDIO 2: Resultados de la intervención de un estudio piloto en mayores de 75 años con diferentes niveles de dependencia funcional.

Rodríguez-Díaz, M.T., Pérez-Marfil. M.N. y Cruz-Quintana, F. (2016). Coexisting with dependence and well-being: the results of a pilot study intervention on 75-99-year-old individuals. *International Psychogeriatric*, 28(12), 2067-2078. doi:10.1017/S1041610216001277

5.1. INTRODUCCIÓN

Las enfermedades crónicas y, como consecuencia, la dependencia funcional, se pueden prevenir y frenar su evolución, fomentando los cambios de hábitos, por medio de la educación en la salud y de las intervenciones multidisciplinarias centradas en la modificación del comportamiento (Pisano-González, y González-Pisano, 2014).

Algunos trabajos han encontrado una relación entre la dependencia funcional y los niveles de ansiedad y depresión de las personas dependientes, pero apenas se han encontrado investigaciones, y mucho menos en nuestro contexto, que hayan examinado qué relación existe entre los niveles de dependencia de las personas mayores y el bienestar psicológico, entendido éste último de un modo más amplio que la simple ausencia de patología. Tampoco hemos encontrado estudios que hayan puesto a prueba la efectividad de programas específicos de intervención en la prevención de la dependencia.

En el Estudio 1 de esta Tesis se han identificado algunas de las variables que pueden ser utilizadas para mejorar la calidad de vida de las personas mayores dependientes y, a partir de esta información, en este segundo estudio, se ha diseñado y puesto en marcha un programa de intervención para prevenir, en la medida de lo posible, el deterioro asociado a los niveles de dependencia y aumentar los niveles de bienestar.

Este programa se ha centrado en la promoción de la independencia, la autogestión y la adherencia al plan de intervención, teniendo en cuenta las necesidades y las capacidades de cada individuo (Rodríguez -Díaz et al., 2014b). Se pretende detectar e incrementar recursos personales y psicosociales, que puedan frenar el deterioro progresivo de la dependencia en el anciano, que les permita afrontar las dificultades asociadas a su estado con más herramientas, que aumenten la percepción de control de la situación y, como consecuencia, que repercuta en su bienestar.

5.2. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

5.2.1. Objetivo

El objetivo general de este estudio fue diseñar y aplicar un programa de intervención centrado en la prevención de la dependencia, a un grupo de personas de 75 a 99 años institucionalizadas, con diferentes niveles de dependencia (independientes, dependencia moderada, dependencia severa-total).

Este objetivo general se concreta en una serie de objetivos específicos. Se trataría de examinar el efecto del programa en un grupo de personas con diferentes niveles de dependencia funcional, sobre las capacidades funcionales y emocionales (depresión, ansiedad, satisfacción con la vida, percepción de la salud y percepción del apoyo social), la aceptación y la satisfacción con las condiciones de vida y en la prevención y retraso de la dependencia funcional.

5.2.2. Hipótesis

En función de los objetivos, y de la literatura revisada, esperamos encontrar que, el grupo de participantes que sigan el programa, en comparación con los del grupo control (en lista de espera), presentarán cambios significativos entre las puntuaciones pre y post intervención, que reflejarán un aumento en las capacidades funcionales, la percepción de la salud y apoyo social, del grado de satisfacción con la vida, autoestima y autoeficacia, y una disminución de los niveles de ansiedad y sintomatología depresiva.

5.3. METODOLOGÍA

5.3.1. Participantes

Los participantes fueron seleccionados en tres residencias de ancianos privadas y urbanas, ubicadas en la zona sur de la Comunidad de Madrid (España), que pertenecen a la

misma organización y, por tanto, tienen las mismas características en cuanto a las guías de cuidados y ratios de personal.

Este estudio se realizó desde el 2 de enero 2014 hasta el 26 de julio de 2014. La muestra fue seleccionada atendiendo a los siguientes criterios de inclusión: a) vivir en una residencia de ancianos; b) puntuación en el cuestionario corto del estado mental de Pfeiffer (1975) menor o igual a 3, y c) no presentar dificultades para leer y escribir. Por otra parte, los criterios de exclusión, en el momento de formar el grupo de intervención, fueron: a) presentar problemas de comunicación, b) tener una puntuación en el Cuestionario corto del estado mental de Pfeiffer (1975) mayor o igual a 3, y c) no querer participar en el estudio.

En el momento del estudio, la población total de los 3 centros era de 771 ancianos. Se excluyeron a 694 ancianos, de los cuales 436 no cumplían los criterios de inclusión, 209 no quisieron participar en el estudio, 27 fallecieron, 10 tenían problemas de comunicación y 12 fueron hospitalizados. La población que cumplía los criterios de inclusión estaba formada por 77 ancianos que fueron evaluados previamente a la formación de los grupos. De los 77 participantes, 5 no quisieron continuar en el estudio y 2 murieron. En el momento de la aleatorización, la muestra era de 70 participantes.

Los participantes fueron asignados a un grupo intervención (GI) (participan en el programa de intervención, n=35) y a uno control (GC) (en lista de espera, n=35). Durante las 9 semanas que dura el programa de intervención, en el GI dejan el programa de intervención 2 participantes (1 fallece y 1 abandona el estudio) y en el GC abandonan el estudio 4 participantes (2 mueren, 1 ingresa en el hospital y 1 no quiere participar). Se excluyen del análisis 3 participantes del GI porque no asisten a un 85% de las sesiones del programa. Y del GC se excluyen del análisis 2 participantes porque no quieren continuar

el estudio. Tanto el GI como el GC estaban formados por 10 ancianos de cada residencia, excepto un grupo control que estaba formado por 9 sujetos.

Finalmente, la muestra quedó formada por 59 sujetos (GI=30 y GC=29) con una edad media de 86.80 años (rango de 75- 99 años) y una desviación típica (*DS*) de 5.19. El GI estuvo formado por 30 sujetos, de los cuales 23 eran mujeres y 7 eran hombres. El GC quedó formado por 29 sujetos, de los cuales 21 eran mujeres y 8 eran hombres. Como puede comprobarse en la Tabla 11 no hay diferencias entre los grupos en ninguna de las variables sociodemográficas recogidas (edad, género, estado civil, nivel socioeconómico, nivel de estudios, motivo de la institucionalización y creencias religiosas), así como tampoco en el nivel de dependencia funcional y las enfermedades crónicas que sufren. En cuanto a las enfermedades crónicas que influyen en el proceso de dependencia de cada participante, podemos destacar que los sujetos de la muestra tienen pluripatología, con una media de tres enfermedades crónicas que causan algún tipo de dependencia funcional. Entre ellas, las que tienen mayor porcentaje corresponden a las enfermedades del sistema circulatorio (35.5%), seguidas de las enfermedades del sistema osteoarticular (12.9%). Destacar también que, más de la mitad de la muestra (54.3%), declara como motivo de la institucionalización presentar un deterioro funcional que les impide realizar la ABVD de forma independiente.

Tabla 11. Características demográficas al inicio del estudio

Características		Grupo Control	Grupo Intervención	Diferencias entre grupos (t, χ^2 , p)
Edad- años (media- DT)		85.63 (5.41)	87.90 (5,002)	t = -1.724 p = .090
Género (n-%)	Hombre	7 (46.7%)	8 (53.3%)	$\chi^2 = .141$ p = .708
	Mujer	23 (52.3%)	21 (47.7%)	
Functional dependence (Barthel) (n-%)	Independiente	0 (0%)	3 (100%)	$\chi^2 = 5.657$ p = .226
	Dependencia leve	4 (57.1%)	3 (42.9%)	
	Dependencia moderada	15 (45.5%)	18 (54.5%)	
	Dependencia severa	9 (69.2%)	4 (30.8%)	
	Dependencia Total	2 (66.7%)	1 (33.3%)	
Estado Civil (n-%)	Soltero	3 (33.3%)	6 (66.7%)	$\chi^2 = 2.119$ p = .548
	Casado	7 (63.6%)	4 (36.4%)	
	Viudo	18 (52.9%)	16 (47.1%)	
	Separado/divorciado	2 (40%)	3 (60%)	
Nivel Socioeconómico (n-%)	Bajo	11 (55%)	9 (45%)	$\chi^2 = 2.654$ p = .448
	Medio	15 (44.1%)	19 (55.9%)	
	Alto	3 (75%)	1 (25%)	
	Muy Alto	1 (100%)	0 (0%)	
Nivel Estudios (n-%)	Sabe leer y escribir	16 (57.1%)	12 (42.9%)	$\chi^2 = 1.905$ p = .592
	Primarios	12 (44.4%)	15 (55.6%)	
	Bachillerato	1 (50%)	1 (50%)	
	Universitario	0 (0%)	1 (100%)	
Motivos Institucionalización (n-%)	Falta cuidador/ carga familiar	8 (42.1%)	11 (57.9%)	$\chi^2 = 8.921$ p = .178
	Deterioro funcional/ Pérdida autonomía	11 (52.7%)	10 (47.3%)	
	Deterioro Salud	4 (80%)	1 (20%)	
	Soledad/ Viudedad	4 (50%)	4 (50%)	
	Intento Suicidio	3 (50%)	3 (50%)	
Creencias (n-%)	Cree en Dios	29 (52.7%)	26 (47.3%)	$\chi^2 = 1.147$ p = .284
	No cree en Dios	1 (25%)	3 (75%)	
	Cree en una vida después de la muerte	12 (60%)	8 (40%)	$\chi^2 = 3.213$ p = .201
	No cree en una vida después de la muerte	6 (33.3%)	12 (66.7%)	
	No sabe/ Duda	12 (57.1%)	9 (42.9%)	
	Enf. Endocrina/enf sangre	3 (75%)	1 (25%)	$\chi^2 = 6.418$ p = .268
	Neoplasia	1 (20%)	4 (80%)	
Enfermedad Crónica que les produce más dependencia (n-%)	T. Mental /Sistema nervioso	3 (37.5%)	5 (62.5%)	
	Enf. Respirat./Sist Circulatorio y cerebrovascular	14 (46.7%)	16 (53.3%)	
	Enf. Osteoarticular	6 (75%)	2 (25%)	
	Ap. Digestivo y Genitourinario	3 (75%)	1 (25%)	

*p < .05

5.3.2. Instrumentos

Valoración socio-demográfica

Se utilizó el mismo **cuestionario *ad hoc*** (Apéndice A) que se diseñó en el Estudio 1 de este trabajo, para recoger los datos de las variables sociodemográficas (ver descripción en la pág. 62, apartado instrumentos Estudio 1).

Valoración del nivel funcional en las actividades de la vida diaria (ABVD)

Índice de Barthel (versión modificada de Granger et al., 1979) (Baztan et al., 1993). Permite valorar el nivel de dependencia y realizar una clasificación en 5 grupos (Ver pág. 63, apartado instrumentos Estudio 1).

Valoración del funcionamiento cognitivo

Cuestionario corto del estado mental de Pfeiffer (SPMSQ, Short Portable Mental Status Questionnaire) (Pfeiffer, 1975) (versión adaptada al castellano por González Montalvo, 1993). Es un test de screening que evalúa la función cognitiva (Ver pág. 63, apartado instrumentos Estudio 1).

Mini-Mental State Examination (MMSE) (Folstei, Folstein y Mchugh, 1975) (versión adaptada al español por Blesa et al., 2001). Permite realizar un cribado de la función cognoscitiva general, dando información sobre la presencia de déficit cognitivo. Consta de 30 preguntas agrupadas en 7 categorías: orientación temporal, orientación espacial, memoria inmediata, memoria de fijación, atención y cálculo, lenguaje y construcción visual. La puntuación total se obtiene con la suma de todas las respuestas correctas. A menor puntuación, mayor será el grado de déficit cognitivo, clasificándose en 3 niveles: a) 24-30 puntos indica que no hay deterioro; b) entre 18-23 puntos indica deterioro cognitivo leve; c) entre 0-17 puntos presencia de deterioro cognitivo severo. El punto de corte aceptado por la mayoría de los autores es de 24 puntos. Este cuestionario

posee una sensibilidad de 0.87 y una especificidad de 0.82 (Folstein et al., 1975; Contador, Fernández, Ramos, Tapias y Bermejo, 2010).

Valoración depresión

Escala de Depresión Geriátrica (GDS) de Yesavage (Sheikh y Yesavage, 1986)

(versión adaptada y modificada por Martí et al., 2000). Se ha diseñado específicamente para distinguir entre ancianos depresivos y no depresivos (Ver descripción en pág. 65, apartado instrumentos Estudio 1).

Valoración de la percepción de la salud

Cuestionario de Salud SF-12 (Ware, Kosinski y Keller, 1996) (Versión española

adaptada por Alonso, 2002). Es una versión reducida del cuestionario de salud SF-36 que evalúa la calidad de vida relacionada con la salud, en ocho conceptos: función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental. Consta de 12 preguntas que se contestan con una escala tipo Likert, cuya opción de respuesta puntúa de tres a seis puntos, dependiendo del ítem.

Las puntuaciones que se obtienen oscilan entre 0 y 100. A partir de estos 12 ítems se obtienen las puntuaciones para los dos componentes generales (físico y mental) que evalúa el cuestionario. Estas puntuaciones se estandarizan con los valores de las normas poblacionales, de manera que, un valor de 50, con una desviación típica de diez, es la media general de la población. Los valores superiores a 50 deben interpretarse como mejor calidad de vida relacionada con la salud, que la de la población de referencia (Castellano-Tejedor, Costa, Lusilla y Barnola, 2014). La consistencia interna medida con α -Crombach es de 0.81, para la población mayor de 65 años (Ramírez, Agredo y Jerez, 2010).

Valoración del nivel de ansiedad

Escala de Hamilton para la ansiedad (HAS) (1959) (adaptada al español por

Carrobbles, Costa, Del Ser y Bartolomé, 1986). Es una escala hetero-administrada. Las

respuestas de cada ítems se puntúan con una escala tipo Likert de 0 (ausencia de síntomas) a 4 puntos (intensidad máxima), valorando tanto la intensidad como la frecuencia de la misma. Se obtienen dos puntuaciones que corresponden a ansiedad somática y a ansiedad psíquica. No existen puntos de corte. Una puntuación mayor indica una mayor intensidad de la ansiedad. Presenta buena consistencia interna con α -Crombach de 0.79 a 0.86 y posee valores test-retest tras una semana de 0.96.

Valoración del nivel de autoestima

Escala de autoestima de Rosenberg (1965) (adaptado al castellano por Martín-Albo, Nuñez, Navarro y Grijalvo, 2007). Evalúa la autoestima personal entendida como los sentimientos de valía personal y de respeto a sí mismo. Está compuesta por diez ítems cuyas respuestas se puntúan con una escala tipo Likert de cuatro puntos, cinco ítems están formulados en sentido positivo y cinco en sentido negativo, con el fin de controlar la aquiescencia. El rango de las puntuaciones es de 10 a 40, a mayor puntuación, mayor autoestima. La fiabilidad test-retest es de 0.85 y el coeficiente α -Cronbach de 0.92. El coeficiente alfa de Cronbach es de 0.85 y la correlación test-retest a dos semanas es de 0.91 (Tomás-Sábado y Limonero, 2008).

Valoración de la autoeficacia para envejecer

Escala de autoeficacia para envejecer (Fernández-Ballesteros, 2008). Evalúa la percepción de autoeficacia en cuatro dimensiones: salud cognitiva, habilidades funcionales, físicas y socio-emocionales. Consta de diez ítems que evalúan la autoeficacia para envejecer en los aspectos salud cognitivo, habilidades físicas y funcionales y socio-emocionales. Cada ítem tiene cuatro opciones de respuesta (casi nada, algo, bastante y mucho) que se elijen teniendo en cuenta lo que ocurrirá en el futuro. Además de las puntuaciones para cada dimensión, ofrece una puntuación total. No hay un punto de corte, de manera que a mayor puntuación, mejor percepción de eficacia para superar las

dificultades o los cambios que ocurrirán durante la vejez. La escala muestra una confiabilidad $\alpha = 0.84$ (Pavón y Zariello, 2011).

Valoración del estado nutricional

Mini Nutritional Assessment (MNA) (Guigoz, Vellas y Garry, 1996). Presenta dos fases, una de cribaje o corta que consta de seis apartados que miden un parámetro dietético, dos antropométricos y tres de evaluación global y la fase de evaluación que está compuesta por doce parámetros: dos antropométricos, tres de evaluación global, cinco dietéticos y dos de valoración subjetiva. La primera fase posee una puntuación total máxima de 14 puntos y la segunda de 16 puntos. Puntuaciones mayores a 23.5 indican que no hay desnutrición; entre 17.5 a 23.5 presentan desnutrición moderada o en riesgo y puntuaciones menores a 17.5 indican desnutrición severa. Este cuestionario ha demostrado tener una sensibilidad del 0.96 y una especificidad del 0.98 (Gutiérrez, Serralde y Guevara, 2007).

Recogida de variables relacionadas con el programa de intervención

Registro de variables relacionadas con la participación durante el desarrollo del programa. Para cada participante se recogieron los siguientes datos en cada una de las sesiones: tasa de asistencia, recuerdo de los temas tratados en sesiones anteriores, porcentaje de intervenciones relacionadas con el tema tratado, comprensión, nivel de atención e implicación. Se diseñó una hoja de registro (Apéndice C) donde se incluían cada variable y para evaluarlas se utilizó una escala tipo Likert del 1 al 4, siendo 1 la puntuación más baja y 4 la más alta. Este registro era completado por la profesional que llevaba a cabo el programa. Por último, se calculó una medida global de participación mediante la media aritmética de las variables anteriores en las 9 sesiones del programa.

Registro de variables relacionadas con la intervención enfocada al bienestar físico.

Se diseñó un **cuestionario *ad hoc*** (Ver Apéndice D) para recoger los datos que se han utilizado para medir el efecto de la intervención física. Se midieron los niveles de presión arterial (TA) sistólica y diastólica, frecuencia cardiaca (FC), índice de masa muscular (IMC), peso y talla. Además se recogieron datos relacionados con los gestos funcionales que intervienen en la realización de ABVD y relacionados con los movimientos de: a) cabeza y cuello (mueve barbilla hasta el esternón y lateralización derecha e izquierda); b) tronco (flexión, lateralización izquierda-derecha, rotaciones derecha-izquierda); c) miembros superiores (presión manos-extensión rápida, mano-nuca, mano-espalda); y d) miembros inferiores (agacharse con flexión, levantarse de una silla sin apoyos en manos, traslaciones piernas, apoyo contralateral en bipedestación -se admite sujeción-, cruzar una pierna sobre otra estando sentado, puntillas-talones estando de pie, puntillas-talones estando sentado). Estos gestos se recogieron mediante una escala tipo Likert del 0 al 2, siendo 0 la puntuación más baja y 2 la más alta (2 si realiza el movimiento/1 lo realiza con dificultad/ 0 no realiza el movimiento) y se calculó una puntuación total. Estos registros fueron completados por la enfermera (presión arterial, frecuencia cardiaca, índice de masa muscular, peso y talla) y por el fisioterapeuta (gestos funcionales) de cada centro antes de iniciar el programa y después de su finalización.

5.3.3 Intervención

El programa de intervención denominado “*Convivir con la dependencia y el bienestar*” se ha diseñado teniendo en cuenta las propuestas de los modelos de Promoción de la Salud de Pender, Murdaugh y Parsons (2006), Modelo de Proactividad Preventiva y Correctiva de Kahana y Kahana (2003) y el Modelo Multidimensional-multinivel de

envejecimiento activo de Fernández Ballesteros (2002), y está centrado en proporcionar herramientas para mejorar el bienestar físico y emocional.

A continuación, se describen brevemente los contenidos que forman parte de este programa. Consta de dos tipos de intervenciones, una enfocada al bienestar emocional y otra enfocada al bienestar físico, que se han desarrollado simultáneamente en el tiempo.

Intervención enfocada al bienestar emocional: se realizó en sesiones semanales, con una duración aproximada de una hora y media, durante 9 semanas. Estas sesiones se desarrollan en grupos de 10 personas. Todas las sesiones tienen la misma estructura, excepto la primera y la última, que tienen matices diferentes. El esquema general para cada sesión fue: a) revisión de la tarea asignada en la sesión anterior y resolución de dudas y dificultades que se hayan presentado; b) desarrollo del contenido, ajustado al objetivo de la sesión; c) ejercicios prácticos; y d) planteamiento de las tareas para la siguiente sesión que se realizaron durante la semana.

Las sesiones se desarrollan con exposiciones orales simplificadas y acompañadas de material audiovisual (diapositivas), con la finalidad de captar la atención de los participantes y asegurar la máxima comprensión de los conceptos más relevantes que se desarrollan en el programa, tratando de adaptarse a su nivel educativo (estudios primarios/estudios primarios no finalizados). Además se complementa con otros recursos como tareas semanales, debates, música y humor.

En la Tabla 12 se presentan los contenidos y los objetivos de cada sesión, con ejemplos de actividades realizadas en las mismas.

Tabla 12 *Contenidos teóricos, objetivos y ejemplos de actividades en el programa “Convivir con la dependencia y el bienestar”*

SESIÓN	TÍTULO y OBJETIVOS
PRIMERA	<p>Conceptualización de la Dependencia. Enfermedades crónicas que producen dependencia y sus complicaciones. Objetivo: Conocer a otras personas con enfermedad crónica y problemas de dependencia. Ejemplo de actividad: Reconocerán las capacidades que tiene cada participante.</p>
SEGUNDA	<p>Educación sobre hábitos saludables Objetivo: Proporcionar información sobre hábitos saludables que previenen el deterioro o ayudan a disminuirlo. Ejemplo de actividad: Analizarán y reconocerán sus hábitos diarios.</p>
TERCERA	<p>Educación en la necesidad de autocuidado según las capacidades conservadas: Evitar exceso de dependencia y fomentar la seguridad y confianza en sí mismo. El uso de ayudas técnicas. Objetivo: Prevenir el desarrollo o agravación de la dependencia y aumentar la autoestima y confianza en uno mismo. Ejemplo de actividad: Analizarán las ABVD en la que necesitan ayuda, plantearán un objetivo de mejora a conseguir y se evaluará el grado de consecución.</p>
CUARTA	<p>Cómo mejorar el estado de ánimo: Relación pensamiento-emoción-conducta (PEC): controlar las emociones negativas. Objetivo: Prevenir o reducir la sintomatología ansiosa y depresiva y mejorar el estado de ánimo. Ejemplos de actividades: Respiración abdominal y ejercicios de relajación. Aprenderán a identificar los pensamientos negativos para cambiarlos por pensamientos positivos.</p>
QUINTA	<p>La importancia de las relaciones sociales. Habilidades sociales: empatía, asertividad y reconocer las emociones. Objetivo: Aumentar el bienestar emocional y promover la conducta asertiva. Ejemplos de actividades: Identificarán sentimientos, role playing “me pongo en el lugar del otro” “oigo o escucho”.</p>
SEXTA	<p>La importancia del buen humor: Optimismo y pesimismo. Planificación actividades agradables: Musicoterapia. Objetivo: Mejorar el estado de ánimo y fomentar las actividades de ocio. Ejemplos de actividades: analizar e identificar actividades que les gustaría hacer y que no pudieron realizar.</p>
SEPTIMA	<p>Desarrollo primera sesión musicoterapia y buen humor. Objetivo: Mejorar el estado de ánimo y promover actividades agradables. Ejemplo actividades: La sesión se desarrolla a partir de las canciones elegidas por el profesional a partir de una lista que elaborarán los participantes en la sesión anterior.</p>
OCTAVA	<p>Desarrollo segunda sesión musicoterapia y buen humor. Objetivo: Mejorar el estado de ánimo y fomentar el sentido del humor. Ejemplos de actividades: La sesión se desarrolla a partir de las canciones elegidas por los participantes. Contar anécdotas de la infancia y la juventud.</p>
NOVENA	<p>Resumen de todo el programa y planificación de objetivos de mantenimiento de los logros. Actividad final: Visualizar el “Álbum del humor” (elaborado durante el programa)</p>

Intervención enfocada al bienestar físico: está basada en ejercicios aeróbicos adaptados a la edad y a las capacidades funcionales individuales de los participantes de la muestra, aunque estos ejercicios se practicaron en grupo.

Cada sesión incluye las partes de un entrenamiento completo: calentamiento (5%), ejercicios de flexibilidad y coordinación (20% del tiempo), ejercicios de fuerza muscular (10% del tiempo), ejercicios de resistencia aeróbica (60%), enfriamiento y relajación (5%) (Pérez-Melero, 2002). Se han realizado dos sesiones semanales, de 30 minutos, durante 9 semanas.

Durante la realización de cada sesión, se tuvieron en cuenta las siguientes consideraciones: a) incluir periodos de recuperación entre una tanda de ejercicios y la siguiente; y b) la intensidad del esfuerzo debe ser moderada. La frecuencia cardiaca (FC) no debía superar el 75% de su valor teórico máximo ($FC \text{ máxima} = 225 - \text{Edad}$) (Pérez-Melero, 2002).

A continuación se describen algunos de los ejercicios que se utilizaron en las sesiones de la intervención de bienestar físico: a) Calentamiento (5 minutos): ejercicios suaves para movilizar articulaciones de pies, rodillas, manos, hombros y cuello; b) Ejercicios de flexibilidad y coordinación (4 minutos): los estiramientos tienen que ser muy suaves y bilaterales simétricos, buscando la integración de los dos hemisferios cerebrales. La coordinación se puede alternar con la flexibilidad. Por ejemplo: sacude los brazos como si te secaras las manos, sacude las piernas para que estén relajadas, coloca las manos entrelazadas en la nuca, cierra los codos y haz una leve presión llevando el mentón al pecho, etc...; c) Ejercicios de fuerza muscular (2 minutos): se incluyen contracciones isotónicas e isométricas (éstas últimas aumentan la tensión arterial -TA- y FC, por eso no pueden superar el 40% de la fuerza máxima y en cardiópatas el 15% , en este caso no utilizar la musculatura de tren superior). Se realiza un trabajo con muchas repeticiones y

poco peso. Por ejemplo: agacharse hasta la posición que se pueda y mantenerse durante 15 segundos; d) Ejercicios de resistencia aeróbica (14 minutos): andar, bicicleta, otros ejercicios como por ejemplo levantarse y sentarse de una silla; y e) Enfriamiento (5 minutos): terminar con movimientos suaves de las articulaciones y respiraciones abdominales suaves para relajarse.

5.3.4. Procedimiento

Este estudio se realizó desde el 2 de enero de 2014 hasta el 26 de julio de 2014. Desde el 2 de enero de 2014 hasta el 1 de abril de 2014 se concretó el diseño del programa de intervención. Este estudio se desarrolló en las siguientes fases:

1.- El primer paso para el reclutamiento de la muestra fue pedir autorización a los directores de los centros que han participado. Posteriormente, se informó a los enfermeros, psicólogos, fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales, de los objetivos del programa, siendo estos profesionales los que ofertaron a los ancianos, que habían participado en el Estudio 1 de esta investigación, la posibilidad de participar voluntariamente en la evaluación funcional y psicológica de este estudio.

2.- Una vez reclutados los ancianos que aceptaron participar, se realizaron las valoraciones pre-intervención desde el 1 al 15 de abril 2014. Posteriormente, y antes de empezar a realizar las valoraciones e impartir el programa de intervención, se realizó una aleatorización simple para asignar a los participantes al GI y al GC, mediante la utilización de sobres opacos cerrados, la mitad de los cuales contenía una tarjeta con la indicación de “Grupo Intervención” y la otra mitad con la de “Grupo Control”. Estos sobres fueron distribuidos al azar entre todos los participantes.

A continuación, se realizó la evaluación pre-intervención, evaluando en primer lugar el estado cognitivo de los participantes, con el cuestionario corto del

estado mental de Pfeiffer (Pfeiffer, 1975). Si obtenían puntuaciones > 3 fueron excluidos del estudio y, el resto fueron evaluados. En primer lugar, se recogieron los datos sociodemográficos, seguidos de los instrumentos descritos anteriormente en orden aleatorio: Índice de Barthel (versión modificada de Granger et al., 1979), Mini-Mental State Examination (MMSE) (Folstei, 1975), Escala de Depresión Geriátrica (GDS) (Sheikh y Yesavage, 1986), Cuestionario de salud SF-12 (Ware et al., 1996), Escala de Hamilton para la ansiedad (HAS) (1959), Escala de autoestima de Rosenberg (1965), Escala de autoeficacia para envejecer (Fernández-Ballesteros, 2008), Mini Nutritional Assessment (MNA) (Guigoz et al., 1996) y el cuestionario *ad hoc* de gestos funcionales.

Estas valoraciones se realizaron en los centros donde vivían los participantes, en una consulta habilitada para este fin y duraron entre una hora y media y dos horas, aproximadamente.

3.- Desde el 17 de abril hasta el 13 de junio se realizó el tratamiento con el programa “*Convivir con la dependencia y el bienestar*” al GI. Las sesiones del programa de intervención enfocadas a mejorar el bienestar emocional fueron impartidas por la investigadora principal, una vez por semana durante 9 semanas (enfermera especialista en Geriátrica). Así mismo, las sesiones enfocadas al bienestar físico fueron dirigidas por el fisioterapeuta y el terapeuta ocupacional de cada centro, dos veces por semana durante las 9 semanas que duró la intervención.

Todos los participantes que formaron los 3 GI recibieron los mismos contenidos en cada una de las sesiones, de las que se compone el programa de intervención, para evitar sesgos entre los grupos. Todas las sesiones se llevaron a cabo en horario de mañana; las sesiones de bienestar emocional y las sesiones de bienestar físico se realizaban en días diferentes.

4.- Del 23 al 30 de junio de 2014 se realizaron las valoraciones post-intervención de los participantes de los GI y GC. Concretamente, se realizaron 10 días después de finalizar el tratamiento con el programa de intervención. Las valoraciones post-intervención se realizaron con los mismos instrumentos que se utilizaron en las valoraciones pre-intervención: Índice de Barthel (versión modificada de Granger et al., 1979), Mini-Mental State Examination (MMSE) (Folstei, 1975), Escala de Depresión Geriátrica (GDS) (Sheikh y Yasavage, 1986), Cuestionario de salud SF-12 (Ware et al., 1996), Escala de Hamilton para la ansiedad (HAS) (1959), Escala de autoestima de Rosenberg (1965), Escala de autoeficacia para envejecer (Fernández-Ballesteros, 2008), Mini Nutritional Assessment (MNA) (Guigoz et al., 1996) y el cuestionario *ad hoc* de gestos funcionales.

Estas valoraciones se realizaron en los centros donde vivían los participantes, en una consulta habilitada para este fin y duraron entre una hora y media y dos horas, aproximadamente.

Los datos de los instrumentos que miden el estado emocional fueron recogidos por la investigadora principal. Estos datos fueron analizados e interpretados por los dos psicólogos que participaron en el diseño del programa de intervención. Los datos de los instrumentos que miden el nivel de dependencia funcional fueron recogidos e interpretados por una enfermera y una terapeuta ocupacional. La capacidad para realizar ejercicio físico fue valorada por el fisioterapeuta y por el médico de cada centro.

La evaluación física pre-intervención relacionada con la presión arterial, frecuencia cardíaca, índice de masa corporal, peso y talla, y la evaluación relacionada con los gestos funcionales, se hizo un día antes de empezar el programa y una vez finalizado el programa de intervención, se volvió a realizar una

medida post-intervención un día después de finalizar el programa. Estos datos fueron recogidos por la misma enfermera y el mismo fisioterapeuta, respectivamente, en ambas evaluaciones.

5.3.5. *Diseño y Análisis estadístico*

Se trata de un estudio de diseño cuasi-experimental (de caso típico) pre/post con grupo control (Montero y León, 2007). Los sujetos han sido asignados al grupo de intervención aleatoriamente.

Los datos han sido analizados con el programa SPSS para Windows versión 21.0. Se han realizado análisis descriptivos, de medias y desviaciones típicas para las variables cuantitativas y de frecuencias para las cualitativas. Las diferencias entre los grupos se han analizado utilizando la prueba t (para muestras independientes) y la Chi cuadrado. Para valorar el efecto del programa se utilizaron modelos lineales para medidas repetidas (Lambda de Wilks). En todos los casos se ha tenido en cuenta los supuestos de homogeneidad de las varianzas (prueba de Levene). El tamaño del efecto se ha calculado con la d de Cohen. La significación estadística se fijó en $p < .05$. Por último, se han realizado correlaciones de Spearman y regresiones lineales simples para comprobar la relación entre el nivel de dependencia previo a la intervención y las variables dependientes tras la aplicación del programa de intervención (análisis moderador), considerando la significación con $p < .01$.

5.3.6. *Consideraciones éticas*

Se ha pedido la firma del consentimiento escrito al inicio del estudio (Apéndice E y F) y se ha garantizado la confidencialidad de los sujetos que han participado. Se han respetado los principios fundamentales de autonomía, beneficencia, no maleficencia y

justicia y se ha garantizado la confidencialidad de los sujetos siguiendo la Declaración de Helsinki adoptada en la 59ª Asamblea General en Seoul (Korea del Sur).

5.4. RESULTADOS

5.4.1. Diferencias entre el Grupo de Intervención y el Grupo Control en función del momento de evaluación (pre intervención y post intervención)

Se presentan los resultados de la comparación entre los grupos en función del momento de evaluación para las diferentes variables. Para el análisis se ha utilizado un modelo lineal general de medidas repetidas, con un diseño 2x (2), con dos niveles para el factor entre-grupos, en función de si los participantes habían seguido, o no, el programa de intervención (Grupo de Intervención y Grupo Control) y dos niveles para el factor intra-sujetos, correspondientes a los dos momentos de la evaluación (Tiempo) (Pre-intervención y Post-Intervención).

En la Tabla 13 se presentan las medias, desviaciones típicas, el tamaño del efecto (d de Cohen) y el resultado de las diferencias entre los grupos, el momento de la evaluación y la interacción. En primer lugar, se presentan los resultados de las variables emocionales, del estado nutricional, percepción de salud y función cognitiva. Las variables dependientes son los niveles de autoestima (Rosenberg), depresión (Yesavage), ansiedad (Hamilton Ansiedad psíquica y somática), dependencia (Barthel), nutrición (Mini-nutritional), autoeficacia, salud general (SF-12) y función cognitiva (MMSE).

Para la autoestima (Rosenberg) encontramos diferencias para la variable Tiempo ($F= 5.097, p=.028$), Grupo ($F=7.160, p=.010$) y la interacción ($F=10.447, p=.002$). Estos resultados indican que ha habido cambios en la segunda evaluación y que, además, estos cambios son diferentes en función del grupo. En concreto, los participantes del grupo de

Intervención presentan valores mayores al finalizar el programa, mientras que no se observan modificaciones para el Grupo Control. Estos resultados son coherentes con el tamaño del efecto encontrado en el Grupo de Intervención que resulta moderadamente alto ($d=0.75$).

Resultados similares se han obtenido para los síntomas de ansiedad psíquica (Hamilton), encontrando diferencias para la variable Tiempo ($F=8.203$, $p=.006$), Grupo ($F=7.309$, $p=.009$) y la interacción ($F=8.203$, $p=.006$). Estas diferencias se explican porque los niveles de ansiedad psíquica disminuyen significativamente en la evaluación post en el Grupo de Intervención y no hay cambios en el Grupo Control. El tamaño del efecto para el cambio observado en el Grupo intervención fue moderadamente alto ($d=0.76$). En el caso de la ansiedad somática, las diferencias se centran en la variable Tiempo ($F=7.715$, $p=.007$) y en la interacción ($F=5.305$, $p=.025$). Estas diferencias indican que ha habido cambios en la segunda evaluación y que el patrón de dichos cambios es diferente para los grupos. En concreto, disminuye en el Grupo de Intervención y se mantiene en el Grupo control. El tamaño del efecto para el Grupo de Intervención es moderado ($d=0.63$).

Para la variable dependencia funcional (Barthel) encontramos diferencias en la interacción ($F=8.922$, $p=.004$). Estos resultados indican que los cambios que se han producido en los grupos siguen patrones diferentes. Mientras en el Grupo de Intervención los participantes presentan puntuaciones ligeramente mayores al finalizar el programa, los participantes del Grupo Control presentan puntuaciones menores en relación a la medida inicial, lo que explica que en el grupo control aumenta el nivel de dependencia funcional en ABVD. No obstante, los tamaños del efecto han sido bajos en los dos grupos.

Con respecto a la autoeficacia se han encontrado diferencias en las variables Tiempo ($F=6.903$, $p=.011$), Grupo ($F=8.925$, $p=.004$) y la interacción ($F=25.809$, $p=$

.000). Estos resultados indican que existen cambios significativos en las dos medidas de evaluación, siendo estos cambios diferentes en ambos grupos. En concreto, el patrón para el Grupo Intervención es un aumento de la autoeficacia en la medida post intervención, y para el Grupo Control se produce una disminución. El tamaño del efecto para el grupo de Intervención fue alto ($d= 1.04$).

Por último, también se han encontrado diferencias para la salud general (SF-12) en la variable tiempo ($F=6.343$, $p=.015$). Es decir, existen cambios en la segunda evaluación, observándose un aumento en ambos grupos. El tamaño del efecto es mayor para el Grupo Intervención ($d=0.40$), no obstante el valor es bajo.

En el resto de las variables no se observan diferencias significativas en ninguno de los factores (depresión, nutrición y MMSE).

Tabla 13. Medias (*M*), Desviaciones típicas (*DT*), Tamaño del efecto (*d* de Cohen), y Análisis de las diferencias (*Lambda* de Wilks), en función del momento de la evaluación, interacción y grupo para las variables

VARIABLE	GRUPOS (n)	M (DT) PRE	M (DT) POST	TAMAÑO EFECTO <i>d</i> Cohen	FACTOR	F	p
ROSENBERG	Intervención	33.34 (4.51)	36.07 (3.92)	.65	Tiempo	3.644	.062
	Control	31.55 (5.92)	31.00 (6.34)	.08	T x Grupo	8.334	.006*
					Grupo	7.184	.010*
YESAVAGE	Intervención	4.60 (2.79)	4.60 (2.91)	0	Tiempo	.831	.366
	Control	5.51 (3.64)	6.07 (3.65)	.15	T x Grupo	.831	.366
					Grupo	2.067	.156
HAMILTON ANSIEDAD PSÍQUICA	Intervención	10.68 (6.97)	5.75 (5.62)	.81	Tiempo	8.233	.006*
	Control	12.37 (8.27)	12.37 (7.57)	0	T x Grupo	8.233	.006*
					Grupo	5.890	.019*
HAMILTON ANSIEDAD SOMÁTICA	Intervención	9.72(6.94)	5.58 (5.77)	.65	Tiempo	7.839	.007*
	Control	10.11 (8.30)	9.74 (7.18)	.04	T x Grupo	5.474	.023*
					Grupo	1.754	.191
BARTHEL	Intervención	67.41 23.21)	69.62 22.07)	.09	Tempo	1.946	.169
	Control	74.48 22.12)	68.33(22.96)	.27	T x Grupo	8.746	.005*
					Grupo	.242	.625
MINI-NUTRITIONAL	Intervención	22.62 (3.80)	25.74(11.43)	.41	Tiempo	2.771	.102
	Control	23.14 (3.48)	23.51 (3.11)	.07	T x Grupo	1.717	.196
					Grupo	.362	.550
AUTO-EFICACIA	Intervención	23.96 (6.79)	31.03 (6.79)	1.04	Tiempo	8.335	.006*
	Control	24.00 (6.49)	21.88 (6.60)	.32	T x Grupo	28.564	.000*
					Grupo	8.843	.004*
SF-12	Intervención	,93(28,05)	48,28(29,07)	.36	Tiempo	5.240	.026*
	Control	40,74 25,14)	43,52 24,61)	.11	T x Grupo	1.742	.192
					Grupo	0.022	.883
MMSE	Intervención	25.72 (3.48)	26.24 (2.94)	.16	Tiempo	.719	.400
	Control	24.89 (3.05)	24.85 (3.14)	.01	T x Grupo	.958	.332
					Grupo	1.942	.169

* $p < .05$ Nota: T= Tiempo

En la Tabla 14 se incluyen los resultados de las diferencias de las variables antropométricas y cardiovasculares, en concreto peso, talla, índice de masa corporal, presión sistólica, presión diastólica y frecuencia cardiaca y gestos funcionales. Se han encontrado diferencias para la presión sistólica en la variable Grupo ($F=4.869$, $p= .032$) y la interacción ($F=4.585$, $p= .037$). Las diferencias señalan una disminución de esta variable

para el Grupo de Intervención y un aumento para el Grupo Control. El tamaño del efecto en ambos casos ha sido bajo.

En el caso del índice de masa corporal se han encontrado diferencias significativas para el factor Tiempo, que indica una ligera disminución de este índice en la evaluación post intervención. Finalmente, en el caso de la puntuación total de los gestos funcionales, se han encontrado diferencias en la interacción ($F=4.152$, $p=.046$), que indican que el GI, presenta un aumento en la puntuación en la segunda evaluación post tratamiento, que no se observa en el GC. Para el resto de las variables no se han observado diferencias significativas para ninguno de los factores (Presión diastólica, FC, peso y talla).

Tabla 14. Medias (*M*), Desviaciones típicas (*DT*), Tamaño del efecto (*d* de Cohen), y Análisis de las diferencias (*Lambda* de Wilks) en función del momento de la evaluación, interacción y grupo para las variables

VARIABLE	GRUPOS	<i>M</i> (<i>DT</i>) PRE	<i>M</i> (<i>DT</i>) POST	TAMAÑO EFECTO <i>d</i> Cohen	FACTOR	<i>F</i>	<i>p</i>
PRESIÓN SISTÓLICA	Intervención	133.39(20.90)	124.77(18.01)	0.43	Tiempo	0.419	.520
	Control	135.96(20.40)	140.62(17.82)	0.24	T x Grupo Grupo	4.585 4.869	.037* .032*
PRESIÓN DIASTÓLICA	Intervención	70.48 (10.81)	65.13 (9.98)	0.52	Tiempo	3.301	.075
	Control	70.42 (11.75)	70.50 (9.37)	0.0	T x Grupo Grupo	3.491 0.786	.067 .379
FC	Intervención	77.77 (13.69)	73.83 (9.18)	0.32	Tiempo	2.187	.145
	Control	75.46 (11.28)	74.15 (10.27)	0.12	T x Grupo Grupo	0.482 0.368	.491 .547
PESO	Intervención	71.74 (13.43)	70.99 (13.37)	0.04	Tiempo	2.791	.101
	Control	68.79 (10.68)	65.90 (16.29)	0.21	T x Grupo Grupo	1.211 0.810	.276 .372
TALLA	Intervención	1.56 (.08)	1.56 (.82)	0	Tiempo	1.856	.179
	Control	1.52 (.12)	1.52 (.12)	0	T x Grupo Grupo	1.856 1.647	.179 .205
IMC	Intervención	29.58 (5.08)	29.28 (5.07)	0.03	Tiempo	3.408	.070
	Control	29.46 (4.10)	29.21 (3.99)	0.03	T x Grupo Grupo	0.116 0.018	.734 .895
GESTOS FUNCIONALES	Intervención	22.38(6.67)	24.10(5.30)	0.28	Tiempo	3.208	.079
	Control	22.89(6.45)	22.78(6.69)	0.01	T x Grupo Grupo	4.152 .063	.046* .803

**P* < .05, Nota: T= Tiempo

5.4.2. Relaciones entre los niveles de dependencia iniciales y el resto de las variables tras finalizar la intervención

Para este análisis, sólo se incluyeron los participantes del Grupo de Intervención. En la Tabla 15 se presentan los resultados, obtenidos en el GI, del análisis correlacional entre el nivel de dependencia previo a la intervención y las variables recogidas tras finalizar la intervención. Como puede observarse no existen correlaciones significativas, excepto en el caso del estado nutricional, medido con MNA (Rho= .432, *p*<.05) y las puntuaciones post-Barthel (Rho=.880, *p*< .01).

Tabla 15. *Correlaciones entre el nivel de dependencia pre-intervención (Barthel) y las variables dependientes post-intervención para el GI.*

	Edad	Post Rosenberg	Post Yesavage	Post-Ansiedad Psíquica	Post-Ansiedad somática	Post Barthel	Post MNA	Post Auto eficacia	Post SF-12	Post MMSE
Pre Barthel	-.339	.330	-.294	-.036	.104	.880**	.432*	.322	.301	.339
Edad		.112	-.033	-.263	-.205	-.376*	-.143	-.070	-.004	-.216
Post Rosenberg			-.612**	-.633**	-.408*	.229	.095	.515**	.481**	-.194
Post Yesavage				.655**	.581**	-.174	-.210	-.558**	-.296	-.142
Post-Ansiedad Psíquica					.599**	.119	-.035	-.362	-.183	.062
Post-Ansiedad somática						.182	.230	-.512**	-.236	.103
Post Barthel							.465*	.269	.276	.344
Post MNA								.110	.216	.306
Post Autoeficac.									.355	.146
Post SF-12										-.030

*Nivel de significación $p < .05$ / **Nivel de significación $p < .01$

En la Tabla 16 se presentan los resultados del modelo del análisis de regresión lineal simple (análisis moderador), realizado para los resultados de los participantes del GI en cada una de las variables medidas, utilizando como variable independiente el nivel de dependencia funcional pre-intervención. Estos resultados indican que dicho nivel predice el nivel de autoestima post-intervención $F(1, 27) = 5.762$, $p = .024$, $R^2 = .176$, $\beta = .419$, autoeficacia post-intervención $F(1, 27) = 5.632$, $p = .025$, $R^2 = .173$, $\beta = .415$, depresión post-intervención $F(1, 27) = 5.183$, $p = .031$, $R^2 = .166$, $\beta = -.408$ y nivel de dependencia post-intervención $F(1, 27) = 122.103$, $p = .000$, $R^2 = .819$, $\beta = .905$.

Tabla 16. *Análisis de regresión lineal simple*

VARIABLE	β	SE	t	p	CI 95%		F	p
					Inferior	Superior		
ROSENBERG	.419	.029	2.40	.024*	.010	.131	5.762	.024*
YESAVAGE	-.408	.022	-2.27	.031*	-.097	-.005	5.183	.031*
FILADELFIA	.277	.031	1.49	.146	-.017	.112	2.241	.146
MINI-NUTRITIONAL	.285	.096	1.48	.150	-.055	.340	2.202	.150
AUTO-EFICACIA	.415	.046	2.37	.025*	.015	.204	5.632	.025*
SF-12	.267	.232	1.44	.161	-.142	.811	2.072	.161
POSTBARTHEL	.905	.078	11.05	.000*	.701	1.02	122.103	.000*
ANXIEDAD PSIQUICA	.013	.047	.069	.945	-.092	.099	.005	.945
ANXIEDAD SOMATICA	.019	.084	.101	.920	-.093	.103	.010	.920

*p< .05

5.4.3. Análisis de los resultados obtenidos en la variable gestos funcionales

En la Tabla 17 se presentan los resultados de las frecuencias y porcentajes de la valoración realizada sobre gestos funcionales, en función del momento de la evaluación (pre-intervención y post-intervención). Los resultados señalan que después de terminar el programa de intervención, aumenta el porcentaje de los participantes del GI que es capaz de realizar los siguientes gestos: cabeza (barbilla-esternón, lateralización), tronco (flexión, lateralización, rotación), mano-nuca, mano-espalda, levantarse de una silla sin apoyo, apoyo contralateral en bipedestación, cruzar una pierna sobre otra estando sentado, puntillas-talones estando sentado. Sin embargo, en el GC, los porcentajes de los participantes que realizaban los gestos funcionales en la segunda evaluación han disminuido.

Tabla 17. Frecuencias (n) y Porcentajes (%) de la variable Gestos funcionales

VARIABLES	GRUPOS	PRE-INTERVENCIÓN		POST-INTERVENCIÓN	
		Realiza n (%)	Dificultad n (%)	Realiza n (%)	Dificultad n (%)
Cabeza Barbilla- esternón	Intervención	26 (86.7)	3 (10.0)	27 (90.0)	2 (6.7)
	Control	29 (100)	0 (0.0)	27 (93.1)	0 (0.0)
Cabeza Cuello- lateralización	Intervención	21 (70.0)	8 (26.7)	26 (86.7)	3 (10.0)
	Control	15 (51.7)	13 (44.8)	14 (48.3)	13 (44.8)
Flexión Tronco	Intervención	24 (80.0)	4 (13.3)	25 (83.3)	3 (10.0)
	Control	25 (86.2)	4 (13.8)	24 (82.8)	2 (6.9)
Tronco Lateralización Derecha-Izqda	Intervención	22 (73.3)	7 (23.3)	25 (83.3)	4 (13.3)
	Control	22 (75.9)	6 (20.7)	20 (69.0)	6 (20.7)
Rotación Tronco	Intervención	19 (63.3)	9 (30.0)	21 (70.0)	6 (20.0)
	Control	20 (69.0)	6 (20.7)	17 (58.6)	7 (24.1)
Presión Manos- extensión-rápida	Intervención	30 (100)	0 (0.0)	28 (93.3)	1 (3.3)
	Control	25 (86.2)	3 (10.3)	23 (79.3)	2 (6.9)
Mano-Nuca	Intervención	26 (86.7)	4 (13.3)	28 (93.3)	1 (3.3)
	Control	22 (75.9)	6 (20.7)	22 (75.9)	4 (13.8)
Mano-Espalda	Intervención	25 (83.3)	4 (13.3)	27 (90.0)	1 (3.3)
	Control	23 (79.3)	3 (10.3)	23 (79.3)	2 (6.9)
Agacharse con flexión	Intervención	11 (36.7)	4 (13.3)	9 (30.0)	5 (16.7)
	Control	10 (34.5)	9 (31.0)	11 (37.9)	8 (27.6)
Levantarse de una silla sin apoyo	Intervención	14 (46.7)	4 (13.3)	17 (56.7)	3 (10.0)
	Control	15 (51.7)	3 (10.3)	14 (48.3)	2 (6.9)
Traslaciones Piernas	Intervención	17 (56.7)	1 (3.3)	16 (53.3)	2 (6.7)
	Control	18 (62.1)	3 (10.3)	18 (62.1)	2 (6.9)
Apoyo contralateral Bipedestación	Intervención	19 (63.3)	1 (3.3)	25 (83.3)	1 (3.3)
	Control	20 (69.0)	5 (17.2)	20 (69.0)	3 (10.3)
Cruzar Piernas Sentado	Intervención	11 (36.7)	4 (13.3)	13 (43.3)	6 (20.0)
	Control	10 (34.5)	5 (17.2)	9 (31.0)	7 (24.1)
Puntillas- Talones de pie	Intervención	17 (56.7)	1 (3.3)	17 (56.7)	2 (6.7)
	Control	18 (62.1)	3 (10.3)	15 (51.7)	4 (13.8)
Puntillas- Talones sentado	Intervención	24 (80.0)	1 (3.3)	25 (83.3)	1 (3.3)
	Control	22 (75.9)	2 (6.9)	17 (58.6)	5 (17.2)

5.4.4. Análisis de las correlaciones entre las variables de participación

En la Tabla 18 se presentan los resultados del análisis correlacional entre las variables de control, recogidas en la hoja de registro de participación durante el programa. Los resultados señalan altas correlaciones entre todas las variables (asistencia, intervención, recuerdo, comprensión, atención e implicación).

Tabla 18. *Correlaciones de las variables de control recogidas durante el desarrollo del programa de intervención*

	Asistencia Total	Intervención Total	Recuerdo Total	Comprensión total	Atención Total	Implicación Total
Asistencia Total		.886**	.813**	.894**	.925**	.866**
Intervención Total			.849**	.893**	.909**	.889**
Recuerdo Total				.908**	.855**	.788**
Comprensión total					.948**	.846**
Atención Total						.905**
Implicación Total						.905**

** $P < .01$

5.5. DISCUSIÓN

El objetivo general de este trabajo ha sido poner en marcha un programa de intervención cuyo propósito es ofrecer recursos para tratar de prevenir y retrasar la dependencia funcional, en un grupo de personas mayoritariamente octogenarias y nonagenarias, y comprobar sus efectos. Para el diseño del programa se han tenido en cuenta algunos de los factores que la literatura previa ha relacionado con un

envejecimiento activo y con diferentes estrategias de afrontamiento que pueden prevenir la dependencia (Fernández-Ballesteros, 2009; Kahana y Kahana, 2003). En líneas generales, los resultados indican que el programa mejora el estado de ánimo de los participantes, ayuda a prevenir la dependencia funcional y a mantener las capacidades conservadas de los mayores con diferentes niveles de dependencia funcional.

Los cambios demográficos que se están produciendo en el mundo, prevén que aumente considerablemente el número de personas que necesiten ayuda en las ABVD. Personas con al menos 3 enfermedades crónicas, tienen más riesgo de depender de otra persona para su cuidado, que los individuos sin comorbilidad, y los mayores de 75 años tienen un riesgo mucho más alto (Koller et al., 2014). Como consecuencia, la OMS (2002) en el marco de su estrategia de envejecimiento activo, enfatiza la importancia de la prevención, defendiendo las actuaciones sobre las enfermedades causantes de deterioro funcional y, si éstas aparecen, evitando que evolucionen hacia la discapacidad y la dependencia funcional.

En términos globales, las políticas de envejecimiento activo contribuyen al desarrollo económico y a la competitividad de los países. No obstante, para conseguir este objetivo es necesario que las instituciones favorezcan la puesta en marcha de programas que promuevan hábitos de vida saludable, físicos y mentales, en estos grupos de edad. Entre los proyectos que promueven la participación activa de las personas mayores hay que destacar *The Experience Corps Project*, *Insolation to inclusion Senior Empower*, *Senior European Volunteers Exchange Network* and *Age Friendly Cities* (OMS, 2007). Concretamente, en España se han desarrollado diferentes programas que promueven la participación activa, siendo el programa *Vivir con vitalidad*, uno de los más destacados (Fernández-Ballesteros, 2002). Todos estos programas desarrollan actividades enfocadas a

la participación activa relacionada con el ocio, la actividad física y la promoción de la salud.

Sin embargo, se ha encontrado poca literatura que trate el tema del envejecimiento activo en relación a los resultados obtenidos en programas dirigidos a la población de edad avanzada (octogenarios y nonagenarios) y, sobre todo, que se centren preferentemente en la dependencia funcional y en el bienestar emocional, como es el caso del Programa “*Convivir con la dependencia y el bienestar*”. Esto ha sido lo que ha motivado a llevar a cabo este estudio.

El programa que hemos desarrollado incluye tres contenidos básicos: educación para la salud, prevención del estado de ánimo negativo y aumento de la actividad física. Además, se ha querido comprobar si, programas de estas características, pueden ser efectivos en los grupos de mayor edad de la población que presenten algún grado de dependencia funcional. La muestra puede ser considerada representativa de la población española de este grupo etario: mayoritariamente mujeres, con dependencia de leve a moderada, viudas, con nivel socio-económico medio y estudios primarios, creyentes y que ingresan en una residencia por falta de un cuidador o aumento en el deterioro funcional. Actualmente, las mujeres españolas son las más longevas de la Unión Europea, con una esperanza de vida al nacer de 85,1 años (Zamarrón-Cassinello, 2013).

Los resultados indican que el programa ha sido especialmente eficaz en la mejora del estado de ánimo, en concreto, se han conseguido reducir los niveles de ansiedad y se ha aumentado la autoestima y la percepción de autoeficacia. Especialmente interesante es el resultado de los niveles de dependencia: encontramos que el grupo que participa en el programa mantiene dicho nivel, pero el grupo control experimenta un empeoramiento. Finalmente, también se observa una reducción de los valores de presión arterial

(especialmente la sistólica) y una mejoría en la realización de los gestos funcionales, que tienen como consecuencia una mejora en las capacidades físicas y en la movilidad, cuyo efecto se puede atribuir al programa de intervención.

Si bien es verdad que algunos de estos efectos han sido moderados (nivel de dependencia y presión sanguínea), se ha de entender que apoyan la conveniencia de este tipo de programas, teniendo en cuenta la población con la que se ha trabajado. No obstante, se trata de un estudio preliminar del que, además, debe realizarse un seguimiento a medio plazo para comprobar si se mantienen dichos efectos.

En contra de lo esperado, no ha habido cambios significativos en los niveles de depresión. Saito et al. (2008) encuentran que, la mejora en la capacidad para la realización de las actividades diarias, disminuye la sintomatología depresiva en personas mayores. Una posible explicación para los resultados de nuestro trabajo es que la sintomatología depresiva es bastante moderada en esta muestra y, por ello, es difícil encontrar cambios apreciables. También era esperable un aumento en la percepción de la salud para el grupo de intervención. No obstante, a pesar de que no hemos encontrados diferencias estadísticamente significativas, los valores medios sí son compatibles con esta tendencia. Es decir, el grupo que participó en el programa de intervención percibió una mejora en la salud al final del programa, que no estaba presente en el grupo control.

Por otra parte, era previsible que no hubiese cambios en el estado nutricional, ni en el estado cognitivo. En el primer caso, al tratarse de personas institucionalizadas, mantienen una dieta bastante homogénea. En el segundo caso, el programa no ha incluido ningún módulo de entrenamiento cognitivo.

Con respecto al peso y al índice de masa corporal, hemos de señalar que el objetivo fundamental del programa de actividad física fue aumentar la flexibilidad y la movilidad, y

no disminuir el sobrepeso. La literatura anterior demuestra que existe una fuerte evidencia sobre el efecto positivo del entrenamiento físico sobre la fuerza muscular y la movilidad (Rydwik et al., 2004), además de los efectos beneficiosos de los ejercicios de entrenamiento de fuerza para prevenir la dependencia funcional (Rolland, Dupuy, Abellan van Kan, Gillette y Vellas, 2011). Una premisa fundamental tenida en cuenta en el diseño del programa de intervención es que, los programas de ejercicio físico en personas de edad avanzada, deben ser personalizados y adaptados a las capacidades funcionales de cada participante (Fairhall et al., 2011).

Diseñar intervenciones para prevenir el deterioro funcional tiene el potencial, no solo de generar ahorro en los cuidados de salud, sino también de disminuir los problemas físicos, emocionales, sociales y financieros atribuibles a la discapacidad y la dependencia funcional (Gill *et al.*, 2002). La aportación práctica de este trabajo es que se ha conseguido aumentar la calidad de vida potenciando el desarrollo personal, promoviendo el aumento de las capacidades funcionales conservadas y facilitando la atención proactiva en personas octogenarias y nonagenarias, lo que pone de manifiesto que, si estas personas no presentan deterioro cognitivo, pueden seguir aprendiendo. Este programa proporciona a las personas muy mayores, por un lado, herramientas y recursos para mejorar el bienestar físico y emocional. Y por otro lado, ayuda a los profesionales a tomar consciencia de que forman parte de un ambiente facilitador y no de sustitución.

El objetivo de los profesionales que atienden a personas con dependencia funcional debe centrarse en facilitar la realización de las actividades básicas de la vida diaria, en lugar de realizarlas por el paciente, a menos que no se conserven las capacidades funcionales, evitando de este modo un mayor deterioro de los niveles funcionales. De ahí la importancia de enfocar los programas hacia la prevención y la atención proactiva.

Los puntos fuertes de este estudio son el compromiso de los sujetos con el plan de actividades que se han realizado durante su desarrollo, el tratarse de un programa que puede incorporarse a la dinámica de las instituciones, y la posibilidad de ser aplicado a personas en situaciones de especial vulnerabilidad (edad y nivel de dependencia). Además, está diseñado teniendo en cuenta una de las premisas más importantes de la Política Marco sobre Envejecimiento Activo desarrollada por la OMS: “*prevenir y reducir la carga de la discapacidad, la enfermedad crónica y el declive funcional en las personas que envejecen*” (OMS, 2002 p.47)

Podemos destacar los siguientes aspectos positivos del programa: a) se puede aplicar a una población mayor de 75 años, con diferentes niveles de dependencia funcional, b) no necesita de recursos especiales (clínicos, materiales y profesionales), para su aplicación, diferentes a los disponibles en las instituciones, c) promueve cambios proactivos en las dimensiones físicas y emocionales de la salud, y d) genera altos grados de adherencia a la intervención.

En conclusión, y de manera general, se puede afirmar que el programa “*Convivir con la dependencia y el bienestar*” es innovador en la atención integral bio-psicosocial en personas octogenarias y nonagenarias que están institucionalizadas, está basado en la práctica real, y es eficaz para aumentar la autoestima y la autoeficacia, variables que influyen positivamente para mejorar las capacidades funcionales y el bienestar emocional, mejorando los niveles de ansiedad y retrasando la dependencia funcional. Es por tanto, una intervención válida en personas de edad muy avanzada y confirma que las personas muy mayores pueden seguir aprendiendo.

No obstante, se trata de un estudio piloto cuyos resultados son preliminares y es necesario realizar un seguimiento a lo largo del tiempo para comprobar sus efectos a

medio y largo plazo, por ejemplo, transcurridos tres meses y un año. También sería conveniente disponer de un grupo de control más riguroso, en cuanto a la edad, el género y el nivel de dependencia funcional. Por otra parte, estudios futuros deberían considerar la eficacia de los distintos componentes del programa de manera independiente, así como, la posibilidad de incluir nuevos módulos enfocados a prevenir la dependencia. También, sería interesante aplicar el programa a otras muestras con edades diferentes, o personas no institucionalizadas.

Además de las señaladas anteriormente, una de las limitaciones de este estudio fue no poder medir la fuerza muscular con un dinamómetro y los rangos articulares con un goniómetro, en la valoración pre y post intervención. Hubiera sido deseable comprobar estas medidas, con la finalidad de tener datos más objetivos que midan las mejoras que puede aportar el programa de ejercicio físico.

No obstante, la línea de trabajo es proponer la aplicación del programa de intervención “*Convivir con la dependencia y el bienestar*”, tanto en personas mayores con dependencia leve que vivan en sus domicilios, como en personas mayores frágiles sin dependencia funcional, así como en pacientes que presenten patologías concretas como las enfermedades cardiovasculares y respiratorias.

5.6. CONCLUSIONES

1.- Encontramos que el grupo de participantes que han seguido el programa, en comparación con los que no lo siguieron, han mejorado su nivel de autoestima y autoeficacia, y han presentado una disminución en los niveles de ansiedad psíquica y somática.

2.- Los participantes que han seguido el programa, mantienen y mejoran las capacidades físicas y funcionales, mientras que los participantes que no lo han seguido, han empeorado, aumentando el nivel de dependencia funcional.

3.- Se evidencia que el programa ayuda a mejorar la autopercepción de la salud, teniendo un efecto mayor en el grupo que lo recibe.

4.- La participación en el programa no tiene una influencia significativa en la sintomatología depresiva, la percepción de apoyo social o las puntuaciones en deterioro cognitivo.

5.- En cuanto al programa de ejercicio físico, encontramos que los participantes que han recibido el programa, mejoran las cifras de presión arterial sistólica, reduciéndolas, mientras que los participantes que no lo han recibido, presentan un aumento. Asimismo, los participantes del GI presentan una mejoría en la realización de los gestos funcionales.

CAPÍTULO 6

DISCUSIÓN GENERAL

6.1. DISCUSIÓN GENERAL

El fenómeno de la dependencia es un proceso complejo, cuyo abordaje requiere intervenciones multidisciplinarias y adaptadas a las capacidades funcionales de las personas mayores con diferentes niveles de dependencia. En este grupo de población mayor, la dependencia funcional es una de las principales causas de malestar, por sus consecuencias supone un grave problema social que, en la actualidad, está provocando un aumento de la institucionalización de este colectivo (Díaz-Martín, 2009).

La institucionalización es una variable que puede empeorar la situación del anciano, ocasionando una considerable disminución de la calidad de vida, repercutiendo negativamente en la realización de las ABVD y, por tanto, en el bienestar emocional. Según Meléndez et al. (2012), la institucionalización para las personas mayores independientes y con dependencia leve, que necesitan ayudas de tipo parcial, es contraproducente, porque puede empeorar su situación. Por ello, plantean que las personas mayores permanezcan en sus entornos habituales.

Sin embargo, cuando no es posible mantenerlos en su entorno y tienen que ser institucionalizados, surge la necesidad de diseñar planes individuales de atención y programas de intervención, cuyo objetivo principal es retrasar el mayor tiempo posible las situaciones de dependencia y sus consecuencias. De este modo, sería posible transformar el entorno institucional en una variable protectora, al proporcionar a los profesionales herramientas que les faciliten gestionar los cuidados, creando un entorno de capacitación, en el que las personas mayores adquieran habilidades y destrezas que les capaciten para mejorar su autonomía personal, autoestima y autoeficacia, y disminuir así, la dependencia funcional.

Los ancianos dependientes son los que más problemas presentan y necesitan un cuidado profesional muy cualificado. En el mundo institucional, en el que las relaciones personales son superficiales, algunos de los usuarios se ven abocados a una enorme angustia y soledad existencial, que se agrava por su situación de vulnerabilidad. Afortunadamente, se ha avanzado mucho en los cuidados de salud y los recursos técnicos para mejorar la situación de las personas dependientes. Sin embargo, todavía se sigue descuidando la dimensión emocional y subjetiva, que es fundamental para que estas personas puedan vivir una vida digna y de permanente crecimiento personal en entornos favorables adecuados.

El envejecimiento saludable, entendido como el proceso de desarrollar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez, (OMS, 2015, p.14), tiene como objetivo optimizar la capacidad funcional (OMS, 2015, p.20). En base a esta premisa, y a la definición de envejecimiento activo planteada por Rodríguez-Artalejo (2011, pag.2), “*Vivir más tiempo sin discapacidad grave y con sensación de bienestar*”, se ha desarrollado esta investigación, que consta de dos estudios.

En el primer estudio, el objetivo general ha sido evaluar el bienestar subjetivo y el estado de salud en personas institucionalizadas y mayores de 65 años, con diferentes niveles de dependencia funcional, y se han estudiado los factores que están relacionados con la dependencia funcional. Así mismo, se han comprobado las diferencias en los niveles de depresión y ansiedad, los niveles de ansiedad ante la muerte, el grado de satisfacción vital, la percepción de la calidad de vida relacionada con la salud y la percepción de apoyo social.

Los resultados obtenidos ponen de manifiesto que, a mayor edad, encontramos mayores niveles de dependencia. Del mismo modo, las personas con mayores niveles de

dependencia, presentan mayor sintomatología depresiva y ansiedad ante la muerte, mayor deterioro en la movilidad y en el mantenimiento del autocuidado, una percepción más deficiente de la calidad de vida relacionada con la salud física y una peor actitud hacia el propio envejecimiento.

Según Lourenço et al. (2012), los indicadores que aumentan la posibilidad de desarrollar incapacidad funcional son ser mujer, tener 85 o más años, vivir solo o ser viudo, tener un bajo nivel educativo y una baja participación en actividades sociales, aislamiento social, soledad, enfermedades crónicas mal controladas, depresión, artrosis, dificultad para mantener una buena nutrición, un estilo de vida sedentario, falta de actividad física y reducción de las ABVD. La mayoría de estos indicadores coinciden con las características de la muestra estudiada en esta investigación: ser mujer, octogenarias, que saben leer y escribir o con estudios primarios, de un nivel socioeconómico medio, viudas, con bajos niveles de actividad física y con una baja participación en las actividades organizadas en los centros. Estos resultados indican que se podría establecer un perfil de usuario susceptible de ser incluido en la realización de programas que retrasen la pérdida de capacidades, como es el caso del programa “*Convivir con la dependencia y el bienestar*” y que se ha diseñado y aplicado en el segundo estudio de esta investigación.

En ciencias de la salud, el constructo bienestar (*well-being*), tiene una larga trayectoria desde que, en 1985, la OMS definiera la salud, no sólo como la ausencia de enfermedad, sino como un estado de bienestar físico, mental y social. Se preparó el camino para la investigación de la salud en sentido positivo cuando, a los índices de salud usados hasta entonces, los de mortalidad o morbilidad, se les añadieron los de bienestar y calidad de vida.

La calidad de vida es un constructo multidimensional, que puede definirse como un estado de satisfacción general derivado de la realización de potencialidades de las personas (Ardila, 2003). Se trata de una sensación subjetiva de bienestar físico, psicológico y social que incluye aspectos subjetivos (intimidad, expresión emocional, seguridad percibida, productividad personal y salud percibida) y aspectos objetivos (bienestar material, relaciones armónicas con el ambiente físico, social y con la comunidad y salud objetivamente percibida). Su dimensión objetiva se refiere a la disponibilidad de bienes y servicios, mientras que la dimensión subjetiva se refiere a la valoración de la dimensión objetiva (bienes y servicios) en relación a la propia vida.

El concepto global de calidad de vida incluye, por un lado, al bienestar como componente subjetivo de dicho concepto (García-Viniegras y González, 2000; Liberalesso, 2002), y estaría formado por un componente cognitivo, es decir, la satisfacción vital, ya sea de manera global o por ámbitos de la vida, y un componente afectivo, entendido como la presencia de sentimientos positivos (felicidad) (Arita, 2005; Javaloy, Páez y Rodríguez, 2006). Y por otro lado, la salud autopercebida (Lorenzo, Millán-Calenti, Lorenzo-López, Sánchez y Maseda, 2013).

Los resultados del primer estudio indican también que, la calidad de vida relacionada con la salud, está asociada con el deterioro de la función física y la autopercepción de la salud física general. Así mismo, los participantes manifiestan que están satisfechos con su vida en general, sin embargo, al pasar el tiempo (un año y medio) refieren tener menos satisfacción con la vida. Estos resultados pueden explicarse, según Borg et al. (2008) porque la satisfacción con la vida tiene una mayor asociación con la salud general y la autoestima, que con la disminución de la capacidad funcional.

Según Dobrzyn- Matusiak, Marcisz, Bąk, kulik y Marcisz (2014), la percepción de la salud está relacionada con el entorno en el que se presta la atención (institución y domicilio). En su investigación encontraron que los ancianos institucionalizados presentaban mejor percepción de la salud, más seguridad personal y estabilidad, que los ancianos que vivían en su domicilio. Estos autores afirman que, en los centros de larga duración (residencias/nursing home), se garantiza la asistencia de enfermería y las consultas médicas, y se administran tratamientos adecuados y, como consecuencia, los usuarios expresan su satisfacción con la salud en general y sentimientos de bienestar. En cambio, los ancianos que presentaban limitaciones y necesitaban ayuda para realizar las ABVD y AIVD y que vivían en sus domicilios, evaluaron peor su salud, manifestaron sentimientos de aislamiento social, soledad y tenían menos capacidad para manejarse en el domicilio.

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos en relación a la satisfacción con la vida, la calidad de vida y la percepción de la salud física y la salud en general, se puede afirmar que estas características, también se podrían incluir en el perfil de persona susceptible de recibir intervenciones enfocadas a retrasar la dependencia funcional. Es decir, serían candidatas a recibir este tipo de intervenciones, aquellas personas que tengan menos satisfacción con su vida, y/o perciban peor su calidad de vida relacionada con la salud física y la salud general.

A partir de los resultados encontrados en el primer estudio, de esta investigación, se ha diseñado y aplicado un programa de intervención centrado en la prevención de la dependencia, a un grupo de personas de 75 a 99 años e institucionalizadas, con diferentes niveles de dependencia (independientes, dependencia moderada, dependencia severa-total). Éste ha sido el objetivo general del segundo estudio de esta investigación, es decir,

se ha examinado el efecto del programa en un grupo de personas con diferentes niveles de dependencia funcional, sobre las capacidades funcionales y emocionales (depresión, ansiedad, autoestima, autoeficacia, satisfacción con la vida, percepción de la salud y percepción del apoyo social), la aceptación y la satisfacción con las condiciones de vida y en la prevención y retraso de la dependencia funcional.

Una de las principales características claves de este programa es la multidisciplinariedad. Está diseñado, como indica la literatura existente (Jonker et al, 2015; Pérez-Castejón et al., 2007; Segura, 2007), para que intervengan distintos profesionales en los diferentes niveles de actuación, y de acuerdo a las competencias propias de cada profesión (enfermeros, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, psicólogos, médicos y auxiliares de enfermería), lo que permite una atención integral, holística y bio-psico-social de los participantes. Además, no requiere de más recursos materiales y personales de los que existen en las instituciones (residencias, nursing home) para su puesta en funcionamiento y aplicación.

En este estudio han participado dos grupos, uno que recibe el programa de intervención "*Convivir con la dependencia y el bienestar*" y otro que no recibe el programa de intervención (en lista de espera). El programa consta de dos tipos de intervenciones, una enfocada a mejorar el bienestar físico, en la que se practican diferentes ejercicios físicos, y otra enfocada a mejorar el bienestar emocional. Esta última se ha desarrollado en nueve sesiones con contenidos diferentes, enfocados a cómo superar la situación de dependencia, enseñándoles a explorar sus capacidades y promoviendo el desarrollo personal de las personas con dependencia funcional.

Para llevar a cabo la promoción del desarrollo personal, en las sesiones diseñadas para este fin, se realizan diversas actividades para recuperar la confianza en sí mismo. Se

exploran las capacidades funcionales perdidas y las conservadas, el nivel de dependencia funcional que presentan, el tipo de ayuda que necesitan, cómo se sienten y, se trabaja la autoestima y la autoeficacia. Por último, se ayuda a los participantes a que piensen en un objetivo de vida adecuado a las capacidades funcionales conservadas.

En cuanto a las intervenciones enfocadas al bienestar emocional, las sesiones se han diseñado en función de cuatro temáticas principales: a) educación para la salud (concepto de dependencia, hábitos saludables, educación en autocuidado), b) prevención del estado de ánimo negativo (regulación emocional, optimismo, control de la ira y ansiedad, e importancia del buen humor), c) habilidades sociales (relaciones interpersonales, manejo de situaciones problemáticas e inteligencia emocional), y d) actividades agradables (musicoterapia).

Por otra parte, el diseño de las intervenciones enfocadas al bienestar físico se ha realizado teniendo en cuenta las características de los participantes que formaron la muestra del Estudio 1. Esta intervención se basa en ejercicios aeróbicos adaptados a la edad y a las capacidades funcionales conservadas, realizados en dos sesiones semanales de 30 minutos. Cada sesión incluye un entrenamiento completo: calentamiento, ejercicios de flexibilidad, coordinación, fuerza muscular, resistencia, enfriamiento y relajación.

Las intervenciones recogidas en el diseño del programa “*Convivir con la dependencia y el bienestar*” han demostrado ser efectivas, tanto en la mejora del bienestar físico y emocional, como en el mantenimiento de las capacidades funcionales.

Los resultados obtenidos indican, en términos generales, que el programa mejora el estado de ánimo de los participantes y ayuda a prevenir la dependencia funcional, y a mantener las capacidades conservadas de las personas octogenarias y nonagenarias con diferentes niveles de dependencia funcional. En este sentido, se puede afirmar que las

personas que han participado en el programa presentan, por un lado, una disminución en los niveles de ansiedad, manifiestan un aumento en la autoestima y la percepción de la autoeficacia para envejecer y, por otro lado, mantienen los niveles de dependencia funcional, mejoran la realización de los gestos funcionales y aprecian una mejora en la percepción de la salud, en general, mientras que los participantes del grupo control, experimentan un empeoramiento en las capacidades funcionales.

También, ha demostrado ser eficaz en cuanto a las intervenciones enfocadas al bienestar físico. Las sesiones diseñadas para este fin han demostrado, por un lado, que los participantes han mejorado en la ejecución de los gestos funcionales que intervienen en la realización de las ABVD y mantienen las capacidades funcionales conservadas y, por otro lado, que disminuye los niveles de presión arterial sistólica.

Es importante destacar que los efectos del programa han sido altos en cuanto a la disminución de la ansiedad psíquica y, el aumento de la autoestima y la autoeficacia, además, se ha encontrado un efecto moderado para la presión arterial y en cuanto a los niveles de dependencia la tendencia es a mejorar. A la vista de estos resultados obtenidos se ha de entender que esta intervención apoya la conveniencia de este tipo de programas diseñados específicamente para personas mayores de 75 años. Estos resultados están en la línea de las claves que proponen Pérez-Cuevas et al. (2015), que concretamente plantean que, la participación en un programa de envejecimiento activo, puede mejorar la calidad de vida relacionada con la salud, la actividad física regular y la realización de actividades de ocio.

La autoestima es uno de los mayores predictores de la satisfacción vital. Expresa autoevaluación y autosatisfacción con lo que se es, por lo que se considera que la autoestima es una expresión importante del bienestar emocional (Murillo y Molero, 2012),

y también tiene una relación recíproca con la competencia física, es decir, el aumento de las capacidades físicas mejora la autoestima y, por tanto, el bienestar psicológico (Fagerström et al., 2007; Kamegaya et al., 2014; Wang et al., 2014). Del mismo modo, la autoeficacia, como factor personal que representa las creencias individuales que se tienen sobre las habilidades para cumplir tareas específicas, influye en los resultados del bienestar y de la salud (Olson et al., 2014).

Además, en el programa se utilizan estrategias basadas en el autocuidado (self-care) de manera que, los participantes adquieren actitudes de proactividad para mantener y recuperar las capacidades funcionales afectadas, llegando a ser más activos en el desempeño de las ABVD. El hecho de tener disminuidas las capacidades funcionales, no es necesariamente sinónimo de enfermedad, aunque implica una mayor vulnerabilidad a los cambios y a los contextos desfavorables o adversos (Ferrer, Santamaría, Fernández y Salazar, 2014). Por este motivo, es necesario dotar a las personas mayores de recursos personales y emocionales que les faciliten adaptarse a la situación de dependencia y, como consecuencia, aumentar el bienestar.

El programa estaría incluido en el cuarto nivel de la taxonomía de actividades sociales propuesta por Levasseur, Richard, Gauvin y Raymond (2010), en el que se realiza una actividad con otras personas, persiguiendo un objetivo común y fomentando la participación social. Este tipo de participación implica que, las personas mayores dependientes, desarrollen una actividad que les permita continuar aprendiendo y, al mismo tiempo, desarrollar sus intereses, disfrutando de las actividades agradables que pueden realizar por sí solas. En el caso concreto del programa diseñado en esta investigación, se ha introducido como actividad agradable la musicoterapia.

Las investigaciones anteriores han demostrado la efectividad de la música en la mejora de los índices psicofisiológicos asociados al estrés (Lai et al., 2013), en la reducción de los niveles de ansiedad y depresión (Fachner, 2014), además de los efectos positivos sobre la salud, concretamente, mejorando los signos vitales, los niveles de hormonas, linfocitos, neurotransmisores e inmunoglobulinas, y las respuestas del sistema inmunitario (Fancourt, Ockelford y Belai, 2014).

Por último, podemos resaltar que, a edades avanzadas, las personas se pueden beneficiar de este tipo de programas, especialmente los que están enfocados a la promoción de la salud y a la prevención de la dependencia, impulsando pequeñas mejoras a corto plazo. Esta idea es coherente con la que mantienen Baztán et al. (2009), cuando plantean que los programas de educación que se basan en la autogestión, pueden conducir a pequeños cambios, mejorando la autoeficacia, la percepción de la salud y aumentando la frecuencia en la realización de ejercicio físico. Además, se confirma que los mayores, a edades avanzadas, pueden seguir aprendiendo.

No obstante, esta investigación es un estudio preliminar que necesita replicarse para confirmar los resultados obtenidos. También sería conveniente analizar de forma individual cada una de las sesiones, para verificar sus efectos en los niveles de dependencia funcional.

Una de las limitaciones de este estudio ha sido la disminución de participantes en el seguimiento del Estudio 1, esto ha dificultado analizar las diferencias entre los diferentes grupos de dependencia funcional, al no poder mantener los grupos en la fase 2. Otra de las limitaciones está relacionada con el Estudio 2, al no poder comprobar si los resultados del programa se han mantenido en el tiempo a medio y largo plazo. No obstante, los resultados ponen de manifiesto la eficacia del programa *Convivir con la Dependencia y el bienestar*,

abriendo futuras líneas de trabajo. Una de estas líneas es proponer, a partir de los resultados obtenidos en esta investigación, las premisas preliminares que nos llevarían a desarrollar una nueva estrategia de cuidados e intervenciones, enfocadas a mantener las capacidades funcionales en la vejez dependiente y, a partir de ahí, elaborar un modelo: Modelo de capacitación en el envejecimiento dependiente.

El objetivo prioritario de estas intervenciones sería mejorar el bienestar físico y emocional de las personas mayores con diferentes niveles de dependencia. Con este programa se pone de manifiesto que se pueden realizar intervenciones que consiguen que los ancianos dependientes sean proactivos para conservar sus capacidades, se capacita para mejorar el autocuidado y la autoestima, basándose en las premisas de los modelos de envejecimiento con éxito proactividad preventiva y correctiva de Kahana y kahana (2003), modelo multidimensional-multinivel de envejecimiento activo de Fernández-Ballesteros (2002), modelo de promoción de la salud de Nola J. Pender (2006) y otros modelos que se centran en el aprendizaje del adulto mayor y en el cuidado centrado en la persona.

6.2. CONCLUSIONES

Las conclusiones finales derivadas de los dos estudios que conforman este trabajo de Tesis son:

1.- Encontramos una relación directa entre el nivel de dependencia funcional y el nivel de malestar. Concretamente se ha encontrado que, a mayor nivel de dependencia funcional, mayor sintomatología depresiva, peor percepción de la salud física y de la función social, peor movilidad y menor capacidad para autocuidarse.

2.- Nuestros resultados muestran que, tras un período de año y medio, los participantes han presentado puntuaciones más bajas en la satisfacción vital y una peor

percepción de su salud en general. Concretamente, en la segunda medida, los participantes están menos satisfechos con su vida, tienen peor percepción de su salud en relación a su función física y peor percepción de su rol físico y de su función social.

3.- No se han encontrado cambios en la segunda valoración en los niveles de ansiedad, ansiedad ante la muerte, percepción de apoyo social, ni depresión. No ha habido modificaciones en el funcionamiento cognitivo, ni en la percepción de salud mental, en los participantes evaluados en la segunda fase, sin embargo, en este caso los resultados no son concluyentes para estas dos variables, puesto que, uno de los motivos de la reducción de la muestra fue, precisamente, el empeoramiento en el deterioro cognitivo.

4.- Se evidencia que los mayores niveles de dependencia funcional de la segunda medida se corresponden con las personas que, en la primera evaluación, presentaron mayores puntuaciones en deterioro cognitivo y una peor percepción de la salud en general, de la salud física y función física, pérdida del rol físico y de la función social.

5.- El programa de intervención “*Convivir con la dependencia y el bienestar*” consigue mejorar la autoestima y autoeficacia, disminuye los niveles de ansiedad psíquica y somática, mejora las capacidades físicas y funcionales, y disminuye los niveles de presión arterial sistólica

6.- El programa no muestra resultados significativos en la sintomatología depresiva, la percepción de apoyo social, ni el deterioro cognitivo.

En conclusión, el programa “*Convivir con la Dependencia y el bienestar*” ha sido diseñado de acuerdo con los objetivos claves de los modelos de envejecimiento activo, que incluyen entre otros componentes, la educación para la salud, la prevención del estado de ánimo negativo, el aumento de la actividad física y de la participación social y la realización de las actividades agradables. Este programa es de gran utilidad para realizar

intervenciones en personas mayores de 75 años, con diferentes niveles de dependencia, ya que contribuye a que estos grupos de edad sean proactivos, mantengan y retrasen la pérdida de las capacidades funcionales que aún estén conservadas, y mejoren el autocuidado a través del aumento de la autoestima y la autoeficacia para envejecer.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alonso, J. (2002). *Adaptación de la versión española del Cuestionario de Salud SF-12*.

Barcelona: Instituto Municipal de Investigación Médica.

Abanto, J. J. y Reuss, J.M. (2000). *Demografía del paciente crónico: Situación actual de la dependencia. Medicina Geriátrica en Residencias*. Madrid: EDIMSA.

Abalos Medina, G. M., Ruiz Villaverde, G., Sánchez Cano, D., Ruiz Villaverde, R., Ocaña Peinado, F. y Villaverde-Gutiérrez, C. (2010). Nivel funcional y calidad de vida en espondilitis anquilosante. Estudio piloto tras 16 semanas de tratamiento anti-TNF. *Rev. Esp. Geriatr. Gerontol.*, 45 (6), 331–334. Recuperado de <http://doi.org/10.1016/j.regg.2010.04.010>

Abellán García, A. y Puga González, M.D. (2001). *Dependencia y Necesidades asistenciales de las Personas Mayores en España. Previsión al año 2010*. Madrid: Fundación Pfizer y el Consejo Superior de Investigaciones Científicas.

Abellán García, A., Esparza Catalán, C. y Pérez Díaz, J. (2011). Evolución y estructura de la población en situación de dependencia. *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 29 (1), 43-67.

Abizanda Soler, P. (2010). Actualización en fragilidad. *Rev. Esp Geriatr Gerontol*, 45 (2), 106-110

Abizanda Soler, P., López-Torres Hidalgo, J., Romero Rizo, L., López Jiménez, M., Sánchez Jurado, P.M., Atienzar Núñez, P. (...) y Oliver Carbonell, J.L. (2011). Fragilidad y dependencia en Albacete (estudio FRADEA): razonamiento, diseño y

metodología. *Rev Esp Geriatr Gerontol.*, 46 (2), 81–88. doi:
10.1016/j.regg.2010.10.004

Albarrán Lozano, I. y Alonso González, P. (2006). Clasificación de las personas dependientes a partir de la encuesta de discapacidades, deficiencias y estado de salud de 1999. *Rev. Esp. Salud Pública*, 80 (4), 349-360.

Alfonso Silguero, S.A., Martínez Reig, M., Gómez Arnedo, Ll., Juncos Martínez, G., Romero Rizos, L. y Abizanda Soler, P. (2014). Enfermedad crónica, mortalidad, discapacidad y pérdida de movilidad en ancianos españoles: estudio FRADEA. *Rev. Esp. Geriatr. Gerontol.*, 49 (2), 51–58.

Almansa Martínez, P. (2003). La Terapia musical como intervención enfermera. *Enfermería Global*, 2, 1-8.

Alonso Martínez, A., Del Valle Soto, M., Cecchini Estrada, J.A. e Izquierdo, M. (2003). Asociación de la condición física saludable y los indicadores del estado de salud (I). *Archivos de Medicina del Deporte*, XX (96), 339-345.

Alonso, J., Prieto, L. y Antó, J.M. (1995). La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Medicina Clínica*, 104 (20), 771-776.

Arai, H., Ouchi, Y., Yokode, M., Ito, H., Uematsu, H., Eto, F. (...) y Kita, T. (2012). Toward the realization of a better aged society: Messages from gerontology and geriatrics. *Geriatr Gerontol Int*, 12 (1), 16-22. doi: 10.1111/j.1447-0594.2011.00776.x

- Ardila, R. (2003). Calidad de vida: una visión integradora. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 35(2), 161-164. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80535203>
- Arita, B. (2005). Satisfacción por la vida y teoría homeostática del bienestar. *Psicología y Salud*, 15(1), 121-126.
- Arnold, J., Dai, J., Nehapetyan, L., Arte, A., Johnson, M. A., Hausman, D. (...) y Poon, L. W. (2010). Predicting successful aging in a population-based sample of Georgia centenarians. *Current Gerontology and Geriatrics Research*, 1-9. doi:10.1155/2010/989315
- Arranz, P., Barbero, J.J., Barreto, P. y Bayés, R. (2003). *Intervención emocional en cuidados paliativos. Modelo y protocolos*. Barcelona: Ariel Ciencias Médicas.
- Atienza, F.L., Pons, D., Balaguer, I. y García-Merita, M. (2000). Propiedades psicométricas de la escala de satisfacción con la vida en adolescentes. *Psicothema*, 12 (2), 314-319.
- Ayala, A., Rodríguez Blázquez, C., Frades Payo, B, João Forjaz, M., Martínez Martín, P., Fernández Mayoralas, G. y Rojo Pérez, F. (2012). Propiedades psicométricas del Cuestionario de Apoyo Social Funcional y de la escala de Soledad en adultos mayores no institucionalizados en España. *Gac. Sanit.*, 26 (4), 317-324. doi: 10.1016/j.gaceta.2011.08.009
- Baltes, M.M. y Wahl, H. (1990). Dependencia en los ancianos. En L.L. Carstensen y B.A. Edelstein (Eds.), *Gerontología clínica. Intervención psicológica y social*. Barcelona: Martínez-Roca.

- Baltés, P.B. y Baltés, M.M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: the model of selective optimisation with compensation. En P.B. Baltés y M.M. Baltés, (Eds), *Successful aging: perspectives from the behavioral sciences*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Barry, A., McGwire, S. y Porter, K. (Ed.) (2015). *Global Age Watch Index 2015*. London: HelpAge International.
- Barsevick, A.M., Dudley, W.N. y Beck, S.L. (2006). Cancer-related fatigue, depressive symptoms and functional status: a mediation model. *Nurs Res*, 55 (5), 366-372.
- Barsevick, A.M., Pasacreta, J. y Orsi, A. (1995). Psychological distress and functional dependency in colorectal cancer patients. *Cancer Pract.*, 3 (2), 105-110.
- Baztán J.J., Pérez del Molino, J., Alarcon, T., San Cristóbal, E., Izquierdo, G. y Manzarbeitia, J. (1993). Índice de Barthel: Instrumento válido para la valoración funcional de pacientes con enfermedad cerebrovascular. *Rev Esp Geriatr Gerontol.*, 28, 32-40
- Baztán, J.J., Suárez-García, F.M., López- Arrieta, J., Rodríguez- Mañas, L. y Rodríguez- Artalejo, F. (2009). Effectiveness of acute geriatric units on functional decline, living at home, and case fatality among older patients admitted to hospital for acute medical disorders: metaanalysis. *BMJ*, 338:b50. doi:10.1136/bmj.b50
- Beers, M. H. y Berkow, R. (Eds). (2001). *Manual Merck Geriatria*. Barcelona: Ed. S.A. Elsevier España.

- Bellón Saameño, J.A., Delgado Sánchez, A., Luna del Castillo, J.D. y Lardelli Claret, P. (1996). Validity and Reliability of the Duke- UNC 11 questionnaire of Functional social support (spanish). *Atención Primaria*, 18 (4), 153-163.
- Berkman, B.J. (2011). Seizing Interdisciplinary Opportunities in the Changing Landscape of Health and Aging: A Social Work Perspective. *The Gerontologist*, 51 (4), 433-440. doi:10.1093/geront/gnr063
- Bermejo García, L. (2010). *Envejecimiento activo y Actividades socioeducativas con Personas Mayores. Guía de buenas prácticas*. Madrid: Editorial Médica Panamericana, S.A.
- Bermúdez, J. (1978a). Anxiety and performance. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 151, 183-207.
- Bermúdez, J. (1978b). Functional analysis of anxiety. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 153, 617-634.
- Bierman, A. y Statland, D. (2010). Timing, social support and the effects of physical limitations on psychological distress in Late Life. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.*, 65 (5), 631-639. doi: 10.1093/geronb/gbp 128.
- Blesa, R., Pujol, M., Aguilar, M., Santacruz, P., Bertran-Serra, I., Hernando, G. (...) y Normacodem Group. (2001). Clinical validity of the Mini-Mental State for Spanish- speaking communities. *Neuropsychologia*, 39, 1150-1157.
- Bohórquez, M.R., Lorenzo, M. y García, A.L. (2014). Actividad física como Promotor del Autoconcepto y la independencia personal en personas mayores. *Revista Iberoamericana de Psicología del Ejercicio y el Deporte*, 9 (2), 533-546.

- Bonafonte Calama, F. y De Pablos Miguel, C. (2009). La atención a mayores dependientes. Una visión desde el sindicalismo. En J. Álvarez Gregori, y J.F. Macías Núñez (Eds.), *Dependencia en Geriatría*. (pp. 155-172). Salamanca: Ediciones Universidad de Salamanca.
- Borg, C., Fagerström, C., Balducci, C., Burholt, V., Ferring, D., Weber, G., (...) y Hallberg, I.R. (2008). Life Satisfaction in 6 European Countries: The Relationship to Health, Self-Esteem, and Social and Financial Resources among People (Aged 65-89) with Reduced Functional Capacity. *Geriatric Nursing*, 29 (1), 48-57. doi: 10.1016/j.gerinurse.2007.05.002
- Borg, C., Hallberg, I.R. y Blomqvist, K. (2006). Life satisfaction among older people (65+) with reduced self-care capacity: the relationship to social, health and financial aspects. *J. Clin. Nurs*, 15(5), 607-618. doi: 10.1111/j.1365-2702.2006.01375.x
- Borowiak, E. y Kostka, T. (2004). Predictors of quality of life in older people living at home and in institutions. *Aging Clin. Exp. Res.*, 16 (3), 212-220. doi: 10.1007/BF03327386.
- Boudiny, K. (2013). Active ageing: From empty rhetoric to effective policy tool. *Ageing and Society*, 33 (6), 1077-1098. doi:10.1017/S0144686X1200030X
- Broadhead, W.E., Gehlbach, S.H., Degruy, F.V. y Kaplan, B.H. (1988). The DUKE-UNC Functional Social Support Questionnaire: Measurement of social support in family medicine patients. *Medical Care*, 26 (7), 709-723.

- Bueno, J. (2014). Proyecciones de la pirámide poblacional en España 2014-2065. Disponible en <http://www.crónicasdelenvejecimiento.com/2014/11/proyecciones-de-la-pirámide-poblacional.html>.
- Buzzini, M., Secundini, R., Gazzotti, A., Lía Giraldes, R., Arbildo Castro, R.A., Druetta, S., (...) y Li Mau, L. (2002). Validación del índice de Barthel. *Boletín del Departamento de Docencia e Investigación IREP*, 6 (1), 9-12.
- Cabañero, M.J., Richart, M., Cabrero, J., Orts, M.I., Reig, A., y Tosal, B. (2004). Fiabilidad y Validez de la Escala de Satisfacción con la Vida de Diener en una muestra de mujeres embarazadas y puérperas. *Psicothema*, 16 (3), 448-455.
- Cardozo Quintana, I.V. y Rondón Bernard, J.E. (2014). La salud desde una perspectiva psicológica. *Revista electrónica de Psicología Iztacala*, 17 (3), 1079-1107. Disponible en http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873_spa.pdf
- Carrobbles, J.A., Costa, M., Del Ser, T. y Bartolomé, P. (1986). *La práctica de la terapia de conducta*. Valencia: Promolibro.
- Casas Herrero, A. e Izquierdo, M. (2012). Ejercicio físico como intervención eficaz en el anciano frágil. *An. Sist. Sanit. Navar.*, 35 (1), 69-85.
- Castellano Fuentes, C.L. (2014). La influencia del apoyo social en el estado emocional y las actitudes hacia la vejez y el envejecimiento en una muestra de ancianos. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 14 (3), 365-377.

- Castellano-Tejedor, C., Costa Requena, G., Lusilla Palacios, P., y Barnola Serra, E. (2014). Calidad de vida en pacientes con dolor lumbar crónico. *Apuntes de Psicología*, 32 (1), 77-84.
- Cavill, N., Kahlmeier, S. y Racioppi, F. (Eds.). (2006). *Physical activity and health in Europe: evidence for action*. Denmark: WHO.
- Cebriá e Iranzo, M. A., Alan Arnall, D., Igual Camacho, C., Tomás, J. M. y Meléndez, J. C. (2013). Intervención fisioterápica preventiva del deterioro de la musculatura respiratoria en ancianas institucionalizadas con limitación funcional. *Arch Bronconeumol*, 49 (1), 1-9.
- Cheix Diéguez, M.C. (s.f.). *La dependencia funcional y el bienestar subjetivo en los adultos mayores chilenos: el rol moderador de los estilos de vida y el apoyo social*. (Tesis doctoral inédita). Pontificia Universidad Católica. Chile.
- Christensen, K., McGue, M., Petersen, I., Jeune, B. y Vaupel, J.W. (2008). Exceptional longevity does not result in excessive levels of disability. *PNAS*, 105 (36), 13274-13279. Recuperado de www.pnas.org/cgi/doi/10.1073/pnas.0804931105
- Codón, I. (2003). Segunda Asamblea Mundial sobre envejecimiento. *Revista del Ministerio de trabajo y Asuntos Sociales*, 42, 193-208. Recuperado de http://www. Empleo.gob.es/es/publica/pub_electronic
- Cohen, M. (2001). Happiness and humour. A medical perspective. *Aust Fam Physician*, 30 (1), 17-19.

- Contador, I., Fernández Calvo, B., Ramos, F., Tapias Merino, E. y Bermejo Pareja, F. (2010). El cribado de la demencia en atención primaria. Revisión crítica. *Rev Neurol*, 51 (11), 677-686.
- Crespo Guzmán, A., Hernández Esterlin, Y., Rowley Anderson, J. y Claro Pereira, N. (2012). Evaluación funcional y depresión en adultos mayores. Policlínico Universitario “René Bedia. Municipio Boyeros 2012. *Geroinfo*, 7 (3), 1-14.
- Daniels, R., Van Rossum, E., de Witte, L., Kempen, G.I. y van den Heuvel, W. (2008). Interventions to prevent disability in frail community-dwelling elderly: a systematic review. *BMC. Health Serv. Res*, 30 (8), 278-285. doi: 10.1186/1472-6963-8-278.
- Daubin, C., Chevalier, S., Séguin, A., Gaillard, C., Valette, X., Prévost, F., ... y Charbonneau, P. (2011). Predictors of mortality and short-term physical and cognitive dependence in critically ill persons 75 years and older: a prospective cohort study. *Health Qual Life Outcomes*, 9, 35-43. doi 10.1186/1477-7525-9-35
- De Miguel, A. y Pelechano, V. (1996). Programa Integrado de Entrenamiento en Habilidades Interpersonales para Ancianos. En V. Pelechano (Dir.), *Habilidades interpersonales. Teoría mínima y programas de intervención*. Vol. III. (pp. 801-879). Valencia: Promolibro.
- De la Fuente Sanza, M., Fernández de Santiago, F.J. y Navas Cámara, F.J. (2011). Descripción de la calidad de vida en una población anciana Institucionalizada. *Rev. Esp Geriatr Gerontol.*, 46 (2), 111–114. doi:10.1016/j.regg.2010.09.007

- De Linares Fernández, S. (2013). *Valoración de la influencia de variables psicológicas y estados emocionales en la implantación de progenitores hematopoyéticos en trasplante de médula. Efectos de un programa de Intervención Psicológica.* (Tesis Doctoral inédita). Universidad de Granada. Granada.
- Díaz Martín, R. (Coord.). (2009). *Las personas mayores en España. Datos Estadísticos Estatales y por Comunidades Autónomas. Informe 2008. Tomo I.* Madrid: Ed. Ministerio de Sanidad y Política Social. Secretaría General de Política Social.
- Díaz Martín, R. (2012). *Informe 2010. Las personas mayores en España Datos Estadísticos Estatales y por Comunidades Autónomas. Tomo I y Tomo II.* Bilbao: Ed. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Díaz-Veiga, P., Sancho, M., García, A., Rivas, E., Abad, E., Suárez, N., (...) Yanguas, J. (2014). *Efectos del Modelo de Atención Centrada en la Persona en la calidad de vida de personas con deterioro cognitivo de centros gerontológicos. Rev Esp Geriatr Gerontol., 49 (6), 266–271.*
- Diener, E. y Chan, M.Y. (2011). Happy people live longer: Subjective well-being contributes to health and longevity. *Applied Psychology: Health and Well-Being, 3 (1), 1–43.* doi:10.1111/j.1758-0854.2010.01045.x
- Diener, E.D., Edmmons, R.A., Larsen, R.J., y Griffin, S. (1985). The satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment, 49, 71-75.*
- Dillaway, H. D. y Byrnes, M. (2009). Reconsidering successful aging: A call for renewed and expanded academic critiques and conceptualizations. *Journal of Applied Gerontology, 28, 702–722.* doi:10.1177/0733464809333882

- Dobrzyn- Matusiak, D., Marcisz, C., Bąk, E., Kulik, H. y Marcisz, E. (2014). Physical and mental health aspects of elderly in social care in Poland. *Clinical Interventions in Aging*, 9, 1793-1802. <https://doi.org/10.2147/CIA.569741>.
- Dongil Collado, E. y Cano Vindel, A. (2014). Guía de autoayuda sobre tipos de intervención para manejar las emociones. Ed: Sociedad Española para el estudio de la Ansiedad y el Estrés
- Dorantes Mendoza, G., Ávila Funes, J.A., Mejía Arango, S. y Gutiérrez Robledo, L.M. (2007). Factores asociados con la dependencia funcional en los adultos mayores: Un análisis secundario del Estudio Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México, 2001. *Rev. Panam. Salud Publica*, 22 (1), 1–11.
- EDEFundazioia. (2009). *Envejecer con éxito: Prevenir la dependencia*. Gobierno Vasco. Recuperado de <https://www.fundacionede.org/...Envejecer-con-exito-prevenir-Dependencia.pdf>
- Elcoroaristizabal Martín, X., Busto Gómez, F., Artaza Artabe, I., Barroso Niso, J., Goicoechea Boyer, J., Ortiz de Murua García de Vicuña, V. y Martínez de Pancorbo, M. (2011). Perfiles genéticos de longevidad y envejecimiento saludable en nonagenarios del País Vasco. *Rev Esp Geriatr Gerontol.*, 46 (4), 217–222. doi: 10.1016/j.regg.2011.04.005
- Fairhall, N., Langron, C., Sherrington, C., Lord, S.R., Kurrle, S.E., Lockwood, K. (...) y Cameron, I. D. (2011). Treating frailty—a practical guide. *BMC Medicine*, 9, 83-89. doi:10.1186/1741-7015-9-83.

- Fachner, J. (2014). Communicating change – meaningful moments, situated cognition and music therapy: A response to North. *Psychology of Music*, 42(6), 791–799. doi: 10.1177/0305735614547665
- Fagerström, C., Holst, G. y Hallberg, I. R. (2007). Feeling hindered by health problems and functional capacity at 60 years and above. *Arch. Gerontol. Geriatric*, 44 (2), 181-201.
- Fancourt, D., Ockelford, A. y Belai, A. (2014). The psychoneuroimmunological effects of music: a systematic review and a new model. *Brain Behav Immun.*, 36, 15-26. doi: 10.1016/j.bbi.2013.10.014
- Feng, D., Ji, L. y Xu, L. (2013). The influence of social support, lifestyle and functional disability on psychological distress in rural China: structural equation modeling. *Aust. J. Rural Health*, 21(1), 13-19. doi: 10.1111/ajr.12009.
- Fernández- Ballesteros García, R. (Dir.). (2002). *Vivir con vitalidad*. Madrid: Ed. Pirámide.
- Fernández- Ballesteros García, R. (Dir.). (2003). *Vivir con vitalidad (I) Envejecer bien. Qué es y cómo lograrlo*. Madrid: Ed. Pirámide.
- Fernández-Ballesteros García, R. (2008). *Psicología de la vejez: Una psicogerontología aplicada*. Madrid: Pirámide.
- Fernández-Ballesteros García, R. (Dir.). (2009a). *PsicoGerontología Perspectivas Europeas para un mundo que envejece*. Madrid: Ed. Pirámide.
- Fernández-Ballesteros García R. (Dir.). (2009b) *Envejecimiento Activo: Contribuciones de la Psicología*. Madrid: Pirámide.

- Fernández Muñoz, J.N. (Coord.). (2015). Informe 2014. *Las personas Mayores en España. Datos estadísticos Estatales y por Comunidades Autónomas*. Madrid: Edita Ministerio de Sanidad y Servicios Sociales e Igualdad.
- Fernández-Ballesteros, R., Caprara, M.G. y García, L.F. (2004). Vivir con Vitalidad- M: Un Programa Europeo Multimedia. *Intervención Psicosocial*, 13 (1), 63-85.
- Fernández-Ballesteros, R., Caprara, M.G., Iñiguez, J. y García, L.F. (2005). Promoción del envejecimiento activo: efectos del programa “Vivir con Vitalidad”[®] *Rev Esp Geriatr Gerontol.*, 40 (2), 92-102.
- Fernández-Ballesteros, R., Zamarrón- Casinello, M.D., López Bravo, M.D., Molina Martínez, M.A., Díez Nicolás, J., Montero López, P. y Schettini del Moral, R. (2010). Envejecimiento con éxito: criterios y predictores. *Psicothema*, 22 (4), 641-647.
- Fernández-Mayoralas, G., Rojo-Pérez, F., Prieto- Flores, M.E., Forjaz, M.J., Rodríguez-Rodríguez, V., Montes de Oca, V., (...) y Mayoral-Pulido, O. (2014). Revisión conceptual del envejecimiento activo en el contexto de otras formas de vejez. *XIV Congreso Nacional de Población, AGE*. Sevilla. Recuperado de <http://www.agepoblacion.org/images/congresos/Sevilla/DOC1.pdf>
- Fernández-Muñoz, J.N. (Coord.). (2015). Informe 2014. Las personas Mayores en España. Datos estadísticos Estatales y por Comunidades Autónomas. Madrid: Ed. Ministerio de Sanidad y Servicios Sociales e Igualdad.
- Fernández Vargas, A.M., Bujalance Zafra, M.J., Leiva Fernández, F., Martos Crespo, F., García Ruiz, A.J. y Sánchez de la Cuesta y Alarcón, F. (2001). Salud autopercibida,

apoyo social y familiar de los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. *MEDIFAM*, 11(9), 530-539.

Ferreira Bretanha, A., Facchini, L.A., Nunes, B.P., Munhoz, T.N., Tomasi, E. y Thumé, E. (2015). Depressive symptoms in elderly living in areas covered by Primary Health Care Units in urban area of Bagé, RS. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 18 (1), 1-12. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.1590/1980-5497201500010001>

Ferrer Arnedo, C., Santamaría García, J.M., Fernández- Batalla, M. y Salazar- Guerra, R. (2014). The value of nursing care in the paradigm of chronicity and dependency. New roles and redesigns. *Invest Educ Enferm*, 32 (3), 488- 497.

Flórez Alarcón, L. (1997). Análisis de un programa de autocontrol comportamental para la promoción de la salud en población adulta. *Psicología Conductual*, 5 (3), 313-344.

Folstein, M.F., Folstein, S.E. y Mchugh, P.R. (1975). Minimal State: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J. Psychiat. Res*, 12, 189-198.

Foster, L. y Walker, A. (2015). Active and Successful Aging: A European Policy Perspective. *The Gerontologist*, 55 (1), 83–90. doi:10.1093/geront/gnu028

Freedman, V.A.(2009). Adopting the ICF language for studying late-life disability: A field of dreams? *J. Gerontol A Biol Sci Med Sci.*, 64 (11), 1172–1174. doi: [10.1093/gerona/glp095](https://doi.org/10.1093/gerona/glp095)

- Fujita, T., Ito, A., Kikuchi, N., Kakinuma, T. y Sato, Y. (2016). Effects of compound music program on cognitive function and QOL in community-dwelling elderly. *J. Phys. Ther. Sci.*, 28 (11), 3209-3212. doi: 10.1589/jpts.28.3209.
- Fulmer, T., Hyer, K., Flaherty, E., Mezey, M., Whitelaw, N., Jacobs, M.O., (...) y Pfeiffer, E. (2005). Geriatric interdisciplinary team training program: evaluation results. *J. Aging Health*, 17 (4), 443-70. doi [10.1177/0898264305277962](https://doi.org/10.1177/0898264305277962)
- García Pinillos, F., Cozar Barba, M., Muñoz Jiménez, M., Soto Hermoso, V. y LaTorre Roman, P. (2016). Gait speed in older people: An easy test for detecting cognitive impairment, functional independence, and health state. *Psychogeriatrics*, 16 (3), 165–171. doi:10.1111/psyg.12133
- García-Viniegras, C. y González, I. (2000). La categoría bienestar psicológico, su relación con otras categorías sociales. *Rev. Cubana Med. Gen. Integr*, 16 (6), 586-592.
- Garrido, M., Serrano, M.D., Bartolomé, R. y Martínez-Vizcaíno, V. (2012). Diferencias en la expresión del síndrome de fragilidad en varones y mujeres mayores institucionalizados sin deterioro cognitivo grave. *Rev. Esp. Geriatr. Gerontol.*, 47 (6), 247–253.
- Gervás, J. (2012). Prevención cuaternaria en ancianos. *Rev Esp Geriatr Gerontol*, 47(6), 266–269.
- Giesbrecht, E.M., Miller, W.C., Mitchell, I.M. y Woodgate, R.L. (2014). Development of a Wheelchair Skills Home Program for Older Adults Using a Participatory Action

Design Approach. *BioMed Research International*, 1-13 Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1155/2014/172434>

Gill, T.M., Baker, D.I., Gottschalk, M., Peduzzi, P. N., Allore, H. y Byers, A. (2002). A program to prevent functional decline in physically frail, elderly persons who live at home. *N Engl J Med*, 347 (14), 1068-1074.

Gil-Roales, J. (2004). *Psicología de la Salud: Aproximación histórica conceptual y aplicaciones*. Madrid: Ed. Pirámides.

Giraldo Osorio, A., Toro Rosero, M.Y., Macías Ladino, A. M., Valencia Garcés, C. A. y Palacio Rodríguez, S. (2010). La promoción de la salud como estrategia para el fomento de estilos de vida saludables. *Hacia la Promoción de la Salud*, 15 (1), 128-143

Giró Miranda, J. (Coord.). (2009). *Envejecimiento, tiempo libre y gestión del ocio*. Logroño: Universidad de la Rioja.

Golant, S.M. (2015). Residential Normalcy and the Enriched Coping Repertoires of Successfully Aging Older Adults. *The Gerontologist*, 55 (1), 70-82. doi: 10.1093/geront/gnu036

Gómez Bedoya, M. (2008). El aprendizaje en la tercera edad. Una aproximación en la clase de ELE: los aprendientes mayores japoneses en el Instituto Cervantes de Tokio. (Tesis inédita de Maestría). Universidad Antonio de Nebrija. Madrid

Gómez Pavón, J., Martín Lesende, I., Baztan Cortés, J.J., Regato Pajáres, P., Formiga Pérez, F., Segura Benedito, A., (...) y de Pedro Cuesta, J. (2008). Prevención de la

- dependencia en las personas mayores. Primera Conferencia Nacional de Prevención y Promoción de la salud en la Práctica Clínica en España. *Rev. Clin. Esp.*, 208 (7), 36. E1–e39.
- Gondo, Y. y Hirose, N. (2006). How successful are centenarians? Findings from the Tokyo Centenarian Study. *Global Ageing*, 4, 34–41.
- González Montalvo J.I., Alarcón Alarcón M.T., Salgado Alba, A. (1993). Valoración del estado mental del anciano. En A. Salgado y M.T. Alarcón (Eds.), *Valoración del paciente anciano*. (73-103). Barcelona: Masson.
- Granger, C.V., Albrecht, G.L. y Hamilton, B.B. (1979). Outcome of comprehensive medical rehabilitation: Measurement by PULSES profile and the Barthel index. *Arch. Phys. Med. Rehabil.*, 60 (4), 145-154.
- Griffin, J.P., Nelson, J.E., Koch, K.A., Niell, H.B., Ackerman, T.F., Thompson, M. y Cole, F.H. (2003). End of life care in patients with lung Cancer. *Chest*, 123 (suppl. 1), 312s- 331s. Recuperado de http://doi.org/10.1378/chest.123.1_suppl.312S
- Gross, J.J. y John, O.P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85,348-362.
- Guigoz, Y., Vellas, B. y Garry, P. (1996). Assessing the nutritional status of the elderly: the Mini Nutritional Assessment as part of the geriatric evaluation. *Nutr Rev*, 54, 559–565.
- Gutiérrez Reyes, J.G., Serralde Zuñiga, A. y Guevara Cruz, M. (2007). Prevalencia de desnutrición del adulto mayor al ingreso hospitalario. *Nutr. Hosp.*, 22 (6) 702-709.

- Gutiérrez Rodríguez, J., Pérez Linares, T., Fernández Fernández, M., Alonso Álvarez, M., Iglesias Cueto, M. y Solano Jaurrieta, J.J. (2001). Incapacidad funcional en una población de ancianos en el medio comunitario. *Mapfre Medicina*, 12 (4), 266-273.
- Gutteling, J. J., De Man, R. A., Busschbach, J.J. y Darlington, A.S. (2007). Overview of research on health-related quality of life in patients with chronic liver disease. *Neth. J. Med*, 65 (7), 227-234.
- Hamilton, M.(1959). The Assessment of anxiety states by rating. *British Journal of Medicine and Psychology*, 32, 50-55.
- Hassed, C. (2001). How humour keeps you well. *Aust Fam Physician*, 30 (1), 25-28.
- Havighurst, R. J. (1961). Successful aging. *The Gerontologist*, 1, 8-13.
doi:10.1093/geront/1.1.8
- Herrera Molina, E., Muñoz Mayorga, I., Martín Galán, V. y Cid Gala, M. (2011). Experiencias españolas en la promoción de la autonomía personal en las personas mayores. *Gac. Sanit.*, 25 (S), 147-157.
- Hicks, J., Epperly, L. y Barnes, K. (2001). Gender, emotional support and wellbeing among the rural elderly. *Sex Roles*, 45, 15-30.
- Hitt, R., Young-Xu, Y., Silver, M., y Perls, T. (1999). Centenarians: The older you get, the healthier you have been. *Lancet*, 354 (9179), 652-661. doi: [10.1016/S0140-6736\(99\)01987-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(99)01987-X)

- Hjaltadóttir, I., Rahm, H.I., Kristensson, E.A. y Nyberg, P. (2011). Predicting mortality of residents at admission to nursing home: A longitudinal cohort study. *BMC Health Serv Res*, 11, 86-96. doi:10.1186/1472-6963-11-86.
- INE. (2013). *Análisis de las estadísticas sobre discapacidad derivadas de la Encuesta de Población Activa (EPA) Módulos EPA sobre discapacidad y problemas de salud y estadística de El Empleo de las personas con discapacidad*. Madrid: Ed. Instituto Nacional de Estadística. Recuperado de www.ine.es/metodologia/t22/analisis_epa_epd.pdf
- INE. (2016). *Padrón municipal*. Madrid: Ed. Instituto Nacional de Estadística. Recuperado de <http://www.ine.es>.
- Javaloy, F., Páez, D. y Rodríguez, A. (2006). Felicidad y relaciones interpersonales. En E. García Fernández-Abascal (Ed.), *Emociones positivas* (pp. 277-305). Madrid: Pirámide.
- Jiménez Lara, A. (2004). Perfiles de dependencia de la población española y necesidades de cuidados de larga duración. Anexo estadístico. En J. Sánchez Fierro (Coord), *Libro verde sobre la dependencia en España*. (pp.15-60). Madrid: Ergón.
- Jiménez Lara, A. (2005). *La dependencia en España: Una aproximación demográfica*. Material no publicado. Recuperado el 11 de noviembre de 2016, de http://usuarios.discapnet.es/Ajimenez/documentos/ppt/demografia_dependencia_abril2005.ppt
- Jonker, A.A, Comijs, H.C., Knipscheer, K.C. y Deeg, D.J. (2015). Benefits for elders with vulnerable health from the Chronic Disease Self-management Program (CDSMP)

at short and longer term. *BMC Geriatrics* 15, 101-110. doi 10.1186/s12877-015-0090-4

Jopp, D., Park, M., Lehrfeld, J. y Paggi, M. (2016). Physical, cognitive, social and mental health in near-centenarians and centenarians living in New. *BMC Geriatrics*, 16, 1-10. doi: 10.1186/s12877-015-0167-0

Kahana, E. y Kahana, B. (2003). Contextualizing successful aging. New direction: New direction in age-old search. En R. Settersten, J R. (Ed), *Invitation to the life course. A new look at old age.* (pp. 225-255). Amityville, NY: Baywood Publishing

Kamegaya, T., Araki, Y., Kigure, H., Long-Term-Care prevention Team of Maebashi y Yamaguchi, H. (2014). Twelve-week physical and leisure activity programme improved cognitive function in community-dwelling elderly subjects: a randomized controlled trial. *Psychogeriatrics*, 14, 47-54. doi: 10.1111/psyg.12038

Kato, K., Zweig, R., Barzilai, N. y Atzmon, G. (2012). Positive attitude towards life and emotional expression as personality phenotypes for centenarians. *Aging (Albany NY)*, 4 (5), 359-67. doi: 10.18632/aging.100456.

Katz, S. y Calasanti, T. (2015). Critical Perspectives on Successful Aging: Does It “Appeal More Than It Illuminates”? *The Gerontologist*, 55 (1), 26–33. doi:10.1093/geront/gnu027

Kogutec, D.L., Holmes, J.D., Grahn, J.A., Lutz, S.G. y Ready, E. (2016). Active Music Therapy and Physical Improvements From Rehabilitation for Neurological Conditions. *Adv. Mind Body Med.*, 30 (4), 14-22.

- Koller, D., Schön, G., Schäfer, I., Glaeske, G., van de Bussche, H. y Hansen, H. (2014). Multimorbidity and long-term care dependency—a five- year follow-up. *BMC Geriatrics*, 14, 70. doi: 10.1186/1471-2318-14-70
- Kotzeva, M. (Ed). (2015). *People in the EU: Who are we and how do we live?* doi: 10.2785/406462
- Lai, H.L., Liao, K.W., Huang, C.Y., Chen, P.W. y Peng, T.C. (2013). Effects of music on immunity and physiological responses in healthcare workers: a randomized controlled trial. *Stress Health*, 29 (2), 91-98. doi: 10.1002/smi.2429.
- Lamers, F., Jonkers, C.C., Bosma, H., Diederiks, J.P. y van Eijk, J.T. (2006). Effectiveness and cost-effectiveness of a minimal psychological intervention to reduce non-severe depression in chronically ill elderly patients: The design of a randomised controlled trial [ISRCTN92331982].*BMC Public Health*, 6,161-169. doi: 10.1186/1471-2458-6-161
- Lawton, M.P. (1975). The Philadelphia Geriatric Center Morale Scale: A revision. *Journal of Gerontology*, 30, 85-89.
- Lazarus, R. S. (2006). Emotions and interpersonal relationships: Toward a person-centered conceptualization of emotions and coping. *J. Pers.*, 74 (1), 9–46. doi: 10.1111/j.1467-6494.2005.00368.x
- Lehr, U. (1991). Hundertjährige. Ein Beitrag zur Langlebigkeitsforschung. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 24, 227–232.

- Levasseur, M., Richard, L., Gauvin, L. y Raymond, E.(2010). Inventory and analysis of definitions of social participation found in the aging literature: Proposed taxonomy of social activities. *Social Science and Medicine*, 71, 2141-2149.
- Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de Dependencia de 2006, Pub. BOE N° 84-14, (Dic.11, 2006).
- Liang, J. y Bollen, K. A. (1983). The structure of the Philadelphia Geriatric Center Morale Scale: A reinterpretation. *Journal of Gerontology*, 38, 181-189.
- Liberalesso, A. (2002). Bienestar subjetivo en la vida adulta y la vejez: hacia una psicología positiva en América Latina. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 34 (1-2), 55-74.
- Lin, P.S., Hsieh, C.C., Cheng, H. S., Tseng, T.J. y Su, S.C. (2016). Association between Physical Fitness and Successful Aging in Taiwanese Older Adults. *PLOSone* 11(3), eo150389. doi: 10.1371/journal.pone.0150389.
- Llibre, J.J., López, A.M., Valhuerdi, A., Guerra, M., Llibre-Guerra, J.J., Sánchez, Y.Y., (...) y Moreno, C. (2014). Frailty, Dependency and Mortality Predictors in a Cohort of Cuban Older Adults, 2003-2011. *MEDICC Review*, 16 (1), 24-30.
- Lorenzo, T., Millán Calenti, J.C., Lorenzo López, L., Sánchez, A. y Maseda, A. (2013). Predictores de mala salud autopercebida en una población de personas mayores. *Rev. Esp. Geriatr Gerontol.*, 48(6), 272–275.

- Lourenço, T.M., Lenardt, M.H., Kletemberg, D.F., Seima, M.D., Tallmann, A.E.C. y Neu, D.K.M. (2012). Capacidade funcional no idoso longevo: Uma revisão integrativa. *Rev. Gaúcha Enferm.*, 33 (2), 176-185.
- Lyubomirsky, S. (2001). Why are some people happier than others? The role of cognitive and motivational processes in well-being. *American Psychologist*, 56, (3), 239-249.
- Marrero Quevedo, R.J. y Carballeira Abella, M. (2010). El papel del optimismo y del apoyo social en el bienestar subjetivo. *Salud Mental*, 33, 39-46.
- Martí, D., Miralles, R., Llorach, I., García Palleiro, P., Esperanza, A., Guillén, J. y Cervera, A.M. (2000). Trastornos depresivos en una unidad de convalecencia: experiencia y validación de una versión española de 15 preguntas de la escala de depresión geriátrica de Yesevage. *Rev. Esp. Geriatr. Gerontol*, 35, 7-14.
- Martin, D. J. y Gillen, L. L. (2013). Revisiting gerontology's scrapbook: From Metchnikoff to the spectrum model of aging. *The Gerontologist*, 54 (1), 51-58. doi:10.1093/geront/gnt073.
- Martin, P., Kelly, N., Kahana, B., Kahana, E., Willcox, B.J., Willcox, D.C. y Poon, L.W. (2015). *Defining Successful Aging: A Tangible or Elusive Concept?* *The Gerontologist*, 55 (1), 14–25. doi:10.1093/geront/gnu044
- Martín-Albo, J., Nuñez, J.L., Navarro, J.G. y Grijalvo, F. (2007). The Rosenberg self-Esteem Scale: Translation and validation in university students. *The Spanish Journal of Psychology*, 10 (2), 58-67.
- Martínez de la Iglesia, J., Dueñas Herrero, R., Onis Vilchez, M.C., Aguado Taberné, C., Albert Colomer, C. y Luque Luque, R. (2001). Adaptación y Validación al

castellano del cuestionario de Pfeiffer (SPMSQ) para detectar la existencia de Deterioro Cognitivo en Personas mayores de 65 años. *Medicina Clínica*, 117 (4), 129-134.

Meléndez, J.C., Navarro, E., Oliver, A. y Tomás, J.M. (2009). La satisfacción vital en los mayores. Factores sociodemográficos. *Boletín de Psicología*, 95, 29-42.

Meléndez Moral, J.C., Navarro-Pardo, E., Sales Galán, A. y Mayordomo Rodríguez, T. (2012). Efecto moderador de la institucionalización en las actividades de la vida diaria y bienestar en el envejecimiento. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, 15 (4), 671-680.

Minkler, M. y Fadem, P. (2002). Successful aging: A disability perspective. *Journal of Disability Policy Studies*, 12 (4), 229–235. doi:10.1177/104420730201200402

Monforte, J.A., Fernández, C., Díez, J., Toranzo, I., Alonso, M.M. y Franco, MA. (1998). Prevalencia de la depresión en el anciano que vive en residencias. *Rev. Esp. Geriatr y Gerontol*, 33, 13-30

Montero, I., y Leon, O. G. (2007). A guide for naming research studies in Psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7 (3), 847-862.

Montorio Cerrato, I. e Izal Fernández de Trocóniz, M. (2007). Psicología del envejecimiento. En M. J. Álava Reyes (Dir.). *La psicología que nos ayuda a vivir* (pp. 735- 743). Madrid: La esfera de los libros.

Montorio, I. (1994). *La persona mayor, guía aplicada de evaluación psicológica*. Madrid: Inerser.

- Mora-Ripoll, R. (2010). The therapeutic value of laughter in medicine. *Altern Ther Health Med.*, 16 (6), 56-64
- Navarrete Navarrete, N. (2006). *Efectos de la Terapia de afrontamiento del estrés cotidiano en pacientes con Lupus*. (Tesis doctoral inédita). Universidad de Granada. Granada.
- Navarro Peña, Y. y Castro Salas, M. (2010). Modelo de Dorothea Orem aplicado a un grupo comunitario a través del proceso de enfermería. *Enfermería Global*, 19, 1-19.
- Nikolova, R., Demers, L., Béland, F. y Giroux, F. (2011). Transitions in the functional status of disabled community-living older adults over a 3-year follow-up period. *Arch. Gerontol. Geriatr.*, 52(1), 12-17.
- Noël, P.H., Williams, J.W., Unützer, J., Worchel, J., Lee, S., Cornell, J., (...) y Hunkeler, E. (2004). Depression and Comorbid Illness in Elderly Primary Care Patients: Impact on Multiple Domains of Health Status and Well-being. *Annals of Family Medicine*, 2 (6), 555-562.
- Oliver, E.J., Hudson, J. y Thomas, L. (2016). Processes of identity development and behaviour change in later life: exploring self-talk during physical activity uptake. *Ageing and Society*, 36, 1388-1406. doi:10.1017/S0144686X15000410
- Olson, E. A., Fanning, J. T., Awick, E. A., Chung, H. D. y McAuley, E. (2014). Differential Trajectories of Well-Being in Older Adult Women: The Role of Optimism. *Applied Psychology: Health and Well-being*, 6 (3), 362–380. doi:10.1111/aphw.12033

- OMS. (1985). *Health Promotion. Discussion Document on the Concept and Principles*. Copenhagen: OMS.
- OMS. (1998). *Promoción de la Salud. Glosario*. Ginebra: OMS. Recuperado de <http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/glosario/home.htm>
- OMS. (2001). *Clasificación internacional del funcionamiento de la discapacidad y de la salud*. Versión española. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Grupo de Clasificación, Evaluación, Encuestas y Terminología. Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- OMS. (2002). *Active ageing: A policy framework*. Geneve: World Health Organization. Recuperado de http://www.who.int/ageing/publications/active_ageing/en/
- OMS. (2008). *Prevención y control de las enfermedades no transmisibles: Aplicación de la estrategia mundial*. Informe de la Secretaría 61ª Asamblea Mundial de la Salud. Ginebra: OMS.
- OMS. (2015). *Informe Mundial sobre el envejecimiento y la salud*. Luxemburgo: OMS
- Oppewal, A., Hilgenkamp, T.I., van Wijck, R., Schoufour, J.D. y Evenhuis, H.M. (2014). Physical fitness is predictive for a decline in daily functioning in older adults with intellectual disabilities: Results of the HA-ID study. *Res. Dev. Disabil.*, 35 (10), 2299-2315. doi: 10.1016/j.ridd.2014.05.027

- Padilla Góngora, D., Aguilar Parra, J.M. y López-Liria, R. (2015). Conceptualización del envejecimiento activo EN V. Pérez Cano (Coord.), *Vive participando. Envejecimiento activo y participación social*. Madrid: Ed. Dykinson, S.L.
- Pavon, M. y Zariello, M.F. (2011). Estudio exploratorio sobre autoeficacia para envejecer. Comparación en dos grupos etáreos. III Congreso Internacional de Investigación y Práctica profesional en Psicología XVIII jornadas de Investigación Séptimo encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología- Universidad de Buenos Aires, Buenos aires. Recuperado de <http://www.aacademica.com/000-052/376>; última consulta 31 diciembre 2014.
- Pender, N.J., Murdaugh, C.L. y Parsons, M.A. (2006). *Health promotion in nursing practice*. (5ª Ed) Upper Saddle River: NJ Pearson Prentice Hall.
- Pérez Cano, V. (Coord.). (2015). *Vive participando. Envejecimiento activo y participación social*. Madrid: Ed. Dykinson, S.L.
- Pérez-Cuevas, R., Doubova, S.V., Bazaldúa-Merino, L.A., Reyes-Morales, H., Martínez, D., Karam, R., (...) y Muñoz-Hernández, O. (2015). A social health services model to promote active ageing in Mexico: design and evaluation of a pilot programme. *Ageing and Society*, 35, 1457-1480. doi: 10.1017/S0144686X14000361
- Pérez Melero, A. (Coord.). (2002). *Enfermería Geriátrica*. Madrid: Ed. Síntesis.
- Pérez Peñaranda, A. (2008). *Dependencia, cuidado informal y función familiar. Análisis a través del modelo sociocultural de estrés y afrontamiento*. (Tesis doctoral inédita). Universidad de Salamanca. Salamanca.

- Pérez Salanova, M. y Yanguas Lezaun, J.J. (1998). Dependencia, personas mayores y familia. De los enunciados a las intervenciones. *Anales de psicología*, 14 (1), 95-104
- Pérez-Castejón, J.M., Durany Tiirk, S., Garrigós Toro, A. y Olivé Torralba, A. (2007). Prevención de la dependencia y envejecimiento saludable. *JANO*, 1.638. Recuperado de www.doyma.es/jano
- Pfeiffer, E.A. (1975). A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficits in the elderly. *J. Am Geriatr. Soc.*, 23, 433-441.
- Phelan, E. A., Anderson, L. A., LaCroix, A. Z., y Larson, E. B. (2004). Older adults' views of "successful aging"—how do they compare with researchers' definitions? *Journal of the American Geriatrics Society*, 52, 211–216.
- Piedras Jorge, C., Meléndez Moral, J.C. y Tomás Miguel, M. (2010). Beneficios del ejercicio físico en población mayor institucionalizada. *Rev Esp Geriatr Gerontol.*, 45(3), 131–135. Recuperado de <http://doi.org/10.1016/j.regg.2009.10.012>
- Pinazo, S. (2006). Relaciones Sociales En C. Triadó y F. Villar (Coords.), *Psicología de la vejez* (pp. 253-285). Madrid: Alianza Editorial.
- Pisano González, M.M. y González Pisano, A. (2014). La modificación de los hábitos y la adherencia terapéutica, clave para el control de la enfermedad crónica. *Enferm Clin.*, 24 (1), 59-66. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfcli.2013.10.006>
- Prieto Flores, M. E., Fernández Mayoralas, G., Rojo Pérez, F., Lardies Bosque, R., Rodríguez Rodríguez, V., Ahmed Mohamed, K. y Rojo Abuín, J. M. (2008). Factores Sociodemográficos y de salud en el bienestar emocional como dominio

de calidad de vida de las personas mayores en la comunidad de Madrid. *Rev Esp Salud Pública*, 82 (3), 301-313.

Puga González, M.D. y Abellán García, A. (s.f.). *El proceso de discapacidad. Un análisis sobre discapacidad, deficiencias y Estado de Salud*. Madrid: Edita Fundación Pfizer. Recuperado de [https://www.fundacionpfizer.org/sites/default/.../ESTUDIO DISCAPACIDAD DE F.p.](https://www.fundacionpfizer.org/sites/default/.../ESTUDIO_DISCAPACIDAD_DE_F.p)

Querejeta González, M. (2004). *Discapacidad/ Dependencia. Unificación de criterios de valoración y clasificación*. Madrid: Ed. Ministerio de Trabajo y Asuntos sociales. Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad. INSERSO.

Ramírez Vélez, R., Agredo Zuñiga, R.A. y Jerez Valderrama, A.M. (2010). Confiabilidad y valores normativos preliminares del cuestionario de salud SF-12 (Short Form 12 Health Survey) en adultos Colombianos. *Rev. Salud Pública*, 12 (5), 807-819.

Reichstadt, J., Sengupta, G., Depp, C.A., Palinkas, L. A. y Jeste, D.V. (2010). Older Adults' Perspectives on Successful Aging: Qualitative Interviews. *Am. J. Geriatr. Psychiatry*, 18 (7), 567-575.

Requena Hernández, C., López Fernández, V. y Ortiz Alonso, T. (2009). Satisfacción con la vida en relación con la funcionalidad de las personas mayores activas. *Actas Esp. Psiquiatr*, 37(2), 61-67.

Rodríguez-Díaz, M.T., Cruz Quintana, F. y Pérez Marfil, M.N. (2014a). Dependencia funcional y bienestar en personas mayores institucionalizadas. *Index Enferm*, 23 (1-2), 36-40.

- Rodríguez- Díaz, M.T., Pérez Marfil, M.N. y Cruz Quintana, F.(2014b). Propuesta de plan Estandarizado de Cuidados para Prevenir la Dependencia y la Fragilidad. *Gerokomos*, 25 (4), 135-141.
- Rodríguez-Artalejo, F. (2011). Envejecer satisfactoriamente. *Rev Esp Geriatr. Gerontol.*, 46 (1), 1–2. doi: 10.1016/j.regg.2010.09.003
- Rodríguez-Rodríguez, V., Rodríguez- Mañas, L., Sancho Castiello, M. y Díaz Martín, R. (2012). Envejecimiento. La investigación en España y Europa. *Rev Esp Geriatr Gerontol.*, 47(4), 174–179.
- Rojo Pérez, F. y Fernández Mayoralas, G. (Eds). (2011). *Calidad de vida y envejecimiento: La visión de los mayores sobre sus condiciones de vida*. Bilbao: Fundación BBVA.
- Rolland Y., Dupuy, C., Abellan van Kan, G., Gillette, S. y Vellas, B. (2011). Treatment Strategies for sarcopenia and frailty. *Med Clin N Am*, 95, 427-438.
- Romero Ortuño, R. (2011). El Instrumento de Fragilidad para Atención Primaria de la Encuesta de Salud, Envejecimiento y Jubilación en Europa (SHARE-FI): Resultados de la muestra española. *Rev Esp Geriatr Gerontol.*, 46 (5), 243–249
- Rosenberg, M. (1965). *La autoimagen del adolescente y la sociedad*. Buenos Aires: Paidós.
- Roy- Byrne, P.P., Davidson, K.W., Kessler, R.C., Asmundson, G.J., Goodwin, R.D., Kubzansky, L., (...) y Stein, M.B. (2008). Anxiety disorders and comorbid medical

illness. *Gen Hosp Psych Psychiatry*, 30 (3), 208-225. doi
10.1016/j.genhosp_psych2007.12.006

Russo, A., Onder, G., Cesari, M., Zamboni, V., Barillaro, C., Capoluongo, E., (...) y Landi, F. (2006). Lifetime occupation and physical function: A prospective cohort study on persons aged 80 years and older living in a community. *Occup Environ Med.*, 63, 438-42. doi: [10.1136/oem.2005.023549](https://doi.org/10.1136/oem.2005.023549)

Rydwik, E., Frändin, K. y Akner, G. (2004). Effects of physical training on physical performance in institutionalised elderly patients (70+) with multiple diagnoses. *Age and Ageing*, 33, 13-23.

Saito, H., Ichikawa, K., Nomiya, T., Tatsumi, N., Washizuka, S., Hanihara, T. y Amano, N. (2008). Changes in activities of daily living during treatment of late-life depression. *Psychogeriatrics*, 8, 12-18. doi:10.1111/j.1479-8301.2007

Sánchez, P.A., Ureña, F. y Garcés de los Fayos, E.J. (2002). Repercusiones de un programa de actividad física gerontológica sobre la aptitud física, autoestima, depresión y afectividad. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 2 (2), 57-73.

Sánchez, P.A. y Ureña, F. (2001). Beneficios percibidos y adherencia a un programa regular de actividad física para ancianos en grupo. EN A. Díaz y E. Segarra (Coord.), Actas del 2º Congreso Internacional de Educación física y Diversidad, Dirección General de Centros, ordenación e Inspección Educativa.

SanHueza Parra, M., Castro Salas, M. y Merino Escobar, J.M. (2005). Adultos Mayores Funcionales: Un nuevo concepto en Salud. *Ciencia y Enfermería*, XI (2), 17-21.

- Sareen, J., Jacobi, F., Cox, B.J., Belik, S.L., Clara, I. y Stein, M.B. (2006). Disability and poor Quality of Life Associated with Comorbid Anxiety Disorders and Physical Conditions. *Arch Intern Med*, 166, 2109-2116.
- Schmitz, N., Wang, J., Malla, A. y Lesage, A. (2009). The impact of psychological distress on functional disability in asthma: Results from the Canadian Community health survey. *Psychosomatics*, 50, 42-49.
- Seeman, T. y Chen, X. (2002). Risk and Protective Factors for Physical Functioning in Older Adults With and Without Chronic Conditions: MacArthur Studies of Successful Aging. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 57b (3), s135–s144.
- Segura, A. (2007). La prevención de la dependencia. *Rev Esp Geriatr Gerontol*, 42 (supl 2), 7-11.
- Sheikh, J.I. y Yesavage, J.A. (1986). Geriatric Depression Scale: Recent evidence and development of a shorter version. *Clin. Gerontol.* 5, 165-172.
- Shiota, M.N. y Levenson, R.W. (2009). Effects of Aging on Experimentally Instructed Detached Reappraisal, Positive Reappraisal, and Emotional Behavior Suppression. *Psychol Aging*, 24(4), 890–900.
- Soldevilla, A., Ribes, R., Filella, G. y Agulló, M. J. (2002). Objetivos y contenidos de un programa de educación emocional para personas mayores. Emociona' t. *Revista Iberoamericana de Educación*, 37 (5), 1-12
- Son, J., Ryu, J., Ahn, S., Kim, E.J., Lee, J.A. y Kim, Y. (2016). Effects of 4-Week Intensive Active-Resistive Training with an EMG-Based Exoskeleton Robot on

Muscle Strength in Older People: A Pilot Study. *BioMed Research International*,
Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1155/2016/1256958>

Spiers, N.A., Matthews, R.J., Jagger, C., Matthews, F.E., Boulton, C., Robinson, T.G. y Brayne, C. (2005). Diseases and impairments as risk factors for onset of disability in the older population in England and Wales: Findings from the Medical Research Council Cognitive Function and Ageing Study. *J. Gerontol A Biol Sci Med Sci.*,60 (2), 248–54.

Spilberger, C.D., Gorsuch, R.L. y Lushene, R.E. (1993). *STAI. Cuestionario de ansiedad estado-rasgo. Manual*. Madrid: TEA Ediciones.

Stein, M.B., Cox, B.J., Afifi, T.O., Belik, S.L. y Sareen, J. (2006). Does co-morbid depressive illness magnify the impact of chronic physical illness? A population-based perspective. *Psychol Med*, 36 (5), 587-596.

Teixeira, C.V.L., Gobbi, S., Rodrigues Pereira, J., Vital, T.M., Hernández, S.S.S., Shigematsu, R. y Gobbi, L.T.B. (2013). Effects of square-stepping exercise on cognitive functions of older people. *Psychogeriatrics*, 13 (3), 148–156. doi:10.1111/psyg.12017.

Templer, D.(1970). The construction and validation of a Death Anxiety Scale. *Journal of General Psychology*, 82, 165-177. doi:10.1080/00221309.1970.9920634

Teófilo Rodríguez, J., González Cabezas, A.N., Díaz Veiga, P. y Rodríguez Rodríguez, V. (2011). Estudio longitudinal envejecer en España: El proyecto ELES. *Boletín sobre el envejecimiento*, 50, 1-41.

- Thygesen, E., Saevareid, H.I., Lidstrom, T.C. y Engedal, K. (2009). Psychological distress and its correlates in older care-dependent persons living at home. *Aging Ment. Health, 13* (3), 319-327. doi 10.1080/13607860802534591.
- Tilly, J. (2010). The administration on aging's experience with health, prevention, and wellness. *Generations: Journal of the American Society on Aging, 34*, 20–25.
- Tomás Sábado, J. y Gómez Benito, J. (2002). Psychometric properties of the Spanish form of Templer's Death Anxiety Scale. *Psychol. Rep., 91*(3Pt 2), 1116-1120.
- Tomás Sábado, J. y Gómez Benito, J. (2003). The Spanish form of the Death Depression Scale. *Percept Mot Skills., 96* (1), 49-53.
- Tomás-Sábado, J. y Limonero, J.T. (2008). Propiedades psicométricas de la Escala de Autoestima de Rosenberg (RSES) en una muestra española. *Psiquiatría General y otras Áreas. Interpsiquis 2008. 9º Congreso virtual de Psiquiatría* <http://hdl.handle.net/10401/3965>; última consulta 7 de febrero 2015.
- Triadó, C. y Villar, F. (2006). *Psicología de la vejez*. Madrid: Alianza Editorial.
- Uriarte Arciniega, J.D. (2014). Resiliencia y Envejecimiento. *Eur.J.investig.health psycho. Educa, 4* (2), 67-77.
- Urzúa, A.M. y Caqueo-Urizar, A. (2012). Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *Terapia Psicológica, 30* (1), 61-71. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082012000100006>
- Van Wagenen, A., Driskell, J. y Bradford, J. (2013). I'm still raring to go: Successful aging among lesbian, gay, bisexual, and transgender older adults. *Journal of Aging Studies, 27*, 1–14. doi:10.1016/j.jaging.2012.09.001

- Vera-Villarroel, P., Pávez, P. y Silva, J. (2012). El rol predisponente del optimismo: Hacia un modelo etiológico del Bienestar. *Terapia Psicológica*, 30 (2), 77-84.
- Vermeulen, J., Neyens, J. C., van Rossum, E., Spreeuwenberg, M.D. y de Witte, L.P. (2011). Predicting ADL disability in community-dwelling elderly people using physical frailty indicators: A systematic review. *BMC Geriatr*, 1(11), 33-45.
- Vidarte Claros, J.A., Vélez Alvarez, C., Sandoval Cuellar, C. y Alfonso Mora, M.L. (2011). Actividad física: estrategia de promoción de la salud. *Hacia la Promoción de la Salud*, 16 (1), 202-218.
- Vinaccia, S. y Orozco, L. M. (2005). Aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas. *Diversitas*, 1 (2), 125- 137. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67910202>
- Wancata, J., Alexandrowicz, R., Marquart, B., Weiss, M. y Friedrich, F.(2006). The criterion validity of the Geriatric Depression Scale: A systematic review. *Acta Psychiatr.Scand.*, 114 (6), 398-410.
- Wang, C.C., Tzeng, D.S. y Chung, W.C. (2014).The effect of early group psychotherapy on depressive symptoms and quality of life among residents of an apartment building for seniors. *Psychogeriatrics*, 14, 38-46.
- Ware, J. Jr, Kosinski, M. y Keller, S.D. (1996). A 12-Item Short-Form Health Survey: Construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. *Med. Care*, 34 (3), 220-233.

- Ware, J.E. y Sherbourne, C.D.(1992). The MOS 36 item Short Form Health Survey (SF-36) Conceptual framework and item selection. *Med. Care*, 30, 473-483.
- Watkins, G.R. (1997). Music therapy: Proposed physiological mechanisms and clinical implications. *Clin. Nurse Spec.*, 11 (2), 43-50.
- Wheaton, F.V. y Crimmins, E.M. (2016). Female disability disadvantage: A global perspective on sex differences in physical function and disability. *Ageing and Society*, 36, 1136-1156. doi:10.1017/S0144686X15000227
- Zamarrón-Cassinello, M. D. (2013). Envejecimiento activo: Un reto individual y social. *Sociedad y Utopía. Revista de Ciencias Sociales*, 41, 449-463.
- Zunzunegui, M.V. (2011). Evolución de la discapacidad y la dependencia. Una mirada internacional. *Gac. Sanit.*, 25 (S), 12-20. doi:10.1016/j.gaceta.2011.07.026

APÉNDICES

APÉNDICE A: Recogida datos sociodemográficos Estudio 1

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS N° VALORACIÓN..... N° REGISTRO.....

EDAD..... MOTIVO INGRESO

AÑOS INSTITUCIONALIZACIÓN.....

SEXO 1 hombre 2 Mujer

ESTADO CIVIL 1 soltero 2 casado 3 viudo 4 separado 5 divorciado

SI VIUDO /A ¿Cuántos años hace que falleció su pareja?.....

NIVEL DE ESTUDIOS 1 primarios 2 bachillerato 3 Diplomado 4 licenciado 5 sin estudios 6 sabe leer y escribir

PROFESIÓN.....

CREENCIAS RELIGIOSAS 1 Sí 2 No

CREE EN UNA VIDA DESPUES DE LA MUERTE 1 Sí 2 No 3 No sabe, no contesta

NIVEL SOCIOECONÓMICO 1 bajo 2 medio 3 alto 4 muy alto

RELACION CON FAMILIA 1 diario 2 una vez semana 3 una vez cada quince días 4 una vez mes 5 una vez al año 6 No tiene relación

TOTAL VISITAS MES.....

RELACION CON AMIGOS 1 diario 2 una vez semana 3 una vez cada quince días 4 una vez mes 5 una vez al año 6 No tiene relación

TIENE AMIGOS EN LA RESIDENCIA 1 Sí 2 No

PARTICIPACION ACTIVIDADES DEL CENTRO 1 Sí 2 No

OBLIGACIONES EN LA VIDA 1 Cumplidas 2 No Cumplidas

.....

DESEOS EN SU VIDA 1 Cumplidos 2 No cumplidos.

.....

ENFERMEDADES IMPORTANTES (CIE-9).....

APÉNDICE B:

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Proyecto “Dependencia y Bienestar en Ancianos Institucionalizados: Propuesta de un Programa de Intervención”.

Estudio 1: Diferencias en bienestar emocional, percepción de salud y calidad de vida en mayores institucionalizados con diferentes niveles de dependencia funcional

El objetivo general de este estudio es evaluar el bienestar emocional de las personas mayores de 65 años en relación al grado de dependencia funcional, así como con otras variables como la depresión, la ansiedad, la percepción de la salud, satisfacción con la vida, el apoyo y las redes sociales. Para conseguirlo, se realizarán dos entrevistas durante un año y medio desde la fecha de la primera evaluación.

El estudio se realizará en la Comunidad de Madrid y la participación que proponemos es **TOTALMENTE VOLUNTARIA**. Además, las personas participantes tienen derecho a revocar su consentimiento y abandonar en cualquier momento si lo estiman conveniente, sin necesidad de dar explicaciones.

NOMBRE DEL PARTICIPANTE D^a.....

YO

He podido hacer preguntas sobre el estudio.

He recibido suficiente información sobre el estudio.

Comprendo que mi participación es voluntaria.

Comprendo que puedo retirarme del estudio.

Me han hecho saber que la información será tratada con absoluta confidencialidad.

Me han hecho saber que los resultados serán publicados sin que existan datos que puedan identificarse con el participante que los ha facilitado.

Acepto participar voluntariamente en este estudio, coordinado por los profesores D^a Nieves Pérez Marfil y D. Francisco Cruz Quintana y, llevado a cabo por la doctoranda M^a Teresa Rodríguez Díaz, sabiendo que el objetivo de este estudio es evaluar el estado funcional y el bienestar emocional de las personas mayores de 65 años. Por lo que firmo **MI CONSENTIMIENTO**,

En....., a.....de..... 20....

Firma del participante

APÉNDICE D:

Cuestionario *ad hoc* de valoración pre y post programa de ejercicio físico estudio 2

NOMBRE		EDAD	
VARIABLES		VALORACIÓN	
		PRE	POST
Frecuencia respiratoria			
Saturación transcutánea de oxígeno en reposo			
Tensión arterial			
Prueba del escalón (FC)			
Peso / Talla/ IMC			
GESTOS FUNCIONALES			
CABEZA-CUELLO	Barbilla-esternón		
	Lateralizaciones derecha - izquierda		
TRONCO	Flexión		
	Lateralizaciones derecha - izquierda		
	Rotaciones derecha - izquierda		
MIEMBROS SUP	Presión manos-Extensión rápida		
	Mano-nuca		
	Mano-espalda		
MIEMBROS INF	agacharse con flexión		
	levantarse de una silla sin apoyos en manos		
	traslaciones pierna		
	apoyo contralateral en bipedestación (se admite sujeción)		
	cruzar una pierna sobre otra sentado		
	puntillas- talones de pie		
	puntillas- talones sentados		

APÉNDICE E

Hoja de información. Estudio 2

Dependencia funcional y bienestar en ancianos institucionalizados: Programa de intervención "Convivir con la dependencia y el bienestar" Madrid. España

Objetivo del Proyecto

El objetivo de este proyecto es implementar un programa de intervención centrado en la prevención de la dependencia funcional. Es parte de un proyecto más amplio que examina los factores asociados con la dependencia funcional y el bienestar de las personas mayores en el sur de Madrid. Se realizarán dos valoraciones, una antes y otra después de participar en el programa. El programa durará 9 semanas.

Participación:

En el estudio propuesto, los participantes participarán en una entrevista oral cara a cara en la que se les pedirá que informen sobre su estilo de vida, incluyendo dieta, actividad física y la naturaleza de sus relaciones y conexiones sociales. En cada sesión, los participantes reciben recomendaciones para mejorar el bienestar y aumentar sus habilidades funcionales.

Los participantes proporcionarán su consentimiento informado antes de tomar parte en el estudio.

Riesgos: En el estudio propuesto no se han identificado riesgos previsibles mayores que los que puedan darse en la vida cotidiana.

Beneficios: Participar en este estudio puede que no tenga ningún beneficio directo para los participantes. El estudio en sí, sin embargo, probablemente será beneficioso para conocer los factores que contribuyen en el bienestar de las personas mayores dependientes. Esta investigación servirá para el diseño de futuros proyectos de investigación en dependencia funcional y envejecimiento.

Confidencialidad y anonimato: La información compartida en el estudio será estrictamente confidencial. El contenido de las entrevistas se utilizará sólo para los propósitos de la investigación como se indicó anteriormente, y la confidencialidad

será protegida. Los datos de las entrevistas se recogerán en un cuestionario y se mantendrán en todo momento en un lugar seguro. Sólo los investigadores tendrán acceso a esta información, así como las notas que puedan tomar durante la entrevista. Además el anonimato estará protegido, los nombres reales de los participantes no serán utilizados en ningún informe de los resultados de esta investigación. En todos estos informes, en los que se proporcionan datos de las entrevistas, la identidad del participante no se revelará y toda la información de identificación será alterada o eliminada.

Conservación de datos: Los datos recopilados, incluyendo el registro electrónico y la transcripción, así como cualquier nota tomada por los investigadores se mantendrán de manera segura. Cualquier copia impresa se mantendrá encerrada en un armario en una de las oficinas de los investigadores. Todos los datos electrónicos se mantendrán en las computadoras y en los dispositivos de almacenamiento de datos que están protegidos por contraseña y sólo los investigadores conocerán las contraseñas. Todos los datos impresos y otras copias de los datos electrónicos se mantendrán en forma segura durante 5 años después de que se publiquen los resultados del estudio y luego se triturarán o se borrarán.

APÉNDICE F

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Proyecto “Dependencia y Bienestar en Ancianos Institucionalizados: Propuesta de un Programa de Intervención”.

Estudio 2: Programa de intervención "Convivir con la dependencia y el bienestar"

El objetivo general de este estudio es aplicar y examinar los efectos de un programa de intervención centrado en la prevención de la dependencia, a un grupo de personas de 65 a 99 años institucionalizadas, con diferentes niveles de dependencia (independientes, dependencia moderada, dependencia severa-total). Para conseguirlo se realizarán dos valoraciones (pre y post-intervención). Los participantes asistirán durante nueve semanas a diferentes sesiones de intervención (bienestar emocional y físico) en las que recibirán recomendaciones para mejorar el bienestar y aumentar sus habilidades funcionales.

El estudio se realizará en la Comunidad de Madrid y la participación que proponemos es **TOTALMENTE VOLUNTARIA**. Además, las personas participantes tienen derecho a revocar su consentimiento y abandonar en cualquier momento si lo estiman conveniente, sin necesidad de dar explicaciones.

NOMBRE DEL PARTICIPANTE D^a.....

YO

He podido hacer preguntas sobre el estudio.

He recibido suficiente información sobre el estudio.

Comprendo que mi participación es voluntaria.

Comprendo que puedo retirarme del estudio.

Me han hecho saber que la información será tratada con absoluta confidencialidad.

Me han hecho saber que los resultados serán publicados sin que existan datos que puedan identificarse con el participante que los ha facilitado.

Acepto participar voluntariamente en este estudio, coordinado por los profesores D^a Nieves Pérez Marfil y D. Francisco Cruz Quintana y, llevado a cabo por la doctoranda M^a Teresa Rodríguez Díaz, sabiendo que el objetivo de este estudio es evaluar los efectos del programa “Convivir con la dependencia y el bienestar”. Por lo que firmo MI CONSENTIMIENTO,

En....., a.....de..... 20....

Firma del participante

