

# ***UNIVERSIDAD DE GRANADA***

**Facultad de ciencias de la actividad física y del deporte y Escuela de ciencias de la salud**



***Calidad de vida de mayores y sus aspectos bio-psico-sociales. Estudio comparativo de los instrumentos WHOQOL-BREF y SF-36***



***TESIS DOCTORAL***

***Manoel Freire de Oliveira Neto***

**Granada, 2007**



# ***UNIVERSIDAD DE GRANADA***

**Facultad de ciencias de la actividad física y  
del deporte y Escuela de ciencias de la salud**



***Calidad de vida de mayores y sus aspectos  
bio-psico-sociales. Estudio comparativo de los  
instrumentos WHOQOL-BREF y SF-36***

**Tesis Doctoral presentada por:**

***Manoel Freire de Oliveira Neto***

***Dirigida por:***

**Dra. Carmen Villaverde Gutiérrez**

**2007**

Carmen Villaverde Gutiérrez, Doctora en Medicina y Cirugía,  
Catedrática de Fisiología de la E.U. de Ciencias de la Salud de  
la Universidad de Granada

CERTIFICA: Que la memoria de tesis doctoral que presenta  
D. Manoel Freire de Oliveira a superior juicio del tribunal que  
la Comisión de Doctorado de la Universidad de Granada  
designa, sobre el tema “CALIDAD DE VIDA DE MAYORES  
EN SUS ASPECTOS BIO-PSICO-SOCIALES. ESTUDIO  
COMPARATIVO DE LOS INSTRUMENTOS WHOQOL-  
BREF Y SF-36” ha sido realizada bajo su dirección, reuniendo  
a su juicio las condiciones necesarias para su presentación y  
posterior defensa en sesión pública ante el mencionado  
tribunal.

Granada, Marzo de 2007

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'C. Villaverde', written in a cursive style.

Fdo: Dra. Carmen Villaverde Gutiérrez

**UNIVERSIDAD DE GRANADA**  
E. U. de Ciencias de la Salud  
Departamentos de Enfermería/Educación Física



**CALIDAD DE VIDA DE MAYORES EN SUS ASPECTOS  
BIO-PSICO-SOCIALES. ESTUDIO COMPARATIVO DE  
LOS INSTRUMENTOS WHOQOL-BREF Y SF-36.**

**Memoria de Tesis Doctoral  
Presentada por Manoel Freire de Oliveira Neto  
para optar al grado de Doctor en Educación Física**

**Granada Marzo 2007**



**Fdo.: Manoel Freire de Oliveira Neto**

## DEDICATORIA

*En especial a mí madre Maria das Vitórias, a mí padre Ademar Moreira (in memoriam) a mí maravillosa mujer, Roseane Patrícia, y mis queridos hijos, Thiago Manoel y Mayara Júlia. Por la paciencia, dedicación, comprensión y cariño durante esta larga caminata.*

## AGRADECIMIENTO

*A mis hermanos por el incentivo, apoyo y cariño que me ofrecen durante mi permanencia en España.*

*A mi directora de tesis, Profesora Carmen Villaverde Gutiérrez, por el apoyo, dedicación y paciencia.*

*Al Profesor Jesús Ramírez, por su apoyo en la estadística del trabajo.*

*A la Profesora y Rectora de la Universidad Estadual da Paraíba-(Brasil) Marlene Alves y a su esposo Joao Gil, por el apoyo e incentivo.*

*A los alumnos del aula permanente de formación abierta de la Universidad de Granada, por permitirme la realización de este trabajo.*

*Al Profesor Eduardo del Departamento de Fisioterapia por el apoyo en la aplicación del cuestionario.*

*A mis amigos brasileños que acreditaran en esa victoria.*

## ÍNDICE

<b>DEDICATORIA</b> .....	V
<b>AGRADECIMIENTO</b> .....	VI
<b>LISTA DE TABLAS</b> .....	XI
<b>LISTA DE ABREVIATURA</b> .....	XIV
<b>I. INTRODUCCIÓN</b> .....	01
<b>1 - EL PROCESO DEL ENVEJECIMIENTO</b> .....	02
1.1 – Envejecimiento en un contexto histórico.....	03
1.2 – Aspectos biológicos, psicológicos y sociales del envejecimiento .....	09
1.3 – Principales teorías del envejecimiento biológico .....	12
1.4 – Aspectos conceptuales e históricos del envejecimiento psicológico.....	15
1.4.1 - Teorías y modelos sobre el comportamiento y el bienestar psicológico en la Vejez.....	17
1.5 – Aspectos sociales del envejecimiento.....	19
1.6 - Envejecimiento de la población en Europa y España .....	27
1.7 - Envejecimiento de la población de mayores en América Latina, caribe y Brasil.....	34
1.8 – Envejecimiento y Dependencia .....	41
<b>2 - CONTEXTUALIZACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA</b> .....	50
2.1 – Evolución histórica de la calidad de vida .....	51
2.2 - Conceptualización de la calidad de vida .....	59
2.3 – Calidad de vida de mayores: el desafío de la transición del siglo .....	74
2.4 - La Organización Mundial de la Salud y el marco político del envejecimiento activo .....	82
2.4.1 – Los determinantes del envejecimiento activos .....	87



2.4.1.1 - Determinantes transversales: la cultura y el género .....	87
2.4.1.2 - Determinantes relacionados con los sistemas sanitarios y los servicios sociales .....	88
2.4.1.3 - Determinantes conductuales.....	88
2.4.1.4 - Determinantes relacionados con los factores personales .....	88
2.4.1.5 - Determinantes relacionados con el entorno físico.....	89
2.4.1.6 - Determinantes relacionados con el entorno social .....	90
2.4.1.7 – Determinantes económicos.....	91
2.5. – Calidad de vida relacionada con la salud.....	93
2.5.1 – Calidad de vida y salud en la vejez.....	98
2.5.2 – La educación para la salud en la vejez .....	101
2.5.3 – Instrumentos de medición de calidad de vida .....	104
2.5.3.1 –Dimensiones de la CVRS .....	105
2.5.3.2 – Tipos de instrumentos.....	106
2.5.3.3 - Selección y uso de instrumento de medida de la CVRS .....	107
2.5.3.4 – Características psicométricas.....	108
2.5.3.5 - Traducción y adaptación cultural de instrumento de medida.....	111
2.5.3.6 - Los perfiles de salud. El proyecto WHOQOL .....	112
2.5.3.7 – Medición de la calidad de vida en la vejez.....	114
<b>3 - ENVEJECIMIENTO ACTIVO Y CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD .....</b>	<b>116</b>
3.1 – Importancia de la actividad física para el envejecimiento activo.....	117
3.1.1 - Conceptualización de la Actividad Física .....	117
3.2 - Beneficios de la actividad física para la salud en la vejez .....	118
3.3 – Beneficios del ocio para un envejecimiento de calidad.....	126
3.3.1 – Evolución histórica del concepto de ocio .....	129

3.3.2 – La práctica del ocio como instrumento social .....	132
3.4 - Las aulas de mayores como espacio de intervención en la calidad de vida .....	134
3.4.1 – Atención universitaria a los mayores en las universidades andaluzas.....	135
3.4.2 – El aula permanente de formación abierta de la universidad de Granada.....	138
<b>II – JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....</b>	<b>142</b>
2.1 – Justificación y objetivo.....	143
2.2 – Objetivo de la investigación .....	147
2.2.1 - Objetivo General .....	147
2.2.2 – Objetivos específicos.....	147
<b>III – MATERIAL Y MÉTODO .....</b>	<b>148</b>
3.1 – Diseño.....	149
3.2 – Población y Muestra .....	149
3.3 – Instrumentos para recogida de información .....	150
3.3.1 – Cuestionario Sociodemográfico .....	151
3.3.2 – Cuestionario Whoqol-Bref .....	151
3.2.1 – dominios y facetas del Whoqol-Bref.....	153
3.3.3 – Cuestionario SF-36 Health Survey .....	155
3.4 – Clasificación de los datos .....	160
3.5 – Análisis .....	161
3.5.1 – Estudio descriptivo .....	161
3.5.2 – Consistencia Interna de los Cuestionarios en nuestra muestra .....	162
3.5.3 – Análisis Inferencial.....	162
<b>IV – RESULTADOS.....</b>	<b>163</b>
4.1 - Estudio Descriptivo .....	165
4.1.1 - Características Sociodemográficas.....	165
4.1.2 - Características de la práctica de Actividad Física.....	167
4.1.3 - Puntuaciones obtenidas con los Instrumentos de CVRS.....	168

4.2. - Consistencia interna de los cuestionarios en nuestra muestra.....	178
4.3 - Análisis Inferencial .....	179
4.3.1. - Coeficientes de Correlación de Pearson.....	179
4.3.2 - Índice de KAPPA .....	185
4.3.3 - Pruebas no paramétricas (U de Mann-Whitney y W de Wilcoxon).....	187
<b>V – DISCUSIÓN</b> .....	191
5.1 - Discusión de los resultados .....	192
5.2 - Discusión de los resultados obtenidos.....	193
5.2.1- Análisis Sociodemográfico y práctica de Ejercicio Físico.....	194
5.2.2 - Análisis de las puntuaciones de CVRS obtenidas con los instrumentos WHOQOL-BREF Y SF-36 .....	197
5.2.3 - Consistencia interna de los cuestionarios en nuestra muestra.....	200
5.2.4. Análisis Inferencial.....	201
<b>VI – CONCLUSIONES</b> .....	206
<b>VI – BIBLIOGRAFIA</b> .....	209
<b>VII-ANEXO</b> .....	223
Cuestionario Sociodemográfico (Anexo I).....	224
Cuestionario WHOQOL-BREF. The World Health Organization Quality of Life (Anexo II) .....	225
Cuestionario SF-36 The Health Survey (Anexo III) .....	228

## **LISTA DE TABLAS**

**TABLA 1. TEORÍAS DEL ENVEJECIMIENTO BIOLÓGICO**

**TABLA 2. ESTIMACIONES DE PERSONAS MAYORES CON DISCAPACIDAD Y DEPENDENCIA**

**TABLA 3. PERSONAS CON DESCAPACIDAD Y ESTIMACIÓN DE PREVALENCIA DE LAS SITUACIONES DE DISCAPACIDAD EN TANTOS POR MIL POR EDAD Y SEXO. ESPAÑA, 1999.**

**TABLA 4. DEFINICIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA**

**TABLA 5. EVOLUCIÓN DE LA POBLACIÓN MAYOR 1900-2050**

**TABLA 6. DESARROLLO DEL INSTRUMENTO WHOQOL**

**TABLA 7. INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA DE MAYOR INTERÉS EN GERONTOLOGÍA CON EXPRESIÓN DE SU CALIDAD MÉTRICA DE ADAPTACIÓN Y GRADO DE RECOMENDACIÓN EN ESPAÑA**

**TABLA 8. BENEFICIOS DE LA ACTIVIDAD FÍSICA**

**TABLA 9. ACTIVIDAD FÍSICA SEGÚN SEXO Y EDAD, 2003**

**TABLA 10. EVOLUCIÓN HISTÓRICA DEL CONCEPTO DE OCIO**

**TABLA 11. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS ALUMNOS DEL AULA PERMANENTE DE FORMACIÓN ABIERTA DE LA UGR DURANTE EL CURSO 2006-07.**

**TABLA 12. PRÁCTICA DE ACTIVIDAD FÍSICA CON RELACIÓN AL SEXO DE LOS ALUMNOS DEL AULA PERMANENTE DE FORMACIÓN ABIERTA DE LA UGR**

**TABLA 13. PUNTUACIONES OBTENIDAS CON EL CUESTIONARIO WHOQOL-BREF**

**TABLA 14. PUNTUACIONES OBTENIDAS CON EL CUESTIONARIO WHOQOL-BREF EN MUJERES SEGÚN PRACTICA DE ACTIVIDAD FÍSICA**

**TABLA 15. PUNTUACIONES OBTENIDAS CON EL CUESTIONARIO WHOQOL-BREF EN HOMBRES SEGÚN PRACTICA DE ACTIVIDAD FÍSICA**

**TABLA 16. PUNTUACIONES CRUDAS OBTENIDAS CON EL CUESTIONARIO SF-36 PARA EL TOTAL DE LA MUESTRA**

**TABLA 17. PUNTUACIONES TRANSFORMADAS OBTENIDAS CON EL CUESTIONARIO SF-36 PARA EL TOTAL DE LA MUESTRA**

**TABLA 18. PUNTUACIONES CRUDAS OBTENIDAS CON EL CUESTIONARIO SF-36 PARA LAS MUJERES SEGÚN PRÁCTICA DE ACTIVIDAD FÍSICA**

**TABLA 19. PUNTUACIONES TRANSFORMADAS OBTENIDAS CON EL CUESTIONARIO SF-36 PARA LAS MUJERES SEGÚN PRÁCTICA DE ACTIVIDAD FÍSICA**

**TABLA 20. PUNTUACIONES CRUDAS OBTENIDAS CON EL CUESTIONARIO SF-36 PARA LOS HOMBRES SEGÚN PRÁCTICA DE ACTIVIDAD FÍSICA.**

**TABLA 21. PUNTUACIONES TRANSFORMADAS OBTENIDAS CON EL CUESTIONARIO SF-36 PARA LOS HOMBRES SEGÚN PRÁCTICA DE ACTIVIDAD FÍSICA**

**TABLA 22. COEFICIENTE DE FIABILIDAD ALFA DE CRONBACH DE LOS DOMINIOS DEL CUESTIONARIO WHOQOL-BREF**

**TABLA 23. COEFICIENTE DE FIABILIDAD ALFA DE CRONBACH DEL CUESTIONARIO SF-36**

**TABLA 24. COEFICIENTE DE CORRELACIÓN DE PEARSON ENTRE LOS DOMINIOS DEL CUESTIONARIO WHOQOL-BREF**

**TABLA 25. COEFICIENTE DE CORRELACIÓN DE PEARSON ENTRE LOS DOMINIOS DEL CUESTIONARIO SF-36**

**TABLA 26. COEFICIENTES DE CORRELACIÓN DE PEARSON ENTRE LOS DOMINIOS DEL CUESTIONARIO WHOQOL-BREF Y LOS DOMINIOS DEL CUESTIONARIO SF-36.**

**TABLA 27. ANÁLISIS DE CONCORDANCIA MEDIANTE EL ÍNDICE KAPPA DE LAS PUNTUACIONES MEDIAS DE LAS DIMENSIONES Y GLOBALES DE AMBOS CUESTIONARIOS, WHOQOL-BREF Y SF-36**

**TABLA 28. ANÁLISIS DE CONCORDANCIA MEDIANTE EL ÍNDICE KAPPA ENTRE LAS PUNTUACIONES GLOBAL DEL WHOQOL-BREF Y PROMEDIO DEL SF-36, CATEGORIZADAS SEGÚN PERCEPCIÓN ALTA Y BAJA DE LA CVRS**

**TABLA 29. CONTRASTE DE MEDIAS SEGÚN PRACTICA DE ACTIVIDAD FÍSICA, PARA LAS DIMENSIONES WHOQOL-BREF.**

**TABLA 30. CONTRASTE DE MEDIAS SEGÚN GÉNERO PARA LAS DIMENSIONES WHOQOL-BREF.**

**TABLA 31. CONTRASTE DE MEDIAS SEGÚN PRACTICA DE ACTIVIDAD FÍSICA, PARA LAS DIMENSIONES SF-36.**

**TABLA 32. CONTRASTE DE MEDIAS SEGÚN GÉNERO, PARA LAS DIMENSIONES SF-36.**

**TABLA 33. VALORES ESTANDARIZADOS Y AGREGADOS (PESOS ESPAÑOLES PERC. 65-74 AÑOS)**

**GRÁFICO 1. VALORES ESTANDARIZADOS SEGÚN POBLACIÓN ESPAÑOLA DE 65-74 AÑOS**

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

**ADV** - Actividad de la vida diaria

**AIDV** - Actividades instrumentales de la vida diaria

**ALUMA** - Asociación de Alumnos Universitarios Mayores

**CECS** – Comité Europeo de Cohesión Social.

**CELADE** - Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía

**CEPAL** - Comisión Económica para América Latina

**CIDDM** – Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías.

**CIF** – Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud.

**CS-QV** – Grupo de expertos en la mejora de la calidad de vida de las personas mayores

**CV** - Calidad de vida.

**EDDES** – Encuentro sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud.

**ENS** - Encuesta Nacional de Salud

**GTIS** - Grupo de la tercera Edad

**IBGE** – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

**IMSERSO** - Instituto de Mayores y Servicios Sociales

**INE** – Instituto Nacional de Estadística.

**MAD** - Movilidad, autocuidados, disfunciones cognitivas

**MOS** - Medical Outcome Study

**MTAS** – Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

**OCDE** - Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico

**OIT** - Organización Internacional del Trabajo

**OMS** - Organización Mundial de la Salud.

**ONU** – Organización de las Naciones Unidas.

**PNB** - Producto Nacional Bruto

**PNDA** - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

**SABICAM** - Salud, Bienestar y Calidad de Vida de los Mayores

**SF-36** – The Health Survey

**SIDA** - Síndrome de inmunodeficiencia adquirida

**SPSS** - Statistical Product and Service Solutions

**UCA** - Universidad de Cádiz

**UERJ** - Universidad Estadual do Rio de Janeiro

**UGR** - Universidad de Granada

**UNATI** - Universidad Abierta a la Tercera Edad

**UNESCO** - Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura

**WHOQOL – Bref** - The World Health Organization Quality of Life.



# ***I - INTRODUCCIÓN***

# ***1 - PROCESO DEL ENVEJECIMIENTO***



“El arte de envejecer es el arte de conservar alguna esperanza”.  
André Maurois

## 1.1 – Envejecimiento en un contexto histórico

Existen evidencias antropológicas de que la edad máxima de la vida humana no se ha alterado substancialmente en los últimos 100 siglos o 10.000 años. Sin embargo, la perspectiva de la vida humana en las sociedades antiguas era extremadamente reducida en relación a la actualidad, quizás por los problemas de salud, como las enfermedades endémicas y epidémicas y la violencia, siendo extremadamente raro que las personas sobreviviesen hasta la senectud.

Los estudios etimológicos, señalan que la palabra *vejez* – derivada de viejo procede del latín *veclus*, *vetulusm*, que se define como la persona de mucha edad. El fenómeno (viejo, vejez y envejecimiento) en principio hace referencia a una condición temporal, concretamente a una forma de tiempo en el individuo, es decir la edad.

El interés por la vejez y los procesos de envejecimiento, siempre ha sido constante durante la historia de la humanidad. Los seres humanos de todos los tiempos, se interesaban por la prolongación de la vida y la posibilidad de la eterna juventud, luchaban contra la muerte, más por una motivación científica, por el estudio de la vejez y el envejecimiento. Hoy se sabe que en algunos períodos históricos existía un gran interés por el estudio de la vejez y el envejecimiento.

Los textos antiguos ya enfocaban temas relacionados con la vejez como señala Lehr (1980), en el antiguo testamento se destacan las virtudes que adornan a las personas mayores, su papel de ejemplo o modelo, así como de guía y enseñanza. En ese mismo contexto, en los textos egipcios y griegos se encuentran alusiones a la sabiduría de los mayores y al debido respeto del que son acreedores por parte de los más jóvenes.

Ballesteros (2004) relata que como ocurre en otras disciplinas, es en la filosofía donde se encuentran claros antecedentes de la gerontología. De esa forma dicha autora afirma que Platón (427-347 a.C.), presenta una visión individualista e intimista de la vejez y enfoca la idea de que se envejece como se ha vivido y de la importancia de

cómo habría que prepararse para la vejez en la juventud. Como antecedentes de una visión positiva de la vejez, Platón planteaba la importancia de la prevención y profilaxis. Al contrario de la visión de Platón, Aristóteles (384-322 a.C.) presenta lo que podríamos considerar unas etapas de la vida del hombre: la primera, la infancia; la segunda, la juventud; la tercera, más prolongada, la edad adulta, y la cuarta, la senectud, la que llega al deterioro y la ruina. Son visiones antagonistas y contradictorias de la vejez las que plantean Platón y Aristóteles y continúan a lo largo de la historia del pensamiento humano.

No hay registro de actividades o pensamientos de los ancianos en la pré-historia. Sin embargo, se puede imaginar con cierta seguridad cuál fue su condición al comprobar que todas las culturas ágrafas tienen una consideración parecida hacia su senectud. La longevidad es motivo de orgullo para el pueblo, por cuanto eran los depositarios del saber, la memoria que los contactaba con los antepasados. Muchos de ellos se constituían en verdaderos intermediarios entre el presente y el más allá. No es de extrañar que los brujos y chamanes fuesen hombres mayores. Ejercían también labores de curación, de jueces y de educadores. En esas sociedades no es infrecuente que aquellos que ejercían labores importantes les denominasen "ancianos", ajenos a su edad. Aunque tampoco es raro que tuvieran un mismo vocablo para joven y bello, para viejo y feo.

En las sociedades más primitivas, la valoración personal parecía quedarse ligada directamente a la capacidad física, hombres que tenían más vigor incluso en la senectud parece que tenían más consideración en la sociedad. Garcéz (2005) afirma que también los valores religiosos y filosóficos ciertamente desempeñan un importante papel en la valoración del individuo mayor en las diferentes sociedades. La creencia en la vida después de la muerte y la posibilidad de la intervención de los espíritus de manera directa e indirecta en la vida diaria de las personas, ciertamente interferirán en la actitud de las sociedades primitivas para con los mayores. El mismo autor hace un estudio histórico del envejecimiento, planteando su origen, en distintas civilizaciones y períodos:

**Egipto:** Un desarrollo de la vida familiar y una vida estructurada socialmente intrincada, resaltando las creencias religiosas y sus influencias en la vida cotidiana, observada en el antiguo Egipto en torno al 3000 a.C. Diversos documentos resaltan la obligación de los hijos de cuidar de sus padres mayores y de mantener sus tumbas después de la muerte.

Una de las primeras representaciones gráficas del envejecer que hace referencia a debilidad, se encuentra en el jeroglífico que significa, viejo o envejecer, en los años 2800-2700 a.C. representado por una imagen humana acostada, con ideograma representativo de flaqueza muscular y pérdida ósea.

Sin embargo, los egipcios objetivaron una vida larga y saludable. Vivir hasta 110 años era considerado el premio por una vida equilibrada y virtuosa.

**Israel:** La civilización hebrea, desarrolló contemporáneamente la mesopotámica, reforzando principalmente las medidas higiénicas y preventivas en el tratamiento de las enfermedades.

El respeto del pueblo judío por los mayores queda patente en su principal libro, “La Biblia”, escrito aproximadamente 200 años a.C., hace referencia no solo a los cuidados con los mayores, sino también a los pacientes con demencia; “Hijo mío, ayuda al viejo de tu padre, no le disgustes durante su vida. Si su espíritu desfallece, se indulgente, no le desprecies porque te sientes fuerte, pues tu caridad para con tu padre no será olvidada” (Ecles, 3:14,15).

En la política, la vejez también era valorada. Maltratar a los padres era un crimen que podría llegar a la muerte como punición. El Sanédrin, órgano máximo del pueblo hebreo, estaba compuesto por 70 “mayores del pueblo”, hombres ilustres, cuyas hijas podrían casarse con sacerdotes.

Una de las principales características del pueblo Judío fue su sentido por la religión en su vida diaria impregnada de toda su estructura teocéntrica. Sin embargo la enfermedad era observada como la consecuencia del pecado.

**Grécia:** El envejecimiento era considerado por los griegos como algo terrible, porque representaba un declive de la juventud y vigor, valorada por la cultura helénica.

Los griegos tenían respeto por los antiguos vencedores y sus pasados victoriosos, así como por sus viejos estadistas y filósofos.

La percepción de la senectud en Grecia era peyorativa, Geras la divinidad de la vejez, era un demonio cruel, Aristóteles la tachó de enfermedad incurable, juzgando a los viejos de maliciosos, mezquinos, cobardes. Para Homero, quien engrandecía las buenas capacidades de los mayores, y para Platón con prudencia, sabiduría y discreción: la vejez de cada quien depende de su pasado; sólo la previa honestidad garantiza una posterior vejez saludable (Yuste 2004).

**Roma:** En la antigua Roma, los mayores parecen haber recibido el debido respeto, por el nombre. El senado, la más importante institución de poder, deriva su nombre de *senex* “anciano” valorando la experiencia de los mayores. Marco Tulio, ha contribuido con un interesante documento sobre el envejecimiento, un libro *De Senectud*, que aporta importantes informaciones sobre problemas del envejecimiento como la memoria, la pérdida de la capacidad funcional, alteraciones de los órganos de los sentidos, pérdida de la capacidad de trabajo etc. Sin embargo las informaciones de este clásico de la literatura, informan con claridad el tratamiento de los problemas que hoy todavía, más de 2000 años después es tratado por la gerontología.

La vejez era, para Séneca, dolencia incurable, y para Galeno proceso natural de deterioro, medio camino entre morbo y salud. Según Horacio, era nostalgia, impotencia e infelicidad. Sin embargo Cicerón tenía una visión totalmente moderna, de que el buen o mal envejecer es corolario del modo de ser de cada persona, y aceptación o no por parte del proceso, considerando la vejez serena y hermosa (Yuste 2004).

**Edad Media:** Un periodo aproximadamente de un milenio (500-1500 d.C.), considerado como edad de las tinieblas. Los estudios vienen demostrando durante este periodo un reto en la vida intelectual y científica, cuyos descubrimientos e inventos vienen a marcar la historia de la humanidad, permitiendo el desarrollo de las ciencias específicas.

El Medievo, cuyos principales campos de actividad eran la guerra y agricultura, no podía mostrarse ferviente con quienes ya no podían exhibir fortaleza en sus brazos (Yuste 2004).

Durante este periodo, la medicina occidental, se quedo con el problema de concatenar las tradiciones de los invasores, las tradiciones de los bárbaros y de los clásicos romanos y la influencia cristiana, permaneciendo todavía la influencia de Galeno prácticamente inalterada.

En el siglo VII empezó la gran expansión islámica, alcanzando el Oriente Medio, el norte de África y el sur de Europa, principalmente a España. Durante este periodo se observa una atracción por la cultura clásica, principalmente la griega por los árabes, que actuarán como preservadores de la cultura médica griega, que en un segundo tiempo fue restituida a través de innumerables centros de estudio.

Maimonides (1125 – 1204) un influyente médico de origen israelita y formación hipocrática y galénica, fue uno de los autores que más valoraba la medicina preventiva y alertaba ya a los mayores, en algunos de sus 10 tratados, para evitar excesos, mantener cuidados de higiene, beber vino y hacer acompañamiento médico periódico.

**Renacimiento:** En esta época se observa, según algunos autores, un progresivo aumento en la expectativa de vida. Simultáneamente surge mayor interés con relación al problema del envejecimiento. A mitad del siglo XV, el anatomista y profesor clínico Gabriele Zerbi (1468-1505) escribe su libro Gerontocomia, un manual de higiene para mayores, representando el primer libro impreso destinado a Geriatria.

**Era Moderna:** Durante el siglo XVII y XVIII la evolución de la Química, Anatomía, Fisiología y Patología, se tornaron más realistas con relación a los problemas del envejecimiento. Johann Bernard von Fischer (1685 – 1772) escribe el primer libro sobre mayores, que rompe las tradiciones medievales, caminando hacia la modernidad. En su trabajo De Senio Eiusque Gradibus et Morbis (La vejez, sus etapas y sus enfermedades) publicado en Alemania en 1754, el autor combate fuertemente el pesimismo existente en el medio medico sobre la atención a los mayores.

En la historia de la humanidad, siempre existieron personas mayores, como los patriarcas del antiguo testamento, Noé, Jón, Abrahan, hasta incluso Matusalén, aunque eran muy pocos y constituían apenas una fracción de la población. Hoy vivir hasta

60,70, 80 años se ha hecho más común y vivido por millones y millones de personas en todo el mundo.

Pocos ancianos los sabios o poderosos, eran aceptados, el resto, por serlo la vejez en sí, estaban mal vistos. Montaigne la calificaba como pérdida y mutilación del propio ser.

La vida de los ancianos durante el capitalismo continua muy difícil, principalmente en el siglo XIX durante la Revolución Industrial, cuando no eran más ricos ni poderosos, sin embargo su destino estaba depositado en las manos de la familia, que algunas veces los trataban con benevolencia, pero también los olvidaban y abandonaban en hospitales y asilos.

En ese contexto los valores y características de la población de mayores empezaron a cambiar satisfactoriamente. Con el aumento extraordinario en el número de personas mayores, se observa un surgimiento de una situación relativamente nueva: el envejecimiento poblacional, que significa aumento de la proporción de mayores en la población.

Este aumento de personas más viejas en la población viene ocurriendo por dos motivos específicos. El primero, es la disminución de la mortalidad, elevando el aumento de la expectativa de vida, pero la caída de las tasas de mortalidad no es suficiente para el envejecimiento poblacional. El segundo motivo es la disminución de la fecundidad, coeficiente cuyo significado es el número de hijos por mujer en edad fértil. Esas dos situaciones son las que simultáneamente vienen ocurriendo en todo el mundo, propiciando el envejecimiento en términos absolutos y relativos.

Según Pacheco (2005) el crecimiento impresionante y rápido de la proporción de personas más viejas en la población es un triunfo. El desarrollo socioeconómico-cultural y la tecnología conseguirán aumentar la supervivencia de la especie humana.

Las nuevas condiciones de vida creadas por la tecnociencia (tecnología y ciencias) no sólo ha envejecido a los pueblos, sino que ahora el grupo etario de mayor



velocidad de crecimiento en las sociedades democráticas neotecnológicas, lo constituye la población mayor de 85 años. Además, la prolongación del lapso post-jubilación conlleva un empobrecimiento progresivo, agravado la mayor necesidad de asistencia médica. Al mismo tiempo, el porcentaje de menores de 15 años disminuye. Los niveles de fecundidad continúan en descenso. La más amplia proporción de viudas está en directa relación a la mayor expectativa de vida de las mujeres, lo cual no representa del todo una ventaja.

En la actualidad los estudios e investigaciones sobre el envejecimiento son cada vez más amplios, observándose a través de evidencias como demuestra la medicina en relación a los aspectos físicos y biológicos, como los demográficos en relación a los procesos de envejecimiento o a través de las proyecciones previsibles para el futuro. Otro aspecto importante según los parámetros estadísticos, son los aspectos psíquicos o mentales de esta etapa de la vida. Todavía en la mayoría de las disciplinas se afirma estar en fase de descubrimientos.

Tres características relevantes se manifiestan hoy día: por un lado, la ya referida complejidad que hace inevitable el pluralismo. La heterogeneidad en las grandes *megapolis* en las cuales nunca antes cohabitaron tantas generaciones simultáneamente, ni tampoco, nunca antes, habían morado tan cercanamente, seres de las más diversas estirpes, costumbres y creencias. De tal modo que ya no se comparten los mismos horizontes y el encuentro entre extraños culturales se hace usual. Por otra parte, la secularización producida desde la creación de los Estados modernos, que ha contribuido a una concepción más autónoma de las personas. Y finalmente, el advenimiento de la tecnociencia, cuya preponderancia nos ha conducido a su veneración y también a su temor. Su poder ha sido tan avasallador que ha modificado todos los ámbitos de la vida humana. Incluso la relación con la naturaleza misma.

## **1.2 – Aspectos biológicos, psicológicos y sociales del envejecimiento**

El proceso de envejecimiento va gradualmente modificando nuestro organismo, el ser humano va percibiendo los cambios biológicos propios, como también en lo

psíquico que sufre transformaciones de creencias, valores y conductas, influenciando directamente el aspecto social donde hay una modificación en los hábitos de conductas.

Con relación al aspecto biológico, Pacheco (2002) afirma que el envejecimiento comienza por lo menos tan precozmente cuanto la pubertad, siendo un proceso continuo durante la vida; socialmente, las características de los miembros de la sociedad, que son percibidos como personas ancianas, cambian de acuerdo con el aspecto cultural, con el transcurrir de las generaciones, y principalmente, con las condiciones de vida y de trabajo a las que son sometidos, por lo que las desigualdades de esas condiciones llevan a la desigualdad en el proceso de envejecer.

El mismo autor expone que una persona se está haciendo vieja cuando comienza a fallarle la memoria, tiene dificultad de aprendizaje y fallas de atención, orientación y concentración, comparado con sus capacidades anteriores; económicamente, en algunos momentos se define que una persona se torna anciana a partir del momento que deja el mercado de trabajo, que deja de ser económicamente activa; funcionalmente, cuando comienza a depender de los otros para la ejecución de sus necesidades básicas o tareas habituales. El deterioro de la salud física y mental que ocurre con el pasar de los años, lleva al individuo a ser considerado como anciano; cronológicamente, existe dificultad para definirla, tornándose la decisión arbitraria; de acuerdo con el desarrollo socioeconómico de cada sociedad, sus miembros presentarán las señales claras del envejecimiento, con sus límites y pérdidas cronológicas (Oliveira y Villaverde, 1999).

El envejecimiento tiene doble sentido, puede ser visto como senectud o tiempo biológico y como progreso en los años, que expresa el tiempo cronológico. Gran parte de las teorías sobre envejecimiento asumen una transformación biológica, pero con interacciones de raíces sociales y psicológicas. El análisis fisiológico de la senectud ha seguido un doble camino, a través de la esfera personal o el círculo de la especie.

El fenotipo del envejecimiento, que es representado por marcadores típicos, como por ejemplo: pérdida de peso, reducción de la masa corpórea, pelos grisáceos, pieles enjugadas, etc. Es un reflejo de alteraciones somáticas, que rápidamente o lentamente estarán presentes en el anciano. Esas manifestaciones, que son bastante evidentes y fácilmente observables, actualmente no se dispone de información acerca de los mecanismos pertenecientes a su génesis, aunque el envejecimiento biológico sea un fenómeno universal que afecta a todos los seres vivos (Villaverde, 2002).

Netto y Borgonovi (2005) afirman que permanecen hasta hoy las dudas acerca de los mecanismos que causan modificaciones profundas en las funciones orgánicas del individuo anciano, principalmente en los más viejos. Son esos mecanismos que tornan al adulto sano en viejo frágil, con la reducción de las reservas funcionales y aumento exponencial de la vulnerabilidad a muchas enfermedades.

Para las ciencias biológicas todo ser cumple un ciclo de vida, que, implica nacer, crecer o desarrollarse, envejecer y morir. La vejez es un proceso inherente al ciclo vital de todo ser vivo, que implica la caducidad celular, tisular y orgánica, de forma natural e involuntaria y poco a poco acumulativa; la vejez se inicia en el germen y su desarrollo prosigue hasta la muerte.

La existencia de variados conceptos, expone claramente la dificultad de entender el proceso del envejecimiento, para algunos autores uno de los conceptos de envejecer podría ser definido como un proceso dinámico y progresivo, en el cual hay modificaciones morfológicas, fisiológicas, bioquímicas y psicológicas, que determinan pérdidas progresivas de la capacidad de adaptación del individuo al medio ambiente, ocasionando mayor vulnerabilidad y mayor incidencia de procesos patológicos, que terminan por conducir a la muerte.

Para Robert (1995)<sup>1</sup> el proceso del envejecimiento es como el conjunto de los mecanismos que disminuyen progresivamente la capacidad del organismo para hacer frente a las exigencias variables del entorno y para mantener la integración de los órganos que aseguran las funciones vitales esenciales. Sin embargo ese concepto no es suficiente para la construcción de instrumentos capaces de medir el envejecimiento biológico, haciendo que los gerontólogos focalicen sus investigaciones en indicadores del envejecimiento, o sea “constantes biológicas” que evolucionan con la edad cronológica de forma lineal.

Drusini (2004) señala que la biología puede ser conceptualizada como la ciencia de la vida del ser viviente, en todas sus formas y manifestaciones. Ballesteros (2004) afirma que los biólogos han planteado decenas de teorías sobre el envejecimiento. Todavía pueden ser considerados algunos conceptos básicos que se encuentran en toda teoría biológica, así como los planteamientos básicos en todas ellas, de que el organismo individual experimenta tres etapas esenciales:

- 1) crecimiento y desarrollo
- 2) madurez
- 3) involución y declive.

Estas etapas acontecen inexorablemente, a menos que exista error biológico o muerte por accidente del organismo o una alteración plástica y/o funcional que precipite la muerte del individuo.

### **1.3 – Principales teorías del envejecimiento biológico**

Para Yuste (2004) toda teoría sobre el envejecimiento asume siempre un sentido biológico, con interacciones de raíces sociales y psicológicas. Mientras el puro análisis fisiológico de la senescencia ha seguido dos caminos, de acuerdo con la esfera personal o el círculo de la especie: El primer enfoque entiende que la entrada en la vejez, es singular para cada sujeto, sin necesaria relación con la edad; cada uno envejece a causa de factores endógenos propios o de circunstancia particular. El segundo enfoque desde una visión subjetiva, infiere que cada especie, presta a sus individuos, por un

---

<sup>1</sup> ROBERT, L (1995) *Le vieillissement, faits et théories*. París: Flammarion. Citado en: GARCÍA, A. et al (2002) *La personas mayores desde la perspectiva educativa para la salud* / Universidad de Murcia,

máximo de longevidad, la vigencia funcional del organismo, lo que funda la esperanza de vida.

Shock (1977)<sup>2</sup> afirma que son muchas las teorías biológicas explicativas de la vejez, algunas de ellas por los avances de la genética o de la biología molecular, y pueden ser clasificadas en tres tipos de envejecimiento

### **TABLA 1. TEORÍAS DEL ENVEJECIMIENTO BIOLÓGICO<sup>3</sup>**

#### **1. Envejecimiento primario( teorías de las causas genéticas):**

1.1. Limitación de la capacidad multiplicativa celular (Hayflyck)

1.2. Envejecimiento endógeno de las células:

- Teoría de los radicales libres (hatman)
- Teorías de los errores (Orgel y Holliday)

1.3. Mutación en el ADN de la restauración de fallos (Ravin)

1.4. Ruptura irreparable del ADN altamente redundante.

1.5. Acumulación de desechos.

#### **2. Envejecimiento secundario (teorías asentadas en las causas patológicas, degenerativas...):**

2.1 Teoría del desgaste, o estocásticas.

2.2 Acumulo de moléculas tóxicas en sangre.

2.3 Teoría de la deprivación celular.

2.4 Teoría de los enlaces cruzados (Bjorksten).

#### **3. Envejecimiento terciario ( teorías basadas en la decadencia de algún sistema):**

3.1 Merma de la función inmunológica (Walford)

3.2 Transformación del sistema endocrino

- Deterioro glandular del tiroides.
- Decadencia de las glándulas sexuales.
- Disfunción de la hipófisis (Dilman).

3.3 Trastornos del sistema cardiovascular.

3.4 Desorganización del sistema nervioso.

#### **4. La teoría multifactorial**

of the psychology of agins. Nueva York: Ed. Van Nostrand Reinhold.

<sup>3</sup> La tabla 2.1 Tomado del libro Introducción a la psicogerontología. (2004) Autor: Nazario Yuste Rossell, Ed. Pirámide.

Ballesteros (2002) en su aportación a las teorías biológicas sobre el envejecimiento hace consideración a dos tipos de teorías: 1) la cuestión de la existencia del envejecimiento y su variabilidad entre las especies y 2) los mecanismos específicos que están en la base del envejecimiento. Sin embargo, señala la autora que las teorías del envejecimiento son competidoras entre ellas, y no es fácil decidir cuál es la más adecuada.

García (2002) afirma que la especie humana es la más longeva de todas las especies, de acuerdo principalmente a un conjunto de genes que determinan la longevidad de la especie o tasa máxima de vida para la que está constitucionalmente dotada una especie, mientras que la expectativa de vida es la tasa de existencia real (número de años) de un ser vivo.

El mismo autor afirma que la longevidad depende fundamentalmente de factores endógenos de carácter heredobiológico. Sin embargo, la esperanza de vida depende más de factores exógenos (nutrición, género de vida, entorno ambiental- micro y macroambiental).

Carvalho Filho (2002) señala que el envejecimiento puede ser conceptualizado como un proceso dinámico y progresivo con alteraciones morfológicas, funcionales y bioquímicas que alterarán progresivamente el organismo, haciendo que se torne más susceptible a las agresiones intrínsecas y extrínsecas que terminan en la muerte. Para García (2004) el envejecimiento puede ser conceptualizado como un fenómeno descriptivo que representa los cambios que virtualmente sufren todos los sistemas biológicos y ecosistemas con el paso del tiempo.

El organismo humano, desde su concepción hasta la muerte, engloba diversas fases: desarrollo, pubertad, madurez y envejecimiento. Identificándose entre las tres primeras fases, marcadores físicos y fisiológicos de transición entre ellas. El envejecimiento se manifiesta por declive de las funciones de diferentes órganos, con la

tendencia de ser lineal en función del tiempo, no consiguiendo definir un tiempo exacto de transición.

#### **1.4 – Aspectos conceptuales e históricos del envejecimiento psicológico**

Desde la psicología experimental, el envejecimiento es visto esencialmente como un descenso de las funciones intelectuales. Sin embargo existe un envejecimiento diferencial de estas funciones, se produce por un lado un descenso de las facultades de atención, de concentración y de la memoria, y del otro se aprecia el mantenimiento de las facultades de aprendizaje ante las situaciones nuevas, si se deja de lado el factor tiempo. Las aptitudes que más se mantienen son las desarrolladas a raíz del aprendizaje, el descenso es observado principalmente en aquéllas en que el sujeto está poco entrenado o no ha recibido instrucciones previas. Si el nivel formativo es alto, el descenso es menor o más tardío.

Pérez (2004) señala que la psicología del envejecimiento es una ciencia que investiga, indaga e interviene en el comportamiento y los procesos mentales de las personas mayores. Tratando de analizar y suplir las necesidades de las personas ante el envejecimiento para una mejor adaptación a esta etapa de la vida.

Según Bond y cols. (1996) en la vida cotidiana hay mayor tendencia a pensar en los aspectos psicológicos del envejecimiento que en los biológicos. Sin embargo, el estudio del envejecimiento no ha tenido mucha importancia en la disciplina de la psicología. Ya desde el siglo XIX se entendía la idea de un envejecimiento psicológico como un movimiento regresivo. Se pensaba que la desorganización cognitiva seguía el orden contrario al desarrollo, empezando la degeneración en las habilidades de orden. El modelo presentado por la psicología del desarrollo y el envejecimiento era unitario, una secuencia de crecimiento y de construcción de habilidades en la ¿infancia?, seguido de un periodo de estabilidad relativa, dándose un largo periodo de declive. En este contexto el estudio psicológico del envejecimiento era entendido como de interés limitado, y no era considerado como un área de investigación popular. Recientemente, con el desarrollo de la psicología cognitiva y su interés en el funcionamiento de las personas

en el mundo real opuesto al del laboratorio, el funcionamiento mental de las personas mayores ha ido adquiriendo atractivo para los investigadores.

Durante un periodo de aproximadamente tres décadas los investigadores dedicaron mucho tiempo, a estudios y comprensión de los mayores, principalmente la psicología evolutiva, con la interpretación de la vida en etapas y ciclos, juntamente con la psicología social, con el desarrollo de los modelos normativos, desempeño de roles, etc., trataron de facilitar el acercamiento a la temática, consiguiendo una estructura conceptual suficientemente desarrollada, apoyándose en aportaciones médicas y sociológicas.

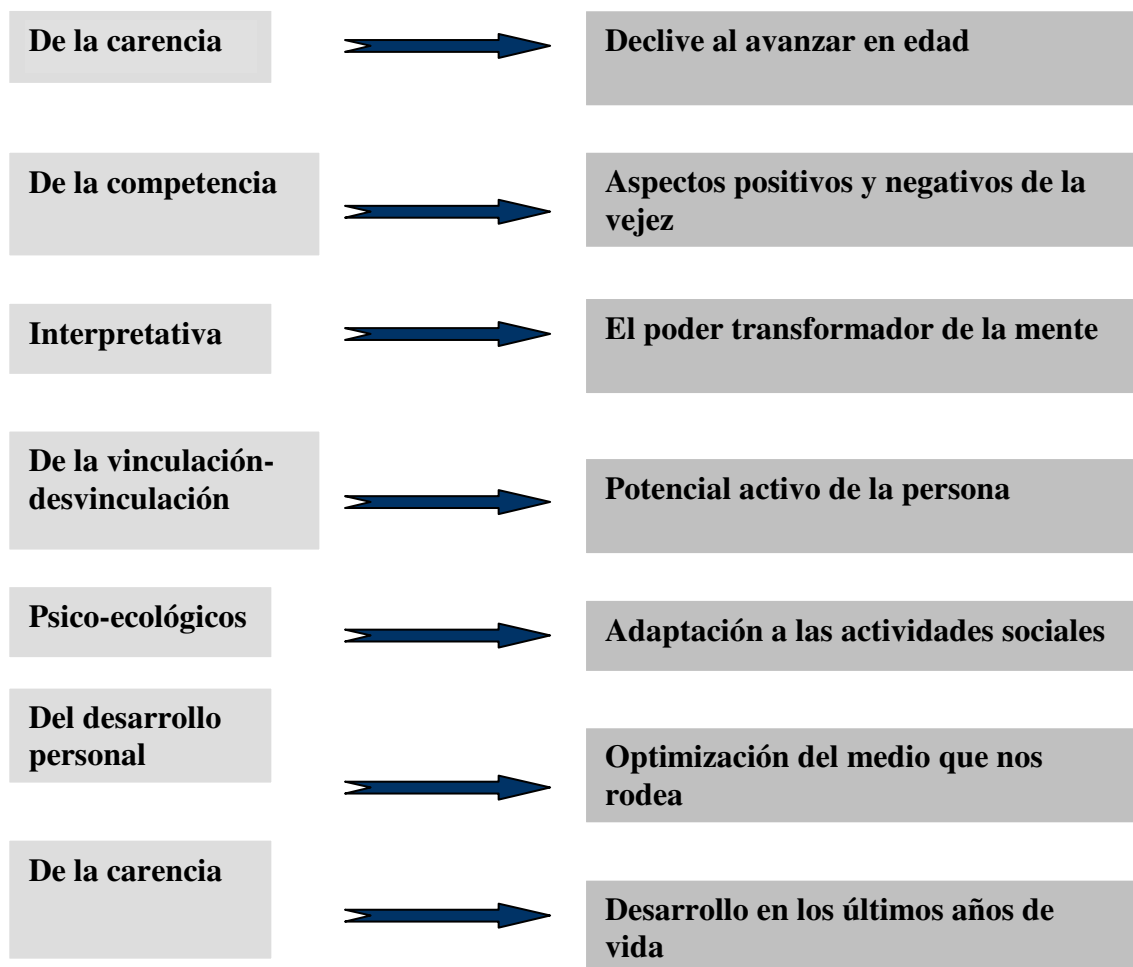
Reig (2004) subraya que la vida humana es un proceso de desarrollo constante y dinámico de adaptación al medio, exigiendo la permanente toma de decisiones a través de nuestro comportamiento. El autor aporta, que vivir supone la exposición a una serie de adversidades, situaciones o cambios negativos, como, pérdidas, disminuciones y presiones ambientales, en áreas importantes de la vida y del funcionamiento personal, sin embargo al mismo tiempo presupone la posibilidad de ocurrencias, oportunidades y cambios positivos. Al mismo tiempo la urgencia de una serie de recursos bioculturales, adaptativos, no solo como afrontamiento de aquellas limitaciones, sino para hacer frente a la diversidad de tareas adaptativas con el objetivo de perfeccionarse como seres humanos.

Uno de los factores importante del envejecimiento psicológico, es el aprendizaje como un proceso que posibilita, durante el desarrollo personal, la adquisición de informaciones y de conocimiento necesario para la vida, como forma de realizar las tareas de la vida y adaptarnos con eficacia a nuestro medio. Necesitamos aprender prácticamente casi todo, mientras el aprendizaje constituye uno de los principales vehículos de la adaptación del comportamiento como también un poderoso impulso en el progreso social y cultural. Ese proceso de aprendizaje nos convierte, a la vez, en únicos y flexibles.



### 1.4.1 Teorías y modelos sobre el comportamiento y el bienestar psicológico en la vejez<sup>4</sup>

Existen diversas teorías y modelos que tratan de dar explicaciones al comportamiento adaptativo y al bienestar psicológico de las personas mayores, destacándose:



❖ **Teoría del declive o carencia:** Al avanzar en la edad se produce un declive así como diferentes carencias en el desarrollo personal y social. Esta teoría une los complejos procesos de degradación psíquica al concepto de tiempo.

<sup>4</sup> Teorías y modelos sobre el comportamiento y el bienestar psicológico de la vejez. Adaptado del libro Calidad de vida en personas mayores (2004). Capítulo VII. Aspectos psicológicos en las personas mayores. M<sup>a</sup> Victoria Pérez de Guzmán Puya.

❖ **Teoría de la competencia:** Resalta aquellos aspectos tanto positivos como negativos que van apareciendo a medida que nos hacemos mayores.

❖ **Teoría interpretativa:** Reconoce que la mente humana tiene poder transformador. Centra su esencia en que la realidad está construida por los individuos, por lo que destaca el valor subjetivo de toda experiencia y el valor simbólico del envejecimiento. Por tanto la realidad es el resultado de una interpretación personal.

❖ **Teoría de la vinculación-desvinculación:** El ser humano se desarrolla en sociedad y, como consecuencia, realiza una serie de actividades concretas. Esta teoría, con carácter eminentemente descriptivo, trata de aclarar si resulta conveniente o adaptativo que la persona que ha llegado a la tercera edad siga comprometiéndose en ciertas actividades sociales.

❖ **Modelo psico-ecológico.** Este modelo se lo debemos a Lawton, quien analiza la presión del medio que nos rodea, para tratar de optimizarlo. De este modo los mayores tendrán una mejor calidad de vida.

❖ **Modelo de desarrollo personal:** Desde esta perspectiva se destaca que los últimos años de vida pueden ser ocasión para un sustancial desarrollo personal. Aunque para algunas personas mayores, el desarrollo personal es difícil o imposible debido a una serie de circunstancias como estrés, problemas de salud, infancia marginal, pérdidas de seres queridos, etc., que pueden provocar obstáculos difíciles de superar. Actualmente, este modelo ha llegado a ser uno de los más destacados

Algunos aspectos que influyen directamente el bienestar psicológico son señalados por Yanguas (1998) como la percepción de que se envejece, los cambios negativos en la autoimagen y autoestima, la sensación de desplazamiento social, las posibles pérdidas y la soledad, el sentimiento de inutilidad y el afrontamiento del acercamiento de la muerte. Para revertir algunos de los aspectos es muy importante estar en buen estado de bienestar llevando una vida saludable, a través de ejercicio físico y una buena alimentación y equilibrio psicológico.

## **1.5 – Aspectos sociales del envejecimiento**

A finales del siglo XIX se plantea la idea de que cada sociedad determina el recorrido de las edades de la vida, caracterizándolo por etapas específicas (infancia, edad escolar, adolescencia, adultez, etc.). Este proceso determina condiciones de acceso de una etapa a otra. Las normas establecen cuáles son los acontecimientos socialmente más significativos del progreso en edad. Son criterios de utilidad social vinculados a los estilos de subsistencia que constituyen, en las diversas sociedades la dimensión común de la vejez. En nuestra sociedad, donde el trabajo asalariado está generalizado, la jubilación aparece especialmente cargada de muchos significados (García 2002).

Bazo (2001) informa que “en las últimas décadas se han producido una serie de cambios sociales que afectan a la familia, el trabajo, la jubilación. Se ha producido un proceso de desindustrialización, ha cambiando la estructura de clases, crece la preocupación por el medio ambiente”.

Todo ese proceso genera cambios en la vejez y el envejecimiento, desde las condiciones económicas y de salud, llegando a la edad madura, cómo se la vive, a través de la participación social y comunitaria de los mayores y de las instituciones vinculadas a la vejez. Esos cambios confluirán en nuevas perspectivas socioculturales, estructurales e institucionales en las sociedades modernas, sobre los cuales se configurará y sustentará la vejez.

Los problemas sociales que representa la vejez en las sociedades modernas son un ejemplo paradigmático de la forma en que ciertas perspectivas, científicas y no científicas, pueden influenciar a través de la difusión de ideas y representaciones ya construidas, lo que es la vejez. La “persona vieja” como estereotipo socialmente producido y fácilmente reconocido, puede encuadrarse en una categoría de individuos, en la que sus propiedades relativamente homogéneas, son identificadas normalmente por aislamiento, soledad, enfermedades, pobreza e incluso exclusión social.

Para Osorio (2006) los cambios de la modernidad inciden, principalmente en la vida de cada individuo y en sus relaciones con su entorno social, cotidiano y familiar, ante los cuales las ciencias sociales no deben permanecer indiferentes. En la época actual, la estructura familiar es bastante débil y, en ocasiones, ni siquiera permite dar a los “abuelos” una oportunidad de vida segura y tranquila. Mientras las condiciones económicas no permiten contar con un espacio amplio en la vivienda, rara vez son incluidos los mayores en el grupo familiar dentro de la misma casa, quedando expuestos al empobrecimiento, “soledad y aislamiento”<sup>5</sup> del entorno de la familia. Esto es la forma de vida de las grandes ciudades. Todavía en el campo donde, aún hoy los viejos y las viejas ocupan un lugar, de acuerdo con la tradición, principalmente en la familia numerosa, en la cual se integran diversas historias y experiencias de vida como una demostración de respeto y afecto.

Considerando la vejez como una categoría social, se puede afirmar que la misma se quedó institucionalmente cerrada en las fronteras de un límite de edad fijo, cuyo acceso es reforzado por una pensión de reforma. Esta definición institucional no ha sido adaptada a las transformaciones sociodemográficas. Al pasar a la categoría de jubilado, “el joven viejo” encuentra las condiciones para adquirir las propiedades que son socialmente imputadas a la vejez. Ocurre la pérdida de estado social atribuido a partir del trabajo profesional, también es una forma de exclusión social y por supuesto se adquiere el estado de jubilado.

---

<sup>5</sup> A través de la gerontología social, muchos autores y profesionales de atención a las personas mayores, consideran la tendencia al aislamiento (soledad) una de las pérdidas más graves, siendo un indicador de disminución de la capacidad de control y regulación de la interacción social.

Hay una influencia directa de las personas mayores en la organización social, mientras la organización social influye sobre las expectativas, condiciones y modos de vida de las personas mayores. Rosow (1976) a través de los enfoques sociológicos de análisis de la vejez, subraya con datos muy diferentes, la vejez como una situación social en la que las personas mayores se ven afectadas por rasgos relativamente comunes. Los investigadores que apoyan esa concepción mencionan las siguientes dimensiones básicas: a) La pérdida del trabajo y la jubilación, que definen la necesidad de rehacer no sólo una estructura horaria, sino también una estructura de metas y relaciones sociales diferentes; b) la necesidad de buscar actividades y usos del tiempo alternativos, ligados igualmente a la jubilación; c) La demanda de cuidados específicos de salud y más frecuentes; d) La demanda de diferentes productos y recursos de bienestar, individual y comunitarios; e) Las necesidades de asumir cambios en la dinámica de la familia nuclear debido a la nueva reorganización del tiempo y de las actividades o a las variaciones en el ciclo de vida de la familia (muerte de un cónyuge, abandono del hogar por parte de los hijos, etc.).

Algunos estudiosos de la vejez y el envejecimiento se dedican a través de las ciencias sociales, a desmitificar y a romper con los estereotipos ligados a la vejez, como la jubilación, menopausia, como también la enfermedad, que se concibe en términos de pérdidas y declive. La problemática está cuando se concibe al envejecimiento como una adaptación y, en ese sentido no se debe reducir el proceso de envejecer a un mero ejercicio evolucionista de adaptación. El proceso de envejecer, es ante todo vivir, crear, construir y dar significado al ciclo vital. Todavía cuando se habla de desarrollo humano, ciclo de vida y de proceso de envejecimiento, es importante hacerlo desde el diálogo constante entre el individuo y lo social. Los periodos y divisiones del ciclo vital<sup>6</sup> se relacionan directamente con la edad cronológica, mientras que muchos de ellos definen y encierran una edad social.

Bazo (2004) subraya que durante el ciclo vital las personas mantienen diferentes niveles de interacción social, que tienen lugar en distintas instituciones sociales, a través

---

<sup>6</sup> Para Osorio (2006) “El ciclo vital es un todo dinámico que fluye de acuerdo a las experiencias y significados que las personas dan a sus vidas, a la vez que se ve fuertemente influenciado por cambios sociales, como por ejemplo, los cambios ocurridos en el mercado laboral y en las oportunidades de participación social activa y productiva, a partir del ejercicio de derechos”.

de lo cual contribuyen a crear su identidad individual y social, y son los procedimientos considerados socialmente aceptables para el desarrollo de la vida social, considerando que algunas personas varían a lo largo del tiempo y que otras permanecen. Las dos instituciones más importantes en que se desarrollan la vida de las personas son la familia y el trabajo. Esas instituciones se han transformado debido al envejecimiento poblacional y a la amplitud de los cambios económicos y sociales que se han producidos en las últimas décadas.

El análisis de varios tipos de sociedad humana, inclusive las más primitivas, permite concluir que la mayor longevidad, se encuentra entre las que mantienen un patrón fundamental: los mayores son vistos como parte integrante de la sociedad, no son discriminados y continúan productivos y felices, hasta el fin de la vida.

Dentro del cuadro del envejecimiento han surgido diversas teorías, que han buscado explicar el impacto demográfico y sus repercusiones en los problemas sociales asociados al envejecimiento.

Las perspectivas teóricas de las ciencias sociales y humanas sobre el envejecimiento vienen evolucionando desde los años cincuenta de acuerdo con tres periodos. Reconocidos por Gognalons-Nicolet (1994)<sup>7</sup> como tres generaciones:

- “1ª generación: **Las teorías adaptativas** relacionadas con la capacidad de interacción del individuo con su medio social (teoría de la desvinculación, de la actividad y de una subcultura específica).
- 2ª. Generación. Corresponden a este grupo las **teorías estructurales** cuyo campo de análisis son los componentes estructurales (impacto de la organización social sobre el

---

<sup>7</sup> Gognalons-Nicolet, M. (1994) Du vieillissement normal au vieillissement réussi. Aspects culturels, sociaux et psychologiques. Cahiers Psychiatriques Genevois, (17), 11-36. citado en: Ortiz, H. (2001) Aspectos sociales del envejecimiento. En: Antología para la unidad temática: salud del anciano. Departamento de Salud Pública, Facultad de Medicina, UNAM. México, pp. 108-121.

envejecimiento) y su influencia en las diferentes cohortes de las personas que envejecen. Destaca entre otras, la **teoría de la modernización** en donde el Estado ha insistido en la exclusión social de este grupo de edad por políticas de retiro y jubilación consideradas como necesarias para la renovación de las generaciones en el ámbito laboral y que insisten sobre los valores y normas de la sociedad productiva.

- 3ª Generación. En donde se reconcilian desde los puntos de vista más individuales a los estructurales y fundan lo que se ha llamado la “economía moral”, aquí se asocian a la vez los aportes de las **teorías del desarrollo y ciclo de vida** así como las relacionadas con el rol del estado y las políticas de la vejez.”

El primer modelo de Gognalons-Nicolet, en la segunda generación se refiere a la “teoría de la modernización”.

❖ **La teoría de la modernización**, destaca la situación actual del viejo caracterizada por ser relegado socialmente de manera considerable, mientras que en las sociedades tradicionales el viejo gozaba de un estatus elevado y era reconocido por su experiencia y sabiduría.

En la sociedad moderna, las innovaciones tecnológicas, el desarrollo industrial y los nuevos valores educativos y sociales han ido paulatinamente despojando al viejo de su estatus anterior. Los progresos en el área de prevención y de salud aumentaran la esperanza de vida de la población, repercutiendo en un mayor incremento de adultos mayores y en consecuencia, de sus necesidades sociales y de salud.

Desde el punto de vista económico, la teoría de la modernización destaca por la descalificación de los viejos en el ámbito laboral, las exigencias que generan la competitividad y una mejor formación en las tecnologías, ese proceso genera la lucha intergeneracional por empleos, al mismo tiempo que acelera el tiempo para la jubilación. Dentro de ese contexto se observa el paradigma de **la teoría de la socialización**, donde la persona que envejece está expuesta a sufrir y acumular una serie de pérdidas (sensoriales, motoras, sociales, etc.) reduciendo su autonomía y disminuyendo su competencia.

- ❖ **Teoría de la actividad** (R.W. Havighurst y R. albrecht, 1953) considerada una de las más antiguas, se fundamenta en la importancia que se daba a los roles del individuo como articulación entre la psicología y lo social. Para esa teoría lo

más importante es estar socialmente involucrado, no importando el tipo de roles sociales que se desempeñaran.

Esta teoría enfatiza actualmente la pérdida de las actividades sociales, como uno de los roles más importantes, y al mismo tiempo promueve en el individuo que envejece, la reconstrucción de su propia imagen que ha sido deteriorada por las mismas pérdidas. Sin embargo esta nueva visión no toma en cuenta a las personas más débiles económicamente ni a los de mayor edad. Es una teoría válida para los “viejos jóvenes” pero dudosa para los “viejos viejos”. Cariou (1985) menciona que esa teoría valora más las etapas del paso a la jubilación, que el propio envejecimiento.

Para Cariou (1995) tener diferentes roles sociales o interpersonales, esta directamente relacionado con el nivel elevado de adaptación o de satisfacción de vida, en la edad avanzada.

Algunos estudiosos demuestran que la actividad social no es necesaria ni suficiente para lograr un buen nivel de satisfacción de vida. De esta forma lo que viene siendo más importante para el sujeto son las actividades sociales que tienen sentido para él y no la actividad por sí misma.

Por otro lado, si considerarnos las perspectivas actuales, el énfasis del individuo, su autoconcepto, mientras la sociedad no es más que el medio a través del cual el individuo obtiene aprobación y gratificación. El individuo no depende de las expectativas sociales para determinar como provechosa el tipo de actividad elegida. No es la actividad por sí misma lo que es provechoso, sino lo que para el individuo tiene sentido.

❖ **Teoría de la desvinculación** (Cumming y Henry, 1961) surge desde los años setenta, como reacción a la teoría de la actividad.

Según Cumming (1963) El envejecimiento normal se acompaña de un distanciamiento o “desvinculación” simultaneo entre las personas que envejecen y el sistema social a que pertenecen.

Esta perspectiva tiene como principio una complicidad entre lo biológico y lo social, haciendo que todo pase lo mejor posible, tanto para los intereses del individuo como los de la sociedad.



Sin embargo, desde el punto de vista social la teoría de la desvinculación enfoca dos aspectos: por una parte evitar que la desaparición natural de un individuo tenga repercusiones en el sistema y por otro contribuir a la capacidad evolutiva de la sociedad permitiendo a las generaciones más jóvenes asumir los sitios liberados por aquellos que se están retirando, evitando el desempleo entre los jóvenes.

Esta teoría ha tenido algunas críticas, como la imposibilidad de generalizarse. Por un lado podría ser válida para las personas de 80 y más años de edad y por otro para una reducida proporción de personas.

Una de las críticas, esta basada en la lógica interna de una sola forma de cultura como es el caso de la sociedad americana. Señala Kinsella (1994) que no todas las sociedades están organizadas alrededor de criterios de éxito y su sistema de producción en constante evolución que favorece a los jóvenes.

❖ **Teoría de la continuidad** ( Rosow, 1963; Atchley, 1987, 1991), a diferencia de las dos teorías anteriores, esa teoría propone que no hay ruptura radical ni transición brusca entre la edad adulta y la tercera edad, sino que se trata tan solo de cambios menores u ocasionales que surgen de las dificultades de la adaptación a la vejez., o sea, se mantiene una continuidad y estabilidad entre estas dos etapas.

Esta teoría se basa en dos postulados básicos: primero, el paso a la vejez es una prolongación de experiencias, proyectos y hábitos de vida del pasado, manteniéndose la personalidad y el sistema de valores intactos y segundo, al envejecer los individuos aprenden a utilizar diversas estrategias de adaptación que les ayudan a reaccionar eficazmente ante los sufrimientos y las dificultades de la vida.

Hétu (1988) destaca siete puntos de la teoría de la continuidad:

- ❖ Desde el punto de vista psicológico, los seres humanos evolucionaran de una manera diferente.
- ❖ El individuo, desde su nacimiento a su muerte constituye una sola entidad coherente, por lo que, en un momento dado, cualquier estado depende en gran parte de lo que era anteriormente.

❖ A lo largo de su evolución, el individuo va integrando su experiencia e imagen de si mismo en lo que se conoce como “autoconcepto” y personalidad lo que va determinando sus respuestas a nuevas situaciones.

❖ En función de su coherencia y funcionamiento interno, cada individuo tiende a producir su propio ambiente que le corresponde. Éste se convierte en el factor externo que favorece la continuidad del estilo de vida que ha ido creando.

❖ Aplicado al envejecimiento, lo anterior implica que el estilo de personalidad establecido en la edad adulta es el mejor predictor del estilo de funcionamiento del sujeto para confrontar el envejecimiento.

❖ El envejecimiento no hace más que acentuar las líneas principales de fuerza que constituyen de manera más ostensible lo que siempre ha sido.

❖ Aunque estable, la personalidad sigue evolucionando durante toda la vida para integrar las experiencias que se le van presentando, es un proceso continuo de adaptación hasta el final de la vida”.

La Teoría de la Continuidad tiene un enfoque constructivista, ya que asume que las personas, en función de sus experiencias vitales, desarrollan activamente, sus propios constructos o concepciones tanto acerca de sí mismos como de su estilo de vida (Atchley, 1993). A pesar de tratarse de una teoría del desarrollo aplicable a todo el ciclo vital, va a tener una especial relevancia en el proceso de envejecimiento y en la explicación de los patrones de actividad que va a presentar la persona durante esta etapa. En este sentido, uno de los puntos más relevantes de la Teoría de la Continuidad será el relativo al proceso de adaptación en la adultez y senectud.

Por lo tanto, según esta teoría, durante el proceso de envejecimiento no se puede afirmar con carácter general que se produce una desvinculación social del sujeto, ni que un aumento de su actividad o participación llevará aparejado un incremento en su nivel de bienestar subjetivo en la misma medida. Lo que establece es que el nivel de actividad que una persona va a manifestar en este proceso estará en función de su trayectoria vital y del patrón de actividades que haya presentado durante las etapas anteriores. La

continuidad representa, de esta manera, un modo de afrontar los cambios físicos, mentales y sociales que acompañan al proceso de envejecimiento.

## **1.6 - Envejecimiento de la población en Europa y España**

El sorprendente crecimiento en la proporción de personas más viejas en la población es considerado como un triunfo. El desarrollo socioeconómico, cultural y tecnológico hizo que aumentase la supervivencia de la especie humana. La longevidad es algo totalmente deseado por la mayoría de los individuos, con algunas condiciones, como por ejemplo, no quedarse dependientes o no envejecer; como si fuese posible vivir cada vez más sin envejecer. Y ese aumento del envejecimiento poblacional, que se procesa a un ritmo acelerado, tiene como tendencia acentuarse, no solo con el aumento de los más viejos, sino con la reducción de los más jóvenes, considerado como “involución demográfica”, como tendencia de la dinámica poblacional de los países desarrollados, y con el tiempo de la población mundial.

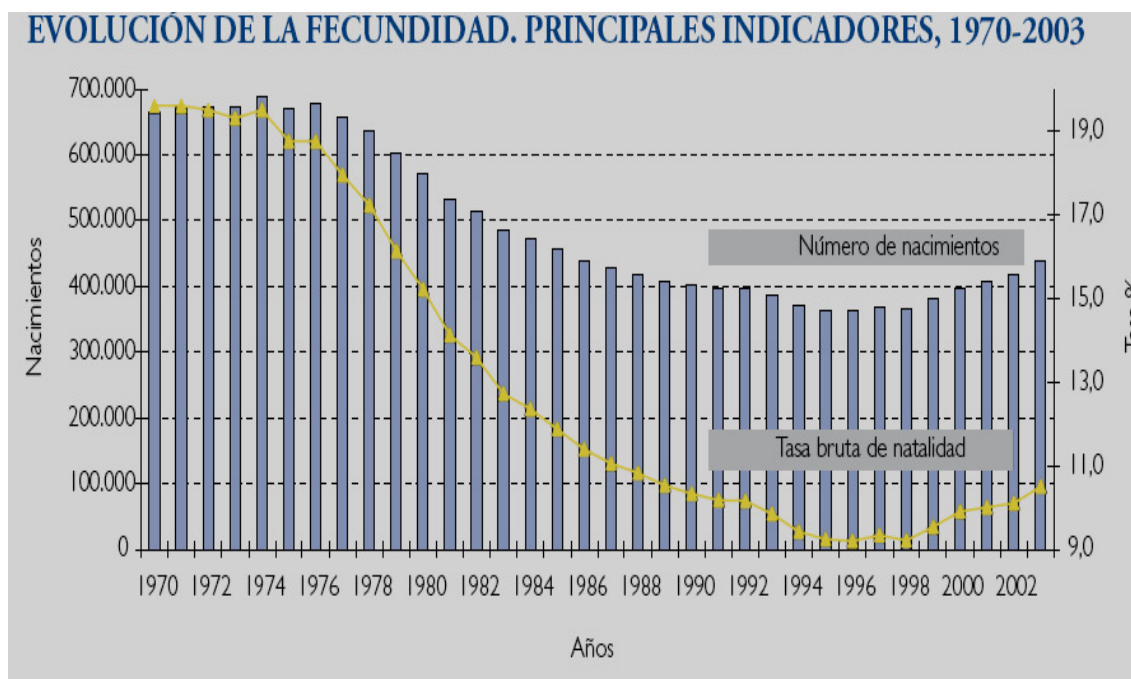
A finales del siglo XIX ha ocurrido un cambio en el sistema demográfico tradicional hacia un sistema demográfico moderno, período en que la mortalidad ha descendido niveles nunca vistos, y el declive de la fecundidad registra el índice más pesimista de las proyecciones demográficas. El excesivo declive de la fecundidad, que ocurre principalmente en algunos países al sur de Europa, Alemania y Australia, como también de las poblaciones italianas y españolas, donde la fecundidad bajó aproximadamente a un hijo por mujer, o sea la mitad de lo necesario para la renovación de las generaciones.

En ese aspecto Johnson (2005) afirma que el envejecimiento está cambiando radicalmente la cara de Europa, ocasionando grandes desafíos a los países del bloque. El autor informa que la proporción de la población europea de 60 años se mantuvo relativamente constante, presentando porcentajes entre el 5% y 10% del total, durante cerca de 500 años, pero, desde el inicio del siglo 20 esa proporción fue aumentando constantemente, con porcentajes que, actualmente, sobrepasan el 20% de la población y alcanzará un 30% dentro de algunos años. Este envejecimiento es resultado de dos factores: la disminución de la tasa de natalidad y el crecimiento de la expectativa de

vida de los ancianos. Con relación a la tasa de natalidad se sabe que para que una población se mantenga constante es necesario una tasa de natalidad de cerca de 2,1 hijos por mujer, lo que no corresponde a las características actuales de algunos países europeos como Italia y España que poseen una tasa de natalidad de apenas 1,2 hijo, concluyéndose que la población europea comenzará a disminuir en menos de 30 años.

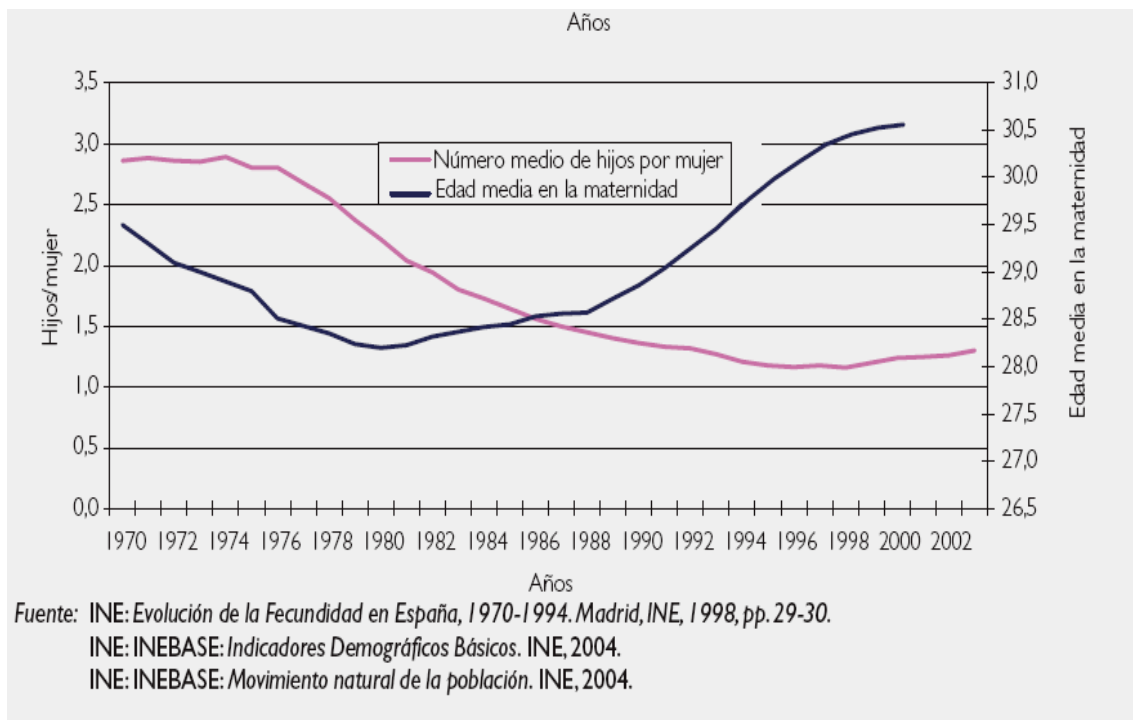
Los gráficos siguientes<sup>8</sup> recogen la evolución de la fecundidad en España (nacimientos, tasa de natalidad, número de hijos por mujer y edad media de la maternidad) desde 1970 a 2001.

### EVOLUCIÓN DE LA FECUNDIDAD, PRINCIPALES INDICADORES, 1970-2003



### EVOLUCIÓN DE LA FECUNDIDAD EN ESPAÑA 1970-2003

<sup>8</sup> Los gráficos, forman parte del informe 2004. Las Personas Mayores en España. Datos estadísticos estatales y por comunidades.



Contribuyendo a la afirmación anterior, el MTAS (2004)<sup>9</sup> señala que las causas del envejecimiento se pueden comprender mirando el envejecimiento desde el pasado, como una consecuencia del proceso de transición demográfica y estadio final de la caída de las tasas de natalidad y mortalidad. En los primeros estadios de la transición demográfica (con alta fecundidad y baja mortalidad), el envejecimiento era debido fundamentalmente al incremento de la esperanza de vida, aunque pasaba desapercibido por sus pequeños valores porcentuales. En el último estadio, el declive de la fecundidad se añadió a este efecto; desde que la fecundidad cayó por debajo de 2,1 hijos por mujer en 1981, y siguió acentuándose en los años siguientes, el efecto de esta caída es el que prevalece; un menor número de niños hace que el peso relativo de los mayores se incremente.

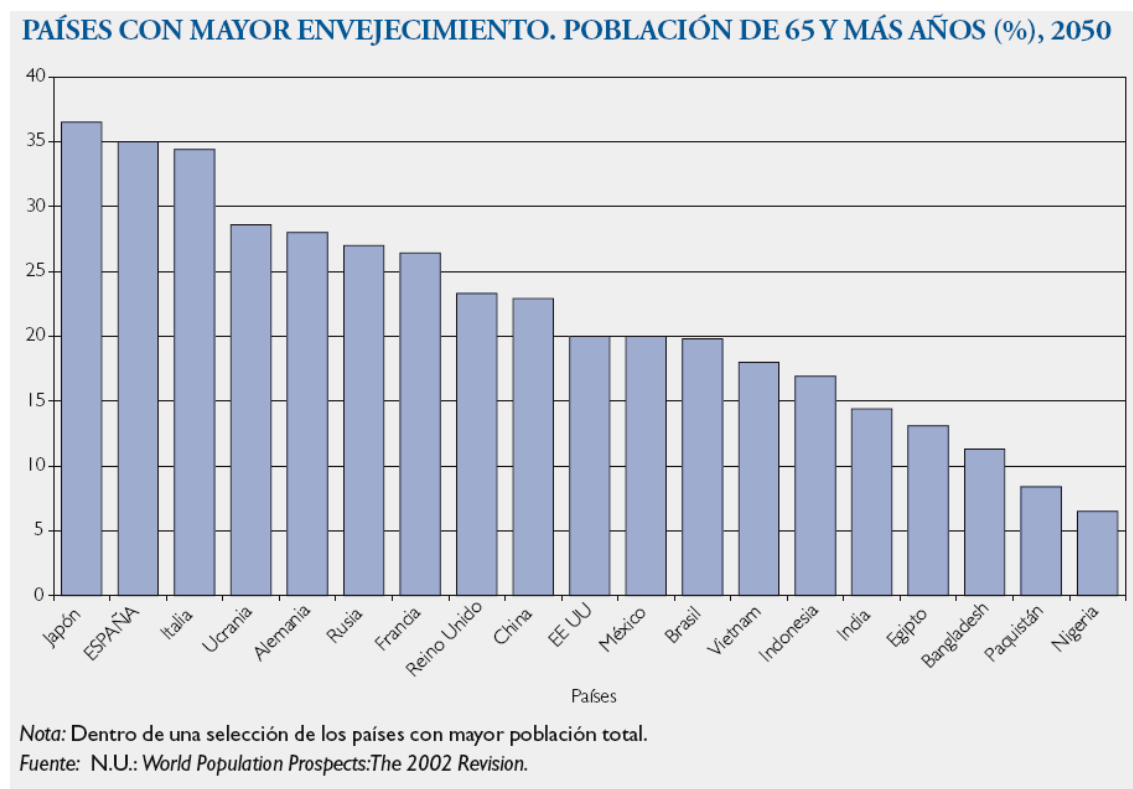
Estas transformaciones demográficas que están ocurriendo en los países desarrollados y también en aquellos que se encuentran en vías de desarrollo, transmiten la necesidad de transformaciones socioeconómicas profundas, visando mejorar la calidad de vida de los mayores y de aquellos que se encuentran en proceso de envejecimiento. En los países del Tercer Mundo este objetivo está lejos de ser logrado,

<sup>9</sup> MTAS: Ministerio de Trabajo y Asunto Social. Informe 2004: Las Personas Mayores en España.

pues son dependientes política y económicamente de otras naciones, poseen una estructura socioeconómica arcaica que privilegia a algunos en detrimento de otros. Para hablar de envejecimiento demográfico, es importante conceptualizarlo como un aumento del índice de vejez o porcentaje que representan los individuos de 65 y más años sobre el total de la población (Chasco y Hernández 2004).

En el siguiente gráfico informa de las previsiones para el año 2050, según Naciones Unidas, Japón será el país más envejecido del mundo (con un 36,5% de población de 65 y más años), seguido de España (35,0%), Italia y Grecia.

### PAÍSES CON MAYOR ENVEJECIMIENTO. POBLACIÓN DE 65 y MÁS AÑOS PREVISTA (%) PARA 2050.



El envejecimiento de las sociedades es el resultado, esencialmente, de la caída de las tasas de fecundidad y de una esperanza de vida cada vez mayor, a lo que hay que sumar los efectos de la explosión demográfica de los años sesenta, responsable de grandes diferencias en el tamaño de los grupos de edad. Los flujos migratorios también pueden influir en este proceso. Si bien es cierto que el envejecimiento se impondrá en

las próximas décadas como una tendencia universal, ello no impide una gran diversidad por lo que se refiere al ritmo y a la progresión de la evolución demográfica, los contextos sociales y económicos y la percepción de los desafíos planteados.

Walker (2002) informa que la Unión Europea está envejeciendo como consecuencia del descenso de natalidad y el incremento de la longevidad, existiendo diferencias de las tasas, en algunos estados miembros. A partir del siglo pasado la población ha dejado de aumentar en un gran número de regiones europeas, haciendo que la población se estabilice o descienda antes del año 2015. La generación más joven, el grupo de edad entre 0-24 años, representaba en 1995 el 31,1% de la población, porcentaje que descenderá hasta el 27% en 2015, con una previsión de 11 millones menos. La generación de mayores de 65 años aumentará de forma significativa y desigual en toda Europa, en algunas regiones de Francia, Italia y España la generación de 80 y más años representará entre el 7% y el 9% de la población.

El envejecimiento demográfico ya o es un proceso exclusivo de los países desarrollados, y en especial de la vieja Europa. Aunque el nivel y la velocidad de envejecimiento cambia de un continente a otro y de un conjunto de países a otros (desarrollados, en desarrollo y menos desarrollados) y dentro de cada continente y entre regiones del mismo país, sin embargo, se puede afirmar que todas las naciones y regiones del mundo están experimentando este fenómeno.

Efectivamente hay una diversidad cuando se compara el fenómeno del envejecimiento en las regiones desarrolladas y en las regiones en desarrollo del mundo. Aunque la población de los países en desarrollo es hoy por hoy relativamente joven, los pronósticos indican que, en muchos de ellos, el proceso de envejecimiento se desarrollará a un ritmo sin precedentes, como consecuencia del fuerte descenso de las tasas de fecundidad y del acelerado incremento de la longevidad. Se espera que, para 2050, el número de personas mayores en los países menos desarrollados se habrá más que cuadruplicado (pasando de 374 millones en 2000 a 1570 millones). Ese año, esta categoría de edad representará el 19 % de la población de los países menos desarrollados, frente al 8 % actual, y la edad media debería aumentar 11 años, para

situarse en los 35 años. En los países desarrollados, en los que la proporción de personas de edad ya es mucho más elevada como consecuencia del rápido crecimiento registrado, particularmente durante el periodo de la posguerra, la población seguirá envejeciendo, pero a un ritmo más lento que en los países menos desarrollados, y el porcentaje de personas de edad pasará del 19 % actual al 33 % en 2050, al tiempo que la edad media aumentará 9 años, para alcanzar los 46 años (Comisión Europea 2002).

Este proceso viene ocurriendo desde mediados del siglo XX en que el mundo ha vivido una revolución de la longevidad que explica el aumento del envejecimiento. Si la vejez universal ha sido un proceso relativamente reciente, el hecho de que los octogenarios se hayan multiplicado en el último cuarto de este siglo es una de nuestras más importantes conquistas sociales. Esta situación es especialmente llamativa en España, donde este grupo de edad crecerá en porcentajes muy superiores al resto de la población. A modo de ejemplo, el grupo de 85 y más años crecerá un 80% en los próximos veinte años, mientras que el de 20 a 34 años perderá casi un tercio de sus efectivos.

Aunque desde finales de la década de 1970 se podía percibir que el envejecimiento de la población iba a ser uno de los fenómenos más característicos de la sociedad española de finales del siglo XX y principios del XXI, sin embargo, la Administración General del Estado ha tardado mucho tiempo en abordar la elaboración de unos estudios serios y de carácter integral sobre la evolución y perspectivas del envejecimiento, de las demandas que se iban a generar y los recursos de los que habría que disponer. Como tampoco se propiciaron a su debido tiempo el estudio y aprendizaje de las experiencias de otros países que, antes que en España, habían experimentado procesos de envejecimiento.

La proyección del INE basada en el censo de 2001 (publicada en agosto de 2004), afirma que en el año 2050 habrá en España 16.394.839 de mayores, sobre un total de 53.147.442 habitantes, es decir, el 30,8% de la población. Aunque los cambios en la natalidad no afectarán al tamaño de este contingente de personas de edad (los nacidos en estos últimos años no habrán alcanzado aún los 65 años en 2050), sin embargo, el destino incierto de la actual oleada de inmigrantes impide conocer si esa



cifra se mantendrá, aumentará o disminuirá, pues en caso de permanencia de los inmigrantes, muchos de ellos habrán superado los 65 años a mediados de siglo. La cifra de mayores puede ser más alta, pues continúa el descenso en la tasa de mortalidad entre las personas de edad, dando más supervivencia a las cohortes, es decir, la esperanza de vida a los 65 años está aumentando más incluso que la esperanza de vida al nacer, sobre cuyas hipótesis se han preparado las nuevas proyecciones del INE.

Chasco y Hernández (2004) señalan que a través del análisis territorial del fenómeno del envejecimiento, desde el punto de vista demográfico y económico, aunque hablen del envejecimiento de forma generalizada, informan los autores que existen dos Españas: una del sur-este, caracterizada por el sol y los servicios, que crece en población y se rejuvenece o envejece menos y la España rural e industrial de centro-norte que se queda sola y despoblada, con una concentración creciente de personas mayores y con muchas dificultades para ser atendida en su propio hogar. Esas provincias españolas con mayor índice de vejez se localizan en general, en el centro norte de la Península Ibérica, con algunas excepciones. La otra provincia donde los datos del índice de vejez se encuentran por debajo de la media nacional se localiza en el Archipiélago Canario, incorporando en 2001 las Islas Baleares.

Contribuyendo a estos datos, el Informe (2004) planteaba la existencia de una diferencia en la distribución territorial del envejecimiento en España. Se señalaba que el interior peninsular alcanzaba las tasas más elevadas de vejez. Las comunidades autónomas de Cataluña, Andalucía y Madrid eran, y siguen siendo, las regiones con mayor número de personas de edad empadronadas en sus municipios. Castilla y León, Aragón, Asturias y Galicia encabezan la lista de comunidades autónomas más envejecidas, con tasas superiores al 20%. En el otro extremo se encuentran Canarias, Andalucía y Murcia, con tasas por debajo del 15%. Este orden se ha mantenido con pequeñas variaciones durante años. En los mapas provinciales puede observarse el modelo histórico de distribución del envejecimiento; las provincias del interior siguen siendo las más envejecidas. Pero el envejecimiento de las regiones del interior se inició antes del proceso general, es decir, muchos pueblos del mundo rural vieron cómo sus jóvenes emigraban hacia la ciudad y los pueblos envejecían por falta de niños y permanencia de los adultos de más edad. El envejecimiento rural empezó en plena

época del *baby boom* y del desarrollismo de los 60, cuando los porcentajes nacionales no avisaban aún del proceso que posteriormente se desarrolló.

El envejecimiento de la población pasará a ser una cuestión de primordial importancia en los países en desarrollo que, según se proyecta, envejecerán rápidamente en la primera mitad del siglo XXI. Se espera que para 2050 el porcentaje de personas de edad aumentará del 8% al 19%, mientras que el de niños descenderá del 33% al 22%. Este cambio demográfico plantea un problema importante en materia de recursos. Aunque los países desarrollados han podido envejecer gradualmente, se enfrentan a problemas resultantes de la relación entre el envejecimiento y el desempleo y la sostenibilidad de los sistemas de pensiones, mientras que los países en desarrollo afrontan el problema de un desarrollo, simultáneamente con el envejecimiento de la población, haciendo que haya una política de promoción de la salud y el bienestar en la vejez, y el logro de entornos emancipadores y propicios, (Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento, 2002).

Una de las propuestas de la OMS a la comunidad internacional para enfrentarse con optimismo a la realidad de unas sociedades que envejecen rápidamente es la promoción del envejecimiento activo y saludable definido en el documento “Envejecimiento activo: un marco político”, como “el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen

## **1.7 - Envejecimiento de la población de mayores en América Latina, Caribe y Brasil**

Ante este proceso de transición demográfica, América Latina y El Caribe vienen envejeciendo rápidamente. Es un proceso generalizado, con niveles variables, donde todos los países de la región marchan hacia sociedades más envejecidas. Hay algunas preocupaciones pertinentes a este proceso, primero el envejecimiento se produce y se seguirá produciendo en el futuro al ritmo más rápido visto en la historia de

los países desarrollados; segundo, la preocupación por algunos factores es primordial para el bienestar de esta población, como la baja cobertura de la seguridad social y una probable tendencia hacia la disminución del apoyo, proveniente de los cambios en la estructura familiar.

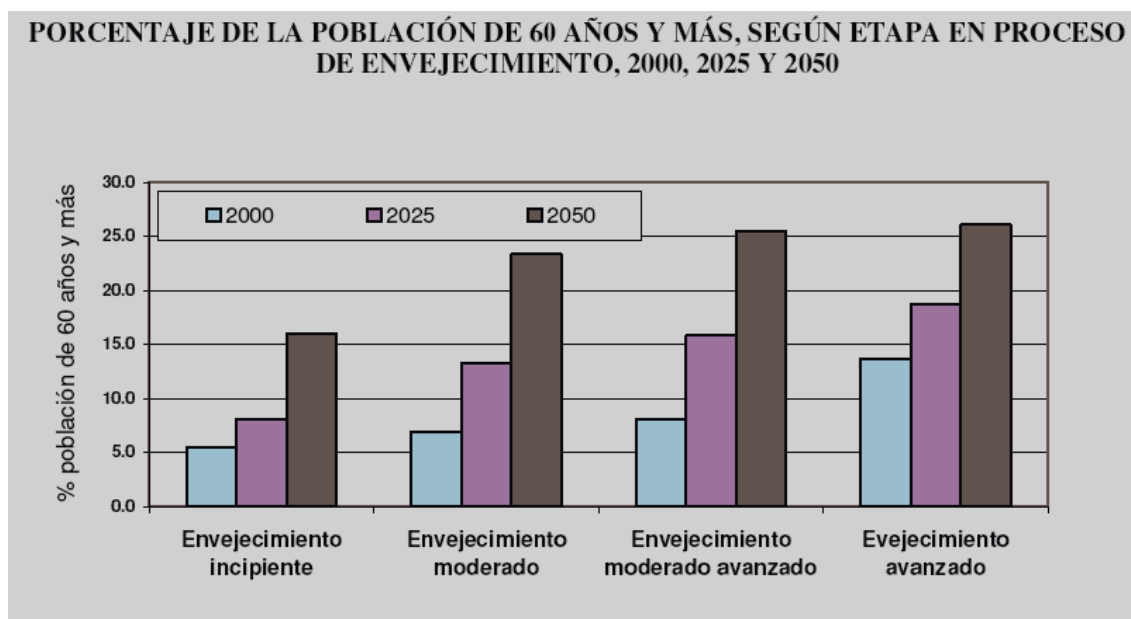
Podemos considerar algunos hechos importantes para caracterizar el proceso de envejecimiento demográfico en la América Latina y El Caribe, en ese sentido CEPAL (2003) informa que la proporción de la población de 60 años y más, aumentará desde un 8% en el año 2000 a un 14.1% en 2025 y al 22.6% en 2050. Destacando que este porcentaje será más alto en las mujeres que en los hombres, particularmente en el área urbana, puesto que para el 2025, el 15.4% de las mujeres de la región tendrán 60 años o más, frente al 12.6% de los hombres, y esta diferencia en el área urbana (15.8% frente 12.5%) será mayor que en el área rural (13.6% frente a 12.9%).

El ritmo del envejecimiento en algunos países de América Latina y Caribe, es más rápido de lo que fue históricamente en los países desarrollados. Como ejemplo, en Estados Unidos, el porcentaje de personas con 65 o más años aumentó de 5.4% en 1930 a 12.8% en el año 2000; en Holanda, de 6.0% en 1900 a 13.8% en el 2000, y en Finlandia de 5.3% a 12.9% en el mismo período. Pero en Brasil, la proporción actual de 5.1% llegará a 14.5% en 2040, se trata de un aumento que es 2.1 veces más rápido que en los Estados Unidos y 3.1 veces más rápido que en Holanda. En América Latina y El Caribe como un todo, se espera un cambio similar en la proporción de adultos mayores (de 5.4% en 2000 a 14.0% en el 2040) e incluso que países menos avanzados en su transición demográfica tengan incrementos significativos (Guzmán y Hakert, 2001).

Existe gran preocupación de los posibles impactos negativos del envejecimiento, no solo en los aspectos cuantitativos sino también en los aspectos sociales, económicos y culturales, teniendo como ejemplo la situación de algunos países que se han caracterizado por una alta incidencia de pobreza, persistencia y aguda inquietud social, baja cobertura de la seguridad social y una tendencia hacia el deterioro de las estructuras familiares a través del bajo apoyo al adulto mayor (ONU 2003).

En un estudio sobre envejecimiento en América Latina y Caribe, se clasificó a los países según la etapa en que se encontraban en su proceso de envejecimiento, definiéndose cuatro categorías, como muestra el Gráfico abajo.

### PORCENTAJE DE LA POBLACIÓN DE LA DE 60 AÑOS Y MÁS, SEGÚN ETAPA DEL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO 2000, 2025 y 2050



**Fuente:** División de Población de la CEPAL (CELADE), Proyecciones demográficas, 2003 y Organización de las Naciones Unidas, *World Population Prospects. The 2000 Revision*, vol. 1, 2000

Un primer grupo de países, denominado de envejecimiento incipiente, incluye a Bolivia, Guatemala, Haití, Honduras, Nicaragua y Paraguay, muestra porcentajes de personas de 60 años y más que oscilan entre el 5% y el 7% en el año 2000 y alcanzarán valores de entre 15% y 18% en 2050. Este proceso podría acelerarse si en estos países se consolida y se incrementa la disminución de la fecundidad.

El segundo grupo de países, denominado de envejecimiento moderado, muestra proporciones de personas de 60 años y más entre 6% y 8%, que para el 2050 alcanzarían el 20%. En este grupo se sitúan Belice, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guyana, México, Perú, República Dominicana y Venezuela. Se trata de países que tuvieron procesos de cambio importantes en la fecundidad entre 1965 y 1990, aproximadamente.

En el tercer grupo denominado de envejecimiento moderado avanzado, los países que presentan actualmente porcentajes de personas mayores entre 8% y 10% y que experimentarán un aumento rápido, hasta cifras de 25% a 30% de personas mayores. Entre estos países están Bahamas, Brasil, Chile, Jamaica, Surinam y Trinidad y Tobago.

En el último, el grupo de envejecimiento avanzado se encuentra países como Uruguay y Argentina, pioneros en el envejecimiento en América Latina, más Cuba y otros países del Caribe (Antillas Neerlandesas, Guadalupe, Barbados, Martinica y Puerto Rico).

Estos datos demuestran que el proceso de envejecimiento demográfico es, aunque diverso, generalizado y que las personas mayores de América Latina y El Caribe tendrán en forma creciente un peso cada vez más significativo en la población total. Un número elevado de países latinoamericanos alcanzará en el 2050 la proporción de personas adultas mayores que se observa actualmente en los países desarrollados (Organización de las Naciones Unidas, 2003).

El gráfico siguiente se presenta los cambios demográficos de la población de 60 y más años de América del Sur en 2005, y su proyección al año 2025.

## **LOS CAMBIOS DEMOGRÁFICOS DE AMÉRICA DEL SUR EN 2005**

# Los cambios demográficos

## Las grandes cifras, 2005

### Total Personas Mayores

- 2005: **34.2 millones**
- 2025: **69.6 millones**
- Crece: 35.4 millones
- Tasa: 3.8 % anual

Fuente: Proyecciones de Población, CELADE, 2005

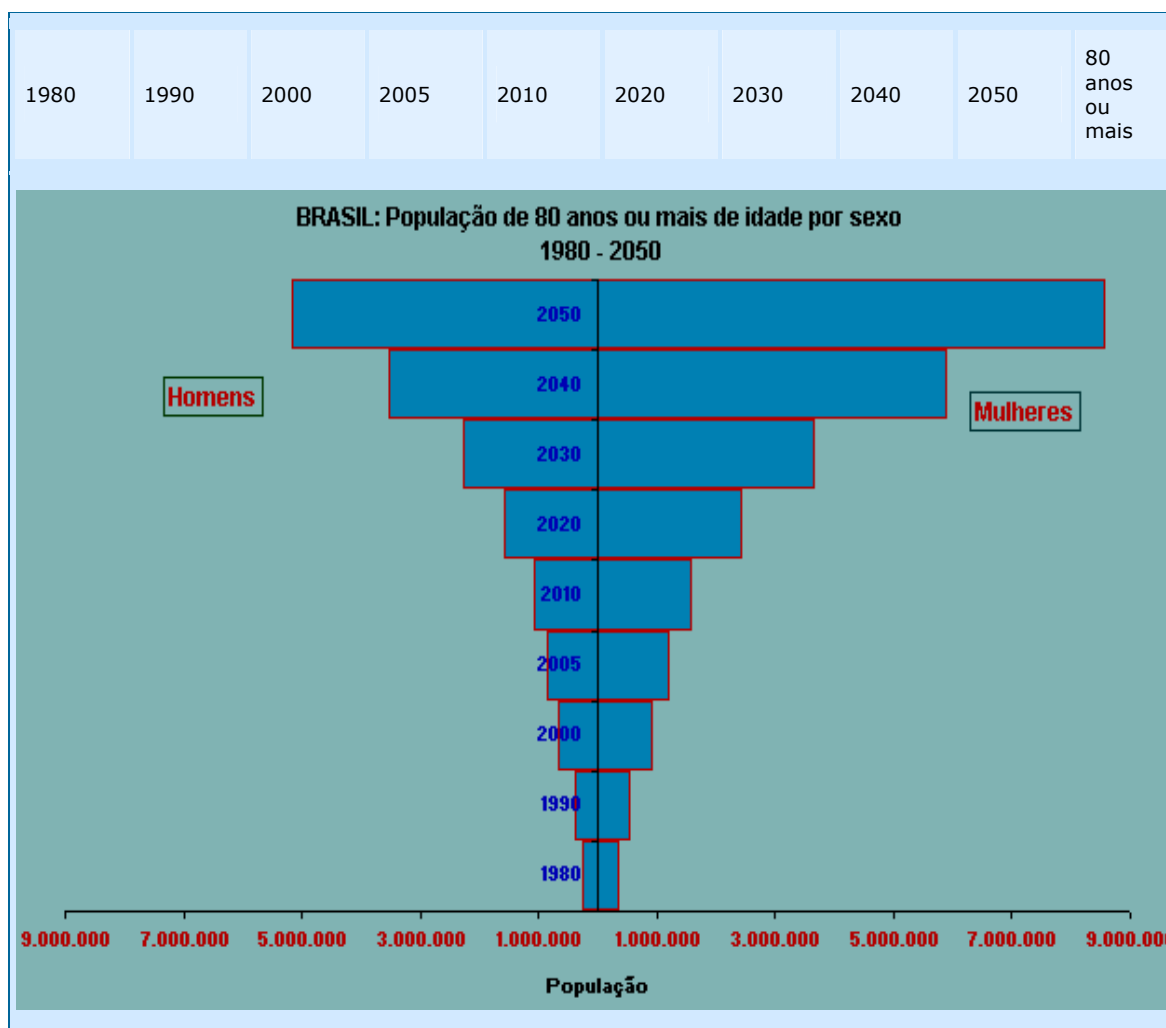
Poblacion de 60 años y más por país.  
América del Sur, 2005



Fuente: proyección de Población, CELADE, 2005

Haciendo referencia a la situación del envejecimiento demográfico del Brasil, es importante hablar inicialmente de los años cuarenta y sesenta donde se registra un descenso importante de la mortalidad y una relativa estabilidad de la fecundidad, resultando en un aumento del ritmo de crecimiento. Sin embargo las características de la población en este período eran sumamente de jóvenes: alrededor del 52% del total tenía menos de 20 años de edad y menos de un 3% era mayor de 65 años. Al iniciarse la década de los 70, el país empezó a mostrar unos niveles de fecundidad en declive acentuado, iniciándose así un rápido proceso de envejecimiento de la población. Para Moreira (1998) actualmente Brasil presenta uno de los procesos más rápidos del envejecimiento poblacional entre los países más populosos. La proporción de personas mayores de sesenta años y más, pasó de 6,1% (7.204.517 habitantes) en 1980, a la cifra de 8,6% (14.536.029 habitantes) en 2000, correspondiente a un aumento absoluto de 7,3 millones de individuos (IBGE, 2004).

## PROYECCIÓN DE LA POBLACIÓN DEL BRASIL: 1980-2050



Fuente: Proyección de la Población IBGE: 2004

La Proyección de la población del IBGE (2004) muestra como en 34 años, la población brasileña prácticamente se dobló con relación a los 90 millones de habitantes de la década de 1970, mientras que del 2000 hasta el 2004 aumentó en 10 millones de personas. Las previsiones para 2050 son que Brasil tendrá 259,8 millones de personas y la expectativa de vida al nacer será de 81,3 años. Pero el envejecimiento de la población se está acentuando: en 2000, el grupo de 0 a 14 años representaba el 30% de la población brasileña, mientras los mayores de 65 años eran sólo el 5%; en 2050, los dos grupos se igualaran en un 18%. Aún más: según la Proyección de Población del IBGE 2004, hasta 2062, el número de brasileños no va a parar de aumentar de acuerdo con el patrón del gráfico anterior.

La población brasileña sobrepasó los 180 millones de habitantes en enero de 2004, según las conclusiones de la Revisión 2004 de la Proyección de la Población realizada por (IBGE 2004), primera en incorporar las tasas de natalidad y mortalidad calculadas a partir del Censo 2000, además de las Estadísticas de óbitos del Registro Civil 1999-2001 y de la Pesquisa Nacional por Amostra de Domicilios - PNAD 2001. Estos estudios demográficos muestran que las familias brasileñas están teniendo cada vez menos hijos: en 1960, la media era de seis hijos por mujer, descendiendo a 2,89 en 1991 y a 2,39 en el 2000. La proyección para 2004 fue de 2,31 y para 2023, la media se prevé en 2,01 hijos por mujer – haciendo que haya una reposición de las generaciones. La población continuará creciendo, aunque las tasas de natalidad serán cada vez menores: pasando del 3% al año entre 1950 y 1960, al 1,44% al año en 2004, y continuando hasta el 0,24% en 2050 para alcanzar finalmente el cero en 2062, cuando la población brasileña comenzará a reducirse.

Para IBGE (2004) la caída combinada de las tasas de fecundidad y mortalidad vienen ocasionando un cambio en la estructura etaria, con la disminución relativa de la población más joven y el aumento proporcional de los ancianos. En 1980, la población brasileña se dividía, paritariamente, entre los que tenían por encima o por debajo de 20,2 años. En 2050, la edad media será de 40 años exactos.

Por otra parte, en el año 2000, el 30% de los brasileños tenía de cero a 14 años, y los mayores de 65 representaban el 5% de la población. En 2050, estos dos grupos etarios se igualaran: cada uno de ellos representará el 18% de la población brasileña. Tales cifras revelan la importancia cada vez mayor de las políticas públicas ante el creciente número de individuos jubilados, en relación a los activos laboralmente. De igual forma se tornan cada vez más importantes las políticas de Salud para la Tercera Edad: así en 2000 Brasil tenía 1,8 millones de personas con 80 años o más, en 2050 ese contingente podrá ser de 13,7 millones.

Si el crecimiento de la población permaneciera con el mismo ritmo de los años 50, hoy seríamos 262 millones de brasileños. Pero, desde entonces, nuestra tasa de fecundidad ha ido disminuyendo, debido a las transformaciones ocurridas en la familia



brasileña, como la entrada de la mujer en el mercado de trabajo y la popularización de los métodos anticonceptivos. En 2000, con una media de 2,39 hijos por mujer, Brasil estaba en la 75ª posición entre los 192 países o áreas comparadas por la ONU.

## **1.8 – Envejecimiento y Dependencia**

Desde la antigüedad, la vejez ha sido asociada a la dependencia y a la pérdida de control sobre la propia vida, incluso en los hábitos comunes de supervivencia. Las teorías médicas, biológicas y psicológicas muchas veces tienden a confirmar el envejecimiento como un tiempo de declive y decadencia. La vejez casi siempre ha sido vista como un proceso degenerativo, opuesto a cualquier progreso y desarrollo.

Martínez Gómez (2002) afirman que la consideración de los viejos como personas dependientes es una forma de categorización, otorgando a la vejez una imagen esencialmente deficitaria, que reclama la ayuda o la asistencia. Esta categorización conduce a aislar la vejez en un mundo aparte, excluyéndola directamente de la estructura social, de historias vitales concretas, de procesos dinámicos y complejos.

El Comité de Ministros del Consejo de Europa(2005)<sup>10</sup>, a través de una recomendación relativa a la dependencia (Consejo de Europa, 1998), define la dependencia como “la necesidad de ayuda o asistencia importante para las actividades de la vida cotidiana”, o, de manera más precisa, como “un estado en el que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria y, de modo particular, los referentes al cuidado personal”. Esta definición, que ha sido ampliamente aceptada, plantea la concurrencia de tres factores para que podamos hablar de una situación de dependencia: en primer lugar, la existencia de una limitación física, psíquica o intelectual que merma determinadas capacidades de la persona; en segundo lugar, la incapacidad de la persona

---

<sup>10</sup> Atención a las personas en situación de dependencia en España, LIBRO BLANCO: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad Ed. 2005

para realizar por sí mismo las actividades de la vida diaria; en tercer lugar, la necesidad de asistencia o cuidados por parte de un tercero.

Conceptualizando el término dependencia, la Organización Mundial de la Salud en su clasificación internacional de deficiencia, actividades y participación (OMS 2001) enfoca la dependencia como “la restricción o ausencia de capacidad para realizar alguna actividad de la forma o dentro del margen que se considera normal; entre las actividades observadas se encuentran las actividades de la vida diaria ( asearse, vestirse, comer y beber y cuidar del propio bienestar), preparar la comida y cuidar de la vivienda, así como participar de la movilidad”.

Esta perspectiva es importante y coherente con el planteamiento de la nueva clasificación de discapacidades de la OMS, denominada Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF), adoptada durante la LIV Asamblea Mundial de la Salud, que tuvo lugar en Ginebra (Suiza) entre el 14 y el 22 de mayo de 2001 (Organización Mundial de la Salud, 2001), que propone el siguiente esquema conceptual para interpretar las consecuencias de las alteraciones de la salud:

❖ **Déficit en el funcionamiento** (sustituye al término «deficiencia», tal y como se venía utilizando por la anterior Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías, CIDDM, de 1980): Es la pérdida o anormalidad de una parte del cuerpo o de una función fisiológica o mental. En este contexto el término «anormalidad» se usa para referirse a una desviación significativa de la norma estadística (por ejemplo, la mediana de la distribución estandarizada de una población).

❖ **Limitación en la actividad** (sustituye el término «discapacidad», tal y como se venía utilizando en la CIDDM): Es la dificultad que un individuo puede tener en la ejecución de las actividades. Las limitaciones en la actividad pueden calificarse en distintos grados, según supongan una desviación más o menos importante, en términos de cantidad o calidad, en la manera, extensión o intensidad en que se esperaría la ejecución de la actividad en una persona sin alteración de salud.

❖ **Restricción en la participación** (sustituye el término «minusvalía», tal y como se venía utilizando en la CIDDM): Son los problemas que un individuo puede experimentar en su implicación en situaciones vitales. La presencia de restricciones en la participación estaría determinada por la comparación de la participación de un determinado individuo con la participación esperada de un individuo sin discapacidad en una determinada cultura o sociedad.

❖ **Barrera:** Son todos aquellos factores ambientales en el entorno de una persona que condicionan el funcionamiento y crean discapacidad. Pueden incluir aspectos como, por ejemplo, un ambiente físico inaccesible, la falta de tecnología asistencial apropiada, las actitudes negativas de las personas hacia la discapacidad y también la inexistencia de servicios, sistemas y políticas que favorezcan la participación.

❖ **Discapacidad:** En la CIF es un término «paraguas» que se utiliza para referirse a los déficits, las limitaciones en la actividad y las restricciones en la participación. Denota los aspectos negativos de la interacción entre el individuo con una alteración de la salud y su entorno (factores contextuales y ambientales). La dependencia puede entenderse, por tanto, como el resultado de un proceso que se inicia con la aparición de un déficit en el funcionamiento corporal como consecuencia de una enfermedad o accidente. Este déficit comporta una *limitación en la actividad*. Cuando esta limitación no puede compensarse mediante la adaptación del entorno, provoca una *restricción en la participación* que se concreta en la *dependencia* de la ayuda de otras personas para realizar las actividades de la vida cotidiana.

Conforme aporta Querejeta (2004) con relación a los problemas de conceptualización más frecuentes del término dependencia, no se identifica de forma clara una relación de la dependencia con la discapacidad, ya que el término persona con discapacidad, no implica necesariamente el depender de otra persona para llevar a cabo las actividades de la vida diaria, y no será más que cuando la discapacidad sea definida como severa o total, cuando podremos hablar de rasgos de dependencia.

Berjano (2005) subraya que actualmente hay una dispersión de cifras para señalar el número de personas mayores dependientes. A través de la revisión de Abellán, Puga y Sancho (2004), es posible acercarnos de forma aproximada al conocimiento de las cifras, aunque siempre dependerá del tipo de variables utilizadas para la medición de la dependencia. En la tabla 2 los autores señalan el número de personas mayores dependientes de más de 65 años en España.

**TABLA 2. ESTIMACIONES DE PERSONAS MAYORES CON DISCAPACIDAD Y DEPENDENCIA<sup>11</sup>**

Autores/Fecha	Medición	Fuente	Observaciones
1. Pérez Díaz (1999)	1.077.989	Encuesta Discapacidades 1986	Personas con alguna minusvalía
2. Morán (1999)	1.943.373	ENS 1993	641.120 son dependientes graves
3. Defensor del Pueblo (2000)	1.500.000	CIS. Estudio 2072, 1993	
4. UNESPA (2000)	954.167 a 1.267.953	CIS. Encuesta sobre la Soledad, 1998	
5. Casado y López (2001)	2,1 a 2,3 mill.	CIS. Encuesta sobre la soledad, 1998	24,2% de los mayores dependencia amplia
6. Abellán y Puga (2001)	2.099.884	ENS 1997	Personas con problemas en actividades; 33,5% de los mayores (20,7% leve)
7. INE (2001)	2.072.652	Encuesta Discapacidades, 1999	Personas con alguna discapacidad (36 ítems)
8. INE (2001)	1.423.962	Encuesta Discapacidades, 1999	Personas con problemas para AVD (13 ítems)
9. Puga (2002)	1.691.799	ENS 1997	Nueva evaluación de limitaciones para actividades; 26,0% de los mayores (12,4% es moderada-grave)
10. Sancho, Abellán, Puga (2004)	1.148.451	EDDES	17,8% de la población de edad; 1.695.979 dependientes en España (más de 6 años), 4,6% de la población

Fuente: Abellán, A, Puga, ND, Sancho M.T (2004) *“Prevalencia de la dependencia”*. XLVI Congreso de la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología. Las palmas de Gran Canaria 2004. Tomado de Berjano Enrique (2005) Dependencia y calidad de vida en persona mayores. Rev. Mult Gerontología.

11

1. J. Pérez Díaz: “Proyección de personas dependientes 2020”. CED.
2. Rodríguez Cabrero: “La protección social de la dependencia”. Madrid. Imsero, 1999.
3. Defensor del Pueblo: “La atención sociosanitaria en España”. Madrid 2000.
4. Rivera Saganta J: “Seguro de dependencia. El envejecimiento de la población y su repercusión en el Estado del Bienestar “Horizonte empresarial, 2000, nº 2089.
5. Casado D; López G. “Vejez dependencia y cuidados de larga duración” Barcelona. Fundació La Caixa, 2001.
6. Fundación Encuentro: “La dependencia entre los mayores”. Informe España 2001”. Madrid 2001
- 7-8. INE “Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud”. Avance de resultados. Madrid, 2001.
9. Fundación Pfizer: “Dependencia y necesidades asistenciales de los mayores en España”. Previsión al año 2010” Madrid, 2002.
10. Sancho M. Abellán A. Puga D. “La prevención de la dependencia. Una labor de todos”. Las Palmas de Gran Canaria, 2004. Congreso de la SEGG.

La cifra de personas mayores dependientes de más 65 años en España, como muestra la tabla anterior, se sitúa en 1.148.145, correspondiente a una tasa de 17,8% de las personas en la cohorte de edad. El indicador utilizado rotulado como MAD (movilidad, autocuidados, disfunciones cognitivas) ha recogido unas determinadas categorías de las definidas en la encuesta de Discapacidad del INE (1999).

O'Shea (2003) a través del informe del Grupo de Expertos en la Mejora de la Calidad de Vida de las Personas Mayores Dependientes (CS-QV), creado por el **Comité Europeo de Cohesión Social** (CECS), ha desarrollado un estudio centrado en las medidas necesarias para mejorar la calidad de vida de las personas mayores dependientes, incluyendo aquellas personas mayores que padecen algún tipo de demencia. Tanto el número absoluto como el porcentaje relativo de personas mayores está aumentando en numerosos Estados Miembros del Consejo de Europa. En el grupo de las personas mayores, las categorías de edad más avanzada son el grupo de población que más rápido va creciendo.

El autor informa que es probable que la dependencia aumente en consonancia con el envejecimiento general de la población en Europa, particularmente la dependencia relacionada con la demencia, que crece en función de la edad. Frecuentemente, a pesar de un tratamiento médico adecuado, algunas personas mayores tienen algún tipo de discapacidad, por lo que necesitan diferentes niveles de asistencia de larga duración. Además, las personas mayores con limitaciones físicas por discapacidades desde edades tempranas están viviendo cada vez más años; realmente, han sido las personas con discapacidades las que han experimentado el mayor incremento en esperanza de vida en las últimas décadas. Por lo tanto, es el momento de considerar el bienestar y la calidad de vida de todas las personas en su proceso de envejecimiento, incluyendo las personas dependientes.

En Atención a las personas en situación de dependencia en España el LIBRO BLANCO, 1ª EDICIÓN 2005 presenta los datos de la encuesta sobre discapacidad, deficiencias y estado de salud 1999.

La tabla 3 expone los datos de La Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud de 1999 (EDDES 99) apuntando una cifra de 3.528.221 para el número total de personas con alguna discapacidad o con limitaciones que han causado o pueden llegar a causar discapacidades, lo que, expresado en términos relativos, viene a representar un 9 por ciento de la población española. La EDDES 99 ofrece una información precisa y detallada sobre la estructura por edad y sexo de la población con discapacidad y sobre la población total estimada en el momento de realización de la encuesta, lo que facilita la obtención de estimaciones de prevalencia desagregadas.

**TABLA 3. PERSONAS CON DESCAPACIDAD Y ESTIMACIÓN DE PREVALENCIA DE LAS SITUACIONES DE DISCAPACIDAD EN TANTOS POR MIL POR EDAD Y SEXO. ESPAÑA, 1999**

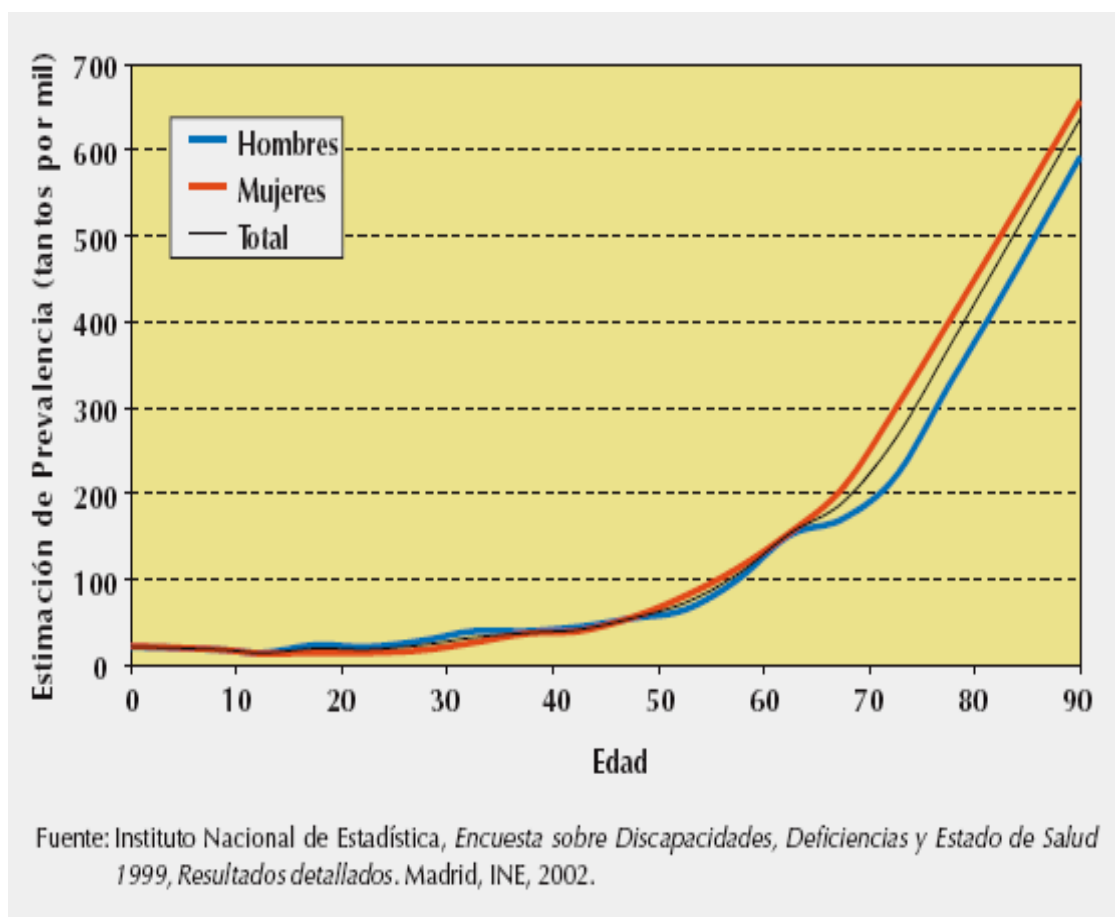
	<i>Total</i>		<i>Varones</i>		<i>Mujeres</i>	
	<i>Número</i>	<i>Prevalencia (tantos por mil)</i>	<i>Número</i>	<i>Prevalencia (tantos por mil)</i>	<i>Número</i>	<i>Prevalencia (tantos por mil)</i>
Menos de 6 años	<b>49.576</b>	<b>22</b>	24.723	22	24.853	23
6 a 9 años	<b>29.783</b>	<b>19</b>	15.363	19	14.420	19
10 a 15 años	<b>38.501</b>	<b>15</b>	20.697	15	17.804	14
16 a 19 años	<b>44.290</b>	<b>20</b>	28.058	24	16.232	15
20 a 24 años	<b>59.048</b>	<b>19</b>	36.385	22	22.663	15
25 a 29 años	<b>78.275</b>	<b>24</b>	48.578	29	29.697	18
30 a 34 años	<b>107.631</b>	<b>33</b>	64.514	40	43.117	27
35 a 39 años	<b>115.171</b>	<b>38</b>	60.029	40	55.142	37
40 a 44 años	<b>115.080</b>	<b>42</b>	61.162	45	53.918	40
45 a 49 años	<b>135.075</b>	<b>55</b>	66.311	55	68.764	56
50 a 54 años	<b>170.834</b>	<b>73</b>	74.872	65	95.962	81
55 a 59 años	<b>210.962</b>	<b>106</b>	96.639	100	114.323	113
60 a 64 años	<b>301.342</b>	<b>154</b>	141.830	152	159.512	155
65 a 69 años	<b>386.338</b>	<b>190</b>	161.083	171	225.255	207
70 a 74 años	<b>457.269</b>	<b>264</b>	168.643	220	288.626	299
75 a 79 años	<b>476.926</b>	<b>369</b>	172.670	325	304.256	399
80 a 84 años	<b>370.701</b>	<b>475</b>	120.382	429	250.319	501
85 y más años	<b>381.418</b>	<b>636</b>	111.031	592	270.388	657
<b>TOTAL</b>	<b>3.528.221</b>	<b>90</b>	<b>1.472.970</b>	<b>77</b>	<b>2.055.251</b>	<b>103</b>

Fuente: Instituto Nacional de Estadística, *Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud 1999, Resultados detallados*. Madrid, 2002.

En el siguiente gráfico los resultados muestran una clara correlación entre la prevalencia de las situaciones de discapacidad y la edad. Más del 32 por ciento de las personas mayores de 65 años tiene alguna discapacidad, mientras que entre las menores

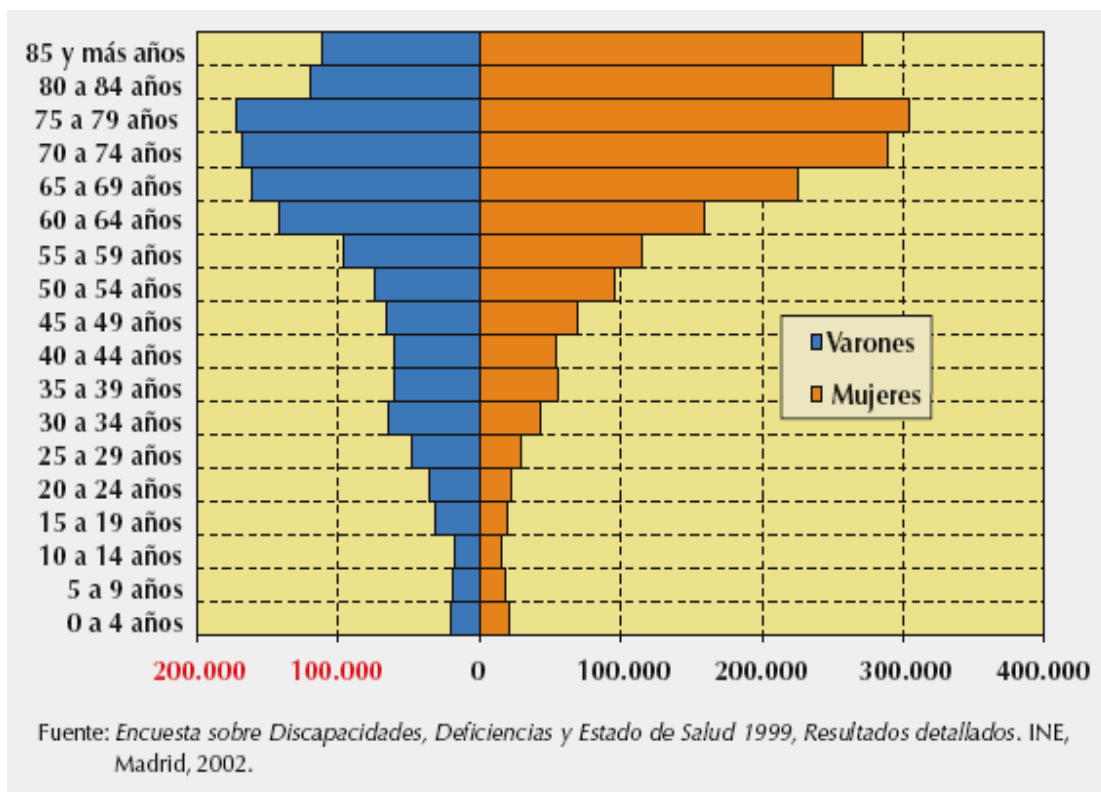
de 65 años la proporción de personas con discapacidad no llega al 5 por ciento. Aunque el aumento de la prevalencia es continuo conforme avanza la edad, a partir de los 50 años ese incremento se acelera de forma notable.

### ESTIMACIÓN DE LA PREVALENCIA DE LAS SITUACIONES DE DISCAPACIDAD POR EDAD Y GÉNERO, ESPAÑA, 1999



El próximo gráfico muestra que la encuesta estima, en conjunto, un número mayor de mujeres que de varones con discapacidad (el 58,3 por ciento de la población con discapacidad son mujeres). Sin embargo, este predominio cuantitativo de las mujeres no se da en todos los grupos de edad. La encuesta ha identificado un mayor número de varones que de mujeres en las edades jóvenes, mientras que en edades más elevadas se invierte esta tendencia. El punto de inflexión se da alrededor de los 45 años.

## ESTRUCTURA POR EDAD Y GÉNERO DE LA POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD EN ESPAÑA, 1999



Todos los expertos que estudian las consecuencias que para las sociedades modernas tiene el fenómeno del envejecimiento coinciden en afirmar que el problema fundamental es cubrir las necesidades de cuidados y atención a las personas dependientes, cuyo número se está viendo enormemente incrementado como consecuencia del aumento de la población de avanzada edad. Sin embargo, es importante tener en cuenta que este intenso proceso de envejecimiento no debe ser considerado sólo como un problema, sino también como una oportunidad social que es necesario aprovechar.

El envejecimiento de la población es la expresión de un logro humano: vivir más y vivir mejor. Constituye una de las transformaciones sociales más importantes producidas en el último tercio del pasado siglo. Pero es, a la vez, un reto al que es necesario dar respuesta. Se trata de un reto complejo, pues el incremento del número de personas mayores y, dentro de éstas, el de las personas de edad más avanzada, y las necesidades crecientes de atención derivadas de ese crecimiento, coinciden en el tiempo con una crisis de los sistemas de apoyo informal que han venido dando respuesta a esas necesidades, motivada por otras dos grandes transformaciones sociales de este final de



siglo: el cambio en el modelo de familia y la creciente incorporación de las mujeres al mundo laboral.

## ***2 - CONTEXTUALIZACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA***



“Envejecer es todavía el único medio que se ha encontrado para vivir mucho tiempo”.

Charles A. Sainte Beuve

## 2.1 – Evolución histórica de la calidad de vida

La expresión calidad de vida nace de conceptos de desarrollo, crecimiento económico, por la industrialización exagerada, y con la necesidad de mensurar los métodos de control de calidad utilizados en los procesos industriales. Al final de la Segunda Guerra Mundial, la preocupación por el desarrollo se manifiesta también en la voluntad de evaluar la calidad de vida de pueblos que, permanecen aún en situaciones de bajos niveles de vida, mediante la industrialización y la modernización.

En ese contexto surge la preocupación por el desarrollo, que se manifiesta en la crítica del desarrollismo occidental de la posguerra y por la toma de consciencia de sus consecuencias.

En el siglo XVIII-XIX tanto en Europa como en los países occidentales el proceso de crecimiento tecnológico era visible, resultando en un aumento de los productos superior al crecimiento de la población. Aún habría también un aumento de la población, significando que parte del aumento de la producción era destinado a los recién llegados (Lagomarsino, 2004).

Durante un periodo de veinte años, los índices de desarrollo económico y crecimiento de las economías de una parte de Europa occidental y Norteamérica crearon la ilusión de que lo fundamental para alcanzar el bienestar, suponía elevar el nivel de vida, sobre todo, la satisfacción de las necesidades materiales. En poco tiempo, los economistas y sociólogos pasaron a buscar índices que permitiesen evaluar la calidad de vida de los individuos y de la sociedad.

Lagomarsino (2004) plantea que, con los avances tecnológicos que influenciaban directamente la calidad de vida, empezaron las prácticas rigurosas de programas epidemiológicos y de higiene en los entornos urbanos, las aplicaciones de vacunas comenzaron el fin de las epidemias que azotaron esa época. Otro hecho

importante fue la práctica de actitudes elementales como la higiene personal, el tratamiento de las aguas y su potabilidad, la limpieza y salubridad de las calles, control de higiene de los alimentos, que influyeron en el gran avance de la calidad y cantidad de vida de la población, pasando de una esperanza de vida al nacer de 30 años a finales del siglo XVIII, a otra que alcanzaba los 50 en el año 1900.

Según Farquhar (1995) la calidad de vida pasó a indicar, que buena vida representaba mucho más que la influencia de bienes materiales. El concepto se amplió observando los significados de desarrollo social, como (educación, salud, hogar, transporte, trabajo y ocio). Los indicadores también tuvieron una ampliación: la esperanza de vida, mortalidad infantil, nivel de polución, calidad en los transportes y muchos otros, estableciendo muchos países, políticas de bienestar social.

Con la preocupación de medir empíricamente el desarrollo, se considera que las medidas económicas, a través de la utilización del PNB (Producto Nacional Bruto), han logrado éxito en reflejar el crecimiento económico y la riqueza de las naciones; pueblos con un elevado PNB en principio, quedaban catalogadas con un buen índice de bienestar, mientras que las sociedades con pequeñas rentas por habitante, estaban por debajo de niveles de bienestar, con un índice de calidad de vida bajo (Gracia Guillén, 1998).

Para Setián (1993) la intervención del estado en la política de desarrollo económico y social, propio del estado de bienestar, necesita de instrumentos que puedan mostrar en que puntos es necesario actuar para intervenir en los problemas sociales, los cuales requieren informaciones descriptivas de las condiciones actuales de la sociedad y de las necesidades sociales.

La preocupación por parámetros de medición de la realidad social viene de épocas antiguas de la historia, a partir del siglo XVII, algunos factores, como desarrollo del papel del Estado, del comercio y de los negocios, hicieron ampliar las informaciones sociales, ayudando a formular políticas gubernamentales, a través de

datos estadísticos sociodemográficos con fines estatales, como estimación del potencial militar, recuento de la población, control de impuestos, etc.

Durante ese periodo la población mundial venía creciendo de forma inapreciable, donde la ley natural pré-científica limitaba sus posibilidades de supervivencia y producción, había una igualdad entre las altas tasas de natalidad con las altas tasas de mortalidad.

La población vivía en su gran mayoría en condiciones precarias, con una baja esperanza de vida que superaba los 30 años, una mínima alimentación que quedaba por debajo de lo necesario. Se llevaba una vida de hambre y falta de hogar e higiene adecuados. La vida humana estaba sometida a la naturaleza.

Para Moser (1973) los estudios de calidad de vida forman parte de la investigación centrada en el bienestar social, estando desde sus comienzos asociados al movimiento de los indicadores sociales. Esas investigaciones tienen como reflejo el interés por la calidad de vida como origen de la preocupación por desarrollar indicadores sociales.

Palomino y López (1999) informa que la ONU ( Organización de las Naciones Unidas), en los años cincuenta creó un grupo de expertos encargados de elaborar una propuesta mundial para determinar el nivel de vida, las condiciones materiales de vida de una persona, clase social o comunidad, para sustentarse y disfrutar de la existencia. Después de algunas dificultades, el grupo creado por agencias especializadas como la OMS, la OIT y la UNESCO, propone nueve componentes del nivel de vida: salud, alimentación y nutrición, educación, vivienda, empleo y condiciones de trabajo, vestidos, recreo y esparcimiento, seguridad social y libertades humanas. Cada componente corresponde a un indicador para su determinación.

Sin embargo el índice de vida creado por dicha comisión con el objetivo de medir el bienestar social, prácticamente sólo medía la dimensión material de la calidad

de vida, así como las tendencias centradas en la satisfacción de las necesidades humanas consideradas.

En los años setenta, la Organización por la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE) a través de un proceso participativo de definición de necesidades y satisfactores sociales, creó un índice para determinar el bienestar por consenso alcanzado en las 24 naciones más industrializadas del mundo. Con ese trabajo se confeccionó una lista de preocupaciones sociales compartidas, que incluye 8 áreas de preocupación primaria y 15 de subinterés, con los siguientes indicadores: salud, educación y aprendizaje, empleo y calidad de vida en el trabajo, tiempo dedicado al trabajo y tiempo libre, control sobre los productos y servicios, entorno físico, entorno social y seguridad personal. La formación de 33 indicadores, tenía como objetivo establecer relación de bienestar con estrategias, programas y acciones prácticas de desarrollo económico, a través de los países miembros de la OCDE.

Setién (1993) informa que muchos organismos e instituciones de carácter internacional participan activamente en el movimiento investigador sobre indicadores sociales para la medida de la calidad de vida.

Con el pasar de los años se han incluido un número creciente y más complejo de variables e indicadores, para determinar la satisfacción de necesidades de la población en general y en diferentes grupos, como mujeres, niños, etnias, así como también en diversos espacios, urbano y rural, con una propuesta de desarrollo humano sostenible, que contribuya no sólo al crecimiento económico, sino también distribuyendo equitativamente sus beneficios, mejorando el medio ambiente en lugar de destruirlo, fomentando la autonomía de las personas en lugar de marginarlas.

El término calidad de vida, no aparece con ese objetivo hasta la década de los sesenta y se ha expandido durante los años ochenta. Con la difusión del concepto de calidad de vida en Occidente en los años setenta y con la preocupación por las patologías sociales de los países desarrollados, aún con niveles de bienestar elevado,

comenzaban los síntomas de descomposición social, como suicidios, violencia, drogadicción, pérdida de sentido por la vida....,

Merecen destacarse durante el siglo XIX y comienzos del siglo XX, dos grandes trabajos referentes a la calidad de vida: Belga Quételet con su colección de estadísticas morales, publicada en 1869 y el trabajo de Alfredo Nicéforo que se interesaba por la medida de la vida, su obra podría ser considerada como el primer trabajo sobre calidad de vida, enfocando el progreso social, la “Misur Della Vida” (Turín, 1919) traducida también al Francés y publicada en París en 1921.

Durante el siglo XX, y desde finales de los años 50, en los países industrializados empezaba un gran cambio en la conciencia ecológica. En los años 70 el deterioro ambiental influía en la economía, haciendo que la humanidad reflexionara en busca de alternativas de crecimiento y desarrollo económico que evitara un mayor deterioro ambiental.

La preocupación e insatisfacción de la sociedad de la abundancia y del consumo, planteaba cuestiones como la idea de que la felicidad humana no se encontraba exclusivamente en la satisfacción de la necesidad material.

En los años 60, surge la necesidad de evaluar la calidad de vida percibida por las personas (calidad de vida subjetiva). La evaluación subjetiva, define con más precisión la experiencia de vida de los individuos, tomando en consideración el significado que ellas atribuyen a las experiencias vitales. Los indicadores de esta perspectiva fueron: satisfacción, bienestar y felicidad.

Stafford (1978)<sup>12</sup> informa que los estudios más recientes de los problemas sociales se centran en la elaboración de posibles soluciones, tras un periodo de

---

<sup>12</sup> Stafford , J. (1978) Petite Histoire des indicateurs Sociaux, Communautés, Archives de Sciences Sociales de la Coopération et du Développement, núm. 45, pp. 69-90. Citado en Setiém M.L (1993)

reflexión y toma de conciencia de los diversos problemas existentes en las sociedades industrializadas.

Las investigaciones en los países europeos, aún permanecen al margen del movimiento interesado en la medida de las condiciones sociales, con una influencia directa de los trabajos realizados en EEUU.

El término de desarrollo teórico-científico de la calidad de vida, aparece en la primera revista monográfica de EEUU "Social Indicators Research" en 1974, y en el "Sociological Abstracts" de 1976, contribuyendo a la propagación teórica y metodológica del concepto de calidad de vida.

Con la difusión del término calidad de vida, algunos países europeos realizaron importantes trabajos de desarrollo en investigación social durante la década de los setenta, como Gran Bretaña, Alemania y Francia, que publicaron informes sociales nacionales. Los estudios centrados en la Calidad de Vida, alcanzan una mayor repercusión a nivel político en Alemania occidental, quizás más que EEUU, donde se quedaba la mayor parte de la bibliografía referente a calidad de vida.

Hasta la mitad de los años setenta, España no inicia escasos trabajos de medidas sociales de bienestar con carácter privado. La falta de indicadores sociales en la planificación española, planteaban un sistema con dos objetivos: llevar a cabo una planificación y posteriormente evaluar sus resultados a través de la medida del cambio social acontecido. Tal vacío ha producido un desfase entre la problemática social y la planificación.

Uno de los trabajos publicados, de carácter privado, es la monografía sobre desarrollo regional del III Plan de Desarrollo (1972) que elabora un índice de bienestar, tomando dos dimensiones básicas de desarrollo provincial: el desarrollo de la producción o desarrollo económico y el bienestar o desarrollo social, las cuales proponen una serie de componentes a medir a través de indicadores.



Tales componentes constituyen un índice de los indicadores sociales, que aplicando el análisis factorial, determina los componentes para evaluar la dimensión del bienestar, que serían: ahorro y consumo, educación, salud, ocio, mano de obra, movilidad social y cuantificación socioeconómica del hábitat, con la selección de los indicadores para medir los componentes, que probablemente reflejen una imagen válida del nivel medio de bienestar de las provincias españolas. .

En la década de los ochenta se publica en España “Hacia un estudio de indicadores sociales”, trabajo realizado en 1980 por José García-Durán y Pedro Puig, como propuesta para mostrar los objetivos sociales alcanzados y que expresan la calidad de vida de una comunidad. El trabajo determina los indicadores más adecuados para cada uno de los componentes del bienestar.

Contribuyendo a las investigaciones sobre indicadores sociales para la medida de calidad de vida, los organismos e instituciones de carácter internacional participan activamente con trabajos que a través de sus resultados y recomendaciones de los grupos de estudio, han afrontado y contribuido a la solución de los problemas. Entre dichos organismos se encuentran la Organización de las Naciones Unidas (ONU), a través de la comisión de estadística del consejo económico y social, que trabajó muchos años para establecer un modelo de sistema global de estadísticas sociales para la medición de los niveles de vida.

Ardón (2002) subraya que la evaluación de la calidad de vida puede ser presentada en tres diferentes periodos:

- ❖ En el primer período de 1975 hasta 1985 se muestra una clara tendencia en relacionar la calidad de vida con dos aspectos primordiales, en el primero son los indicadores económicos y sociales “perspectiva socioeconómica” y el segundo es la salud “perspectiva del estatus funcional”. La perspectiva socioeconómica, es considerada como la más importante de todas las presentadas porque es la que da inicio a la concepción de lo que se denomina calidad de vida. El criterio de utilización de indicadores de las condiciones

sociales y de generación de ingresos permitió durante mucho tiempo establecer y valorar la calidad de vida de una sociedad.

- ❖ En el segundo periodo, de 1985 hasta 1995 se observa una tendencia hacia el mantenimiento del estudio y la investigación de las dos perspectivas anteriores, pero además, a mediados de los ochenta y principios de los noventa aparece una nueva perspectiva que ha tomado gran fuerza como es la del medioambiente. Una causa importante puede ser la preocupación de los ciudadanos por vivir en condiciones más favorables de bienestar ambiental.
  
- ❖ En el tercero y último período, de 1995 hasta 2000, se observa que además de las perspectivas que se han presentado anteriormente, se produce la diferenciación y el reconocimiento de una perspectiva que aunque siempre ha estado inmersa en las otras directrices desde las que se aborda el tema, no había tenido la figuración de los últimos tiempos. Se trata de la perspectiva política, la cual ha popularizado ampliamente el término calidad de vida aún cuando este no sea correctamente conceptualizado en la mayoría de los casos. A esta perspectiva, habrá que hacerle un buen seguimiento en los próximos años ya que todas las decisiones que afectan la calidad de vida desde todos los ángulos tienen una consideración política.

Aunque durante todos estos periodos se ha profundizado y expuesto de forma diferente las distintas perspectivas, teniendo una mayor figuración y una importancia que otras; sin embargo, todas se han ido desarrollando para demarcar explícitamente su territorio. La calidad de vida tiene cada día más aceptación por el hecho de abordarse desde varios puntos, e igualmente ha crecido el reconocimiento por tratarse de una entidad aglutinadora de diversas disciplinas y que debe ser contextualizada de manera integral.

Pichardo ( 2005) informa que la literatura más difundida sobre calidad de vida se asocia tanto con fenómenos globales como con el crecimiento económico (Clarke, 1977), el nivel de vida (Levi y Anderson, 1980 y Sen, 1987), el bienestar (Dasgupta, 1988), la expansión demográfica (Lassonde, 1997), así como con los aspectos sectoriales del desarrollo, productividad y los procesos y condiciones de trabajo (Drucker, 1983 y García, 1983), la vida en las ciudades (Velásquez, 1988), la participación social y comunitaria, la práctica de vida saludable, la espiritualidad y la búsqueda de satisfacción de la felicidad o necesidades individuales (Morgan y Murgatroyd, 1994; Stanley, 1994; Holcombe, 1995; Diener, 1984) y se alude ampliamente a las dificultades para su medición ( Brock, 1995 y Milbrath, 1978), sin propuestas concretas de cómo resolver tales dificultades.

El mismo autor subraya que, tanto en publicaciones como en laboratorios, se encuentra una abundante literatura de investigaciones aplicadas a la calidad de vida en el campo de la salud, lo que implica una redefinición desde el punto de vista de la ética profesional, de las relaciones entre los profesionales de la salud y las personas aquejadas por enfermedades diversas, tales como dolencias respiratorias, trastornos neurológicos “el caso de la Epilepsia y el Mal de Alzheimer”, enfermedades terminales “tales como el cáncer o el SIDA”, personas con problemas de discapacidad, personas mayores, o bien con desórdenes traumáticos como efectos de guerra u otras situaciones de violencia. De igual modo, se destacan los estudios en el campo de la educación, de manera especial ligados a poblaciones en condiciones especiales (Verdugo y Vicent, 2004; Verdugo, 1995 y 1998; Wild, 1999, Sander, 1990), entre otros. En otro orden, se ubican trabajos referentes a calidad de vida, enfocados en el acceso a recursos y redes de información y condiciones de trabajo y migraciones. En las interrelaciones se destacan los trabajos sobre medio ambiente y calidad de vida; así como, bioética y calidad de vida.

## **2.2- Conceptualización de la calidad de vida**

La expresión “calidad de vida” fue preconizada inicialmente por el presidente de los Estados Unidos, Lyndon Johnson en 1964, al afirmar que “los

objetivos no pueden ser medidos a través del balance de los bancos. Ellos sólo pueden ser medidos a través de la calidad de vida que proporcionan a las personas”.

Setién (1993) afirma que el término Calidad de Vida tomado como expresión global, es antónimo de cantidad de vida, aunque el origen del término tuvo algo que ver con el rechazo al crecimiento cuantitativo, expresado en cantidades numéricas respecto a la actividad productiva y de consumo. Tampoco la expresión calidad de vida es utilizada en plural, ni Calidades de vida ni Calidad de las vidas poseen ningún sentido. Por el contrario, se puede distinguir entre buena o mala calidad de vida, mejor o peor, de un grupo o país y otro.

La expresión calidad se entiende de forma similar al significado que le atribuye el diccionario: “naturaleza más o menos satisfactoria de una cosa; grado o lugar ocupado por las cosas en la escala de lo bueno y lo malo; cada uno de los grupos que se hacen de cierta cosa por un grado de bondad o maldad ”; es decir, la calidad se suele referir al carácter con que la vida más o menos buena o satisfactoria, adquiere un contenido de grado, que discurre a lo largo de un continuo, cuyos extremos se sitúan entre una situación negativa o inferior y otra positiva o excelente.

Aunque las definiciones han ido cambiando a lo largo de estos años, tres aspectos fundamentales se han mantenido en la mayoría de las mismas: la referencia a la relación del individuo con su vida, el enfoque multidimensional que incluye todos aquellos factores que dan carácter integral al ser humano y una atención especial a la valoración subjetiva que la persona hace de su propia vida. En la tabla 4 se presentan algunas conceptualizaciones de calidad de vida (Fernández et al. 2002).

**TABLA 4. DEFINICIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA**

<b>OMS</b>	<b>(1947)</b>	Estado de completo bienestar físico, mental y social
<b>Dalkey y Rourke</b>	<b>(1973)</b>	Sentimiento personal de bienestar, de satisfacción /insatisfacción con la vida o de felicidad/infelicidad.
<b>Andrews y Whitney</b>	<b>(1976)</b>	La calidad de vida no es realmente el reflejo de las condiciones de los escenarios físicos, interpersonales y sociales, sino cómo dichos escenarios son evaluados y juzgados por el individuo.
<b>Shin y Johnson</b>	<b>1978</b>	Posición de los recursos que se necesitan para la satisfacción de las necesidades o deseos, participación en actividades que hagan posible el desarrollo personal, y autoactualización y comparación satisfactoria con la vida y el bienestar.
<b>Levi y Anderson</b>	<b>1980</b>	Medida compuesta de bienestar físico, mental y social, tal y como lo percibe cada individuo y cada grupo. Los ejes constituyentes son la felicidad, la satisfacción con la vida y el bienestar.
<b>Horley</b>	<b>1984</b>	Relación entre la idoneidad de las circunstancias materiales y los sentimientos de la persona acerca de esas circunstancias.
<b>Calman</b>	<b>1987</b>	Distancia entre los logros y las aspiraciones valorados por parte del sujeto.
<b>Walker y Rosser</b>	<b>1987</b>	Amplio espectro de dimensiones de la experiencia humana que va desde aquellas asociadas a las necesidades vitales, tales como comida y cobijo a aquellas otras asociadas con desarrollar un sentido de plenitud y felicidad personal.
<b>Wilklund</b>	<b>1987</b>	Disminución de la sintomatología, incremento de bienestar, y mantenimiento de una buena capacidad funcional para llevar a cabo las actividades básicas de la vida diaria.
<b>Chubon</b>	<b>1987</b>	Aquella que nos hace sentir que la vida merece la pena ser vivida.
<b>Birwood</b>	<b>1988</b>	Suma de todas las satisfacciones que hacen la vida digna de ser vivida
<b>Salía</b>	<b>1990</b>	Interacción entre lo subjetivo y objetivo, es lo que determina la calidad de vida humana.
<b>García-Riaño y Ibáñez</b>	<b>1992</b>	Valoración que la persona hace, en un momento dado, de su vida completa considerada como un todo, con referencia no sólo al momento actual, sino también a un pasado más o menos próximo y a un futuro más o menos distante
<b>OMS</b>	<b>1994</b>	Percepción personal de un individuo de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y de valores en que vive, y en relación con objetivos, expectativas, valores e intereses.

Fuente: Fernández, L., Yániz, B. y Berrios, G. (2002).

La palabra “vida”, aunque únicamente se centra en la existencia humana, plantea problemas de concreción. La vida humana puede ser individual o social, puede referirse a vida física, mental o social, a la vida cotidiana, al curso completo de la vida.

Para Szalai (1980) la calidad de vida es un concepto indivisible al cual es necesario atribuirle un contenido claro y específico mediante una mayor investigación y reflexión.

Para Fernández Ballesteros (1998) el término calidad de vida se refiere a ciertos atributos o características de un objeto particular mientras que el término vida es más amplio y envuelve a los seres humanos, apareciendo aquí el primer y fundamental problema de conceptualización, ya que la vida puede analizarse desde diferentes perspectivas.

La Organización Mundial de la Salud (1991) define calidad de vida como la mantención de la salud, en su nivel más alto posible, en todos los aspectos de la vida humana: físico, social, psíquico y espiritual.

En esa corriente de pensamiento, Schalock (1996) afirma que la investigación sobre calidad de vida es importante porque el concepto está emergiendo como un principio organizador que puede ser aplicable a la mejora de una sociedad como la nuestra, sometida a transformaciones sociales, políticas, tecnológicas y económicas.

El interés en conceptos como “patrón de vida” y “calidad de vida” fue inicialmente compartido por científicos sociales, filósofos y políticos. El creciente desarrollo tecnológico de la medicina y ciencias afines, trajo como una consecuencia negativa su progresiva deshumanización. Así, la preocupación por el concepto “calidad de vida” se refiere a un movimiento dentro de las ciencias humanas y biológicas en el sentido de valorar parámetros más amplios que el control de los síntomas, la disminución de la mortalidad o el aumento de la expectativa de vida.

Según Arostegui (1998), la expresión calidad de vida, en un primer momento, aparece en los debates públicos en torno al medio ambiente y al deterioro de las condiciones de vida urbana. Durante la década de los 50 y a comienzos de los 60, el creciente interés por conocer el bienestar humano y la preocupación por las consecuencias de la industrialización de la sociedad, hacen surgir la necesidad de medir esta realidad a través de datos objetivos, y desde las ciencias sociales se inicia el desarrollo de los indicadores sociales y estadísticos que permiten medir datos y

hechos vinculados al bienestar social de una población. Estos indicadores tuvieron su propia evolución siendo en un primer momento referencia de las condiciones objetivas, de tipo económico y social, para en segundo momento contemplar elementos subjetivos.

La calidad de vida se ha convertido en los últimos años, en uno de los conceptos más utilizados tanto por los planificadores sociales como por los distintos profesionales de las ciencias ambientales, sociales y de la salud.

Primero, se le da al término un carácter biologicista y luego mediante otros estudios se comprueba el entrecruzamiento de la salud con el bienestar social y la calidad de vida colectiva e individual, y la salud deja de ser un problema médico y se convierte en un proyecto social.

La Organización Mundial de la Salud concibe la calidad de vida como un sistema de valores en el cual se vive con relación a unos objetivos, expectativas, padrones y preocupaciones (Dulcey-Ruiz Quintero, 1999).

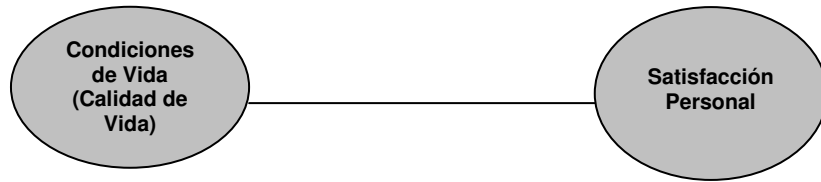
La calidad de vida es definida como la percepción por el individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en los cuales él vive y en relación a sus objetivos, expectativas, padrones y preocupaciones (WHOQOL GROUP, 1994).

Existe consenso al identificar cuatro modelos conceptuales de calidad de vida, según los cuales: a) se define la calidad de vida según las condiciones de vida de una persona; b) como satisfacción experimentada por la persona en dichas condiciones vitales; c) como la combinación de componentes objetivos y subjetivos, es decir, calidad de vida definida como la calidad de las condiciones de vida de una persona junto a la satisfacción que está experimenta y d) como la combinación de las condiciones de vida y la satisfacción personal ponderadas por la escala de valores,

aspiraciones y expectativas personales (Gómez-Vela y Sabeh, 2001). Estas conceptualizaciones están expresadas en la siguiente figura.



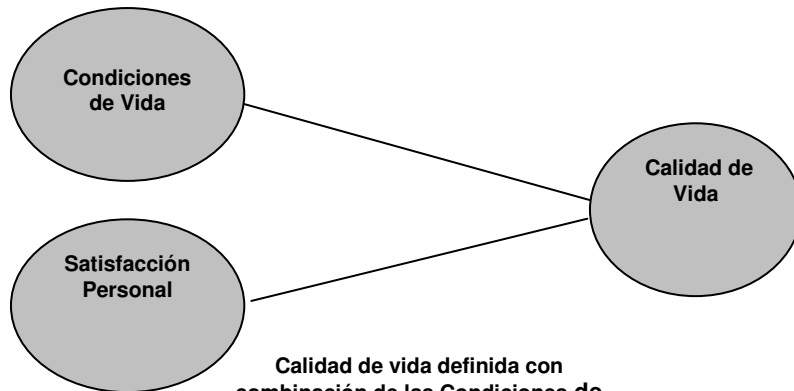
## CONCEPTUALIZACIONES DE CALIDAD DE VIDA



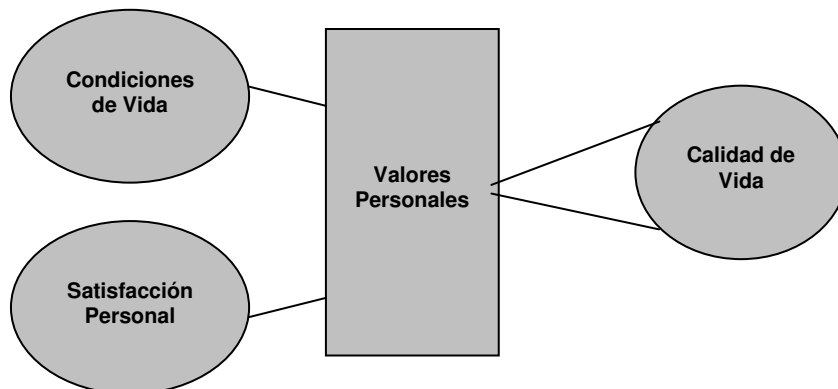
Calidad de Vida en términos de Condiciones de Vida



Calidad de Vida como satisfacción con la Vida



Calidad de vida definida con combinación de las Condiciones de Vida y la Satisfacción



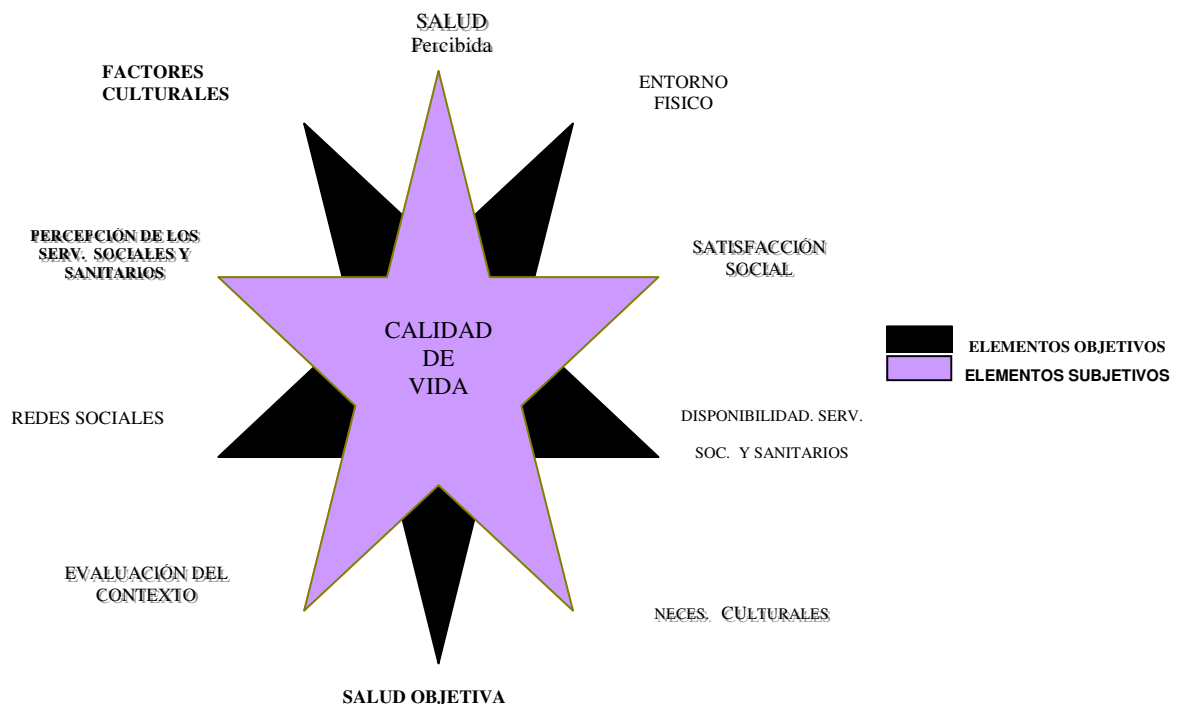
Calidad de Vida definida como combinación de las Condiciones de vida y la Satisfacción en función de una escala de importancia

Conceptualización de calidad de vida (traducido y adaptado de Felce y Perry, (1995)

La calidad de vida presenta varias concepciones, según Richart (1995) entre los investigadores no hay consenso para la definición de "calidad de vida". Para muchos la calidad de vida es un concepto que involucra muchas variables subjetivas como satisfacción, felicidad, autoestima, variables éstas de difícil medición. Se considera que las variables objetivas son de medición más fácil como por ejemplo la economía, el nivel sociocultural, los déficits funcionales y los problemas de salud. Las definiciones que se han dado a este concepto son más un reflejo de orientación profesional y áreas de interés de los distintos autores que un análisis riguroso del concepto de calidad de vida.

Fernandez Ballesteros (1993) presenta un modelo a través del cual es posible integrar las dimensiones personales y socio-ambientales y los elementos subjetivos y objetivos implicados en la calidad de vida de las personas mayores el cuál se muestra en la figura abajo.

**FACTORES OBJETIVOS Y SUBJETIVOS QUE DEFINEN CALIDAD DE VIDA**



Fuente: Rocío Fernández Ballesteros (1993)

De Almeida y colaboradores (1999) afirman que la preocupación por el concepto de calidad de vida ocurre para que, en el ámbito de las Ciencias Humanas y biológicas, se establezcan parámetros más amplios que la mera ausencia de enfermedades, disminución de mortalidad o aumento de la expectativa de vida en la determinación de niveles de calidad de vida. En esta visión más amplia se ha destacado el carácter objetivo y/o subjetivo y multidimensional. Pueden ser comprendidos como parámetros subjetivos: bienestar, felicidad y realización personal; en el ámbito objetivo se puede relacionar la satisfacción de las necesidades básicas y de las necesidades creadas por el grado de desarrollo económico y social de determinada sociedad como la alimentación, acceso al agua potable, habitación, trabajo, educación, salud y ocio. Dichos parámetros (objetivos y subjetivos) interactúan dentro de la cultura para construir la noción contemporánea de calidad de vida.

Con relación a los aspectos multidimensionales, en la figura siguiente se presentan como ingredientes fundamentales, la salud, las habilidades funcionales, las actividades de ocio y tiempo libre, las relaciones interpersonales, la calidad de los servicios sociales y de salud, la calidad ambiental en el propio hogar y en el entorno, las oportunidades culturales y el nivel de ingresos económicos.

### MULTIDIMENSIONALIDAD DE LA CALIDAD DE VIDA



Fuente: Rocío Fernández Ballesteros (1993)

Aranibar (2004) informa que las controversias de conceptos de la calidad de vida se han traducido en amplios debates de cuyo análisis es posible obtener ideas de lo que es la calidad de vida: Unidimensionalidad / Multidimensionalidad, es posible diferenciar dos aproximaciones básicas, la primera que concibe la calidad de vida como entidad unitaria, y la otra que la considera como un constructo compuesto por una serie de dominios. Esta controversia ha sido ampliamente superada en la literatura, pues de modo general hay consenso a favor de la condición multidimensional de la calidad de vida y el retroceso hacia un concepto monofactorial solo de salud, ingresos o posición social, resulta inadmisibles. Para Fernández Ballesteros (1992) “La vida es antológicamente multidimensional y la evaluación de su calidad también tendrá que serlo”, con base en esta afirmación pueden considerarse como factores personales, la salud, las actividades de ocio, satisfacción con la vida, las relaciones sociales y las habilidades funcionales y también habremos de considerar factores socio-ambientales, pues la salud está íntimamente asociada a los servicios sociales existentes y disponibles.

Para Reyes y colaboradores (2004) son muchos los autores que han abordado las diferentes categorías y variables incorporadas, respecto a la satisfacción por la vida pero siempre de forma aislada por lo que podemos encontrar trabajos que tratan de la familia, el apoyo social o cualquier otra categoría como buen indicador de calidad de vida, pero no se encuentra bibliografía que valore este conjunto de variables y su influencia sobre la calidad de vida.

Farré, Frasquet y Romá (1999) abordan la calidad de vida como un concepto subjetivo, relativo, difícil de definir y que podría considerar tanto la ausencia de enfermedades como un estado de bienestar personal y social.

Se comprende en ese sentido, que el desarrollo de ese trabajo, al abordar las variables objetivas y subjetivas de forma conjunta, así como considerando la difícil medición de las variables subjetivas, aportará innovaciones al medio científico, teniendo en cuenta que pretende mensurar y evaluar la calidad de vida de ancianos en el aspecto físico, psicológico de relaciones sociales y medio ambiente.

La calidad de vida brasileña se concentra básicamente en las áreas políticas de salud, de la medicina o del comportamiento. Las tres dimensiones que forman parte de la calidad de vida global e integralmente son: dimensión física, dimensión psicológica y dimensión social. La dimensión física es la percepción del estado físico o la salud, entendida como ausencia de enfermedad, los síntomas producidos por la enfermedad, y los efectos adversos del tratamiento. La dimensión psicológica es la percepción por el individuo de su estado cognitivo y afectivo como el miedo, la ansiedad, la incomunicación, la pérdida de autoestima, la incertidumbre del futuro, así como las creencias personales, espirituales y religiosas como el significado de la vida y la actitud ante el sufrimiento. Por último, la dimensión social es la percepción por el individuo de las relaciones interpersonales y los roles sociales en la vida como la necesidad de apoyo familiar y social. Así el proceso de reestructuración de la forma de vida a través del envejecimiento o de la jubilación, tiene como resultados de interés de las personas ancianas el ocio, como dimensiones sociales productivas, capaces de reagrupar las diversas funciones sociales que a lo largo de la vida activa se distribuían entre trabajo, la sociedad y la familia (Oliveira Neto y cols., 2006).

Según Pérez (2004) los estudios de calidad de vida buscan información con metodología y técnicas adecuadas acerca de cómo se están estructurando las condiciones de vida en la sociedad, en las instituciones, en la familia y por los individuos, y las consecuencias que puedan producir en la salud y el bienestar de las personas. Por lo tanto, permiten estimar la calidad de vida que se está gestando y orientar dichas condiciones para propiciar los objetivos de nuestras concepciones filosóficas y humanistas, así como los proyectos de intervención social.

Dulcey, Ruiz y Quintero (1999) informan uno de los aspectos más anunciado por diferentes autores, como es el efecto del estado funcional sobre la calidad de vida, pero la edad es una variable que aunque popularmente es común que se considere influyente en la calidad de vida, es poco común en la literatura su presencia como indicador.

Kalache y Keller (2001) sugieren que la calidad de vida debería ser considerada durante el ciclo de vida, principalmente para aquellos cuya capacidad funcional no puede mantenerse por encima del umbral de discapacidad. Producir cambios significativos en entornos apropiados, puede mejorar la calidad de vida.

Kohlmann (2000)<sup>13</sup>, señala que en salud la definición de calidad de vida se basa en el propio juicio del paciente sobre el bienestar y la capacidad funcional respetando los aspectos psicológicos, físicos, sociales y emocionales de la vida.

Para Thomae (1970)<sup>14</sup> la mayoría de las descripciones de calidad de vida se basan en encuestas de bienestar y satisfacción por la vida, aspectos subjetivos o la representación cognitiva de la situación vital, con inclusión de hechos objetivos. La calidad de vida supone una valoración de las condiciones de salud por el paciente, incluyendo parámetros físicos, psicológicos y sociales.

Los componentes de calidad de vida y el bienestar pueden evaluarse de dos maneras, tanto general y globalmente, como en un ámbito concreto y específico. La interrelación entre ellos, se ha planteado en el análisis de la calidad de vida asociada a enfermedades concretas como diabetes o cáncer. En estos casos o en otros aparecen diferencias, ya que los mecanismos cognitivos y emocionales implicados son distintos en la evaluación global de la vida “satisfacción con la vida”, en la evaluación de dominios intermedios “la satisfacción con las relaciones sociales” y en la evaluación de dominios específicos “satisfacción con los amigos”.

Son muchas las implicaciones que una adecuada conceptualización de los dominios generales y específicos del bienestar y la satisfacción tienen sobre el análisis de la calidad de vida de las personas mayores. Definir empíricamente los contenidos o componentes de la calidad de vida significa preguntar a los individuos

---

<sup>13</sup> Kohlmann T (2000) Gesundheitsbezogene Lebensqualität. En Niklaus T editor. Klinische Geriatrie. Berlin/Heidelberg: Springer, 2000;p.93-9. Citado en U Lehr. (2004).

<sup>14</sup> Thomae H. (1970) Theory of aging and cognitive theory of personality. Human Development. Citado en U. Lehr. (2004).

acerca de los componentes de su calidad de vida. Para establecer los componentes de la calidad de vida Flannagan (1982) logra definir cinco categorías principales: Bienestar físico y material; Relaciones con otras personas; Actividades sociales, comunitarias y cívicas; Desarrollo personal; Factores socioeconómicos; Factores de autonomía personal; Satisfacción subjetiva y factores de personalidad.

Fernández Ballesteros (1986) señala que no existe consenso en la literatura sobre la naturaleza de las dimensiones que componen la calidad de vida ni sobre la forma de seccionarlos. La autora afirma que no hay acuerdo acerca del carácter objetivo o subjetivo de las dimensiones.

El abordaje de la naturaleza de la calidad de vida nos entrega a importantes reflexiones teóricas conceptuales que ayudan a entender de que hablamos cuando hablamos de calidad de vida de personas, comunidades y sociedades. Gallopin (1982) informa que la calidad de vida como propósito superior de los procesos de planificación aparece asociada a la satisfacción del conjunto de necesidades que se relacionan con la existencia y bienestar de las comunidades, la preservación de la cultura de la sociedad en que se insertan o de las condiciones ambientales, a través de las formas de organización interna que una sociedad posee para satisfacer estos requerimientos.

Delgado y Failache (1993) señalan que el grado de bienestar de las comunidades y de la sociedad, a través de la satisfacción de sus necesidades fundamentales, comprendidas estas como los requerimientos de los grupos humanos y de los individuos para asegurarse su existencia, permanencia y trascendencia en un espacio dado y un momento histórico determinado. Los autores informan que si consideramos calidad de vida como un sistema de necesidades interrelacionadas e ínter actantes, podemos establecer que cada una de las dimensiones o componentes de la calidad de vida tienen diferentes satisfactores de las necesidades fundamentales.

O sea, la disponibilidad y acceso de la población a los satisfactores, es lo que va a permitir cubrir los requerimientos de los individuos, grupos sociales y comunidades, respecto a un determinado componente de necesidad. El equilibrio entre los satisfactores deseados y los realmente obtenidos, muestra el grado de satisfacción de cada componente de necesidad involucrado en el concepto operativo de calidad de vida, los satisfactores están culturalmente determinados, varían en función de las normas y valores que imperen en un sistema socio espacial dado y un tiempo determinado.

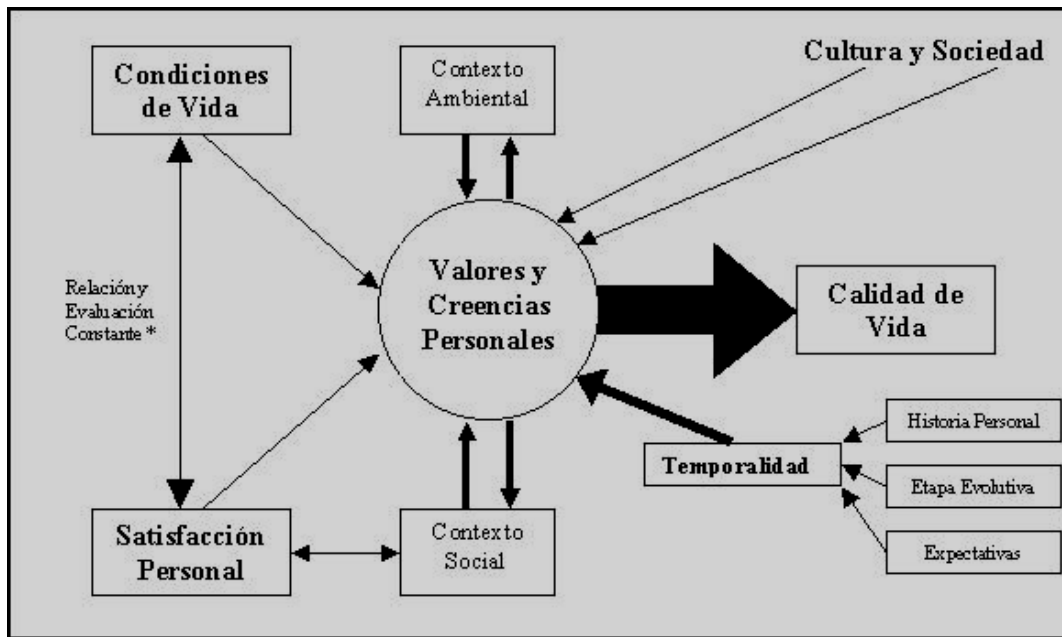
Palacios, et al (2006) informa que la evaluación del concepto presenta una situación parecida. Para algunos autores<sup>15</sup> los enfoques de investigación de este concepto son variados, pero podrían englobarse en dos tipos: Enfoques cuantitativos, cuyo propósito es operacionalizar la Calidad de Vida. Para ello, han estudiado diferentes tendencias: Sociales (se refieren a condiciones externas relacionadas con el entorno, como la salud, el bienestar social, la amistad, el estándar de vida, la educación, la seguridad pública, el ocio, el vecindario, la vivienda, etc.); Psicológicos (miden las reacciones subjetivas del individuo a la presencia o ausencia de determinadas experiencias vitales); y Ecológicos (miden el ajuste entre los recursos del sujeto y las demandas del ambiente), y Enfoques cualitativos que adoptan una postura de escucha y atención a la persona mientras relata sus experiencias, desafíos y problemas y cómo los servicios sociales pueden apoyarles eficazmente.

---

<sup>15</sup> Dennis, Williams, Giangreco y Cloninger (1993). Citado en “Calidad De Vida. Evolución Del Concepto Y Su Influencia En La Investigación Y La Práctica”. Extraído el 17 abril, 2006 de <http://www3.usal.es/~inico/investigacion/invesinico/calidad.htm>. Arreglos: María Gómez-Vela.



## CALIDAD DE VIDA DESDE LA SUBJETIVIDAD



Dennis, Williams, Giangreco y Cloninger (1993). Citado en "Calidad De Vida. Evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica"

Adicionando a las concepciones anteriores el aspecto cultural y social, se propone el siguiente modelo de calidad de vida desde la subjetividad ver figura anterior: considerando a priori que ya existe cobertura de ciertas necesidades básicas para la supervivencia del ser humano, ya que si ellas no se encuentran cubiertas no puede ascenderse o construir. Pues bien, se concibe al ser humano inmerso dentro de sociedad enmarcada en un lugar determinado (físico e histórico) y una cultura que ha adquirido mediante socialización; ambos elementos regulan e incluso limitan -si bien no de forma terminante- las concepciones de mundo del sujeto. Desde esta arista, el sujeto se ubica para evaluar más o menos consciente lo que le acontece y, sin duda, no es sencillo, puesto que aquel proceso se encuentra mediado por una cantidad de factores anexos a los globales antes mencionados, por nombrar algunos: el nivel evolutivo, la comparación con otros, su historia personal, el momento actual, las expectativas futuras, etc. Todo ello se conjuga y permiten que el sujeto a cada momento de la vida, la conciba de cierta forma, y la vivencie acorde a dicha evaluación

### **2.3 - Calidad de vida de mayores: el desafío de la transición del siglo**

Actualmente la sociedad moderna se encuentra en contradicción, por un lado se confronta con el crecimiento masivo de la población de mayores, fruto del aumento de la expectativa media de vida y, del otro con los prejuicios sobre el viejo y la vejez, retardando medidas que visen mejorar el pesado fardo de los que ingresan en la tercera edad.

Durante el presente siglo asistimos a una situación impar, muchas personas sobrepasan las barreras cronológicas, que el hombre ha situado como etapa de la vejez, lo que ha convertido al envejecimiento poblacional en un reto para las sociedades modernas.

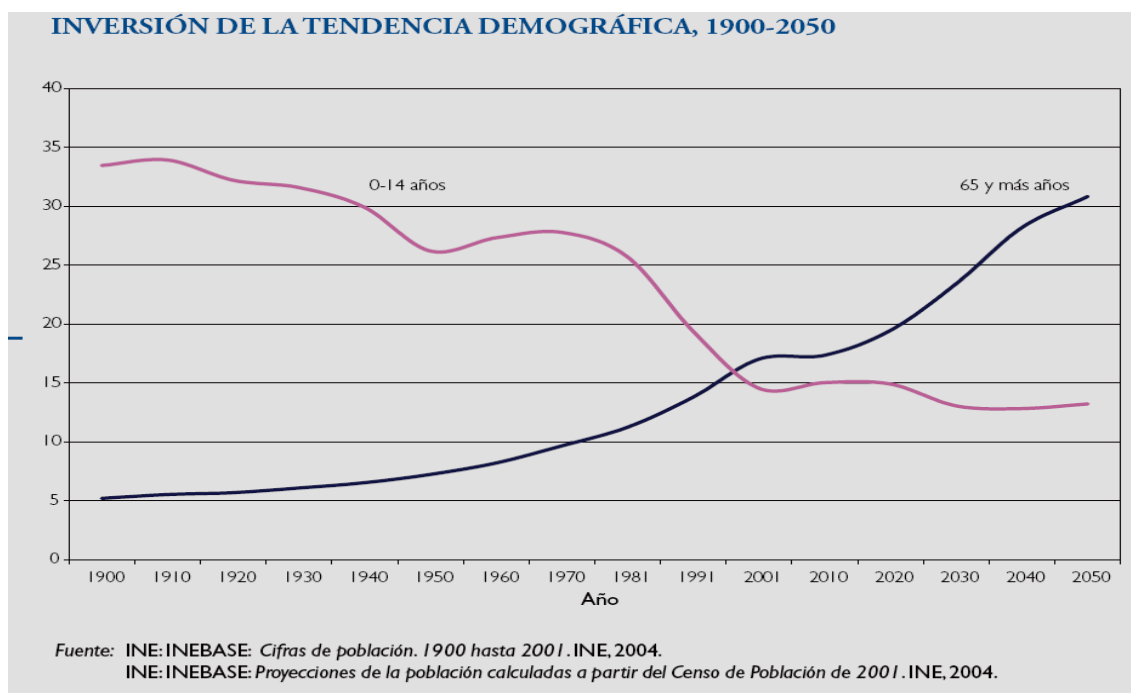
Para Gómez-Vela y Sabeh (1999) las necesidades, aspiraciones e ideales relacionados con una vida de calidad varían en función de la etapa evolutiva, es decir, la percepción de satisfacción se ve influida por variables ligadas al factor edad, lo que ha dado lugar al análisis de los diferentes momentos del ciclo vital: la infancia, la adolescencia y la vejez.

Pérez (2004) informa que la natalidad en los últimos años ha sufrido una disminución considerable en los países desarrollados, mientras que, simultáneamente se ha producido un aumento considerable de personas mayores. El origen de ese fenómeno son algunos factores entre los que podemos destacar: la generalización del estado de bienestar, la preocupación por la salud, la alimentación y el cuidado del cuerpo. La misma autora relata que esta situación, ha hecho que España se sitúe entre los países más longevos del mundo según el informe sobre índice de desarrollo humano publicado por la ONU (2003).

El próximo gráfico representa una proyección de la población de España calculada a partir del censo poblacional de 2001. El gráfico informa que el número de personas mayores ya supera al de niños de 0-14 años en más de un millón de individuos y se ha producido una inversión de las tendencias demográficas. El

tamaño del grupo de mayores, y en especial de octogenarios, es ya suficiente como para tener un fuerte impacto en los sistemas sanitarios y de servicios sociales. Las características de soledad, discapacidad, dependencia y morbilidad son diferentes, más acentuadas entre los octogenarios.

## INVERSIÓN DE LA TENDENCIA DEMOGRÁFICA 1900-2050



El volumen y proporción de mayores, por primera vez en la historia de la humanidad, está alcanzando tal envergadura que se transformó en asunto de auténtico interés para los Estados y naciones. Esta situación se ha convertido en un fenómeno que sobrepasa la mera consideración demográfica, afectando también la economía, la cultura, la ciencia, la política y en general la situación social humana.

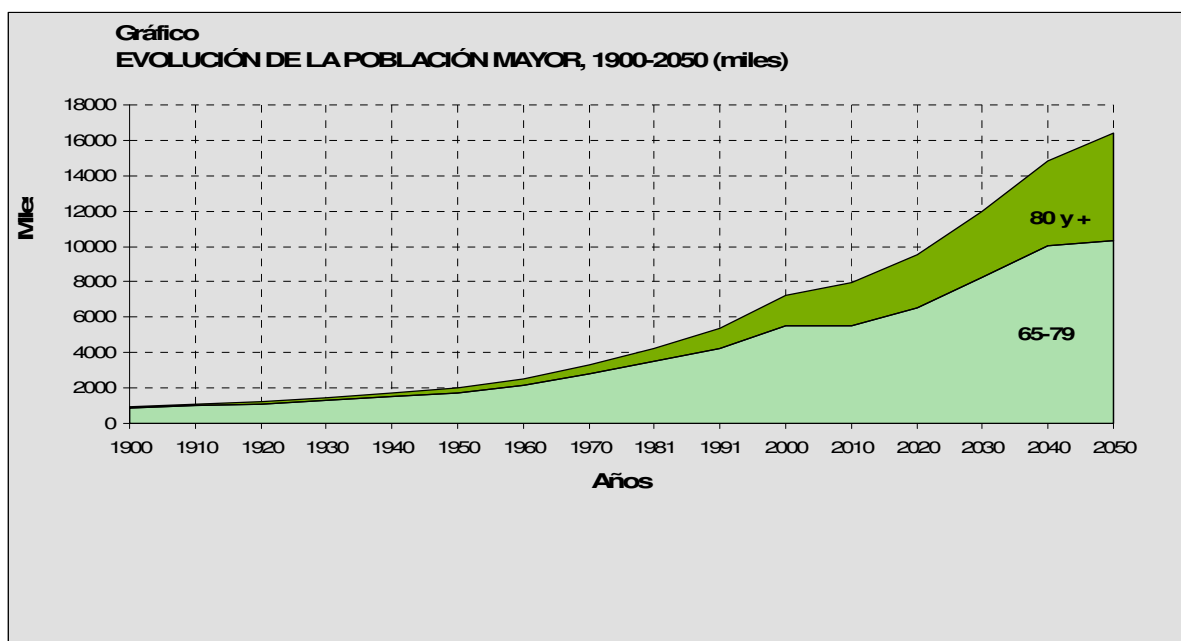
La perspectiva de aumento de la población de mayores en 2025, es que 1.200 millones de personas en todo el mundo tendrán 60 años de edad, y la gran mayoría vivirán en países en vías de desarrollo.

Al inicio de la década de los cincuenta, la expectativa media de vida al nacer era de 47 en todo el mundo. Actualmente esa expectativa alcanza más de 67 años y en varios países está cerca de los 80. En los países desarrollados el grupo de población de

más rápido crecimiento coincide con los más ancianos (80 y más años). La importancia de estos cambios se iguala a una revolución en los aspectos demográficos y sociales.

El siguiente gráfico y la tabla 6 representan las estadísticas del año 2003 contabilizadas en España con una cifra de 7.276.620 de personas de 65 y más años, es decir, 434.477 más que la anterior monografía titulada “Las personas mayores en España”, Informe 2002. Entonces, la cifra de mayores alcanzaba 6.842.143 personas (referida al año 2000). Ambas fechas corresponden a la revisión del Padrón municipal de habitantes, 2003 y 2000. Las personas de edad ya representan el 17,0% de toda la población, y ese porcentaje y sus cifras absolutas no van a dejar de crecer en las próximas décadas. Los datos demográficos nacionales arrojan una población total de 42.717.064 personas en 2003. Estas cifras tienen carácter oficial y son aprobadas mediante real decreto.

## EVOLUCIÓN DE LA POBLACIÓN MAYOR 1900-2050



De 1900 a 2000 los datos son reales; de 2010 a 2050 se trata de proyecciones; desde 1970 la población es de derecho.

**Fuente:** INE: Anuario Estadístico, varios años.

INE: Censos de Población.

INE: INEBASE: Revisión del Padrón municipal de habitantes a 1 de enero de 2000 INE, 2002.

INE: INEBASE: Proyecciones de la población de España calculadas a partir del Censo Población a 31 de diciembre de 1991. INE.

**TABLA 5. EVOLUCIÓN DE LA POBLACIÓN MAYOR 1900-2050**

**EVOLUCIÓN DE LA POBLACIÓN MAYOR, 1900-2050**

Años*	Total España	65 y más		75 y más		80 y más	
	Absoluto	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%
1900	18.618.086	967.754	5,2	852.389	4,6	115.365	0,6
1910	19.995.686	1.105.569	5,5	972.954	4,9	132.615	0,7
1920	21.389.842	1.216.693	5,7	1.073.679	5,0	143.014	0,7
1930	23.677.794	1.440.739	6,1	1.263.626	5,3	177.113	0,7
1940	26.015.907	1.699.860	6,5	1.475.702	5,7	224.158	0,9
1950	27.976.755	2.022.523	7,2	1.750.045	6,3	272.478	1,0
1960	30.528.539	2.505.165	8,2	2.136.190	7,0	368.975	1,2
1970	34.040.989	3.290.800	9,7	2.767.061	8,1	523.739	1,5
1981	37.683.363	4.236.724	11,2	3.511.593	9,3	725.131	1,9
1991	38.872.268	5.370.252	13,8	4.222.384	10,9	1.147.868	3,0
2003	42.717.064	7.276.620	17,0	5.519.776	12,9	1.756.844	4,1
2010	45.686.498	7.930.771	17,4	5.538.542	12,1	2.392.229	5,2
2020	48.928.691	9.526.701	19,5	6.495.851	13,3	3.030.850	6,2
2030	51.068.904	11.970.733	23,4	8.222.421	16,1	3.748.312	7,3
2040	52.659.953	14.857.070	28,2	10.049.103	19,1	4.807.967	9,1
2050	53.147.442	16.394.839	30,8	10.360.589	19,5	6.034.250	11,4

*Nota:* Todas las tablas y gráficos de este Informe 2004 hacen referencia a España salvo que se especifique lo contrario.

\* De 1900 a 2003 los datos son reales; de 2010 a 2050 se trata de proyecciones; desde 1970, población de derecho.

*Fuente:* INE:INEBASE: *Cifras de población. Población según sexo y edad desde 1900 hasta 1991.* INE, 2004.

2003: INE:INEBASE: *Revisión del Padrón Municipal de Habitantes a 1 de enero de 2003.* INE, 2004.

INE:INEBASE: *Proyecciones de la población calculadas a partir del Censo de Población de 2001.* INE, 2004.

Nuestra esperanza de vida depende de nuestro estilo de vida. La esperanza de vida no se refiere sólo a la duración, sino también a la calidad de esa vida. No sólo importa el número de años que se suman, sino cómo se llega a esa edad.

Algunos estudios apoyan la relación existente entre estilos de vida y bienestar. En esos estudios se observa que la calidad de vida, tiene una relación directa con habilidades cognitivas, emocionales y atributos personales expresados en estilos de vida que repercutían después, en mejoras con el enfrentamiento a los cambios al llegar a la tercera edad.

El bienestar de las personas viene definido en términos de necesidades, preferencias y recursos y es algo que revela hechos sociales. Con relación a las

necesidades, el bienestar se produce en el momento en que las necesidades básicas se ven cubiertas y se puede acceder a las necesidades superiores, las necesidades básicas son las fisiológicas, las de seguridad, las de pertenencia y amor y las necesidades de estima. Las superiores también denominadas por la escala de Maslow, como necesidades de autorrealización, se manifiestan en valores espirituales como: trascendencia, vida espiritual, belleza, perfección, paz, deseos de justicia y de orden.

Según Kalache y Keller (2001) el principal logro del siglo pasado fue la supervivencia, el de este siglo XXI será la calidad de vida. Eso se debe al hecho de un ascenso constante del número de niños que alcanzan el período adulto, unido asimismo a que más adultos llegan a la tercera edad, con la preocupación de asegurar que ellos gocen del más alto nivel de bienestar y de calidad de vida posible.

El mundo está envejeciendo, nunca hasta ahora tanta gente en España, Europa o el mundo entero había llegado a edades tan avanzadas. Se observa en toda a Europa y en todo el mundo un enorme incremento de la duración de la vida.

En las publicaciones de las últimas cuatro décadas, se observa una interesante evolución: en la década de los setenta del pasado siglo se publican numerosas artículos con relación al tema “satisfacción con la vida”; años más tarde el tema es el “envejecimiento satisfactorio”. En la década de los setenta, presentado originalmente por médicos, empezó a surgir el concepto de “calidad de vida”; Un poco más tarde en los ochenta y siguientes, la cuestión dominante es el “bienestar subjetivo”. La definición de los cuatro conceptos es muy difícil. Algunas veces se entrelazan entre si y no es posible diferenciarlos.

Con relación la “satisfacción con la vida”, en términos de satisfacción con la evolución total de la vida, se reconoce como señal del envejecimiento satisfactorio. El indicador de ajuste adecuado al proceso de envejecimiento el cual valora la satisfacción por la vida, es medida con la llamada escala de satisfacción con la vida.

El concepto “envejecimiento satisfactorio” algunas veces se identifica con la satisfacción por la vida, con relación a tener la moral alta, y también se ha equiparado con la supervivencia, con buena salud a través de los factores objetivos y subjetivos. Tres elementos se combinan para una definición más concreta del envejecimiento satisfactorio: supervivencia (longevidad), salud (ausencia de discapacidad), y satisfacción con la vida (felicidad).

La conceptualización del “bienestar subjetivo” incluye la felicidad, la satisfacción con la vida, la moral alta y el buen ánimo. Diener (2002) señalaba que bienestar subjetivo generalmente contiene elementos de satisfacción con la vida como por ejemplo (valoración global de la propia vida), satisfacción en ámbitos importantes (el trabajo o la familia), afecto positivo (emociones y estado de ánimo placenteros). El bienestar subjetivo es definido como un concepto muy amplio.

El concepto de “calidad de vida” también tiene las mismas características, siendo muy amplias sus definiciones, la calidad de vida es un concepto multidimensional, cargado de valor, con múltiples cuestiones metodológicas y de medición; las ciencias sociales y médicas siguen en busca de definiciones aceptadas.

Contribuyendo con las afirmativas anteriores Buz y cols (2004) señalan que el bienestar subjetivo, juntos con otros indicadores sociales y económicos, es uno de los indicadores más visibles del constructo multidimensional de la calidad de vida. Engloba lo que la gente llama felicidad, paz, plenitud y satisfacción con la vida.

Los estudios sobre el bienestar subjetivo tienen ya más de medio siglo de historia y han mostrado una validez en la explicación del envejecimiento satisfactorio. El desarrollo a lo largo del ciclo vital se entiende como equilibrio entre la ganancia y las pérdidas. Durante la vejez, las pérdidas son cada vez más frecuentes, con posibles efectos sobre el envejecimiento satisfactorio. Todavía, la identificación de los indicadores del bienestar subjetivo de las personas mayores y muy mayores es un problema no resuelto.

El bienestar subjetivo o la satisfacción con la vida en la vejez es el principal criterio de un envejecimiento exitoso. En la discusión actual acerca de este concepto algunos autores han planteado que hay índices objetivos más que subjetivos, que deben utilizarse. Uno de estos criterios objetivos es la longevidad; otro es el mantenimiento de la competencia para vivir en forma independiente.

Sánchez (2003) sugiere que en los estudios de calidad de vida y principalmente de las personas mayores, resulta imprescindible incorporar tanto los aspectos subjetivos como objetivos. A través de los aspectos subjetivos es posible distinguir aquellas propiedades y características percibidas del ambiente como: servicios sociales de salud, apoyo social, valoración del entorno, necesidades culturales, satisfacción social, y algunas características personales como: nivel de aspiración, expectativas, grupos de referencia, necesidades personales, escalas de valores etc. Con relación a las dimensiones objetivas, encontraríamos factores más bien contextuales como: culturales, calidad ambiental, disponibilidad de servicios de salud y sociales etc.

Distintos autores y organizaciones han intentados enfocar la calidad de vida a través de distintos parámetros. Se considera que la calidad de vida evolucionó desde una concepción puramente sociológica, como consta en documentos de la Organización de las Naciones Unidas y de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (ONU y OCDE), en la que prevalecían los aspectos objetivos del nivel de vida, pasando por la perspectiva psicosocial donde los aspectos subjetivos se constituyen en el pilar fundamental, hasta la situación actual, en que innegablemente se asume la subjetividad y el carácter multidimensional de la calidad de vida (Palomina y López, 1999).

La valoración que hace una persona sobre su calidad de vida actual está impregnada tanto de dimensiones subjetivas como objetivas y esa valoración estará condicionada por el tipo de relación que se establezca entre ambas dimensiones. Las perspectivas futuras para un envejecimiento exitoso, viene, según la gerontología, de la perspectiva del ciclo vital y el desarrollo humano, añadiendo más vida a los años, lo que lleva a lograr una esperanza de vida libre de discapacidad a través del estilo de vida y



comportamiento saludable, proponiendo, en general, un proceso de envejecimiento con una aceptable calidad de vida.

Siendo el envejecimiento de la población uno de los mayores triunfos de la humanidad es también uno de nuestros mayores desafíos. En el siglo XXI, el envejecimiento mundial impondrá mayores exigencias económicas y sociales a todos los países. Sin embargo, las personas de edad avanzada ofrecen valiosos recursos, a menudo ignorados, que realizan una importante contribución a la estructura de nuestras sociedades.

Son muchas las interrogaciones planteadas tanto a la sociedad como a los responsables políticos sobre el futuro de la población de mayores, entre ellas destacamos las siguientes: ¿Cómo podemos ayudar a las personas a que sigan siendo independientes y activas a medida que envejecen?; ¿Cómo podemos reforzar las políticas de promoción y prevención de la salud, especialmente las dirigidas a las personas ancianas?; Ya que la población vive más años, ¿cómo se puede mejorar la calidad de vida en la edad avanzada?; ¿Harán quebrar tal cantidad de personas de edad avanzada nuestros sistemas sanitarios y sociales?; ¿Cómo repartir de forma equilibrada el cuidado de las personas que necesitan asistencia a medida que envejecen entre la familia y el estado? y ¿Cómo reconocer y apoyar el importante papel que desempeñan estas personas a medida que envejecen cuidando de otros? Estos son algunos cuestionamientos que se hacen cuando se plantea para las personas mayores una vida de calidad. (OMS 2002a).

Cuando hablamos de una calidad de vida óptima en el envejecimiento, se exigen algunos factores importantes como un intelecto sin alteraciones, ausencia de problemas mentales, hábitat satisfactorio, buenos amigos, familia acogedora y comprensiva, seguridad económica para obtener los mínimos necesarios, hogar adecuado y una vida activa que refleje sensación de bienestar y felicidad (Sánchez 2003).

## **2.4 - La organización mundial de la salud y el marco político del envejecimiento activo**

La Organización Mundial de la Salud sostiene que los países podrán afrontar el envejecimiento, si los gobiernos, las organizaciones internacionales y la sociedad civil, establecen políticas y programas de «envejecimiento activo» que mejoren la salud, la participación y la seguridad de los ciudadanos de mayor edad. Principalmente en los países en vías de desarrollo donde las medidas para ayudar a que las personas ancianas sigan sanas y activas, son más que un lujo, una auténtica necesidad.

Ante el del contexto actual del estado demográfico de la población de mayores en el siglo XXI, la 52ª Asamblea Mundial de la Salud, de la Organización Mundial de la Salud realizada el 22 de mayo de 1999, a través del (Proyecto) A52/34, Punto 18 del orden del día, tuvo como punto principal el envejecimiento activo. La asamblea recordando la resolución 53/109 de la Asamblea General de las Naciones Unidas, en la que se alienta a todos los Estados, al Sistema de las Naciones Unidas y a todos los demás interesados a tratar de construir una futura sociedad para todas las edades, aprovechando el Año Internacional de las Personas de Edad (1999) para crear mayor conciencia del desafío que plantea el envejecimiento demográfico de las sociedades, las necesidades individuales y sociales de las personas de edad, la contribución de las personas de edad a la sociedad y la necesidad de cambiar las actitudes hacia ellas;

Consciente del importante papel de la OMS para la materialización de los objetivos del Año Internacional de las Personas de Edad, en particular la promoción de inversiones en el desarrollo humano a lo largo de toda la vida;

Destacando el papel central de la salud en lo tocante a asegurar la contribución al bienestar futuro de todas las personas de edad en los países tanto en desarrollo como desarrollados;

Consciente del hecho de que en el siglo XXI la mayoría de las personas de edad vivirán en los países en desarrollo, lo cual tendrá profundas repercusiones en sus sistemas de salud y asistencia social;

Reconociendo el importante papel de las políticas y los programas de salud pública en lo relativo a asegurar que la población rápidamente creciente de personas de edad de los países tanto desarrollados como en desarrollo siga gozando de buena salud y de la capacidad para mantener sus numerosas y vitales aportaciones al bienestar de sus familias, comunidades y sociedades; Subrayando la necesidad de incorporar una perspectiva atenta al género en todas las políticas y los programas relacionados con el envejecimiento sano;

Tomando nota con satisfacción del éxito de la campaña del Día Mundial de la Salud 1999, que focalizó la atención mundial en los beneficios que se derivan de unos modos de vida saludables a lo largo del ciclo vital como medio para seguir sanos y activos durante el mayor tiempo posible en los últimos años de la vida la OMS,

EXHORTA a todos los Estados Miembros:

- 1) a que muestren mayor preocupación y den los pasos necesarios para que se apliquen medidas que aseguren el grado máximo de salud y bienestar que se pueda lograr para la creciente población de ciudadanos de edad avanzada;
- 2) a que apoyen la labor de la OMS en pro de un envejecimiento activo y sano mediante nuevas fórmulas de colaboración multisectorial con organizaciones intergubernamentales y no gubernamentales y con organizaciones benéficas, y mediante el establecimiento de una red mundial de fomento de un envejecimiento activo;

INSTA a la Directora General:

- 1) a que, en cooperación con otras organizaciones del sistema de las Naciones Unidas, vele porque se emprenda una acción intersectorial en pro de un envejecimiento activo y sano y las investigaciones pertinentes;
- 2) a que refuerce la acción emprendida por la OMS para fomentar modos de vida sanos conducentes a un envejecimiento activo a nivel internacional, regional y de país, promoviendo al efecto enfoques basados en la comunidad;

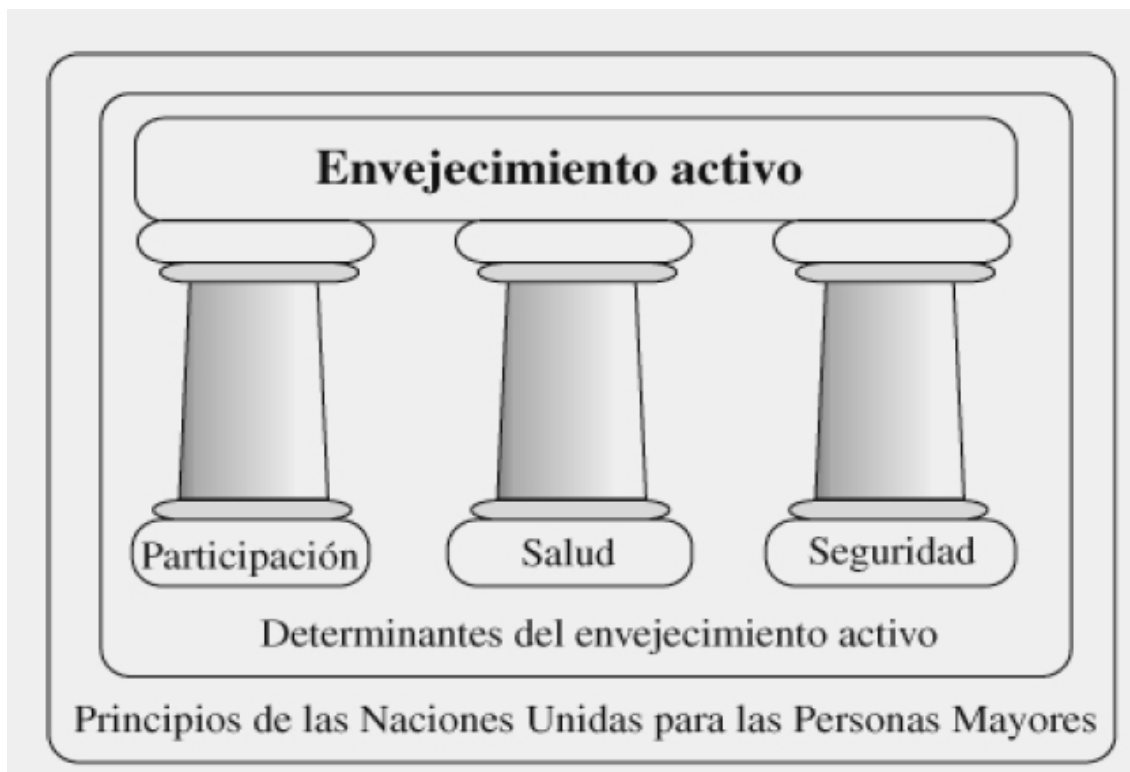
- 3) a que ponga en práctica actividades intersectoriales en relación con el envejecimiento desde una perspectiva de promoción de la salud que abarque toda la vida;
- 4) a que aborde las necesidades de las poblaciones que envejecen en materia de prevención de enfermedades y prestación de servicios mediante la creación de capacidad en el ámbito de la atención primaria;
- 5) a que vele por que se tengan en cuenta las diferentes necesidades de los hombres y mujeres en relación con el envejecimiento sano y la prestación de atención sanitaria;
- 6) a que consolide los esfuerzos actualmente desplegados por la OMS en las esferas de la investigación y el desarrollo de políticas a fin de identificar y difundir información sobre los determinantes de un envejecimiento sano.

Este tipo de políticas y programas han de basarse en los derechos, las necesidades, las preferencias y las capacidades de las personas mayores, considerando, además, una perspectiva del ciclo vital que reconozca la importante influencia de las experiencias vitales anteriores en la manera de envejecer de las personas.

El principal objetivo que propone la OMS a la comunidad internacional para enfrentarse con optimismo a la realidad de unas sociedades que envejecen rápidamente es la promoción del **envejecimiento activo y saludable** definido en el documento “Envejecimiento activo: un marco político”, como “el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen”.

El marco político de la Organización Mundial de la Salud requiere para el envejecimiento activo la acción sobre tres pilares básicos de la siguiente figura basado en los principios de las Naciones Unidas para las personas mayores que son: independencia, participación, asistencia, realización de los propios deseos y dignidad.

**LOS TRES PILARES DE UN MARCO POLÍTICO PARA EL  
ENVEJECIMIENTO ACTIVO DE LA OMS.**



❖ **Salud:** Cuando los factores de riesgo (tanto ambientales como conductuales) de las enfermedades crónicas y el declive funcional se mantienen en niveles bajos, y los factores protectores son elevados, las personas disfrutan de más años y más calidad de vida. Permanecerán sanas y podrán manejar sus propias vidas cuando envejeczan. Habrá menos adultos que necesiten costosos tratamientos médicos y servicios sanitarios.

Las personas que necesitan asistencia deben tener acceso a toda la gama de servicios sociales y de salud que abordan las necesidades y los derechos de las mujeres y los hombres a medida que envejecen.

❖ **Participación:** Las personas mayores seguirán haciendo una contribución productiva a la sociedad en actividades tanto remuneradas como sin remunerar cuando las políticas y los programas sociales, laborales, de empleo, de la educación y sanitarios fomenten su total participación en las actividades socioeconómicas, culturales y espirituales, de acuerdo con sus derechos humanos básicos, capacidades, necesidades y preferencias.

❖ **Seguridad:** Cuando las políticas y los programas aborden las necesidades sanitarias, sociales, económicas y de seguridad física y los derechos de las personas mayores, éstas verán garantizadas su protección, su dignidad y su asistencia en el caso de que ya no puedan mantenerse y protegerse a sí mismas. Se apoyará a las familias y a las comunidades en sus esfuerzos por cuidar de sus seres queridos de más edad.

Mientras el envejecimiento activo depende de una diversidad de influencias o determinantes que rodean a las personas, las familias y las naciones. Comprender la evidencia empírica de que disponemos sobre estos determinantes ayuda a diseñar políticas y programas que funcionen en todo el mundo de acuerdo con la figura abajo.

### **LOS DETERMINANTES DEL ENVEJECIMIENTO ACTIVO.**



Esos determinantes pueden aplicarse directamente a la salud y la calidad de vida de todos los grupos de edad, principalmente de personas de edad avanzadas. El importante conjunto de evidencias empíricas sobre lo que determina la salud sugiere que todos estos factores (y la interacción entre ellos) son buenos predictores de la bondad del envejecimiento tanto de las personas como de las poblaciones.

## **2.4.1 - Los determinantes del envejecimiento activo (OMS)**

### **2.4.1.1 - Determinantes transversales: la cultura y el género:**

❖ **La cultura:** es considerada un determinante transversal incluido dentro del marco de comprensión del envejecimiento activo. Dicha cultura, que rodea a las personas y poblaciones, determina la forma en que envejecemos porque influye sobre todos los demás determinantes del envejecimiento activo. Los valores y las tradiciones culturales determinan cómo una sociedad considera a las personas mayores y el proceso de envejecimiento.

Con una gran diversidad y complejidad cultural entre los diversos países y las regiones del mundo, tenemos como ejemplo, las diferentes identidades étnicas que aportan una diversidad de valores, actitudes y tradiciones a la cultura dominante dentro de un país. Las políticas y los programas que se instauren necesitan respetar las culturas y tradiciones actuales a la vez que desenmascarar estereotipos trasnochados e informaciones erróneas. Por otra parte, existen valores universales críticos que trascienden la cultura, como los valores éticos y los derechos humanos.

❖ **Otro determinante es el sexo:** que puede ser visto como una «lente» a través de la cual se puede considerar la idoneidad de las distintas opciones de las políticas instauradas y cómo afectarán al bienestar tanto de los hombres como de las mujeres.

En muchas sociedades, las mujeres tienen una situación social de inferioridad y un menor acceso a los alimentos nutritivos, a la educación, a un trabajo gratificante y a los servicios sanitarios. El papel tradicional de las mujeres como cuidadoras de la familia también puede contribuir al aumento de la pobreza y a la mala salud en la ancianidad. Algunas mujeres se ven forzadas a renunciar a un empleo remunerado para hacerse responsables del papel de cuidadoras.

### **2.4.1.2 - Determinantes relacionados con los sistemas sanitarios y los servicios sociales:**

Para fomentar el envejecimiento activo, es necesario que los sistemas sanitarios tengan una perspectiva del ciclo vital completo y se orienten a la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades y el acceso equitativo tanto a una atención primaria como a una asistencia de larga duración. Para que tenga éxito, la sanidad y los servicios sociales han de estar integrados y coordinados. No debe existir discriminación por causa de la edad al facilitar los servicios y los profesionales sanitarios han de tratar a las personas de todas las edades con dignidad y respeto.

### **2.4.1.3 - Determinantes conductuales:**

La práctica de estilos de vida saludables y la participación activa en el propio autocuidado son importantes en todas las etapas del ciclo vital. Uno de los mitos sobre el envejecimiento gira en torno a la idea de que, en la vejez, ya es demasiado tarde para adoptar un estilo de vida saludable. Y al contrario, implicarse en una actividad física adecuada, una alimentación sana, no fumar y el consumo prudente de alcohol y medicamentos en la vejez puede evitar la discapacidad y el declive funcional, prolongar la longevidad y mejorar la propia calidad de vida.

### **2.4.1.4. - Determinantes relacionados con los factores personales**

❖ **Biología y la genética:** son factores que influyen directamente en el envejecimiento de las personas. El envejecimiento es un conjunto de procesos biológicos determinados genéticamente. El envejecimiento puede definirse como un deterioro funcional progresivo y generalizado que ocasiona una pérdida de la respuesta de adaptación a la agresión y un aumento del riesgo de enfermedades asociadas a la edad (Kirkwood, 1996). En otras palabras, la razón principal de que los ancianos enfermen con más frecuencia que los jóvenes es que, debido a su vida más prolongada, han estado expuestos a factores externos, conductuales y medioambientales que



provocan enfermedades durante un período más largo que el de sus homólogos más jóvenes (Gray, 1996).

❖ **Los factores psicológicos:** como la inteligencia y la capacidad cognoscitiva (por ejemplo, la capacidad de resolver problemas y adaptarse a los cambios y a las pérdidas), son potentes predictores del envejecimiento activo y de la longevidad (Smits et al, 1999). Durante el envejecimiento normal, algunas capacidades cognitivas (como la velocidad de aprendizaje y la memoria) disminuyen de forma natural con la edad. Sin embargo, estas pérdidas pueden compensarse por un incremento de la sabiduría, los conocimientos y la experiencia.

#### **2.4.1.5. - Determinantes relacionados con el entorno físico**

❖ **Entornos físicos:** Es importante asegurar para las personas mayores un entorno físico con buena seguridad en todos los aspectos. Por ejemplo, los ancianos que viven en un entorno inseguro o en zonas con múltiples barreras físicas son menos proclives a salir y, por tanto, son más propensos al aislamiento, a la depresión, y también a tener un peor estado físico y más problemas de movilidad.

Unos entornos físicos que tengan en cuenta a las personas ancianas pueden establecer la diferencia entre independencia y dependencia para todas las personas, pero son de especial importancia para las que están envejeciendo.

Debe prestarse especial atención a las personas mayores que viven en zonas rurales (un 60 por ciento en todo el mundo) donde los patrones de enfermedad pueden ser diferentes debido a las condiciones medioambientales y a la ausencia de servicios de asistencia adecuados.

❖ **La seguridad de la vivienda:** una vivienda y un vecindario seguros y adecuados son esenciales para el bienestar tanto de los jóvenes como de las personas mayores. Para estas últimas, la ubicación, teniendo en cuenta la proximidad a los miembros de la

familia, los servicios y el transporte pueden marcar la diferencia entre la interacción social positiva y el aislamiento. Es preciso que las ordenanzas de edificación tengan en cuenta las necesidades de seguridad y de salud de las personas mayores. Los peligros domésticos que aumenten el riesgo de sufrir caídas deben ser solucionados o eliminados.

❖ **Las caídas:** las caídas de las personas mayores son una importante y creciente causa de lesiones, gastos de tratamiento y muerte. Los peligros del entorno que aumentan el riesgo de caerse son la mala iluminación, suelos resbaladizos o irregulares y la ausencia de barandillas donde apoyarse. Con mucha frecuencia, estas caídas se producen en el entorno doméstico y pueden evitarse.

❖ **Agua limpia, aire puro y alimentos sanos:** El agua limpia, el aire puro y el acceso a alimentos sanos son cuestiones especialmente importantes para los grupos de población más vulnerables, como los niños y las personas ancianas, y para quienes padecen enfermedades crónicas y daños en el sistema inmunitario.

#### **2.4.1.6 - Determinantes relacionados con el entorno social:**

El apoyo social, las oportunidades para la educación y el aprendizaje continuo durante toda la vida, la paz y la protección frente a la violencia y el abuso, son factores fundamentales del entorno social que mejoran la salud, la participación y la seguridad a medida que las personas envejecen. La soledad, el aislamiento social, el analfabetismo y la falta de educación, el abuso contra las personas de edad avanzada y la exposición a situaciones de conflicto aumentan enormemente los riesgos de discapacidad y muerte prematura en las personas mayores.

❖ **El apoyo social:** El apoyo social inadecuado no sólo se asocia a un aumento de la mortalidad, la morbilidad y la angustia psicológica, sino también a una disminución de la salud general global y el bienestar. La interrupción de los vínculos personales, la soledad y las interacciones conflictivas son fuentes importantes de estrés, mientras que

los contactos sociales de apoyo y las relaciones íntimas son fuentes vitales de fortaleza emocional (Gironda y Lubben, en prensa). En Japón, por ejemplo, las personas mayores que informaron de la ausencia de contactos sociales tuvieron 1,5 veces más probabilidad de morir en los tres años siguientes que quienes tuvieron mayor apoyo social (Sugiswawa et al. 1994).

❖ **Violencia y abuso:** Las personas mayores que son frágiles o viven solas pueden ser especialmente vulnerables a delitos como el robo y el asalto. Una forma más frecuente de violencia contra los ancianos (especialmente contra las mujeres) es el «abuso contra las personas de edad avanzada» cometido por los miembros de la familia o por los cuidadores institucionales que son bien conocidos por sus víctimas. El abuso contra los ancianos se produce en familias de todos los niveles económicos. Suele ser mas frecuente en sociedades que sufren convulsiones económicas y desorganización social, donde el delito y la explotación tienden a crecer.

❖ **Educación y alfabetización:** Los bajos niveles de educación y alfabetización se asocian con un mayor riesgo de discapacidad y muerte entre las personas a medida que envejecen, así como con mayores índices de desempleo. La educación en los primeros años de la vida, junto con las oportunidades de aprendizaje durante toda la vida, puede ayudar a las personas a desarrollar las aptitudes y la confianza que necesitan para adaptarse y seguir siendo independientes a medida que envejecen.

#### **2.4.1.7 - Determinantes económicos:**

Existen tres aspectos del ámbito económico que tienen un efecto especialmente significativo sobre el envejecimiento activo: los ingresos, el trabajo y la protección social.

❖ **Los ingresos:** Es necesario que las políticas de envejecimiento activo se entrecrucen con planes más amplios para reducir la pobreza en todas las edades. Aunque las personas pobres de todas las edades se enfrentan a un riesgo creciente de mala salud y discapacidades, los ancianos son particularmente vulnerables. Muchas personas

mayores, sobre todo mujeres que viven solas o en zonas rurales, no tienen suficientes ingresos garantizados. Esto afecta seriamente a su acceso a alimentos nutritivos, a una vivienda adecuada y a la atención sanitaria.

En todos los países del mundo, las familias proporcionan la mayor parte del apoyo a los ancianos que necesitan ayuda. Sin embargo, a medida que las sociedades se desarrollan y comienza a decaer la tradición de que las generaciones vivan juntas, los países recurren cada vez más al desarrollo de mecanismos que proporcionen protección social a las personas de edad avanzada que no pueden ganarse la vida y están solas y son vulnerables. En los países en vías de desarrollo, las personas ancianas que necesitan asistencia tienden a depender del apoyo familiar, la asistencia de servicios informales y los ahorros personales. Los programas de seguridad social en estos ámbitos son mínimos y, en algunos casos, redistribuyen los ingresos a las minorías de la población que tienen menos necesidades.

❖ **La protección social:** en todos los países del mundo, las familias proporcionan la mayor parte del apoyo a los ancianos que necesitan ayuda. Sin embargo, a medida que las sociedades se desarrollan y comienza a decaer la tradición de que las generaciones vivan juntas, los países recurren cada vez más al desarrollo de mecanismos que proporcionen protección social a las personas de edad avanzada que no pueden ganarse la vida y están solas y son vulnerables. En los países en vías de desarrollo, las personas ancianas que necesitan asistencia tienden a depender del apoyo familiar, la asistencia de servicios informales y los ahorros personales.

❖ **El trabajo:** en todo el mundo, si un mayor número de personas disfrutaran de la oportunidad de tener un trabajo digno (apropiadamente remunerado, en entornos adecuados, protegido contra los riesgos) desde la juventud, se llegaría a la vejez siendo capaces de seguir participando en la fuerza laboral. En consecuencia, toda la sociedad saldría beneficiada. En todo el mundo, cada vez es mayor el reconocimiento de la necesidad de apoyar la contribución activa y productiva que las personas mayores puedan aportar y de hecho aportan tanto en el trabajo formal como informal, en la realización de actividades domésticas sin remunerar y en empleos voluntarios.

## **2.5 - Calidad de vida relacionada con la salud**

Para los estudiosos hay una confusión de terminología en cuestiones ligadas a la salud, estado de salud y calidad de vida relacionada con la salud. La OMS (Organización Mundial de la Salud, 1948) siendo pionera en el desarrollo de la calidad de vida relacionada con la salud, define la salud como un estado completo de bienestar físico, psíquico y social, y no solamente la ausencia de enfermedad. Se asociaban al estado de salud aquellas medidas objetivas obtenidas por el médico, es decir, las medidas bioquímicas, fisiológicas y anatómicas de los individuos, dejando de lado todas las medidas subjetivas, como por ejemplo el dolor.

En el campo de la salud el enfoque de la relación entre salud y calidad de vida surge del nacimiento de la medicina social en el siglo XVII y XIX, con investigaciones subsidiarias de políticas públicas y movimientos sociales. Sin duda esta relación sobrepasa toda la historia de la medicina social occidental de latino-América

Sin embargo para hablar de calidad de vida relacionado con la salud, en primer término tenemos que hacer referencia a la medicina, que nació como respuesta pragmática a la necesidad de aliviar el dolor, el sufrimiento y la incapacidad, pero, al evolucionar en interacción con las concepciones predominantes de las demás disciplinas y tecnologías que desarrollaron sus paradigmas, las investigaciones e intervenciones médicas se movieron desde la enfermedad del individuo en fase aguda y con síntomas molestos hasta las acciones de educación para preservar la salud de la comunidad.

González (2002) informa que la integración a las ciencias médicas de los trabajos de la Economía, la Ecología, la Antropología Cultural, la Sociología Médica, la Psicología Social y de la Personalidad, de la Inmunología y la Bioética, asociados al enfoque epidemiológico, contribuyeron definitivamente a conformar un nuevo

paradigma en las ciencias médicas, caracterizado por una concepción integracionista y sistémica de la comunidad, del hombre y de su salud.

Los avances de conocimiento, sistematización de conceptos, fueron decisivos para la gestación de un nuevo paradigma en las ciencias médicas, que a lo largo de su desarrollo fue facilitando el nacimiento de la epidemiología, estudiando la historia natural de la enfermedad, culminando en un breve tiempo, con el nacimiento de la higiene social, la medicina social y la salud pública.

La aplicación del término calidad de vida en la literatura médica, tiene distintos significados, condiciones de salud, funcionamiento social y calidad de vida han sido utilizados como sinónimos, mientras que la propia definición de calidad de vida no consta en la mayoría de los artículos que utilizan o proponen instrumentos para su evaluación (Gill y Feinstein, 1994).

La calidad de vida y la salud presentan un carácter multidimensional. La cuestión, sin embargo, reside en la identificación de esas dimensiones y de la importancia respectiva que se les atribuye. Los modelos utilizados generalmente presentan cuatro dimensiones principales que exploran los siguientes elementos: el estado físico del sujeto (autonomía, capacidades físicas), las sensaciones somáticas (síntomas, consecuencias de los traumatismos o de los procedimientos terapéuticos, dolores), el estado psicológico (emotividad, ansiedad, depresión) y las relaciones sociales y su vinculación con el entorno familiar de amistad o profesional

Badia (1995) enfoca la calidad de vida relacionada con la salud como un concepto que se nutre de tres elementos: salud, estado de salud y calidad de vida, agrupando aún los elementos que forman parte del individuo como los que, externos a éste, interaccionan con él y pueden llegar a cambiar su estado de salud. En el mismo contexto Patrick y Erickson (1993) definen la calidad de vida relacionada con la salud como el valor asignado a la duración de la vida, modificado por la oportunidad social,

la percepción, el estado funcional y la disminución provocada por la enfermedad, un accidente, un tratamiento o la política.

La calidad de vida relacionada con la salud, es un constructo, no observable directamente, que sólo puede ser deducido de manera indirecta a través de indicadores, siendo, de esa forma, valorado como un constructo multidimensional. La calidad de vida relacionada con la salud se refiere al hecho por el cual la disfunción física, el dolor y el malestar provocan limitaciones de las conductas cotidianas para las actividades sociales, el bienestar psicológico y otros aspectos del día a día de los individuos y su calidad de vida global, juzgada por el propio individuo.

El tema dominante en la pasada década tuvo como investigación el estudio de cómo los síntomas de diferentes enfermedades y algunos tratamientos médicos tenían influencia en la calidad de vida cotidiana.

En la década del los setenta se incorporó el concepto de calidad de vida a las ciencias sociales, asociándose globalmente, en una primera aproximación, con las condiciones materiales en que se desenvuelve la existencia de los individuos y, más concretamente, con la experiencia personal específica que resulta de vivir en tales condiciones.

Todavía los cuestionarios corrientemente utilizados para medir la calidad de vida en relación con la salud conceden un peso considerable a las capacidades funcionales, como consecuencia del predominio médico de la salud, que incide sobre todo en el estado de las capacidades físicas para acometer las tareas diarias y para satisfacer las funciones sociales y profesionales.

Sin embargo habríamos de considerar la salud, como el límite más avanzado que pueden alcanzar los individuos frente a situaciones que no contribuyen a un estado de bienestar completo. En este sentido, deberíamos entenderla como un momento transitorio de la vida humana que puede alternar con interrupciones de enfermedad,

malestar, dolor, etc. a lo largo de una vida. Precisando que tales interrupciones pueden ser más o menos superables según los recursos biológicos, las capacidades personales, las condiciones sociales y económicas y la calidad ambiental, es decir, los factores que representan el patrimonio de cada individuo.

Los sistemas de salud, cambiaron la situación sanitaria en los países desarrollados, y la posición del individuo, que ahora comenzó a tener acceso a servicios que antes eran exclusivos de las clases más altas, o no existían. Los avances científicos y de conocimiento, la creación de los sistemas sanitarios cada vez más abarcadores colocaron a las ciencias médicas ante algunos dilemas, como el problema de acceso y la igualdad en la salud. Con la inclusión de las nuevas tecnologías se facilitaron diagnósticos y tratamientos más efectivos. Contribuyendo a esa afirmación Ortiz (2001) señala que en los países en desarrollo, la supervivencia es cada vez menos privilegiada, aunque todavía para el pobre, la ganancia en esperanza de vida puede verse contrarrestada por una mayor discapacidad.

La calidad de vida en el ámbito de la salud debe ir más allá del impacto de la enfermedad o el tratamiento, como se utiliza en la medicina de corte clínico y para la promoción y venta de fármacos. Sólo una concepción más amplia podría enfrentar problemas que no son enfermedades, como es la vejez, la niñez, la promoción de salud e incluso la prevención de enfermedades.

Contribuyendo a esa afirmación Bullinger (1995) considera que el término calidad de vida es más general e incluye una variedad de condiciones que pueden afectar la percepción del individuo, sus sentimientos y comportamientos directamente relacionados con su funcionamiento diario, incluyendo, pero no limitando, las condiciones de salud y las intervenciones medicas.

Setién (1993) destaca dos representaciones en el campo de la salud, que son las metas de más alto grado de calidad de vida: una vida lo más larga posible y en mejor estado de salud; que dicho grado óptimo de salud y larga vida esté distribuido



equitativamente entre los individuos y grupos que forman la comunidad. La autora también presenta los indicadores sociales de la calidad de vida, dando cuenta de los grandes cambios que están ocurriendo en las estructuras sociales, así como de las tendencias que ya apuntan y que configuran el futuro. El sistema de indicadores de calidad de vida se funda en un esquema teórico de desarrollo basado en el hombre y en la satisfacción de sus necesidades.

En las tendencias que apuntan la relación entre salud y calidad de vida, el aspecto salud gana dimensiones y aparece como uno de los indicadores de calidad de vida que están relacionados con el concepto de salud, observándose también una expansión del término salud en las investigaciones sociales y como ensayos clínicos.

La investigación sobre la calidad de vida relacionada con la salud, no ha observado como los factores externos a la salud, y que están asociados con los incrementos en calidad de vida, pueden afectar la calidad de vida global y las preferencias por uno u otro tratamiento. Sin embargo la investigación sobre calidad de vida relacionada con la salud, se centralizó mucho en los efectos sobre la calidad de vida de enfermedades muy diferentes, teniendo una gran cantidad de medidas específicas para diferentes condiciones.

Para Schwartzmann (2003) la prevalencia de enfermedades crónicas, en muchos países, para los cuales no existe una curación total y donde el objetivo del tratamiento es atenuar o eliminar síntomas, evitar complicaciones y mejorar el bienestar de los pacientes, lleva a que las medidas clásicas de resultados en medicina (mortalidad, morbilidad, expectativas de vida) no sean suficientes para evaluar la calidad de los servicios de salud. La incorporación de la medida de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) como una medida necesaria ha sido una de las mayores innovaciones en las evaluaciones de salud.

El modelo biomédico tradicional excluye el hecho de que en la mayoría de las enfermedades, el estado de salud está directamente influido por el estado de ánimo, los

mecanismo de afrontamiento a las diversas situaciones y el soporte social. Es evidente que estos aspectos de máxima importancia en la vida de los seres humanos serán los que más influyan a la hora de que los pacientes evalúen su calidad de vida.

En el siglo pasado en la última década, el estudio de la calidad de vida relacionada con la salud, ha logrado captar la atención de muchos investigadores que intentan dar respuestas científicas a la necesidad de incluir en las evaluaciones de salud la percepción de los usuarios respecto de su bienestar.

Las evaluaciones de la calidad de vida relacionada con la salud, hasta el momento, plantean que las personas son capaces de analizar aspectos de su estado de salud en forma aislada, diferenciándolo de otros aspectos de la vida humana como: ingreso, situación laboral, relaciones interpersonales, estrategias personales de afrontamiento.

La incorporación de las medidas de calidad de vida relacionada con la salud representa uno de los avances más importantes en materia de evaluación en salud, aunque no existe aún la claridad suficiente respecto de una base conceptual compartida. El concepto de calidad de vida se ha banalizado, especialmente en los campos de la comunicación y del consumo. Sin embargo es inevitable tener que aceptar la dificultad de poder medir integralmente un fenómeno tan multicausal como es la autoevaluación de la percepción individual, tratando de generar una base empírica, que permita pasar de un discurso genérico e inconmensurable a datos que provean evidencia científica de adecuada calidad.

### **2.5.1 - Calidad de vida y salud en la vejez**

La salud es un factor básico para mantener el bienestar y la calidad de vida en la vejez, y resulta esencial para que los ciudadanos de mayor edad puedan seguir haciendo aportes activos a la sociedad. La gran mayoría de las personas de edad gozan de buena salud, tienen vidas muy activas y plenas, y pueden recurrir a reservas intelectuales,

emocionales y sociales que a menudo no están al alcance de las personas más jóvenes.

Para las personas mayores, los servicios sociales y de salud tiene un papel fundamental en el desarrollo de la calidad de vida y en la moderación de las deficiencias provocadas por enfermedades o discapacidades surgidas durante ese periodo. Uno de los problemas a partir de la disminución de las capacidades físicas se focaliza mayoritariamente en el oído, dificultades de la visión, movilidad limitada y problemas vinculados al desarrollo de las tareas cotidianas como vestirse, lavarse, cocinar y otros.

Es necesario comprender los fenómenos que cercan el envejecimiento y sus consecuencias sociales e individuales en todas sus dimensiones, para poder establecer sus relaciones con la salud. Es importante considerar desde diferentes perspectivas, que abarquen tanto los itinerarios vitales de cada individuo y cada generación como los vínculos intergeneracionales que se establecen en cada momento social.

A medida que aumenta la edad, la calidad de vida está determinada por la capacidad para mantener la autonomía, o sea, la capacidad percibida de controlar, afrontar y tomar decisiones personales acerca de cómo vivir al día de acuerdo con las normas y preferencias propias, y la independencia, es decir, la capacidad de desempeñar las funciones relacionadas con la vida diaria, en otras palabras, capacidad de vivir recibiendo poca o ninguna ayuda de los demás. (OMS 2002b).

Se han formulado hipótesis de que la salud es un estado que se puede alcanzar si los individuos tienen o consiguen las condiciones de vida adecuadas para adquirir y desarrollar sus propios recursos, lo que es importante en las primeras fases evolutivas, cuando el individuo es total o parcialmente dependiente del mundo adulto.

Desde el punto de vista subjetivo, la salud puede ser considerada como la capacidad de adaptación de los sujetos al medio ambiente y a los sucesivos cambios

que éste experimenta y que pueden amenazar su bienestar. Sin embargo, se considera que son más sanas las personas que tienen las habilidades que les permiten hacer frente a las situaciones potenciales que afectan a su equilibrio o a su capacidad de supervivencia.

La valoración del estado de salud del propio individuo viene condicionada por las enfermedades reales padecidas y por sus características personales (sexo, edad, estado civil, familia e instrucción), socioeconómicas (ingresos y estatus social) o incluso residenciales (tipo y tamaño de hábitat y grado de satisfacción residencial con la propia casa y el entorno). La percepción del propio estado de salud también es conocida como salud subjetiva para diferenciarla de la salud objetiva, enfermedades diagnosticadas y dolencias padecidas y declaradas. Refleja el estado físico y las enfermedades padecidas, pero también los factores sociales, económicos y del entorno de la persona.

El Imsero (2002) señala que para los mayores, la salud es el aspecto más importante de sus vidas, teniendo como foco principal la dependencia, el hecho de ser totalmente dependientes les asusta mucho como también el dolor, enfermedad, soledad y pérdida de memoria. Estos aspectos influyen directamente su calidad de vida.

Sin embargo, la importancia de planificar programas de atención domiciliaria a través de grupos de apoyo con el objetivo de satisfacer las demandas sociales y de salud de los mayores y sus familiares, posiblemente tendrá una gran trascendencia al abordar de forma integral las diferentes problemáticas que afectan a las personas mayores en su medio de vida habitual.

Uno de los paradigmas principales determinantes de la vida, tras cumplir los 65 años, es la situación matrimonial, como consecuencia del avance de la mortalidad con la edad avanzada. Martínez et al. (2002) informan que vivir en pareja, no es el estilo de vida más habitual entre los ancianos, que puede ser configurado como aislamiento residencial. Este crecimiento del aislamiento ha hecho descender drásticamente la cohabitación con los familiares cercanos, haciendo que haya una ruptura en la cohabitación intergeneracional. Esta situación puede ocurrir en todas las edades,

principalmente en la vejez extrema, coincidiendo con la aparición de la incapacidad. Aún esta situación, permite a los mayores cambiar su estilo de vida, por vivir en su casa el tiempo que deseen o puedan.

Para Ortiz (2005) existe una mayor supervivencia femenina, que se traduce en cambios del estado civil y económico, siendo mayor el porcentaje de viudas, cerca del triple o más que el de hombres. Esta estadística revela la condición, ligada a la menor participación económica de las mujeres y a los mayores índices de analfabetismo, incidiendo en una mayor vulnerabilidad, marginalidad y pobreza. Todavía los ancianos cuyo sustento económico depende de familiares en extrema pobreza, son vulnerables a la violencia intrafamiliar, al abuso y al abandono. Kington y col. (1997) afirman que con relación a la salud, incluso las mujeres teniendo una mayor esperanza de vida, las estadísticas relatan que son ellas, las que presentan mayor morbilidad y limitaciones funcionales que los varones de la misma edad.

Conforme se ha expuesto anteriormente, las estadísticas revelan que las mujeres tienen menos probabilidad de vivir en familia que los varones. A partir de los 70 años, muchas mujeres son viudas, cerca del 52,3% y viven solas, al contrario de los varones que 77,8% están casados y viven con sus mujeres. El 62% de las mujeres de ese grupo de edad no están o no han estado casadas (OMS 2002c).

Maddox (1995) señala como definición de un envejecimiento con éxito la unión de tres elementos básicos: supervivencia (longevidad); salud (índices de dependencia), y satisfacción con la vida (felicidad). Esos tres elementos, la longevidad, traducida en ansiedad, la salud y la capacidad funcional se relacionan con la calidad de vida, y la felicidad entraña complacencia con la propia vida.

### **2.5.2 - La educación para la salud en la vejez**

Actualmente una parte de los educadores para la salud, independientemente de la temática, utiliza enfoques multidisciplinares en el tratamiento y análisis de las

problemáticas humanas que influyen en la calidad de vida. Las dimensiones incidentes en ellas, hacen que la educación para la salud sea un instrumento privilegiado.

Reyes (2002) informa que es importante considerar el envejecimiento humano como proceso que es, pero integrado en todo un sistema multifactorial y multidimensional donde lo que se haga antes de los 60 años implicará un mejor mañana y lo que se haga durante y después de los 60 años revertirá en una mejor calidad de vida, teniendo como indicador fundamental la educación o como mínimo la información, que contribuirá directamente a la salud de los mayores.

Dulcey-Ruiz et al. (1998) y Triana et al. (1999) informan como investigaciones y proyectos actuales abordan dicha problemática y plantean que el envejecimiento no es solamente un proceso biológico y psicológico sino un destino social. La sociedad, los científicos, los políticos, deben tener conocimiento de que la capacidad mental no declina necesariamente a medida que envejecemos. Es posible evitar la declinación óptica para el desarrollo mental en la infancia y en la adolescencia, ofreciendo oportunidades de estimulación también en la adultez y vejez. Esta declinación puede ser evitada con una recuperación en las competencias, inmediatamente después de situaciones de abatimiento, enfermedades o crisis en la vejez.

Las actividades promotoras de la salud se hacen progresivamente más amplias, yendo desde las políticas mundiales y nacionales de protección y fomento de la salud hasta el desarrollo de estrategias destinadas a capacitar a los individuos y grupos para elegir los estilos de vida saludables más apropiados.

Los programas de educación para la salud, constituyen una metodología de acción social, que tiene como uno de los objetivos la intervención en la comunidad como base de un modelo de participación y aprendizaje a través de la formación y orientación, contribuyendo a la fácil adquisición, elección y mantenimiento de las prácticas saludables. Costa y López (1996) afirman que estos programas aumentan los conocimientos y las capacidades de enfrentarse a los problemas de la vejez mejorando

la calidad de vida. Uno de los objetivos fundamentales es la modificación de conductas y actitudes que tenga influencia negativa en la salud y consecuentemente en la calidad de vida de los mayores, y promoción de comportamientos y estilos de vida saludables.

Muchas de las enfermedades y condiciones de vida que desembocan en minusvalía en las personas mayores son, provenientes de comportamientos asumidos a lo largo de la vida. Un entorno adecuado y estilos de vida favorecedores de la salud en etapas vitales anteriores, producen beneficios en la salud durante toda la vida, principalmente cuando se alcanza la edad adulta. Aunque de ello pudiera deducirse que es en esas etapas tempranas donde deberán focalizarse las actuaciones de promoción de la salud, a través de las acciones educativas, que requiere un trabajo continuado en el terreno de la promoción de la salud, haciendo que en la vejez tengan una vida de calidad.

La OMS (2001) ha desarrollado una secuencia para medir las consecuencias de las enfermedades crónicas, como determinantes sociales de la salud en la vejez que son:

a) Las deficiencias que van unidas a enfermedades y problemas patológicos y a la senectud suelen ocasionar incapacidades funcionales

b) las condiciones de vida vinculadas al entorno individual (alojamiento, apoyo social y/o colectivo, etc.) juegan un papel importante a la hora de corregir o, por el contrario agravar las incapacidades, ocasionando más o menos desventajas sociales

c) La historia vital, el capital cultural y económico, la mayor o menor integración en el entorno, son también factores esenciales para mantener la autonomía, es decir, la libertad de elegir su modo de vida.

La educación para la salud forma parte de una importante modificación de la concepción social, a través de conceptos que incorporados a elementos como: bienestar social, funcionamiento equilibrado de la sociedad y el entorno natural, van más allá del sujeto individual y que, siendo independientes de él, le obligan a considerar la salud como algo de extrema importancia, en su medio ambiente, en el individuo y en la sociedad, en el organismo y en la comunidad. Desde este punto de vista la salud no se

reduce a un estado físico individual, pero se mezcla con elementos que superan el límite de lo físico individual: lo mental, el bienestar, el funcionamiento social, el equilibrio personal y la calidad de vida. Esos elementos configuran la salud como un concepto relacional o ecológico, en todos los momentos que la salud influye en el modo en que el ser humano se sitúa en relación a su contexto vital, social y natural.

### **2.5.3 - Instrumentos de medida de calidad de vida**

En la última década se puede observar una proliferación de instrumentos de evaluación de calidad de vida, muchos de ellos desarrollados en EEUU, con perspectivas e interés de traducción y aplicación en otros países. Sin embargo eran muchas las controversias de la aplicación transcultural a través de la traducción de cualquier instrumento. Otras corrientes de investigación consideran que la calidad de vida es independiente de naciones, culturas o épocas (Almeida, 1999). Algunos autores afirman que la calidad de vida supera aspectos culturales regionales e, independientemente de cualquier condición cultural, época o nación, es importante que las personas se sientan funcionalmente y psicológicamente capaces, socialmente integradas y con buenas condiciones físicas (FLECK et al. 1999).

La definición multidimensional de la salud de la OMS, parece ser el origen del concepto de Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS), que agrupa tanto los elementos que forman parte del individuo, como los externos que interaccionan con él y pueden cambiar su estado de salud (Badia,1995).

El concepto de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) es considerado en la actualidad como un constructo multidimensional que resume aspectos concretos del bienestar y de la capacidad de actuación de las personas que padecen una limitación de su salud o una enfermedad crónica. Las definiciones más actuales sobre CVRS, se refieren a la forma en que una enfermedad y su tratamiento afectan a una persona o grupo de personas (Fernández 2002, Tuesca 2005 y Viski 2006), incluyendo capacidad funcional y bienestar, que han pasado a ser dos dimensiones básicas de la CVRS, debiendo ser analizadas por igual en los tres dominios de la vida, físico, emocional y social.



A esta utilización del concepto de CVRS se unen dos propósitos programáticos:

1.-Dejar que la persona afectada se exprese (considerando que la CV de una persona solo puede enjuiciarla adecuadamente ella misma.

2.-Captar diferentes circunstancias cualitativas, variables de forma individualizada, por medio de un método estandarizado, para poderlas utilizar con fines tanto científicos como prácticos.

### **2.5.3.1 Dimensiones de la CVRS**

Las dimensiones más relevantes de la CVRS son las que están presentes en los instrumentos generales de evaluación de la CV. Sin embargo podemos encontrar en ellos dimensiones coincidentes y no coincidentes y con distinto peso dentro del constructo. Una definición de consenso incluiría: Estado físico (síntomatología); Estado Emocional; Estado cognitivo; Apoyo social; Satisfacción con la vida; Recursos económicos; Autopercepción de salud; Interés por el trabajo, ocio, relaciones interpersonales, etc.; Función sexual; Vitalidad. Entre las que destaca el *estado de salud*, entendido como salud física. Otras dimensiones con alto consenso serían *bienestar emocional* y *relaciones sociales*. Estas tres grandes dimensiones están presentes en la mayoría de los instrumentos. Probablemente el consenso derive de la definición de salud de la OMS.

#### **DIMENSIONES MAS FRECUENTES**

**1.-ESTADO FUNCIONAL** (grado de realización de las actividades cotidianas tanto de autocuidado como instrumentales)

**2.-ESTADO PSICOLÓGICO** (malestar o bienestar vinculado a la experiencia de enfermedad, su diagnóstico y/o tratamiento, o ante la vida en general)

**3.-FUNCIONAMIENTO SOCIAL** (presencia de problemas en la realización de las actividades sociales cotidianas y deseadas y efectos en la limitación de las tareas sociales)

**4.-SINTOMATOLOGÍA RELATIVA AL PROBLEMA DE SALUD** y en su caso de la terapia

Tras el espectacular aumento logrado en la esperanza de vida de los ciudadanos de países desarrollados en los últimos años, uno de los objetivos prioritarios de las políticas sociosanitarias es: aumentar la calidad de vida (CV) para que dicha esperanza no llegue a ser desesperanzadora como apuntan algunos estudios, al hablar de *longevidad minusválida*.

### 2.5.3.2 Tipos de Instrumentos

Para medir CV se requieren *Instrumentos Multidimensionales* que recojan información objetiva y subjetiva sobre la salud física, psicológica y social y sobre su impacto en el bienestar y satisfacción vital. Existen diferentes criterios para la clasificación de los instrumentos de medida, aunque la más aceptada es la de Guyatt que distingue entre:

1.-Instrumentos genéricos, diseñados para su aplicación en gran variedad de problemas de salud y grupos de población. Permiten la comparación entre poblaciones, aunque a veces no se adaptan bien a poblaciones específicas.

2.-Instrumentos específicos, diseñados para evaluar las dificultades que se presentan en un grupo de enfermos o que son relevantes en una determinada enfermedad.

3.-Instrumentos modulares, que representan una modalidad a caballo entre los anteriores. Disponen de un módulo genérico y otro específico. Esta tendencia se está generalizando por permitir un uso mas amplio y variado, frente a los instrumentos específicos que solo permiten un uso concreto.

El tipo de instrumento mas frecuente es el denominado “*Autoinforme*” pudiendo diferenciarse entre: *Entrevista* (intercambio de información presencial o telefónica); *Cuestionario* (de un solo ítem, Índices, Escalas, Perfiles y Baterías) y *Autoregistro*.

Con independencia del tipo de instrumento utilizado, las medidas de CVRS, ya sean genéricas o específicas, expresan la percepción subjetiva de un sujeto y deben ser respondidas preferentemente por él mismo.

A lo largo de los últimos años se han ido desarrollando diferentes instrumentos de medida para valorar la CVRS, en los que se da importancia a los aspectos somáticos

y psicológicos del bienestar, aunque muy pocos tienen en cuenta la importancia de los aspectos sociales e interpersonales entre estas dimensiones. La dimensión social de la calidad de vida ha tenido escasa presencia en los cuestionarios comúnmente utilizados, pero esta ausencia de los aspectos sociales empieza a corregirse y a ser incorporada en los actuales cuestionarios tanto específicos como genéricos. Algunos de los usos y aplicaciones más frecuentes en la investigación han sido:

- Evaluación del estado de salud global de la población (evaluación de necesidades y salud percibida)
- Detección y monitorización de la problemática psico-social relacionada con la salud y su cuidado en la atención individual del paciente.
- Como medida de resultados terapéuticos
- Como medida de evaluación en los ensayos clínicos
- En los análisis de coste-utilidad

Cuando se evalúa la calidad de vida ha de tenerse, también, en cuenta que existen factores moderadores de la misma que no varían, como el sexo, la edad, y otros factores que son susceptibles de cambio como el apoyo social, el estatus laboral, los acontecimientos recientes de la vida etc.

### **2.5.3.3 Selección y uso de instrumentos de medida de la CVRS**

Los instrumentos de medición de CVRS, deben reunir una serie de características. Deben estar orientados a medir la capacidad de funcionamiento y bienestar de la persona desde su propia perspectiva, el apoyo social, la satisfacción con el grado de funcionamiento en la vida, en relación con la salud y su cuidado. Se trata de recoger información individual o grupal para dar respuesta a determinadas cuestiones clínicas o de investigación para la toma de decisiones o la realización de intervenciones concretas. La decisión del instrumento a utilizar debe responder a: Propósito de la atención; Tipo de instrumento (genérico o específico); Características psicométricas; Adecuación a la población de estudio; Forma de administración y procedimiento a utilizar; Sistema de puntuación, etc.

## FACTORES A CONSIDERAR EN LA SELECCIÓN DE INSTRUMENTOS DE CVRS

TIPO DE INSTRUMENTO	CARACTERÍSTICAS MÉTRICAS
Unidimensional	Viabilidad
Multidimensional	Fiabilidad
Genérico:	Validez
- Batería	Sensibilidad
- Perfil	Utilidad clínica
- Ítem único	Variabilidad y distribución
- Índice	Adaptación cultural
- Utilidad	Aceptación internacional
Específico:	
- Enfermedad	
- Condición de salud	
- Población	
- Función	

Modular

FORMA DE ADMINISTRACIÓN	OTROS ASPECTOS
-------------------------	----------------

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cuestionario postal</li> <li>- Entrevista personal</li> <li>- Entrevista telefónica</li> <li>- Observación directa</li> <li>- Autoadministración:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- En domicilio</li> <li>- En institución</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estandarización</li> <li>- Escala de medida y formato de respuesta</li> <li>- Instrucciones</li> <li>- Baremos y normas de interpretación</li> <li>- Presentación de resultados</li> <li>- Tasas de cumplimentación</li> </ul>
---	---

### 2.5.3.4 Características psicométricas

Los principios psicométricos imponen una serie de requisitos en la construcción y análisis de estos instrumentos para reflejar la multidimensionalidad de la medida de CV, entre los principales se consideran la Fiabilidad, Validez y Sensibilidad. (Alonso, 2002 y Fitzpatrick y cols. 1998).

- **Fiabilidad** es la constancia (estabilidad) de los resultados cuando se repite el proceso de medición en circunstancias similares. Se refiere al grado de coherencia o precisión con que un instrumento mide aquello que se propone

medir. Se establece mediante el **COEFICIENTE DE FIABILIDAD** y es una de las propiedades más importantes en los estudios que evalúan resultados autoreferidos por los pacientes, ya que en los estudios clínicos y de investigación es esencial tener certeza de que los cambios observados son debidos a una intervención realizada y no a un problema de medida del instrumento. La fiabilidad de un instrumento puede verificarse a través de la reproducibilidad y de la consistencia interna.

- **La Consistencia interna** o consistencia interna es la estabilidad de las puntuaciones entre los diferentes elementos que componen el instrumento de medición. Es una medida de la homogeneidad. Si los distintos ítems de un cuestionario pretenden medir un mismo concepto es esperable que las respuestas estén relacionados entre si. Entre los procedimientos de cálculo más conocidos figuran las ecuaciones de Kuder-Richardson y el procedimiento más general basado en ellas fue desarrollado por Cronbach y denominado coeficiente “alfa de Cronbach” su valor puede variar entre 0 y 1. Cuanto mayor es su valor, mejor es la consistencia interna del instrumento y la congruencia de los ítems. Sin embargo cuando su valor es muy elevado puede indicar redundancia entre los ítems. Se suele aceptar una prueba como fiable psicométricamente, cuando su coeficiente de fiabilidad es superior a 0,70 pero no supera el valor de 0,90.
- **La reproducibilidad o fiabilidad test-retest**, es la estabilidad temporal de las mediciones si las condiciones o el concepto no cambian. Si el instrumento es fiable, la administración del cuestionario en dos ocasiones separadas por un intervalo de tiempo breve, debe dar lugar a resultados similares siempre que no haya habido cambios en el estado de salud. Las dos medidas se comparan mediante el coeficiente de correlación de Pearson.
- **Validez.** La fiabilidad de un instrumento es un requisito necesario pero no suficiente, para garantizar la correcta adecuación de una prueba. Además de fiable un instrumento debe ser válido es decir, que debe ser capaz de medir aquello que dice medir. El requisito de la validez nos indica si la prueba cumple el fin al que se ha destinado, lo que hay que comprobar previamente de forma empírica. Clásicamente se distingue entre:

- **Validez de contenido**, hace referencia al número de ítems necesario para medir la variable así como la representatividad y relevancia de la muestra de conductas incluidas en la prueba. Parte de un proceso cualitativo basado en la reflexión y en el profundo conocimiento del tema objeto del instrumento de medida. Se puede determinar a priori si el instrumento de medición contiene las dimensiones e ítems representativos de todas las dimensiones que forman la definición del concepto y si su número es proporcional a la importancia que concede la teoría a cada una de las dimensiones de la definición.
  
- **Validez de criterio**, se refiere a la relación que existe entre una medida o puntuación del test y un criterio externo, ampliamente aceptado para el constructo que se está validando. La validez de criterio puede ser *concurrente o predictiva*, dependiendo de que el criterio adoptado se refiera a una condición actual (concurrente) o futura (predictiva). La diferencia fundamental entre ambas es básicamente la diferencia de tiempo entre la recogida de información por el test que va a ser validado y la del criterio. Si la recogida fuera simultánea, la validación sería concurrente, pero si los datos sobre el criterio son recogidos después que los del test, se trata de validez predictiva. Lo más importante, con independencia del tiempo es la definición de un criterio válido. En los estudios de validación de salud autoreferida, la validez de criterio es poco utilizada, debido a la falta de una medida de criterio ampliamente aceptada.
  
- **Validez de concepto o constructo**, cuando no es posible medir directamente el fenómeno estudiado, la validez de constructo es el método más utilizado por considerarse uno de los más rigurosos. Se basa en el análisis factorial de los ítems que forman el instrumento. Determina las variables subyacentes que determinan las relaciones entre los ítems del instrumento. Permite diferenciar entre una o varias dimensiones.

- **Validez convergente** – discriminante, parte del concepto de que los distintos instrumentos que miden lo mismo deben mantener entre ellos un cierto grado de relación. Cabe esperar que dos instrumentos que midan el mismo concepto establezcan interrelaciones elevadas entre sus dimensiones o componentes, e interrelaciones comparativamente más bajas con las puntuaciones de instrumentos que evalúan otras dimensiones menos relacionadas.
- 
- **Sensibilidad**, para detectar modificaciones o cambios en la CVRS, o sea cambios reales en la salud. Se evalúa ante un tratamiento o intervención de reconocida eficacia. O bien entre grupos de individuos o pacientes con distintos niveles de gravedad para una afección determinada. Puede disminuir la homogeneidad del instrumento.

### **2.5.3.5. Traducción y adaptación cultural de instrumentos de medida**

Siempre que existan, la adaptación cultural de los instrumentos de medida de CVRS, es preferible a su creación por varias razones (Casas J, Repullo JR, Pereira J, 2001), entre otras, por la complejidad de su elaboración y porque la adaptación permite mantener una fiabilidad y validez similares a las del instrumento original.

La traducción de los elementos que forman un instrumento de medida debe ser especialmente meticulosa para no cambiar el sentido original de los ítems, conservando la equivalencia de significados entre la cultura original y a la que se pretende adaptar.

Normalmente se realizan al menos dos traducciones independientes del cuestionario original por individuos bilingües y dos retrotraducciones al idioma de origen por traductores independientes bilingües nativos. Después de una reunión de consenso entre traductores e investigadores se prepara un formulario piloto que es administrado a un grupo de individuos de similares características a las de la población en la que se va a utilizar, con ello se pretende valorar la comprensión de los ítems y la calidad de la adaptación cultural.

Una vez obtenido el formulario traducido y adaptado culturalmente, es necesario comprobar si las características psicométricas (fiabilidad y validez) son las del instrumento original.

### **2.5.3.6. Los perfiles de salud. El proyecto WHOQOL**

Un perfil de salud es una escala que mide diferentes dimensiones de la CVRS, proporcionando una puntuación para cada uno de los aspectos o dimensiones, como mínimo dimensión física, mental y social de la CVRS. Los perfiles de salud pueden aplicarse como herramienta de encuesta para poblaciones seleccionadas en la evaluación de intervenciones clínicas, farmacológicas, higiénico-dietéticas, de cambio de hábitos o como instrumento de ayuda en la toma de decisiones. La principal limitación de los perfiles de salud es que al ser instrumentos genéricos, pueden no adecuarse a los aspectos de valoración de CVRS en enfermedades concretas y no resultar sensibles a los cambios esperados después de una determinada intervención o tratamiento.

La OMS con la preocupación de evaluar la calidad de vida a través de una perspectiva internacional, desarrolló un proyecto de colaboración multidisciplinar (Almeida 1999). El proyecto WHOQOL se caracterizó por medidas de calidad de vida fiables y válidas que permitieran comparaciones transculturales, y se basó en los siguientes puntos:

- 1) Una amplia entidad englobada en el término calidad de vida
- 2) Puede construirse una medida cuantitativa de calidad de vida que sea fiable, válida y sensible
- 3) Esta medida de calidad de vida puede ser aplicada a distintas poblaciones
- 4) Cualquier factor que afecte a la calidad de vida debería influir sobre los componentes del instrumento, y debería por supuesto servir como medida del efecto de las enfermedades y las intervenciones de salud específicas sobre la calidad de vida (Aranibar 2004).

El cuestionario WHOQOL fue desarrollado de forma paralela en 15 países. En la actualidad existe en más de treinta lenguas y en casi cuarenta países (Lucas, 1998).

La escala de calidad de vida de la Organización Mundial de la Salud, WHOQOL-Group, se centró en estudios cualitativos a través del desarrollo del constructo calidad de vida en diferentes culturas. Los investigadores principales y consultores de los centros, relacionaron una lista de dominios y subdominios (facetas), para discusión en grupos focales con diferentes muestras y en los diferentes centros, con individuos “normales”, individuos portadores de enfermedades y profesionales de la salud.



La Tabla 6 presenta la secuencia de desarrollo del WHOQOL, descrita de forma detallada.

**TABLA 6. DESARROLLO DEL INSTRUMENTO WHOQOL**

ETAPA	MÉTODO	RESULTADO	OBJETIVO
Clarificación del concepto	Revisión internacional por expertos	Definición de la calidad de vida Protocolo de estudio	<b>Establecimiento de un acuerdo sobre la definición de la calidad de vida y sobre un enfoque para evaluación de la calidad de vida</b>
Guías cualitativas	Revisión por expertos Grupos de opinión de los centros	Definición de las áreas y facetas Pool global de preguntas	<b>Exploración del concepto de calidad de vida en diferentes culturas Elaboración de preguntas</b>
Guías de desarrollo	Administración de la versión piloto del WHOQOL en 15 centros a 250 pacientes y 50 personas “sanas” en cada centro	Cuestionario estandarizado de 300 preguntas	<b>Mejorar la estructura de WHOQOL Reducción del pool global de preguntas</b>
Trabajo de campo del WHOQOL-100	Serie de estudios, a menor escala, en población claras/homogéneas, diseño longitudinal y uso paralelo de otras medidas de calidad de vida nacional/internacional.	Agrupación de 100 preguntas Escalas de respuestas estandarizadas y transculturalmente equivalentes	<b>Establecer propiedades psicométricas del WHOQOL</b>
Desarrollo del WHOQOL-BREF	<b>Análisis de os datos a partir de WHOQOL-100</b> <b>Trabajos de campo en los centros</b>	<b>Evaluación abreviada de 26 preguntas</b>	<b>Desarrollar una versión breve del WHOQOL-100 para estudios a gran escala, auditorios y práctica clínica, en los que la versión larga del cuestionario no es adecuada.</b>

Fuente: OMS (1997) Calidad de vida

Así, el primer instrumento proyectado por la OMS, el WHOQOL -100, consta de 100 ítems que valúan la calidad de vida percibida por el sujeto. Se compone de 6 áreas, que están subdivididas en un total de 24 facetas, más otras que integran la calidad de vida global y la salud general, que son: Salud Física, Funciones Psicológicas, Independencia, Relaciones Sociales, Entorno y Espiritualidad/religión/creencias personales.

El WHOQOL-Bref, es una versión reducida del cuestionario WHOQOL-100, consta de 26 cuestiones, siendo dos cuestiones generales de calidad de vida, y 24 que representan cada una de las facetas del cuestionario original. Los datos del cuestionario abreviado fueron extraídos del trabajo de campo realizado en 20 centros de 18 países diferentes (Almeida, et al. 2000).

### **2.5.3.7 Medición de la calidad de vida en la vejez**

En la tabla 7 se muestra un resumen de algunos de los instrumentos genéricos y específicos de medición de la calidad de vida que se pueden emplear en Gerontología, con una indicación muy abreviada de su calidad científica y utilidad clínica o de investigación (Fernández-Ballesteros, 1998; Badía, Salamero y Alonso, 1999).

**TABLA 7. INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA DE MAYOR INTERÉS EN GERONTOLOGÍA CON EXPRESIÓN DE SU CALIDAD MÉTRICA DE ADAPTACIÓN Y GRADO DE RECOMENDACIÓN EN ESPAÑA**

MEDIDAS GENÉRICAS	ADAPTACIÓN	RECOMENDACIÓN
EuroQOL 5-D	MB	A
Perfil de las Consecuencias de la Enfermedad	MB	M
Perfil de salud de Nottingham	MB	A
Cuestionario de Calidad de vida	B	M
Cuestionario de la Evaluación Funcional Multidimensional (OARS)	MB	A
Perfil de Calidad de vida en Enfermos Crónicos (PCALIDAD DE VIDAEC)	B	M
Láminas COOP-WONCA	B	A
Cuestionario de Salud SF-36	MB	A
WHOQOL-100 y WHOQOL-BREF	R	M
Cuestionario Breve de Calidad de vida (CUBRECAVI)	B	A
<b>Medidas específicas</b>		
<b>Dominio funcionamiento físico</b>		
Índice de Katz	R	M
Medida de Independencia Funcional	R	M
Escala Plutchik de Valoración Geriátrica	B	M
Índice de Actividad de Duke	B	A
<i>Dominio competencia psicológica</i>		
Cuestionario de Salud Goldberg GHQ-12	MB	A
Índice de Bienestar Psicológico	B	A
<i>Dominio competencia social</i>		
Cuestionario de Apoyo Social Funcional Duke-Unk	B	A
Entrevista Manheim de Apoyo Social (EMAS)	B	A

Nota: Grado de adaptación (MB= muy buena; R= regular o insatisfactorio). Grado de recomendación (A= alta; M=moderada; B=baja).

### ***3 – ENVEJECIMIENTO ACTIVO Y CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD***



“Saber envejecer es una obra maestra de la sabiduría, y una de las partes más difíciles del gran arte de vivir”. Henri Frédéric Amiel

### **3.1 – Importancia de la actividad física para en el envejecimiento activo.**

#### **3.1.1 - Conceptualización de la Actividad Física**

A medida que envejecemos nos volvemos más sedentarios y este menor nivel de actividad hace que perdamos capacidades y habilidades físicas, sin embargo una de las principales estrategias para disminuir los efectos del envejecimiento es la práctica de actividad física, asumida en prácticamente todos los programas de estudio de las aulas de mayores.

La actividad física es definida como “cualquier movimiento producido por la contracción de la musculatura esquelética. Esta actividad sometida o encuadrada dentro de procesos biomecánicos y/o bioquímicos genera una serie de respuestas corporales que van a promover tanto estados de salud variados como también niveles de rendimiento físico de diversa dimensión. Los resultados van a depender en primer lugar de la calidad de respuesta al ejercicio que posea el sujeto “entrenabilidad” de una gran dependencia genética sin guardar relación con sexo, edad o raza y del tipo de ejercicios “continuos o intermitentes” así como de la intensidad con que este tipo de ejercicios se ejecuten. La tendencia del pensamiento actual basado en evidencias, es que existiría una correlación entre la intensidad con que el sujeto pueda ejecutar el ejercicio y la velocidad y magnitud del cambio o adaptación que pueda experimentar”. (Saavedra C. et al. 1991)

Caspersen C.J y colaboradores (1985) aportan tres definiciones correspondientes a: actividad física, ejercicio y aptitud física.

- La actividad física es definida como cualquier movimiento corporal producido por músculos esqueléticos que resulta en un gasto de energía. El gasto de energía puede ser medido en kilocalorías. La actividad física en la vida cotidiana puede ser clasificada en: profesional, deportiva, mantenimiento, tareas de casa, u otras actividades.

- El ejercicio es un subconjunto de la actividad física que es planificada, estructurada, y repetitiva y tiene como finalidad u objetivo intermediario la mejoría o mantenimiento de la aptitud física.
- La aptitud física es un conjunto de atributos para una u otra habilidad relacionada con la salud. La cuantificación de estos atributos puede ser medida con tests específicos.

Fox (2003) señala que la actividad física se refiere a toda energía consumida por el movimiento. Los contribuyentes importantes son actividades diarias que implican mover el cuerpo, como caminata, ciclismo, subir escaleras, servicio doméstico y compras u otras actividades de nuestras rutinas...

Pate (1988) aporta que la aptitud física relacionada con la salud, es la capacidad de realizar las actividades cotidianas con vigor y energía y demostrar rasgo y capacidad asociados con bajo riesgo de desarrollo prematuro de alteraciones orgánicas provocadas por la falta de actividad física.

La OMS (2004) a través de una declaración de consenso internacional respecto de la actividad física, la forma física y la salud, identifica seis áreas afectadas por el esfuerzo fisiológico: la forma del cuerpo, la fuerza de los huesos, la fuerza muscular, la flexibilidad del esqueleto, la forma física del cuerpo y la forma física del metabolismo. Otras áreas que se benefician de la actividad física son la función cognitiva, la salud mental y la adaptación social. En 1995, un grupo de expertos de la OMS subrayó los efectos positivos del ejercicio físico sobre la salud al decir que la inactividad física es un desperdicio innecesario de recursos humanos. El grupo de expertos señaló que un estilo de vida pasivo, básicamente sedentario, es un importante factor de riesgo de tener una mala salud y una capacidad funcional reducida.

### **3.2 – Beneficios de la actividad física para la salud en la vejez**

A medida que aumenta la edad, la reducción de la actividad física y el creciente número de enfermedades crónicas que surgen frecuentemente en consecuencia, crean a

menudo un círculo vicioso: las enfermedades y las discapacidades consiguientes reducen el nivel de actividad física, que a su vez tiene efectos adversos sobre la capacidad funcional y agrava las discapacidades producidas por las enfermedades. Un mayor grado de actividad física puede ayudar a prevenir muchos de los efectos negativos que tiene el envejecimiento sobre la capacidad funcional y la salud. La actividad física es, además, la mejor manera de romper el círculo vicioso y tomar el camino de una mejoría progresiva. Esto, por último, ayuda a las personas mayores y aumenta su grado de independencia.

Mahecha (2002) apunta que la práctica de la actividad física como forma de prevención de enfermedades crónico-degenerativas es una prioridad en la salud pública, principalmente en la tercera edad. Se pueden abordar algunos beneficios comprobados científicamente: control del peso corporal, disminución de la grasa corporal, aumento de volumen sistólico, ventilación pulmonar, consumo máximo de oxígeno, disminución de la frecuencia cardíaca y de la presión arterial y mejora del perfil de lípidos, otras mejoras también se han observado, así en la auto-estima, auto-concepto, imagen corporal y disminución del stress, ansiedad, insomnio, consumo de medicamentos y mejora de las funciones cognitivas y de la socialización.

La actividad física regular puede reducir e inclusive prevenir diversas disminuciones funcionales asociadas con el envejecimiento. Por ejemplo, el entrenamiento para la resistencia en las personas adultas mayores conlleva un aumento del 10 al 30% en la función cardiovascular, semejante al que se observa en adultos jóvenes. La tabla 8 resume los beneficios para la salud que se pueden lograr con la actividad física regular.

**TABLA 8. BENEFICIOS DE LA ACTIVIDAD FÍSICA**

<b>Salud cardiovascular</b>	Mejora el desempeño del miocardio Aumenta la capacidad diastólica máxima Aumenta la capacidad de contracción del músculo cardíaco Reduce las contracciones ventriculares prematuras Mejora el perfil de lípidos sanguíneos Aumenta la capacidad aeróbica Reduce la presión sistólica Mejora la presión diastólica Mejora la resistencia vascular
<b>Obesidad</b>	Disminuye el tejido adiposo abdominal Aumenta la masa muscular magra Reduce el porcentaje de grasa corporal
<b>Lipoproteínas</b>	Reduce las lipoproteínas de baja densidad Reduce el colesterol / lipoproteínas de muy baja densidad Reduce los triglicéridos Aumenta las lipoproteínas de alta densidad
<b>Osteoporosis</b>	Retarda el declive en la densidad mineral ósea Aumenta la densidad ósea
<b>Bienestar psicológico</b>	Aumenta la secreción de beta-endorfinas Mejora el bienestar y la satisfacción percibidos Aumenta los niveles de norepinefrina y serotonina
<b>Debilidad muscular</b>	Reduce el riesgo de discapacidad músculo esquelética Mejora la fuerza y la flexibilidad
<b>Capacidad funcional</b>	Reduce el riesgo de caídas debido a un incremento en: equilibrio, fuerza y flexibilidad Reduce el riesgo de fracturas Disminuye el tiempo de reacción Mantiene la irrigación cerebral y la cognición

Promover (2002) Adaptado del: "Plan estadounidense detallado: incrementando la actividad física en adultos de 50 años y más", [National Blueprint: Increasing Physical Activity Among Adults 50 and Older, " Princeton, NJ: Robert Wood Johnson Foundation.]



En Promover (2002) se informa que los “beneficios de la actividad física están bien documentados. Existe evidencia de que una vida sedentaria es uno de los riesgos de salud modificables más altos para muchas condiciones crónicas que afectan a las personas adultas mayores, tales como la hipertensión, las enfermedades del corazón, el accidente cerebro vascular, la diabetes, el cáncer y la artritis. Aumentar la actividad física después de los 60 años tiene un impacto positivo notable sobre estas condiciones y sobre el bienestar general”.

La práctica de actividad física regular (ejercicios aerobios y de fuerza) suministra varias respuestas favorables que benefician el envejecimiento saludable. Muchas han sido descubiertas recientemente de acuerdo a la adaptabilidad de los diferentes sistemas biológicos, así como los medios en los que el ejercicio regular puede influenciarlos (Padial P, Feriche B, Cruz F, Villaverde C. 2005).

Aunque no sea posible incluir todas las influencias referentes al ejercicio y actividad física sobre el envejecimiento, este posicionamiento abarca las cinco áreas de mayor importancia. Estos tópicos incluyen: (I) respuestas cardiovasculares al ejercicio agudo y crónico; (II) entrenamiento de fuerza, masa muscular e implicaciones en la densidad ósea; (III) estabilidad postural, flexibilidad y prevención de caídas; (IV) el papel del ejercicio sobre la función psicológica; y (V) el ejercicio para la persona de edad y muy débil.

Franchi y Junior (2005) afirman que, está comprobado en muchos estudios que cuanto más activa es una persona menos limitaciones físicas tiene. Entre los beneficios que la práctica de ejercicios físicos puede promover en las personas, destaca como uno de los principales, la protección de la capacidad funcional en todas las edades, principalmente en los mayores. Para Oliveira y Villaverde (2001) la capacidad funcional puede ser definida como el desempeño para la realización de las actividades cotidianas o actividades de la vida diaria. Las actividades de la vida diaria pueden ser clasificadas por varios índices. Las actividades de la vida diaria (AVD) se refieren a: bañarse, vestirse, levantarse y sentarse, caminar a una pequeña distancia; o sea, actividades de atenciones personales básicas y, las actividades instrumentales de la vida

diaria (AIVD) como: cocinar, limpiar la casa, hacer compras, jardinería; o sea actividades más complejas de la vida cotidiana.

Anthony J. y Sargeant (1995) informan que los cuidados en la tercera edad deben evitar la pérdida de movilidad, que conlleva a una pérdida de independencia, contribuyendo a una mayor demanda en los servicios sanitarios, aislamiento social, depresión y abandono. Uno de los factores que contribuyen a la pérdida de movilidad es la pérdida progresiva de masa y la debilidad de los músculos esqueléticos que ocurre con el envejecimiento. Todo este proceso de debilidad hace más difícil la realización de las actividades cotidianas, contribuyendo a la reducción voluntaria de la “actividad física total” que influye en la pérdida muscular, cambios perjudiciales en los sistemas respiratorios y circulatorios y una pérdida de apetito como consecuencia de la menor necesidad energética. Las consecuencias de la debilidad muscular también causan pérdida de equilibrio y una propensión a las caídas y fracturas como consecuencia de la osteoporosis (Oliveira y Villaverde 2001).

Contribuyendo a esta afirmación Mahecha (2004) subraya que el entrenamiento de fuerza muscular es un aspecto fundamental en el programa de ejercicios para el fortalecimiento de la musculatura, la eficacia en el aumento de la masa muscular y la fuerza muscular, contribuyendo a disminuir una de las principales causas de incapacidad y caídas. Otro factor importante es que la masa muscular es el principal estímulo para el aumento de la masa ósea. El mismo autor ejemplifica a través de un estudio de (Flatarone y col. 1990) “realizado con individuos de 86-96 años participantes en un programa de entrenamiento de 8 semanas “3 veces/semana” para fortalecimiento de la musculatura de los miembros inferiores” que mostró una mejoría de 174% en la fuerza y 48% en la velocidad de andar. Con la suspensión del entrenamiento durante 4 semanas obtuvo una disminución del 34% de la fuerza.

La OMS (2004) informa que la distribución de las principales causas de mortalidad y morbilidad ya han cambiado profundamente en los países desarrollados y en muchos países en desarrollo se observa una tendencia similar. A nivel mundial ha aumentado rápidamente la carga de las enfermedades no transmisibles. En 2001, éstas

fueron la causa de casi el 60% de los 56 millones de defunciones anuales y del 47% de la carga mundial de morbilidad. Habida cuenta de estas cifras y del crecimiento previsto de dicha carga, la prevención de las enfermedades no transmisibles constituye un desafío muy importante para la salud pública mundial”

En mayo de 2004, la 57ª Asamblea Mundial de la Salud aprobó la Estrategia Mundial de la Organización Mundial de la Salud sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud, con respecto a la actividad física la OMS establece que la actividad física es un factor determinante del gasto de energía y, por lo tanto, del equilibrio energético y el control del peso. Reduce el riesgo relacionado con las enfermedades cardiovasculares y la diabetes y presenta ventajas considerables en relación con muchas enfermedades, además de las asociadas con la obesidad. Sus efectos beneficiosos sobre el síndrome metabólico están mediados por mecanismos que van más allá del control del peso corporal excesivo. Por ejemplo, reduce la tensión arterial, mejora el nivel del colesterol de lipoproteínas de alta densidad, mejora el control de la hiperglucemia en las personas con exceso de peso, incluso sin que tengan que adelgazar mucho, y reduce el riesgo de los cánceres de colon y de mama en las mujeres (Ruiz Villaverde y cols. 2006).

Una de las recomendaciones de la OMS es que las personas se mantengan suficientemente activas durante toda la vida. Según el tipo y la intensidad de la actividad física se logran diferentes resultados de salud: al menos 30 minutos de actividad regular de intensidad moderada con una frecuencia casi diaria reducen el riesgo de enfermedades cardiovasculares y de diabetes, así como de los cánceres de colon y de mama. Un fortalecimiento de la musculatura y un adiestramiento para mantener el equilibrio permiten reducir las caídas y mejorar el estado funcional de las personas de edad. Para controlar el peso puede ser necesario un mayor nivel de actividad.

El Informe “Personas Mayores en España” (2004) aporta en su capítulo segundo “ESTADO DE SALUD” la temática “estilo de vida” enfocando cuatro importantes

factores que influyen en el estilo de vida y calidad de vida principalmente en la tercera edad: nutrición, alcohol, tabaco y actividad física.

- Nutrición- La alimentación está estrechamente relacionada con el estado de salud de las personas e incluso con su mortalidad prematura. Los principales factores que conducen a enfermedades (y mortalidad) de corazón, cerebrovasculares, obesidad, diabetes, algunos cánceres, etc, están relacionados con la dieta y la inactividad.
- Tabaco- El efecto perjudicial del consumo de tabaco se deja notar ya en las generaciones adultas, pero puede incrementarse en el futuro como consecuencia del cambio en la estructura por edades (las abultadas cohortes de los años 60 y 70 van subiendo escalones en la pirámide y se encontrarán en edades de mayor probabilidad de muerte) y por el impacto retrasado del tabaquismo sobre la salud.
- Alcohol- El abuso del alcohol se asocia con efectos adversos tales como accidentes, violencia, problemas sociales y familiares, y otros riesgos a medio y largo plazo, como peores condiciones de salud y algunas enfermedades concretas. El alcoholismo se relaciona con el riesgo de enfermedad cardiovascular y de mortalidad en general; se asocia estrechamente con el riesgo de padecer cáncer de hígado, cirrosis y algunas enfermedades digestivas y del tracto respiratorio, y es posible que algunos cánceres de colon.
- Actividad física- En el Informe 2002 se dice que la población española en general realiza habitualmente una actividad física suave, de carácter rutinario y para la satisfacción de necesidades básicas como hacer compras o ir a pasear. No obstante existe una ligera tendencia en los últimos años hacia una mayor implicación en actividades físicas de carácter regular en el período de ocio. Los varones (21% de ellos) son más proclives al ejercicio físico regular que las mujeres (11%), los más jóvenes (18%) en relación con las personas de edad (sólo el 3% de éstas) y también los que han alcanzado mayor nivel educativo (25%). La práctica de ejercicio es más alta entre los habitantes de regiones de más nivel

económico, debido también a un nivel de instrucción más alto y a las ofertas que ofrece el medio urbano para hacer actividades físicas. Tabla 9 del Informe 2004. La actividad física beneficia la salud de las personas; el sedentarismo puede ocasionar peores estados de salud. La actividad física regular controla el peso, reduce la morbilidad y evita la pérdida de masa ósea.

**TABLA 9. ACTIVIDAD FÍSICA SEGÚN SEXO Y EDAD, 2003**

	Total	Sentado la mayor parte de la jornada	De pie la mayor parte de la jornada, sin grandes desplazamientos o esfuerzos	Caminando o realizando tareas con esfuerzo
<b>Ambos sexos</b>				
<b>Total</b>	<b>35.254.807</b>	<b>35,6</b>	<b>44,4</b>	<b>20,0</b>
16-24	5.001.595	53,4	32,2	14,4
25-34	7.174.352	32,2	42,9	24,9
35-44	6.610.252	30,0	44,3	25,8
45-54	5.282.469	28,1	48,4	23,5
55-64	4.268.949	27,2	53,5	19,3
65-74	3.978.128	30,8	54,9	14,3
75 y más	2.939.062	58,5	34,9	6,6
<b>Varones</b>				
<b>Total</b>	<b>17.188.974</b>	<b>36,8</b>	<b>36,0</b>	<b>27,2</b>
16-24	2.559.741	46,0	30,5	23,5
25-34	3.672.054	31,6	33,7	34,7
35-44	3.326.706	32,1	34,3	33,5
45-54	2.621.642	34,9	36,1	29,0
55-64	2.072.880	35,8	40,1	24,1
65-74	1.804.466	36,6	45,9	17,5
75 y más	1.131.485	53,3	36,8	9,9
<b>Mujeres</b>				
<b>Total</b>	<b>18.065.833</b>	<b>34,5</b>	<b>52,5</b>	<b>13,1</b>
16-24	2.441.854	61,2	33,9	4,9
25-34	3.502.298	32,9	52,5	14,6
35-44	3.283.546	27,8	54,3	17,9
45-54	2.660.827	21,4	60,5	18,1
55-64	2.196.069	19,1	66,0	14,8
65-74	2.173.662	26,0	62,4	11,6
75 y más	1.807.577	61,7	33,7	4,6

Nota: Porcentajes horizontales.

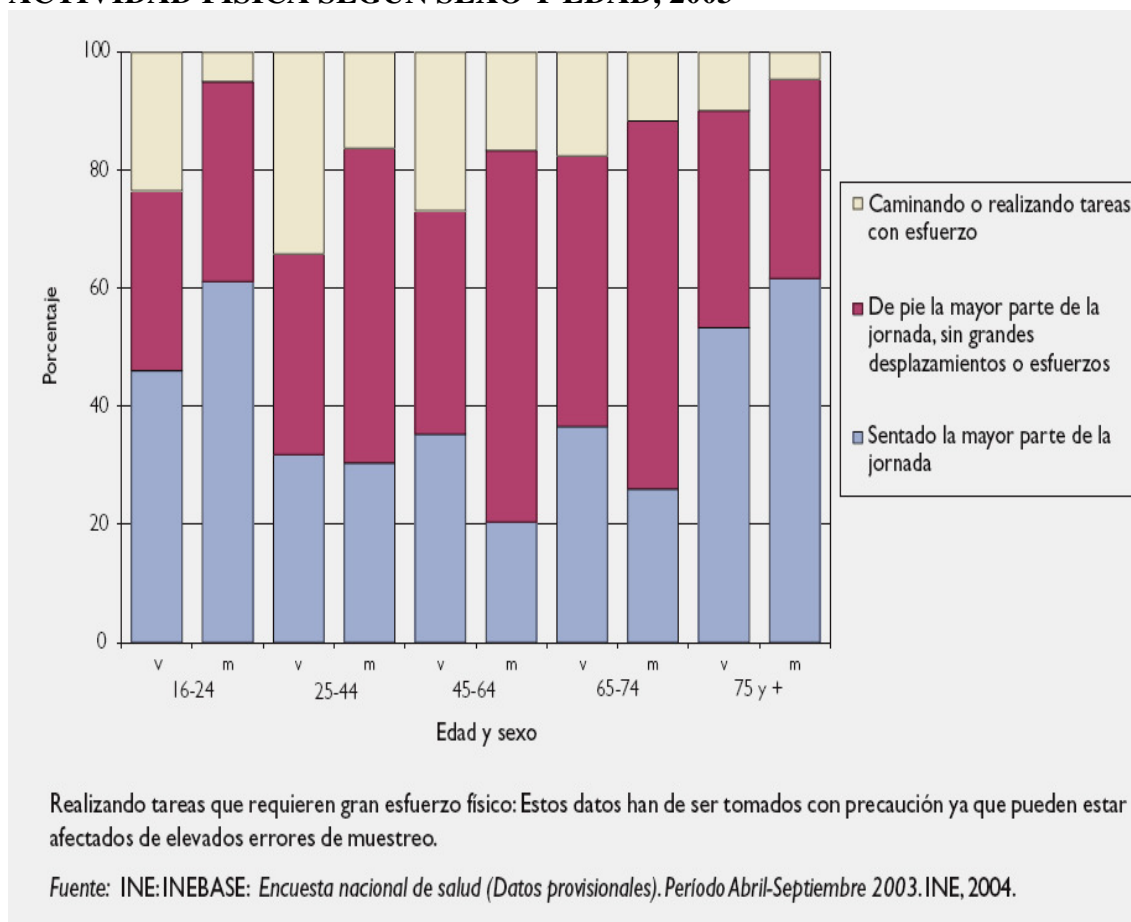
Realizando tareas que requieren gran esfuerzo físico: Estos datos han de ser tomados con precaución ya que pueden estar afectados de elevados errores de muestreo.

Fuente: INE: INEBASE: Encuesta nacional de salud (Datos provisionales). Período Abril-Septiembre 2003. INE, 2004.

El cambio en la naturaleza del trabajo condiciona el tipo de actividad principal de muchas personas. Se ha pasado de la mayoría del trabajo en industrias manufactureras (incluso antes, el trabajo se desarrollaba fundamentalmente en la agricultura y ganadería) a industria de servicios, y ha crecido notablemente la automatización de los procesos de trabajo. Por ello, la actividad principal (en centro de

trabajo, centro de enseñanza, hogar, labores domésticas) refleja un alto porcentaje de sedentarismo. La Encuesta Nacional de salud, ENS 2003 permite una aproximación a la actividad física de los españoles en el siguiente gráfico.

### ACTIVIDAD FÍSICA SEGÚN SEXO Y EDAD, 2003



### 3.3 - Beneficios del ocio para un envejecimiento de calidad

Actualmente la sociedad moderna se encuentra en contradicción: de un lado, se confronta con el crecimiento masivo de la población de mayores, fruto del aumento de la expectativa media de vida, y, del otro con los prejuicios sobre el viejo y la vejez, retardando medidas que visen mejorar el pesado fardo de los que ingresan en la tercera edad.

El complejo problema, que asocia a la precaria condición socioeconómica de los mayores, y su adaptación a las exigencias del mundo moderno, tiene como consecuencia natural el aislamiento del viejo y un impacto sobre a sociedad que tendrá que enfrentar ese desafío con absoluta presteza, pues no es justo prolongar la vida de los que ultrapasan la fase de hombres adultos y no darles condiciones para una supervivencia digna.

Los mitos y prejuicios creados por la sociedad sobre la vejez hacen que las personas que forman parte de ese grupo etario no acepten la vejez con tranquilidad. Se nota por parte de las personas una negación del propio envejecimiento y esa recusa está asociada a la imagen negativa y peyorativa asociada a la vejez. Conforme afirma Pacheco (2002) ser viejo reporta características negativas como trasto, problema, inutilidad; vejez es enfermedad, incapacidad, dependencia, pérdida, impotencia. El primer impacto del envejecimiento para el individuo es la pérdida de sus papeles sociales y el vacío experimentado por no encontrar nuevas funciones.

Lehr U. (1993) afirma que la vejez y la longevidad, no se deben mirar como un problema, sino como una oportunidad y un desafío. Un desafío que involucra las personas que envejecen, su familia y la sociedad. Según la autora no se debe preguntar solamente por los problemas y deficiencias del envejecimiento y de la vejez, pues el envejecimiento comienza desde el nacimiento (exactamente desde la concepción) hasta el morir y la muerte es desarrollo. En ese aspecto la preocupación consiste en abrir nuestros ojos e iniciar investigaciones sobre los nuevos potenciales de las personas viejas, incluyendo capacidades y nuevas potencialidades de las personas muy viejas. De esa forma será posible encontrar nuevos potenciales, inclusive en el grupo de las personas viejas más frágiles y discapacitadas.

Numerosas investigaciones han mostrado que la tercera edad no tiene necesariamente que ser un período de la vida en que predomine o se haga inevitable un deterioro fatal de las capacidades físicas e intelectuales, ya que si los sujetos muestran la necesaria motivación y la intención de mantener un estilo de vida activo y productivo, y

se les propician las condiciones para desenvolverse en un entorno rico y estimulante, en el cual se favorezcan experiencias de aprendizajes y se reconozcan y estimulen los esfuerzos por alcanzar determinados logros, en cuanto a participación en actividades de diversa índole, la senectud puede evitarse o demorarse.

Los mayores lejos de ser un grupo de edad descargado de obligaciones e inactividad, ocupan una importante parte de su tiempo en actividades que representan indiscutibles repercusiones físicas y psicológicas para el mayor. Muchas de las cuales, conllevan un grado de responsabilidad personal y social. La vivencia del ocio por los mayores, corresponde a una forma de actividad de indiscutible grado y en diferentes concepciones.

El ocio es el descanso que nos permite reponernos del desgaste físico y mental que todo trabajo ocasiona, y que nos da la oportunidad de realizar las actividades que nos gustan, como disfrutar de las artes y los deportes, ver a los amigos y familiares y conocer mejor nuestra ciudad u otros lugares. El concepto de ocio ha ido variando al ritmo de los tiempos. Ha aparecido la dualización del tiempo, que señala los días laborables como días de trabajo y los fines de semana como tiempo libre de obligaciones.



### 3.3.1 Evolución histórica del concepto de ocio.

La evolución histórica del concepto de ocio es evidenciada en la tabla 10.

**TABLA 10. EVOLUCIÓN HISTÓRICA DEL CONCEPTO DE OCIO**

<b>Evolución histórica del concepto de ocio</b>	
<b>PERIODO HISTÓRICO</b>	<b>DEFINICIÓN DE OCIO</b>
<b>Grecia</b>	La palabra skholé significaba a la vez tiempo de ocio e instrucción.
<b>Roma</b>	El ocio romano, otium, se convierte en un medio para la meta final que es el trabajo, nec-otium. Cicerón habla del otium como un tiempo de descanso.
<b>Tras la caída del Imperio</b>	Se produce una condena del modo de vida romano. Los conquistadores destruyen todas aquellas manifestaciones (estadios, teatros, circos) que simbolizan ese estilo de vida "ocioso". Esta actitud será la que marcará el comienzo de la ética del culto al trabajo.
<b>Baja Edad Media</b>	Aquí se entendía el concepto de ocio como una exhibición social con un espíritu lúdico y clasista. Hoy lo conocemos como ocio caballeresco.
<b>Pensamiento escolástico</b>	En la época de los conventos, el ocio hacía referencia a una filosofía o modo de vida orientado a mejorar las capacidades personales a través de la práctica disciplinada.
<b>Siglo XIX</b>	Veblen, en 1889, define el concepto de ocio como el tiempo liberado de la obligación de trabajar, dando la visión de una utilización "no-productiva" del tiempo.
<b>Óptica capitalista</b>	Marx advierte que la verdadera libertad y el desarrollo de la personalidad humana sólo pueden venir a través de esta disponibilidad de tiempo.
<b>Estudios actuales</b>	Frederic Munné define el ocio como aquellas actividades que la gente hace en su tiempo libre porque quiere, en su interés propio, por diversión, entretenimiento, mejora personal o cualquier otro propósito voluntariamente elegido que sea distinto de un beneficio material.

Tomado de [http://www.hiru.com/aisialdia/aisia\\_07\\_01\\_01.html/extra\\_taula\\_0](http://www.hiru.com/aisialdia/aisia_07_01_01.html/extra_taula_0)

Fernández-Ballesteros (1996) establece un papel destacado dentro de los múltiples factores que inciden sobre la calidad de vida del mayor. A través de investigaciones que abordan la repercusión que la participación en actividades de ocio tiene sobre el bienestar, analizando igualmente la influencia que ejercen tanto sobre el apoyo social como sobre el control percibido entre sus participantes.

En la tercera edad los estudios han prestado especial atención a la influencia que tienen sobre la calidad de vida, las actividades de ocio y tiempo libre, el estado de salud física, y los servicios que reciben las personas mayores.

La concepción del ocio y de la recreación en la tercera edad, que podría ser considerada como una mera opción individual del tiempo libre, dejando de ser apreciada como importante herramienta de desarrollo, por los niveles de participación y de actualización que pueden generar; sobre todo si se les considera como recurso potenciador, considerando las herramientas de acción social que permiten elevar el bienestar y la calidad de vida de las personas de la tercera edad. Los sujetos que envejecen adecuadamente utilizan y disfrutan de todas las posibilidades que existen en su entorno social y de las personas que hacen parte de ese entorno, y están preparados para aceptar, sin ceder, las propias limitaciones, la disminución de sus fuerzas y la necesidad de recibir algún tipo de ayuda; pero no renuncian a mantener, dentro de rangos razonables y posibles, determinados niveles de independencia y autodeterminación.

Además, para Cursino (2005) la tercera edad puede ser caracterizada como un período de aprovechamiento y realizaciones personales de inversión en si propio. En la tercera edad, la importancia de la actividad física-intelectual y el interés por el entorno canalizada a través de actividades de recreación y ocio productivo, favorecen el bienestar y la calidad de vida de los individuos. Es importante enfatizar que el termino “tercera edad” proveniente de Europa y asociado al cambio de imagen de la vejez, surgió en el contexto de una nueva expresión, la llamada tercera edad. Para Barros citado por Portella (2004) la denominación tercera edad proviene de Francia, como consecuencia de la política de integración de la vejez, la cual fue introducida en ese

país a partir de 1962 y visaba la modificación político-administrativa y la transformación de la imagen de las personas ancianas.

Según Baldessin (2002) es importante que los mayores eviten el aislamiento social a través de la participación en encuentros y fiestas apropiadas, promoviendo su participación activa en la vida y en los actos de la comunidad, siempre que tenga condición. Afirma el autor que más que de distracciones y vida social, los mayores tienen la necesidad de sentirse útiles, reconocidos en su capacidad de permanecer colaborando y produciendo

Ese movimiento de los más mayores, se muestra a través de centros de mayores, asociaciones y centros de día, que tienen propuestas de cultura y de ocio amplio, organizado tanto por agencias gubernamentales, como también por los propios mayores.

Actualmente, el ocio viene constituyéndose en el más diversificado y más extenso conjunto de actividades para esa composición etaria. Los centros de mayores, las universidades abiertas a la tercera edad, las escuelas, son creaciones crecientes de espacios de convivencia sociales.

Cursino (2005) distingue tres funciones principales en el ocio, las cuales son: a) descanso, comprendido como la función según la cual el ocio es un reparador de los desgastes físicos y mentales provocados por las tensiones de las obligaciones diarias; b) recreación, divertimento y entretenimiento, entendida como la función que tiene un carácter reparador del tedio y c) desarrollo personal, entendida como la función que permite la participación social mayor y más libre, la práctica de una cultura desinteresada del cuerpo, de la sensibilidad y de la razón.

Evidencia, aún, el autor, la existencia de una clasificación de las actividades de ocio distinguiéndose por áreas de interés como sigue: a) manuales – son actividades prácticas que traen placer a través del manoseo de la materia prima dándole un sentido estético y/o útil; b) intelectuales- se considera que el ocio puede ser un ejercicio de conocimiento en cualquier campo, pues todo en la vida es fuente de conocimiento, de información y de aprendizaje; c) asociativas- están relacionadas al placer de la

convivencia social con otras personas; d) artísticas- están asociadas al campo estético, a lo bello, a la emoción, al encantamiento, del sentimiento; e) físicas- son aquellas actividades que llevan al individuo a conocer nuevos lugares, nuevas formas de vida permitiendo en un corto período alterar la rutina cotidiana.

### **3.3.2 La práctica del ocio como instrumento social**

Los centros de mayores, también llamados centros de día, grupos de mayores, grupos de la tercera edad, clubes y similares o Universidad de mayores, existen con diferentes objetivos, dependiendo de las necesidades de sus participantes. Sin duda la participación de los mayores en esos centros los llevan a modificarse, crear nuevos valores, nuevas maneras de pensar, de sentir y de actuar.

Portella (2004) informa los GTIs (Grupos de la Tercera Edad), principalmente en Brasil, en la actualidad, tienen como principio básico defender la idea de que la ocupación del tiempo es la mejor forma de impedir las enfermedades geriátricas. Es a partir de ese principio que todo se organiza en esos centros: paseos, fiestas, cursos de actualización del conocimiento, gimnasias, etc.

Cursino (2005) enfoca la contribución de los centros de mayores en la práctica de la actividad de ocio a través de que:

- Facilitan la oportunidad grupal, de socialización, de participación, de vivencia de mantenimiento de los derechos y papeles sociales;
- Ayudan a los mayores a través de diferentes actividades a vencer su constante incapacidad para lidiar con múltiples pérdidas;
- Mantienen y adaptan por el mayor tiempo posible su independencia física, mental y social;
- Auto-estimulan al individuo para realizar actividades visando el entrenamiento sensorial y el de desarrollo de la creatividad;
- Reconstruyen patrones de vida y actividades;

- Evalúan el desempeño adaptativo del mayor como uno de los indicadores de salud.

Martín (2002) ofrece una clasificación de las necesidades de ocio enfocados en once grandes grupos:

- Autonomía: organizar proyectos y actividades que resulten significativas desde un punto de vista personal.
- Relajación: actividades que permitan dar al cuerpo y/o a la mente un descanso.
- Actividades familiares: que refuercen los vínculos entre sus integrantes.
- Huir de la rutina: para olvidarse de las responsabilidades de la vida diaria.
- Interacción: disfrutar de la compañía de los demás y hacer nuevos amigos.
- Estimulación: a través de actividades que aporten nuevas experiencias.
- Uso de habilidades.
- Salud: mantenimiento de una buena forma física y un estado saludable.
- Estima: con acciones que permitan ganarse el respeto o la admiración de los demás.
- Desafío/competencia: poniéndose a prueba en situaciones difíciles.
- Liderazgo/poder social: mediante el desarrollo de actividades en las que se pueda desempeñar un papel destacado de liderazgo.

La socialización de los mayores a través de los centros de día, es de suma importancia para el ser humano durante la vejez, es en ese período que surgen mayores incidencias de depresión, soledad, angustia y sensación de inutilidad. Los centros de día tienen el objetivo de promover una interacción entre los mayores, con eso favorecen un espacio para que ellos desarrollen la creatividad, la autoestima, usufructuar de la convivencia con personas de la misma edad y buscar la preservación de la calidad de vida.

El problema de integración de los mayores en la sociedad no es trabajado solamente de los centros de día, sino que algunas universidades ya están inseridas en ese trabajo, uno de los espacios creados para favorecer los mayores es la Universidad Abierta a la Tercera Edad (UNATI) en la Universidad Estadual do Rio de Janeiro (UERJ)-Brasil- y en la Universidad de Mayores de la (UGR)- España buscando la integración de los mayores en la comunidad académica, concienciándolos sobre la

importancia de su papel en la sociedad y llevando a la comunidad académica joven la experiencia de los mayores como una forma de enriquecimiento y valorización de la vida.

### **3.4 Las aulas de mayores como espacio de intervención en la calidad de vida.**

El Plan Internacional sobre el Envejecimiento, se adoptó en la I Asamblea Mundial sobre Envejecimiento celebrada en 1982 en la Ciudad de Viena.

Básicamente, este plan pretendía incidir sobre los gobiernos y la sociedad civil en general, para que se ocupasen de una manera más efectiva de la situación de las personas mayores en sus respectivos ámbitos de influencia, teniendo en cuenta tanto las posibilidades de desarrollo como las necesidades de los mayores y en el marco de un clima cooperativo a nivel regional e internacional que permitiera iniciativas en todos los sentidos. Así en las respectivas recomendaciones relacionadas con los intereses de los mayores en el ámbito educativo, se recoge que “como un derecho humano básico, la educación debe ser desarrollada sin discriminar a los mayores. Las políticas educativas deben reflejar el principio del derecho a la educación del mayor, a través de la asignación apropiada de recursos y en programas de educación convenientes. Debiendo adaptar los métodos educativos a las capacidades del anciano, para que ellos puedan participar justamente y puedan beneficiarse de la educación proporcionada. La necesidad de continuar con la educación del adulto en todos los niveles, debería ser reconocida y animada, debiendo considerarse la idea de educación universitaria para el mayor (Recomendación 45).

La población mundial envejece más rápidamente de lo previsto y además de aumentar la esperanza de vida los objetivos educativos generales empiezan a contemplar acciones dirigidas tanto al envejecimiento de calidad de los mayores, como a la orientación de la población general, a través de los programas de formación extensivos a todos los niveles del sistema escolar formal, para superar los estereotipos de las generaciones actuales (Recomendaciones 47 y 48).

La Asamblea General de las Naciones Unidas adoptó, el 16 de diciembre de 1991, dieciocho principios y pidió a los distintos gobiernos del planeta que lo incorporaran dentro de sus políticas nacionales. Estos principios se agrupan en cinco apartados, a saber: Independencia, Participación, Cuidados, Autorrealización y Dignidad (recogidos en otro apartado de este trabajo, pp.: 85) ofreciendo un marco de actuación y unas líneas conceptuales, que intentan aunar criterios y esfuerzos para conseguir un doble objetivo: 1. que las personas mayores se incorporen a la dinámica social, y 2. que la sociedad se beneficie esta incorporación. Se trata de romper la tendencia actual en los países desarrollados, de aislamiento progresivo de los mayores que conduce finalmente a su reclusión en residencias asistidas.

En este orden de cosas, los aspectos educativos ofrecen la mejor oportunidad para el cambio de mentalidad y para el desarrollo de programas de formación y mejora de la calidad de vida.

La preocupación por las personas mayores no es una preocupación casual o que responda a una moda. Los esfuerzos de Naciones Unidas en las últimas dos décadas han sido múltiples y han tenido reflejo en varios momentos en los que se han concentrado y se han hecho públicos en foros mundiales. Es en este sentido, las palabras del Secretario General de la ONU, Kofi Annan, en su mensaje del 1 de octubre de 2001, Día internacional de las personas de edad: "...Las medidas políticas, y en general las actitudes sobre el envejecimiento, deben evolucionar... Los temas relacionados con el envejecimiento necesitan ser mejor integrados en el más amplio contexto del desarrollo. Las personas de edad deben ser capaces de participar plenamente en las decisiones que afectan a sus vidas." (Pavon, 1998)

### **3.4.1 - Atención universitaria a los mayores en las universidades andaluzas.**

Las Aulas Universitarias para Adultos Mayores constituyen en la actualidad una experiencia innovadora con un elevado índice de satisfacción y calidad de vida de los mayores que disfrutan de esta experiencia.

Las Universidades de Mayores comienzan su andadura en los países desarrollados durante los años 70 y de forma progresiva fueron alcanzando su consolidación a finales de siglo.

El origen de estas Aulas Universitarias para Mayores se produce en Francia de la mano del profesor Pierre Vellas en Toulouse, como experiencia investigadora de colaboración intergeneracional que se convertiría mas adelante en las aulas de la experiencia o aulas universitarias para la tercera edad (González-Celiz, 2005).

Desde el año 1993, en que se iniciaron las actividades universitarias dirigidas a mayores en Granada, hasta el curso 1999-2000 que se iniciaron en la universidad de Huelva, se han ido instalando estos servicios en las distintas universidades andaluzas y de toda la geografía nacional, contabilizando mas de 70 aulas dependientes de universidades públicas. El conjunto de las actividades depende, en parte, de la demanda de los propios alumnos, está sujeto a continuas modificaciones y adaptaciones. Asimismo, la financiación necesaria para su puesta en marcha y mantenimiento no depende de los presupuestos de las distintas universidades, sino de organismos públicos de marcado carácter social-asistencial (Imsero, Consejería de Asuntos Sociales, Área Social de los Ayuntamientos dirigidas a mayores...).

Para F. Pavón (2000), profesor de la UCA, los objetivos perseguidos por las distintas aulas, se podrían resumir en tres ámbitos:

- La relación intergeneracional
- El acceso al conocimiento científico y cultural
- La participación activa en el contexto social

En relación al primero, se está generalizando la posibilidad de acceder a las aulas universitarias donde se imparten las asignaturas ofrecidas en los distintos planes de estudios de las titulaciones oficiales (a través de los programas integrados). Asimismo, se están produciendo contactos entre las asociaciones de mayores surgidas en el ámbito universitario y las asociaciones de alumnos ya existentes, que suelen unirse para la realización de actividades conjuntas (como se puso de manifiesto en las II



Conversaciones Pedagógicas: La Educación Intergeneracional, celebradas en Granada-2001).

Con relación al segundo, son los propios profesores universitarios, desde sus respectivas áreas de conocimiento, los que ponen a disposición de los alumnos mayores sus experiencias. Aunque con algunas adaptaciones metodológicas (debido fundamentalmente a los objetivos perseguidos y a las características del alumnado), los contenidos ofrecidos están en línea con los conocimientos actualizados que se ofrecen en las enseñanzas regladas y que se imparten a los alumnos de las titulaciones oficiales para que adquieran la capacitación que les habilite en el ejercicio de una profesión.

En relación al tercero, el simple hecho de acudir y recibir clases en un centro universitario ya es considerado por muchos como una forma de participación activa, similar a la de sus nietos o hijos que estén estudiando una carrera universitaria. Pero, además, el efecto sobre muchos de ellos es el de sentirse personas valiosas que tienen todavía algo que aportar, y es por ello, que toman iniciativas en la línea del asociacionismo ya indicado, o en la de la participación personal o grupal en las distintas iniciativas de sus ciudades respectivas (Aula Universitaria de Mayores. III Promoción, 2001, Vicerrectorado de Alumnos, Universidad de Cádiz). (Pavon, 2000)

El mismo autor concluye acerca de los contenidos ofrecidos por las distintas universidades, agrupándolos en cuatro ámbitos de interés:

1. Contenidos relacionados con la salud de las personas mayores
2. Contenidos relacionados con el contexto geográfico inmediato
3. Contenidos de carácter socio-cultural
4. Contenidos científicos diversos

Parece lógico que se haya considerado por los responsables de las distintas aulas, que los aspectos relacionados con la salud, estilos de vida saludables, adaptación psicológica a la situación de inactividad laboral, preparación a la jubilación, etc., son aspectos irrenunciable de los programas de formación en estas aulas, y forman parte de la demanda explícita de sus alumnos. Por otro lado, hay cierto número de asignaturas que se centran en el estudio del entorno cultural, arquitectónico, literario, empresarial,

etc., de la zona geográfica de influencia de la universidad en cuestión. El interés de conocimientos del alumnado por estos contenidos parece justifican sobradamente su incorporación a los programas.

Respecto a los dos últimos ámbitos de interés hay que resaltar el predominio de los contenidos de carácter socio-cultural frente a los científicos. Es posible que la complejidad de los contenidos de las áreas más relacionadas con las ciencias tradicionales (matemática y física), los hayan relegado a un segundo plano. En algunos casos aparecen estos contenidos se encuentran diluidos o como cita el propio Prof. Pavón 'suavizados', es decir, centrados en su aplicación a la vida cotidiana.

### **3.4.2 - El aula permanente de formación abierta de la universidad de Granada**

Se trata de una iniciativa de la Universidad de Granada puesta en marcha en el curso académico 1993/94 con el objetivo de atender la demanda educativa de las personas mayores de 50 años, a las que se admite en la Universidad sin ninguna otra exigencia previa más que haber cumplido esa edad. Este Programa universitario para mayores pretende contribuir a la mejora de la situación y de las capacidades personales y sociales de sus alumnos, con una doble intención, formativa y de atención social solidaria.

Para llevar a cabo esta tarea la Universidad de Granada cuenta con el apoyo de la Consejería de Asuntos Sociales de la Junta de Andalucía, a través de su Delegación en Granada y el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales a través del IMSERSO. En las Sedes Provinciales colaboran también los Ayuntamientos respectivos y en las Ciudades Autónomas de Melilla y Ceuta las Consejerías de Cultura de sus respectivas administraciones autonómicas.

El Aula Permanente se propone una actuación educativa integral en dos sentidos:

- 1) Abordar al alumno/a no sólo como persona sino como miembro de una comunidad más amplia de la que necesita para su propio desarrollo, que ha de ser completo.
- 2) Promover todas las tareas propias de cualquier centro universitario: enseñanza, investigación y servicio a la sociedad.

El Grupo Editorial Universitario en 1996 publica: Calidad de vida de los alumnos universitarios mayores (Guirao y cols. 1996) donde se recogen en una primera parte los contenidos básicos de la experiencia y características del alumnado del reciente pero ya consolidado proyecto “Aula Permanente de Formación Abierta de la U. de Granada” y en una segunda parte, las investigaciones realizadas sobre el aula como espacio de intervención educativa y cultural (Rubio y Villaverde 1996). Esta publicación se realiza como homenaje al I Encuentro Nacional sobre Programas Universitarios para Mayores, celebrado en Granada del 21-23 de noviembre de 1996. El contenido de las ponencias y comunicaciones, entre las que se incluían propuestas docentes activas para la promoción y el mantenimiento de la salud en los mayores (Villaverde et al. 1998a, 1998b) fue recogido en el texto “La oferta de la Gerontagogía: Actas del I Encuentro Nacional sobre Programas Universitarios para Mayores” (Guirao y Sánchez 1998)

En 1998 el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales publica “Los programas universitarios para mayores: Enseñanza e Investigación” de André Lemieux, donde se revisa la experiencia llevada a cabo con alumnos mayores en varios países de Europa, Asia y América.

En los últimos Estatutos de la Universidad de Granada aprobados el curso académico 2003, se recoge textualmente "la Universidad de Granada fomentará la realización de enseñanzas permanentes para mayores, dirigidas a adquirir, actualizar y ampliar sus conocimientos y capacidades, así como para su desarrollo personal y participación en la sociedad" sellando el compromiso de la institución con este grupo de población.

Actualmente el aula permanente en sus distintas sedes en Granada capital, Baza, Guadix, Motril, Ceuta y Melilla atiende a un número de alumnos mayores de 50 años superior a 800.

Para facilitar el desarrollo del Aula, surge la *Asociación de Alumnos Universitarios Mayores (ALUMA)*, con sede en la propia Universidad. El aula necesitaba del trabajo organizado de sus propios alumnos para poder cumplir todos sus objetivos. Desde sus comienzos ALUMA está dedicada a la atención asistencial, social y cultural de los alumnos mayores de la Universidad de Granada. Para ello, prepara viajes culturales para el conocimiento en profundidad tanto de Granada como de otros lugares de nuestro país, publica la revista "El Senado" como vehículo difusor de las actividades universitarias, lleva a cabo encuentros interuniversitarios con alumnos de otras Aulas de Mayores, organiza algunas efemérides de la vida del Aula ( Fiesta de las Patronas, Clausura de Curso...), y colabora con la Dirección del Aula durante el período de matrícula orientando e informando a los nuevos alumnos.

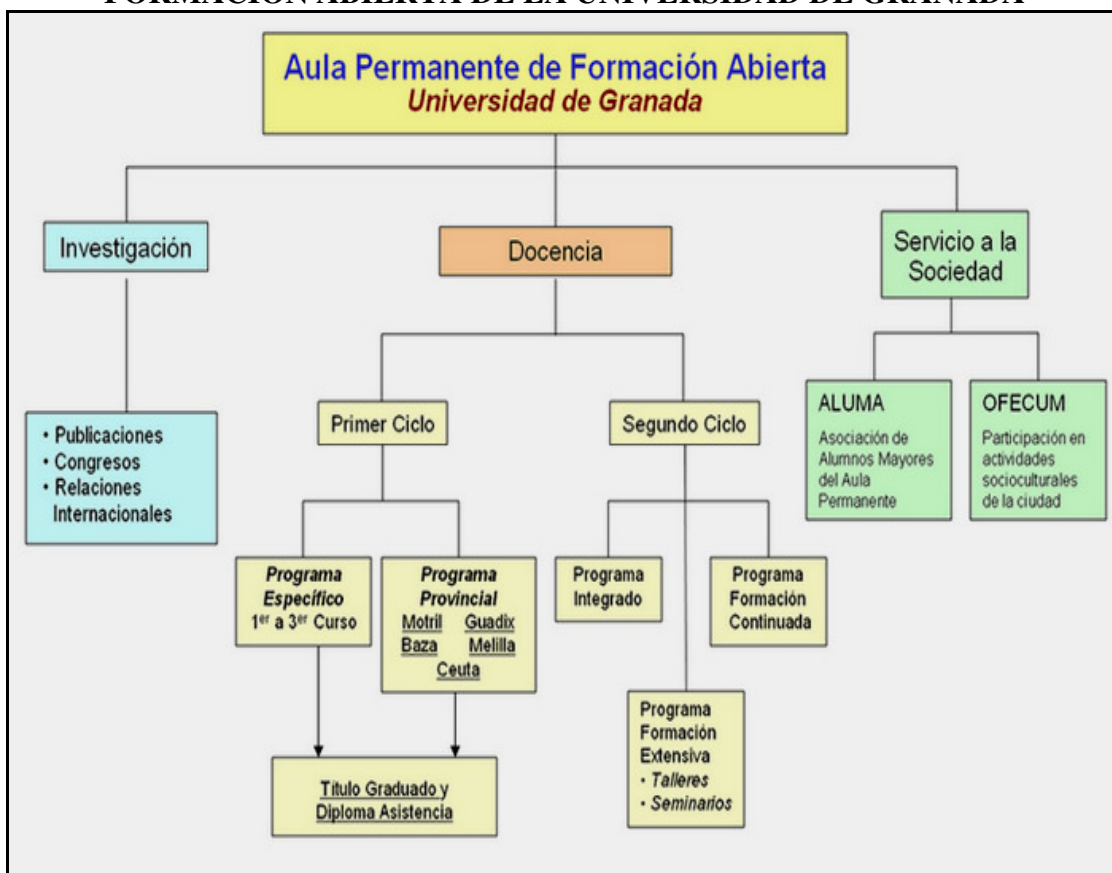
Los alumnos mayores egresados del Aula, que alcanzan en la Universidad (a través del programa específico), el título de "Graduados Universitarios", desean aplicar en su vida la experiencia enriquecedora que han adquirido y que les acredita ese título, y así surge OFECUM como una asociación de voluntariado social y cultural dedicada a la promoción de la participación de las personas mayores en la ciudad de Granada. Desde su origen en 1998 la asociación se dedica a organizar actividades que promuevan el envejecimiento activo y la solidaridad intergeneracional. Mensualmente editan un **Calendario Cultural** con todas las posibilidades que ofrece Granada para disfrutar de la cultura; La asociación organiza numerosas actividades que dan continuidad a las aficiones desarrolladas en el aula, tales como excursiones, viajes, senderismo, clases de informática, tertulias, conferencias, visitas a domicilio a otras personas mayores, sesiones de animación a la lectura, y muchas otras actividades que pueden consultarse en su página web.

La investigación en el Aula Permanente se ha incrementado progresivamente a expensas de trabajos y proyectos relacionados con la salud física y psicosocial. Merecen reseñarse proyectos de I+D como "Cambios en Salud y Bienestar de Alumnos universitarios mayores con un modelo interdisciplinario de intervención clínica y

educativa"; "Aprendizaje de nuevas tecnologías por alumnos universitarios mayores y su proyección sobre la mejora de la calidad de vida", justificados desde la promoción del envejecimiento saludable de los mayores mediante su capacitación para adaptarse a una sociedad donde las nuevas tecnologías han adquirido un gran protagonismo en la vida cotidiana (SABICAM I y II, Lopez Jurado 2003)

Los responsables de la dirección del Aula Permanente tienen entre sus objetivos el dar a conocer la experiencia desarrollada durante más de una década y promover el intercambio de conocimientos con otras instituciones ocupadas igualmente en programas educativos para personas mayores. En esta línea de actuación, uno de los proyectos más recientes es el desarrollo del convenio de colaboración entre el Aula Permanente de la Universidad de Granada y la Universidad de Mayores de Carolina del Norte, mediante el intercambio de información, profesorado y alumnos de ambas instituciones.

### ESQUEMA DE LAS ACTIVIDADES DEL AULA PERMANENTE DE FORMACIÓN ABIERTA DE LA UNIVERSIDAD DE GRANADA



Fuente. Universidad de Granada

## *II – JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN*



“Hay algo más triste que envejecer, y es permanecer niño”.  
Cesare Pavese

## 2.1 - Justificación y objetivos

El aumento de la esperanza de vida en las sociedades avanzadas como consecuencia de la estabilidad y el bienestar alcanzado, ha ocasionado un cambio radical en las pirámides demográficas, produciéndose una transformación global (Ríos, Ríos y Padial, 2000). El envejecimiento y las repercusiones del cambio en la estructura de edad de la población son una prueba bien elocuente. Cuando hablamos de la vejez nos estamos refiriendo a una fuerza demográfica y a un grupo social en continua expansión, algo que difícilmente parece que pueda cambiar en los próximos años si tenemos en cuenta la bajísima natalidad y mortalidad y el constante aumento de la esperanza de vida (García 2005).

En la actualidad son muchas las personas en el mundo que dedican su esfuerzo y estudio a lo que podría denominarse como la nueva cultura de la longevidad. En realidad, es el intento de vivir más y en mejores condiciones físicas, sociales y mentales, producto de que el avance social está orientado hacia esa dirección, buscando un modelo de envejecimiento competente en un sentido útil y productivo, capaz de fortalecer desde un punto de vista genérico de la salud su calidad de vida (Ríos y col, 2000).

La OMS (2001) sugiere que podemos permitirnos envejecer si los países, las regiones y las organizaciones internacionales promulgan políticas y programas de “envejecimiento activo” que mejoren la salud, la autonomía y la productividad de los ciudadanos de más edad. Ha llegado el momento de planificar y actuar, en todos los países, pero sobre todo en los países en vías de desarrollo, las medidas para ayudar a que las personas mayores sigan sanas y económicamente activas, son más que un lujo, una mera necesidad”. Walker, (2004) plantea que la Gerontología social y en círculos políticos tiene el conocimiento de que la actividad es esencial para lograr una buena calidad de vida y ciertamente la actividad se correlaciona estrechamente con la salud en la vejez.

Uno de los procesos de mayor influencia para el desarrollo del envejecimiento activo, es la **educación** en el adulto mayor que constituye en nuestros días un proceso

de gran importancia, con ella puede lograrse un mejor estilo de vida en los mayores donde existan proyectos, esperanzas, conocimiento real de sus potencialidades, de sus valores y hasta dónde puede llegar. Permite preparar el mayor para llevar una vida más saludable tanto física como psíquicamente.

A través de la educación en la tercera edad puede lograrse que el mayor se encuentre en la perspectiva de seguir creciendo al futuro, que se sienta parte de la sociedad, con funciones y roles sociales. Los centros de salud, centros educativos, familias, comunidades son agentes importantes que en su interacción con el mayor pueden trabajar en su estimulación y preparación en esta etapa.

Los estudios que abordan el proceso educativo protagonizado por las personas mayores actualmente adquieren una gran relevancia, como demuestran el número creciente de investigaciones que enfocan este tema desde diversos puntos de vista. Un aspecto especialmente interesante, es la incorporación de los mayores a actividades formativas, sociales, culturales y físicas, todas esas actividades tienen una gran repercusión en su vida (Solé, 2005).

Actualmente es una realidad la participación de personas mayores en programas educativos y/o cursos formativos de diversa índole en distintos contextos educativos (Universidad de Mayores, Aulas de Extensión Universitaria, Cursos en Centros Cívicos), lo que hace de la educación de mayores un movimiento en auge en la sociedad actual y con grandes perspectivas de seguir creciendo (Solé, 2005). Muchas universidades implementaron programas de aulas de mayores, como el que la Universidad de Granada ha puesto en marcha en el curso 1993/94 con el objetivo de proponer una *actuación educativa integral* en dos sentidos: (1) abordar al alumno/a no sólo como persona sino como miembro de una comunidad más amplia de la que necesita para su propio desarrollo, que ha de ser completo; (2) promover todas las tareas típicas de cualquier centro universitario: enseñanza, investigación y servicio a la sociedad.



Una de las actividades desarrolladas por el aula permanente de formación abierta de la UGR, como asignatura práctica, es la realización de un programa de actividad física, cada vez más aceptada y valorada en toda la población, gracias a los estudios científicos que demuestran que para llevar una vida sana debemos practicar al menos tres horas semanales de ejercicio y simultáneamente seguir una buena alimentación. Los beneficios de la actividad física se concretan tanto en el aspecto físico como psíquico y social. Las personas que realizan algún tipo de actividad física regularmente suelen presentar una tendencia menor a padecer enfermedades cardiovasculares, a tener sobrepeso, hipercolesterolemia, diabetes, y también depresiones y aislamiento social.

Como evidencian los resultados del proyecto SABICAM II, sobre “Cambios en la salud y bienestar de alumnos universitarios mayores con un modelo interdisciplinario de intervención clínica y educativa”, desarrollado en el ámbito rural y urbano de la ciudad de Granada<sup>16</sup>, con alumnos del aula de mayores, de ambos sexos y con edades entre 50 y 73 años. El estudio, a través de la implementación de un modelo interdisciplinario de intervención educativa y sociosanitaria, dirigido a dicha muestra, tenía como objetivo, evaluar de forma comparativa cómo dicha intervención incide en la calidad de vida de los mayores. El modelo interdisciplinario establecía los distintos ámbitos de la investigación: estudio de la salud psicosocial, estudio del ejercicio físico y evaluación del estado nutricional. Los resultados informan que la aplicación de un programa de intervención multidisciplinar a diferentes niveles: 1.- Educación para la salud clínica y psicosocial, 2.- Educación para la salud física, y 3.- Educación nutricional, mejora sensiblemente la calidad de vida de los mayores (López-Jurado, 2003).

Está comprobado que el sedentarismo es considerado uno de los factores de mayor riesgo de muerte (50-70%) en todo el mundo (Mahecha 2002). Es cierto que la expectativa de vida está aumentando, pero la prolongación de la vida no siempre se ve acompañada de una buena calidad. La disminución de la actividad física (estilo de vida sedentario) aumenta a medida que las personas van envejeciendo, siendo un factor

---

<sup>16</sup> 21 sujetos en Granada capital, 25 en Motril y 28 en Guadix.

decisivo para el desarrollo de enfermedades degenerativas (Viana, et al 2006). Sin embargo la necesidad de promover un cambio en el estilo de vida, con la práctica de actividad física en su cotidiano, puede prevenir y revertir tales enfermedades, contribuyendo a una vida de calidad, principalmente en las personas mayores.

En este sentido, existe un aumento de la producción de trabajos científicos que valoran acciones, con el objetivo de determinar y operacionalizar variables que puedan contribuir a mejorar el bienestar del individuo por medio del incremento de un estilo de vida saludable, asociado al hábito de la práctica de actividad física, consecuentemente mejorando patrones de salud y calidad de vida (Villaverde-Gutiérrez et al. 2006).

Jerome y colaboradores (2006) informan como la práctica de la actividad física es importante para mantener la independencia funcional en las personas mayores, principalmente en personas con déficit funcional existente, considerando que tal déficit puede contribuir como barrera a la práctica de actividad física. El autor propone examinar los patrones de actividad física y el tipo específico de déficit funcional para determinar la cantidad y tipo de actividad física para las mujeres más viejas de la comunidad con edades entre 70-79 años.

Actualmente existe evidencia de que las personas que viven activas, son menos propensas a desarrollar enfermedades crónicas y tienen mayor satisfacción con su vida y percepción de su salud. En esta línea, el presente trabajo de tesis doctoral pretende estudiar la calidad de vida de los alumnos mayores del aula permanente de formación abierta de la Universidad de Granada, como espacio educativo que representa una forma de contribución al envejecimiento activo y que al tratarse de una fórmula novedosa de demostrada eficacia para elevar la calidad de vida de los alumnos mayores, puede resultar de interés para comparar dos de los instrumentos de medida más utilizados.

## **2.1 - Objetivos de la investigación**

### **2.2.1 - Objetivo general**

El objetivo general de este trabajo es analizar la calidad de vida de los mayores que reciben formación en el Aula Permanente de Formación Abierta (Programa Universitario para Personas Mayores de la Universidad de Granada), según género y participación de los alumnos en los programas de actividad física ofertados en el aula.

### **2.2.2 - Objetivos específicos**

- Identificar el perfil sociodemográfico de los alumnos mayores del Aula Permanente de Formación Abierta (Aula de Mayores) de la Universidad de Granada.
- Identificar la participación de los alumnos del Aula en la práctica de actividad física.
- Conocer los aspectos, físico, psicológico, relaciones sociales y medio ambiente, de los alumnos del Aula de Mayores, a través de la aplicación del instrumento de evaluación de calidad de vida de la OMS, WHOQOL bref.
- Evaluar la función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental, de los alumnos del Aula de Mayores, utilizando el instrumento SF-36.
- Evaluar la relación de la práctica de actividad física con la calidad de vida de los alumnos del aula permanente de formación abierta de la UGR.
- Correlacionar los resultados de Calidad de Vida obtenidos con ambos instrumentos WHOQOL-Bref y SF-36, en los alumnos del Aula de Mayores para verificar el grado de concordancia/discordancia de ambos instrumentos.

### *III - MATERIAL Y MÉTODO*



“No envejecas antes de tiempo: valora la vida hasta el final”.  
Zenaida Bacardí de Argamasill

En relación con la justificación y objetivos planteados, para el desarrollo del presente trabajo, la caracterización del estudio ha sido la siguiente:

### **3.1 – Diseño.**

El diseño de la presente investigación es un estudio observacional, descriptivo, de corte transversal y correlacional, de la calidad de vida relacionada con la salud de los mayores del Aula Permanente de Formación Abierta de la Universidad de Granada, medida con dos instrumentos genéricos, validados en población española, que se utilizan indistintamente en estudios epidemiológicos y clínicos con personas mayores. Aunque las propiedades psicométricas de ambos instrumentos son adecuadas para la población objeto de estudio, nuestra finalidad ha sido comparar los resultados obtenidos con ambos cuestionarios en una muestra de alumnos mayores, que siguen el Programa de Formación del Aula, estando por tanto sometidos a un modelo de intervención de probada eficacia y repercusión favorable en la calidad de vida de sus participantes.

### **3.2 - Población y Muestra.**

La población diana de estudio fueron los alumnos del Aula Permanente de Formación Abierta de la Universidad de Granada, que en número algo superior a 800 alumnos en el curso académico actual, se distribuyen entre sus diferentes sedes en, Granada capital, Baza, Guadix, Motril, Ceuta y Melilla.

La muestra utilizada en este trabajo de investigación, fueron los alumnos de los tres cursos, primer ciclo del Aula, con sede en Granada capital, los cuales participan del “Programa Universitario para Alumnos Mayores”, donde son admitidos a partir de los 50 años de edad. Las enseñanzas están estructuradas en dos ciclos (3+2) y son impartidas por un elevado número de profesores tanto de la universidad de Granada como de otras instituciones. Las materias del primer ciclo (9/curso, 3 troncales y 6 optativas) se integran en tres áreas, Biosanitaria, Humanidades y Tecnología, mientras que el segundo ciclo es básicamente de Humanidades. Estas enseñanzas se complementan con materias optativas entre las que figuran, Informática, Inglés, Francés, Música Coral, Artes Dramáticas, Arte y Creatividad, Naturaleza Práctica, etc...

y optativas especiales como Gimnasia, Baile, Pintura etc... El programa de formación se completa con una serie de actividades lúdicas, culturales, viajes, conferencias, seminarios, obras de teatro, conciertos, exposiciones de pintura, dependiendo de la sede del aula.

Para confeccionar la muestra se contó con la colaboración de los profesores del Aula y con autorización de los responsables del Programa. Los alumnos fueron informados por sus profesores de los fines de la investigación y uso exclusivamente científico de la información solicitada, así como de la confidencialidad de la información y carácter voluntario de su participación. La aceptación fue general. Así se aplicaron 130 cuestionarios, de los cuales fueron excluidos 42 por no responder a un elevado porcentaje de cuestiones en ambos instrumentos. Finalmente la muestra quedó integrada por un total de 88 cuestionarios, 59 respondidos por mujeres y 29 por hombres.

### **3.3 – Instrumentos para recogida de información.**

La aplicación de cuestionarios es la técnica de recogida de datos más empleada en investigación, ya que resulta poco costosa, permite llegar a un mayor número de participantes, facilita el análisis, aunque también pueden tener limitaciones que resten valor a la investigación desarrollada (Martins, 2004). “La finalidad del cuestionario es obtener de manera sistemática y ordenada, información de la población investigada sobre las variables objeto de la investigación” (Sierra Bravo, 1998).

Durante las sesiones de recogida de información, se contó con la participación de dos profesores por curso, para atender las demandas de los alumnos. La información fue recogida en la misma sala donde se celebran las actividades del Aula y en la misma fecha para los alumnos de los diferentes cursos, una vez transcurrido el primer trimestre, para asegurar la adaptación de los mayores a las actividades del Programa.

Los cuestionarios utilizados fueron:

- Un cuestionario sociodemográfico de elaboración propia, sin estructura psicométrica
- Dos cuestionarios genéricos de Calidad de Vida Relacionada con la Salud:
  1. Cuestionario Whoqol-Bref (*World Health Organization Quality of Life*)
  2. Cuestionario SF-36 Health Survey (*Medical Outcome Study*)

### **3.3.1 – Cuestionario Sociodemográfico**

El cuestionario sociodemográfico de elaboración propia con cuestiones relativas a las variables Sexo, Edad, Estado civil, Escolaridad, Salario Familiar y cuatro preguntas referentes a la practica de actividad física: ¿Práctica Actividad Física?; ¿Hace cuanto tiempo que ha iniciado la práctica de la actividad física?; ¿Que tipo de actividad física práctica?; ¿Cuantos días por semana?. Estas variables fueron seleccionadas tras la revisión de la bibliografía pertinente, ya que son las que guardarían una relación más directa con la calidad de vida y la salud de las personas mayores, y con un modelo de envejecimiento activo, representado en nuestro estudio por el Programa de Formación del Aula.(ANEXO I)

### **3.3.2 - Cuestionario Whoqol-Bref,**

La versión abreviada de la escala elaborada por la OMS para evaluación de la calidad vida (World Health Organization Quality of Life). El instrumento proporciona una alternativa óptima al Whoqol-100, permitiendo una forma rápida de puntuar los perfiles de las diferentes dimensiones.(ANEXO II )

El método WHOQOL fue desarrollado de forma cooperativa y simultanea en diversos centros, incluyendo países con diferentes niveles de industrialización, disponibilidad de servicios de salud, importancia de la familia y religiones dominantes, entre otros, con la finalidad de desarrollar un instrumento capaz de

medir calidad de vida según una perspectiva transcultural, centrándose en la calidad de vida percibida por la persona (Almeida, 2000). El instrumento elaborado inicialmente, WHOQOL-100, está compuesto por 100 preguntas que se refieren a 6 dominios o dimensiones: Salud física, psicológica, nivel de independencia, relaciones sociales, medio-ambiente y espiritualidad; y de 24 facetas, cada una de ellas representada por cuatro preguntas.

El WHOQOL-100 fue diseñado para su uso tanto en población general como en pacientes. Tratándose de un instrumento complejo y amplio, la necesidad de versiones más cortas que demandasen poco tiempo de respuesta, llevó al mismo grupo de expertos a desarrollar el WHOQOL-bref, que mantuvo la adecuación de las propiedades del instrumento original.

El WHOQOL - bref está compuesto por 26 preguntas o ítems, una pregunta de cada una de las facetas contenidas en el WHOQOL-100 y dos preguntas globales sobre calidad de vida global y salud general. Cada ítem tiene cinco opciones de respuesta ordinales tipo likert, y todos producen un perfil de cuatro dimensiones o dominios: salud física, psicológica, relaciones sociales y medio ambiente. Los dominios físico y psicológico incluyeron, respectivamente los dominios, nivel de independencia y espiritualidad de la versión completa original.

El cuestionario debe ser autoadministrado, aunque puede ser entrevistado en situaciones especiales (educación, salud, etc.)

Las dos versiones del instrumento han sido validadas en España (Lucas, 1998). Para ello se utilizó una muestra de 558 sujetos que incluía población general, pacientes ambulatorios, pacientes psiquiátricos y sus cuidadores, que mostró la validez discriminante. Los coeficientes de las facetas mostraron puntuaciones comprendidas entre 0,43 y 0,90. y los coeficientes variaron entre 0,69 y 0,90 (Badia, Salamero,



Alonso, 2003). Las puntuaciones de las dimensiones producidas con el Whoqol-Bref mostraron correlaciones con el Whoqol-100, en torno a 0,90. También mostraron buena validez discriminante, de contenido y test-retest.

### **3.3.2.1 - Dominios y facetas del WHOQOL – Bref.**

#### **I – Dominio Físico**

Dolor y malestar

Dependencia de medicación o tratamiento

Energía y fatiga

Movilidad

Sueño y descanso

Actividad cotidiana

Capacidad de trabajo

#### **II – Dominio Psicológico**

Sentimiento positivo

Espiritualidad/ religión creencias personales

Pensamiento/ aprendizaje/ memoria/ concentración

Imagen corporal y apariencia

Autoestima

Sentimientos negativos

#### **III – Relaciones sociales**

Relaciones personales

Actividad sexual

Soporte social

#### **IV – Medio ambiente**

Seguridad física y protección

Entorno físico

Recursos económicos

Oportunidades para adquisición de información/ habilidades

Hogar

Cuidados de salud y sociales: disponibilidad / calidad

Transporte

El cuestionario WHOQOL-Bref, tiene cuatro tipos de escala de respuestas: Intensidad, capacidad, frecuencia y evaluación, teniendo todas ellas una graduación de cinco niveles según una escala likert. Las dos preguntas sobre calidad de vida global y salud general, permiten obtener una puntuación independiente de las de los dominios, denominada overall o “calidad de vida general” (WHOQOL-Bref, 1996).

El instrumento WHOQOL-Bref, no acepta una puntuación total de calidad de vida, considerando que la calidad de vida es un constructo multidimensional, siendo cada dimensión o dominio puntuado de forma independiente. La determinación de la puntuación de cada dominio se realiza multiplicando los ítems totales de cada dominio por cuatro. De esta forma la puntuación puede variar de 0 a 100, y cuanto mayor sea su valor, mejor será el perfil del dominio de calidad de vida.

Para el cálculo de las puntuaciones de los dominios, los índices de las facetas componentes, resumen los dominios a los cuales pertenecen. Sin embargo el instrumento no permite la evaluación de las facetas individuales de los dominios. Tanto los dominios como la calidad de vida general son medidos en dirección positiva, o sea, puntuaciones más altas representan mejor calidad de vida. Para el cálculo de las puntuaciones se utilizó la sintaxis ofrecida por el WHOQOL Group para el SPSS

(Statistical Package for Social Science). Con dicho programa es posible revisar, recodificar y establecer las puntuaciones de los dominios y de las cuestiones de calidad de vida en general.

El Whoqol-Bref evalúa adecuadamente las áreas relevantes de la calidad de vida en un gran número de culturas en todo el mundo, a pesar de que solo es una cuarta parte del Whoqol-100; Sin embargo, incorpora la amplitud y comprensibilidad de la forma larga, incluyendo preguntas de todas y cada una de las 24 facetas.

Se recomienda su uso principalmente en estudios epidemiológicos, en la clínica diaria y en estudios donde interese verificar la calidad de vida.

### **3.3.3 - Cuestionario SF-36 Health Survey**

El cuestionario de salud SF-36 fue desarrollado en Estados Unidos, para su uso en el Estudio de los Resultados Médicos (*Medical Outcome Study –MOS*, Ware y Sherbourne, 1992) y ha sido traducido y adaptado para ser utilizado internacionalmente a través del proyecto *International Quality of Life Assessment (IQOLA) (Evaluación internacional de la calidad de vida)* (Aaronson y cols., 1992; Ware y cols., 1994). (ANEXO III).

Es una escala genérica que evalúa un perfil del estado de salud, utilizada tanto en población general como en pacientes, en estudios descriptivos y de evaluación. El cuestionario SF-36 es ampliamente utilizado en la evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) a nivel mundial, en diferentes poblaciones y subgrupos específicos con diferentes enfermedades, detectando los beneficios en la salud producidos por un amplio rango de tratamientos diferentes, como también en la valoración del estado de salud de pacientes individuales (Iraurgi et al, 2004 y Vilagut et al, 2005)

El Cuestionario de Salud SF-36 está compuesto por 36 preguntas (ítems) que detectan estados de salud tanto positivos como negativos. Se desarrolló a partir de una

extensa batería de cuestionarios que incluían 40 conceptos relacionados con la salud. Para crear el cuestionario de una manera eficiente, se seleccionó el mínimo número de conceptos necesarios para mantener la validez y las características operativas del test inicial (Vilagut et al 2005). El cuestionario final cubre 8 de los conceptos o dimensiones de la salud más importantes y ampliamente utilizadas, centrando su contenido en el estado funcional y el bienestar emocional (IMIM 2000).

El Estado Funcional está representado por las dimensiones: Función Física (10 ítems), Función Social (2 ítems), Limitaciones de rol por problemas físicos (4 ítems), Limitaciones de rol por problemas emocionales (3 ítems).

El Bienestar Emocional, incluye las dimensiones: Salud Mental (5 ítems), Vitalidad (4 ítems), Dolor Corporal (2 ítems).

Finalmente, la evaluación General de la Salud incluye la dimensión de la Percepción de la Salud General (5 ítems) y el cambio de la salud en el tiempo (1 ítem) que no forma parte de la puntuación final.

Las puntuaciones de los ítems y dimensiones del cuestionario SF-36, están ordenadas de forma que a mayor puntuación corresponde mejor estado de salud (Vilagut y cols, 2005). Para cada una de las 8 dimensiones, los ítems son codificados, agregados y transformados en una escala que tiene un recorrido desde 0 (el peor estado de salud para esa dimensión) hasta 100 (el mejor estado de salud). El cuestionario no ha sido diseñado para generar un índice global. Sin embargo, permite el cálculo de dos puntuaciones resumen, mediante la combinación de las puntuaciones de cada dimensión: una es la suma del estado de salud física y otra el estado de salud mental. Se recomienda que tanto la remodificación de ítems como la puntuación de las escalas se haga utilizando los algoritmos de puntuación documentados o el software disponible.

El cuestionario SF-36 debe ser autoadministrado de forma preferente, aunque excepcionalmente puede aplicarse mediante entrevista personal, ya que la consistencia

interna no presentó diferencias en el proceso de validación. Se requieren unos 5-10 minutos de cumplimentación, ofreciendo un perfil del estado de salud a través de la puntuación alcanzada en cada una de las ocho escalas o dimensiones (Araniba, 2004).

La validación del cuestionario en España (Alonso y cols., 1998a) se llevó a cabo en 321 pacientes respiratorios con distinto grado de severidad, varones y reclutados en diferentes centros sanitarios, que fueron evaluados clínicamente por un especialista. La asociación entre las puntuaciones del cuestionario y las medidas de función respiratoria, confirmaron la validez de concepto de la adaptación. La validez de constructo se realizó mediante el análisis de componentes principales, del que se extrajeron dos que explicaban el 65,6% de la varianza total. Este patrón factorial demostró su estabilidad en diferentes países y grupos de edad y sexo.

La fiabilidad del cuestionario mediante el coeficiente alfa de Cronbach para la versión española mostró un alto nivel de consistencia interna (rango 0,77-0,92) para todas las dimensiones, a excepción de Función social (0,55).

En España los estándares de referencia fueron obtenidos a partir de las respuestas del instrumento en 9.151 españoles mayores de 18 años. El estudio proporciona información sobre la distribución de las puntuaciones de las escalas o dimensiones del SF-36 según el género, así como los percentiles de las puntuaciones en diferentes grupos de edad ( 18-24, 25-34, 35-44, 45-54, 55-64, 65-74, 75 años o más) y sexo (Alonso y cols., 1998b). La estandarización del contenido y puntuación son esenciales para la interpretación del SF-36 y hacen posibles las comparaciones significativas de los resultados a través de los diferentes estudios.

El SF-36 es uno de los instrumentos genéricos más utilizados en la medición de la CVRS en distintas poblaciones de pacientes y en población general, sirviendo de referencia para la validación de nuevos instrumentos de medida (Martínez y cols, 1999; Escribá y cols, 2001).

El SF-36 es un cuestionario de salud, diseñado por el Health Institute, New England Medical Center, de Boston Massachusetts, que a partir de 36 preguntas pretende medir ocho conceptos genéricos sobre la salud, conceptos que no son específicos de una patología, grupo de tratamiento o edad, detectando tanto estados positivos como negativos de la salud física y estado emocional. El instrumento consta de 36 ítems y cubre 8 dimensiones: función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental. El contenido de las ocho dimensiones se resume a continuación<sup>17</sup>.

➤ **Función física**

Grado en el que la falta de salud limita las actividades físicas de la vida diaria, como el cuidado personal, caminar, subir escaleras, coger o transportar cargas, y realizar esfuerzos moderados e intensos.

➤ **Rol físico**

Grado en el que la falta de salud interfiere en el trabajo y otras actividades diarias, produciendo como consecuencia un rendimiento menor del deseado, o limitando el tipo de actividades que se puede realizar o la dificultad de las mismas.

➤ **Dolor corporal**

Medida de la intensidad del dolor padecido y su efecto en el trabajo habitual y en las actividades del hogar.

➤ **Salud general**

Valoración personal del estado de salud, que incluye la situación actual, las perspectivas futuras y la resistencia a enfermar.

➤ **Vitalidad**

Sentimiento de energía y vitalidad, frente al de cansancio y desánimo.

➤ **Función social**

Grado en el que los problemas físicos o emocionales derivados de la falta de salud interfieren en la vida social habitual.

➤ **Rol emocional**

Grado en el que los problemas emocionales afectan al trabajo y otras actividades diarias, considerando la reducción del tiempo dedicado, disminución del rendimiento y del esmero en el trabajo.

---

<sup>17</sup> Manual de puntuación de la versión española del Cuestionario de Salud SF-36.

➤ **Salud mental**

Valoración de la salud mental general, considerando la depresión, ansiedad, autocontrol, y bienestar general.

➤ **Transición de salud**

Evalúa el concepto general de cambios en la percepción del estado de salud actual.

Para el cálculo de las puntuaciones, después de la administración del cuestionario, hay que realizar los siguientes pasos:

1. Homogeneización de la dirección de las respuestas mediante la recodificación de los 10 ítems que lo requieren, con el fin de que todos los ítems sigan el gradiente de «a mayor puntuación, mejor estado de salud». En el cuestionario para evitar sesgos en la respuesta este orden no es fijo.

2. Cálculo del sumatorio de los valores codificados de todos los ítems que componen la escala (puntuación cruda de la escala).

3. Transformación lineal de las puntuaciones crudas para obtener puntuaciones en una escala entre 0 y 100 (puntuaciones transformadas de la escala). Así pues, para cada dimensión, los ítems son codificados, agregados y transformados en una escala que tiene un recorrido desde 0 (el peor estado de salud para esa dimensión) hasta 100 (el mejor estado de salud).

El cuestionario SF-36 ha mostrado en diferentes estudios españoles una buena discriminación, aportando suficiente evidencia sobre su fiabilidad, validez y sensibilidad. Además, los resultados son consistentes con el instrumento original; lo que demuestra que la versión española es equivalente y puede ser utilizada en estudios nacionales e internacionales (Tuesca, 2005, Alonso y cols., 1998). En la actualidad se están desarrollando versiones reducidas del cuestionario para disminuir el tiempo de aplicación y proporcionar un Índice de Salud.

Las normas poblacionales de referencia de la versión española del SF-36 (Alonso y cols. 1998), son en general muy similares a las de los EEUU y siguen un

patrón equivalente por grupos de edad y género. También el nivel de fiabilidad de las dimensiones es muy similar. Para conceptos complejos y multidimensionales como la salud, las normas poblacionales representan un valor de referencia indudable, al poder comparar las puntuaciones obtenidas con las esperadas para la misma edad y género.

Para el uso e interpretación de las normas de tipificación del SF-36 es necesario transformar las puntuaciones obtenidas en las dimensiones del cuestionario, comparándolas con las puntuaciones del subgrupo correspondiente de la muestra normativa, representativa de la población general a la que pertenecen los sujetos cuyas puntuaciones se pretende interpretar. Dado que la distribución de las puntuaciones de las dimensiones del SF-36 tienen formas diferentes, para poder compararlas con las normas poblacionales de referencia hay que realizar transformaciones no lineales, como el cálculo de percentiles (P), valores que proporcionan la situación relativa de un sujeto o grupo, según el lugar que ocupa su puntuación dentro del grupo normativo correspondiente, en tantos por ciento. La conversión de la puntuación en P, indicará por ejemplo, si el sujeto o grupo está en la mediana de las puntuaciones (50% por encima y 50% por debajo) situando la puntuación del sujeto o grupo, e incluso definiendo puntos de corte, al comparar la puntuación obtenida con la normativa para el percentil más bajo (extremo inferior de la distribución) de los sujetos de su grupo. Existen tablas de referencia para hombres y mujeres españoles, donde se indican los percentiles, media y desviación estándar según los diferentes grupos de edad (Alonso y cols., 1998) que permiten la comparación e interpretación de las puntuaciones SF-36.

### **3.4 - Clasificación de los datos**

La clasificación es la fase previa al procesamiento informático de los datos. En esta fase se codificaron las respuestas de cada pregunta de los cuestionarios. Una vez realizada la codificación se procedió a su tabulación mediante un sistema informático. Tras la tabulación y mecanización de los datos realizamos el análisis estadístico mediante el SPSS versión 12.0 para Windows (Statistical Package of the Social Sciences).



Para homogeneizar las puntuaciones obtenidas con ambos instrumentos, WHOQOL-BREF Y SF-36, y que pudieran ser comparables, se recodificaron según un rango de 0 a 100, mediante la formula de transformación:

$$\frac{\text{VALOR CRUDO} - \text{VALOR MÍNIMO}}{\text{VALOR MÁXIMO} - \text{VALOR MÍNIMO}} \times 100$$

Formula de transformación

El valor de cada dimensión depende del número de ítems y la amplitud del rango que tiene la escala. Ejemplo: Si una dimensión está compuesta por 10 ítems con escalas de 1 a 3, el mínimo posible es 10 (total de las cuestiones contestadas con 1) y el máximo 30 (todas contestadas con 3). El resultado así obtenido es el valor crudo de la dimensión.

### 3.5 - Análisis

El análisis de todos los datos de la muestra, fue realizado a través de un único banco de datos, utilizando el programa estadístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versión 12.0 para Windows.

#### 3.5.1 – Estudio descriptivo

Estudio descriptivo de los datos sociodemográficos (sexo, edad, estado civil, nivel de escolaridad alcanzado y salario familiar); de las características de la practica de actividad física según genero, y de las puntuaciones de calidad de vida relacionada con la salud en las diferentes dimensiones, obtenidas con los instrumentos Whoqol-bref y SF-36, totales y según género y práctica de actividad física.

Para las variables con datos cuantitativos, hemos realizado una distribución de frecuencias con sus respectivas medidas de tendencia central, de dispersión y los intervalos de confianza al 95%.

Todas las variables estudiadas se presentan en tablas estructuradas en función de los grupos estudiados y muestran las frecuencias (N y %)F, media, mediana, desviación típica, y error típico de la media.

### 3.5.2 – Consistencia Interna de los Cuestionarios en nuestra muestra

Análisis de Fiabilidad de los cuestionarios de CVRS, mediante el Coeficiente Alfa de Cronbrach, para verificar la consistencia interna de los ítems que componen los diferentes dominios, en nuestra muestra.

### 3.5.3 – Análisis Inferencial

Para valorar la interdependencia entre las puntuaciones de las dimensiones del SF-36 y del Whoqol-Bref, se ha utilizado el Coeficiente de Correlación de Pearson. Se ha considerado el nivel de significación estadística para  $p < 0,05$ .

Para analizar el grado de concordancia entre ambos cuestionarios de CVRS, se ha utilizado el Índice de KAPPA, tomando como valores de referencia los establecidos por Landis y Koch (1977), según la clasificación siguiente:

<b>kappa</b>	<b>grado de acuerdo</b>
<b>&lt; 0</b>	<b>sin acuerdo</b>
<b>0 – 0,2</b>	<b>insignificante</b>
<b>0,2 – 0,4</b>	<b>bajo</b>
<b>0,4 – 0,6</b>	<b>moderado</b>
<b>0,6 – 0,8</b>	<b>bueno</b>
<b>0,8 – 1</b>	<b>muy bueno</b>

El contraste de medias según género y practica de actividad física se ha realizado a través de pruebas no paramétricas (U de Mann-Whitney y W de Wilcoxon), por distribución de normalidad.

Para comparar las puntuaciones obtenidas en nuestra muestra en las diferentes dimensiones del cuestionario SF-36, con las normas poblacionales de referencia se han seguido las tablas de percentiles (P) del cuestionario SF-36, para la población española (Alonso et al., 1998), en función del sexo y edad comprendida entre 65 y 74 años.

Para transformar las puntuaciones de las escalas obtenidas por nosotros, en sus correspondientes percentiles de la población de referencia, se han interpolado los valores siguiendo la expresión:

$$P_x = P_i + \frac{(P_{i+1} - P_i) \cdot (D - X_i)}{(X_{i+1} - X_i)}$$

Donde:

$P_x$  = Percentil al que corresponde el valor de la escala.

$P_i$  = Límite inferior del rango de valores de percentiles entre los que se encuentra  $P_x$

$P_{i+1}$  = Límite superior del rango de valores de percentiles al que corresponde  $P_x$ .

$X_i$  = Límite inferior de puntuación de SF-36 que corresponde al rango de valores de percentiles que corresponde a  $P_x$ .

$X_{i+1}$  = Límite superior de puntuación de SF-36, en el rango de percentiles.

D= Puntuación de la dimensión de SF-36 que se quiere transformar.

La comparación de los valores (P) entre hombres y mujeres que practican o no actividad física se ha realizado a través de pruebas no paramétricas (U de Mann-Whitney y W de Wilcoxon), por distribución de normalidad.

## ***IV-RESULTADOS***



**“Todos deseamos llegar a viejos, y todos negamos que hemos llegado”.**  
Francisco de Quevedo Villegas

## 4. - RESULTADOS

### 4.1 - Estudio Descriptivo

Siguiendo el planteamiento del Apartado Material y Método, pasamos a describir las características de la muestra objeto de estudio

#### 4.1.1 - Características Sociodemográficas

Los datos relativos a las variables sociodemográficas de la muestra: género, edad, estado civil, escolaridad y salario familiar, se presentan en la tabla 11.

**TABLA 11. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS ALUMNOS DEL AULA PERMANENTE DE FORMACIÓN ABIERTA DE LA UGR DURANTE EL CURSO 2006-07.**

VARIABLES	CATEGORIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SEXO	MUJER	59	67,0
	HOMBRE	29	33,0
	TOTAL	88	100,0
EDAD	60-65	52	58,0
	66-71	25	28,4
	71-75	12	13,4
	TOTAL	88	100,0
ESTADO CIVIL	CASADO/A	44	50,0
	SÓLO	44	50,0
	TOTAL	88	100,0
ESCOLARIDAD	PRIMARIA	8	9,1
	SECUNDARIA	30	34,1
	UNIVERSIDAD	50	56,8
	TOTAL	88	100,0
SALARIO FAMILIAR	1 VEZ SAL. MIN.	14	15,9
	3 VEC. SAL. MIN.	47	53,4
	+ DE 3 SAL. MIN.	27	30,7
	TOTAL	88	100,0

Como puede observarse, para la variable sexo, las mujeres presentan un mayor porcentaje que los hombres, 67,0% frente a 33,0%, siendo superior el número de mujeres que participan y se benefician de las actividades del Programa Educativo del Aula Permanente de Formación Abierta de la UGR.

En cuanto a la edad, la representatividad mayor con un 58,0%, es para los alumnos de 60-65 años, en segundo lugar con un 28,4% para los alumnos de 66-70 años y por último con un porcentaje de 13,4 para los más mayores con 71-75 años de edad.

La variable estado civil presentó un porcentaje similar para las categorías casados y vive sólo, del 50,0%.

Para la escolaridad, el porcentaje mayor con un 58,0% de los encuestados, fue para alumnos con formación universitaria, lo que ya estaba previsto en la investigación por ser una muestra seleccionada de la universidad de mayores. En segundo lugar un 34,0% de los encuestados tenía estudios secundarios, y el grupo menor, con un 9,1% tenía estudios primarios.

Con referencia al salario familiar, el 53,4% de los mayores encuestados recibía una renta de tres veces el salario mínimo, el 30,7% recibía más de tres veces el salario mínimo, y solo el 15,7% recibían el equivalente al salario mínimo.

#### 4.1.2 - Características de la práctica de Actividad Física

**TABLA 12. PRÁCTICA DE ACTIVIDAD FÍSICA CON RELACIÓN AL SEXO DE LOS ALUMNOS DEL AULA PERMANENTE DE FORMACIÓN ABIERTA DE LA UGR.**

<b>PRÁCTICA ACTIVIDAD FÍSICA</b>			
	<b>MUJER</b>	<b>HOMBRE</b>	
<b>¿PRÁCTICA ACTIVIDAD FÍSICA?</b>	SI -	<u>78% (46)</u>	<u>73% (21)</u>
	NO -	<u>22% (13)</u>	<u>27% (8)</u>
	<b>Total</b>	<b>59</b>	<b>29</b>
	<hr/>		
<b>¿HACE CUANTO TIEMPO QUE PRÁCTICA ACT. FÍSICA?</b>	6 meses	<u>4,3%</u>	<u>0,0%</u>
	6 m.- 1 año	<u>6,5%</u>	<u>0,0%</u>
	+ de un año	<u>89,1%</u>	<u>100,0%</u>
	<b>Total.</b>	<u>100,0%</u>	<u>100,0%</u>
<hr/>			
<b>¿QUE TIPO DE ACT. FÍSICA PRÁCTICA?</b>	Caminar	<u>52,2%</u>	<u>52,4%</u>
	Gimnasia	<u>26,1%</u>	<u>33,3%</u>
	Natación	<u>17,4%</u>	<u>9,5%</u>
	Otros	<u>4,3%</u>	<u>4,8%</u>
	<b>Total</b>	<u>100,0%</u>	<u>100,0%</u>
<hr/>			
<b>¿CUANTOS DÍAS A LA SEMANA?</b>	Tres días	<u>41,3%</u>	<u>23,8%</u>
	Cinco días	<u>32,6%</u>	<u>52,4%</u>
	Más de cinco días.	<u>26,1%</u>	<u>23,8%</u>
	<b>Total</b>	<u>100,0%</u>	<u>100,0%</u>

En la tabla 12 se presenta la variable actividad física. Con relación a la primera pregunta ¿Practica actividad física?, la respuesta afirmativa fue ligeramente superior en mujeres con un 78% (n= 46) que en hombres con un 73% (n=21), aunque en frecuencia absoluta la proporción es de 2/1 ya que el número de mujeres en la muestra es el doble que el de hombres.

Para la pregunta, ¿Hace cuanto tiempo que ha iniciado la práctica de actividad física?, el predominio de la respuesta fue, más de un año con un 89,1% de las mujeres y el 100,0% de los hombres.

Para la pregunta ¿Que tipo de actividad física práctica?, la respuesta mas frecuente de los alumnos encuestados fue caminar, con 52,2% de la mujeres y 52,4% de los hombres, la segunda opción fue el gimnasio, algo más frecuente en los hombres con un 33,3% frente al 26,1% de las mujeres, pero estas realizan natación en una proporción superior a los hombres.

Para la pregunta ¿Cuantos días a la semana? La respuesta de tres días, fue superior en las mujeres con un 41,3% que en los hombres con un 23,8%, ya que ellos prefieren hacer ejercicio cinco días a la semana en un 52,4%, siendo sensiblemente inferior el porcentaje de mujeres que practican cinco días a la semana, con 32,6%. Para una frecuencia superior a cinco días hombres y mujeres se igualan, siendo la proporción respecto al total de la muestra de  $\frac{1}{4}$ .

#### **4.1.3 - Puntuaciones obtenidas con los Instrumentos de CVRS**

En las tablas siguientes se muestran las puntuaciones obtenidas con ambos instrumentos de medición de CV, en la muestra total y al categorizar por género y práctica de Actividad Física. Las puntuaciones crudas han sido transformadas según se indica en el apartado material y método, para su comparación posterior.



**TABLA 13. PUNTUACIONES OBTENIDAS CON EL CUESTIONARIO WHOQOL-BREF**

	<b>E. Descriptivo</b>	<b>Dom.1</b>	<b>Dom.2</b>	<b>Dom.3</b>	<b>Dom.4</b>	<b>Dom.1 (0-100)</b>	<b>Dom.2 (0-100)</b>	<b>Dom.3 (0-100)</b>	<b>Dom.4 (0-100)</b>	<b>W.CV (0-100)</b>	<b>W.SALUD (0-100)</b>	<b>WHOQOL- GLOBAL</b>
<b>Total Muestra</b>	<b>N</b>	88,00	88,00	77,00	88,00	88,00	88,00	77,00	88,00	88,00	88,00	88,00
	<b>Media</b>	<b>24,15</b>	<b>21,23</b>	<b>10,78</b>	<b>29,14</b>	<b>61,24</b>	<b>63,45</b>	<b>64,83</b>	<b>66,05</b>	<b>73,86</b>	<b>68,47</b>	<b>71,16</b>
	<b>Mediana</b>	24,00	21,00	11,00	29,00	60,71	62,50	66,67	65,63	75,00	75,00	75,00
	<b>Desv. Típica</b>	2,88	2,41	2,12	3,76	10,28	10,02	17,66	11,74	13,62	21,94	14,97
	<b>Error típico media</b>	0,31	0,26	0,24	0,40	1,10	1,07	2,01	1,25	1,45	2,34	1,60
	<b>% del total de N</b>	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

En la tabla 13 se muestran las puntuaciones crudas y transformadas según escala (0-100) de la muestra total incluidas las cuestiones 1 y 2 (W.CV Y W. SALUD) que pueden valorarse de forma independiente a las dimensiones, así como la media de ambas cuestiones (Whoqol-global). En dicha tabla se indican la frecuencia absoluta (N), Media, Mediana, Desviación Típica, Error típico de la media y frecuencia relativa (%).

**TABLA 14. PUNTUACIONES OBTENIDAS CON EL CUESTIONARIO WHOQOL-BREF EN MUJERES SEGÚN PRACTICA DE ACTIVIDAD FÍSICA**

	¿Practica actividad física?	E.Descriptivo	WHOQOL DOMINIO 1	WHOQOL DOMINIO 2	WHOQOL DOMINIO 3	WHOQOL DOMINIO 4	DOMINIO 1 (0-100)	DOMINIO 2 (0-100)	DOMINIO 3 (0-100)	DOMINIO 4 (0-100)	WHOQOL C.VIDA (0-100)	WHOQOL SALUD (0-100)	WHOQOL GLOBAL (0-100)	
<b>MUJER</b>	<b>Si</b>	N	46,00	46,00	36,00	46,00	46,00	46,00	36,00	46,00	46,00	46,00	46,00	
		<b>Media</b>	<b>24,52</b>	<b>21,26</b>	<b>11,03</b>	<b>29,80</b>	<b>62,58</b>	<b>63,59</b>	<b>66,90</b>	<b>68,14</b>	<b>75,54</b>	<b>65,76</b>	<b>70,65</b>	
		Mediana	24,00	21,00	11,00	29,00	60,71	62,50	66,67	65,63	75,00	75,00	75,00	
		Desv. típica.	3,05	2,22	1,98	3,65	10,88	9,23	16,49	11,40	13,43	21,32	14,00	
		Error típico media	0,45	0,33	0,33	0,54	1,60	1,36	2,75	1,68	1,98	3,14	2,06	
		% del total de N	52,27	52,27	46,75	52,27	52,27	52,27	46,75	52,27	52,27	52,27	52,27	52,27
	<b>No</b>	N	13,00	13,00	13,00	13,00	13,00	13,00	13,00	13,00	13,00	13,00	13,00	13,00
		<b>Media</b>	<b>24,00</b>	<b>20,77</b>	<b>10,85</b>	<b>27,92</b>	<b>60,71</b>	<b>61,54</b>	<b>65,38</b>	<b>62,26</b>	<b>69,23</b>	<b>63,46</b>	<b>66,35</b>	
		Mediana	25,00	21,00	11,00	28,00	64,29	62,50	66,67	62,50	75,00	75,00	75,00	
		Desv. típica.	2,55	2,83	2,34	3,12	9,11	11,80	19,50	9,75	14,98	16,51	14,78	
		Error típico media	0,71	0,79	0,65	0,87	2,53	3,27	5,41	2,71	4,15	4,58	4,10	
		% del total de N	14,77	14,77	16,88	14,77	14,77	14,77	16,88	14,77	14,77	14,77	14,77	14,77
	<b>Total</b>	N	59,00	59,00	49,00	59,00	59,00	59,00	59,00	49,00	59,00	59,00	59,00	59,00
		<b>Media</b>	<b>24,41</b>	<b>21,15</b>	<b>10,98</b>	<b>29,39</b>	<b>62,17</b>	<b>63,14</b>	<b>66,50</b>	<b>66,84</b>	<b>74,15</b>	<b>65,25</b>	<b>69,70</b>	
		Mediana	24,00	21,00	11,00	29,00	60,71	62,50	66,67	65,63	75,00	75,00	75,00	
		Desv. típica.	2,93	2,35	2,06	3,60	10,47	9,78	17,14	11,25	13,90	20,24	14,16	
		Error típico media	0,38	0,31	0,29	0,47	1,36	1,27	2,45	1,46	1,81	2,64	1,84	
		% del total de N	67,05	67,05	63,64	67,05	67,05	67,05	63,64	67,05	67,05	67,05	67,05	67,05

En la tabla 14 se muestran las puntuaciones crudas y transformadas según escala (0-100), incluidas las cuestiones 1 y 2 (WCV Y W SALUD), así como la media de ambas cuestiones (whoqol-global), en las mujeres de la muestra según practiquen o no actividad física. En dicha tabla se indican la frecuencia absoluta (N), Media, Mediana, Desviación Típica, Error típico de la media y frecuencia relativa (%).

**TABLA 15. PUNTUACIONES OBTENIDAS CON EL CUESTIONARIO WHOQOL-BREF EN HOMBRES SEGÚN PRACTICA DE ACTIVIDAD FÍSICA**

¿Practica Actividad Física?	E.Descriptiva	DOM.1	DOM.2	DOM.3	DOM.4	DOM.1 (0-100)	DOM.2 (0-100)	DOM.3 (0-100)	DOM.4 (0-100)	WHOQOL CV(0-100)	WHOQOL. SALUD (0-100)	WHOQOL GLOBAL (0-100)	
<b>HOMBRE</b>	<b>Si</b>	N	21,00	21,00	20,00	21,00	21,00	21,00	20,00	21,00	21,00	21,00	
		<b>Media</b>	<b>23,86</b>	<b>21,05</b>	<b>10,35</b>	<b>27,76</b>	<b>60,20</b>	<b>62,70</b>	<b>61,25</b>	<b>61,76</b>	<b>73,81</b>	<b>76,19</b>	<b>75,00</b>
		Mediana	24,00	21,00	11,00	28,00	60,71	62,50	66,67	62,50	75,00	75,00	75,00
		Desv. típica.	1,42	2,31	1,98	3,79	5,09	9,64	16,51	11,85	12,44	23,02	14,79
		Error típico media	0,31	0,50	0,44	0,83	1,11	2,10	3,69	2,59	2,71	5,02	3,23
		% del total de N	23,86	23,86	25,97	23,86	23,86	23,86	25,97	23,86	23,86	23,86	23,86
	<b>No</b>	N	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00
		<b>Media</b>	<b>23,00</b>	<b>22,25</b>	<b>10,63</b>	<b>30,88</b>	<b>57,14</b>	<b>67,71</b>	<b>63,54</b>	<b>71,48</b>	<b>71,88</b>	<b>71,88</b>	<b>71,88</b>
		Mediana	23,00	22,50	12,00	30,00	57,14	68,75	75,00	68,75	75,00	75,00	75,00
		Desv. típica.	4,87	3,11	2,88	4,16	17,39	12,94	23,96	12,99	16,02	28,15	20,86
		Error típico media	1,72	1,10	1,02	1,47	6,15	4,57	8,47	4,59	5,66	9,95	7,38
		% del total de N	9,09	9,09	10,39	9,09	9,09	9,09	10,39	9,09	9,09	9,09	9,09
	<b>Total</b>	N	29,00	29,00	28,00	29,00	29,00	29,00	28,00	29,00	29,00	29,00	29,00
		<b>Media</b>	<b>23,62</b>	<b>21,38</b>	<b>10,43</b>	<b>28,62</b>	<b>59,36</b>	<b>64,08</b>	<b>61,90</b>	<b>64,44</b>	<b>73,28</b>	<b>75,00</b>	<b>74,14</b>
		Mediana	24,00	21,00	11,00	29,00	60,71	62,50	66,67	65,63	75,00	75,00	75,00
		Desv. Típica	2,74	2,56	2,22	4,07	9,80	10,65	18,49	12,73	13,25	24,09	16,34
		Error típico media	0,51	0,47	0,42	0,76	1,82	1,98	3,49	2,36	2,46	4,47	3,03
		% del total de N	32,95	32,95	36,36	32,95	32,95	32,95	36,36	32,95	32,95	32,95	32,95

En la tabla 15. se muestran las puntuaciones crudas y transformadas según escala (0-100), incluida las cuestiones 1 y 2 (WCV Y W SALUD), así como la media de ambas cuestiones (Whoqol-global), en los hombres de la muestra según practiquen o no actividad física . En dicha tabla se indican la frecuencia absoluta (N), Media, Mediana, Desviación Típica, Error típico de la media y frecuencia relativa (%).

**TABLA 16. PUNTUACIONES CRUDAS OBTENIDAS CON EL CUESTIONARIO SF-36 PARA EL TOTAL DE LA MUESTRA**

<b>Muestra total</b> E. Descriptiva	<b>FUNCIÓN FÍSICA</b>	<b>ROL FÍSICO</b>	<b>DOLOR CORPORAL</b>	<b>SALUD GENERAL</b>	<b>VITALIDAD</b>	<b>FUNCIÓN SOCIAL</b>	<b>ROL EMOCIONAL</b>	<b>SALUD MENTAL</b>
N	88	88	88	88	88	88	88	88
<b>Media</b>	26,8497	7,6591	9,4659	18,2273	18,3182	8,6364	5,5682	22,9318
Mediana	28,0000	8,0000	9,4000	18,4000	18,8333	10,0000	6,0000	23,5000
Desv. típica.	3,62085	,95756	2,33508	3,61900	3,38727	1,76285	,99187	4,71116
Error típico media	,10208	,10208	,24892	,38579	,36108	,18792	,10573	,50221
% del total de N	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

En la tabla 16 se muestran las puntuaciones crudas de la muestra total para todas las dimensiones del cuestionario SF-36.

En dicha tabla se indican la frecuencia absoluta (N), Media, Mediana, Desviación Típica, Error típico de la media.

**TABLA 17. PUNTUACIONES TRANSFORMADAS OBTENIDAS CON EL CUESTIONARIO SF-36 PARA EL TOTAL DE LA MUESTRA**

<b>Muestra Total</b> E. Descriptiva	<b>FUNCIÓN FÍSICA (0-100)</b>	<b>ROL FÍSICO (0-100)</b>	<b>DOLOR CORPORAL (0-100)</b>	<b>SALUD GENERAL (0-100)</b>	<b>VITALIDAD (0-100)</b>	<b>FUNCIÓN SOCIAL (0-100)</b>	<b>ROL EMOCIONAL (0-100)</b>	<b>SALUD MENTAL (0-100)</b>
N	88	88	88	88	88	88	88	88
Media	84,2487	91,4773	74,6591	66,1364	71,5909	82,9545	85,6061	71,7273
Mediana	90,0000	100,0000	74,0000	67,0000	74,1667	100,0000	100,0000	74,0000
Desv. típica.	18,10425	23,93909	23,35084	18,09501	16,93634	22,03558	33,06229	18,84463
Error típico de la media	1,92992	2,55192	2,48921	1,92893	1,80542	2,34900	3,52445	2,00884

En la tabla 17 se muestran las puntuaciones transformadas (escala 0-100) de la muestra total para todas las dimensiones del cuestionario SF-36.

En dicha tabla se indican la frecuencia absoluta (N), Media, Mediana, Desviación Típica, Error típico de la media.

**TABLA 18. PUNTUACIONES CRUDAS OBTENIDAS CON EL CUESTIONARIO SF-36 PARA LAS MUJERES SEGÚN PRÁCTICA DE ACTIVIDAD FÍSICA**

	¿Practica actividad física?	E. Descriptiva	SF-36 FUNCION FISICA	SF-36 ROL FISICO	SF-36 DOLOR CORPORAL	SF-36 SALUD GENERAL	SF-36 VITALIDAD	SF-36 FUNCION SOCIAL	SF-36 ROL EMOCIONAL	SF-36 SALUD MENTAL
	<b>MUJER</b>	<b>Si</b>	N	46	46	46	46	46	46	46
Media			26,5435	7,7174	8,9152	17,8348	18,2971	8,7174	5,4783	23,2391
Mediana			27,0000	8,0000	9,2000	18,4000	18,3333	10,0000	6,0000	24,0000
Desv. típica.			3,13196	,80727	2,43894	3,65302	3,45141	1,65547	1,09014	4,46560
Error típico media			,46178	,11903	,35960	,53861	,50888	,24409	,16073	,65842
% del total de N			52,3%	52,3%	52,3%	52,3%	52,3%	52,3%	52,3%	52,3%
<b>No</b>			N	13	13	13	13	13	13	13
		Media	25,9060	7,1538	8,2692	18,2615	17,6154	8,2308	5,4615	22,4615
		Mediana	27,0000	8,0000	7,2000	19,4000	17,0000	8,0000	6,0000	23,0000
		Desv. típica.	4,60114	1,51911	2,12892	3,47216	4,21384	2,12736	1,05003	5,33253
		Error típico media	1,27613	,42133	,59046	,96300	1,16871	,59002	,29123	1,47898
		% del total de N	14,8%	14,8%	14,8%	14,8%	14,8%	14,8%	14,8%	14,8%
		<b>Total</b>	N	59	59	59	59	59	59	59
Media			26,4030	7,5932	8,7729	17,9288	18,1469	8,6102	5,4746	23,0678
Mediana			27,0000	8,0000	8,4000	18,4000	18,0000	10,0000	6,0000	23,0000
Desv. típica			3,47299	1,01910	2,37188	3,58883	3,60516	1,76183	1,07248	4,63258
Error típico media			,45215	,13268	,30879	,46723	,46935	,22937	,13962	,60311
% del total de N			67,0%	67,0%	67,0%	67,0%	67,0%	67,0%	67,0%	67,0%

En la tabla 18 se muestran las puntuaciones crudas de las mujeres según practica de actividad física para todas las dimensiones del cuestionario SF-36. En dicha tabla se indican la frecuencia absoluta (N), Media, Mediana, Desviación Típica, Error típico de la media y Frecuencia relativa (%).

**TABLA 19. PUNTUACIONES TRANSFORMADAS OBTENIDAS CON EL CUESTIONARIO SF-36 PARA LAS MUJERES SEGÚN PRÁCTICA DE ACTIVIDAD FÍSICA**

Sexo	¿Practica actividad física?	E.Descriptiva	SF-36 FUNCION FISICA PF(0-100)	SF-36 ROL FISICO RP (0-100)	SF-36 DOLOR CORPORAL BP (0-100)	SF-36 SALUD GENERAL GH (0-100)	SF-36 VITALIDAD VT(0-100)	SF-36 FUNCION SOCIAL SF (0-100)	SF-36 ROL EMOCIONAL RE (0-100)	SF-36 SALUD MENTAL MH (0-100)
MUJER	Si	N	46	46	46	46	46	46	46	46
		Media	82,7174	92,9348	69,1522	64,1739	71,4855	83,9674	82,6087	72,9565
		Mediana	85,0000	100,0000	72,0000	67,0000	71,6667	100,0000	100,0000	76,0000
		Desv. típica.	15,65980	20,18184	24,38940	18,26509	17,25706	20,69337	36,33801	17,86238
		Error típico media	2,30891	2,97565	3,59602	2,69304	2,54441	3,05107	5,35775	2,63366
		% del total de N	53,3%	53,3%	53,3%	53,3%	53,3%	53,3%	53,3%	53,3%
MUJER	No	N	13	13	13	13	13	13	13	13
		Media	79,5299	78,8462	62,6923	66,3077	68,0769	77,8846	82,0513	69,8462
		Mediana	85,0000	100,0000	52,0000	72,0000	65,0000	75,0000	100,0000	72,0000
		Desv. típica.	23,00569	37,97773	21,28922	17,36080	21,06918	26,59194	35,00102	21,33013
		Error típico media	6,38063	10,53313	5,90457	4,81502	5,84354	7,37528	9,70754	5,91591
		% del total de N	14,8%	14,8%	14,8%	14,8%	14,8%	14,8%	14,8%	14,8%
MUJER	Total	N	59	59	59	59	59	59	59	59
		Media	82,0151	89,8305	67,7288	64,6441	70,7345	82,6271	82,4859	72,2712
		Mediana	85,0000	100,0000	64,0000	67,0000	70,0000	100,0000	100,0000	72,0000
		Desv. típica.	17,36497	25,47761	23,71878	17,94413	18,02582	22,02283	35,74920	18,53034
		Error típico media	2,26073	3,31690	3,08792	2,33613	2,34676	2,86713	4,65415	2,41244
		% del total de N	67,0%	67,0%	67,0%	67,0%	67,0%	67,0%	67,0%	67,0%

En la tabla 19 se muestran las puntuaciones transformadas (escala 0-100) de las mujeres para todas las dimensiones del cuestionario SF-36. En dicha tabla se indican la frecuencia absoluta (N), Media, Mediana, Desviación Típica, Error típico de la media.

**TABLA 20. PUNTUACIONES CRUDAS OBTENIDAS CON EL CUESTIONARIO SF-36 PARA LOS HOMBRES SEGÚN PRÁCTICA DE ACTIVIDAD FÍSICA.**

¿Práctica Actividad Física? SEXO	E. Descriptiva	SF-36 FUNCION FISICA PF	SF-36 ROL FISICO RP	SF-36 DOLOR CORPORAL BP	SF-36 SALUD GENERAL GH	SF-36 VITALIDAD VT	SF-36 FUNCION SOCIAL SF	SF-36 ROL EMOCIONAL RE	SF-36 SALUD MENTAL MH	
<b>HOMBRE</b>	N	21	21	21	21	21	21	21	21	
	<b>SI</b>	Media	28,5238	8,0000	11,0571	19,2476	18,8889	8,5238	5,8571	21,9167
		Mediana	29,0000	8,0000	12,0000	19,4000	19,0000	8,0000	6,0000	24,0000
		Desv. típica.	2,35837	,00000	1,55935	3,11763	2,73523	1,86062	,65465	5,13647
		Error típico de la media	,51464	,00000	,34028	,68032	,59688	,40602	,14286	1,12087
		% del total de N	23,9%	23,9%	23,9%	23,9%	23,9%	23,9%	23,9%	23,9%
<b>HOMBRE</b>	N	8	8	8	8	8	8	8	8	
	<b>NO</b>	Media	25,7500	7,2500	10,4000	17,7500	18,0833	9,1250	5,5000	24,5938
		Mediana	28,0000	8,0000	10,4000	18,9000	18,5000	10,0000	6,0000	26,0000
		Desv. típica.	5,97016	1,48805	1,25129	4,91499	3,49943	1,64208	1,06904	4,03099
		Error típico de la media	2,11077	,52610	,44240	1,73771	1,23724	,58056	,37796	1,42517
		% del total de N	9,1%	9,1%	9,1%	9,1%	9,1%	9,1%	9,1%	9,1%
<b>HOMBRE</b>	N	29	29	29	29	29	29	29	29	
	<b>TOTAL</b>	Media	27,7586	7,7931	10,8759	18,8345	18,6667	8,6897	5,7586	22,6552
		Mediana	29,0000	8,0000	12,0000	19,4000	19,0000	10,0000	6,0000	24,0000
		Desv. típica.	3,80465	,81851	1,48916	3,66687	2,92227	1,79490	,78627	4,93865
		Error típico de la media	,70651	,15199	,27653	,68092	,54265	,33331	,14601	,91708
		% del total de N	33,0%	33,0%	33,0%	33,0%	33,0%	33,0%	33,0%	33,0%



En la tabla 20 se muestran las puntuaciones crudas de los hombres según practica de actividad física para todas las dimensiones del cuestionario SF-36. En dicha tabla se indican la frecuencia absoluta (N), Media, Mediana, Desviación Típica, Error típico de la media y Frecuencia relativa (%).

**TABLA 21. PUNTUACIONES TRANSFORMADAS OBTENIDAS CON EL CUESTIONARIO SF-36 PARA LOS HOMBRES SEGÚN PRÁCTICA DE ACTIVIDAD FÍSICA**

¿Practica Actividad física? HOMBRES	E.Descriptiva	SF-36 FUNCION FISICA PF (0-100)	SF-36 ROL FÍSICO RP (0-100)	SF-36 DOLOR CORPORAL BP (0-100)	SF-36 SALUD GENERAL GH (0-100)	SF-36 VITALIDAD VT (0-100)	SF-36 FUNCION SOCIAL SF (0-100)	SF-36 ROL EMOCIONAL RE (0-100)	SF-36 SALUD MENTAL MH (0-100)
<b>Si</b>	N	21	21	21	21	21	21	21	21
	Media	92,6190	90,5714	71,2381	74,4444	81,5476	95,2381	67,6667	28,5238
	Mediana	95,0000	100,0000	72,0000	75,0000	75,0000	100,0000	76,0000	29,0000
	Desv. típica.	11,79185	15,59350	15,58815	13,67615	23,25774	21,82179	20,54588	2,35837
	Error típico de la media	2,57319	3,40278	3,40161	2,98438	5,07526	4,76190	4,48348	,51464
	% del total de N	23,9%	23,9%	23,9%	23,9%	23,9%	23,9%	23,9%	23,9%
<b>No</b>	N	8	8	8	8	8	8	8	8
	Media	78,7500	84,0000	63,7500	70,4167	89,0625	83,3333	78,3750	25,7500
	Mediana	90,0000	84,0000	69,5000	72,5000	100,0000	100,0000	84,0000	28,0000
	Desv. típica	29,85082	12,51285	24,57496	17,49717	20,52601	35,63483	16,12396	5,97016
	Error típico de la media	10,55386	4,42396	8,68856	6,18618	7,25704	12,59882	5,70068	2,11077
	% del total de N	9,1%	9,1%	9,1%	9,1%	9,1%	9,1%	9,1%	9,1%
<b>Total</b>	N	29	29	29	29	29	29	29	29
	Media	88,7931	88,7586	69,1724	73,3333	83,6207	91,9540	70,6207	27,7586
	Mediana	95,0000	100,0000	72,0000	75,0000	100,0000	100,0000	76,0000	29,0000
	Desv. típica	19,02326	14,89164	18,33433	14,61137	22,43628	26,20913	19,75459	3,80465
	Error típico de la media	3,53253	2,76531	3,40460	2,71326	4,16631	4,86691	3,66834	,70651
	% del total de N	33,0%	33,0%	33,0%	33,0%	33,0%	33,0%	33,0%	33,0%

En la tabla 21 se muestran las puntuaciones transformadas (escala 0-100) de los hombres para todas las dimensiones del cuestionario SF-36.

En dicha tabla se indican la frecuencia absoluta (N), Media, Mediana, Desviación Típica, Error típico de la media y Frecuencia relativa.

#### 4.2. - Consistencia interna de los cuestionarios en nuestra muestra

**TABLA 22. COEFICIENTE DE FIABILIDAD ALFA DE CROMBACH DE LOS DOMINIOS DEL CUESTIONARIO WHOQOL-BREF**

<b>DOMINIOS</b>	<b>TOTAL RESPUESTAS (%)</b>	<b>ALFA DE CROMBACH</b>	<b>NUMERO DE ITEMS</b>
<b>DOMINIO 1</b>	<b>100,0</b>	<b>0,35</b>	<b>7</b>
<b>DOMINIO 2</b>	<b>100,0</b>	<b>0,47</b>	<b>6</b>
<b>DOMINIO 3</b>	<b>87,5</b>	<b>0,61</b>	<b>3</b>
<b>DOMINIO 4</b>	<b>100,0</b>	<b>0,68</b>	<b>8</b>

En la tabla 22 se muestra el coeficiente de fiabilidad Alfa de Crombach para la escala y para los diferentes dominios o dimensiones. Como puede observarse la consistencia interna del cuestionario en todos los dominios está por debajo de 0,70, el coeficiente mas bajo corresponde al dominio 1 (Físico) con 0,35.

El total de respuestas obtenidas para cada dimensión se expresa en %. Como puede observarse en el Dominio 3 (Relaciones Sociales) el % de respuestas fue 87,5 debido a que dicho dominio incluía una pregunta acerca de la vida sexual que no fue contestada por todos los encuestado.

**TABLA 23. COEFICIENTE DE FIABILIDAD ALFA DE CRONBACH DEL CUESTIONARIO SF-36**

<b>DOMINIOS</b>	<b>TOTAL RESPUESTAS (%)</b>	<b>ALFA DE CROMBACH</b>	<b>NUMERO DE ÍTEMS</b>
<b>FUNCIÓN FÍSICA</b>	<b>100,0</b>	<b>0,87</b>	<b>10</b>
<b>ROL FÍSICO</b>	<b>100,0</b>	<b>0,88</b>	<b>4</b>
<b>DOLOR CORPORAL</b>	<b>100,0</b>	<b>0,85</b>	<b>2</b>
<b>SALUD GENERAL</b>	<b>100,0</b>	<b>0,76</b>	<b>5</b>
<b>VITALIDAD</b>	<b>100,0</b>	<b>0,82</b>	<b>4</b>
<b>FUNCIÓN SOCIAL</b>	<b>100,0</b>	<b>0,88</b>	<b>2</b>
<b>ROL EMOCIONAL</b>	<b>100,0</b>	<b>0,93</b>	<b>3</b>
<b>SALUD MENTAL</b>	<b>100,0</b>	<b>0,87</b>	<b>5</b>

En la tabla 23 se observa el coeficiente de fiabilidad Alfa de Crombach para el cuestionario SF-36. La consistencia interna en todos los dominios supera el coeficiente 0,75. Merece destacarse el Dominio Rol Emocional con una puntuación de 0,93.

### **4.3 - Análisis Inferencial**

#### **4.3.1. - Coeficientes de Correlación de Pearson.**

Para valorar la interdependencia entre las puntuaciones de las dimensiones del SF-36 y del Whoqol-Bref, se ha utilizado el Coeficiente de Correlación de Pearson.

**TABLA 24. COEFICIENTE DE CORRELACIÓN DE PEARSON ENTRE LOS DOMINIOS DEL CUESTIONARIO WHOQOL-BREF**

	DOM. 1	DOM. 2	DOM. 3	DOM. 4	WHO CV	WHO SALUD PERC.	WHO GLOBAL
<b>DOM. 1 Pearson SIG.Bilateral (0-100)</b>	<b>1</b>						
<b>DOM. 2 Pearson SIG.Bilateral (0-100)</b>	<b>0,38**</b>	<b>1</b>					
<b>DOM. 3 Pearson SIG.Bilateral (0-100)</b>	<b>0,43**</b>	<b>0,42**</b>	<b>1</b>				
<b>DOM. 4 Pearson SIG.Bilateral (0-100)</b>	<b>0,28*</b>	<b>0,45**</b>	<b>0,28*</b>	<b>1</b>			
<b>WHOQOL C.V SiG.Bilateral (0-100)</b>	<b>0,30**</b>	<b>0,39**</b>	<b>0,37**</b>	<b>0,45**</b>	<b>1</b>		
<b>WHQOL SALUD GENERAL SIG.Bilateral (0-100)</b>	<b>0,25*</b>	<b>0,35**</b>	<b>0,11</b>	<b>0,04</b>	<b>0,38**</b>	<b>1</b>	
<b>WHOQOL GLOB, Pearson SIG.Bilateral (0-100)</b>	<b>0,32**</b>	<b>0,43**</b>	<b>0,25*</b>	<b>0,23**</b>	<b>0,74**</b>	<b>0,91**</b>	<b>1</b>

(\*) La correlación es significativa al nivel de 0,05

(\*\*) La correlación es significativa al nivel de 0,01

En la tabla 24 se muestran los coeficientes de correlación de Pearson entre los diferentes Dominios del cuestionario WHOQOL-Bref, con indicación de la significación estadística.

El Dominio 1 (Físico) presenta correlación estadísticamente significativa  $p < 0,001$  con casi todos los dominios, a excepción del Dominio 4 (Medio ambiente) con

un coeficiente de 0,28 y la cuestión Whoqol Salud General autopercibida con un coeficiente 0,25, ambos con una significación de  $p < 0,05$ .

El Dominio 2 (Psicológico), se correlacionó significativamente con el resto de los Dominios del cuestionario ( $p < 0,01$ ).

El Dominio 3 (Relaciones Sociales), se correlacionó de forma significativa con el resto de los dominios, a excepción de la cuestión Whoqol Salud General que responde a la satisfacción con su salud, cuyo coeficiente fue 0,11 y la correlación no significativa.

El Dominio 4 (Medio Ambiente) se correlacionó de forma significativa con casi todos los dominios, a excepción de la cuestión Whoqol Salud General, con un coeficiente de 0,04 y ausencia de significación.

La cuestión Whoqol Calidad de Vida, que responde a la CV autopercibida de forma global, se correlacionó significativamente con todos los dominios ( $p < 0,01$ ) destacando la alta correlación con Whoqol global, con un coeficiente de 0,74.

La cuestión Whoqol Salud general o grado de satisfacción con la salud, se correlacionó significativamente con todos los dominios ( $p < 0,01$ ) destacando la alta correlación con Whoqol Global (media de ambas cuestiones, Whoqol Salud general y Whoqol Calidad de vida), con un coeficiente de 0,91.

**TABLA 25. COEFICIENTE DE CORRELACIÓN DE PEARSON ENTRE LOS DOMINIOS DEL CUESTIONARIO SF-36**

	PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH
<b>PF-Pearson SIG.Bilateral (0-100)</b>	<b>1</b>							
<b>RP-Pearson SIG.Bilateral (0-100)</b>	<b>0,75**</b>	<b>1</b>						
<b>BP-Pearson SIG.Bilateral (0-100)</b>	<b>0,54**</b>	<b>0,43**</b>	<b>1</b>					
<b>GH-Pearson SIG.Bilateral (0-100)</b>	<b>0,48**</b>	<b>0,37**</b>	<b>0,46**</b>	<b>1</b>				
<b>VT-Pearson SIG.Bilateral (0-100)</b>	<b>0,44**</b>	<b>0,42**</b>	<b>0,38**</b>	<b>0,56**</b>	<b>1</b>			
<b>SF-Pearson SIG.Bilateral (0-100)</b>	<b>0,46**</b>	<b>0,44**</b>	<b>0,36**</b>	<b>0,42**</b>	<b>0,62**</b>	<b>1</b>		
<b>RE-Pearson SIG.Bilateral (0-100)</b>	<b>0,32**</b>	<b>0,32**</b>	<b>0,22*</b>	<b>0,29**</b>	<b>0,43**</b>	<b>0,46**</b>	<b>1</b>	
<b>MH-Pearson SIG.Bilateral (0-100)</b>	<b>0,29**</b>	<b>0,28**</b>	<b>0,19</b>	<b>0,31**</b>	<b>0,68**</b>	<b>0,68**</b>	<b>0,34**</b>	<b>1</b>

(\*) La correlación es significativa al nivel de 0,05

(\*\*) La correlación es significativa al nivel de 0,01

En la tabla 25 se muestran los coeficientes de correlación de Pearson entre los diferentes Dominios del cuestionario SF-36.

Como puede observarse, todos los dominios se correlacionan entre sí de forma estadísticamente significativa ( $p < 0,01$ ) a excepción del dominio BP (Dolor corporal) con MH (Rol mental) con un coeficiente de 0,19 y ausencia de significación estadística.

**TABLA 26. COEFICIENTES DE CORRELACIÓN DE PEARSON ENTRE LOS DOMINIOS DEL CUESTIONARIO WHOQOL-BREF Y LOS DOMINIOS DEL CUESTIONARIO SF-36.**

	DOM. 1	DOM. 2	DOM. 3	DOM. 4	WHO C.V	WHO SALUD.	WHOQOL GLOBAL
<b>PF-Pearson SIG.Bilateral (0-100)</b>	<b>0,27**</b>	<b>0,24*</b>	<b>0,22*</b>	<b>0,23*</b>	<b>0,38**</b>	<b>0,49**</b>	<b>0,32**</b>
<b>RP-Pearson SIG.Bilateral (0-100)</b>	<b>0,29**</b>	<b>0,12</b>	<b>0,31**</b>	<b>0,24*</b>	<b>0,32**</b>	<b>0,32**</b>	<b>0,34**</b>
<b>BP-Pearson SIG.Bilateral (0-100)</b>	<b>0,06**</b>	<b>0,12</b>	<b>0,11</b>	<b>0,28**</b>	<b>0,24*</b>	<b>0,31**</b>	<b>0,18</b>
<b>GH-Pearson SIG.Bilateral (0-100)</b>	<b>0,20</b>	<b>0,32**</b>	<b>0,22*</b>	<b>0,29**</b>	<b>0,42**</b>	<b>0,48**</b>	<b>0,36**</b>
<b>VT-Pearson SIG.Bilateral (0-100)</b>	<b>0,29**</b>	<b>0,44**</b>	<b>0,31**</b>	<b>0,37**</b>	<b>0,35**</b>	<b>0,27 **</b>	<b>0,53**</b>
<b>SF-Pearson SIG.Bilateral (0-100)</b>	<b>0,16</b>	<b>0,12</b>	<b>0,26*</b>	<b>0,18</b>	<b>0,21*</b>	<b>0,28**</b>	<b>0,29**</b>
<b>RE-Pearson SIG.Bilateral (0-100)</b>	<b>0,22*</b>	<b>0,15</b>	<b>0,30**</b>	<b>0,28**</b>	<b>0,22**</b>	<b>0,27*</b>	<b>0,39**</b>
<b>MH-Pearson SIG.Bilateral (0-100)</b>	<b>0,20</b>	<b>0,26*</b>	<b>0,21</b>	<b>0,28**</b>	<b>0,18</b>	<b>0,22*</b>	<b>0,35**</b>

(\*) La correlación es significativa al nivel 0,05

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

En la tabla 26 se muestran los coeficientes de correlación de Pearson entre los Dominios del cuestionario WHOQOL-Bref con los del cuestionario SF-36.

El Dominio PF (Función Física) del cuestionario SF-36 muestra correlación estadísticamente significativa con todos los dominios del Whoqol-Bref y las cuestiones Whoqol Calidad de Vida, Whoqol Salud y Whoqol Global ( $p < 0,01$ )

El Dominio RP (Rol Físico) del cuestionario SF-36, muestra correlación estadísticamente significativa con los Dominios 1 (Físico), 3 (Relaciones Sociales) 4

(Medio Ambiente) y con las cuestiones Whoqol Calidad de Vida, Whoqol Salud y Whoqol Global, siendo  $p < 0,01$ . No hubo correlación con el dominio 2 (Psicológico).

El Dominio BP (Dolor Corporal) del cuestionario SF-36, mostró correlación estadísticamente significativa con los Dominios 1 (Físico) 4 (Medio ambiente) y con las cuestiones Whoqol Calidad de Vida y Whoqol Salud,  $p < 0,01$ . No hubo correlación significativa con Whoqol Global, ni con los Dominios 2 (Psicológico) y 3 (Relaciones Sociales).

El Dominio GH (Salud General) del cuestionario SF-36 muestra correlación estadísticamente significativa con casi todos los Dominios,  $p < 0,01$ . No hubo significación con el dominio 1 (Físico).

El Dominio VT (Vitalidad) del cuestionario SF-36 muestra correlación estadísticamente significativa ( $p < 0,01$ ), con todos los dominios del cuestionario, obteniendo el coeficiente de correlación mas alto de 0,53, con el Whoqol global.

El Dominio SF (Función Social) del cuestionario SF-36, muestra correlación estadísticamente significativa ( $p < 0,01$ ) solo con el Dominio 3 (Relaciones Sociales) y con las cuestiones Whoqol Calidad de Vida, Whoqol Salud y con Whoqol global a nivel de  $p < 0,01$ .

El Dominio RE (Rol Emocional) del cuestionario SF-36, muestra correlación estadísticamente significativa con casi todos los dominios y cuestiones. No se observó correlación significativa con el Dominio 2 (Psicológico).

El Dominio MH (Salud Mental) del cuestionario SF-36, muestra correlación estadísticamente significativa con los Dominios 2 (Psicológico), 4 (Medio Ambiente) y con la cuestión Whoqol Salud y Whoqol Global. No se observó correlación significativa con los dominios 1(Físico) 3(Relaciones Sociales) y cuestión Whoqol Calidad de Vida general.



### 4.3.2 - Índice de KAPPA.

Para analizar el grado de concordancia entre ambos cuestionarios de CVRS, se ha utilizado el Índice de KAPPA.

**TABLA 27. ANÁLISIS DE CONCORDANCIA MEDIANTE EL ÍNDICE KAPPA DE LAS PUNTUACIONES MEDIAS DE LAS DIMENSIONES Y GLOBALES DE AMBOS CUESTIONARIOS, WHOQOL-BREF Y SF-36**

WHOQOL		SF-36							
		PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH
<b>DIMENSION 1</b>	<b>KAPPA</b>	0,09	0,04	0,02	0,16	0,16	0,03	<b>0,18</b>	0,06
	<b>SIGNIFICAC.</b>	<0,05							
	<b>COINCIDENCIA</b>	55	53	49	54	55	52	57	52
	<b>%</b>	62,5	60,2	55,7	61,4	62,5	59,1	64,8	59,1
<b>DIMENSION 2</b>	<b>KAPPA</b>	0,14	0,16	0,15	<b>0,39</b>	<b>0,49</b>	0,16	<b>0,21</b>	0,15
	<b>SIGNIFICAC.</b>	<0,001		<0,001		<0,05			
	<b>COINCIDENCIA</b>	62	62	58	65	70	61	62	59
	<b>%</b>	70,5	70,5	65,9	73,9	79,5	69,3	70,5	67,0
<b>DIMENSION 3</b>	<b>KAPPA</b>	<b>0,23</b>	0,14	0,19	<b>0,25</b>	0,19	0,14	<b>0,26</b>	<b>0,21</b>
	<b>SIGNIFICAC.</b>	<0,05			<0,05			<0,01	<0,05
	<b>COINCIDENCIA</b>	53	50	50	51	50	50	53	51
	<b>%</b>	68,8	64,9	64,9	66,2	64,9	64,9	68,8	66,2
<b>DIMENSION 4</b>	<b>KAPPA</b>	0,14	0,16	<b>0,26</b>	0,18	<b>0,38</b>	0,09	<b>0,33</b>	<b>0,27</b>
	<b>SIGNIFICAC.</b>	<0,05			<0,001			<0,01	<0,01
	<b>COINCIDENCIA</b>	62	62	62	57	66	59	66	63
	<b>%</b>	70,5	70,5	70,5	64,8	75,0	67,0	75,0	71,6
		<b>SF-36 TOTAL</b>							
<b>WHOQOL GLOBAL</b>	<b>KAPPA</b>	<b>0,37</b>							
	<b>SIGNIFICAC.</b>	<0,001							
	<b>COINCIDENCIA</b>	74							
	<b>%</b>	84,1							

En la tabla 27 se muestra el análisis de concordancia entre las puntuaciones medias (escala 0-100) de las dimensiones de ambos cuestionarios, mediante el índice de Kappa, con indicación de la significación estadística, así como la concordancia entre la puntuación media de todas las dimensiones SF-36 (suma promediada) y Whoqol Global (media de las cuestiones Whoqol CV y Whoqol Salud ). El Índice de Kappa Global,  $K = 0,37$ , muestra una alta significación estadística ( $p < 0,001$ ), pudiendo considerarse prácticamente como moderado al encontrarse en los límites entre bajo y moderado, según valores de referencia (Landis y Koch,1997).

**TABLA 28. ANÁLISIS DE CONCORDANCIA MEDIANTE EL ÍNDICE KAPPA ENTRE LAS PUNTUACIONES GLOBAL DEL WHOQOL-BREF Y PROMEDIO DEL SF-36, CATEGORIZADAS SEGÚN PERCEPCIÓN ALTA Y BAJA DE LA CVRS**

		SF-36 TOTAL		Total	
		PERCEPCIÓN			
WHOQOL GLOBAL	BAJA	Recuento	BAJA	ALTA	Total
			R.Tipificados	3,01	
WHOQOL GLOBAL	ALTA	Recuento	BAJA	ALTA	Total
		R.Tipificados	-1,37	0,52	
<b>Total</b>			<b>11</b>	<b>77</b>	<b>88</b>

En la tabla 28 se muestra el Índice de Kappa utilizado para valorar la concordancia o reciprocidad de ambos cuestionarios WHOQOL-Bref y SF-36. Para su valoración se han categorizado de forma dicotómica las puntuaciones, según Percepción Alta y Baja de la CVRS, tomando como punto de corte 60, en la escala 0-100 utilizada para homogeneizar las puntuaciones crudas de ambos cuestionarios.

Para el cuestionario SF-36 se han promediado las puntuaciones de las ocho dimensiones. Para el cuestionario Whoqol-Bref, se ha utilizado la media de las cuestiones independientes, Whoqol Calidad de Vida y Whoqol Salud, que se resumen como Whoqol Global. El número de sujetos concordantes para una percepción alta de calidad de vida con ambos cuestionarios es de 68, lo que representa un 77,27%. Si se añaden los concordantes con percepción baja de su CV, el número de alumnos asciende a 74 (84%). El resultado del análisis de concordancia de ambos cuestionarios a través el índice de Kappa ( $k= 0,37$ ) es sin embargo, significativamente bajo ( $p<0,001$ ), aunque se aproxima a moderado (0,4-0,6) según valores de referencia (Landis y Koch, 1997).

### 4.3.3 - Pruebas no paramétricas (U de Mann-Whitney y W de Wilcoxon).

Para el contraste de medias según género y práctica de Actividad Física, se han utilizado estadísticos no paramétricos.

**TABLA 29. CONTRASTE DE MEDIAS SEGÚN PRACTICA DE ACTIVIDAD FÍSICA, PARA LAS DIMENSIONES WHOQOL-BREF.**

<b>CONTRASTE NO PARAMÉTRICO SEGÚN ACTIVIDAD FÍSICA</b>											
<b>WHOQOL-BREF</b>	WHOQOL DOMINIO 1	WHOQOL DOMINIO 2	WHOQOL DOMINIO 3	WHOQOL DOMINIO 4	DOMINIO 1 (0-100)	DOMINIO 2 (0-100)	DOMINIO 3 (0-100)	DOMINIO 4 (0-100)	WHOQOL C. VIDA (0-100)	WHOQOL SALUD (0-100)	WHOQOL GLOBAL (0-100)
U de Mann-Whitney	653,50	644,50	583,50	664,50	653,50	644,50	583,50	664,50	587,50	646,50	640,50
W de Wilcoxon	884,50	2922,50	814,50	895,50	884,50	2922,50	814,50	895,50	818,50	877,50	871,50
Z	-0,49	-0,58	-0,05	-0,38	-0,49	-0,58	-0,05	-0,38	-1,42	-0,61	-0,65
Sig. asintót. (bilateral)	0,62	0,56	0,96	0,70	0,62	0,56	0,96	0,70	0,16	0,54	0,52

En la tabla 29 se muestra el contraste de medias para las puntuaciones crudas y transformadas (escala 0-100) de las dimensiones y cuestiones Whoqol-Bref, según practica de actividad física. Para el contraste se han utilizado medidas no paramétricas.

Como puede observarse no se ha obtenido significación estadística en ninguna de las dimensiones y cuestiones contrastadas.

**TABLA 30. CONTRASTE DE MEDIAS SEGÚN GÉNERO PARA LAS DIMENSIONES WHOQOL-BREF.**

<b>CONTRASTE NO PARAMÉTRICO SEGÚN SEXO</b>											
<b>WHOQOL-BREF</b>	WHOQOL DOMINIO 1	WHOQOL DOMINIO 2	WHOQOL DOMINIO 3	WHOQOL DOMINIO 4	DOMINIO 1 (0-100)	DOMINIO 2 (0-100)	DOMINIO 3 (0-100)	DOMINIO 4 (0-100)	WHOQOL C. VIDA (0-100)	<b>WHOQOL SALUD (0-100)</b>	WHOQOL GLOBAL (0-100)
U de Mann-Whitney	721,50	784,00	629,00	767,50	721,50	784,00	629,00	767,50	830,50	613,00	691,50
W de Wilcoxon	1156,50	2554,00	1035,00	1202,50	1156,50	2554,00	1035,00	1202,50	1265,50	2383,00	2461,50
Z	-1,20	-0,64	-0,61	-0,78	-1,20	-0,64	-0,61	-0,78	-0,28	-2,35	-1,53
Sig. asintót. (bilateral)	0,23	0,52	0,54	0,43	0,23	0,52	0,54	0,43	0,78	<b>0,02</b>	0,13

En la tabla 30 se muestra el contraste de medias para las puntuaciones crudas y transformadas (escala 0-100) de las dimensiones y cuestiones Whoqol-Bref, según género. Para el contraste se han utilizado medidas no paramétricas. Como puede observarse existen diferencias significativas ( $p < 0,02$ ) entre hombres y mujeres para la cuestión Whoqol Salud, entendida como satisfacción con la salud general.

**TABLA 31. CONTRASTE DE MEDIAS SEGÚN PRACTICA DE ACTIVIDAD FÍSICA, PARA LAS DIMENSIONES SF-36.**

<b>CONTRASTE NO PARAMÉTRICO SEGÚN ACTIVIDAD FÍSICA</b>								
<b>SF-36</b>	<b>FUNC. FÍSICA</b>	<b>ROL FÍSICO</b>	<b>DOLOR CORPORAL</b>	<b>SALUD GENERAL</b>	<b>VITAL</b>	<b>FUNCION SOCIAL</b>	<b>ROL EMOC</b>	<b>SALUD MENTAL</b>
U de Mann-Whitney	589,000	565,000	562,500	701,000	608,000	636,000	650,000	701,000
W de Wilcoxon	820,000	796,000	793,500	932,000	839,000	2914,000	881,000	2979,000
Z	-1,131	-2,197	-1,408	-,025	-,937	-,678	-,801	-,025
Sig. asintót. (bilateral)	,258	<b>,028</b>	,159	,980	,349	,498	,423	,980

En la tabla 31 se muestra el contraste de medias para las puntuaciones transformadas (escala 0-100) de las dimensiones SF-36, según practica de Actividad Física. Para el contraste se han utilizado medidas no paramétricas. Como puede observarse existen diferencias significativas ( $p < 0,02$ ) entre los alumnos que practican frente a los que no practican ejercicio para la dimensión Rol Físico.

**TABLA 32. CONTRASTE DE MEDIAS SEGÚN GÉNERO, PARA LAS DIMENSIONES SF-36.**

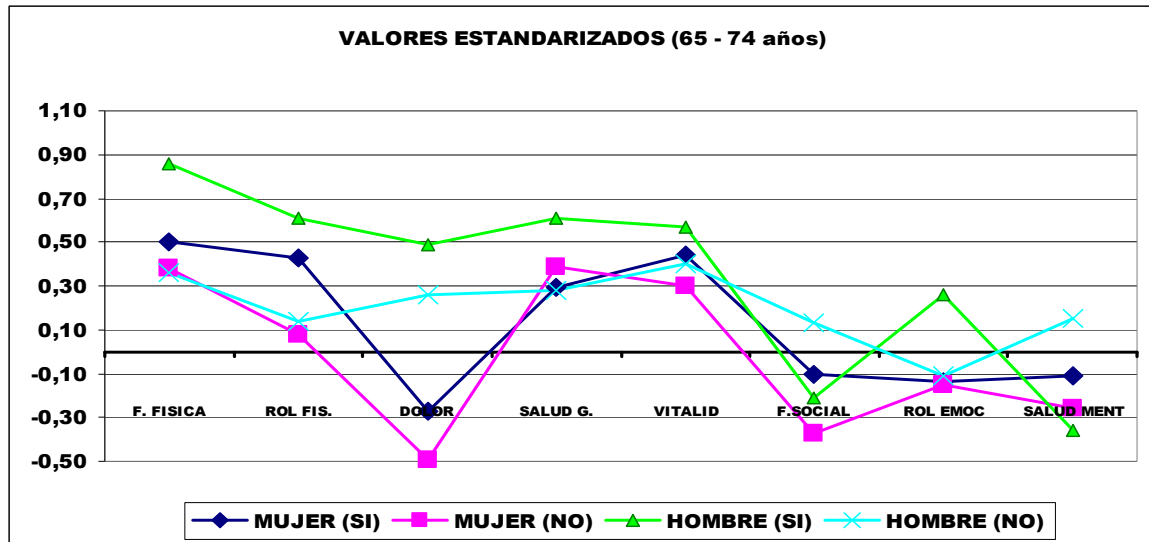
CONTRASTE NO PARAMÉTRICO SEGÚN GÉNERO								
SF-36	FUNC. FISICA	ROL FISICO	DOLOR CORPOR	SALUD GENERAL	VITAL	FUNC. SOCIAL	ROL EMOC	SALUD MENTAL
U de Mann-Whitney	532,000	759,500	408,000	725,000	764,500	833,000	769,000	832,500
W de Wilcoxon	2302,000	2529,500	2178,000	2495,000	2534,500	2603,000	2539,000	1267,500
Z	-2,907	-1,381	-4,058	-1,162	-,236	-,216	-1,174	-,205
Sig. asintót. (bilateral)	<b>,004</b>	,176	<b>,000</b>	,245	,417	,829	,240	,838

En la tabla 32 se muestra el contraste de medias para las puntuaciones transformadas (escala 0-100) de las dimensiones SF-3, según género. Para el contraste se han utilizado medidas no paramétricas. Como puede observarse existen diferencias significativas entre los alumnos del Aula de Mayores, hombres y mujeres, para las dimensiones Función Física ( $p < 0,004$ ) y Dolor Corporal ( $p < 0,00$ ).

**TABLA 33. VALORES ESTANDARIZADOS Y AGREGADOS (PESOS ESPAÑOLES PERC. 65-74 AÑOS)**

		F. FISICA	ROL FIS.	DOLOR	SALUD G.	VITALID	F.SOCIAL	ROL EMOC	SALUD MENT
<b>MUJER</b>	<b>SI</b>	<b>0,50</b>	<b>0,43</b>	<b>-0,27</b>	<b>0,29</b>	<b>0,44</b>	<b>-0,10</b>	<b>-0,14</b>	<b>-0,11</b>
		0,084	0,074	0,127	0,119	0,111	0,136	0,166	0,125
	<b>N</b>	<b>0,38</b>	<b>0,08</b>	<b>-0,49</b>	<b>0,39</b>	<b>0,30</b>	<b>-0,37</b>	<b>-0,15</b>	<b>-0,26</b>
	<b>O</b>	0,231	0,261	0,208	0,212	0,254	0,328	0,301	0,280
<b>HOMBRE</b>	<b>SI</b>	<b>0,86</b>	<b>0,61</b>	<b>0,49</b>	<b>0,61</b>	<b>0,57</b>	<b>-0,21</b>	<b>0,26</b>	<b>-0,36</b>
		0,093	0,000	0,120	0,150	0,130	0,226	0,148	0,212
	<b>N</b>	<b>0,36</b>	<b>0,14</b>	<b>0,26</b>	<b>0,28</b>	<b>0,40</b>	<b>0,13</b>	<b>-0,11</b>	<b>0,15</b>
	<b>O</b>	0,382	0,326	0,156	0,383	0,269	0,323	0,391	0,270

**GRÁFICO 1. VALORES ESTANDARIZADOS SEGÚN POBLACIÓN ESPAÑOLA DE 65-74 AÑOS**



La tabla 33 y gráfico 1 muestran las medias con sus correspondientes errores estándar de las puntuaciones estandarizadas del instrumento SF-36 de nuestra muestra, según el grupo de edad correspondiente de la población española (65-74 años). Como puede observarse la dimensión Función Física en los hombres que practican actividad física alcanza valores mucho más altos que en las mujeres que practican, mientras que en ambos géneros la puntuación es similar y muy por debajo cuando no practican ejercicio. Para la dimensión dolor, la puntuación de las mujeres es mucho más baja que la de los hombres practiquen o no Act. Física. Para el resto de las dimensiones se observa un patrón similar en hombres y mujeres con mejores puntuaciones cuando ambos practican ejercicio físico, a excepción de salud mental y función social en hombres entre sí y también con relación a las mujeres.

## *V - DISCUSIÓN*



“No envejecas antes de tiempo: valora la vida hasta el final”.  
Zenaida Bacardí de Argamasilla

## 5.1 - Discusión de la metodología utilizada

Para el presente estudio se ha seleccionado una muestra de alumnos del Aula de Mayores, con sede en Granada capital, por tratarse de una muestra homogénea en la que se ha probado y comunicado la bondad de la intervención del Programa Formativo del Aula, en las diferentes dimensiones que intervienen en la calidad de vida de las personas mayores, contribuyendo a su bienestar físico, mental y social, en el marco de las recomendaciones de la OMS para un envejecimiento activo.

El Programa de Formación del Aula en la actualidad se encuentra plenamente consolidado y da respuesta a las demandas del colectivo de mayores que participan en el mismo, personas mayores de 50 años, a las que se admite sin ninguna otra exigencia que su propio interés en las diferentes actividades educativas ofertadas, siendo para nosotros una muestra óptima en la que comparar sendos instrumentos de CVRS, Whoqol-Bref y SF-36.

En cuanto a los cuestionarios de CVRS, un trabajo previo, realizado en Brasil con 70 personas mayores que participaban en grupos de convivencia, utilizando la versión reducida del cuestionario Whoqol-Bref, validada para población brasileña, (Oliveira Neto y cols. 2006), mostró niveles aceptables para la CVRS de la muestra, aunque la consistencia interna del instrumento y de sus diferentes dimensiones no resultó plenamente satisfactoria, estando los coeficientes alfa de fiabilidad, por debajo de 0,70 en todas las dimensiones a excepción de la función física. En Brasil, no existen en la actualidad instrumentos específicos para evaluar la calidad de vida de las personas mayores, y en otros países son también escasos, respondiendo preferentemente a la evaluación específica de la CV en diferentes patologías o en su caso para ancianos frágiles como ocurre con el Geriatric Quality of Life Questionnaire (Guyatt 1993).

En nuestro estudio de Brasil, se optó por la utilización de un cuestionario genérico, debido a su naturaleza multidimensional, autoadministrado y abreviado, para no desinteresar ni cansar a los mayores y completar su aplicación en un lapso de tiempo reducido y fundamentalmente se eligió el Whoqol-Bref por ser un instrumento



transcultural, elaborado por la propia OMS como respuesta a su compromiso de ofrecer un instrumento de medida genérico, que contemplará una visión holística de la salud.

No obstante, los resultados de su validación y adaptación en diferentes países, no lo recomiendan como un instrumento de utilización preferente.

El cuestionario SF-36, quizás sea en la actualidad el instrumento de medida del estado de salud más ampliamente utilizado a nivel mundial. Se trata también de un instrumento genérico, autoadministrado, traducido y validado en España y Brasil, que dispone de normas poblacionales de referencia (Alonso y cols. 1998), al haberse administrado a una muestra representativa de la población general. Así, las normas poblacionales pueden utilizarse para evaluar cuantitativa y cualitativamente el beneficio de una intervención, como puede ser la que representa el Programa Formativo del Aula de Mayores. Además, las normas poblacionales de diferentes países y la semejanza de sus puntuaciones deben permitir la comparabilidad de los resultados obtenidos en muestras transculturales, lo que resulta de gran interés en el futuro para planificar estudios de salud percibida en Brasil y España.

Se ha planteado la utilización de un estudio transversal o de prevalencia, para la recogida de información de una sola vez, en una determinada población y en un momento dado, con el objetivo de comparar las puntuaciones obtenidas con ambos instrumentos, Whoqol-Bref y SF-36, permitiendo un estudio descriptivo y analítico, puesto que obtenemos estimaciones generales y entre subgrupos, hombres y mujeres que practican o no ejercicio físico, así como relaciones entre variables, siendo a su vez un estudio correlacional.

## **5.2 - Discusión de los resultados obtenidos**

En ese apartado se muestra la discusión de los resultados, derivada del análisis de los datos sociodemográficos y práctica de actividad física, y puntuaciones de los cuestionarios de medición de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), WHOQOL-Bref y SF-36, administrados a una muestra de 88 alumnos del Aula de Mayores de la Universidad de Granada, en su mayoría practicantes de actividad física.

### 5.2.1- Análisis Sociodemográfico y práctica de Ejercicio Físico

La primera variable sociodemográfica analizada, el sexo, muestra un porcentaje elevado de mujeres 67% (59) frente a 33% (29) hombres. Esta diferencia significativa de sexo con un porcentaje más elevado de mujeres en la muestra, es una evidencia en casi todas las investigaciones que tienen como enfoque la población de mayores. Osorio (2006) subraya que cuando se habla de longevidad, directamente cruzamos con el tema género, donde las mujeres viven más que los hombres, mientras que estadísticamente nacen más hombres en todo el mundo.

La feminización en la vejez es una realidad, ese hecho poco relevante en el pasado, por el número reducido de personas mayores, actualmente es una realidad social importante en las sociedades avanzadas. Las mujeres de más de 64 años son ya 1/10 en la población española (Pérez, 2006).

De acuerdo con las características sociodemográficas esperadas, se observa que la participación de las mujeres mayores, en actividades fuera del hogar, representa un porcentaje más elevado con relación a los hombres, principalmente en actividades culturales y socioeducativas.

La edad promedio de la muestra fue de 60 años<sup>18</sup>, para un rango de 60 a 75 años. Al estratificar por grupos, el mayor porcentaje de edad de la muestra fue 60-65, con un 58% de la población estudiada. A pesar de que la edad mínima de admisión en el Aula es de 50 años, es en edades algo más avanzadas cuando se solicita el acceso prioritariamente.

---

<sup>18</sup>La OMS (2001) Salud y envejecimiento: Un documento para el debate, considera personas “mayores” a mujeres y hombres que tienen 60 años o más. Esta edad puede parecer “joven” en algunas regiones desarrolladas donde la mayoría de las personas de más de 60 años de edad goza de un nivel de vida positivo y de buena salud. Sin embargo, es probable que la edad de 60 años sea fiel reflejo de la vejez en los países en vías de desarrollo, donde las personas no disfrutaron en los primeros años de sus vidas de todas aquellas ventajas que llevan a una vejez saludable. Además, la edad de 60 y más años se usa actualmente en todas las previsiones demográficas de las NN.UU. para describir las edades “más avanzadas”.

En cuanto al estado civil, se observa una similitud entre la frecuencia de casados (vivir en pareja) y vivir sólo (soltero, viudo y separado), con un 50% para cada situación. Es importante resaltar que para el género femenino, hay más mujeres que viven solas,  $n=36$  de las 59 mujeres de la muestra, lo que también es un dato esperado acerca de la mayor longevidad y adaptación social de las mujeres. En los hombres ocurre lo contrario, pues solo 11 de los 29 de la muestra, viven solos.

Según el nivel de estudios de la muestra, un 56,8% son universitarios. Este es un dato importante, ya que se trata del nivel académico o escolar alcanzado antes de acudir al Aula de Mayores. El 34,1% tenían estudios secundarios, y el 9,1% estudios primarios. A pesar de que la selección para ingresar en el Aula de Mayores de la Universidad no exige ningún nivel de estudios previo, como requisito para la admisión, es indudable que el término “universidad” ejerce un efecto selectivo por sí mismo y muchas personas se autolimitan ellas mismas. El efecto final, es el de un grupo de mayores con una experiencia de vida, en cuanto a nivel educacional y de recursos económicos, por encima de la media general de la población de referencia según edad y género.

Así, con relación al salario familiar, el 53,4% perciben tres veces el salario mínimo, y un 30,7% percibe más de tres veces el salario mínimo. Se trata por tanto de una muestra con unas condiciones económicas favorables, que representan un grado de autonomía deseable para cualquier persona de su edad. La participación de estos mayores en Aula Permanente de Formación Abierta de la Universidad de Granada, se ve favorecida no solo por su nivel educativo, sino también por su poder adquisitivo, que les permite participar en actividades socio-educativas, culturales y deportivas, por ser un grupo económicamente suficiente.

En cuanto a la *práctica de actividad física*, la participación en actividades de este tipo alcanza a la mayoría de la muestra y con una frecuencia similar para ambos sexos, ya que el 72,0% de mujeres y el 73,0% hombres practican actividad física. Existe un programa de ejercicio físico ofertado por la Universidad de Granada, que favorece la participación de los mayores en dicha actividad. Mahecha (2002) apunta que uno de los factores más importantes de morbi-mortalidad en el envejecimiento, es la disminución del nivel de actividad física. Una de las principales estrategias para disminuir los efectos

del envejecimiento, es evitar la disminución de la actividad física que suele ocurrir con la edad. En este sentido el Aula de Mayores de la UGR, no solo oferta el programa, sino también la motivación de este grupo de mayores que de una forma mayoritaria y sin distinción de género, saben incorporar a su estilo de vida.

El 89,1% de las mujeres y el 100,0% de los hombres, llevan practicando más de un año actividad física. Estos datos son coherentes con lo expresado en el párrafo anterior, acerca de la incorporación del ejercicio a su estilo de vida. La intensidad, duración y frecuencia, son componentes integrales y fundamentales de los programas de actividad física satisfactorios para disminuir los efectos negativos del envejecimiento, contribuyendo a la salud y mejoría de la calidad de vida. Paffenbarger (1986) informa que como promedio, ganamos 2,15 años de vida como beneficio de la actividad física.

El tipo de ejercicio también es importante en relación con las características de esta población. Para el 52,2% de las mujeres y el 52,4% de los hombres, caminar es el tipo de ejercicio preferido y más practicado. González (2005) subraya que la práctica de ejercicio aerobio es de gran importancia ya que mejora la eficacia cardíaca, la capacidad respiratoria y la postura. Hay que tener en cuenta que las personas mayores llegan a rangos aeróbicos menores que otros grupos de edad; siendo necesario valorar la frecuencia cardíaca para controlar la intensidad del ejercicio.

La frecuencia del ejercicio representa uno de los factores de mayor interés para obtener y mantener los efectos beneficiosos del ejercicio. En la muestra del Aula de Mayores se observan diferencias de género, mientras el 41,3% de las mujeres practica actividad física tres días por semana, el 52,4% de los hombres, practica actividad física cinco días por semana. Para Mahecha (2002), sesiones cortas de treinta minutos por día, la mayoría de los días de la semana, tanto de forma continua como en fracciones de 10 a 15 minutos con intensidad moderada, resultan beneficiosas para la salud.

Los alumnos del Aula Permanente de Formación Abierta de la Universidad de Granada, con sede en la capital, responden al siguiente perfil: Tienen una edad media superior a 60 años, en su mayoría son mujeres que viven solas, con un nivel educacional y económico alto y disfrutan de un alto grado de independencia. Más de 2/3 tanto de

varones como de mujeres, practican actividad física de forma regular, preferentemente caminata, como mínimo tres veces por semana

### **5.2.2 - Análisis de las puntuaciones de CVRS obtenidas con los instrumentos WHOQOL-BREF Y SF-36.**

La animación sociocultural con personas mayores, se orienta al desarrollo de la autonomía e independencia de la persona mayor; y al desarrollo de la capacidad de relación, en donde se pretende fomentar la creación de redes sociales, y de manera especial encuentros intergeneracionales, favoreciendo la mejoría de la calidad de vida a través de un envejecimiento activo ( Gonzalez-Celis, et al 2005).

El objetivo central de la intervención sociocultural con personas mayores es desarrollar la autonomía, participación e integración de las personas mayores en su propio entorno a través de actividades sociales, culturales y educativas, sin perder de vista que lo importante es la manera de utilizar la actividad, de tal forma que provoque participación y desarrollo de procesos autorganizativos en las personas que las realizan.

Las puntuaciones medias globales obtenidas por los alumnos del Aula en los diferentes dominios o dimensiones del cuestionario WHOQOL-BREF, se sitúan entre 61,24 y 66,05. Cada dimensión se puntúa por separado y se transforma en una escala de 0-100. Cuanto más próximas a cien estén las puntuaciones, mejor es la calidad de vida para esa dimensión, no permitiendo el cuestionario una puntuación única de CV. En nuestra muestra la media de todas las dimensiones está por encima de 60, siendo el componente físico donde se obtienen las puntuaciones más bajas, el cuál incluye las facetas de dolor, dependencia, movilidad, sueño... y la media más alta con 66,05 puntos, corresponde al dominio 4 (Medio Ambiente) que parece ser el de mayor influencia en la vida actual de los alumnos, y comprende las cuestiones relativas a su entorno, como seguridad física y protección, entorno físico, recursos económicos, oportunidades para adquisición de información / habilidades, hogar, cuidados de salud y sociales: disponibilidad / calidad, transporte. Los alumnos mayores de nuestra

muestra, con el perfil descrito (situación socio-económica satisfactoria) y en el contexto del Aula de mayores, donde participan de numerosas actividades educativas relacionadas con la salud, culturales, de relación social, y práctica de ejercicio físico, se sienten satisfechos con su salud de forma global y perciben su CV como buena ya que se sienten realmente privilegiados al participar de las actividades del Aula, lo que sin duda contribuye a mejorar su autoestima, ejerciendo una retroalimentación positiva. Las dos preguntas sobre calidad de vida global y salud general, permiten obtener una puntuación independiente de las de los dominios, (WHOQOL-BREF, 1996). Estas cuestiones muestran la percepción global de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud de los alumnos y su puntuación media es de 71,16, como expresión de la autopercepción global de la CV y satisfacción con la salud en el presente.

Cuando se categoriza la muestra total por género, (total de hombres y total de mujeres, tablas 14 y 15) las puntuaciones Whoqol son mas bajas en los hombres en casi todas las dimensiones, excepto en la satisfacción con la salud, que evidencia la percepción satisfactoria que experimentan los hombres del Aula, con su participación en el Programa Formativo.

Al estratificar por sexo y practica de ejercicio físico, las puntuaciones de las mujeres para las dimensiones Whoqol, no reflejan diferencias, excepto en la cuestión de CV autopercebida de forma general, en la que las puntuaciones se distancian en 6 puntos (75,54 frente 69,23), siendo mejor la autopercepción de su CV en las mujeres que practican ejercicio. Respecto a los hombres, en las dimensiones 2, 3 y 4, las puntuaciones son algo superiores en los que no practican ejercicio. Sin embargo, en las cuestiones independientes, los hombres que hacen ejercicio también se sienten más satisfechos con su salud y perciben mejor su calidad de vida de forma general. Una posible explicación para interpretan las diferencias entre las puntuaciones de los dominios no solo entre los hombres que hacen y no hacen ejercicio, sino también entre hombres y mujeres, podría ser que los hombres que se interesan por los programas formativos del Aula, incluidos los de ejercicio físico, son un grupo cuantitativamente menor que el de las mujeres y probablemente su participación en el Aula se deba a la necesidad de soporte relacional, para mejorar su salud y CV. Este hecho justificaría la distancia entre las puntuaciones obtenidas en las dimensiones que integran diferentes

cuestiones y en las cuestiones globales, donde se valora de forma general la satisfacción con su vida en ese momento, en el que el Aula está proporcionando bienestar (Buz y cols).

Por su parte, las puntuaciones medias obtenidas en los diferentes dominios del cuestionario SF-36 por todos los alumnos del Aula, se encuentran por encima de 70 puntos, las dimensiones Salud mental, Dolor corporal y Vitalidad; por encima de 80 puntos, las dimensiones Función física, Función social y Rol emocional y en los extremos, Salud general con 66 puntos y Rol físico con 91. En todos los dominios las puntuaciones fueron superiores a las obtenidas con el cuestionario Whoqol-bref. Cuando se comparan las puntuaciones medias SF-36 de nuestra muestra con las obtenidas para la población general española, los resultados son muy similares de forma global y por género (Alonso 1998) mereciendo reseñarse la puntuación media de Rol Físico, 91,47 en nuestra muestra frente a 83,2 en la población española de referencia, incluso la dimensión Vitalidad, 71,59 en nuestra muestra frente a 66,9 en la población española general. La alta puntuación obtenida en la dimensión Función física, evidencia que los mayores del Aula Permanente no tienen limitaciones de interés para realizar el trabajo u otras actividades cotidianas como consecuencia de su salud física. La alta puntuación obtenida en la dimensión Rol Físico, justifica la elevada participación de los alumnos en el programa de actividad física, el 73% de las mujeres, y el 72% de los hombres.

Cuando se categoriza la muestra total por género, (total de hombres y total de mujeres, tablas 19 y 21) las puntuaciones SF-36 son mas altas en los hombres en casi todas las dimensiones, a diferencia de lo observado con el cuestionario Whoqol. Sin embargo los hombres muestran puntuaciones no solo más bajas que las mujeres, sino muy bajas en términos absolutos en el dominio Salud mental y en el de limitaciones de Rol por cuestiones de tipo emocional.

Al estratificar por práctica de actividad física, las puntuaciones de Rol físico difieren sustancialmente entre las mujeres que hacen ejercicio con 92 puntos de media, frente a las que no hacen con 78 puntos de media. Las puntuaciones de Dolor corporal también se distancian en ambos subgrupos de mujeres, con 69 puntos frente a 62 a

favor de las que practican ejercicio que tienen menos dolor y mejor CV por lo tanto. La puntuación de la dimensión Función social también es superior en las mujeres que practican ejercicio.

En los hombres que practican actividad física, las puntuaciones medias de casi todas las dimensiones son más altas que en los que no practican ejercicio. Merecen destacarse las medias obtenidas en Función física, 92 frente a 78. Para las dimensiones Vitalidad y Rol emocional, las puntuaciones son más altas en los hombres que no hacen ejercicio y todos los hombres en general obtienen puntuaciones muy bajas en salud mental, muy por debajo de las obtenidas por las mujeres del estudio. Los hombres del Aula presentan un perfil de CVRS diferente al de las mujeres, a juzgar por las puntuaciones obtenidas en las dimensiones SF-36. En los hombres que hacen ejercicio, aunque no puede decirse que su Estado Funcional afecte su CV, ya que las puntuaciones de las dimensiones implicadas en el mismo (Función física; Función social; Limitaciones de rol por problemas físicos y por problemas emocionales) son más altas que las de las mujeres y que las de la población española de referencia, a excepción de Rol emocional, sin embargo su Bienestar emocional, representado por las dimensiones Salud mental y Vitalidad, donde ellos obtienen las puntuaciones más bajas, se encuentra disminuido y posiblemente esa sea la razón por la que buscan participar en la programación de actividad física, la cuál pueden realizar ya que no tienen limitaciones por problemas físicos pero sí por problemas emocionales, como ponen de manifiesto las puntuaciones Rol emocional y Salud mental.

### **5.2.3 - Consistencia interna de los cuestionarios en nuestra muestra**

Para verificar la consistencia interna de los ítems que componen los diferentes dominios de los cuestionarios utilizados en nuestro estudio, hemos utilizado el coeficiente de fiabilidad Alfa de Cronbach.

Para el cuestionario WHOQOL-Bref, el coeficiente de fiabilidad alfa, fue inferior a 0,70 en todos los dominios. Destacando el Dominio 1 (Físico) con el coeficiente más



bajo, un alfa de 0,35. En el Dominio 3 (Relaciones Sociales) el % de respuestas fue 87,5 debido a que dicho dominio incluía una pregunta acerca de la vida sexual que no fue contestada por 10 de las mujeres, como se observa en la tabla 14.

En cuanto a la fiabilidad Alfa de Cronbach para el cuestionario SF-36, los coeficientes obtenidos en siete de las ocho dimensiones están por encima de 0,80, siendo el coeficiente alfa para el dominio Salud general de 0,76. Destacando la dimensión Rol Emocional con un alfa de 0,93.

Nuestros resultados están en la línea de lo informado en algunas investigaciones científicas<sup>19</sup> que utilizaron los dos cuestionarios WHOQOL-Bref y SF-36, como instrumentos de medida de CV y CVRS, y la fiabilidad Alfa de Cronbach, fue relativamente distinta. En estudios con pacientes de UTI (Unidad de Terapia Intensiva) los valores del coeficiente de fiabilidad de Alfa de Cronbach para el cuestionario Whoqol-bref, fueron inferiores a 0,70 mientras que en el cuestionario SF-36 el coeficiente de fiabilidad alfa fue superior a 0,70.

#### **5.2.4. Análisis Inferencial**

Para valorar la interdependencia entre las puntuaciones de las dimensiones del SF-36 y del Whoqol-Bref, se ha utilizado el **Coefficiente de Correlación de Pearson**. Se ha considerado el nivel de significación estadística para  $p < 0,05$

Las correlaciones entre los dominios WHOQOL-Bref, resultaron estadísticamente significativas para todos ellos. Los coeficientes variaron entre 0,28-0,45. Para la cuestión Salud General, que indica la satisfacción de los alumnos con su salud de forma global, la correlación con los dominios 3 (Relaciones Sociales) y 4 (Medio Ambiente) no resultó significativa, y los coeficientes de correlación fueron extraordinariamente bajos. Sin embargo Whoqol-Global, que es la media de las dos

---

<sup>19</sup> VISKI, S.S (2005) Análise dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida, Whoqol-Bref e SF-26: confiabilidade, validade e concordância entre pacientes de Unidades de terapia Intensiva e seus familiares. Tesis doctoral de la Universidade São Paulo, Brasil. Disponible en: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7139/tde-21032006-154203/>

cuestiones independientes, satisfacción con la salud y percepción de la CV, se correlacionó significativamente con todos los dominios, lo que evidencia una mayor contribución de la percepción de la CV, que de la salud en nuestra muestra.

En cuanto al cuestionario SF-36, las correlaciones inter-dominios resultaron estadísticamente significativas ( $p < 0,01$ ), con coeficientes de correlación  $\geq 0,40$ , en 15 cruzamientos, y  $\geq 30$ , en 7 de los 28 correspondiente, destacando la correlación Función Física x Rol Físico con un coeficiente de 0,75. La dimensión función física corresponde a “realizar todo tipo de actividad física, incluyendo las más vigorosas, sin gran limitación”, la dimensión Rol Físico corresponde “Ningún problema con el trabajo u otras actividades diarias como resultado de la salud física. Esta correlación tiene influencia directa en la participación de los alumnos mayores del aula permanente de formación abierta de la UGR, en la práctica de la actividad física, además de en las otras actividades socioeducativas y culturales.

La correlación entre los dominios de ambos cuestionarios, para valorar el grado de convergencia entre sus puntuaciones, resultó estadísticamente significativa en 22 de los 32 cruzamientos, no mostrando convergencia las puntuaciones del dominio Whoqol-1 (Dominio físico) con los de Salud General, Función Social y Salud Mental del SF-36; Las puntuaciones Whoqol-2 (Dominio psicológico), con los de Rol físico, Dolor corporal, Función social y Rol emocional; Las puntuaciones Whoqol-3 (Dominio social) con Dolor corporal y Salud mental y las puntuaciones Whoqol-4 (Dominio medioambiente) con Función social. Por su parte, la cuestión CV del Whoqol, no se correlaciona significativamente con Salud mental del SF-36 y Whoqol Global tampoco se correlaciona significativamente con Dolor corporal. Nuestros resultados están en consonancia con lo observado por otros autores (Visk 2006). Aunque el número de Dominios en ambos cuestionarios es diferente, cada dominio de Whoqol tiene su correlato en los ítems de mas de un dominio SF-36, debiendo existir a nuestro juicio mayor grado de convergencia entre los dominios de ambos.

Para valorar el grado de concordancia entre ambos instrumentos, que suelen utilizarse de forma indistinta en las medidas de CVRS y en estudios tanto epidemiológicos como clínicos, hemos calculado el **Índice de concordancia de Kappa**, entre todos los dominios de ambos instrumentos y entre las puntuación

medias de todos los dominios de ambos. En la tabla 27 se muestran los coeficientes interdominios con indicación de la significación estadística. Merece reseñarse el grado de concordancia entre el dominio SF-36 Vitalidad, con los dominios Whoqol 2 y 4 ( $k=0,49$  y  $k=0,38$  respectivamente, para  $p < 0,001$ ). La vitalidad tiene gran importancia para ambos dominios whoqol, para el psicológico que incluye (aprendizaje/ memoria/ concentración/autoestima, etc...) y para el de medioambiente (entorno físico/recursos económicos/oportunidades para adquirir información, etc...) ya que ambos caracterizan la CV en relación con el entorno, en nuestra muestra, con el Aula Permanente, en la que estos aspectos tienen una gran preponderancia y forman parte de sus objetivos (Gonzalez-Celis y cols 2005), contribuyendo al envejecimiento activo de los alumnos. La vitalidad es uno de los motores más importantes para la actividad en los mayores. En este mismo sentido existe una concordancia moderada entre los dominios SF-36 Salud general y Whoqol dominio psicológico con una  $k=0,39$  ( $p < 0,001$ )

El Índice de Kappa entre la puntuación global media de todas las cuestiones SF-36 y la puntuación de Whoqol Global (media de las dos cuestiones independientes), es  $k=0,37$  con una alta significación estadística ( $p < 0,001$ ), pudiendo considerarse prácticamente como moderado al encontrarse en los límites entre bajo y moderado, según valores de referencia (Landis y Koch,1997).

Para verificar el número de alumnos concordantes en cuanto a su CVRS, hemos dicotomizado las puntuaciones globales (escala 0-100) de ambos instrumentos, según una puntuación de corte arbitraria, 60 puntos, por considerar que está por encima de la mitad y puede reflejar una buena percepción de la calidad de vida. El número de alumnos concordantes para una alta percepción de CV ha sido de 68 a los que hay que sumar los alumnos concordantes para una baja percepción de CV, es decir 6, que totalizan un número de 74 de los 88 que configuran la muestra, lo que según el I. de Kappa hay que considerar como concordancia moderada.

Nuestros resultados están en la línea de lo observado por otros autores al valorar el grado de concordancia entre ambos instrumentos (Abraira, 2001) compartiendo con

ellos, que no existen instrumentos infinitamente precisos y válidos: sólo hay instrumentos más precisos y/o válidos que otros.

Para el contraste de las puntuaciones medias entre los alumnos del Aula Permanente que practican o no actividad física, en la muestra total y diferenciando por género, hemos utilizado **medidas no paramétricas (U de Mann-Whitney y W de Wilcoxon)**

Al contrastar las puntuaciones del total de los alumnos, para las dimensiones Whoqol, no se encontraron diferencias significativas entre los que practican ejercicio físico y los que no, pero se observaron diferencias de género para la cuestión “satisfacción con la salud general” a favor de los hombres con una significación estadística de  $p < 0,02$ .

Al contrastar las puntuaciones del total de los alumnos, para las dimensiones SF-36, se observaron diferencias significativas en el dominio “limitaciones de Rol físico” ( $p < 0,02$ ) con relación a la práctica de actividad física y entre hombres y mujeres, para las dimensiones Función Física ( $p < 0,004$ ) y Dolor Corporal ( $p < 0,000$ ). Estos resultados evidencian que las mujeres del Aula tienen peor Estado Funcional que los hombres, también las que practican actividad física, lo que se ve corroborado por las puntuaciones de referencia en la población española (Alonso 2003).

Finalmente, al estandarizar las puntuaciones SF-36 de los diferentes subgrupos de nuestra muestra, hombres y mujeres que practican o no actividad física, según el grupo de edad correspondiente de la población española (65-74 años), el estado funcional de las mujeres que hacen ejercicio, representado por los dominios función física, ausencia de limitaciones de rol para tareas físicas, función social y ausencia de limitaciones de rol social por problemas emocionales, sigue un patrón similar aunque con puntuaciones medias discretamente inferiores en las mujeres que no hacen ejercicio. Para la función social, la desviación estándar también es negativa, no solo en ambos subgrupos de mujeres, sino también en los hombres que hacen ejercicio. Para la dimensión limitaciones de rol por problemas emocionales, la desviación estándar también es negativa en todas las mujeres y los hombres que hacen ejercicio. Merece

señalarse la diferencia entre hombres y mujeres en general para el dominio dolor, cuya desviación estándar es negativa en las mujeres.

Estos resultados nos permiten comparar nuestros alumnos del Aula de mayores con la población general del mismo rango de edad (Jordi y cols, 1997) con la que se observan diferencias para el Estado Funcional, tanto en las mujeres como en los hombres que hacen ejercicio, presentando puntuaciones medias superiores en el aspecto físico e inferiores en el aspecto emocional, que probablemente hayan sido decisorias en la toma de decisiones para participar del Programa Formativo del Aula.

Por otra parte, el Bienestar Emocional, representado por los dominios Vitalidad y Salud mental básicamente, presenta diferencias con la población española de referencia para los hombres que practican actividad física, y ambos subgrupos de mujeres con desviaciones estándar negativas, que probablemente se vean equilibradas en el Aula por el estímulo que representan las actividades y su efecto positivo sobre la Vitalidad, cuya desviación estándar es positiva y similar en todos los subgrupos.

Como resumen final de esta discusión, consideramos que el Aula Permanente de Formación Abierta de la Universidad de Granada representa un contexto socioeducativo de gran interés para promover el envejecimiento activo y la CVRS de las personas mayores de su entorno

## ***VI- CONCLUSIONES***



Una bella ancianidad es, ordinariamente la recompensa de una bella vida.  
Pitágoras

Las conclusiones del presente estudio de tesis doctoral, responden a los objetivos propuestos, siendo las siguientes:

1. Los alumnos del Aula Permanente de Formación Abierta de la Universidad de Granada, con sede en la capital, responden al siguiente perfil: Tienen una edad media superior a 60 años, en su mayoría son mujeres que viven solas, con un nivel educacional y económico alto y disfrutan de un alto grado de independencia. Más de 2/3 tanto de varones como de mujeres, practican actividad física de forma regular, preferentemente caminata, como mínimo tres veces por semana
2. Las puntuaciones medias obtenidas en todas las dimensiones del cuestionario Whoqol-Bref, transformadas según escala 0-100, están comprendidas entre 61,24 la mas baja y 66,05 la mas alta, estando todas ellas por debajo de 70 puntos. La puntuación media Global, de las cuestiones generales de satisfacción con la salud y percepción de la CV, puntúan por encima de 70.
3. Los hombres tienen puntuaciones más bajas que las mujeres en las dimensiones Whoqol, pero se sienten mas satisfechos con su salud en el contexto del Aula de Mayores. No se observan diferencias en las puntuaciones de las dimensiones Whoqol de las mujeres según practica de ejercicio físico, aunque la percepción global de la CVRS es mejor en las mujeres que practican. En los hombres que hacen ejercicio físico, las puntuaciones de las dimensiones Whoqol son mas bajas, pero se sienten más satisfechos con su salud y CV global.
4. Las puntuaciones medias obtenidas en todos los dominios del cuestionario SF-36 transformadas según escala 0-100, están comprendidas entre 71,5 la mas baja y 91,5 la mas alta, estando todas ellas por encima de 70 puntos, con la única excepción del dominio Salud General con 66,23 puntos.
5. Las puntuaciones de los dominios SF-36 implicadas en el Estado Funcional de los alumnos del Aula Permanente, son superiores en los hombres, pero no ofrecen limitaciones de rol físico para realizar el trabajo físico cotidiano ni para realizar ejercicio físico, tanto en las mujeres como en los hombres.

6. Las puntuaciones de los dominios SF-36 implicadas en el Bienestar Emocional de los alumnos del Aula Permanente, son mucho más bajas en los hombres que en las mujeres, presentando limitaciones de Rol emocional especialmente en los hombres que practican ejercicio.

7. El análisis de consistencia interna para el cuestionario WHOQOL-Bref, en nuestra muestra, mostró un coeficiente de fiabilidad alfa, inferior a 0,70 en todos los dominios. Para el cuestionario SF-36 la fiabilidad alfa de Cronbach fue superior a 0,75, en todos los dominios.

8. La correlación entre los cuestionarios WHOQOL-Bref y SF-36 para valorar el grado de convergencia entre sus dominios, resultó estadísticamente significativa en 22 de los 32 cruzamientos, cuyos coeficientes de correlación de Pearson variaron entre 0,21-0,53.

9. El grado de concordancia entre las medidas de CVRS con ambos instrumentos resultó significativamente moderado ( $p < 0,001$ ) con un Índice de Kappa de  $k = 0,37$ . De los 88 alumnos de la muestra, 74 fueron concordantes, 68 para alta percepción y 6 para baja percepción de su CVRS, según un punto de corte de 60.

10. El contraste de medias por género y práctica de actividad física, evidencia diferencias significativas de género para la satisfacción con la salud general según el instrumento Whoqol ( $p < 0,02$ ) y diferencias significativas según género ( $p < 0,004$ ) y práctica de actividad física ( $p < 0,000$ ) para el Estado Funcional.

11. Las puntuaciones SF-36 de nuestra muestra estandarizadas según la población española de referencia de 65 a 74 años, evidencian una desviación negativa para el dominio dolor en todas las mujeres así como para Función social, Limitaciones de rol emocional y Salud mental, lo que traduce una peor CVRS en las mujeres, con independencia de que practiquen o no ejercicio físico y para estos dominios, implicados en El Estado Funcional y en el Bienestar Emocional. En los hombres que practican ejercicio físico, existe una desviación negativa de las puntuaciones Función social y Salud mental que también minimizan la CVRS tanto en el Bienestar Emocional como en El Estado Funcional, respecto a la población de referencia.



12. El Aula de Formación Permanente de Formación abierta de la Universidad de granada representa un contexto socioeducativo de gran interés para promover el envejecimiento activo y la CVRS de las personas mayores de su entorno.

## ***VII - BIBLIOGRAFÍA***



“La vejez es la suma de toda la vida, milagro y nobleza de la personalidad humana”. Marañón

AARONSON, N.K., ACQUADRO, C., ALONSO J., et al. (1992). "International Quality of Life Assessment (IQOLA) Project". *Quality of Life Research* ;1, pp.349-351.

ABELLÁN, A., PUGA, N.D., y SANCHO, M.T. (2004). "Prevalencia de la dependencia". XLVI Congreso de la Sociedad Española de Geriátría y Gerontología. Las Palmas de Gran Canarias.

ABRAIRA, V. (2001). "El Índice de Kappa". *SEMERGEN*, 27 (5), pp.247-249.

ALMEIDA, M.P., y cols. (2000). "Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". *Revista de Saúde Pública*, 34 (2). São Paulo.

ALMEIDA, M.P., et al. (1999). "Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (Whoqol 100)". *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21 (1), pp.19-28.

ALONSO, J. (2002). "Fundamentos conceptuales y metodológicos de la investigación en calidad de vida". [Conferência realizada en 06/12/2002]. Anais III Encontro Brasileiro de Pesquisadores em Qualidade de Vida.

ALONSO, J., PIETRO, L., y ANTO, J.M. (1995). "La versión española del SF-36 Health Survey. (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para medida de los resultados clínicos". *Medicina Clínica*, Barcelona, 104 (20), pp. 771-776.

ALONSO, J., REGIDOR, E., BARRIO, G., PIETRO, L., RODRIGUES, C. y DE LA FUENTE, L. (1998). "Valoración poblacionales de referencia de la versión española del Cuestionario de Salud SF-36". *Medicina Clínica*, Barcelona, 111, pp 401-416.

ANTHONY, J., y SARGEANT. (1995). "Human muscle function. Age related changes and adaptions to activity programmes in the elderly". Department of muscle and Exercise Physiology. Vrije University, Amsterdam( Holanda), pp. 83-89.

ARANIBAR, P. (2004). "Calidad de vida y vejez". Universidad de Barcelona. Disponible:[www.ciape.org.br/artigos/CALIDADDEVIDAYVEJEZ%5B1%5](http://www.ciape.org.br/artigos/CALIDADDEVIDAYVEJEZ%5B1%5).(Consultado en 30 de octubre de 2006).

ARDÓN, N. (2002). "Análisis del debate actual sobre las diferentes perspectivas de calidad de vida". *Rev. Gerencia Salud*. Disponible: [www.gerenciasalud.com](http://www.gerenciasalud.com). (Consultado en 16 junio de 2006).

AROSTEGUI, I. (1998). "Evaluación de calidad de vida en personas adultas con retraso mental en la comunidad autónoma del País Vasco". Universidad de Deusto.

BADÍA, X. (1995). "La medida de la calidad de vida relacionada con la salud en los ensayos clínicos". *Farmacoeconomía: Evaluación económica de medicamentos*, 3, pp. 51-76.

BADÍA, X., SALAMERO, M., y ALONSO, J. (1999). "La medida de la salud". Guía de escalas de medición en español. Barcelona: Edimac.

BALDESSIN, A. (2005). "O idoso: Viver e morrer com dignidade". En Papaléo Netto, M. (Ed.), *Gerontologia. A velhice e o envelhecimento em visão globalizada* : 491-497. São Paulo: Ed. Atheneu.

BAZO, M.T. (2001). "La institución social de la jubilación: De la sociedad industrial a la posmodernidad". Nau Libres, Valencia.

BAZO, M.T. (2004). "Sociedad y vejez: la familia y el trabajo". En Fernández-Ballester (Dir.), *Gerontología social*: 240-249. Madrid : Ed. Pirámide.

BEJARNO, E. (2005). "Dependencia y calidad de vida en las personas mayores". *Rev. Mult. Gerontología*, 15 (3), pp. 144-153.

BOND, J., COLEMAN, P., y PEACE, S. (1996). "Ageing in society". London: Eds. Sage publications.

BULLINGER, M. (1995). "German translation and psychometric testing of the SF-36 Health Survey: preliminary results from the IQOLA Project". *International Quality of Life Assessment, Soc. Sci. Med.*, 41, pp.1359-1366.

BUZ, J, MAYORAL, P, BUENO, B y VEGA, J.L. (2004). "Factores sociales del bienestar subjetivos en la vejez". *Rev. Esp. Geriatria y Gerontología*, 39 (13), pp. 38 – 45.

CARVALHO FILHO, E.T. (2005). "Fisiologia do envelhecimento". En Papaléo Netto, M.(Ed.), *Gerontologia. A velhice e o envelhecimento em visão globalizada*: 60-69. São Paulo: Ed. Atheneu.

CASAS ANGUITA J, REPULLO LABRADOR J.R, PEREIRA CANDEL J. (2001). "Medidas de Calidad de vida relacionada con la salud. Conceptos básicos, construcción y adaptación cultural". *Medicina Clinica*, Barcelona, 116, pp.789-796.

CASPERSEN, C.J.; POWELL, K.E. & CHRISTENSON, G.M. (1985). "Physical activity, exercise and physical fitness: Definitions and distinctions for health-related research". *Public Health Reports*, 100, pp.126-131.

CEPAL (2003). "Las personas mayores e América Latina y el Caribe: Diagnóstico sobre la situación y las políticas". Conferencia regional intergubernamental sobre envejecimiento: hacia una estrategia regional de implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento.

CHASCO, C., y HERNÁNDEZ, I. (2004). "Aspectos económicos territoriales del envejecimiento en España". *Encuentros multidisciplinares*, 6 (16), pp.47-58.

COMISIÓN EUROPEA (2002). "La respuesta de Europa al envejecimiento a escala mundial". Bruselas.

COSTA, M. y LÓPEZ, E. (1996). *Educación para la salud. Una estrategia para cambiar los estilos de vida*. Madrid: Ed. Pirámide.

CURSINO, M.A. (2005). "Lazer e ocupação do tempo livre na terceira idade", En Papaléo Netto, M. (Ed.), Gerontologia. A velhice e o envelhecimento em visão globalizada: 98-105. São Paulo: Ed. Atheneu.

DELGADO, B.M., Y FAILACHE, S. (1993). "El Concepto de Calidad de Vida: una revisión de su alcance y contenido". *Revista Geográfica Venezolana*, nº. 34. Disponible:<http://www.eufic.org/article/en/healthlifestyle/physicalactivity/expidreview-physical-activity-health/>

DIENER, E. (2000). "Subjective well-being". *American Psychologist*, 55, pp. 34-43.

DRUSINI, A.G. (2004). "Biología del envejecimiento, Introducción a la biogerontología". En Fernández-Ballesteros(Dir.), Gerontología social: 79-102. Madrid: Ed. Pirámide.

DULCEY-RUIZ, E. MANTILLA, G., ALFONSO, A.M. y GARCÍA D.M. (1998). "Calidad de vida y situaciones de cambios". Expoja Veriana, Universidad de Javeriana de Bogotá.

DULCEY-RUIZ, E., y QUINTERO, G., (1999). "Calidad de vida y Envejecimiento". Tratado de gerontología y Geriatria Clínica. Cuba: La Habana Editora Academia, pp.128-136.

FARQUHAR, M. (1995). "Definitions of quality of live: taxonomy". *Journal of Advanced Nursing*, 22 (3), pp.502-508.

FARRÉ, R.; FRASQUET, P.I., y ROMÁ, S.R. (1999). "Estado de Salud y Calidad de Vida de un Colectivo de Ancianos Institucionalizados". *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 34 (1), pp. 25-33.

FELCE, D y PERRY, J. (1995). "Quality of life: It's definition and measurement". *Research in Developmental Disabilities*, 16 (1) pp. 51-74.

FERNÁNDEZ, L., YÁNIZ, B., y BERRIOS, G. (2002). "Problemas, conceptuales y metodológicos en la investigación de la calidad de vida en la esquizofrenia". *Informaciones Psiquiátricas*, Tercer trimestre, nº 169.

FERNANDEZ, A.A. (2001). "Velhice, solidariedade familiar e política social". *Sociologia*, nº.36, Oeiras.

FERNÁNDEZ, BALLESTEROS, R.; MACÍA, A. (1993). "Calidad de vida en la vejez". *Intervención social*, 2 (5), pp.77-94.

FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, R. (1996). "Calidad de vida en la vejez en los distintos contextos". Madrid: Instituto Nacional de Servicios Sociales.

FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, R. (1998). "Calidad de vida: las condiciones diferenciales". En: La Psicología en España, Colegio Oficial de Psicología. España. 2(1), pp.57-65.

FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, R. (2002). *Introducción a la evaluación psicológica*. vol. 2. Madrid: Ed. Pirámide.

FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, R. (2004). “Calidad de vida ¿es un concepto psicológico?”. *Rev. Esp. Geriatria Gerontología*, 39( 3), pp.18-22.

FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, R.(2004).*Gerontología social*. Madrid: Ed. Pirámide.

FLANNAGAN, J.C. (1978). “A research approach to improving our quality of life”. *American psychologist*, 33, pp. 138-147.

FOX, K. (2003). “Physical activity and health”. *Sport and Exercise Scientist*, University of Bristol United Kingdom.

FRANCHI, K.M., y JUNIOR, M.M. (2005). “Atividade Física: Uma Necessidade para a boa saúde em terceira idade. Perspectivas e controvérsias”. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, 18 (3),pp.152-156.

GALLOPÍN, G. (1982). “Calidad de vida y necesidad humana”, MARNR, proyecto sistemas ambientales venezolanos. Doc.12, Caracas.

GARCÉZ, L.E. (2005). “Gerontologia e o problema do envelhecimento. Visão histórica”. En Papaléo Netto, M(Ed.). *Gerontologia. A velhice e o envelhecimento em visão globalizada*: 6-25. São Paulo:Ed Atheneu.

GARCÍA, M.A. (2002). “Beneficios del apoyo durante el envejecimiento: efecto protectores de la actividad física y el deporte”.*Lecturas: Educación Física y Deportes, Revista Digital*, Buenos Aires, año 8, nº.51.

GARCÍA, A. et al (2002). *Las personas mayores desde la perspectiva educativa para la salud*. Murcia: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Murcia.

GARCÍA, F.G. (2005). *Vejez, envejecimiento y sociedad en España, Siglo XVI – XXI*. Cuenca : Ediciones de la Universidad de Castilla-La Mancha.

GARCIA, M.A., y SERRANO, F. (2004). “Envejecimiento de la población, crecimiento económico y pensiones”, *ICE*, nº 813, pp. 175-183.

GIATTI, L., y BARRETO, S.M. (2003). “Saúde e trabalho e envelhecimento no Brasil”. *Caderno de Saúde Pública*, 19 (3), pp.759-771.

GILL, T.M., y FREINSTEIN, A.R. (2004). “A critical apraisal of the quality of quality-of-life-measurements”. *JAMA*, 272, pp. 619-627.

GÓMES-VELA, M., y SABEH, E. (2001). “Calidad de vida. Evolución del concepto y su influencia en la investigación”. Instituto Universitario de Integración en la

comunidad. Facultad de Psicología. Universidad de Salamanca. Disponible en: <http://www3.usal.es/~inico/investigación/calidad.htm>. (Consultado en 12.08.06).

GÓMEZ-VELA, M., y SABEH, E. (1999). “Calidad de vida. Evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica”. Universidad de Salamanca. Disponible en: <http://www3.usal.es/~inico/investigacion/invesinico/calidad.htm>. (Consultado en 20.10.06).

GONZÁLEZ, P. (2002). “El concepto de calidad de vida y la evolución de los paradigmas de las ciencias de la salud”. *Rev. Cubana de Salud Pública*. Instituto Superior de Ciencias Médicas de la Habana Cuba, 28 (2), pp. 157-175.

GONZÁLEZ-CELIS, A.L., ESQUIVEL, R.I., y JIMÉNES, J. (2005). “Impacto de un aula para personas mayores sobre la calidad de vida”. *Revista Interamericana de Educación de adultos* (RIEDA), año 27(1), Disponible: <http://tariacuri.crefal.edu.mx/crefal/rieda/enjun2005/exploraciones/exploraart2p1.htm>. (Consultado en 15.09.06).

GRACIA, GUILLÉN D. (1988). “Ética de la calidad de vida”. *JANO*, 645-H, pp.47-56.

GUIRAO, M.; RUBIO, R; MORALES, M.M., y FERNÁNDEZ, E. (1996). “Calidad de vida de los alumnos universitarios mayores”. Granada: Grupo Editorial Universitario.

GUIRAO, M; SÁNCHE, M., (1998). *La oferta de Gerontagogia: I Encuentro Nacional de Programas Universitarios para Mayores*. Granada.

GUYATT, G.H., EAGLE, D.J., SACKETT, B., WILLAN, A., GRIFFITH, L., MCILROY, W. y TURPIE, I. (1993). “Measuring quality of life in the frail elderly”. *Journal of Clinical Epidemiology*, 46 (12 ), pp. 1433-1444.

GUZMÁN J. M y HAKKERT R., (2001). “Some social and economic impacts of the ageing process in Latin American countries”. Documento presentado en la XXIV IUSSP General Population Conference, Salvador, Brasil, pp. 18-24, <http://www.monografias.com/trabajos28/calidad-vida/calidad-vida.shtml>

IBGE (2004). “Proyección de la Población de Brasil”. Comunicación social.

INFORME (2004). “Las personas mayores en España: Datos estadísticos y estatales por comunidad”. Ministerio del Trabajo y Asuntos Sociales.

IMSERSO (2002). “Envejecer en España”. II Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. Madrid.

INSTITUT MUNICIPAL D` INVESTIGACIÓN MÈDICA (2000) “Manual de puntuación de la versión española del Cuestionario de Salud SF-36”. Unitat de Recerca en Serveis Sanitaris, Barcelona.

IRAURGI, I.C., PÓO, M., y MÁRKEZ, I. (2004). “Valoración del índice de salud SF-36 aplicado a usuarios de programas de metadona: Valores de referencia para la comunidad autónoma vasca”. *Revista Esp. Salud Pública*, 78 (5), Madrid.

JEROME G.J., et al (2006). “Physical activity participation by presence and type of functional deficits in older women: the women’s health and aging studies”, *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences Online*, vol.61, pp.1171-1176.

JOHNSON, P. (2005). “Um continente ainda mais velho”. *Revista Exame*, Ano 39, n.º 1, pp.52-55.

KABANOFF, B. (1982). “Occupational and sex differences in leisure needs and leisure satisfaction”. *Journal of Occupational Behavior*, 3, pp. 233-245.

KALACHE, A., y KELLER, I. (2001) “El envejecimiento de la población. Un reto global y una realización integral”. *Rev. Esp. Geriátría y Gerontología*; 36, pp.13-15.

KINGTON, R., LILLIARD, I., y ROGOWOSKI, J. (1997). “Reproductive history, socioeconomic status and self-reported health status of women aged 50 years or older”. *American Journal of Public Health*, 87 (1), pp. 33-37.

LAGOMARSINO ROIG J.M. (2004). “Evolución de la calidad de vida a grandes rasgos”. Instituto Primo San Carlos de Bariloche, Rio Negro

LANDIS, J.R., y KOCH, G.G. (1977) “The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*, 33 (1), pp. 159-174.

LEHR, U. (2002). “Calidad de vida, satisfacción con la vida, envejecimiento satisfactorio y bienestar subjetivo”. *Revista de Geriátría y Gerontología*, nº 39, pp.2-7.

LEHR, U. (1993). Correlatos psicosociales de la longevidad. Conferencia en Bogotá.

LEHR, U. (1980). *Psicología de la senectud*. Barcelona: Herder.

LEHR, U. (2004). “Calidad de vida, satisfacción con la vida, envejecimiento satisfactorio y bienestar subjetivo”. *Rev. Esp. Geriátría y Gerontología*, 39 (3), pp. 2-7.

LIVRO BLANCO (2005). “Atención a las personas en situación de dependencia en España”. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad.

LÓPEZ-JURADO M. (2003). Cambios en salud y bienestar de alumnos universitarios mayores con un modelo interdisciplinario de intervención clínica y educativa. Madrid: IMSERSO. Disponible en <http://www.imsersomayores.csic.es/documentacion/documentos/registro.jsp?idDoc=1308>. ( Consultado en 10.09.06).



- LUCAS, R. (1998). *Versión española del WHOQOL*. Madrid : Ed. Ergón.
- MADDOX, G., et al. (1995). "The Encyclopedia of aging: a comprehensive resource in gerontology and geriatrics". New York: Springer.
- MAHECHA, S.M. (2002). "Envelhecimento e Atividade Física". 2ª ed. Londrina : Midiograf.
- MARTÍNEZ GÓMEZ, J.M. (2002). "Envejecimiento y dependencia: Un reto del siglo XXI". Presentación a la II Asamblea Mundial sobre Envejecimiento. Madrid.
- MARTINS, M.C. (2004). "Diseño y validación de cuestionario", *Matronas Profesión*, 5 (17).
- MOREIRA, M.M. (1998). "O envelhecimento da população brasileira em nível regional; 1940-2050". In: XI Encontro Nacional de Estudos Populacionais, *Anais*, pp. 3030-3124, Caxambu: Associação Brasileira de Estudos Populacionais.
- MOSER, C.A. (1973). "Social Indicators-Systems, methods and Problems". *Review of Income and Wealth*, 19 (2), pp. 133-141.
- MTAS (2004). "Los mayores en España". Informe, Ministerio de Trabajo y Asunto Social. Madrid.
- NETTO, M.P., y BORGONOVI, N. (2005). "Biología e teoria do envelhecimento". En Papaléo Netto, M. (Ed.) *Gerontologia. A velhice e o envelhecimento em visão globalizada*: 44-59. São Paulo: Ed. Atheneu.
- O'SHEA E. (2003). "La mejora de la calidad de vida de las personas mayores dependientes", nº 6, Universidad Nacional de .Comité Europeo Cohesión Social (CECS).
- OLIVEIRA, GUERRA R., y VILLAVERDE GUTIÉRREZ, C. (2001). "Una nueva aproximación conceptual para la Incapacidad". *Revista Multidisciplinar de Gerontología* ; 11(2), pp. 72-77.
- OLIVEIRA NETO, M.F., VILLAVERDE, C., MIRANDA, M.E.H., y LUNA, J.G. (2006). "Calidad de vida de ancianos en grupos de convivencia". *Revista Multidisciplinar de Ciencias de la Salud*, 11, pp.27-38.
- OLIVEIRA R., VILLAVERDE C. (1999). "Las dimensiones de la salud y la vejez". *Geriátrika*, 15 (1), pp. 33-39.
- OMS (1991). "Principios de las Naciones Unidas a favor de las personas de edad". Resolución 46/91. OMS. Ginebra.
- OMS (1997). Programa de Salud Mental. WHOQOL. Medición de Calidad de Vida. Instrumentos de Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud. Whoqol-100 y Whoqol-Bref.

OMS (1999). “El envejecimiento en España”. 52ª Asamblea Mundial de la Salud (Proyecto) A52/34, Segundo informe de la Comisión B.

OMS (2001). “Salud y envejecimiento: Un documento para debate”. Ministerio del trabajo y asuntos sociales. Observatorio de personas mayores, nº 4 y 5.

OMS (2002a). “Envejecimiento activo: un marco político”. *Rev. Esp. Geriátría y Gerontología*, 37 (2) 27-105.

OMS (2004). “Estrategia Mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud”. 57ª Asamblea Mundial de la Salud.

OMS. (2002b). “Programa Envejecimiento y Ciclo Vital. Envejecimiento activo: un marco político”. *Rev. Esp. Geriátría Gerontología*, 37, pp. 74-105.

ONU (2003). “Las personas mayores en América Latina y el Caribe: Diagnóstico sobre la situación y las políticas. Santiago de Chile”. Disponible en: [http://www.eclac.org/cgi-bin/getProd.asp?xml=/celade/agrupadores\\_xml/aes4.xml&xsl=/agrupadores\\_xml/agrupa\\_listado.xsl](http://www.eclac.org/cgi-bin/getProd.asp?xml=/celade/agrupadores_xml/aes4.xml&xsl=/agrupadores_xml/agrupa_listado.xsl) (Consultado en 09 de noviembre de 2006).

ORTIZ, H. (2001) “Aspectos sociales del envejecimiento”. En: Antología para la unidad temática: salud del anciano. Departamento de Salud Pública, Facultad de Medicina, UNAM, México, pp.108-121.

OSORIO, P. (2006). “La longevidad: más allá de la biología. Aspectos socioculturales”. *Papeles del CEIC*, pp.1-28

PACHECO, S.M. (2005) “Epidemiologia do Envelhecimento”. En Papaléo Netto, M. (Ed.). *Gerontologia. A velhice e o envelhecimento em visão globalizada*: 26-43. São Paulo: Ed Atheneu.

PACHECO, S.M. (2002). “Autonomia e independência”, En: *A velhice e o envelhecimento em visão globalizada*, São Paulo: Ed Atheneu, pp. 313-323.

PADIAL P., FERICHE B., CRUZ F., VILLAVARDE C. (2005). “La actividad física en el adulto mayor. Fisiología y Fisiopatología del envejecimiento”. Monografía de los Cursos de Verano de la Universidad de Granada en Ceuta. XVII Edición. Ceuta, Instituto de Estudios Ceutíes.

PALACIOS, D., et al (2006). “Calidad de vida: Una perspectiva individual”. Disponible en <http://www.monografias.com/trabajos15/calidad-de-vida/calidad-de-vida.shtml>. (Consultado en 15.11.06).

PALOMINO, B., y LÓPEZ, G. (1999). “Reflexiones sobre calidad de vida y el desarrollo”. *Región y Sociedad*, 11 (17), pp.171-185.

- PATE, R. (1988). "The evolving definition of physical fitness". *Quest*, 40 (3), pp.174-179.
- PATRICK, D.L., y ERIKSON P. (1993). *Health status and health policy : allocating resources to health care*. Nueva York : Oxford University Press.
- PAVÓN, F. (1998). "Educación en y con las Nuevas Tecnologías a lo largo de la vida". En Beas, et al. Atención a los espacios y tiempos extraescolares. Granada, Grupo Editorial Universitario, pp.261-266.
- PAVÓN, F., y CASTELLANOS A. (2000). "El Aprendizaje de las Personas Mayores y Nuevas Tecnologías". En Valenzuela, E. y Alcalá, E. (Eds), El Aprendizaje de los Mayores ante los retos del nuevo milenio. Madrid : Dykinson, pp.197-235.
- PÉREZ, D.J., (2006). "Demografía y envejecimiento". Madrid, Informes Portal Mayores, nº 51, Lecciones de gerontología. Disponible en <http://www.insersomayores.csic.es/documentos/documentos/perezdemografia01pdf>
- PÉREZ, G.S. (2004). *Calidad de vida en personas mayores*. Madrid: Ed. Dykinson.S.L
- PICHARDO, A. (2005). "Estado de la investigación sobre calidad de vida". Disponible en <http://www.monografias.com/trabajos28/calidad-vida/calidad-vida.shtml>.
- PLANO DE ACCIÓN PARA LAS PERSONAS MAYORES 2003-2007. (2003). Ministerio del trabajo y asuntos sociales. Madrid: IMSERSO.
- PORTELLA, M.R. (2004). "Grupos de Terceira Idade: a construção da utopia do envelhecer saudável". Passo Fundo: UFP.
- PROMOVER (2002). Guía regional para promoción de la actividad física de la Organización Panamericana de Salud (OPS), y de la Oficina Regional de la organización Mundial de la Salud.
- QUEREJETA, G. (2004). "Discapacidad/Dependencia. Unificación de criterios de valoración y clasificación". Madrid: IMSERSO.
- REIG, A. (2004). "Psicología de la vejez. Comportamiento y adaptación". En Fernández-Ballester (Dir.). Gerontología social:166-200. Madrid: Ed. Pirámide.
- REYES, T., et al. (2002) "Salud en la tercera Edad y Calidad de Vida". Centro de Gerontología Colón. *Rev. electrónica de Geriatria y Gerontología*, 4(1), Cuba.
- RICCHART, M. (1995). "Determinantes biopsicosociales de la calidad de vida en una muestra comunitaria de ancianos". *Tesis doctoral*. Facultad de Murcia, Murcia.
- RIOS, L., RIOS, I., y PADIAL, P, (2000). "La actividad física en la tercera edad". *Lecturas: Educación física y deportes*, Revista Digital, Buenos Aires, año 5, nº18.

ROSOW, Y. (1976.) "Status and role change through the life course". En: Binstock, R. H. y Shanas, E. (1999). *Handbook of aging and social sciences*. Nueva York: Von Nostrand Reinhold.

RUBIO, R., VILLAVERDE, C. (1996). "Intervención educativa y cultural en personas mayores". En: *Calidad de vida de los alumnos universitarios mayores*. Publicaciones del aula permanente de formación abierta. Granada, Grupo Editorial Universitario

RUIZ VILLAVERDE, G., LÓPEZ DE LA TORRE, M., SÁNCHEZ CANO, D., VILLAVERDE GUTIÉRREZ, C. (2006). "Comparación de los modelos SCORE y Framingham-DORICA para estimar el riesgo cardiovascular en una cohorte de pacientes hipertensos del sur de España". *Medicina Clínica*, Barcelona, 127 (8), pp.313-315.

SANCHES, A.C. (2003). "Calidad de vida en la atención al mayor". *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 13 (3), pp.188-192.

SCHALOCK, R. (1996). "Quality of Life. Application to Persons with Disabilities". Vol. II. M. Snell, y L. Vogtle. *Facilitating Relationships of Children With Mental Retardation in Schools* (vol. II, pp. 43-61).

SCHWARTZMANN, L. (2003). "Calidad de vida relacionada con la salud: Aspectos conceptuales". *Cienc. Enferm*, 9 (2).

SETIÉN, M.L. (1993). *Indicadores Sociales de calidad de vida. Un sistema de medición aplicado al país vasco*. 1ª ed. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.

SIERRA BRAVO, R. (2001). *Técnicas de investigación social teoría y ejercicios*. 14ª ed. Madrid : Thomson Learning.

SOLÉ, C., TRIADÓ, C., VILLAR, F., RIERA, M., y CHAMARRO, A. (2005). "La educación en la vejez: razones para participar en programas educativos y beneficios que se extraen". *Revista de Ciencias de la Educación*, 203, pp. 453-465.

SZALAI, A., y ANDREWS, F.M. (1980). *The Quality of Life: Comparative Studies*. Londres: Sage.

TRIANA, E.A., y REYES, T. (1999). "Informática y Adulto Mayor". En: Triana, E.A., Sanabria, R. *Informática y envejecimiento. Retos de un nuevo milenio*. La Habana. Edición especial en CD-ROM. Editorial de Ciencias Médicas.

TUESCA, R. (2005). "La calidad de vida, su importancia y cómo medirla". *Salud Uninort*, Barranquilla (Col.), vol.21, pp.76-86. Disponible en: [http://ciruelo.uninorte.edu.co/pdf/salud\\_uninorte/21/8.La%20Calidad%20de%20Vida.pdf](http://ciruelo.uninorte.edu.co/pdf/salud_uninorte/21/8.La%20Calidad%20de%20Vida.pdf) f. (Consultado en 17.02.07).

VELA, M.G., y SABEH, E.N. (2003). "Calidad de vida. Evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica". Instituto Universitario de integración en la Comunidad. Facultad de Psicología. Universidad de Salamanca. España.

VIANA, B.H., GÓMEZ, J.R., y DA SILVA, M.E. (2006). “Efecto de un programa de actividad física para la tercera edad sobre una población físicamente activa”. *Rev. Científica en Medicina del Deporte*, 1, pp.18-22.

VILAGUT, G., FERRER, M., RAJMIL, L., REBOLLO, P., PERMANYER-MERALDA, G., QUINTANA, J., SANTED, R., et al. (2005). “El cuestionario SF-36 español: Una década de experiencias y nuevos desarrollos”, *Gaceta Sanitaria*, Barcelona, 19 (2), pp. 135-150.

VILLAVERDE, C. (2002). “Fisiología del envejecimiento”. En: Ruíz Márquez T. La Salud en los Mayores: Potencial de Bienestar y Calidad de Vida. Universidad de Almería: Servicio de Publicaciones.

VILLAVERDE, C., OLTRAS, CM., CASTELLON, A., RIVILLAS, M.D., FERRÓN, S., y RUBIO, R. (1998a). “Propuesta docente. La nutrición en las personas mayores”. La oferta de la Gerontagogía. Actas del I. Encuentro sobre Programas Universitarios para Mayores. Granada: Grupo Editorial Universitario.

VILLAVERDE, C., OLTRAS, C.M., CASTELLON, A., RIVILLAS, M.D., FERRÓN, S., y RUBIO, R. (1998b). “Propuesta docente. Actividad física y mayores”. La oferta de la Gerontagogía. Actas del I. Encuentro sobre Programas Universitarios para Mayores. Granada: Grupo Editorial Universitario de Granada.

VILLAVERDE-GUTIÉRRES, C., ARAUJO E., CRUZ, F., ROA, J.M., BARBOSA, W. y RUIZ-VILLAVERDE, G. (2006). “Quality of life of rural menopausal women in response to a customized exercise programme”. *Journal of Advanced Nursing*; 54 (1), pp.11-19.

VISKI, S.S. (2006). “Análise dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida WHOQOL-Bref E SF-36: confiabilidade, validade e concordância entre pacientes de unidade de terapia intensiva e seus familiares”. *Tesis doctoral*. Universidad de São Paulo.

WALKER A. (2004). “Calidad de vida de las personas mayores. Análisis comparativos en Europa”. *Rev. Esp, Geriatria y Gerontología*, 39 (3) pp. 8 – 17.

WALKER, A. (2002). “Futuras retas de la políticas social Europea sobre personas mayores”. *Rev. Esp. Geriatria y Gerontología*, 37(6) pp.334 – 341.

WARE, J.E., GANDEK, B, (1994). “The IQOLA Project Group. The SF-36 health survey: Development and use in mental health research and the IQOLA Project”. *International Journal of Mental Health*, 23, pp.49-73.

WHOQOL GROUP (1994). “The development of the Whorld Health Organization quality of life assessment instrument (the WHOQOL)”. In: Orley J. Kuyken W, editors. Quality of life assessment: international perspectives. Heidelberg: Springer Verlag.

WHOQOL-BREF (1996) “Introduction, administration, scoring and version of the assessment”. World Health Organization, Geneva.

YANGUAS, J.J. (2004). “Calidad de vida relacionada con la salud e personas mayores: aproximación conceptual, evaluación e implicación en gerontología”. *Rev. Esp.Geriatria y Gerontología*, 39, 54-66.

YANGUAS, J.J., LETURIA, F.J., LETURIA, M., y URIARTE, A. (1998). *Intervención psicosocial en Gerontología: Manual práctico*. Caja Madrid. Obra Social. Madrid : Editorial Cáritas Española.

YUSTE, N., et al. (2004). *Introducción a la psicogerontología*. Madrid: Ed. Pirámide.

## *VIII – ANEXOS*



“Envejezco aprendiendo cada día muchas cosas nuevas”.  
Platón

## ANEXO I

### Datos sociodemográfico

Sexo: ( ) Mujer  
( ) Hombre

Edad: \_\_\_\_\_

Estado civil ( ) Casado(a)  
( ) Soltero (a)  
( ) Viudo(a)  
( ) Separado (a)

Escolaridad: ( ) -Analfabetismo real  
( ) - Primaria incompleta (analfabetismo funcional)  
( ) - Primaria  
( ) - Técnica  
( ) - Normal  
( ) - Preparatoria  
( ) - Universidad  
( ) - Postgrado

Salario familiar: ( ) - Menos del salario mínimo  
( ) - Salario mínimo  
( ) - 3 veces el salario mínimo  
( ) - Entre 4 y 6 el salario mínimo  
( ) - Entre 6 y 10 veces el salario mínimo  
( ) - Más de 10 veces el salario mínimo

¿Practica Actividad Física?: Si ( )  
No ( )

Siendo a respuesta positiva (Si) conteste las próximas preguntas:

¿Hace cuanto tiempo que ha iniciado la practica de la actividad física?:

\_\_\_\_\_

¿Que tipo de activad física practica?: \_\_\_\_\_

¿Cuantos días en la semana?: \_\_\_\_\_

Mucha Gracias



## ANEXO II - CUESTIONARIO WHOQOL-ABREVIADO - VERSIÓN ESPAÑOLA

Este cuestionario sirve para conocer su opinión acerca de su calidad de vida, su salud, y otras áreas de su vida. Por favor, conteste a todas las preguntas. Si no está seguro que respuesta dar a una pregunta, escoja la que le parezca más apropiada. A veces, ésta puede ser su primera respuesta.

Tenga presente su modo de vivir, expectativas, placeres y preocupaciones. Le pedimos que piense en su vida durante las dos últimas semanas.

Por favor, lea cada pregunta, valore sus sentimientos, y haga un círculo en el número de la escala de cada pregunta que sea su mejor respuesta.

		Muy mala	Poco	Lo normal	Bastante bien	Muy bien
1	¿Cómo puntuaría su calidad de vida?	1	2	3	4	5

		Muy insatisfecho	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
2	¿Cuán satisfecho está con su salud?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a cuánto ha experimentado ciertos hechos en las dos últimas semanas.

		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremamente
3	¿Hasta que punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?	1	2	3	4	5
4	¿Cuánto necesita de cualquier tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?	1	2	3	4	5
5	¿Cuánto disfruta de la vida?	1	2	3	4	5
6	¿Hasta que punto siente que su vida tiene sentido?	1	2	3	4	5
7	¿Cuál es su capacidad de concentración?	1	2	3	4	5
8	¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?	1	2	3	4	5
9	¿Cuán saludable es el ambiente físico de su alrededor?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a “cuán totalmente” usted experimenta o fue capaz de hacer ciertas cosas en las dos últimas semanas.

		Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
10	¿Tiene energía suficiente para su vida diaria?	1	2	3	4	5
11	¿Es capaz de aceptar su apariencia física?	1	2	3	4	5
12	Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	1	2	3	4	5
13	¿Cuán disponible tiene la información que necesita en su vida diaria?	1	2	3	4	5
14	¿Hasta que punto tiene oportunidad para realizar actividades de ocio?	1	2	3	4	5

		Nada	Un poco	Lo Normal	Bastante	Extremamente
15	¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a “cuán satisfecho o bien” se ha sentido en varios aspectos de su vida en las dos últimas semanas.

		<b>Muy insatisfecho</b>	<b>Poco</b>	<b>Lo normal</b>	<b>Bastante Satisfecho</b>	<b>Muy satisfecho</b>
16	¿Cuán satisfecho está con su sueño?	1	2	3	4	5
17	¿Cuan satisfecho está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?	1	2	3	4	5
18	¿Cuan satisfecho está con su capacidad de trabajo?	1	2	3	4	5
19	¿Cuan satisfecho está de si mismo?	1	2	3	4	5
20	¿Cuán satisfecho está con sus relaciones personales?	1	2	3	4	5
21	¿Cuán satisfecho está con su vida sexual?	1	2	3	4	5
22	¿Cuán satisfecho está con el apoyo que obtiene de sus amigos?	1	2	3	4	5
23	¿Cuán satisfecho está de las condiciones del lugar donde vive?	1	2	3	4	5
24	¿Cuán satisfecho está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?	1	2	3	4	5
25	¿Cuán satisfecho está con su transporte?	1	2	3	4	5

		<b>Nunca</b>	<b>Algunas veces</b>	<b>Frecuentemente</b>	<b>Muy frecuentemente</b>	<b>Siempre</b>
26	¿Con que frecuencia tiene sentimientos negativos?	1	2	3	4	5

## **ANEXO III**

### **CUESTIONARIO DE SALUD SF-36 VERSIÓN ESPAÑOLA 1.4 (junio de 1999)**

#### **INSTRUCCIONES:**

Las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre su salud. Sus respuestas permitirán saber cómo se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades Habituales. Conteste cada pregunta tal como se indica. Si no está seguro/a de cómo responder a una pregunta, por favor conteste lo que le parezca más cierto.

**MARQUE UNA SOLA RESPUESTA**

1. En general, usted diría que su salud es:

- 1  Excelente
- 2  Muy buena
- 3  Buena
- 4  Regular
- 5  Mala

2. ¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?

- 1  Mucho mejor ahora que hace un año
- 2  Algo mejor ahora que hace un año
- 3  Más o menos igual que hace un año
- 4  Algo peor ahora que hace un año
- 5  Mucho peor ahora que hace un año

**LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A ACTIVIDADES O COSAS QUE USTED PODRÍA HACER EN UN DÍA NORMAL.**

3. Su salud actual, ¿le limita para hacer **esfuerzos intensos**, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?

- 1  Sí, me limita mucho
- 2  Sí, me limita un poco
- 3  No, no me limita nada

4. Su salud actual, ¿le limita para hacer **esfuerzos moderados**, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora?

- 1  Sí, me limita mucho
- 2  Sí, me limita un poco
- 3  No, no me limita nada

5. Su salud actual, ¿le limita para **coger o llevar la bolsa de la compra**?

- 1  Sí, me limita mucho
- 2  Sí, me limita un poco
- 3  No, no me limita nada

6. Su salud actual, ¿le limita para **subir varios pisos** por la escalera?

- 1  Sí, me limita mucho
- 2  Sí, me limita un poco
- 3  No, no me limita nada

7. Su salud actual, ¿le limita para **subir un solo piso** por la escalera?

- 1  Sí, me limita mucho
- 2  Sí, me limita un poco
- 3  No, no me limita nada

8. Su salud actual, ¿le limita para **agacharse o arrodillarse**?

- 1  Sí, me limita mucho
- 2  Sí, me limita un poco
- 3  No, no me limita nada

9. Su salud actual, ¿le limita para caminar **un kilómetro o más**?

- 1  Sí, me limita mucho
- 2  Sí, me limita un poco
- 3  No, no me limita nada

10. Su salud actual, ¿le limita para caminar **varias manzanas** (varios centenares de metros)?

- 1  Sí, me limita mucho
- 2  Sí, me limita un poco
- 3  No, no me limita nada

11. Su salud actual, ¿le limita para caminar **una sola manzana** (unos 100 metros)?

- 1  Sí, me limita mucho
- 2  Sí, me limita un poco
- 3  No, no me limita nada

12. Su salud actual, ¿le limita para **bañarse o vestirse por sí mismo**?

- 1  Sí, me limita mucho
- 2  Sí, me limita un poco
- 3  No, no me limita nada

**LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A PROBLEMAS  
EN SU TRABAJO O EN SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS.**

13. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que **reducir el tiempo** dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

- 1  Sí
- 2  No

14. Durante las 4 últimas semanas, ¿**hizo menos** de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?

- 1  Sí
- 2  No

15. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que **dejar de hacer algunas tareas** en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

1  Sí

2  No

16. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo **dificultad** para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud física?

1  Sí

2  No

17. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que **reducir el tiempo** dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

1  Sí

2  No

18. Durante las 4 últimas semanas, ¿**hizo menos** de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

1  Sí

2  No

19. Durante las 4 últimas semanas, ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan **cuidadosamente** como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

1  Sí

2  No



20. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

- 1  Nada
- 2  Un poco
- 3  Regular
- 4  Bastante
- 5  Mucho

21. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?

- 1  No, ninguno
- 2  Sí, muy poco
- 3  Sí, un poco
- 4  Sí, moderado
- 5  Sí, mucho
- 6  Sí, muchísimo

22. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

- 1  Nada
- 2  Un poco
- 3  Regular
- 4  Bastante
- 5  Mucho

**LAS PREGUNTAS QUE SIGUEN SE REFIEREN A CÓMO SE HA SENTIDO Y CÓMO LE HAN IDO LAS COSAS DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS. EN CADA PREGUNTA RESPONDA LO QUE SE PAREZCA MÁS A CÓMO SE HA SENTIDO USTED.**

23. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?

- 1  Siempre
- 2  Casi siempre
- 3  Muchas veces
- 4  Algunas veces
- 5  Sólo alguna vez
- 6  Nunca

24. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo estuvo muy nervioso?

- 1  Siempre
- 2  Casi siempre
- 3  Muchas veces
- 4  Algunas veces
- 5  Sólo alguna vez
- 6  Nunca

25. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?

- 1  Siempre
- 2  Casi siempre
- 3  Muchas veces
- 4  Algunas veces
- 5  Sólo alguna vez
- 6  Nunca

26. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?

- 1  Siempre
- 2  Casi siempre
- 3  Muchas veces

- 4  Algunas veces
- 5  Sólo alguna vez
- 6  Nunca

26. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?

- 1  Siempre
- 2  Casi siempre
- 3  Muchas veces
- 4  Algunas veces
- 5  Sólo alguna vez
- 6  Nunca

27. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo tuvo mucha energía?

- 1  Siempre
- 2  Casi siempre
- 3  Muchas veces
- 4  Algunas veces
- 5  Sólo alguna vez
- 6  Nunca

28. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?

- 1  Siempre
- 2  Casi siempre
- 3  Muchas veces
- 4  Algunas veces
- 5  Sólo alguna vez
- 6  Nunca

29. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió agotado?

- 1  Siempre
- 2  Casi siempre
- 3  Muchas veces
- 4  Algunas veces
- 5  Sólo alguna vez
- 6  Nunca

30. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió feliz?

- 1  Siempre
- 2  Casi siempre
- 3  Muchas veces
- 4  Algunas veces
- 5  Sólo alguna vez
- 6  Nunca

31. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió cansado?

- 1  Siempre
- 2  Casi siempre
- 3  Muchas veces
- 4  Algunas veces
- 5  Sólo alguna vez
- 6  Nunca

32. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

- 1  Siempre
- 2  Casi siempre
- 3  Algunas veces
- 4  Sólo alguna vez
- 5  Nunca

30. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió feliz?

- 1  Siempre
- 2  Casi siempre
- 3  Muchas veces
- 4  Algunas veces
- 5  Sólo alguna vez
- 6  Nunca

31. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió cansado?

- 1  Siempre
- 2  Casi siempre
- 3  Muchas veces
- 4  Algunas veces
- 5  Sólo alguna vez
- 6  Nunca

32. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

- 1  Siempre
- 2  Casi siempre
- 3  Algunas veces
- 4  Sólo alguna vez
- 5  Nunca

**POR FAVOR, DIGA SI LE PARECE CIERTA O FALSA  
CADA UNA DE LAS SIGUIENTES FRASES.**

33. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas.

- 1  Totalmente cierta
- 2  Bastante cierta
- 3  No lo sé
- 4  Bastante falsa
- 5  Totalmente falsa

34. Estoy tan sano como cualquiera.

- 1  Totalmente cierta
- 2  Bastante cierta
- 3  No lo sé
- 4  Bastante falsa
- 5  Totalmente falsa

35. Creo que mi salud va a empeorar.

- 1  Totalmente cierta
- 2  Bastante cierta
- 3  No lo sé
- 4  Bastante falsa
- 5  Totalmente falsa

36. Mi salud es excelente.

- 1  Totalmente cierta
- 2  Bastante cierta
- 3  No lo sé
- 4  Bastante falsa
- 5  Totalmente falsa