

**UNIVERSIDAD DE GRANADA**  
**ESCUELA INTERNACIONAL DE POSGRADO**



**UNIVERSIDAD  
DE GRANADA**

**Programa de Doctorado en Ciencias Sociales**

Línea de Trabajo Social, Bienestar Social y Políticas de Protección Social

*Tesis Doctoral*

**Inclusión de la Educación Social en la Intervención  
Gerontológica de las residencias. Necesidades, Desafíos y  
Propuestas Innovadoras**

Presentada por: **Cristina Buedo Guirado**  
Universidad de Granada

Dirigida por: **Dr. Juan Romero Coronado**  
Universidad de Granada  
**Dra. Laura Rubio Rubio**  
Universidad de Granada

*Granada, 2020*

Editor: Universidad de Granada. Tesis Doctorales  
Autor: Cristina Buedo Guirado  
ISBN: 978-84-1306-541-0  
URI: <http://hdl.handle.net/10481/63322>



La doctoranda **Cristina Buedo Guirado** y los directores de la tesis **Dr. Juan Romero Coronado** y **Dra. Laura Rubio Rubio** garantizamos, al firmar esta tesis doctoral, que el trabajo ha sido realizado por la doctoranda bajo la dirección de los directores de la tesis hasta donde nuestro conocimiento alcanza, en la realización del trabajo, se han respetado los derechos de otros autores a ser citados, cuando se han utilizado sus resultados o publicaciones.

Granada a 13 de marzo de 2020

Directores de la Tesis

Fdo.: Dr. Juan Romero Coronado

Fdo.: Dra. Laura Rubio Rubio

Doctoranda

Fdo.: Cristina Buedo Guirado



## **Agradecimientos**

Aún recuerdo cuando leí por primera vez la obra *Introducción en Gerontología Social*, de Ramona Rubio mientras estudiaba educación social. Gracias a Ramona, no tuve ninguna duda respecto al área de intervención en el que quería especializarme. Por lo que me embarqué en el máster en Gerontología en la UGR siendo todo un honor que dirigiese mi trabajo final, junto con Laura Rubio.

La persona clave de este largo camino, quien me ha estado ayudando desde el principio, confiando en que este conjunto de ideas algún día podría convertirse en una tesis doctoral. Haber sido la doctoranda de Laura durante todos estos años ha sido todo un honor, y sólo espero poder desempeñar en un futuro mi trabajo, con la misma pasión, generosidad, constancia y tesón que ella. Es toda una inspiración y se merece no sólo un agradecimiento, sino una eterna admiración.

Gracias a todos los docentes del máster, especialmente a Juan Antonio Maldonado, por haberme hecho disfrutar de las clases de derecho. Por supuesto, gracias a Juan Romero, por haber apostado por mí dirigiendo la presente tesis.

Muchas gracias también a todo el grupo de investigación en Gerontología Social. Mencionar especialmente a Cristina G. Dumitrache por todo su apoyo y conversaciones compartidas en los congresos.

Gracias a todos los miembros del tribunal por haberse involucrado en analizar y evaluar este trabajo, en estos tiempos tan difíciles.

Agradecer a toda mi familia y amigos por haberme apoyado siempre. Sin duda, sin vosotros nunca hubiese sido posible. Gracias ama por aguantar mi carácter y por ser siempre mi fuente de inspiración. Gracias Inma, por acogerme. Gracias Eva, por tus con mensajes subliminales; y a Juan por estar siempre ahí.



## Índice general

<b>Resumen</b>	<b>23</b>
<b>Summary</b>	<b>29</b>
<b>Presentación</b>	<b>35</b>
<b>PARTE 1. MARCO TEÓRICO</b>	<b>41</b>
<b>Capítulo 1. El nuevo perfil de envejecimiento español</b>	<b>43</b>
1. Introducción	45
2. Tendencias demográficas: el nuevo perfil de personas mayores	45
3. Nuevas formas de atención: la institucionalización ante la dependencia	48
<b>Capítulo 2. Necesidades en la atención residencial: envejecimiento activo</b>	<b>59</b>
1. Introducción	61
2. Diagnóstico de necesidades de las residencias respecto al nuevo perfil de mayor	63
3. El envejecimiento activo	64
4. Un nuevo perfil profesional en las residencias: la educación social	71
<b>Capítulo 3. La inclusión de la educación social en las residencias: la modificación del marco regulador</b>	<b>79</b>
1. Introducción	81
2. La educación social como fundamento axial para potenciar la atención sociocultural en los centros residenciales	82
3. Fundamentos Internacionales y Constitucionales para el reconocimiento del Derecho a la Educación de las personas mayores	85
4. El reconocimiento heterónimo de la profesión de educador/a social como fundamento imprescindible para el desarrollo del Derecho a la Educación de las personas mayores y su atención sociocultural en centros residenciales	86



5. El espacio otorgado por las fuentes profesionales a la Educación Social en la asistencia sociocultural del área de la tercera edad	91
6. El Código Deontológico de la Profesión	98
<b>PARTE 2. BLOQUE EXPERIMENTAL</b>	<b>101</b>
<b>Capítulo 4. Metodología</b>	<b>103</b>
1. Preguntas de investigación, objetivos e hipótesis	105
2. Diseño del programa de intervención	110
3. Metodología	126
4. Procedimiento	134
5. Análisis de datos	140
<b>Capítulo 5. Resultados</b>	<b>145</b>
Resultados de la fase piloto	147
Resultados de la fase de aplicación final	150
1. Análisis descriptivo de la fase preintervención	150
2. Análisis descriptivo de la fase postintervención	165
3. Análisis comparativos de las fases pre y post intervención	175
4. Análisis descriptivo de la fase de seguimiento	179
5. Análisis comparativo de los tres momentos de medida. Evaluación de la efectividad a largo plazo del programa innovador	188
6. Evaluación de la satisfacción con el programa	192
<b>Capítulo 6. Conclusiones de la investigación</b>	<b>197</b>
1. Conclusiones teóricas del trabajo	199
2. Discusión del programa de intervención desarrollado	202
3. Limitaciones	210
4. Futuras líneas de investigación	212

---

5. Contribuciones de este estudio	213
6. Implicaciones para la práctica gerontológica	214
7. Conclusiones	214
<b>Conclusions</b>	<b>219</b>
<b>Referencias</b>	<b>223</b>
<b>Anexos</b>	<b>239</b>
Anexo I. Diagnóstico competencial de la educación social y su adecuación institucional	241
Anexo II. Consentimiento informado de la participación del completo y sus residentes en el estudio	261
Anexo III. Cláusulas de confidencialidad	263
Anexo IV. Modelo de encuesta variables independientes y dependientes	265
Anexo V. Modelo de encuesta de satisfacción operativa	269



## Índice de Figuras

Figura 2.1. Diagrama de la interrelación entre la asistencia institucional y el nuevo perfil de mayores	61
Figura 2.2. Diagrama de la interrelación entre las funciones institucionales y la educación social	62
Figura 3.1. Materialización de las competencias de la educación social en la intervención institucional	82
Figura 4.1. Modelo Hipotético de la relación negativa entre el aumento de Edad, Grado de Dependencia y Años en la Institución de los participantes y las variables de bienestar y satisfacción percibida	109
Figura 4.2. Modelo Hipotético de la relación positiva entre el aumento de Nivel de Estudios, Cercanía del domicilio familiar; frecuencia y duración de las visitas; y las variables de bienestar y satisfacción percibida	109
Figura 4.3. Modelo Hipotético de las modificaciones en los valores medios obtenidos en la Satisfacción Vital y el Bienestar Percibido de los grupos Experimental y Control en los distintos momentos de la investigación	110
Figura 4.4. Porcentajes obtenidos del grado de dependencia de la muestra piloto	131
Figura 4.5. Porcentajes obtenidos del grado de dependencia de la muestra final	132
Figura 4.6. Porcentajes obtenidos del nivel de estudios de la muestra	133
Figura 4.7. Porcentajes obtenidos de la frecuencia de las visitas familiares	134
Figura 5.1. Puntuación pretest en autoaceptación de la muestra en base a percentiles	151
Figura 5.2. Puntuación pretest en relaciones positivas de la muestra en base a percentiles	151

Figura 5.3. Puntuación pretest en autonomía de la muestra en base a percentiles	152
Figura 5.4. Puntuación pretest en dominio del entorno de la muestra en base a percentiles	152
Figura 5.5. Puntuación pretest en crecimiento personal de la muestra en base a percentiles	153
Figura 5.6. Puntuación pretest en propósito en la vida de la muestra en base a percentiles	153
Figura 5.7. Puntuación pretest en satisfacción con la vida en base a percentiles	154
Figura 5.8. Puntuación en las variables según el estado civil de los participantes	158
Figura 5.9. Puntuación en las dimensiones de bienestar percibido en función de la frecuencia de visitas a los participantes	161
Figura 5.10. Puntuación posttest en la dimensión de autoaceptación del grupo experimental en base a percentiles	166
Figura 5.11. Puntuación posttest en la dimensión de relaciones positivas del grupo experimental en base a percentiles	167
Figura 5.12. Puntuación posttest en la autonomía del grupo experimental en base a percentiles	168
Figura 5.13. Puntuación posttest en la dimensión de dominio del entorno del grupo experimental en base a percentiles.	168
Figura 5.14. Puntuación posttest en la dimensión de crecimiento personal del grupo experimental en base a percentiles.	169
Figura 5.15. Puntuación posttest en la dimensión de propósito en la vida del grupo experimental en base a percentiles	169

---

Figura 5.16. Puntuación posttest en satisfacción vital del grupo experimental en base a percentiles	170
Figura 5.17. Puntuación posttest en la dimensión de autoaceptación del grupo control en base a percentiles	171
Figura 5.18. Puntuación posttest en la dimensión de relaciones positivas del grupo control en base a percentiles	172
Figura 5.19. Puntuación posttest en la dimensión de autonomía del grupo control en base a percentiles	173
Figura 5.20. Puntuación posttest en la dimensión de dominio del entorno del grupo control en base a percentiles	173
Figura 5.21. Puntuación posttest en la dimensión de crecimiento personal del grupo control en base a percentiles	174
Figura 5.22. Puntuación posttest en la dimensión de propósito en la vida del grupo control en base a percentiles	174
Figura 5.23. Puntuación posttest en satisfacción con la vida del grupo control en base a percentiles	175
Figura 5.24. Puntuaciones pretest y posttest en los grupos control y experimental en las variables de estudio	178
Figura 5.26. Puntuación seguimiento en la dimensión de autoaceptación del grupo experimental en base a percentiles	180
Figura 5.27. Puntuación seguimiento en la dimensión de relaciones positivas del grupo experimental en base a percentiles	180

Figura 5.28. Puntuación seguimiento en la dimensión de autonomía del grupo experimental en base a percentiles	181
Figura 5.29. Puntuación seguimiento en la dimensión de dominio del entorno del grupo experimental en base a percentiles	182
Figura 5.30. Puntuación seguimiento en la dimensión de crecimiento personal del grupo experimental en base a percentiles	182
Figura 5.31. Puntuación seguimiento en la dimensión de propósito en la vida del grupo experimental en base a percentiles.	183
Figura 5.32. Puntuación seguimiento en satisfacción con la vida del grupo experimental en base a percentiles	183
Figura 5.33. Puntuación seguimiento en la dimensión de autoaceptación del grupo control en base a percentiles	185
Figura 5.34. Puntuación seguimiento en la dimensión de relaciones positivas del grupo control en base a percentiles	185
Figura 5.35. Puntuación seguimiento en la dimensión de autonomía del grupo control en base a percentiles	186
Figura 5.36. Puntuación seguimiento en la dimensión de dominio del entorno del grupo control en base a percentiles	186
Figura 5.37. Puntuación seguimiento en la dimensión de crecimiento personal del grupo control en base a percentiles	187
Figura 5.38. Puntuación seguimiento en la dimensión de propósito en la vida del grupo control en base a percentiles	187

Figura 5.39. Puntuación seguimiento en satisfacción con la vida del grupo control en base a percentiles	188
Figura 5.40. Puntuaciones pretest, postest y seguimiento en los grupos control y experimental en las variables de estudio	191
Figura 5.41. Satisfacción global de los participantes del grupo experimental con los talleres del programa	195





## Índice de Tablas

Tabla 1.1. Envejecimiento de la población española (1981-2051)	46
Tabla 1.2. Nivel de estudios, uso de las tecnologías y participación en programas de envejecimiento activo de la población española 2008-2015	47
Tabla 1.3. Aumento de número de Centros asistenciales en España entre 2000 y 2011	49
Tabla 2.1. Análisis DAFO de los Centros Geriátricos en España 2015	63
Tabla 4.1. Objetivos Específicos del Proyecto de Intervención Gerontológico	111
Tabla 4.2. Características de la Taller de Ocio	114
Tabla 4.3. Características del Taller de Naturterapia	115
Tabla 4.4. Características del Taller de Volunterapia	116
Tabla 4.5. Características del Taller de Prensa	118
Tabla 4.6. Características del Taller de Calidad	119
Tabla 4.7. Características del Taller de Mediateca	120
Tabla 4.8. Características de la Estimulación Cognitiva	121
Tabla 4.9. Características de ¡Festeja la Vida!	123
Tabla 4.10. Características del Taller de Relajación de Jacobson	124
Tabla 4.11. Características del Taller de Psicomotricidad	124
Tabla 4.12. Cronograma de la fase diagnóstica	138
Tabla 4.13. Cronograma de la fase de ejecución	139

Tabla 4.14. Cronograma de la fase de evaluación postintervención	140
Tabla 5.1. Comparación de los grupos experimental y control en la fase piloto respecto a las variables analizadas	147
Tabla 5.2. Puntuaciones del grupo experimental obtenidas en las escalas de bienestar psicológico y satisfacción vital en los dos momentos del estudio en la fase piloto	148
Tabla 5.3. Puntuaciones del grupo control obtenidas en las escalas de bienestar psicológico y satisfacción vital en los dos momentos del estudio en la fase piloto	149
Tabla 5.4. Estadísticos descriptivos pretest de la muestra respecto a las variables estudiadas	150
Tabla 5.5. Comparación de medias en las variables estudiadas según el género	155
Tabla 5.6. Correlaciones entre años en la institución o la edad y las escalas de bienestar psicológico y la satisfacción vital	156
Tabla 5.7. ANOVA para bienestar psicológico y satisfacción vital según el grado de dependencia	157
Tabla 5.8. ANOVA para bienestar psicológico y satisfacción vital según el estado civil	157
Tabla 5.9. ANOVA para bienestar psicológico y satisfacción vital según el nivel de estudios	159
Tabla 5.10. ANOVA para bienestar psicológico y satisfacción vital según la ocupación previa	159

Tabla 5.11. ANOVA para bienestar psicológico y satisfacción vital según la frecuencia de visitas	160
Tabla 5.12. Correlaciones entre el número de horas de visita y la cercanía del domicilio de los familiares con las escalas de bienestar psicológico y la satisfacción vital	162
Tabla 5.13. ANOVA para bienestar psicológico y satisfacción vital por forma de convivencia previa	163
Tabla 5.14. Comparación preintervención de los grupos experimental y control respecto a las variables estudiadas y variables sociodemográficas	164
Tabla 5.15. Estadísticos descriptivos posttest del grupo experimental en las variables estudiadas	166
Tabla 5.16. Estadísticos descriptivos posttest del grupo control en las variables estudiadas	171
Tabla 5.17. Puntuaciones del grupo experimental obtenidas en las escalas de bienestar psicológico y satisfacción vital en los dos momentos del estudio	176
Tabla 5.18. Puntuaciones del grupo control obtenidas en las escalas de bienestar psicológico y satisfacción vital en los dos momentos del estudio	177
Tabla 5.19. Estadísticos descriptivos seguimiento del grupo experimental en las variables estudiadas	179
Tabla 5.20. Estadísticos descriptivos seguimiento del grupo control en las variables estudiadas	184
Tabla 5.21. Efectos principales de la interacción para las variables analizadas y puntuaciones medias por grupo y tiempo	189

Tabla 5.22. Efectos simples de la interacción grupo x tiempo en cada momento de la evaluación	190
Tabla 5.23. Estadísticos descriptivos de la satisfacción con la utilidad de las actividades realizadas	192
Tabla 5.24. Estadísticos descriptivos de la satisfacción con la metodología de las actividades realizadas	193
Tabla 5.25. Estadísticos descriptivos de la satisfacción con la organización de las actividades realizadas	194

---

## **Resumen/ Summary**

---



## Resumen

Como consecuencia del aumento de la esperanza de vida, la mejora de la calidad de vida y el bienestar de la población de edad avanzada se ha convertido en un objetivo importante para la sociedad. Con esto en mente, la Organización Mundial de la Salud (2002) propuso el término de envejecimiento activo, definiéndolo como “el proceso de optimizar las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida con la edad” (p. 12). Según la OMS (2002), el envejecimiento activo implica el mantenimiento de la autonomía, la independencia y la calidad de vida y la participación en todas las esferas de la vida, es decir, la participación en el ámbito social, cívico, económico y espiritual de la vida (Caprara, 2008). Por último, el aprendizaje a lo largo de toda la vida se propone, años más tarde, como otro componente del envejecimiento activo (OMS, 2015), teniendo en cuenta sus implicaciones positivas durante todo el ciclo de vida y también a edades más avanzadas (Fernández-Ballesteros, Molina, Schettini, y Del Rey, 2012).

El envejecimiento activo promueve la satisfacción vital o bienestar subjetivo, que es decisiva para reducir la prevalencia de la discapacidad y morbilidad (Mendoza-Ruvalcaba y Arias-Merino, 2015; Woo, Leung y Zhang, 2016). Por otra parte, se ha encontrado que las relaciones positivas, el sentido del humor, el disfrute de la vida y la aceptación del cambio son criterios esenciales para el bienestar y el envejecimiento exitoso (Ryff, 1989). Además, estas variables están vinculadas a la salud de las personas mayores (Steptoe, Deaton y Stone, 2015). Del mismo modo, la participación social y el empoderamiento contribuyen a la calidad de vida de los adultos mayores, así como al bienestar psicológico de los mismos (Ho, 2017; Minagawa y Saito, 2015; Zhang y Zhang, 2015). Bajo el paradigma del envejecimiento activo se han propuesto una amplia



gama de actividades y programas con el objetivo de preservar la autonomía e independencia de las personas mayores durante el mayor tiempo posible. Estos programas se centran principalmente en la promoción del bienestar, así como investigar los factores que están relacionados con este envejecimiento activo. Sin embargo, a pesar de las iniciativas antes mencionadas, un gran sector de la población de más edad tiene dificultades para acceder a los programas que se ofrece, especialmente las personas institucionalizadas. En ocasiones, la institucionalización se asocia con una pérdida de funcionalidad física y mental, que es una barrera para el envejecimiento activo (Fernández-Mayoralas et al., 2015). Del mismo modo, un estudio previo realizado en entornos residenciales demuestra que las relaciones cercanas y lazos familiares previos al ingreso no se cubrieron después de la institucionalización; las actividades programadas en el centro, además, no promovieron la autonomía o la iniciativa de los residentes, ni tampoco estas acciones desarrollaban el sentido de pertenencia a un grupo (Ors y Maciá, 2013). Además de esto, los programas de envejecimiento activo en entornos residenciales son limitados y por lo general se trata de pruebas piloto que no son finalmente incorporados en centros residenciales.

Teniendo en cuenta lo anterior, el objetivo de esta tesis doctoral fue diseñar un programa de intervención basado en los pilares del envejecimiento activo para personas mayores institucionalizadas en residencias, y analizar el impacto del mismo sobre el bienestar psicológico y el bienestar subjetivo en una muestra de personas mayores institucionalizadas; y, además, evaluar si los efectos positivos del programa se mantuvieron doce meses después de haber finalizado la intervención.

Para ello, la presente tesis se encuentra dividida en dos grandes bloques, el primero de ellos con tres capítulos correspondería al bloque teórico, y el segundo bloque con otros tres capítulos abordaría la parte empírica de la tesis doctoral.

El **capítulo 1** recoge los distintos fenómenos sociales que han modificado el perfil del envejecimiento español, la evolución del concepto de residencia y cómo esa evolución ha generado una modificación en la atención integral de las personas mayores institucionalizadas. En el **capítulo 2** se analizan las necesidades actuales de las personas que residen en centros para personas mayores, por ello se conceptualiza el envejecimiento activo y se abordan sus implicaciones sobre el bienestar de las personas mayores, especialmente la institucionalizadas; además se introduce el perfil de la educación social y sus funciones en el tratamiento gerontológico de las residencias. El **capítulo 3** propone modificar el marco legal que debiera sustentar este nuevo profesional en los centros de atención a personas mayores y dependientes.

En relación al bloque empírico de la presente tesis doctoral, el **capítulo 4** describe la metodología que se ha llevado a cabo para lograr los objetivos de este trabajo. Se describen los objetivos e hipótesis, se introduce el diseño completo del programa aplicado con todas sus sesiones, y se describen los instrumentos utilizados, participantes, el diseño de la investigación y el procedimiento.

El estudio se dividió en dos fases, la fase piloto y la fase de aplicación final. En la fase piloto la muestra fue de 22 personas, y 141 personas participaron en la fase final. En todos los casos los participantes tenían edades comprendidas entre los 60 y 100 años de edad. Debido a las características de este estudio, se empleó un muestreo consecutivo no probabilístico, en el que se seleccionaron los participantes de acuerdo con dos criterios de inclusión que se establecieron desde el principio: ser físicamente capaz de llevar a cabo las actividades; y el mantenimiento de la capacidad cognitiva para responder a los instrumentos utilizados. Todos los participantes se encontraban institucionalizadas en una residencia para personas mayores en España.

Para la aplicación del programa se empleó un diseño cuasi-experimental de pretest-postest con grupo control y experimental. Los participantes asignados al grupo de control participaron en el programa tradicional de actividades de la residencia, es decir, gerontogimnasia y estimulación cognitiva mediante actividades orales y en papel. El grupo experimental participó en las actividades del programa de envejecimiento activo durante los tres meses que duró el proyecto. Las actividades que se incluyeron en el programa de envejecimiento activo fueron: taller de ocio, taller de naturterapia, taller de prensa, estimulación cognitiva, voluntariado, psicomotricidad, relajación de Jacobson, mediateca, festeja la vida, y taller de calidad.

Los instrumentos utilizados para evaluar los beneficios del programa sobre los participantes fueron la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff (1989; Díaz et al., 2006) y la escala de Satisfacción con la Vida de Diener (Atienza, Pons, Balaguer y García-Merita, 2000; Diener, Emmons, Larsen y Griffin, 1985).

En el **capítulo 5** se describen los resultados de la aplicación del programa tanto en la fase piloto como en la fase final de aplicación, incluyendo los datos del seguimiento 12 meses después de la aplicación del programa.

Como resultado de la aplicación del programa de envejecimiento activo, el grupo experimental mostró un incremento en la puntuación de satisfacción vital, así como en todas las dimensiones del bienestar psicológico. Tales dimensiones son autoaceptación, relaciones positivas con otras personas, autonomía, dominio del entorno, crecimiento personal y propósito en la vida. Por el contrario, en el grupo control las puntuaciones habían disminuido en todas las variables, excepto para el dominio del entorno, que se mantuvo estable. Estas mejoras se mantuvieron 12 meses después de la aplicación del programa de envejecimiento activo en el grupo control.

En este capítulo, además, se muestran los resultados de los análisis de satisfacción

vital y bienestar psicológico en función de las variables sociodemográficas de los participantes.

Por último, finaliza este trabajo con un **capítulo 6** centrado en la discusión de los resultados y el desarrollo de conclusiones, incluyendo también las limitaciones del estudio y las futuras líneas de investigación.

El proceso de envejecimiento a veces puede derivar en situaciones de vulnerabilidad, discapacidad o dependencia que tienen una influencia en la autonomía y la toma de decisiones de las personas mayores (Cerri, 2015), lo que a su vez puede conducir a la angustia emocional (Bierman y Statland, 2010; Korda, Paige, Yiengprugsawan, Latz y Friel, 2014; Sampasa-Kanyinga, Zamorski y Colman, 2018). Del mismo modo, problemas como la discapacidad y la pérdida de salud podrían provocar sentimientos de ineficacia e inutilidad en las personas mayores, que afectarían directamente a su percepción de la autonomía y del dominio del entorno (Bozo, Toksabay y Kurum, 2009). Además, estudios previos muestran que para las personas mayores institucionalizadas los niveles de autonomía y participación social son más bajos en comparación con las personas mayores residentes en sus propios domicilios (Killaspy et al., 2016), aunque tengan las mismas limitaciones de salud. La rapidez y la falta de consideración externa con respecto a los deseos de aquellos que reciben dicha atención son comunes en los centros de atención a personas mayores (Ors y Maciá, 2013), lo que tiene un impacto importante en el estado emocional de los mismos, ya que disminuye su capacidad para llevar a cabo actividades de su interés, así como actividades de la vida diaria y de ocio (Ors y Maciá, 2013), por lo que constituye una gran limitación de las residencias actualmente.

La inclusión de actividades novedosas basadas en los pilares del envejecimiento activo en los centros de atención a personas mayores, que faciliten la participación en

actividades significativas para los participantes y que les otorguen un empoderamiento, podría suponer un beneficio importante para los residentes del centro. En este trabajo la inclusión de un programa de tres meses con actividades de este tipo supuso un incremento del bienestar psicológico y la satisfacción vital de las personas mayores que residían en un centro de atención especializado, beneficios que se mantuvieron tras un año de la aplicación del programa.

## Summary

After the great increase in life expectancy of populations, improvement in quality of life and well-being of the aging population has become an important goal for modern societies. With this in mind, the World Health Organization (WHO, 2002) proposed that active aging should be defined as “the process of optimizing opportunities for health, participation and security in order to enhance quality of life as people age” (p. 12). According to the WHO (2002), active aging implies maintaining autonomy, independence and quality of life, and participating in all spheres of life, that is, participating in the social, civic, economic and spiritual spheres of life (Caprara, 2008). Recently, lifelong learning has been conceptualized as a component of active aging itself and not just an element of the participation pillar (WHO, 2015), given its positive implications during the entire life cycle and also at older ages (Fernández-Ballesteros, Molina, Schettini, & Del Rey, 2012).

Active aging promotes older adults’ subjective well-being or life satisfaction, which is decisive for reducing the prevalence of disability and morbidity (Mendoza-Ruvalcaba & Arias-Merino, 2015; Woo, Leung & Zhang, 2016). Furthermore, it has been found that positive relationships, sense of humour, enjoyment of life and resilience are essential criteria for well-being and successful aging (Ryff, 1989). Also, these variables are linked to older people’ health (Stephoe, Deaton & Stone, 2015). Likewise, social participation and empowerment contribute to older adults’ quality of life and subjective and psychological well-being (Ho, 2017; Minagawa & Saito, 2015; Zhang & Zhang, 2015). Under the paradigm of active aging, a wide range of activities and programs have been proposed, aimed at preserving the autonomy and independence of older people for as long as possible. These programs focus on promoting their well-

being, and investigating the factors that are related to this active aging. Nevertheless, despite the aforementioned initiatives, a large sector of the older population has difficulty accessing the programs on offer namely: institutionalized older people. On occasion, institutionalization is associated with a loss of physical and mental functionality, which is a barrier to aging actively (Fernández-Mayoralas et al., 2015). Likewise, a study on well-being in residential settings conducted by Ors and Maciá (2013), demonstrates that close relationships and relationships with family and social ties prior to admission were not covered after institutionalization; scheduled activities did not promote the autonomy or initiative of residents; nor did such actions generate the sense of belonging to a group (Ors & Maciá, 2013). Besides this, active aging programs in residential settings are limited and they usually are pilot tests that are not ultimately incorporated into residential facilities.

Based on this, the objective of this thesis was to analyze the impact that an active aging program had on the psychological and subjective well-being of a sample of institutionalized older people; and, furthermore, to evaluate whether the positive effects were maintained twelve months after having finalized the intervention.

Therefore, the present thesis is divided into two large blocks, the first one with three chapters would correspond to the theoretical block, and the second block with three chapters would address the empirical part of the doctoral thesis.

**Chapter 1** describes the different social phenomena that have modified the profile of Spanish aging, the evolution of the conceptualization of nursing home and how this evolution has produced a change in the integral care of institutionalized older people. In **Chapter 2**, the current needs of people living in nursing homes for older people are analyzed, also active aging is conceptualized and its implications on the well-being of older people are discussed, especially it impacts on institutionalized older peoples is

addressed; In addition, the profile of social education and its functions in the gerontological treatment of nursing homes is introduced. **Chapter 3** proposes a modification of the legal framework to support this new profession in nursing homes for older and frail people.

In relation to the empirical block of this thesis, **Chapter 4** describes the methodology that has been carried out to achieve the objectives of this work. Aims and hypotheses are described, the complete design of the program applied with all its sessions is introduced, instruments used, participants, research design, procedure and data analysis are also described.

The study was divided into two phases, the pilot phase and the final application phase. The sample of the pilot phase comprised 22 people, and the application of the final intervention program was carried out with 141 people in the final application phase. Participants in both phases had ages between 60 and 100 years-old. Due to the characteristics of this study, non-probabilistic consecutive sampling was employed, in which the participants were selected according to two inclusion criteria that were established at the outset: being physically capable of carrying out the activities; and maintaining the cognitive ability to respond to the instruments used. All the participants were institutionalized in a nursing home in Spain.

A pretest-posttest quasi-experimental design with control and experimental group was used. Participants assigned to the control group continued to participate in the general program provided by the nursing home, that is, geriatric exercise and cognitive stimulation using worksheets and debates. The experimental group participated in the active aging program activities for three months. The ten activities were: leisure workshop, nature therapy workshop, press workshop, cognitive stimulation, voluntary



work, psychomotricity, Jacobson's relaxation technique, media library, celebrate life, and quality workshop.

The instruments used to evaluate the benefits of the program on the participants were the Spanish adaptation of Ryff's Psychological Well-Being Scales (1989; Díaz et al., 2006), and the Diener's Satisfaction with Life Scale (SWLS; Atienza, Pons, Balaguer & García-Merita, 2000; Diener, Emmons, Larsen & Griffin, 1985).

**Chapter 5** describes the results after program application both in the pilot phase and in the final phase of application, including the follow-up data 12 months after applying the intervention program.

As a result of the application of the active aging program, the experimental group displayed higher scores in life satisfaction and in all dimensions of psychological well-being. Such dimensions are self-acceptance, positive relations, autonomy, environmental mastery, personal growth and purpose in life. By contrast, in the control group the scores had decreased in all variables except for environmental mastery, which remained stable. These improvements were maintained twelve months after the application of the active aging program in the control group.

In this chapter, in addition, the results of the analyses of life satisfaction and psychological well-being are shown according to the sociodemographic variables of the participants.

Finally, this work concludes with **chapter 6** focused on the discussion of the results and the development of conclusions, including also the limitations of the study and future lines of research.

The aging process can sometimes derive in situations of vulnerability, disability or dependence that have a detrimental effect on older peoples' autonomy and decision-making capacity (Cerri, 2015), which can lead to emotional distress (Bierman &

Statland, 2010; Korda, Paige, Yiengprugsawan, Latz & Friel, 2014; Sampasa-Kanyinga, Zamorski & Colman, 2018). Likewise, disability and health problems could cause feelings of inefficiency and uselessness in older people, which directly affects their perception of autonomy and environmental mastery (Bozo, Toksabay & Kürüm, 2009). In addition, for institutionalized older people the autonomy and social participation levels are lower when compared to community-dwelling older people (Killaspy et al., 2016). Swiftness and a lack of external consideration with regards to the desires of those who receive such care are common at care facilities (Ors & Maciá, 2013). This circumstance has a major impact on older adults' emotional status, because it diminishes their ability to carry out valued activities for their daily life or leisure activities (Ors & Maciá, 2013), thus it constitutes a great limitation of nursing homes.

The inclusion of innovative activities based on the pillars of active aging in nursing homes for older adults, that facilitate participation in significant activities for older people and that empower them, could be an important benefit for the residents of these centers. In this work, the inclusion of a three-month program with activities of this type meant an increase in psychological well-being and life satisfaction of older people who live in a specialized nursing home, benefits that remained after one year of the application of program.



---

## **Presentación**

---



## Presentación

Vivimos en un mar de paradigmas sociales donde el incremento del envejecimiento junto con el aumento de prejuicios en torno a dicho proceso queda reflejado en la atención prestada en los centros geriátricos. Siendo característico el hermetismo social al que se somete a las personas mayores; en contraposición de los perfiles actuales de envejecimiento, ya que los profesionales nos encontramos con personas de edades avanzadas con inquietudes intelectuales y proyectos de vida para esta nueva etapa.

A este nuevo perfil de mayores, se le ha bautizado como los “jubilados jóvenes”, que, ante limitaciones funcionales, o por otros motivos vinculados al sentimiento de soledad, deciden abandonar sus domicilios para emprender un nuevo camino donde compartir sus años en comunidad en los centros geriátricos.

En las últimas décadas, la introducción de nuevas alternativas y servicios, que posibilitan permanecer en sus domicilios a las personas mayores incapacitadas o limitadas funcionalmente, ha supuesto paralelamente el empobrecimiento de la percepción en torno a la libertad y autonomía que ofrecen los complejos. Por parte de los profesionales sociales las propuestas y estudios sobre envejecimiento activo y calidad de vida, se han centrado en su gran mayoría, en entornos externos a los centros, estudiando la atención gerontológica en asociaciones, pisos tutelados, centros de día, casas culturales, *cohouseing*... Olvidando que los complejos, también requieren de innovación y accionamiento social en nuestros días; así como de un estudio profundo sobre la calidad de vida y satisfacción percibida por los usuarios.

Somos nosotros mismos, los profesionales sociales, quienes hemos descuidado este sector, aplazando su tratamiento y dotándole de un carácter extremo. Siendo la

última alternativa para la persona mayor que se encuentra en cierta manera, incapacitada para seguir en su domicilio de forma autónoma. Esta afirmación, se constata tras el análisis de numerosos documentos actuales y libros escritos por gerontólogos expertos donde se observa que la premisa máxima respecto a la institucionalización de las personas mayores es: “En casa cuando sea posible, en la residencia cuando sea necesario” (Rodríguez, 2000).

Pero, ¿por qué se le otorga este tratamiento meramente asistencial y paternalista a los complejos? ¿Acaso no pueden ejercer labores de comunidad, promoviendo la autonomía y la libertad? Si no se cambian dichas percepciones, desde los propios profesionales, es imposible modificar los hábitos tradicionales que integran los centros residenciales donde el tratamiento, es fundamentalmente asistencial, olvidando a las personas, y tratando solo con cuerpos.

Pero desde esta perspectiva, no es suficiente sostener la idea de la instauración en los complejos de actividades socioculturales, manualidades y talleres. Sino que se trata de realizar un cambio profundo en la ideología de las acciones sociales y educativas dentro de los programas geriátricos. Es necesario crear un verdadero cambio en los programas activando la vitalidad y el tejido comunitario desde el interior de los centros geriátricos. No se debe olvidar que son personas mayores con un nuevo hogar, que deciden compartir sus años de vida con los profesionales en los que confían y con sus pares de iguales. Una comunidad. Por lo que éste debe corresponder dichas expectativas, acordes a sus necesidades.

Para ello se debe incentivar la comprensión del pleno derecho de la libertad y de la autovalía de las personas mayores dentro del centro geriátrico. No deben perder su identidad, ya que son personas que deben tener voz que deben exponer sus objetivos en este ciclo vital.

Por todo ello, se presenta el siguiente proyecto de investigación, donde inicialmente se construye un marco teórico, en el que se plasman las características y evolución de los complejos en España; destacando las funciones de atención psicosocial actuales. Contrastando en segundo término, aquellas deficiencias extraídas de los fenómenos sociales actuales, que modifican el perfil de la persona mayor. Poniendo de manifiesto, nuevas reclamaciones y la necesidad de un nuevo tratamiento social.

Posteriormente, se tratan dichas deficiencias como punto de partida para construir una nueva intervención gerontológica de la mano de la inclusión del profesional de la educación social. No se trata de crear un perfil que genere la exclusión de perfiles ya consagrados en los complejos; sino que se trata de mostrar cómo su complementariedad y sus aportaciones son la respuesta activa ante estas nuevas necesidades. Por lo que se esboza un marco legislativo que regule dicha figura a través de la modificación del actual convenio. Esta construcción queda reflejada en nuevas estrategias, funciones y actividades recogidas en la creación de un nuevo proyecto de intervención gerontológico innovador basado en los pilares del envejecimiento activo, y ajustado a las nuevas necesidades de los complejos, mejorando el tratamiento psicosocial de los usuarios y su percepción.

Además de crear un nuevo proyecto, se busca crear nuevos cauces de comunicación, como una ventana a recursos que aseguren la continuidad del mismo proyecto y de los centros geriátricos potencialmente. Estas comunicaciones generan en sí mismas una apertura social, rompiendo con el hermetismo tan arraigado en los complejos, y estrechando lazos con otras entidades sociales.

En definitiva, se trata de accionar la vitalidad desde la propia residencia. Por lo que, medir el bienestar psicológico y la satisfacción vital de los usuarios que participan



en esta propuesta innovadora, resulta la clave para afianzar este proyecto de intervención.

---

**PARTE 1**  
**MARCO TEÓRICO**

---



---

## **Capítulo 1. El nuevo perfil de envejecimiento español**

---



## **1. Introducción**

La población española ha sufrido en las últimas décadas una gran modificación debido a la estabilización del estado de bienestar con sus coberturas sanitarias, los avances científicos, y los hábitos de vida. Más allá de verse como un logro de las sociedades desarrolladas, la falta de una revisión de los planteamientos legislativos vigentes provoca temor en su adecuado tratamiento, viendo una prolongación de la vida como la consecuencia del empobrecimiento de los países desarrollados ante un aumento del gasto social y sanitario.

La tendencia demográfica y los cambios sociales han generado también un cambio en la atención a las personas mayores, que se refleja en el incremento exponencial del número de plazas en residencias en las últimas décadas, así como en la conceptualización y visión de las mismas. Esto ha conducido hacia un nuevo modelo de atención en las residencias cuyo objetivo es que las personas sean agentes activos en su envejecimiento, y a la modificación de los perfiles profesionales que se encuentran en los centros, incluyendo el perfil de psicología más recientemente.

En las próximas líneas se abordará el nuevo perfil de envejecimiento de la población española, la evolución de los centros residenciales, y la atención prestada a este sector de la población.

## **2. Tendencias demográficas: el nuevo perfil de personas mayores**

Utilizando las estadísticas obtenidas del CSIC (Consejo Superior de Investigaciones Científicas) y del informe elaborado por el INE (Instituto Nacional de Estadística) en el año 2011, se recogen las siguientes tablas que aportan datos objetivos, en torno al envejecimiento de la población española, sus tendencias y características como se puede observar en la Tabla 1.1. Las próximas tres décadas provocarán en

España un envejecimiento poblacional, con un aumento de más del 200% de personas mayores de 80 años que sobreviven a esta etapa vital.

Tabla 1.1

*Envejecimiento de la población española (1981-2051)*

Año	TOTAL	65 años y más	65-79 años	80 años y más
1981	37,683,362	4,236,740	3,511,599	725,141
1991	38,872,268	5,370,252	4,222,384	1,147,868
2001	40,847,371	6,958,516	5,378,194	1,580,322
2011	46,815,916	8,116,347	5,659,441	2,456,906
2021	45,186,456	9,306,853	6,450,649	2,858,204
2031	43,933,710	11,556,288	7,926,115	3,630,173
2041	42,874,861	14,031,450	9,180,903	4,850,547
2051	41,699,556	15,222,174	8,848,227	6,373,947

*Fuente:* INE (2011)

Tal y como se observaba en la Tabla 1.1, además de la tendencia al aumento de la ratio de población mayor de 65 años, se constatan en la siguiente Tabla 1.2 otros dos fenómenos relativos a los residentes actuales y futuros: un aumento del nivel de estudios de las personas mayores, con tendencia a incrementar dicho nivel y uso de las nuevas tecnologías, y un aumento de la participación en programas de envejecimiento activo (Instituto de Mayores y Servicios Sociales [IMSERSO], 2012; Instituto Nacional de Estadística [INE], 2015).

Tabla 1.2

*Nivel de estudios, uso de las tecnologías y participación en programas de envejecimiento activo de la población española 2008-2015*

Edad	Superior (2008)	Secundaria (2008)	Primaria (2008)	S/E (2008)	Envejecimiento activo (2011)	Internet (2015)
16-19	-	25%	75%	0%	-	92%
20-24	15%	50%	35%	0%	-	
25-29	30%	34%	35%	1%	-	82.5%
30-34	34%	30%	35%	1%	-	
35-39	30%	39%	28%	3%	-	74.5 %
40-44	25%	32%	40%	3%	-	
45-49	22%	30%	45%	3%	-	63.5%
50-54	20%	27%	50%	3%	-	
55-59	18%	19%	60%	3%	-	41%
60-64	15%	12%	70%	3%		
65-69	10%	6%	82%	3%		
70 y más	5%	5%	85%	5%	53%	19.5%

*Fuente:* Nivel de estudios en España (INE, 2008), uso de las nuevas tecnologías (INE, 2015) y participación en programas de envejecimiento activo (Libro Blanco del Envejecimiento Activo, 2011)

Así mismo, en el Libro Blanco del Envejecimiento Activo (2011) se exponen las siguientes conclusiones en relación a las actuales personas mayores:



- Las personas mayores de 65 años desean mantener su autonomía (87%) y quieren participar activamente en la Sociedad (43%).
- Las personas mayores de 65 años desarrollan labores de voluntariado (28%), y han iniciado actividades novedosas para ellos, tras la jubilación (53%).
- Las personas mayores de 65 años manifiestan gozar de buena salud (45.5%); pero el 29.17% de la población española mayor de 65 años, se encuentra incapacitada para realizar las actividades de la vida cotidiana (INE, 2017).

### **3. Nuevas formas de atención: la institucionalización ante la dependencia**

Los cambios sociales en cuanto a la tipología de núcleo familiar y la incorporación de la mujer al mercado laboral han provocado un efecto colateral sobre el envejecimiento en España: la desaparición del apoyo informal en este sector de la población hasta ahora. De forma generalizada, tras el fallecimiento de su cónyuge o al alcance de una longeva edad, las personas mayores deciden dejar sus residencias para acomodarse en la de sus familiares, contando así con su atención.

Pero cifras actuales muestran cómo esa tendencia ha ido desapareciendo en las últimas décadas. Deseando conservar su autonomía, las personas mayores optan por conservar su residencia, incluso de forma solitaria en más de un 21.54% de los casos (IMSERSO, 2012). En dicho informe se recogen los resultados ante la cuestión: “independientemente de donde viva en la actualidad, ¿dónde preferiría vivir usted? La respuesta es casi unánime: nueve de cada diez dicen que en su casa, aunque sea sola” (IMSERSO, 2012, p.171).

Pero ese rotundo porcentaje se modifica si estos participantes necesitasen cuidados o apoyo para el desarrollo de las actividades de la vida diaria. El 46.1% afirma que les gustaría trasladarse a casa de algún hijo/a, el 15.4% se mantendría en su

domicilio y el 18.3% afirma que se trasladaría a un centro geriátrico para su atención (IMSERSO, 2012).

Esta afirmación se verifica al incrementarse el número de centros residenciales activos (IMSERSO 2012), en paralelo al crecimiento de la población mayor de 65 años en España (IneBase, 2011), como resume la Tabla 1.3.

Tabla 1.3

*Aumento de número de Centros asistenciales en España entre 2000 y 2011*

	Año	
	31/12/2000	31/12/2011
Población mayor de 65 años	7,037,553	8,221,047
Número de centros residenciales	4,158	5,418
Públicos	573	1,304
Privados	3,585	4,114
Número de plazas ofertadas	215,156	372,628
Públicas	89,962	200,940
Privadas	125,194	171,688
Nº Plazas/Centro	51.75	68.78
Públicos	96.49	72.23
Privados	44.59	67.68

*Fuente:* IneBase (2011) e Informe Anual IMSERSO (2012)

Cifras actuales muestran la prevalencia de esta afirmación, ya que y sólo entre los años 2014 y 2017, el número de plazas residenciales ha pasado de ser 280,000 a 359,035 (INE, 2014, 2017).

### **3.1. Evolución histórica de los centros geriátricos en Europa y España**

Originariamente, el empleo de las residencias geriátricas comienza tras la revolución industrial e incremento de la esperanza de vida de la población. Esta primera etapa de construcción es la representación del conjunto de valores tradicionales en torno a la asistencia básica que se ofrece a los ancianos indigentes y abandonados, actuando como mero “asilo” para su atención. Tras la instauración de lo que hoy se entiende como estado de bienestar en países europeos, la década de los setenta centra sus esfuerzos en mejorar la concepción de los centros geriátricos en la sociedad, debido a su percepción negativa imperante (Rodríguez, 2000). Esta percepción se debe a características tales como el gran tamaño que poseen, su carácter asistencialista y su segregación urbana (Rodríguez, 2000).

En países como España, debido a los efectos colaterales que merman el desarrollo social por los cambios políticos y la pobreza incipiente (dictadura, guerra civil...), la inclusión de las residencias geriátricas comienza a desarrollarse algo más tarde, expandiendo su uso en la década de los setenta (Pujol, Abellán, y Ramiro, 2014).

España sufre durante las décadas de los setenta y ochenta un aumento del envejecimiento de la población. Este crecimiento de personas de avanzada edad se ve acompañado de la pérdida del apoyo informal que aportan las mujeres en el cuidado de sus familiares ante su incorporación al mundo laboral, así como la falta de opciones alternativas a la asistencia en el propio domicilio, traduciéndose en un aumento de mayores institucionalizados.

Debido al aumento en la demanda de plazas residenciales, España comienza en la década de los noventa a plantear opciones asistenciales desde el lema “En casa mientras sea posible, en la residencia cuando sea necesario” (Rodríguez, 2000). Comenzando así

los inicios de los servicios de asistencia domiciliaria, buscando una liberación en cuanto a la masificación de los usuarios.

A pesar de estas alternativas, desde el año 2000 hasta el 2011 se han creado 1,260 centros asistenciales nuevos en España, según el informe del año 2012 del Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO, 2012), llegando a un total de 5,378 complejos asistenciales según los últimos estudios, es decir, 4.7 plazas por cada 100 habitantes (IMSERSO, 2017).

Este dato resulta muy significativo, ya que en diecisiete años las plazas residenciales han sufrido un incremento del 58.68% respecto a su total. Concretamente, en el año 2000 existían 215,156 plazas, frente a las 366,663 del año 2017 (CSIC, 2017; IMSERSO, 2012). Aumento muy superior en proporción al experimentado por la población de 65 y más años, que lo ha hecho en un 17% (IMSERSO, 2012).

Por otro lado, estudios recientes (Observatorio Sectorial DBK, 2016) muestran que durante el periodo 2013 y 2014, del total de plazas en centros residenciales, el 75.1% eran privadas y el resto de titularidad pública. Además, cabe resaltar el aumento de número de plazas concertadas, ya que en 2014 supuso el 30% de la facturación de las empresas gestoras de residencias privadas. En este sentido es necesario resaltar que las plazas concertadas crecieron un 1.8% en esos dos años, llegando a las 91,504, mientras que las plazas privadas puras se incrementaron un 1%, sumando 190,138.

Por todo ello, se extrae una clara idea, el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD), a pesar de los recortes sucedidos entre 2010 y 2014 (Maldonado, 2014), sigue sirviendo como apoyo de la institucionalización ante casos graves de dependencia para promover la autonomía y la calidad de vida de los sujetos y sus familiares. Por lo que la innovación y el apoyo económico, son pilares que deben

seguir construyéndose desde el Estado para el empuje de la mejora del acceso en los centros geriátricos, y de su asistencia.

### **3.2. Conceptualización de los centros geriátricos actuales**

La definición de centro residencial para la tercera edad aglutina numerosas connotaciones en función de la óptica desde la que se aborde. En términos generales, la concepción de los centros geriátricos, ha evolucionado desde la percepción del “asilo” que prestaba atención paliativa o de acogimiento a personas excluidas por motivos de salud, marginalidad o vejez; hasta formar parte de la estructura de servicios sociales; dando respuesta a una necesidad manifiesta como es el envejecimiento de la población, procurando su atención integral sin mermar sus capacidades bio-psico-sociales (Ley 16/2003 de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud).

Una vez superada la visión de los asilos, una de las primeras definiciones de los centros “modernos” para personas mayores sería la de Rodríguez (2000), donde la residencia se define como “Centro gerontológico abierto de desarrollo personal y atención sociosanitaria multiprofesional en el que viven temporal o permanentemente personas mayores con algún grado de dependencia” (p. 50).

Esta dependencia se entiende y limita en la década de los noventa a “la pérdida de función o debilitamiento de la persona mayor para la realización de determinadas tareas” (Raguénès, 1991). Por lo que requiere de asistencia en algún ámbito de su vida, pero sin afectar en su autonomía, definida como “la capacidad y/o derecho de una persona a elegir por sí misma las reglas de su conducta, la orientación de sus actos y los riesgos que se encuentra dispuesta a asumir[...] Es decir, vivir con libertad” (Rodríguez, 2000, p.55).

A pesar de ello, algunos centros actuales todavía no han avanzado lo suficiente ante las nuevas necesidades manifiestas de los usuarios llegando a recordar obsoletos modelos asistenciales, provocando en los usuarios una ruptura con su anterior vida y la merma en su autonomía. Autores como Kaufmann y Frías (1993) señalan la importancia en cuanto al clima dentro de los complejos para el sostenimiento de la autonomía y libertad de los residentes. Así mismo, definen las residencias como “los lugares donde se debe crear un ambiente lo más parecido al familiar en el que ésta sea identificada como su hogar” (p.109).

Para un afianzamiento en el sostenimiento de los derechos y autonomía de los usuarios residentes, se elabora en el ámbito nacional la ley 16/2003 de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud; donde se pone de manifiesto el deber de los centros a otorgar una serie de cuidados sociosanitarios continuados; así como una serie de profesionales sociales, que garanticen una apertura ante la participación comunitaria de los centros geriátricos. Esta atención ofertada debe ser característica e individual. Por ese motivo, la actual definición propuesta por IMSERSO (2015) resulta ser la consecuente con este cambio social:

Son establecimientos destinados al alojamiento temporal o permanente, con servicios y programas de intervención adecuados a las necesidades de las personas objeto de atención, dirigida a la consecución de una mejor calidad de vida y a la promoción de su autonomía personal (IMSERSO, 2015).

### **3.3. La innovación asistencial por el modelo centrado en la persona**

La Atención Gerontológica Centrada en la Persona es un modelo novedoso introducido por un arduo trabajo de distintas entidades como la Fundación Pilares, Matia Fundazioa e Ingema; junto con el Gobierno Vasco, con el fin de potenciar los

tratamientos en las personas mayores desde una óptica individual, acudiendo al propio concepto de bienestar de los individuos como eje vertebrador de acción.

La principal característica de este modelo es la superación del diseño tradicional de los servicios creados para las personas mayores y/o dependientes, reconociendo el papel central de los destinatarios en su participación (Martínez-Rodríguez, 2011). En definitiva, esta intervención gerontológica asienta sus pilares en la transformación de los usuarios de agentes pasivos a activos. Donde los objetivos son pautados con el abanico de capacidades de las personas mayores buscando subsanar así los déficits.

### **3.4. La atención integral en centros residenciales de mayores**

Tal y como se ha expuesto en el apartado anterior, la evolución de la definición y objetivos de los complejos residenciales hacia sus usuarios ha ido en consonancia a la multitud de cambios sociales que han modificado el perfil de la tercera edad. Del mismo modo, las definiciones actuales sobre los centros de atención a las personas mayores ponen énfasis en la mejora de la calidad de vida y la reducción de la dependencia. Es por eso que, actualmente, la atención que se ofrece a través de los complejos residenciales se realiza desde un enfoque biopsicosocial. Se ofrecen servicios continuados de carácter personal y sanitario, unos de carácter básico como: alojamiento, manutención, asistencia en las actividades básicas de la vida diaria, y atención social y sanitaria; y otros especializados: de prevención, asesoramiento y orientación para la promoción de la autonomía, habilitación o atención asistencial y personal, atención médica, psicológica, de enfermería, terapia ocupacional y rehabilitación funcional. (IMSERSO, 2015).

Este tratamiento integral, está caracterizado por ser individual y multidisciplinar, dividiéndose en tres grupos de intervención prestada, siguiendo la enumeración de

profesionales elaborado en el I Convenció Nacional de Residencias de Tercera Edad en España y publicado en el Boletín Oficial del Estado (BOE 181, 1997, pp. 23376-23378) que se muestra a continuación:

- Atención básica o general: auxiliar de limpieza, recepcionista, administrativo/a, gobernante/a, cocinero/a, oficial de mantenimiento, auxiliar de mantenimiento, conductor/a, jardinero/a.
- Atención sanitaria: médico, médico-especialista, fisioterapeuta, ATS-DUE, gerocultor/a, terapeuta ocupacional.
- Atención psicosocial: psicólogo/a, animador/a sociocultural, trabajador/a social; y en ocasiones, terapeuta ocupacional y gerocultor/a.

#### ***3.4.1. Evolución de la atención integral en centros residenciales de mayores***

Para asistir desde todas las ópticas requeridas en los residenciales, la Federación Nacional de Residencias Privadas de Tercera Edad (FNRPTE) en el año 1997, esboza las pautas de obligado cumplimiento en el sector de las residencias privadas a nivel estatal y las funciones del equipo profesional (BOE 181, 1997, pp. 23376-23378). Se propone que de forma obligatoria deban incorporarse las siguientes figuras de carácter psicosocial (BOE 181, 1997, pp. 23376-23377).

1. Asistente o trabajador/a social: es el profesional que busca favorecer el desarrollo de vínculos humanos saludables que deriven en un mayor bienestar para las personas institucionalizadas.
2. Terapeuta ocupacional: es el profesional que a través de un conjunto de técnicas, métodos y acciones crea actividades con aplicaciones terapéuticas y preventivas. Busca mejorar la salud, favorecer y restaurar las funciones que hayan sido invalidadas. Participar en el plan general de actividades del centro.



3. Gerocultor/a: representa al profesional que acompaña al usuario en las salidas, paseos, gestiones, excursiones, juegos y tiempo libre en general. Debe colaborar con el equipo de profesionales mediante la realización de tareas elementales que complementen los servicios especializados de aquellos, en orden a proporcionar la autonomía personal del residente y su inserción en la vida social.

Posteriormente, el III convenio colectivo FNRPTE (BOE 181, 2003, p. 29640), respondiendo a las necesidades sociales que inciden sobre las demandas y necesidades de los “nuevos mayores”, incorpora la figura del técnico en animación sociocultural (TASOC) como profesional perteneciente al grupo de atención social.

El TASOC es, a partir de ese momento, la figura encargada de intervenir en actividades culturales, sociales, educativas y recreativas desde el ámbito educativo.

Además de la incursión profesional del perfil del TASOC en los complejos residenciales, las demandas de las propias personas mayores que residen y de los familiares ponen de manifiesto el papel tan necesario de la psicología en los centros de mayores (Rodríguez, 2000)

El cambio en la propia demanda social, unido a las enormes posibilidades de contribución de la gerontología comportamental (psicología aplicada a la edad avanzada) a la mejora específica de la calidad de vida de los ancianos en los centros residenciales, hace posible pensar en un futuro optimista en lo que se refiere a la atención psicológica enmarcada en programas de intervención psicosocial (Rodríguez, 2000, p.186).

A pesar de ser una figura clave en los centros para personas mayores y ser un perfil obligatorio en los centros de muchas comunidades autónomas, no es hasta el VII convenio colectivo FNRPTE (BOE, 2018) que se delimitan sus funciones en los centros de atención a personas mayores y dependientes.

Sin embargo, estas funciones no incluyen labores relacionadas con la promoción de las actividades de envejecimiento activo dentro de los centros residenciales. El próximo capítulo recoge la importancia de estas actividades sobre el proceso de envejecimiento, y cómo el perfil del educador social puede introducirse como profesional encargado de promocionarlas.



---

## **Capítulo 2. Necesidades en la atención residencial: envejecimiento activo**

---



## 1. Introducción

Tras conocer la evolución de los centros geriátricos y constatar su adaptación a las demandas de los usuarios a través de la incorporación de nuevos profesionales, se presenta este capítulo diagnóstico. Inicialmente se muestran las acciones de los complejos frente a las nuevas características de las personas mayores, sirviendo de contraste para refutar el planteamiento teórico de las carencias percibidas en el tratamiento institucional y siendo el fundamento principal de la necesidad de innovación como muestra la Figura 2.1.

Autores como Fernández-Ballesteros (2009) ya promovieron esta idea sobre la necesaria complementariedad de bienestar físico-biológico, con el bienestar psicológico-social, concluyendo que es necesario dar respuesta a una problemática incipiente en su tratamiento institucional.

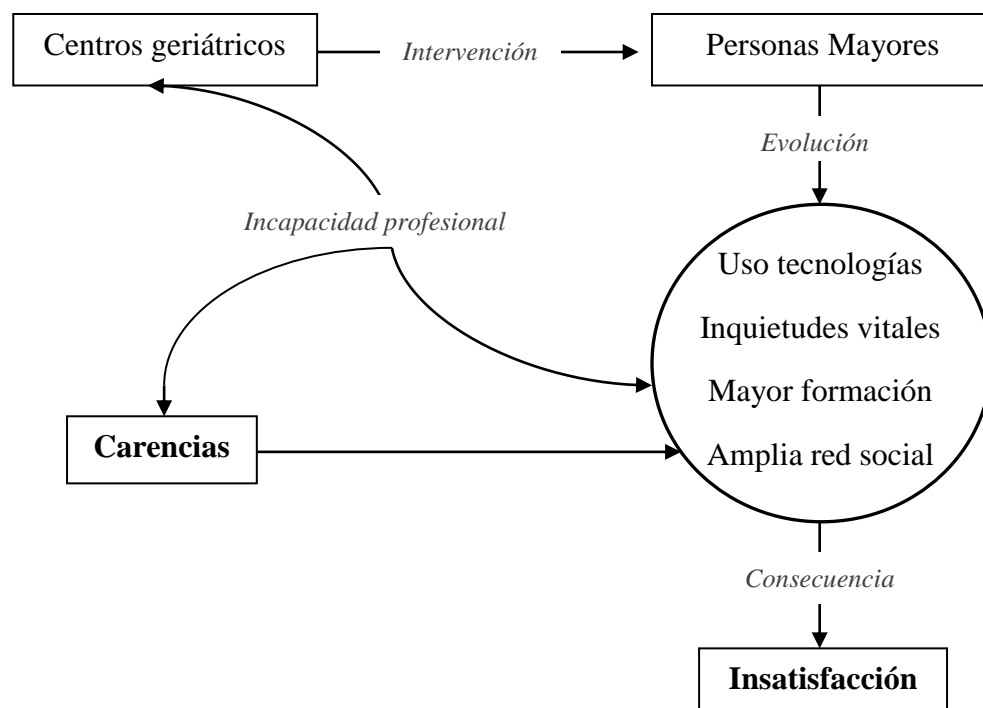


Figura 2.1. Diagrama de la interrelación entre la asistencia institucional y el nuevo perfil de mayores.

Esta interrelación constante es la evolución natural de todas las entidades que ofrecen acciones sociales para el sostenimiento del estado de bienestar y la calidad de vida de la sociedad. Por ello tienen una dependencia directa con necesidades y carencias percibidas del sector de la tercera edad. En vista de las características de los complejos geriátricos se constata una interrelación entre la evolución social, económica y política, frente a las nuevas incorporaciones profesionales dentro de sus complejos como mecanismo de adaptación.

A pesar de la inclusión de nuevos perfiles profesionales y la adaptación de los complejos, como recoge la Figura 2.2 todavía es necesario incluir un nuevo perfil profesional, así como un cambio en la atención de los centros desde esta perspectiva bio-psico-social.

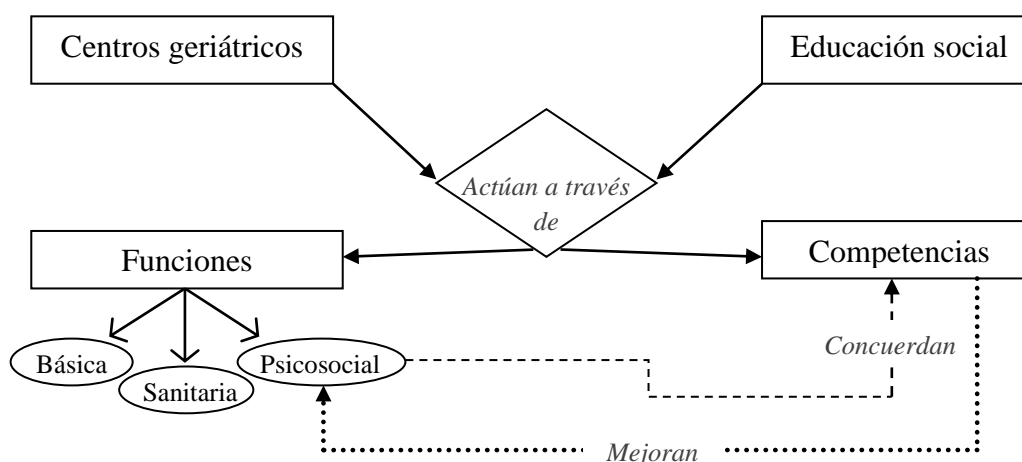


Figura 2.2. Diagrama de la interrelación entre las funciones institucionales y la educación social.

Como se puede apreciar, las carencias actuales en el tratamiento psicosocial de los complejos proceden de una ausencia de actividades innovadoras que puedan subsanarlas. Actividades dirigidas y planificadas desde la perspectiva del envejecimiento activo.

## 2. Diagnóstico de necesidades de las residencias respecto al nuevo perfil de mayor

Conociendo el contexto interno y externo de los complejos geriátricos en la actualidad, se recoge la siguiente Tabla 2.1, con un breve análisis DAFO (Senra, 2012) para diagnosticar la situación de los centros y su relación con el tratamiento de las personas mayores.

Tabla 2.1

*Análisis DAFO de los Centros Geriátricos en España 2015*

	<b>Factores Internos</b>	<b>Factores Externos</b>
<b>Fortaleza</b>	<p>Aumento de esperanza de vida.</p> <p>Atención integral bio-psico-social de los residentes.</p> <p>Aumento de número de residentes.</p> <p>Adaptación a los cambios sociales.</p>	<p>Aumento de la ratio de centros.</p> <p>Aumento de población mayor que convive sola.</p> <p>Ante dependencia, aumento de la institucionalización.</p>
<b>Debilidad</b>	<p>Personal con sobrecarga laboral.</p> <p>Falta de proyectos formativos en materia de envejecimiento activo en el personal.</p> <p>Falta de proyectos interventivos, para la mejora emocional y laboral del personal.</p> <p>Falta de proyectos de intervención de Envejecimiento Activo.</p> <p>Falta de la introducción del uso de TIC como cauce de comunicación, formación y/o ocio.</p> <p>Falta de proyectos de intervención que estimulen el empoderamiento, autonomía y autocontrol.</p> <p>Falta de proyectos interventivos sobre la importancia del vínculo familiar.</p>	<p>Mala percepción social y comunitaria respecto a los complejos geriátricos y su atención prestada.</p> <p>Pérdida de usuarios, ante la aparición de nuevas alternativas que le posibilitan su estancia domiciliaria.</p> <p>Mala percepción social del envejecimiento.</p> <p>Mala gestión de los recursos humanos, financieros y materiales.</p>

*Fuente:* elaboración propia.

En resumen, la falta de un proyecto de intervención gerontológico bio-psico social que estimule la participación, el empoderamiento y la autoestima en los residentes



(debilidades), puede generar una negativa percepción social respecto a la atención ofrecida, y por lo tanto una búsqueda de alternativas a la propia institucionalización (amenazas).

Por otro lado, la sobrecarga que sufren los cuidadores formales en los complejos (Jones, Wells, Cassidy, Gao y Davie, 2013), desencadena en una mala praxis y en una distorsión del envejecimiento (amenazas). Por lo que ante la falta de proyectos formativos e interventivos sobre el equipo profesional (debilidad) representa un reto a afrontar. En cuanto al aumento de la longevidad de las personas mayores de 65 años y la capacidad histórica adaptativa que demuestra los complejos residenciales (fortalezas), asientan un futuro con una gran demanda de estos servicios (oportunidades).

Además, la falta de proyectos interventivos que gestionen nuevas redes de comunicación, procesos, evaluaciones y recursos (debilidades), pueden generar un problema de sostenibilidad del centro geriátrico (amenaza).

En definitiva, se constata que los centros geriátricos en la actualidad requieren de un nuevo profesional que atienda funciones psicosociales como refuerzo de las ya existentes, así como la gestión de nuevas intervenciones sobre los sujetos, sus familiares, la comunidad y diversas entidades sociales para garantizar un futuro sostenible y eficaz. Esas intervenciones pasarían por la aplicación de un verdadero proyecto de intervención psicosocial asentado sobre los pilares del envejecimiento activo.

### **3. El envejecimiento activo**

Existen múltiples definiciones y modelos teóricos sobre lo que se considera o debería ser “el buen envejecer”, probablemente debido a la interdisciplinariedad atribuida a la atención gerontológica en las últimas décadas. Desde los años sesenta, la

intervención en las personas mayores se ha centrado en los cambios relativos al envejecimiento desde la perspectiva biosanitaria, psicológica y social (Bandura 1986). Para los investigadores bio-médicos, el buen funcionamiento orgánico es la clave de un envejecimiento saludable. Sin embargo, para la psicología, el logro de un alto grado de bienestar y de satisfacción vital durante este proceso es el resultado de un envejecimiento exitoso; mientras que, para la sociología, se encuentra en el acceso a la participación y al sostenimiento de una red social (Bowling, 2007). En esta etapa, las acciones de los programas de envejecimiento activo son reflejo de una atención sociosanitaria donde prima la acción asistencial.

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2002), el envejecimiento activo representa el proceso de aprovechar al máximo las oportunidades para tener un bienestar físico, psíquico y social durante toda la vida. Extendiendo esta clara definición, un envejecimiento con éxito, saludable y activo, significa dilatar la calidad y esperanza de vida sin discapacidad hasta edades avanzadas.

Otras entidades como es IMSERSO definen el envejecimiento activo como la “promoción cultural y adaptación a los nuevos retos y exigencias de la sociedad actual, apoyo a la jubilación gradual y flexible, promoción de las relaciones intergeneracionales, promoción de la salud y hábitos saludables de vida, y protección general de los derechos de las personas mayores” (Martínez, 2007).

Aludiendo a autores más actuales como Fernández-Ballesteros, definen el envejecimiento con éxito como “la baja probabilidad de enfermedad y de discapacidad asociada, alto funcionamiento cognitivo y capacidad física funcional (estado óptimo de salud física y mental) y compromiso activo con la vida” (Fernández-Ballesteros, 1998).

Por lo tanto, el envejecimiento exitoso puede ser resumido como el alcance de una edad longeva en el sujeto, caracterizada por una calidad de vida manifiesta y unas condiciones bio-psico-sociales óptimas que permiten su autorrealización.

Este envejecimiento con éxito debe ser promocionado desde la intervención bio-psico-social, es decir, a través del envejecimiento activo, traducándose en un programa con actividades que estimulen el mismo. Por ello, la introducción de esta corriente de actividades y de programas, en el proyecto de intervención gerontológico en los centros geriátricos, representa la evolución natural que se busca en la innovación de la atención ya prestada en los complejos. Promocionando la participación, estimulación, autorrealización y apertura social, de un enclave actualmente debilitado por sus futuras amenazas y carencias de sus residentes.

### **3.1 Beneficios del envejecimiento activo**

El estar activos en todos los aspectos vitales representa uno de los fundamentos por los que una persona puede indicar si se encuentra satisfecho con su vida. Esta actividad, y el envejecimiento en los centros geriátricos, se ven mermado en cierta manera ante la falta de programas adecuados a las inquietudes y experiencias de los usuarios y del resto de participantes del complejo.

En la actualidad, el envejecimiento activo se basa en reconocer los principios y derechos de las personas mayores, permitiéndoles vivir con independencia y promocionando la participación en todas las esferas de su vida (IMSERSO, 2012; OMS, 2002). Este paradigma, busca un envejecimiento exitoso a través de un estado de bienestar físico, psíquico y social (OMS, 2002).

El interés por estudiar los procesos de envejecimiento comenzó en España a finales de los noventa, enfocando sus investigaciones en hallar definiciones empíricas,

modelos teóricos y predictores más complejos del logro de un envejecimiento activo y saludable (Fernández-Ballesteros, 2009), así como la interrelación de las dimensiones bio-psico-sociales. Todo ello con el fin de transformar diversas corrientes teóricas a un plano más pragmático al servicio de las personas mayores (Bandura, 1986) con el fin de incrementar el bienestar de los mismos.

Así, comienzan a aparecer proyectos de intervención centrados en preservar la autonomía de las personas mayores el mayor tiempo posible; ya que, el aumento de la esperanza de vida ha venido asociado con un incremento en el porcentaje de personas mayores con problemas de salud que desemboquen en dependencia y/o en deterioro de la capacidad cognitiva (Higgs, Hyde, Wiggings y Blane, 2003).

Las actividades basadas en el envejecimiento activo sitúan a la persona mayor como receptora de la acción para la mejora de sus condiciones de vida, y ponen en marcha distintos mecanismos sociales (responsables políticos y medios de comunicación) ante la conciencia popular de esta nueva necesidad (Fernández-Ballesteros, 2009).

El envejecimiento activo, por lo tanto, podría reportar grandes beneficios a las personas mayores no solo en calidad de vida, varios estudios se centran en otros elementos como el bienestar percibido. Los trabajos que analizan la influencia del envejecimiento activo sobre el mismo se centran especialmente en la satisfacción vital y el bienestar psicológico.

Se puede definir la satisfacción vital como una visión, percepción o evaluación positiva sobre la propia vida (Caprara, Steca, Alessandri, Abela, y McWhinnie, 2010). Se ha observado que el envejecimiento activo se relaciona con la satisfacción vital explicando hasta un 27% de la varianza de esta (Marsillas et al., 2017). Entre la multitud de estrategias que derivan del marco teórico del envejecimiento activo, Pérez-Cano

(2015) define la participación social como uno de los pilares fundamentales del mismo; la participación social es uno de los factores que se asocia a la satisfacción vital (Caprara et al., 2010). Así mismo, otros elementos relacionados con el envejecimiento activo como la salud o el aprendizaje a lo largo de toda la vida también se asocian con puntuaciones altas en satisfacción vital (Caprara et al., 2010) y minimiza los efectos del proceso de envejecimiento (León, Oña, Bilbao, y Ureña, 2015). Por lo tanto, el envejecimiento activo podría influir positivamente en la satisfacción vital de las personas mayores, lo que resultaría en una reducción de la mortalidad y la discapacidad (Mendoza-Ruvalcaba y Arias-Merino, 2015; Woo, Leung, y Zhang, 2016). Del mismo modo, la salud y la participación social también están relacionadas con el bienestar psicológico (Ho, 2017; Minagawa y Saito, 2015; Steptoe, Deaton, y Stone, 2015), otro de los elementos que se ha asociado al envejecimiento activo.

El bienestar psicológico hace referencia al asociado con el desarrollo de las propias capacidades y potencialidades y el crecimiento personal (Ryff, 1989). La autora del modelo señala en su estudio que las relaciones positivas, el sentido del humor, el disfrute de la vida y la aceptación ante los cambios, son los criterios esenciales del desarrollo psicológico y del envejecimiento exitoso (Ryff, 1989). Se propone una estructura de 6 factores en torno al bienestar psicológico: autoaceptación, propósito en la vida, relaciones positivas con otros, autonomía, dominio del entorno y crecimiento personal (Ryff, 1989). En relación a esos factores, la autoaceptación, propósito en la vida y el crecimiento personal constituyen actitudes positivas sobre uno mismo y permiten determinar si la persona tiene un punto de vista sobre su pasado y futuro. Se ha observado que un elevado propósito en la vida se asocia con menor discapacidad, mejor funcionamiento cognitivo, mejor percepción de salud y menor nivel de síntomas depresivos (Windsor, Curtis, y Luszcz, 2015).

Por otro lado, la autonomía y el dominio del entorno se refieren a la capacidad de la persona para ser independiente, seguir sus propios criterios y controlar los recursos disponibles para sus propias necesidades (Ryff, 1989). Por ello, los programas de envejecimiento activo deberían proporcionar actividades acordes a los intereses y motivaciones de las personas mayores que participan. Además, disfrutar la vida y aceptar los cambios que tiene son criterios esenciales para el bienestar psicológico, la salud mental y el envejecimiento exitoso (Kasser y Ryan, 1999; Ryff, 1989). Por último, mantener relaciones positivas con otras personas, así como como mantener la red social previa al ingreso en una institución es importante en las intervenciones que se realicen para promocionar la satisfacción vital de las personas mayores (Park, 2009).

Por lo tanto, el envejecimiento activo actúa como promotor del bienestar percibido y simultáneamente, es determinante para la prevalencia de una menor discapacidad y la disminución del riesgo de mortalidad en las personas mayores (Seeman, Kaplan, Knudsen, Cohen, y Guralnik, 1987; Woo, Leung, y Zhang, 2016).

### **3.2. Envejecimiento activo en entornos residenciales**

A pesar de este nuevo modelo de intervención, un gran sector de la población mayor no consigue obtener los beneficios de dichos programas ya que se encuentran fuera del círculo de difusión: las personas institucionalizadas.

La institucionalización en ocasiones lleva asociada una pérdida de la funcionalidad física y mental, lo que supone una barrera para el envejecimiento activo (Fernández-Mayoralas et al., 2015). Asimismo, es poco frecuente que los centros residenciales ofrezcan oportunidades de envejecimiento activo y participación en la sociedad a las personas que allí residen. En relación a ello, una revisión sistemática reciente sobre los programas de intervención para la mejora del bienestar llevados a

cabo en contextos institucionales de larga estancia, muestra que un gran porcentaje de estas intervenciones se centran únicamente en la mejora del funcionamiento físico o cognitivo (Van Malderen, Met y Gorus, 2013) obviando la participación social y el aprendizaje a lo largo de toda la vida de los mayores institucionalizados.

Del mismo modo, un estudio sobre bienestar en entornos residenciales de Ors y Maciá (2013), muestra que las relaciones de proximidad y relación con vínculos familiares y sociales previos al ingreso no se encontraban cubiertos después de la institucionalización; las actividades programadas no potenciaban la autonomía ni la iniciativa de los residentes; y tampoco despertaban dichas acciones sentimientos de pertenencia a un grupo (Ors y Maciá, 2013). Además, los participantes referían que se habían visto, en cierta medida, despojados de su iniciativa personal o grupal reivindicando un plan de actividades más acorde a sus intereses (Ors y Maciá, 2013).

Otro estudio más reciente mostró cómo personas mayores institucionalizadas se veían beneficiadas anímicamente al realizar un programa de envejecimiento saludable (Jiménez, Izal y Montorio, 2016). El grupo que participó en el programa de envejecimiento saludable incrementó su nivel de felicidad y se redujeron los niveles de preocupación (Jiménez et al., 2016). También se observó que el grupo que había participado en la intervención presentaba una evolución favorable con un incremento de la afectividad positiva y del balance afectivo y una disminución en la puntuación media de afecto negativo. Estas variables, afines a los componentes de bienestar emocional subjetivo (Wissing y Temane, 2008), indicaban la tendencia de mejora en esta dimensión en los participantes que habían realizado el programa (Jiménez et al., 2016).

Asimismo, se ha observado que aquellas personas institucionalizadas que mantienen una alta actividad y participación suelen tener un mejor funcionamiento cognitivo, así como un mejor estado de salud percibido (Fernández-Mayoralas et al.,

2015). Del mismo modo, teniendo en cuenta que la participación social es uno de los principales pilares del envejecimiento activo, es fundamental que los programas de fomento del envejecimiento activo dirigidos a personas mayores incluyan actividades que estimulen la participación activa de las personas mayores que residen en instituciones, algo que actualmente no se hace.

Por otro lado, los programas de envejecimiento activo en entornos residenciales son escasos y actúan como ensayos pilotos que no terminan de integrarse en los entornos residenciales y no realizan un seguimiento de los resultados meses después de haberse realizado la intervención, por lo que no se puede saber si el efecto observado perdura a largo plazo. Por ello, tal y como ponen de manifiesto Caprara et al. (2013) se debería dedicar más esfuerzo para diseñar e implementar programas de intervención dirigidos a personas mayores institucionalizadas.

#### **4. Un nuevo perfil profesional en las residencias: la educación social**

Como se ha ido desgranando en los apartados anteriores, los programas de envejecimiento activo se han vuelto fundamentales tras la presente revolución social como forma de mantener la autonomía y calidad de vida de las personas mayores, preservando sus derechos fundamentales y su contribución y participación en sociedad.

Asimismo, un amplio sector de la población mayor encuentra difícil acceso a los programas que se llevan a cabo desde los servicios sociales, políticos y de salud: las personas institucionalizadas. Es poco frecuente que los centros residenciales ofrezcan oportunidades de envejecimiento activo y participación en la sociedad a las personas que allí residen. Por ello, en la actualidad, el 95% de las personas mayores prefieren residir en sus domicilios mientras puedan valerse por sí mismos en el desarrollo de su



vida diaria (Osorio y Salinas, 2016), ya que la pérdida de autonomía, de identidad, de participación y de calidad de vida son los mayores temores ante la institucionalización.

La ausencia de innovación en la asistencia geriátrica radica en el estancamiento profesional presente en los centros. La inclusión de la animación sociocultural en el año 2003 supuso la última innovación funcional en los complejos hasta la actualidad (BOE 119, 2012, pp. 36236-36036). Una problemática social que debe tratarse, y que la educación social puede mitigar.

Tal y como señala autores como Romans (2000), el educador/a social se puede definir como “el profesional que transforma en objetivos educativos, las necesidades y tareas que una entidad le confiere”. Es por lo que el perfil de la educación social actual, está estrechamente ligado a la polivalencia profesional, donde las necesidades de los individuos son transformadas en objetivos educativos que mejoran de forma integral su estado.

Esta amplitud en cuanto a su capacidad interventiva en distintos ámbitos y áreas sociales ha generado que la definición del educador/social resulte difusa. En la actualidad, representa una tarea compleja, debido a la multitud de acepciones y de enfoques que existen al respecto (Labrador, 2003). Esto es debido a que la educación social adquiere la capacidad de responder a los requisitos y demandas imperantes en cada uno de los distintos momentos histórico, evolucionando de forma paralela y constante. En esta línea, Riera (1998) presenta una de las definiciones que recoge la complejidad de las actuaciones de los profesionales de la educación social:

[...] es aquella acción sistemática de apoyo, mediación y transferencia que favorece específicamente el desarrollo de la sociabilidad del sujeto (individuo, grupo o comunidad) a lo largo de toda su vida y circunstancias, para promocionar su autonomía, integración y participación en el marco sociocultural que le rodea,

de una manera reflexiva, crítica, constructiva y transformadora, movilizándolo todos los recursos socioculturales necesarios del entorno o creando, a este fin nuevas alternativas.

En el Anexo I se encuentra recogido un diagnóstico de las competencias del educador social en centros de atención a personas mayores y una comparativa con las actuales funciones que se llevan a cabo por los diferentes profesionales de atención a personas mayores.

#### **4.1. Competencias de la educación social en el área de atención a personas mayores**

En la actualidad, la educación social se está abriendo un nuevo camino en el área de educación de adultos: la adaptación al nuevo estatus de jubilación (Senra, 2012). En un mundo capitalista, el cese laboral supone en muchas ocasiones la pérdida de identidad y de autoestima en los individuos. Enfermedades psicológicas como la depresión, nacen de la disminución del contacto social tras el cese laboral e incluso, de la ansiedad que genera una disminución en su economía (Alba, 1997).

La adaptación es difícil porque la vida y los valores sociales se encuentran orientados en torno al trabajo y a la actividad laboral. Para evitar estas consecuencias, la educación social debe sensibilizar a los nuevos jubilados sobre los rasgos negativos que acontecen durante su rutina diaria, como: limitaciones físicas, pérdida de seres queridos, pérdida de identidad, hermetismo personal, etc. Siguiendo las nuevas necesidades surgidas del nuevo perfil del área de personas de tercera edad, los objetivos a alcanzar a través de la intervención del educador/a social varían en consonancia, buscando:

1. Crear proyectos de intervención adaptados a las características individuales: formación, intereses, capacidades, limitaciones físicas...

2. Gestionar las experiencias vitales, necesidades y capacidades de cada individuo, para desarrollar una intervención socioeducativa individualizada con mayor eficacia, centrándose en la búsqueda de autorrealización individual, y la mejora de la autoestima.
3. Realizar procesos de mejora y evaluación en los distintos proyectos de intervención para su eficacia y aprovechamiento de los recursos disponibles.
4. Incluir en el proceso de intervención estrategias para la mejora de la percepción del sector de la tercera edad en la sociedad y en la comunidad, utilizando técnicas diagnósticas para establecer la percepción de esa agrupación de personas mayores concretamente.
5. Diagnosticar y conocer el contexto social-familiar de la persona, e implantar nuevas estrategias para su impulso y sostenimiento. A fin, de evitar el desarraigo familiar, social y/o comunitario.
6. Realizar proyectos de alfabetización cuyos objetivos sean alcanzar un grado básico de lectura, escritura y cálculo; así como adaptar dichas actividades a un aprendizaje dinámico y colaborativo (López-Barajas, 2002).
7. Desarrollar proyectos de capacitación de personas adultas con la finalidad de mejorar su manejo en las nuevas tecnologías, generar un espíritu crítico ante hechos sociales y mejorar su formación integral.
8. Evaluar los diversos proyectos de intervención, a través de la recogida y procesamiento de los datos recabados, gestionando propuestas de mejora.

#### **4.2. De los objetivos a la acción: el proyecto de intervención**

La intervención socioeducativa en palabras de Senra (2012) puede ser entendida como una estrategia, un conjunto de actuaciones, de carácter motivacional, pedagógico,

metodológico, de evaluación, etc.... que se desarrolla por parte de los agentes de intervención, para llevar a cabo un conjunto de actuaciones partiendo de una planificación previa.

Estas actuaciones buscan dar respuesta a situaciones de desigualdad que provocan exclusión o marginación, subsanando o previniendo aquellos factores que son la causa de la vulnerabilidad. Los factores pueden ser socio-estructurales y/o personales-familiares. Debido a las diferencias en el abordaje que supone esta divergencia, las intervenciones adquieren tres modalidades de desarrollo: la atención individual, la grupal y la comunitaria. Diferenciando en torno a sus objetivos, estrategias, técnicas e instrumentos para su desarrollo.

La intervención como herramienta de la socialización, la reflexión, el diálogo y la interacción constante entre los participantes del proyecto. Todo ello, con la finalidad de construir una red de relaciones positivas entre los usuarios que se encuentren en riesgo de exclusión, vulnerabilidad y/o marginación, que mejore paralelamente la participación de cada uno de los individuos. Para autores como Renes (1993) “la pérdida del mundo relacional es, precisamente, uno de los rasgos que definen la exclusión, y su reconstrucción, uno de los aspectos imprescindibles en el trabajo de inserción”.

Entre las capacidades que dota esta clase de intervención, están las emocionales (normas y valores sociales adaptados al contexto), las cognitivas o conocimientos sobre el entorno, y las conductuales (habilidades personales y sociales).

El proyecto de intervención individual, grupal o comunitario se caracteriza por centrar sus esfuerzos en prevenir y/o paliar situaciones que generen vulnerabilidad en los destinatarios protagonistas de la acción. Estas situaciones poseen multitud de factores (sociales, familiares, personales, políticos, económicos...), características, áreas de acción, hermetismo social...

Para romper con este aislamiento característico de los grupos que se encuentran en riesgo y/o exclusión social, es necesario crear un proyecto de intervención comunitario ajustado a las necesidades reales, adaptado al contexto y a los distintos usuarios. Por ello, se usan técnicas donde la realidad de cada protagonista sea puesta de manifiesto para una mayor eficacia en la implantación del proyecto de intervención socioeducativo.

Estas técnicas e instrumentos son completados con los caracterizados de la intervención grupal; promocionando la reflexión y la concienciación de los sujetos ante su responsabilidad como ciudadanos que ocupan un lugar en la sociedad.

La intervención grupal y comunitaria están caracterizadas por crear espacios y por promocionar la cohesión grupal desde el entorno más cercano de los usuarios participantes del proyecto de intervención (Vallés, 2011). Esta cohesión comunitaria, debe basarse en la tolerancia, empatía y colaboración solidaria de todos los miembros que componen el proyecto, mejorando los diversos cauces comunicativos entre todos los agentes de la intervención y la comunidad (Renés, 1993).

Esta intervención paralela a la del propio proyecto de intervención, proporciona las estrategias para crear redes que asienten la transformación social, creando nuevos recursos humanos y materiales, así como la superación de la percepción negativa que sufren algunos grupos destinatarios de la intervención.

Autores como Senra (2012) confieren a este tipo de intervención la finalidad de crear una red de solidaridad entre los ciudadanos para mejorar su calidad de vida de forma participativa. En este sentido, se pone de manifiesto la dualidad que adquiere en la actualidad la intervención socioeducativa, pudiendo actuar a través de un mismo proyecto sobre los individuos ante factores personales, familiares y sociales. Y sobre la red de relaciones que le contextualizan, ya sean sobre agentes de la acción o el resto de

la sociedad. Esta transformación social se asienta sobre ocho estrategias recabadas del análisis bibliográfico de la obra de Pérez Serrano (2002):

1. Analizar y diagnosticar a través de técnicas profesionales, la realidad que enmarca a cada uno de los individuos, atendiendo tanto a aspectos internos, como a externos y comunitarios.
2. Trasformar las carencias y necesidades recabadas de los individuos y grupos, en objetivos y metas a alcanzar a través de un proyecto socioeducativo operativo.
3. Crear un proyecto de intervención socioeducativo, que promueva el proyecto vital del individuo, dando un sentido a su vida.
4. Incentivar el crecimiento personal a través de la libre opinión, y la toma de un control positivo respecto a su vida y su autonomía.
5. Crear un flujo de relaciones positivas en el entramado social del proyecto, promocionando la aceptación social y mejora de estigmas negativos.
6. Favorecer la creación de un sentimiento de pertenencia al grupo.
7. Promocionar la contribución social, donde el individuo sienta que su presencia aporta un efecto positivo en el grupo que integra. Desarrollando y/o estimulando la percepción de su autoeficacia y autovalía.
8. Favorecer la percepción del crecimiento paralelo y unísono, entre individuo y comunidad. A esta percepción se le denomina actualización social (Senra, 2012).
9. Promover el análisis y el espíritu crítico del entramado interventivo, con la mesa redonda y la charla-coloquio.

10. Crear nuevos cauces de comunicación atractivos, donde los destinatarios ejerzan su libertad de expresión como el brainstorming, el role-playing, el estudio de casos y el incidente crítico.
11. Estimular la participación de todos los miembros de la intervención, a través de la aplicación de paradigmas teóricos, como el envejecimiento activo y el modelo centrado en la persona en la intervención gerontológica.

---

## **Capítulo 3. La inclusión de la educación social en las residencias: la modificación del marco regulador**

---





## 1. Introducción

Los centros geriátricos son, en la actualidad, uno de los recursos más utilizados ante la desaparición del apoyo informal ofrecido por las familias, ante el advenimiento de personas mayores que requieren de una atención especializada en todos los términos: ya sea por un deterioro físico, conductual; o por una necesidad imperante de no encontrarse en soledad en sus domicilios. Es por ello que la atención psicosocial ofrecida por los mismos complejos, debe ser también objeto y protagonista de esta evolución social, gestionando nuevas vías de intervención, con profesionales interdisciplinarios.

Profundizando en esta afirmación, la evolución que deben desarrollarse en las intervenciones, debe ir de la mano de la gestión que ya se ofrece fuera de los complejos desde los distintos departamentos de Bienestar Social de diversos ayuntamientos, y de entidades educativas, como es la propia Universidad de Granada. Donde queda demostrado a través de numerosas investigaciones, cómo los programas de estimulación y de participación causan unos efectos positivos bio-psico-sociales sobre los sujetos que los practican. Esta evolución social y mejora de la calidad de vida de las personas mayores, es debido a la inclusión de programas de envejecimiento activo.

Como toda intervención científica que se precie, su inclusión debe ser realizada por un profesional con las competencias acordes, y con un estudio previo y posterior de los resultados obtenidos, para cerciorarse de su valía en el entramado del complejo geriátrico. El perfil de la educación social en su intervención propuesta para la atención de personas mayores, ya vislumbra estas tendencias y modificaciones en las personas mayores, por lo que es coherente que se sume a este bagaje de actuaciones las dirigidas a centros geriátricos, tal y como se ha mostrado en apartados anteriores.

De forma genérica, se explicitan las características del perfil del educador/a social recogidas tras el análisis bibliográfico en la Figura 3.1, que corresponden a la intervención innovadora construida para los centros geriátricos: estrategias, funciones y envejecimiento activo. Para posteriormente, elaborar un marco legislativo que regule la figura del educador/a social en este sector.

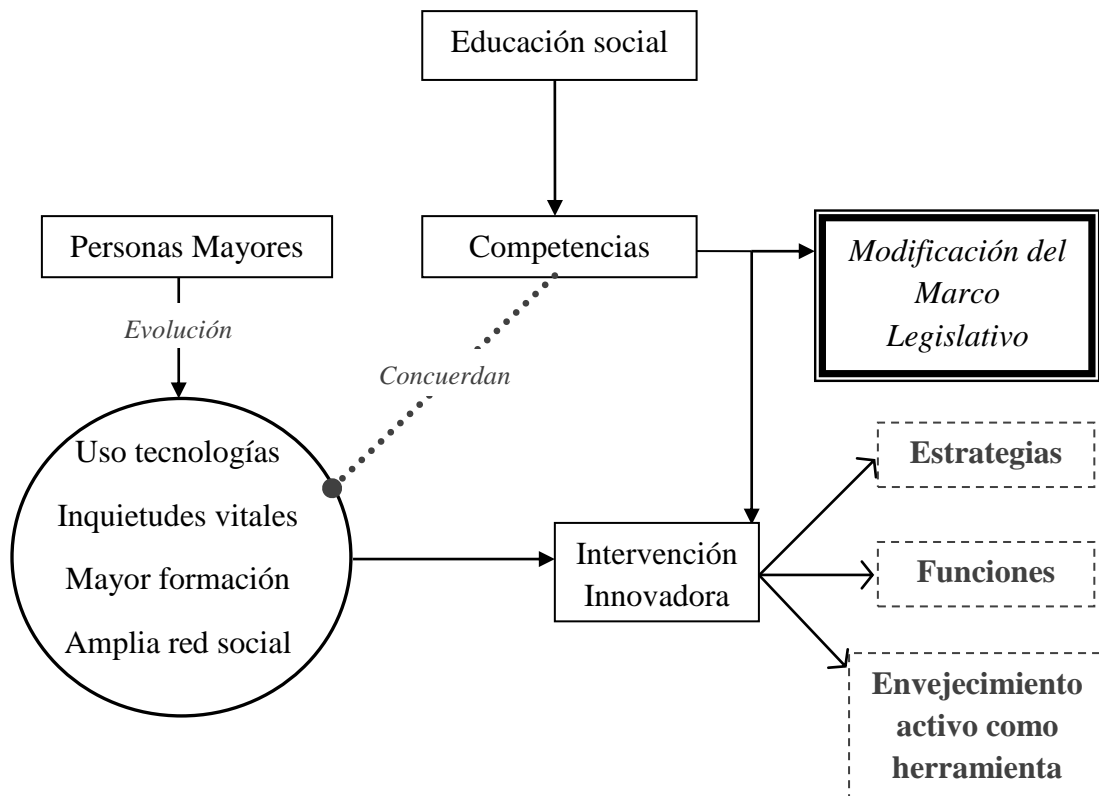


Figura 3.1. Materialización de las competencias de la educación social en la intervención institucional.

## 2. La educación social como fundamento axial para potenciar la atención sociocultural en los centros residenciales

Como ha quedado plasmado en anteriores capítulos, la inclusión de la educación social supondría además de la creación de unas nuevas funciones que asistan a las personas mayores institucionalizadas, el final del estancamiento profesional y

competencial de los centros de mayores. En este capítulo se exponen las posibilidades y límites de la legislación vigente por la que se rigen los centros sociales de personas mayores como espacios que puedan responder a las nuevas demandas de un colectivo concienciado con su papel en la sociedad, deseoso de mantener su participación en la misma.

Para las nuevas generaciones de mayores la ruptura con la lejana visión paternalista de la asistencia en los centros, no es suficiente. Requieren de un verdadero recurso esencial donde se propicien espacios de relación y actividades acordes a sus intereses. La evolución del perfil de envejecimiento sitúa a las personas mayores españolas con una mejor condición económica respecto a sus predecesores, mayor presencia social, un nivel formativo elevado, y una mayor esperanza de vida (Bond, Peace, Dittman-Kohli, y Westerhof, 2007).

Paralelamente, se han modificado otros factores relativos a la socialización de las personas mayores: un 43.7% han utilizado el ordenador y un 85.3% han usado el teléfono móvil en los últimos tres meses (INE, 2017), además un 53% han realizado actividades de envejecimiento activo. Asimismo, respecto a su percepción, participación e inquietudes, el 87% desea mantener su autonomía y el 43% quiere participar activamente en la sociedad (IMSERSO, 2009, p.139).

Estas cifras ponen de manifiesto las necesidades especiales que adquieren los programas de envejecimiento activo tras la presente revolución social (Estrategia vasca de envejecimiento activo 2015-2020, 2015) como forma de mantener la autonomía y calidad de vida de las personas mayores, preservando sus derechos fundamentales y su contribución y participación en sociedad.

Es innegable la evolución acaecida en las últimas tres décadas en torno al concepto de envejecimiento. Los diferentes organismos internacionales, nacionales y

autonómicos han ido manifestando un creciente interés por atender las necesidades de las personas mayores. A nivel internacional, las asambleas mundiales de envejecimiento de la ONU en 1982 en Viena, o en 2002 en Madrid, muestran los esfuerzos de los profesionales por localizar las diversas problemáticas de este sector de la población, y su solución. Así como los diferentes planes gerontológicos nacionales y regionales que, desde 1992, se vienen configurando en nuestro país, enfatizando la importancia de la dimensión sociocultural y de un envejecimiento activo. Según proponía la Organización Mundial de la Salud a principios de este siglo: envejecer con salud, seguridad y con un rol social a desempeñar (Romero, De Miguel y De Haro, 2016).

Asimismo, un amplio sector de la población mayor encuentra difícil acceso a los programas que se llevan a cabo desde los servicios sociales, políticos y de salud: las personas institucionalizadas. Es poco frecuente que los centros residenciales ofrezcan oportunidades de envejecimiento activo y participación en la sociedad a las personas que allí residen. Por ello, en la actualidad, el 95% de las personas mayores prefieren residir en sus domicilios mientras puedan valerse por sí mismos en el desarrollo de su vida diaria (Osorio y Salinas, 2016), ya que la pérdida de autonomía, de identidad, de participación y de calidad de vida son los mayores temores ante la institucionalización.

La ausencia de innovación en la asistencia geriátrica radica en el estancamiento profesional presente en los centros. La inclusión de la animación sociocultural en el año 2003 supuso la última innovación funcional en los complejos hasta la actualidad (BOE 229, 2018, pp. 91393-91457; BOE, 76, 2019, pp. 32688-32691). Una problemática social que debe tratarse, y que la educación social puede mitigar al romper los límites que ofrece la atención sociocultural en los complejos actualmente.

Por ello, se esboza la presente propuesta para la modificación del marco regulador de la asistencia en los complejos de mayores con el fin de justificar la presencia de la educación social, ampliando las funciones y labores desde la atención sociocultural.

### **3. Fundamentos Internacionales y Constitucionales para el reconocimiento del Derecho a la Educación de las personas mayores**

En términos generales, la educación es un derecho de la ciudadanía porque así lo avalan los marcos jurídicos internacionales, nacionales y autonómicos. Deberían aprovecharse de este derecho todas las personas y grupos que deseen incorporarse a la cultura de su tiempo para incluirse en él (Sáez, 2003).

A nivel internacional, en la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948 ratificada por nuestro país en 1976, queda fundamentado en su artículo 26 (Ruíz de la Cuesta, 2006):

Toda persona tiene derecho a la educación. La educación debe ser gratuita, al menos en lo concerniente a la instrucción elemental y fundamental. La instrucción elemental será obligatoria. La instrucción técnica y profesional habrá de ser generalizada; el acceso a los estudios superiores será igual para todos, en función de los méritos respectivos.

La educación tendrá por objeto el pleno desarrollo de la personalidad humana y el fortalecimiento del respeto a los derechos humanos y a las libertades fundamentales; favorecerá la comprensión, la tolerancia y la amistad entre todas las naciones y todos los grupos étnicos o religiosos; y promoverá el desarrollo de las actividades de Naciones Unidas para el mantenimiento de la paz.

A nivel nacional, la Constitución Española de 1978 afirma a través de su artículo 27 “Todos tienen derecho a la educación (Lasagabaster, 2004). Se reconoce la libertad

de enseñanza. La educación tendrá por objeto el pleno desarrollo de la personalidad humana en el respeto a los principios democráticos de convivencia y a los derechos y libertades fundamentales”. En consecuencia, como derecho democrático todos los españoles deberían poder acceder a él.

En un plano histórico, entre las décadas de los setenta y ochenta comienza a surgir el término educación no formal, y la conciencia social de que ésta debe formar parte de la labor socioeducativa. La conciencia de responsabilidad pública frente a los problemas de convivencia, el surgimiento de nuevas modalidades de exclusión y marginación social y la necesidad de construir un mundo en el que compartir bienes de forma más equitativa son algunos de los factores que explican y justifican la eclosión y relevancia social que ha conseguido adquirir la educación social en el Estado.

En el Estado Social, Democrático y de Derecho, la demanda y oferta de tareas socioeducativas se ha multiplicado, se han ido abriendo nuevos espacios sociales para atender necesidades y demandas educativas: el acceso a la vida social. En este sentido puede afirmarse que la educación ha dejado de ser patrimonio exclusivo de la escuela, promocionando la igualdad de todos los ciudadanos/as, buscando la justicia social, y el pleno desarrollo de la conciencia democrática.

#### **4. El reconocimiento heterónimo de la profesión de educador/a social como fundamento imprescindible para el desarrollo del Derecho a la Educación de las personas mayores y su atención sociocultural en centros residenciales**

##### **4.1. Propuestas de lege ferenda para crear una ley estatal**

La inclusión de la educación social en espacios de atención a las personas mayores resulta ser en la actualidad uno de los ámbitos por los que distintas

asociaciones y organismos profesionales, como el colegio estatal de educadores sociales, reclaman conseguir su espacio profesional como parte de las ciencias sociales.

La educación social es una titulación joven, que nació en el año 1991. Aunque sus competencias, funciones, objetivos y principios de actuación han estado limitados desde sus inicios, se ha visto afectada por la propia evolución de la sociedad. Viéndose modificada y adaptada paralelamente a las áreas de mayor problemática en España (Senra, 2012).

La reivindicación de la inclusión de la profesión del educador/a social en los centros de mayores no sólo emana de la capacidad competencial que por sí misma posee como instrumento de mejora asistencial, sino de la necesidad de crear unas funciones y unos límites que intensifiquen el espacio laboral de los educadores en este y otros sectores.

Desde el año 2016 se promueve la creación de una ley que regularice la actuación de los educadores/as sociales en todas las áreas de intervención especificadas en su código deontológico (Revista de Educación Social [RES] 24, 2016). Los fundamentos normativos que permiten a la educación social la posibilidad de reclamar su espacio profesional de forma regulada, son los siguientes:

- Artículo 29 de la Constitución Española. El artículo 29.1 de la Constitución Española que todos los españoles tendrán el derecho de petición individual y colectiva, por escrito, en la forma y con los efectos que determine la ley.
- Ley Orgánica 4/2001, de 12 de noviembre, Reguladora del Derecho de Petición. Éste podrá ejercerse ante cualquier institución pública, administración, o autoridad, así como ante los órganos de dirección y administración de los organismos y entidades vinculados o dependientes de las Administraciones



públicas, respecto de las materias de su competencia, cualquiera que sea el ámbito territorial o funcional de ésta BOE 272, 2001, pp. 41367-41370).

- Objeto, según el artículo 3 de la citada L.O. 4/2001 las peticiones podrán versar sobre cualquier asunto o materia comprendidos en el ámbito de competencias del destinatario, con independencia de que afecten exclusivamente al peticionario o sean de interés colectivo o general BOE 272, 2001, pp. 41367-41370).
- Por su parte el artículo 1 de la Ley Orgánica. 4/2001 que la ostenta toda persona natural o jurídica, prescindiendo de su nacionalidad, puede ejercer el derecho de petición, individual o colectivamente, en los términos y con los efectos establecidos por la presente Ley y sin que de su ejercicio pueda derivarse perjuicio alguno para el peticionario (BOE 272, 2001, pp. 41367-41370).

Esta ley de regularización se encuentra aún en trámites para su aprobación, fundamentándose en el hecho de que en el Estado Social, Democrático y de Derecho, la educación ha dejado de centrarse en el ámbito exclusivo de la escuela y se ha reconocido por la sociedad como un derecho de todos los ciudadanos. Por ello, la demanda de actividades educativas formales e informales y la oferta de las mismas ha incrementado notablemente en las últimas décadas.

Desde esta reivindicación profesional se solicita adecuar la denominación de Educador/Educadora Social a los cargos ocupados, con los requisitos necesarios para el acceso en función de la titulación y elaboración de planes de desarrollo de las acciones que se deben ejecutar.

La figura del Educador y la Educadora Social existe tanto en la empresa privada como en la Administración Pública, si bien, la falta de regularización de la profesión hace que no estén claros los límites y el alcance de esta, produciéndose intrusismo

profesional y desconocimiento a la hora de afrontar procesos públicos de selección de esta figura profesional, así como de las funciones asignadas a la misma.

#### **4.2. Normas estatales para el reconocimiento de la profesión**

Esta profesión durante largos años se estuvo fraguando y se plasmó en el Real Decreto de 10 de octubre de 1991, creándose la Diplomatura en Educación Social (BOE 243, 1991, pp. 32891-32892). En este mismo real decreto, se establece el título oficial de Diplomado/da en Educación Social.

En su anexo, se determina la definición legal del educador/a social: “Educador en los campos de la Educación no formal, educación de adultos, incluida la tercera edad, inserción social de personas desadaptadas y de minusválidas, así como en la acción socioeducativa” (BOE 243, 1991, pp. 32891-32892).

A pesar de los múltiples conceptos que entraña la labor de la profesión, existía una idea general por parte de equipos, entidades y educadores sociales: la necesaria creación de una definición concreta, elaborada y que permitiese identificar y ordenar todo ese conjunto de prácticas diversas desarrolladas por la profesión.

Por ello, en los inicios de la profesión era necesario legitimar esta definición desde los propios profesionales, que fuese superadora de los ámbitos, espacios de desempeño laboral, sus responsabilidades profesionales, así como de la finalidad de la praxis desarrollada.

A partir del Decreto 284/1996 de Servicios Sociales, en el apartado 2.3 Área de atención a las personas mayores, en el anexo 2.3.1 y 2.3.2, se determina que una de las funciones de los centros residenciales y de día, es la dinamización sociocultural (Diario Oficial de la Generalitat de Cataluña [DOGD], 2237, 1996, p. 8217). Históricamente esta tarea ha sido desarrollada por profesionales del campo de la animación

sociocultural. Con la aparición de la Diplomatura universitaria de Educación social, las actividades de animación sociocultural pasan a ser competencia del educador / a social a partir de 1991.

A partir de esa fecha, las distintas universidades han ido elaborando sus planes de estudio y la Diplomatura en Educación Social. Convirtiéndose en Grado en el año 2010 siguiendo el Plan Bolonia (BOE 161, 2010, pp. 58454-58468), impartándose así, en todas las comunidades autónomas.

Tras décadas de evolución, los/as profesionales de la educación social trabajan con el objetivo de ayudar en el proceso de socialización y desarrollo personal a los destinatarios de su intervención propiciando cambios de valores, actitudes y comportamientos de las personas acompañando a los sujetos en su adaptación, así como en los entornos comunitarios: la transformación social.

Las actividades para las que habilita esta formación son muy variadas: animación sociocultural, trabajo en la administración pública en áreas de juventud, cultura, educación y bienestar social, dirección de centros de menores, animación de actividades extraescolares, programas de prevención de la marginación, turismo juvenil, turismo social y cultural, programas de formación ocupacional, educación de adultos, etc.

### **4.3. El papel de la regulación Autonómica**

A nivel autonómico, el vínculo entre la profesión de la Educación Social y las instituciones públicas está creciendo en los últimos años. Un ejemplo de este fenómeno es su reciente presencia en entidades sociosanitarias a nivel autonómico en Cantabria. La Consejería de Sanidad ha creado la categoría de técnico medio Educador Social en el ámbito de las instituciones sanitarias del Servicio Cántabro de Salud (SCS). La categoría perteneciente al Grupo A, Subgrupo A2, clasificada como personal estatutario

de gestión y servicios, y le será de aplicación el régimen jurídico previsto en la Ley del Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud, incluido el de retribuciones (Boletín Oficial de Cantabria [BOC] 15, 2018, 1971-1973)

Entre sus funciones, se encuentra el acompañamiento y apoyo al paciente y sus familiares, y de ser el elemento armonizador de las relaciones entre pacientes y el equipo asistencial de las instituciones sanitarias del Servicio Cántabro de Salud. Siendo uno de sus requisitos para su incorporación, tener el grado en Educación Social.

## **5. El espacio otorgado por las fuentes profesionales a la Educación Social en la asistencia sociocultural del área de la tercera edad**

### **5.1. La configuración del técnico de actividades socioculturales en centros residenciales realizada por los Convenios Marco**

Repasando los diversos convenios colectivos de nivel estatal referentes a la intervención social, la presencia de la Educación Social se encuentra ratificada en la prestación de la asistencia sociocultural al área de la tercera edad. No siendo limitada su actuación en espacios sociosanitarios, ya que, por sus propias competencias profesionales, su capacidad es innegable. Siguiendo esta línea hasta la actualidad, el Convenio Colectivo Estatal de acción e intervención social 2015-2017 establece en su capítulo IV artículo 21 las distintas áreas profesionales en las que puede intervenir la educación social, incluyendo la atención a las personas mayores (BOE 158, 2015, pp. 54679).

Como recoge el Anexo II del VI Convenio colectivo marco estatal de servicios de atención a las personas dependientes y desarrollo de la promoción de la autonomía personal, la profesión encargada de prestar asistencia respecto a la promoción

sociocultural, es el técnico/a de actividades socioculturales (BOE 119, 2012, pp. 36236-36036).

El artículo 14 del capítulo III del mismo convenio, clasifica al equipo de trabajo de las residencias de mayores en grupos profesionales, según el nivel de titulación, cualificación, conocimiento o experiencia exigido para su ingreso. En España el técnico en actividades socioculturales debe poseer el grado superior de formación profesional en integración social o en animación sociocultural. Por lo que se establece que esta agrupación profesional, pertenece al grupo C. El art. 3 de la LOE establece las enseñanzas del Sistema Educativo e incluye Formación Profesional de grado medio en la educación secundaria postobligatoria y la Formación Profesional de grado superior como constituyente de la enseñanza superior (BOE 182, 2011, pp. 86766-86800). Siendo la animación sociocultural y la integración social, profesiones pertenecientes a dicho grupo.

Entre sus competencias profesionales, podrían destacarse las referentes a entornos similares al del área de las personas mayores (BOE 195, 2012, pp. 58549-58621):

- Programar actividades de integración social aplicando los recursos y estrategias metodológicas más adecuadas.
- Diseñar actividades de atención a las necesidades físicas, y psicosociales en función de las características de los usuarios y del contexto, controlando y evaluando el desarrollo de estas.
- Organizar e implementar actividades de apoyo psicosocial mostrando una actitud respetuosa con la intimidad de las personas y evaluando el desarrollo de estas.
- Organizar e implementar actividades de entrenamiento en habilidades de autonomía personal y social, evaluando los resultados conseguidos.

- Entrenar en habilidades de comunicación haciendo uso de sistemas alternativos aumentativos y motivando a las personas usuarias en la utilización de estos.
- Realizar tareas de mediación entre personas y grupos aplicando técnicas participativas y de gestión de conflictos de forma eficiente.
- Mantener relaciones fluidas con las personas usuarias y sus familias, miembros del grupo de trabajo y otros profesionales, mostrando habilidades sociales y aportando soluciones a los conflictos que surjan.

Sin menoscabar ambas profesiones, queda plasmada la ausencia de competencias relativas al área de personas mayores, su participación social y la promoción del empoderamiento. Aspectos clave para un envejecimiento activo ya promovido, desde el año 1997 con la elaboración del I Convenio Nacional de Residencias de Tercera Edad en España (BOE 181, 1997, pp. 23376-23378). Este marco regulador, quedó obsoleto en escasos cinco años como ya se ha revisado en anteriores capítulos. Mostrando que la inclusión de un nuevo perfil profesional era la clave para ajustar la evolución social a las necesidades de los centros de mayores. Las funciones incluidas desde la óptica del técnico en actividades socioculturales, quedaban limitadas en:

- Conocer, proponer y hacer operativos los procesos de intervención cultural en sus vertientes de gestión y educativa.
- Establecer relaciones entre los ámbitos cultural y educativo con los procesos sociales y económicos.
- Acceder a las fuentes de información y procedimientos para obtener recursos necesarios y poner en marcha procesos culturales.
- Coordinación con profesionales de diversa cualificación a la hora de diseñar e implementar estrategias de intervención cultural.

- Ejecución y presupuestación de proyectos y programas varios, así como realización de los informes y evaluaciones pertinentes.
- Realización de programas y proyectos específicos.
- Fomentar el desarrollo integral de los usuarios mediante la acción lúdico-educativa
- Desarrollar y ejecutar las diversas técnicas de animación, individuales y/o grupales, que impliquen a los usuarios en la ocupación de su tiempo libre y promover así su integración y desarrollo grupal.
- Motivar a los residentes ante sobre la importancia de su participación para conseguir su integración y relación positiva con el entorno.
- Responsabilidad ante cualquier incidencia que surja, en cualquier tipo de labor propia o de los animadores socioculturales.
- Reuniones periódicas con el resto del equipo, así como con los responsables de los diferentes centros donde se realice la labor de animación sociocultural
- Coordinación del voluntariado y alumnos en prácticas de animación sociocultural.
- Docencia, charlas y ponencias que guarden relación con esta categoría profesional
- Participar en el plan general de actividades y presupuestos de los diferentes centros.
- Coordinar los grupos de trabajo, actividades y presupuestos de animación sociocultural.
- Comunicar a su inmediato las incidencias o anomalías observadas en el desarrollo de sus funciones

- En general todas aquellas actividades no especificadas anteriormente y que tengan relación con lo anterior.

Nuevamente, se aprecia que no existe mención al desarrollo de acciones de envejecimiento activo, promoción del empoderamiento y de la participación social. Mostrando así que además de encontrarse con un estancamiento profesional, el convenio regulador actual (BOE 229, 2018, pp. 91393-91457), posee un profesional obsoleto en el desempeño de sus funciones en el contexto actual de las personas institucionalizadas.

## **5.2. Propuestas de la modificación del VII Convenio colectivo marco estatal de servicios de atención a las personas dependientes y desarrollo de la promoción de la autonomía personal**

En vista de la reivindicación laboral y profesional que está protagonizando la labor de los educadores sociales, la atención psicosocial en los centros geriátricos podría verse beneficiada con su incorporación. Apoyando a la ruptura del estancamiento profesional sufrido desde el año 2003, e innovando sus funciones socioculturales con la creación y modificación de las actuales.

El marco competencial que argumenta este hecho, es cumplimentado con la fundamentación legislativa que apoya a que esta labor profesional sea integrada de forma regulada en todo ámbito de intervención ya delimitada en su código deontológico (ASEDES, 2007).

### ***5.2.1. Modificación del perfil profesional***

Modificar el artículo 17 del VII Convenio colectivo marco estatal de servicios de atención a las personas dependientes y desarrollo de la promoción de la autonomía personal. Donde se pauta que la profesión encargada de prestar asistencia respecto a la



promoción sociocultural, es el técnico/a de actividades socioculturales (BOE 229, 2018, pp. 91393-91457). De forma que quede sustituida esta profesión por la de Educación Social, ampliando a su vez su propia definición: “la profesión encargada de prestar asistencia respecto a la promoción de envejecimiento activo, de participación social y bienestar psicosocial, es el graduado/a en Educación Social”.

Siendo reubicado por consecuencia al grupo profesional con la categoría perteneciente al *Grupo 1* al tener el título de graduado. Por lo que también deberá ser modificado el anexo II del mismo convenio, donde se clasifica al equipo de trabajo de las residencias de mayores en grupos profesionales, según el nivel de titulación, cualificación, conocimiento o experiencia exigido para su ingreso. Y donde la labor del técnico en actividades socioculturales es agrupado en el equipo de profesionales con títulos de cualificación media (Grupo 3).

### ***5.2.2. Modificación de las funciones profesionales***

Modificar el artículo 17 del VII Convenio colectivo marco estatal de servicios de atención a las personas dependientes y desarrollo de la promoción de la autonomía personal, donde se pauta que la profesión encargada de prestar asistencia respecto a la promoción sociocultural, desarrolla una serie de funciones obsoletas en la actualidad tras 17 años de evolución social ((BOE 229, 2018, pp. 91393-91457). Por lo que sería añadidas a las ya presentes en el convenio de actuación, acordes a las competencias del educador/a social (ASEDES 2007) y de las necesidades acaecidas a través del nuevo perfil de envejecimiento (IMSERSO, 2016):

- a. Evaluar periódicamente, la satisfacción personal con el programa desarrollado en la Intervención Gerontológica de los complejos.

- b. Adaptar los programas de envejecimiento activo de forma continua, a la propia evolución individual y grupal, de los residentes. Evaluar la percepción de bienestar y satisfacción vital de las personas mayores en los complejos.
- c. Elaborar un Proyecto de Intervención Gerontológico en los complejos con las bases del envejecimiento activo.
- d. Introducir en el Proyecto de Intervención Gerontológico, el uso de las TIC's en sus programas.
- e. Conocer toda la información referente al residente: informes, historias de vida, vínculos familiares... Para la creación de programas de envejecimiento activo con actividades concretas e individuales.
- f. Mantener los vínculos sociales y familiares lo más intactos posibles tras su entrada al complejo; y buscar nuevas vías para la creación de nuevas redes sociales (internas y externas al complejo).
- g. Fomentar a través de los programas, el empoderamiento, autonomía, autoeficacia y autoestima de la persona mayor institucionalizada.
- h. Promover el espíritu crítico y dar voz a opiniones e inquietudes de las personas mayores en los complejos.
- i. Mejorar la percepción sobre el control de la propia vida de la persona mayor en el complejo, y sobre su identidad, a través de las actividades del Proyecto de Intervención Gerontológico.

### **5.3. Otros Convenios Colectivos a considerar**

A nivel provincial, numerosos Convenios Colectivos han promovido la intervención gerontológica desde la perspectiva de la Educación Social. Siendo la más reciente y contradictoria, la publicada en el año 2015 con actual vigencia en Guipúzcoa:

el II Convenio Colectivo de Intervención de Gipuzkoa para los años 2015-2018. Su primer capítulo recoge el ámbito funcional de las labores de la intervención social, incluyendo las labores dirigidas a las personas mayores como eje de actuación; sin embargo, se excluyen los centros y residencias de la tercera edad y los servicios de ayuda a domicilio que tengan regulaciones laborales propias (Boletín Oficial de Gipuzkoa 36, 2017).

Estas relaciones vienen limitadas por el propio convenio VII Convenio colectivo marco estatal de servicios de atención a las personas dependientes y desarrollo de la promoción de la autonomía personal que sigue aún vigente (BOE, 76, 2019, pp. 32688-32691). En la que se incluyen las funciones desde la perspectiva de la animación sociocultural, pero sin incluir la figura de la Educación Social como profesional competente (BOE 119, 2012, pp. 36236-36036) (BOE 229, 2018, pp. 91393-91457) (BOE, 76, 2019, pp. 32688-32691). Perpetuando el estancamiento profesional ya advertido anteriormente, y que no es solventado a través de los organismos públicos.

## **6. El Código Deontológico de la Profesión**

El marco jurídico internacional y constitucional avala la educación como un derecho de la ciudadanía, requiriendo que la profesión social, delimite y explicita sus funciones en un código deontológico. Es este último el que ha venido siendo, debido a su importancia, el más referenciado hasta la fecha, debido, principalmente, a lo que puede desprenderse para la formación de este profesional.

A partir de 1996, las Asociaciones de Educadores Sociales organizan Seminarios, Jornadas y grupos de trabajo para abrir procesos de discusión en torno a la deontología del educador/a social (I Congreso Estatal de Educación Social en Murcia, 1996).

Así, en el año 2002, la Asamblea General de 30 de noviembre celebrada en Toledo, muestra la elaboración de un primer documento de Definición Profesional de Educación Social (Pantoja, Rodríguez y Alicante, 2001). El 3 de marzo del 2003 en la Asamblea General celebrada en Barcelona es presentada a todas las entidades estatales, siendo ratificada y aprobada finalmente. Creándose así, el primer Código Deontológico de la profesión, incluyendo la atención a las personas mayores en residencias y centros de día.

Las funciones establecidas, incluye la atención a las personas mayores a través del uso de las competencias especificadas para este sector (Senra, 2012):

1. Crear proyectos de intervención, adaptados a las características individuales: formación, intereses, capacidades, limitaciones físicas...
2. Gestionar las experiencias vitales, necesidades y capacidades de cada individuo, para desarrollar una intervención socioeducativa individualizada con mayor eficacia, centrándose en la búsqueda de autorrealización individual, y la mejora de la autoestima.
3. Realizar procesos de mejora y evaluación, en los distintos proyectos de intervención para su eficacia y aprovechamiento de los recursos disponibles.
4. Incluir en el proceso de intervención, estrategias para la mejora de la percepción del sector de la tercera edad en la sociedad y en la comunidad, utilizando técnicas diagnósticas para establecer la percepción de esa agrupación de personas mayores concretamente.
5. Diagnosticar y conocer el contexto social -familiar de la persona, e implantar nuevas estrategias para su impulso y sostenimiento. A fin, de evitar el desarraigo familiar, social y/o comunitario.



---

**PARTE 2**

**BLOQUE EXPERIMENTAL**

---



---

## **Capítulo 4. Metodología**

---





## **1. Preguntas de investigación, objetivos e hipótesis**

### **1.1. Preguntas de investigación**

Con el fin de identificar la eficacia de la inclusión de un programa de intervención innovador basado en el envejecimiento activo y aplicado por un educador social dentro de los centros de mayores, se plantean los siguientes interrogantes de investigación:

1. ¿Cuál es la situación actual en cuanto al bienestar psicológico y satisfacción vital de las personas mayores que se encuentran en la institución?
2. ¿Cómo influyen las variables personales de los usuarios (sexo, edad, estado civil, nivel de estudios, ocupación y forma de convivencia previa; cercanía del domicilio familiar; número de visitas y duración; años en la institución, grado de dependencia; y haber realizado con anterioridad al traslado a la institución actividades de envejecimiento activo) en su percepción de bienestar psicológico y satisfacción vital?
3. ¿Cuál es el impacto ante la introducción de una figura profesional como la educación social al entramado residencial geriátrico, a través de la operatividad de un proyecto de intervención gerontológico con programas de envejecimiento activo, sobre la percepción de bienestar psicológico y satisfacción vital de los residentes?

### **1.2. Objetivos de investigación**

Para contestar estas cuestiones previas, el objetivo general de la investigación es estudiar el impacto sobre la percepción del bienestar psicológico y la satisfacción vital de las personas mayores que se encuentran institucionalizadas, de la participación en un proyecto innovador basado en el envejecimiento activo. Para dicho fin, se plantean los siguientes objetivos específicos:

1. Describir a los individuos que integran el estudio en función de sus características generales (sexo, edad, estado civil, nivel de estudios, ocupación y forma de convivencia previa, cercanía del domicilio familiar, número de visitas y duración, años en la institución, grado de dependencia, y participación previa en actividades de envejecimiento activo).
2. Describir y analizar los resultados obtenidos del estudio sobre el bienestar psicológico y la satisfacción vital de todos los individuos sujetos de estudio.
3. Describir y analizar si existen diferencias significativas en bienestar psicológico y satisfacción vital según las variables sociodemográficas y de participación previa en programas de envejecimiento activo.
4. Explorar la satisfacción de los participantes del programa de envejecimiento activo con las actividades realizadas.
5. Evaluar el efecto sobre el bienestar psicológico y satisfacción vital del grupo de control (Grupo C) tras su participación en un programa tradicional de actividades en el centro de mayores.
6. Examinar el impacto sobre la satisfacción vital y el bienestar psicológico del programa innovador en envejecimiento activo en los participantes del mismo (Grupo E o experimental).
7. Examinar el impacto sobre la satisfacción vital y el bienestar psicológico de todos los participantes en el estudio (Grupo C y Grupo E) trascurrido un año de la realización de la intervención.

### **1.3. Hipótesis de investigación**

Las hipótesis de las que se desprenden la consecución de los anteriores objetivos específicos son:

- H1. **No se observarán diferencias significativas** entre el grupo control y experimental en relación a las características sociodemográficas y de participación en programas de envejecimiento activo.
- H2. La percepción de bienestar y satisfacción, medidos a través de la escala de medida de bienestar psicológico y satisfacción vital, **no mostrará diferencias estadísticamente significativas entre los individuos de ambos grupos.**
- H3. **No se observarán diferencias estadísticamente significativas según el género** en la percepción de bienestar psicológico y satisfacción vital.
- H4. La edad de los individuos participantes **se asociará negativamente** con la percepción de bienestar psicológico y satisfacción vital.
- H5. El grado de dependencia de los individuos participantes **se asociará negativamente** con la percepción de bienestar psicológico y satisfacción vital.
- H6. El estado civil de los individuos participantes **no mostrará relación significativa** con el bienestar psicológico y satisfacción vital.
- H7. El nivel de estudios de los individuos participantes **se asociará positivamente** con la percepción de bienestar psicológico y satisfacción vital.
- H8. La ocupación hasta la etapa de jubilación de los individuos participantes **no mostrará asociación significativa** con el bienestar psicológico y satisfacción vital.
- H9. La forma de convivencia previa al ingreso de los individuos mostrará **diferencias estadísticamente significativas en relación** con la percepción de bienestar psicológico y satisfacción vital.
- H10. El número de hijos de los individuos **se asociará positivamente** con la percepción de bienestar psicológico y satisfacción vital.

- H11. La frecuencia de las visitas familiares **se asociará positivamente** con la percepción de bienestar psicológico y satisfacción vital.
- H12. La duración de las visitas familiares **se asociará positivamente** con la percepción de bienestar psicológico y satisfacción vital.
- H13. Los años de institucionalización de los individuos participantes **se asociarán negativamente** con la percepción de bienestar psicológico y satisfacción vital.
- H14. Los individuos del estudio que hayan participado previamente a su institucionalización en actividades de envejecimiento activo **mostrarán diferencias estadísticamente significativas** en la percepción de bienestar psicológico y satisfacción vital.
- H15. Tras la ejecución del proyecto de intervención basado en el envejecimiento activo, la satisfacción operativa en cuanto al desarrollo de este (medido a través de sus características utilitarias, organizativas, metodológicas y logísticas) **manifestará valores positivos** entre los participantes del programa (Grupo E).
- H16. La percepción de bienestar psicológico y satisfacción vital obtenida tras la aplicación del programa tradicional de actividades en el grupo control (Grupo C), **no mostrará diferencias estadísticamente significativas.**
- H17. La percepción de bienestar psicológico y satisfacción vital obtenida tras la ejecución del proyecto innovador basado en el envejecimiento activo del grupo experimental (Grupo E), **mostrará diferencias estadísticamente significativas.**
- H18. Transcurridos doce meses desde la aplicación del programa, las puntuaciones de bienestar psicológico y satisfacción vital **en el grupo experimental (Grupo E) no mostrarán diferencias estadísticamente significativas con las obtenidas al finalizar la aplicación del programa;**

mientras que en el **grupo control (Grupo C)** se **observará una disminución de las mismas.**

Las siguientes figuras (Figura 4.1, 4.2 y 4.3) representan las modificaciones esperadas en las variables antes y después de la aplicación programa basado en el envejecimiento activo en el grupo experimenta; y del programa tradicional en el grupo control.

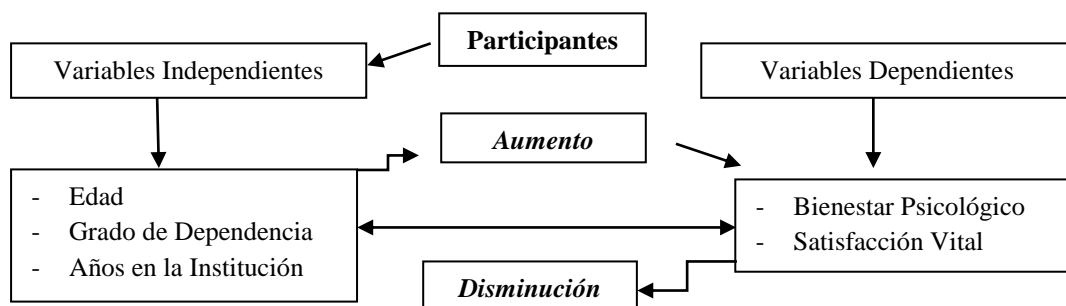


Figura 4.1. Modelo Hipotético de la relación negativa entre el aumento de Edad, Grado de Dependencia y Años en la Institución de los participantes y las variables de bienestar y satisfacción percibida.

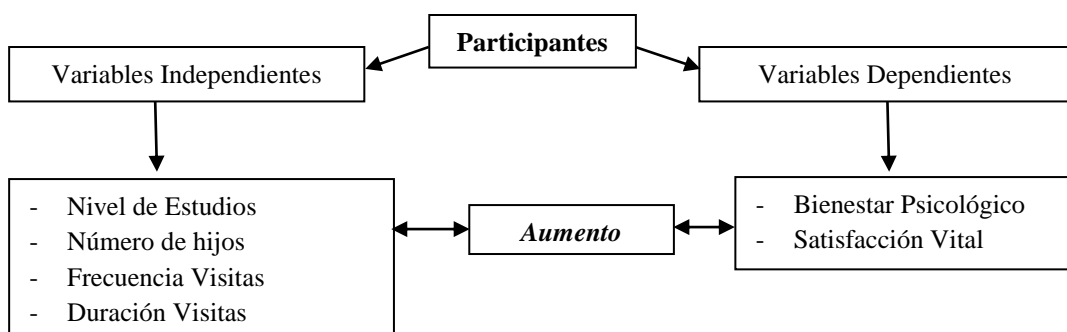


Figura 4.2. Modelo Hipotético de la relación positiva entre el aumento de Nivel de Estudios, Cercanía del domicilio familiar; frecuencia y duración de las visitas; y las variables de bienestar y satisfacción percibida.

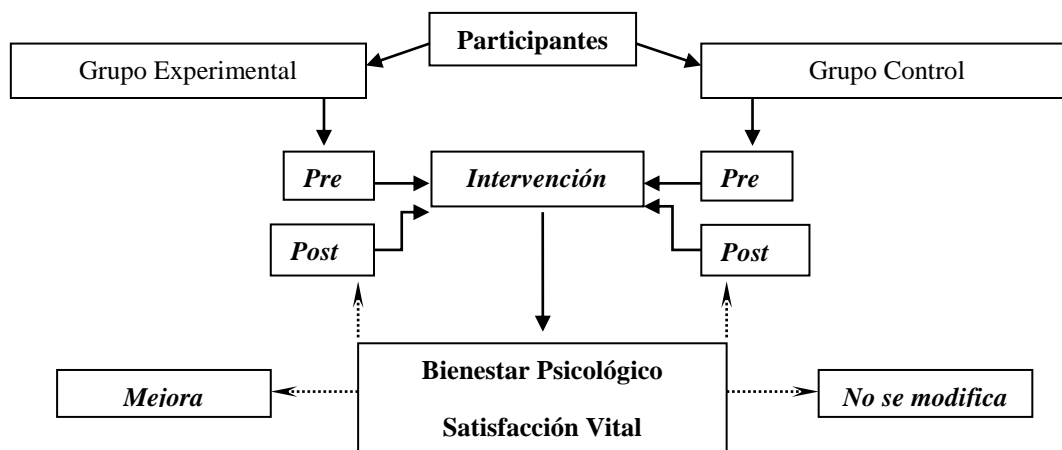


Figura 4.3. Modelo Hipotético de las modificaciones en los valores medios obtenidos en la Satisfacción Vital y el Bienestar Percibido de los grupos Experimental y Control en los distintos momentos de la investigación.

## 2. Diseño del programa de intervención

Tras contemplar las necesidades generales de los centros geriátricos en la actualidad (análisis DAFO) y vislumbrar la capacidad de la profesión de la educación social para crear estrategias y un proyecto que las resuelva, se propone el siguiente proyecto de intervención gerontológico innovador basado en el envejecimiento activo que se ha aplicado en un centro de mayores en Granada y Madrid.

### 2.1. Objetivos del programa de intervención

Este programa de intervención basado en el envejecimiento activo tiene como objetivo principal conseguir mejorar la atención psicosocial de las personas mayores del centro geriátrico a través de un programa de actividades que promuevan el envejecimiento activo y una apertura social, mejorando así la calidad de vida de los participantes, evaluada a través de su satisfacción con la vida y bienestar psicológico.

En vista del carácter dual que posee este proyecto, donde se intenta fomentar la apertura social del complejo en beneficio de los residentes y el uso de los propios recursos del complejo para crear actividades desde la perspectiva de los propios residentes, se diseña un proyecto ajustado a las necesidades detectadas buscando una armonía entre todos los participantes y sus elementos.

Los objetivos de este proyecto, se recogen en la Tabla 4.1:

Tabla 4.1

*Objetivos Específicos del Proyecto de Intervención Gerontológico*

Destinatarios	Objetivos
Personas mayores	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Introducir en el Proyecto de Intervención Gerontológico, el uso de las TIC's en sus programas de actividades.</li> <li>2. Crear talleres con actividades novedosas y atractivas para los residentes.</li> <li>3. Mantener los vínculos sociales y familiares lo más intactos posibles tras su entrada al complejo; y buscar nuevas vías para la creación de redes sociales de los residentes.</li> <li>4. Dar voz a las opiniones e inquietudes de las personas mayores del centro.</li> <li>5. Crear actividades que mantengan su vínculo con la realidad externa del complejo.</li> <li>6. Mejorar la percepción sobre el control de la propia vida de la persona mayor residente, y sobre su identidad.</li> <li>7. Fomentar, a través de los programas, el empoderamiento, autonomía, autoeficacia y autoestima de la persona mayor del centro.</li> </ol>



- 
8. Adaptar los programas de envejecimiento activo de forma continua a la propia evolución individual y grupal de los residentes.
  9. Incrementar el bienestar psicológico y satisfacción vital de las personas mayores del centro.
  10. Conocer la satisfacción personal de las personas participantes con el programa desarrollado.

---

Centro geriátrico	11. Elaborar un Proyecto de Intervención Gerontológico en el complejo con las bases del Envejecimiento activo.
----------------------	--

---

## **2.2. Tipo de intervención**

La intervención propuesta se plantea desde un enfoque colaborativo, ya que la atención integral de las personas mayores depende de todo el entramado profesional del centro. Por ello, la intervención posee un triple carácter:

- Intervención individualizada: para resolver necesidades personales, familiares o sociales, tanto de la persona mayor, como de su familia y red social.
- Intervención grupal: buscando la adaptación e integración de mejoras en el bienestar de las personas mayores del centro.
- Intervención dual: tratando de resolver en una misma acción las carencias detectadas entre las personas mayores institucionalizadas y el centro de mayores.

## **2.3. Metodología del proyecto gerontológico**

El modelo a emplear se va a basar en la colaboración y construcción de una comunicación y un clima adecuado en el centro de mayores; por lo que se concluye con

que el modelo a seguir para dicha intervención es colaborativo y constructivo, considerando a los residentes como centro del proceso del que participa activamente.

Estos modelos seguirán las líneas de la propia naturaleza de la intervención, caracterizándose por ser una metodología activa, participativa, comunicativa, adaptada y adaptable a la realidad.

Cuando se refiere a activa, hace referencia a la finalidad eminentemente práctica y basada en la acción y movilización de los diversos agentes implicados para la producción de un cambio en la situación actual. En cuanto a los aspectos participativos y comunicativos de la metodología, es vital promover actividades basadas en dichas características, ya que siguiendo los objetivos expuestos en el apartado anterior, es de vital importancia que la comunicación de todos los implicados sea positiva y adecuada.

Por último, esta metodología se debe adaptar a las necesidades y posibilidades de todos los implicados, incluyendo los recursos del centro; pudiendo ser objeto de modificaciones futuras para su adecuación a la realidad.

#### **2.4. Recursos financieros**

Debido al carácter adaptativo de la educación social e innovador de la gerontología, el presente proyecto de intervención gerontológico se basa en el análisis de los recursos ya existentes para su uso óptimo en el centro de mayores.

Por ello, los recursos económicos que se estiman necesarios se limitan a la incorporación de la figura del educador/a social en el centro en forma de investigador social. No requiriendo ningún recurso humano que suponga un desembolso económico.

## 2.5. Descripción del programa de intervención

Como propuesta innovadora, se ofrece la siguiente cartera de 10 talleres que integran el programa de Envejecimiento activo del proyecto gerontológico a través de diversas actividades. Su confección representa una síntesis de las estrategias y necesidades generales recabadas tras el análisis DAFO del complejo:

### 2.5.1. Taller de ocio

Son aquellas actividades dirigidas a potenciar la sociabilidad y recursos socioculturales para la mejora anímica de sus participantes dentro del complejo (ver Tabla 4.2).

Tabla 4.2

#### *Características del Taller de Ocio*

Característica	Desarrollo
Destinatarios	Personas mayores residentes
Objetivos específicos	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Fomentar a través de los programas, el empoderamiento, autonomía, autoeficacia y autoestima de la persona mayor del centro Mayores.</li> <li>b. Crear talleres con actividades novedosas y atractivas para los residentes.</li> <li>c. Incrementar el bienestar psicológico y satisfacción vital de las personas mayores del centro.</li> <li>d. Conocer la satisfacción personal de las personas participantes con el programa desarrollado.</li> </ul>
Recursos	Infraestructuras del centro (material) y educadora social (humanos)

Actividades	Bingo: taller dirigido a potenciar la sociabilidad y la estimulación cognitiva a través de la cultura, el desarrollo verbal y la lógica-matemática.  Lectura o preparación de coro (misa): taller dirigido a potenciar la socialización de las personas mayores y a la estimulación cognitiva a través de pasajes y canciones.
Temporalización	Martes y Jueves  17.30-19.15

### ***2.5.2. Taller de Naturterapia***

Son aquellas actividades dirigidas a retomar el contacto con la naturaleza a través de la acción y las relaciones sociales (ver Tabla 4.3).

Tabla 4.3

#### *Características del Taller de Naturterapia*

Característica	Desarrollo
Destinatarios	Personas mayores residentes.
Objetivos específicos	<ol style="list-style-type: none"> <li>a. Fomentar a través de los programas, el empoderamiento, autonomía, autoeficacia y autoestima de la persona mayor del centro Mayores.</li> <li>b. Crear actividades que mantengan su vínculo con la realidad externa del complejo.</li> <li>c. Conocer la satisfacción personal de las personas participantes con el programa desarrollado.</li> <li>d. Incrementar el bienestar psicológico y satisfacción vital de las personas mayores del centro.</li> </ol>

Recursos	Infraestructuras exteriores del centro (material) y educadora social (humanos)
Actividades	Taller de huerto/jardín: taller dirigido a potenciar la sensibilización y el contacto con la naturaleza a través del cuidado de distintos árboles fructíferos, huertas y jardines. Senderismo: taller dirigido a la mejora anaeróbica y aeróbica de las personas mayores residentes a través de la práctica de juegos, estiramientos, senderismo, taller de relajación muscular, y ejercicios al aire libre.
Temporalización	Lunes y Jueves  10.15-10.45. Taller de Huerto/Jardín.  10.45-11.15 Senderismo.

### ***2.5.3. Taller de Volunterapia***

Son actividades con un doble valor interventivo. Por un lado, se encuentra el fin de mejorar el deseo de autorrealización de las personas del complejo con la ayuda mutua; y por otro, aquellos residentes que reciben la ayuda de compañeros a través de visitas en las habitaciones para la realización del taller de manualidades (ver Tabla 4.4).

Tabla 4.4

#### *Características del Taller de Volunterapia*

Característica	Desarrollo
Destinatarios	Personas mayores residentes.
Objetivos específicos	a. Adaptar los programas de envejecimiento activo de forma continua a la propia evolución individual y grupal de los residentes.

---

	<p>b. Mejorar la percepción sobre el control de la propia vida de la persona mayor residente, y sobre su identidad.</p> <p>c. Conocer la satisfacción personal de las personas participantes con el programa desarrollado.</p> <p>d. Incrementar el bienestar psicológico y satisfacción vital de las personas mayores del centro.</p>
Recursos	Infraestructuras del centro (material), educadora social y voluntariado del complejo (humanos).
Actividades	Manualidades: taller dirigido a la elaboración y potenciación de la creatividad y destreza de las personas mayores. Se crean dos grupos, con el fin de establecer una mayor adecuación de la tarea a ejercer.
Temporalización	<p>Lunes y Miércoles</p> <p>11.30-13.15 Manualidades Temáticas</p> <p>Jueves y Viernes</p> <p>16.45-17.15 Manualidades adaptadas</p>

---

#### ***2.5.4. Taller de Prensa***

Son aquellas actividades donde se dan a conocer novedades importantes del exterior, y se realiza una pequeña tertulia sobre las mismas (ver Tabla 4.5).

Tabla 4.5

*Características del Taller de Prensa*

Característica	Desarrollo
Destinatarios	Personas mayores residentes.
Objetivos específicos	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Dar voz a los residentes ante sugerencias y aportaciones de las personas mayores del complejo.</li> <li>b. Fomentar a través de los programas, el empoderamiento, autonomía, autoeficacia y autoestima de la persona mayor del centro Mayores.</li> <li>c. Crear actividades que mantengan su vínculo con la realidad externa del complejo.</li> <li>d. Conocer la satisfacción personal de las personas participantes con el programa desarrollado.</li> </ul>
Recursos	Infraestructuras del centro (material), educadora social (humanos).
Actividades	Taller de Prensa: taller donde se seleccionan previamente aquellas noticias relevantes que se hayan dado a lo largo de la semana; creación de debate en torno a ellas.
Temporalización	Viernes 10.00-11.15 Taller de Prensa.

**2.5.5. Taller de Calidad**

Son aquellas actividades donde se realizan debates y consensos grupales para el desarrollo del pensamiento crítico y de la participación social. El debate es mediado por un moderador que es la figura del educador social; y aborda los temas establecidos por

el delegado seleccionado previamente de forma democrática de forma mensual entre los participantes. De esta manera se mejora la calidad y la percepción de la asistencia biopsicosocial de los residentes al darles voz.

Además, facilita los canales comunicativos creando vínculos entre los distintos participantes. Se introduce el uso de las TIC's como medio de difusión y de memoria práctica (ver Tabla 4.6).

Tabla 4.6

*Características del Taller de Calidad*

Característica	Desarrollo
Destinatarios	Personas mayores residentes.
Objetivos específicos	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Dar voz a los residentes ante sugerencias y aportaciones de las personas mayores del complejo.</li> <li>b. Fomentar a través de los programas, el empoderamiento, autonomía, autoeficacia y autoestima de la persona mayor del centro Mayores.</li> <li>c. Adaptar los programas de envejecimiento activo de forma continua a la propia evolución individual y grupal de los residentes.</li> <li>d. Mejorar la percepción sobre el control de la propia vida de la persona mayor residente, y sobre su identidad.</li> <li>e. Conocer la satisfacción personal de las personas participantes con el programa desarrollado.</li> </ul>
Recursos	Infraestructuras del centro (material), educadora social (humanos).



Actividades	<p>Taller de calidad: taller que recoge las sugerencias incautadas por el moderador que se hayan detectado en el centro durante la semana. Puesta en común.</p> <p>Taller de filosofía: taller basado en abordar una temática referente al plano afectivo, desde la lectura de epígrafes sobre el duelo, la fe y las experiencias de vida, hasta sesiones de autoayuda para la afrontación de pérdidas recientes entre el grupo de participantes.</p>
Temporalización	<p>Viernes</p> <p>11.15-11.30 Taller de Calidad.</p> <p>11.30-13.00 Taller de filosofía.</p>

### ***2.5.6. Mediateca***

Son aquellas actividades donde se introducen las herramientas TIC's para la mejora anímica y relacional de las personas mayores de la residencia (ver Tabla 4.7).

Tabla 4.7

#### *Características del Taller de Mediateca*

Característica	Desarrollo
Destinatarios	Personas mayores residentes.
Objetivos específicos	<p>a. Mantener los vínculos sociales y familiares lo más intactos posibles tras su entrada al complejo; y buscar nuevas vías para la creación de redes sociales de los residentes.</p> <p>b. Introducir en el proyecto de intervención gerontológico, el uso de las TIC's en sus programas de actividades.</p>

	c. Conocer la satisfacción personal de las personas participantes con el programa desarrollado.
Recursos	Infraestructuras del centro y ordenador portátil (material), educadora social (humanos).
Actividades	Videollamadas: actividad previamente acordada entre la educadora social y el miembro familiar de la persona mayor perteneciente al complejo, para la realización de una videollamada a través de Skype.
Temporalización	Viernes 11.30-13.15

### ***2.5.7. Taller de Estimulación Cognitiva***

Es un taller donde realizan actividades que buscan mejorar los aspectos cognitivos y emocionales de las personas mayores a través del ejercicio sensorial (ver Tabla 4.8).

Tabla 4.8

#### *Características del Taller de Estimulación Cognitiva*

Característica	Desarrollo
Destinatarios	Personas mayores residentes en el centro.
Objetivos específicos	<p>a. Incrementar el bienestar psicológico y satisfacción vital de las personas mayores.</p> <p>b. Adaptar los programas de envejecimiento activo de forma continua a la propia evolución individual y grupal de los residentes.</p> <p>c. Conocer la satisfacción personal de las personas participantes con el programa desarrollado.</p>

- d. Crear talleres con actividades novedosas y atractivas para los residentes.
- e. Introducir en el proyecto de intervención gerontológico, el uso de las TIC's en sus programas de actividades.

Recursos Educadora social (humanos), infraestructuras del centro y medios tecnológicos (materiales).

Actividades Musicoterapia: actividad previamente organizada por la educadora social para la visita diaria de las personas que se encuentren en su habitación sin posibilidad de participar en las dinámicas del complejo. Así, como labores de seguimiento y control de nuevos residentes.

Estimulación cognitiva con método

Montessori/reminiscencia: taller dirigido a potenciar la sociabilidad y la estimulación cognitiva a través de la metodología Montessori con usuarios con deterioros cognitivos moderados o severos (en torno a 15 usuarios por sesión).

Estimulación cognitiva a ordenador: actividades dirigidas a personas mayores del complejo con grados leves y naturales de DCL.

Temporalización De lunes a viernes

10.15-11.15 Ordenador Grador/Neuron up (miércoles)

15.30-16.30 Musicoterapia.

16.45-17.30 Taller Montessori (lunes y martes)

Reminiscencia (martes y jueves).

---

### 2.5.8. Taller ¡Festeja la vida!

Es un taller donde se organizan dinámicas grupales donde el ocio y disfrute del momento, es el principal objetivo. La creación de nuevos recuerdos memorables en la vida de los residentes (ver Tabla 4.9).

Tabla 4.9

#### *Características del Taller ¡Festeja la Vida!*

Característica	Desarrollo
Destinatarios	Personas mayores residentes en el centro.
Objetivos específicos	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Mejorar la percepción sobre el control de la propia vida de la persona mayor residente, sobre su identidad.</li> <li>b. Incrementar el bienestar psicológico y satisfacción vital de las personas mayores del centro.</li> <li>c. Crear actividades que mantengan su vínculo con la realidad externa del complejo.</li> <li>d. Fomentar a través de los programas, el empoderamiento, autonomía, autoeficacia y autoestima de la persona mayor del centro.</li> </ul>
Recursos	Educadora social (humanos) e infraestructuras del centro (materiales).
Actividades	Festejo programado: actividad previamente organizada por la educadora social para la celebración de una fecha señalada importante para alguno de los residentes (o grupo de residentes en función de la acción), con sorpresa incluida)

Temporalización	Viernes
	17.30-19.15 Acto sorpresa para usuarios/as.

### ***2.5.9. Taller de Relajación de Jacobson***

Es un taller donde se organizan dinámicas grupales donde el movimiento y la actividad física es el instrumento para la socialización, la mejora anímica y la potenciación de las capacidades psicomotrices de forma adaptada. La tensión muscular es erradicada y la toma de conciencia del propio organismo son los pilares de la sesión (ver Tabla 4.10).

Tabla 4.10

#### *Características del Taller de Relajación de Jacobson*

Característica	Desarrollo
Destinatarios	Personas mayores residentes en el centro.
Objetivos específicos	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Incrementar el bienestar psicológico y satisfacción vital de las personas mayores del centro.</li> <li>b. Conocer la satisfacción personal de las personas participantes con el programa desarrollado.</li> <li>c. Mejorar la perfección sobre el control de la propia vida de la persona mayor residente, y sobre su identidad.</li> <li>d. Promover actividades novedosas en el centro geriátrico de Mayores.</li> <li>e. Fomentar a través de los programas, el empoderamiento, autonomía, autoeficacia y autoestima de la persona mayor del centro Mayores.</li> </ul>

Recursos	Educadora social (humanos) e infraestructuras del centro (materiales).
Actividades	Relajación de Jacobson: actividad orientada a la conciencia del cuerpo, a la relajación y a la búsqueda de la felicidad de las personas mayores a través de la tensión y distensión por bloques corporales.
Temporalización	Martes y Jueves 11.30-13.15 Relajación de Jacobson.

### ***2.5.10. Taller de Psicomotricidad***

Es un taller donde se organizan dinámicas grupales donde el movimiento y la actividad física es el instrumento para la socialización, la mejora anímica y la potenciación de las capacidades psicomotrices de forma adaptada. La Gerontogimnasia consta de acciones en las distintas zonas corporales. Buscando ejercitar la flexibilidad y la fuerza de cada una de ellas. Los juegos son llevados a cabo al finalizar la sesión para el mayor disfrute de las personas mayores (ver Tabla 4.11).

Tabla 4.11

#### *Características del Taller de Psicomotricidad*

Característica	Desarrollo
Destinatarios	Personas mayores residentes en el centro.

Objetivos específicos	<ul style="list-style-type: none"><li>a. Incrementar el bienestar Psicológico y satisfacción vital de las personas mayores del centro.</li><li>b. Conocer la satisfacción personal de las personas participantes con el programa desarrollado.</li><li>c. Mejorar la perfección sobre el control de la propia vida de la persona mayor residente, y sobre su identidad.</li><li>d. Promover actividades novedosas en el centro geriátrico de Mayores.</li><li>e. Fomentar a través de los programas, el empoderamiento, autonomía, autoeficacia y autoestima de la persona mayor del centro Mayores.</li></ul>
Recursos	Educadora social (humanos) e infraestructuras del centro (materiales).
Actividades	Juegos: juegos de psicomotricidad adaptados por grupos.
Temporalización	Lunes  17.30-19.15 Juegos de Psicomotricidad.

---

### **3. Metodología**

#### **3.1. Instrumentos**

Debido a que el principal objetivo de este trabajo es comparar y analizar el impacto sobre el bienestar psicológico y la satisfacción vital percibida por una muestra de personas mayores institucionalizadas antes (fase preintervención), después (fase postintervención) y tras un año (fase de seguimiento) de la implantación de un programa de actividades, se han seleccionado dos escalas capaces de medir dichos aspectos. Ambas quedan recogidas en el Anexo III del presente documento.

Además, se adhiere una breve entrevista estructurada donde se incluyen cuestiones sobre su género, edad, grado de dependencia, años de institucionalización y si hubiese participado en actividades de envejecimiento activo con anterioridad al centro.

Para completar el diagnóstico sobre la pertinencia y adecuación del programa de actividades en el centro geriátrico, se confecciona un cuestionario sobre la satisfacción general de las tareas desarrolladas para su evaluación final.

### ***3.1.1 Variables sociodemográficas y sobre participación previa en programas de envejecimiento activo***

Con el fin de conocer a priori el efecto que generan las variables independientes sobre la satisfacción vital y el bienestar psicológico de los participantes en este estudio, o si existían diferencias entre los dos grupos de personas mayores formados (grupo control y experimental) se incluyeron en la evaluación 12 preguntas en forma de entrevista estructurada. Estas preguntas incluyen cuestiones generales como el género (hombre o mujer), edad, estado civil (soltero/a, viudo/a, casado/a, divorciado/a o en pareja), número de hijos y años de institucionalización (ambas recogidas en cifra).

Como más específicos se incluyen el hecho de haber participado con anterioridad en actividades de envejecimiento activo (sí o no) y el grado de dependencia del participante (siendo su opción de respuesta de 0 interpretada como la ausencia de dependencia, hasta grado 3 que es la incapacidad funcional máxima). En lo relativo a la vida profesional de los participantes se añade cuestiones sobre su nivel formativo (no sabe leer ni escribir, estudios primarios, secundarios, bachiller y superiores) y su ocupación principal hasta la edad de jubilación (labores de hogar, labores sin cualificación, técnico medio, técnico superior, tareas de dirección y funcionariado).



La relación familiar se incluye en la encuesta a través de cuestiones relativas a la forma de convivencia previa al ingreso (solo/a, con hijos/as, con hermano/a, en pareja, con padres, con amigos, otros), la distancia al domicilio familiar más cercano (respuesta dicotómica, sí o no), la frecuencia de las visitas (diariamente, semanalmente, quincenalmente, mensualmente, anualmente y nunca) y la duración de estas (recogida en cifra por visita y contabilizada en horas).

### ***3.1.2. Bienestar psicológico***

Para conocer el bienestar psicológico percibido por cada uno de los participantes de la muestra se ha utilizado la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff (1989) en su adaptación española realizada por Díaz et al. (2006). Su estudio aporta información en torno a 6 factores: autoaceptación (ej.: “Cuando repaso la historia de mi vida estoy contento con cómo han resultado las cosas”), relaciones positivas (ej.: “Siento que mis amistades me aportan muchas cosas”), autonomía (ej.: “No tengo miedo de expresar mis opiniones, incluso cuando son opuestas a las opiniones de la mayoría de la gente”), dominio del entorno (ej.: “En general, siento que soy responsable de la situación en la que vivo”), crecimiento personal (ej.: “En general, con el tiempo siento que sigo aprendiendo más sobre mí mismo”) y propósito en la vida (ej.: “Tengo clara la dirección y el objetivo de mi vida”).

Para su cumplimentación se deben completar 29 afirmaciones (Díaz et al., 2006) de tipo Likert cuyas opciones de respuesta oscilan del 1 (completamente en desacuerdo) al 6 (totalmente de acuerdo). La consistencia interna en este instrumento en su adaptación al castellano oscila en sus escalas entre el .70 y .84 de alfa de Cronbach (Díaz et al. 2006), siendo en la presente investigación de .92 en la dimensión de autoaceptación, .92 en relaciones positivas, .98 en la dimensión de autonomía, .78 en

dominio del entorno, .86 en propósito en la vida y .72 en crecimiento personal. Por lo tanto, se puede considerar una fiabilidad adecuada, ya que para investigaciones exploratorias se recomiendan valores superiores a .6 (Huh, Delorme y Reid, 2006). Así mismo, su utilización en personas mayores de 65 años ha sido ratificada a través de numerosas investigaciones, demostrando su validez (Dumitrache, 2014; Tomás, Meléndez y Navarro, 2008).

### ***3.1.3. Satisfacción vital***

Para evaluar la satisfacción vital de los participantes en esta investigación se ha seleccionado la escala de Satisfacción Vital de Diener, Suh, Lucas, y Smith (1999) en su adaptación al castellano por Atienza, Pons, Balaguer y García-Merita (2000). Este cuestionario contiene un total de 5 ítems (ej.: “Estoy satisfecho con mi vida”), cuya respuesta de tipo Likert oscila entre 1 (completamente en desacuerdo) y 7 (totalmente de acuerdo).

Su uso es extendido en la investigación, especialmente en el grupo de edad de la presente investigación, ya que resulta una escala atractiva debido a su brevedad, evitando posibles fatigas sobre las personas mayores encuestadas y previniendo la posibilidad de respuestas aleatorias.

Las propiedades psicométricas obtenidas en la adaptación al castellano son adecuadas, con un valor de alfa de Cronbach superior en todos sus ítems a 0.70. En el presente estudio la fiabilidad fue de .98.

### ***3.1.4. Encuesta sobre el nivel de satisfacción de la actividad realizada***

Para conocer la evaluación final de la satisfacción del programa de actividades desde la perspectiva de los propios participantes, se confecciona una encuesta integrada

por 10 ítems cuya opción de respuesta oscila del 1 (mínima puntuación) al 10 (máxima puntuación). Dividiéndose en 3 cuestiones relativas a la utilidad que considera posee la actividad; 4 afirmaciones que aluden a la metodología y logística empleada en su desarrollo. Y tres últimas cuestiones que analizan la eficacia del equipo profesional y organización en su puesta en marcha.

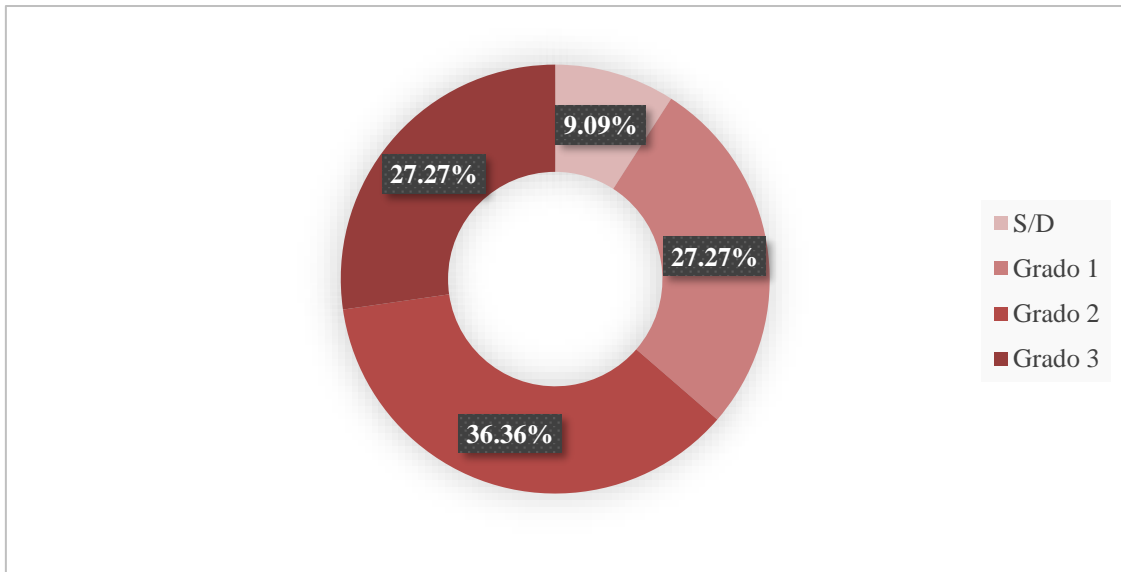
Posteriormente, se crea un espacio libre a la aportación de sugerencias y críticas de la actividad evaluada.

## **3.2. Participantes**

### ***3.2.1. Participantes de la fase piloto***

El programa de intervención se aplicó en una fase piloto con una muestra de 22 personas mayores con edades comprendidas entre los 72 y los 93 años, siendo su media de 84.09 años (DT= 5.96). Todos los participantes se encontraban institucionalizados en un centro de Granada, cuya media de tiempo desde su entrada al complejo hasta la actualidad de 2.61 años. Respecto a su género, cabe señalar que el 100% de la muestra era femenino.

De forma generalizada ninguno de ellos había realizado actividades o programas de envejecimiento activo con anterioridad a la institucionalización. En cuanto a su autonomía el 27.27% se encontraban en un grado 3 de dependencia, limitando su desarrollo en todas las AVD. En los grados menos severos de la incapacidad funcional se encontraba el 27.27% en grado 1, y el 36.08% en grado 2. Siendo menos frecuente la ausencia de dependencia en esta muestra (9.09%) tal y como se muestra en la Figura 4.4.



*Figura 4.4.* Porcentajes obtenidos del grado de dependencia de la muestra piloto

### ***3.2.2. Participantes del programa final***

La muestra para la aplicación final del programa de intervención se compuso de 141 personas con edades comprendidas entre los 60 y los 100 años, siendo su media de 85.50 años (DT= 8.472). Los participantes se encontraban institucionalizados en una residencia situada en la capital de Madrid, y su media de tiempo residiendo en la institución era de 1.55 años. Respecto al género, un 82.97% de la muestra eran mujeres y el 17.03% hombres.

Ninguno de los participantes de este programa había participado previamente en actividades basadas en el envejecimiento activo fuera de la institución, dentro de ella acudían a un programa de estimulación cognitiva y gerontogimnasia. En cuanto a su autonomía, como se puede apreciar en la Figura 4.5., el 47.5% mostraban un grado 3 de dependencia, el 24.8% en grado 1 y el 21.3% en grado 2. Siendo menos frecuente la ausencia de dependencia en esta muestra (6.4%).

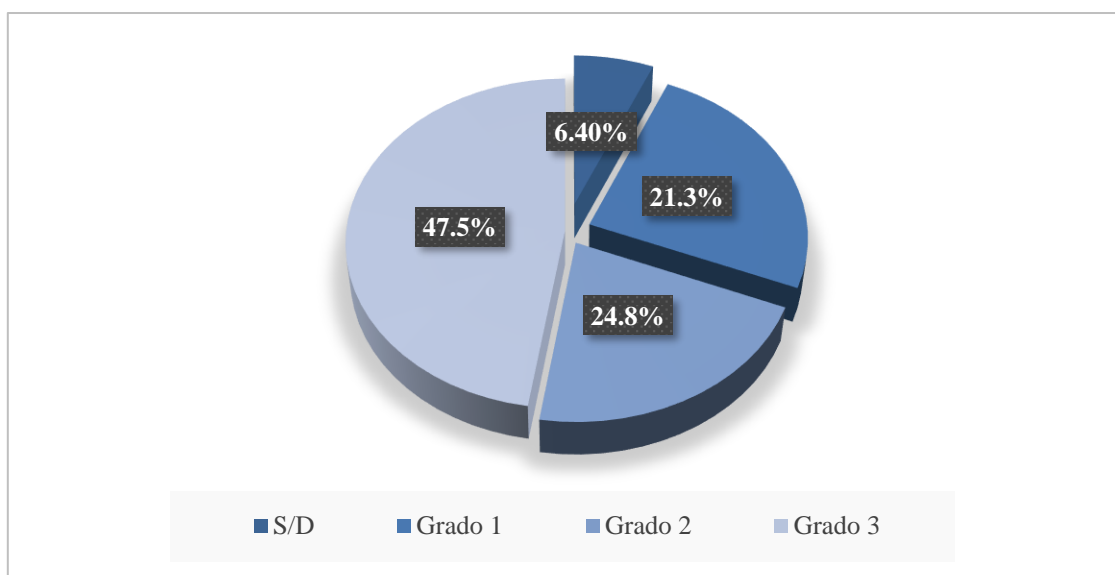


Figura 4.5. Porcentajes obtenidos del grado de dependencia de la muestra final

En relación al estado civil de los participantes, el 25.5% de la muestra era soltera, el 17.7% casado/a y el 5% divorciado/a. Siendo más de la mitad de los participantes viudos/as (un 51.8%). El número de hijos oscilaba entre ninguno y cuatro hijos, mediando en 2.30 (DT= 1.33). Respecto a la forma de convivencia previa al ingreso, el 45.4% de la muestra vivía sola, mientras que el 34.8% residía con hijos/as, el 1.4% con algún hermano/a y el 18.4% con su pareja.

En cuanto al nivel formativo de la muestra, un bajo porcentaje de los participantes no sabía leer ni escribir (2.1%), el 41.8% tenía estudios primarios, el 9.9% estudios secundarios, el 16.3% de bachiller, y el 29.8% habían cursado estudios superiores como muestra la Figura 4.6.

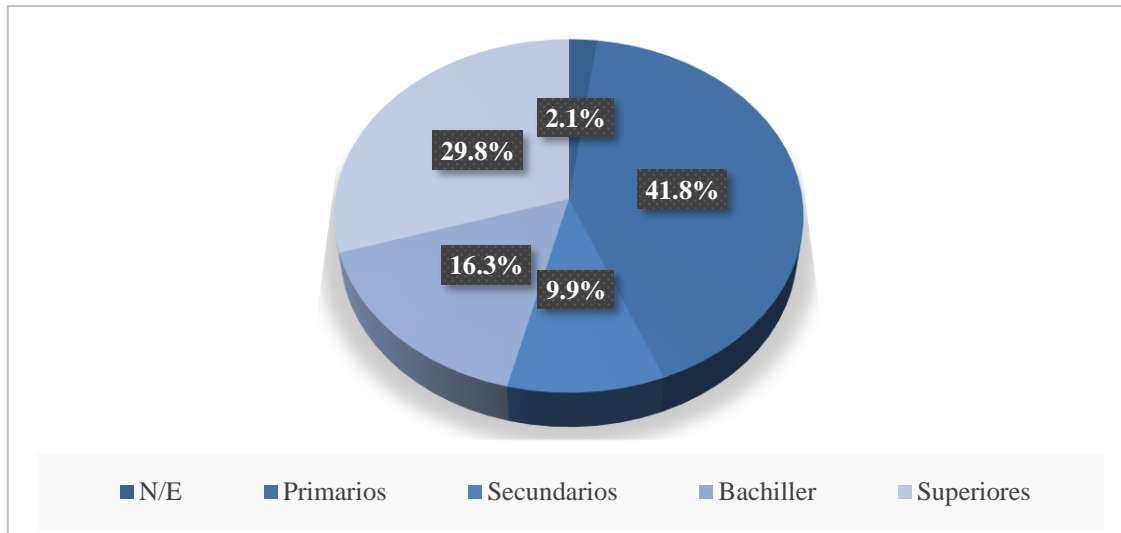


Figura 4.6. Porcentajes obtenidos del nivel de estudios de la muestra

Al evaluar la ocupación hasta la edad de jubilación se observa que un 37.8% de la muestra, exclusivamente mujeres, se dedicaba a las labores del hogar. El 9.9% de los participantes había trabajado en trabajos sin cualificación, el 11.3% realizaron labores técnicas de grado medio y el 6.4% de grado superior. El 7.8% han sido directores de administración y bancos, mientras que el 27% de las personas mayores habían sido funcionarias en la administración.

Por último, respecto a las visitas que reciben los participantes de este estudio, el 46.1% recibían visitas de sus familiares diariamente, el 19.9% eran visitados semanalmente, el 1.4% quincenalmente, el 24.8% mensualmente, y únicamente el 0.7% recibía visitas anualmente y el 7.1% nunca recibía visitas (ver Figura 4.7). La duración de dichas visitas media las 1.55 horas ( $DT=0.87$ ). Los familiares que realizaban las visitas, en el 82.3% de los casos, residían cerca del centro para personas mayores (inmediaciones de Madrid Capital), frente a un 17.1% de familiares que se encontraban residiendo alejados del complejo.

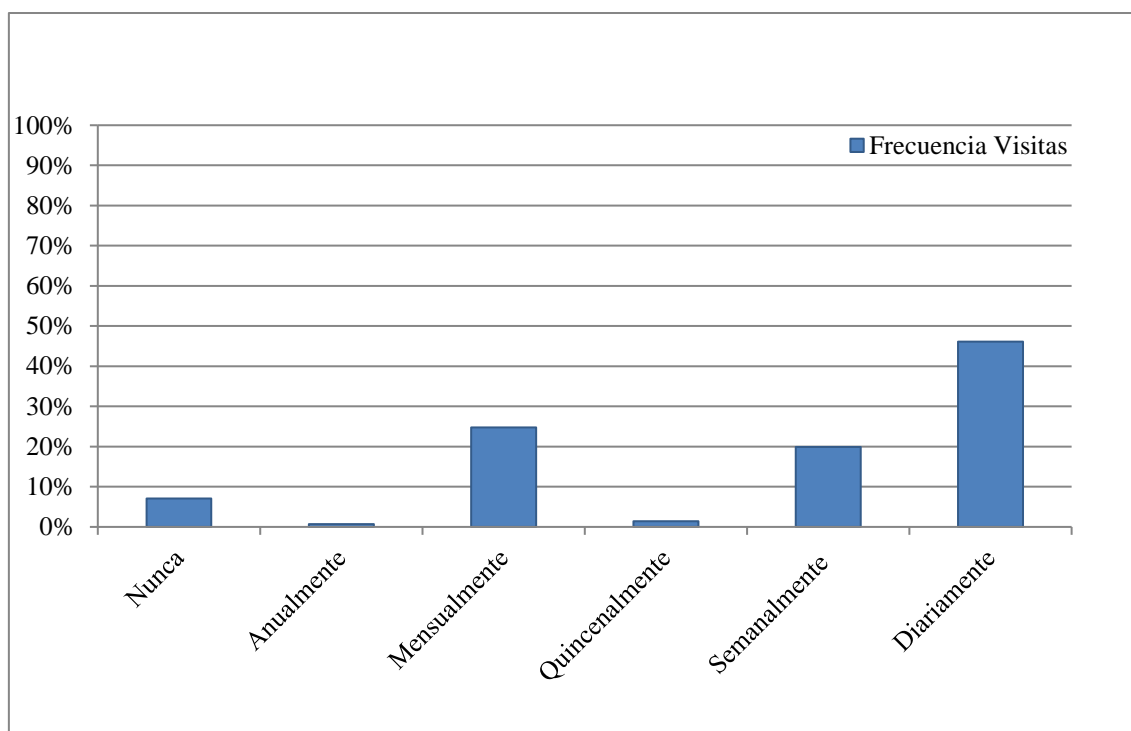


Figura 4.7. Porcentajes obtenidos de la frecuencia de las visitas familiares

## 4. Procedimiento

### 4.1. Muestreo

Por las características del presente estudio se ha utilizado un muestreo por itinerario no probabilístico, donde los participantes de la investigación han sido seleccionados atendiendo dos criterios de inclusión inicialmente establecidos:

- La persona mayor participante debía poder desarrollar las actividades del programa de envejecimiento activo propuesto.
- La persona mayor participante debía poder responder a los instrumentos incluidos en el estudio sobre satisfacción vital y bienestar psicológico percibido, antes y después del programa de actividades.

En la aplicación de la fase piloto, se seleccionaron 22 participantes de entre las 30 personas que se encontraban institucionalizadas y querían participar en el estudio.

Siendo 8 de las mismas descartadas por no cumplir los requisitos establecidos y asignadas al grupo control.

En la aplicación final del programa, de las 155 personas que se encontraban institucionalizadas en el centro geriátrico en ese momento, 5 de ellas estaban totalmente incapacitadas para ejecutar tareas físicas, participando en las actividades tradicionales del centro a través de tareas que no requerían de esfuerzos físicos. De las 150 personas mayores restantes, 9 de ellas se encontraban en distintas fases de patologías como Alzheimer y demencia frontotemporal, lo que incapacitaba cognitivamente para la cumplimentación de las escalas de satisfacción vital y bienestar psicológico.

Por todo ello y tras compartir la opinión del equipo profesional del centro, se seleccionaron 141 participantes para este estudio que se dividieron en dos grupos, 73 de ellos participaron en el nuevo programa basado en el envejecimiento activo (grupo experimental), mientras que los 68 restantes participaron en las actividades tradicionales del centro basadas en gerontogimnasia y estimulación cognitiva.

## **4.2. Aplicación de los instrumentos**

### ***4.2.1. Fase preintervención***

Tras establecer contacto con el centro geriátrico y obtener su autorización se estableció contacto directo con las personas mayores del centro geriátrico que participaron en este estudio.

Para la recogida de datos se siguieron las normas éticas de la Asociación Americana de Psicología (APA), siguiendo una pauta iniciada por la explicación en torno al objetivo y confidencialidad del estudio y la duración estimada de la entrevista. Posteriormente, se informa de su carácter voluntario y de su derecho a finalizar la entrevista o su participación.



Finalizado este acuerdo inicial, los participantes debían firmar su consentimiento informado y comenzaba así la entrevista de forma individual en el centro (Anexo III). Siendo la investigadora quien leía en voz alta los distintos ítems confeccionados en el cuadernillo que recogía las dos escalas de medida sobre bienestar psicológico y satisfacción percibida por los usuarios y las variables sociodemográficas. Estas respuestas debían adecuarse a las opciones de respuesta del instrumento recogidas en la hoja de respuestas.

#### ***4.2.2. Fase postintervención***

Tras finalizar el periodo programado de actividades de envejecimiento activo, vuelven a ser objeto de estudio las personas mayores participantes tanto en este, como en las tareas tradicionales del centro. De manera que se obtiene nuevamente información en torno a su satisfacción vital y bienestar psicológico percibido, con el fin de analizar y comparar el impacto del programa nuevo o de las tareas tradicionales en sus vidas. Para su desarrollo, se siguen las mismas pautas realizadas en la fase preintervención y se aplican los mismos instrumentos (Anexo III).

Cabe añadir que, en esta fase de evaluación postintervención, en el grupo experimental que participaba en el programa nuevo, se introduce la encuesta relativa al programa de actividades para conocer la satisfacción y pertinencia interna de cada una de las mismas (Anexo V). Para su recogida, la entrevistadora de forma individual leía en voz alta cada uno de los ítems, cuya opción de respuesta debía ser la adecuada a la recogida en la ficha. En este caso se trata de una valoración que oscila entre 1 y 10, siendo este último la máxima puntuación.

#### ***4.2.3. Fase de seguimiento***

Únicamente en la aplicación final del programa se realizó seguimiento transcurrido un periodo de doce meses. Los participantes del programa innovador se habían incorporado a las tareas tradicionales del centro una vez finalizado el programa innovador basado en el envejecimiento activo, de manera que se obtiene una puntuación que permite determinar el impacto en sus vidas a largo plazo, respecto a satisfacción vital y bienestar psicológico, del programa de actividades que habían realizado previamente. También se evaluó a los participantes del grupo control que solo habían participado en las tareas tradicionales del centro. Para esta evaluación se siguen las mismas pautas realizadas en la fase preintervención y postintervención (Anexo III), teniendo en cuenta la muerte experimental que puede haber sufrido miembros de dicho grupo.

#### **4.3. Aplicación del programa final de actividades**

Posterior a la confirmación de la participación del centro geriátrico, se establece nuevo contacto para conocer los límites y necesidades de este. Confeccionando así el diagnóstico de necesidades y el punto de origen para la creación fundamentada de un programa de actividades de envejecimiento activo.

Acto seguido se asignan los participantes a uno de los dos grupos establecidos para esta investigación: grupo experimental (Grupo E) que participará en el nuevo programa innovador basado en el envejecimiento activo, con 73 participantes; y grupo control (Grupo C), compuesto por 68 personas mayores que participaron en la investigación, pero no en el programa nuevo, por lo que seguían participando en las actividades tradicionales del centro.

### 4.3.1 Temporalización

Debido al carácter investigador que posee esta actuación, la propuesta de trabajo se desarrolla con un programa de tres meses de duración, siendo cinco días de la semana los seleccionados para la práctica de las actividades y evaluación de estas. La programación de los días y las acciones no se han desarrollado al azar; sino que han sido planteadas en fechas significativas y con un sentido adaptable a las circunstancias del centro residencial.

### 4.3.2. Cronograma de la aplicación del programa: fase diagnóstica

En esta fase se realiza las distintas técnicas de recogida de información con el fin de enmarcar el proyecto innovador gerontológico de la forma más eficiente a la realidad y al contexto. Para ello, se realizan distintas acciones tales como el desarrollo de autoinformes compuestos de observación no participante, entrevistas semiestructuradas con el equipo interdisciplinar dedicado a la atención psicosocial y encuestas de los residentes sobre su bienestar y satisfacción percibido (ver Tabla 4.12).

Tabla 4.12

#### *Cronograma de la fase diagnóstica*

Fechas	Sesiones	Destinatarios	Técnica de Recogida de Información
01/09/2016	1	Dirección	Entrevista Semiestructurada
02/09/2016	1	Equipo	Entrevista Semiestructurada
03-04/09/2016			
10-11/09/2016	8	Funcionamiento del Complejo	Observación no participante
17-18/09/2016			
24-25/09/2016			
01/09/2016 11/09/2016	10	Residentes	Aplicación instrumentos de bienestar psicológico y satisfacción vital

#### ***4.3.3. Cronograma de la aplicación del programa: fase procesual***

El programa propuesto se ejecuta en base a la cotidianidad del complejo residencial con el grupo experimental buscando adecuar los horarios al desarrollo integral de la atención psicosocial (ver Tabla 4.13).

Tabla 4.13.

#### ***Cronograma de la fase de ejecución***

Sesiones	Fecha Inicio	Fecha Fin	Actividad
18	05/09/2016	03/11/2016	Naturterapia
18	05/09/2016	03/11/2016	Volunterapia
18	05/09/2016	03/11/2016	Montessori
10	05/09/2016	27/10/2016	Psicomotricidad
18	06/09/2016	03/11/2016	Jacobson
16	06/09/2016	01/11/2016	Ocio
18	05/09/2016	03/11/2016	Reminiscencia
18	05/09/2016	04/11/2016	Manualidades
10	07/09/2016	02/11/2016	Videoforum
10	09/09/2016	04/11/2016	Prensa y Calidad
10	09/09/2016	04/11/2016	Mediateca
10	09/09/2016	04/11/2016	Festeja la Vida

#### ***4.3.4. Cronograma de la aplicación del programa: fase diagnóstica final***

En esta fase se aplican nuevamente los instrumentos en el grupo experimental y control tras las actividades realizadas. Paralelamente, en el grupo experimental se realizan las encuestas sobre la satisfacción operativa de cada una de las actividades (ver Tabla 4.14). La aplicación de instrumentos es repetida después de un periodo de doce meses tras el fin de la intervención.

Tabla 4.14.

*Cronograma de la fase de evaluación postintervención*

Fechas	Sesiones	Destinatarios	Técnica de Recogida de Información
04/11/2016- 06/12/2016	2	Grupo E	Aplicación instrumentos de bienestar psicológico y satisfacción vital
06/11/2016- 08/12/2016	2	Grupo C	Encuesta satisfacción operativa con las actividades
04/11/2016	1	Grupo E	Aplicación instrumentos de bienestar psicológico y satisfacción vital
04/11/2017- 06/02/2018	2	Todos	

**5. Análisis de datos****5.1. Análisis de la fase preintervención**

Para los distintos análisis estadísticos de datos se ha utilizado el programa SPSS 20 (Verma, 2013). Una vez volcada la información recabada en dicho formato, se realizaron pruebas exploratorias con el fin de verificar su correcta entrada.

Para la descripción general de la muestra en sus variables de bienestar psicológico y satisfacción vital se aplicaron análisis descriptivos obteniendo así las medias y las desviaciones típicas de las seis escalas de bienestar psicológico: autoaceptación, relaciones positivas, autonomía, dominio del entorno, crecimiento personal y propósito en la vida, así como de la satisfacción vital. Para poder interpretar las puntuaciones obtenidas por los participantes respecto a estas medias descritas, se formaron grupos respecto a los percentiles 10, 25, 50, 75 y 90, correspondiéndose en orden a la puntuación muy baja, baja, intermedia, alta y muy alta.

Posteriormente se procedió a analizar la relación de cada una de las variables dependientes (las dimensiones de bienestar psicológico y satisfacción vital) con respecto a las sociodemográficas (edad, años en institución, sexo, haber realizado con anterioridad envejecimiento activo, cercanía del domicilio familiar y duración de las visitas). Para ello, se realizaron comparaciones de medias con respecto al género mediante la prueba *t* de Student, y correlaciones bivariadas entre el bienestar psicológico y la satisfacción vital y la edad, o los años en la institución, el número de hijos, el número de horas de visita o la cercanía con el domicilio de los familiares.

Para analizar el impacto del grado de dependencia, la ocupación previa a la jubilación, el nivel de estudios, la frecuencia de las visitas y el estado civil, sobre la satisfacción vital y bienestar psicológico de los participantes, se empleó un ANOVA seguido de DMS como análisis post hoc.

Un segundo momento de esta investigación llevó a la diseminación de la muestra en el denominado Grupo E de participantes en la investigación y actividades del programa, y del Grupo C o de control, quienes sí participaban en la investigación, pero no en las actividades del programa nuevo. Para constatar que no existían diferencias significativas previas entre ambos grupos en las variables, así como en sus características generales, se utilizaron las pruebas para muestras independientes *t* de Student y  $\chi^2$ .

## **5.2. Análisis de la fase postintervención**

Una vez finalizada la intervención, se realizó un análisis de cada uno de los grupos partícipes de la investigación. Para ello se realizó, de nuevo, un análisis descriptivo de cada una de las variables dependientes obteniendo así las medias y las desviaciones típicas de las dimensiones de autoaceptación, relaciones positivas,

autonomía, dominio del entono, crecimiento personal, propósito en la vida y satisfacción vital en ambos grupos de participantes (Grupo E y Grupo C).

Para determinar el tamaño del efecto se utilizó el estadístico  $d$  de Cohen utilizando para ello una calculadora de tamaño de efecto (Lenhard y Lenhard, 2016). Para la interpretación del tamaño de efecto se siguieron las recomendaciones del autor (Cohen, 1988), de manera que un valor de .20 es considerado pequeño, un efecto moderado si el valor es cercano a .5, y un valor de .80 es considerado un efecto grande.

### **5.3. Análisis de la efectividad del programa**

Para analizar el efecto de la intervención en el Grupo E o del programa tradicional de actividades en el Grupo C, se realizó la prueba  $t$  para muestras relacionadas para cada una de las variables de esta investigación para determinar si existían diferencias en las puntuaciones medias obtenidas antes y después de la intervención realizada.

De nuevo, el tamaño del efecto se calculó mediante  $d$  de Cohen siguiendo los criterios descritos anteriormente (Cohen, 1988).

### **5.4. Análisis de la fase de seguimiento y efectividad continua del programa**

Con el fin de valorar el efecto del programa tras 12 meses desde su finalización se aplicó un modelo lineal general de medidas repetidas con corrección de Bonferroni en todas las variables del estudio (escalas de bienestar psicológico y satisfacción vital), incluyendo los datos obtenidos antes y después del periodo de la intervención y los obtenidos en el seguimiento. Se analizaron tanto los efectos principales en cada periodo como la interacción (grupo x momento temporal).

Para determinar el tamaño del efecto tras la evaluación de seguimiento se empleó el estadístico  $\eta^2$ , utilizando para su interpretación las mismas

recomendaciones que para la interpretación del estadístico  $d$  de Cohen (Cohen, 1988) mencionadas con anterioridad.

### **5.5. Análisis de la satisfacción con el programa innovador aplicado**

Para conocer la satisfacción de los participantes del grupo experimental en cada una de las actividades desarrolladas en el programa propuesto, se procedió a analizar los tres aspectos fundamentales por los que se componía la operatividad de las acciones: la utilidad, la metodología y la organización.

Para la descripción general de la satisfacción de la intervención se aplicaron análisis descriptivos obteniendo así las medias y las desviaciones típicas de las dimensiones mencionadas en cada una de las actividades que componen el programa: Taller de ocio, Naturterapia, Volunterapia, Prensa y calidad, Mediateka, Taller de estimulación cognitiva, Taller de Festeja la Vida y Taller de Relajación de Jacobson y Juegos de Psicomotricidad.





---

## Capítulo 5. Resultados

---



## Resultados de la fase piloto

En primer lugar, se realizó un análisis comparativo entre el grupo control y experimental para determinar si existían diferencias previas a la intervención en las variables estudiadas (bienestar psicológico y satisfacción vital) y algunas variables sociodemográficas. Los resultados (ver Tabla 5.1), muestran que no existían diferencias entre ambos grupos antes de aplicar el proyecto de intervención en su fase piloto. En cuanto al género, todos los participantes eran mujeres, además, ninguno había participado previamente en programas de envejecimiento activo fuera de la institución o dentro de la misma.

Tabla 5.1

*Comparación de los grupos experimental y control en la fase piloto respecto a las variables analizadas*

	Grupo E	Grupo C	<i>t</i>	<i>p</i>
	M (DT)	M (DT)		
Autoaceptación	19.11(3.39)	19.75 (1.50)	-.363	.720
Relaciones positivas	23.89 (5.12)	23 (7.61)	.289	.776
Autonomía	31.05 (4.29)	33.5 (2.38)	-1.089	.289
Dominio del entorno	21.11 (5.62)	22.5 (4.65)	-.458	.652
Crecimiento personal	19.16 (3.77)	18.5 (5.32)	.298	.769
Propósito en la vida	23.83 (4.30)	23.75 (5.25)	.034	.973
Satisfacción vital	28.33 (7.23)	29.75 (2.87)	-.379	.709
Edad	83.61 (6)	86.25 (6.99)	-.775	.447
Institucionalización (años)	2.61 (2.09)	3.25 (3.2)	-.504	.620
Dependencia (grado)	1.83 (.985)	1.75 (.957)	.154	.879

*Nota.* Grupo E: n=18; Grupo C: n=4.

Posteriormente, se analizaron los niveles de bienestar psicológico y satisfacción vital antes y después de la intervención en la muestra de estudio tras su división en grupo de control y experimental. Como muestra la Tabla 5.2, se observan diferencias significativas en las puntuaciones obtenidas en algunas de las variables estudiadas en el grupo experimental tras la participación en el proyecto de intervención innovador.

En concreto, la dimensión de autoaceptación se vio mejorada tras constatar una diferencia significativa en la comparación de los resultados antes de la intervención con un valor de 19.11 frente a 21.06 tras la intervención con un efecto moderado.

Así mismo, la satisfacción vital de los participantes del grupo experimental incrementó significativamente de los 28.33 puntos a los 30.11, con un tamaño de efecto pequeño.

Tabla 5.2

*Puntuaciones del grupo experimental obtenidas en las escalas de bienestar psicológico y satisfacción vital en los dos momentos del estudio en la fase piloto*

	Mín.	Máx.	Pretest M (DT)	Postest M (DT)	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
Autoaceptación	4	24	19.11 (3.34)	21.06 (2.81)	-5.074	<b>.000</b>	.588
Relaciones positivas	5	30	23.89 (5.12)	23.94 (5.1)	-1.000	.331	.011
Autonomía	6	36	31.06 (4.3)	31.06 (4.3)	-	-	-
Dominio del entorno	5	30	21.11 (5.62)	21.28 (5.51)	-1.374	.187	.029
Crecimiento personal	4	24	19.17 (3.77)	19.28 (3.67)	-1.000	.331	.03
Propósito en la vida	5	30	23.83 (4.30)	23.89 (4.22)	-1.000	.331	.011
Satisfacción vital	5	35	28.33 (7.23)	30.11 (6.05)	-3.294	<b>.004</b>	.23

*Nota.* N=18

Respecto al grupo control, los análisis realizados también mostraron diferencias significativas en algunas de las variables analizadas tras los 3 meses que transcurrieron entre las dos evaluaciones. En este caso, se observó una disminución significativa de las puntuaciones en las dimensiones de autoaceptación, dominio del entorno y satisfacción vital (ver Tabla 5.3). En cuanto a los tamaños del efecto, fueron pequeños en los tres casos.

Tabla 5.3

*Puntuaciones del grupo control obtenidas en las escalas de bienestar psicológico y satisfacción vital en los dos momentos del estudio*

	Mín.	Máx.	Pretest M (DT)	Posttest M (DT)	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
Autoaceptación	4	24	19.75 (1.5)	19.5 (1.73)	1.000	.038	.138
Relaciones positivas	5	30	23 (7.61)	23 (7.61)	-	-	
Autonomía	6	36	33.5 (2.38)	33.5 (2.38)	-	-	
Dominio del entorno	5	30	22.5 (4.65)	22 (4.83)	1.732	.007	.102
Crecimiento personal	4	24	18.5 (5.32)	18.5 (5.32)	-	-	
Propósito en la vida	5	30	23.75 (5.25)	23.75 (5.25)	-	-	
Satisfacción vital	5	35	29.75 (2.87)	28.5 (3.87)	1.667	.056	.279

*Nota:* N=4.

## Resultados de la fase de aplicación final

### 1. Análisis descriptivo de la fase preintervención

En este primer apartado se pretende conocer las características generales de los participantes, tanto del Grupo E como del Grupo C, con respecto a las puntuaciones medias obtenidas en las dimensiones de bienestar psicológico y satisfacción vital y las variables sociodemográficas, así como determinar las relaciones entre estas variables y finalmente, explorar si existían diferencias previas en las variables entre ambos grupos.

#### 1.1. Descripción de la muestra total en las escalas de bienestar psicológico y la satisfacción vital

En la Tabla 5.4 aparecen las medias y las desviaciones típicas de las diferentes dimensiones que componen el bienestar psicológico y la satisfacción vital de los participantes.

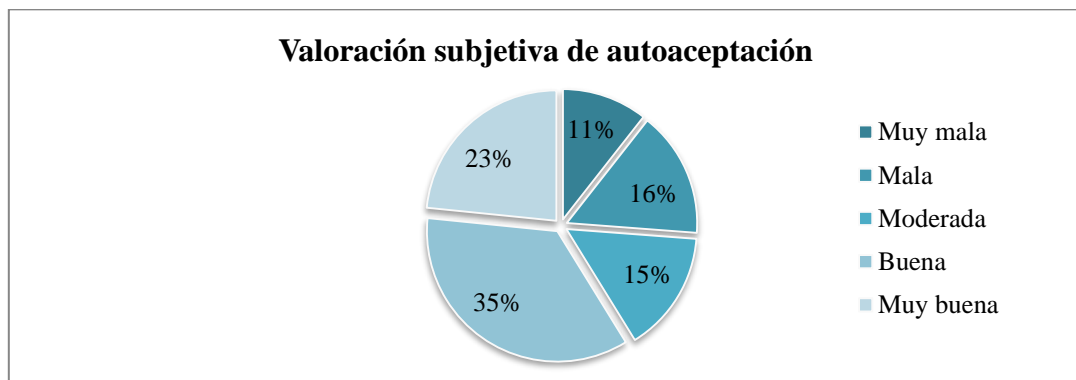
Tabla 5.4

*Estadísticos descriptivos pretest de la muestra respecto a las variables estudiadas*

	Mínimo	Máximo	Media	Desviación Típica
Autoaceptación	4	24	12.7	4.59
Relaciones positivas	5	30	17.86	6.56
Autonomía	6	36	18.61	7.28
Dominio del entorno	5	30	16.55	4.97
Crecimiento personal	4	24	12.48	4.171
Propósito en la vida	5	30	16.52	5.42
Satisfacción vital	5	35	16.77	6.36

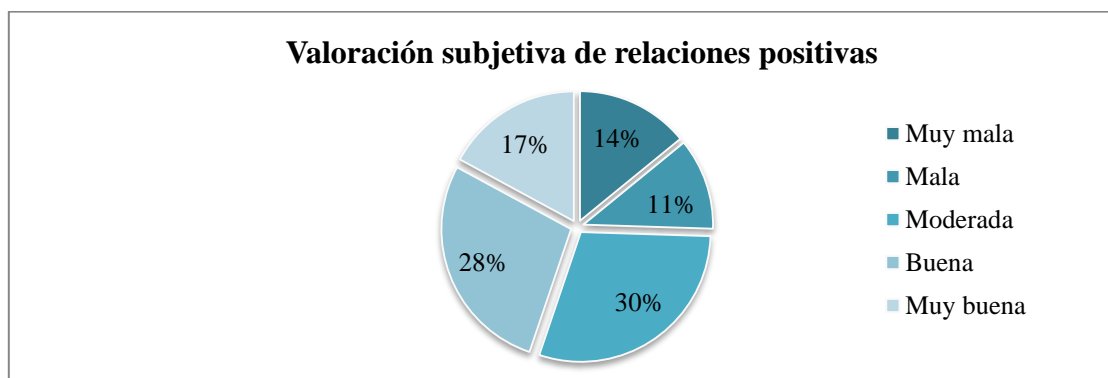
A continuación, se ha realizado una clasificación de las repuestas en base a los percentiles 10, 25, 50, 75 y 90, lo que correspondería a muy mala, mala, moderada, buena y muy buena puntuación en las diferentes variables.

En la dimensión autoaceptación, el 10.6% de los participantes obtienen una puntuación inferior al percentil 10, el 15.6% se encuentran por debajo del percentil 25, el 15% lo hacen por debajo del percentil 50, el 35.4% por debajo del percentil 75, y el resto de la muestra puntúa por debajo del percentil 90 como muestra la Figura 5.1.



*Figura 5.1.* Puntuación pretest en autoaceptación de la muestra en base a percentiles

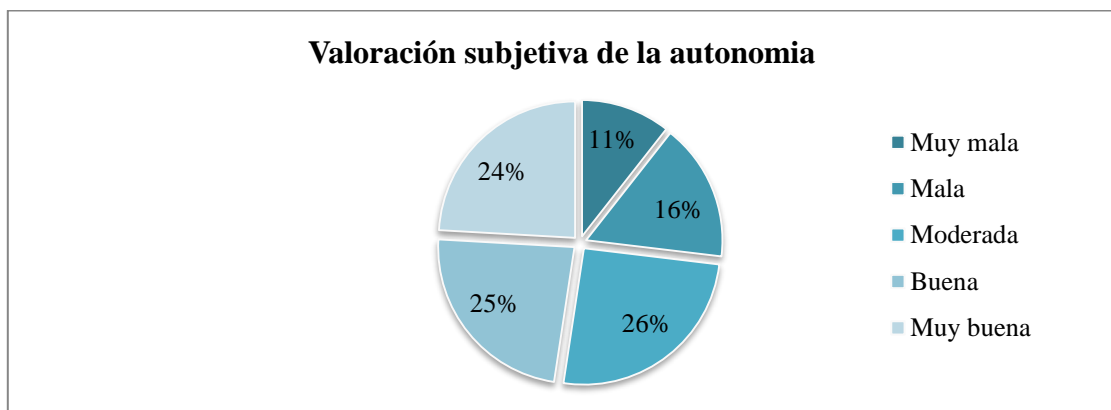
Con respecto a la dimensión de relaciones positivas con los otros, el 14.1% de los participantes obtienen una puntuación inferior al percentil 10, el 11.4% puntúan por debajo del percentil 25, el 29.7% puntúan por debajo del percentil 50, el 27.7% de la muestra puntúa por debajo del percentil 75 y el 17.1% restante lo hacen con valores superiores al percentil 75 como recoge la Figura 5.2.



*Figura 5.2.* Puntuación pretest en relaciones positivas de la muestra en base a percentiles

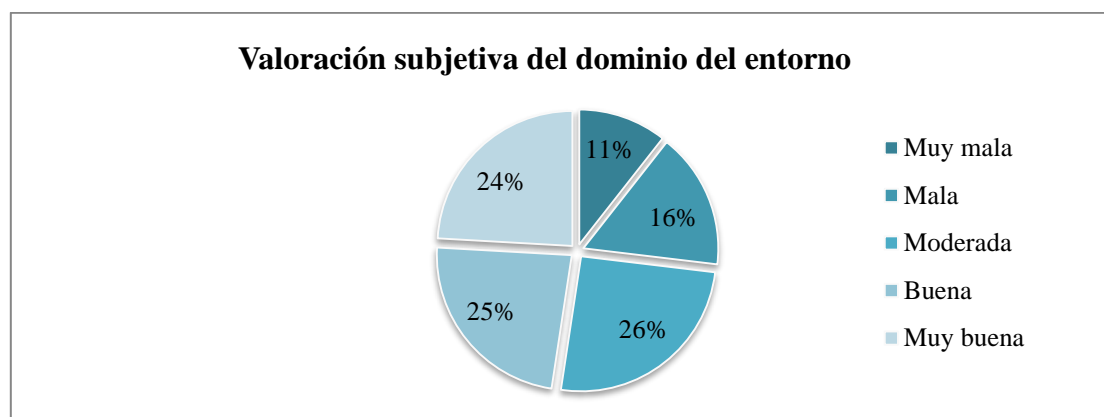


En la variable de autonomía, los participantes dan resultados por debajo del percentil 10 en el 9.9% de la muestra, el 18.3% por debajo de 25, el 26.8% obtiene resultados por debajo del percentil 50, el 24% puntúan por debajo del percentil 75, y el 21% obtiene puntuaciones con valores superiores al percentil 75 (ver Figura 5.3).



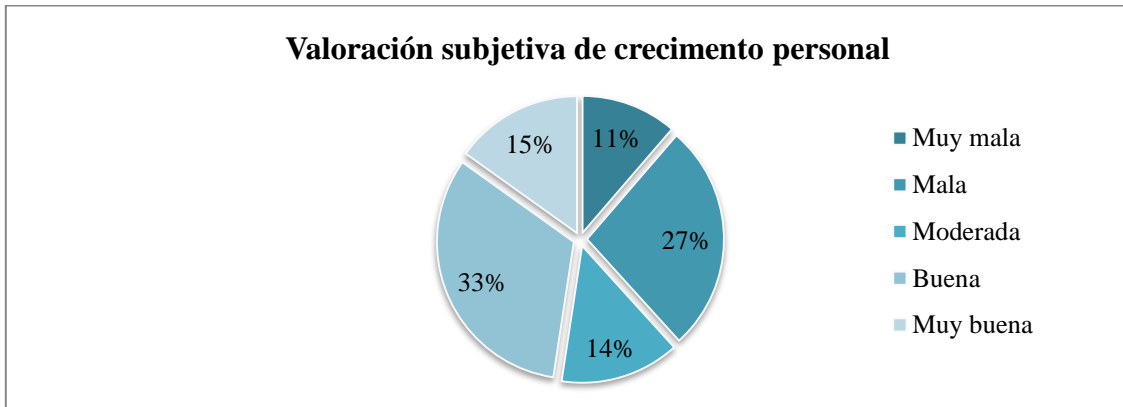
*Figura 5.3.* Puntuación pretest en autonomía de la muestra en base a percentiles

En dominio del entorno, las puntuaciones en el percentil 10 son obtenidas en el 10.6% de la muestra, en el percentil 25 se sitúan el 16.3% de los participantes y el 25.5% puntúan por debajo del percentil 50. Por debajo del percentil 75 se encuentra situada el 23.5% de la muestra y el 24.1% se sitúa por encima. Datos recogidos en la Figura 5.4.



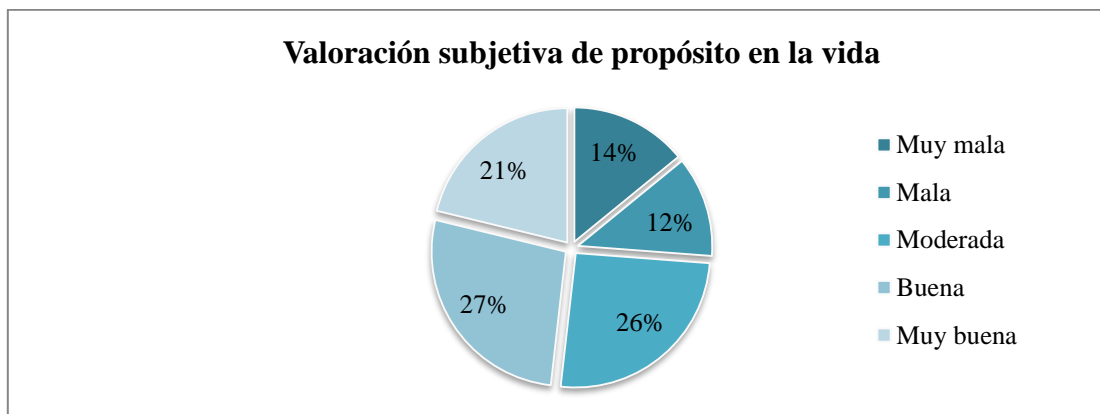
*Figura 5.4.* Puntuación pretest en dominio del entorno de la muestra en base a percentiles

En la dimensión sobre crecimiento personal recogida en la Figura 5.5, el 11.3% de la muestra da resultados menores al percentil 10, el 26.9% por debajo del percentil 25, el 14.1% de la muestra por debajo del percentil 50, el 32.4% con resultados inferiores al percentil 75 y el 15.1% con resultados superiores a dicho percentil.



*Figura 5.5.* Puntuación pretest en crecimiento personal de la muestra en base a percentiles

En cuanto al propósito en la vida de los participantes recogida en la Figura 5.6, el 14.1% se encuentra por debajo del percentil 11, el 12.1% por debajo del percentil 25.6 y la misma cifra, por debajo del percentil 50. El 27% dan resultados por debajo del percentil 75 y el 21.2% lo hace con valores superiores al percentil 75.



*Figura 5.6.* Puntuación pretest en propósito en la vida de la muestra en base a percentiles

Por último, se obtienen puntuaciones en satisfacción vital inferiores al percentil 10 en el 10.6% de la muestra. Por debajo del percentil 25 se encuentra el 18.4% y del percentil 50 el 21.2%. El 31.1% de la muestra obtiene resultados inferiores al percentil 75. El 18.7% restante se encuentra por encima de los valores obtenidos en el percentil 75. Datos recogidos en la Figura 5.7.



Figura 5.7. Puntuación pretest en satisfacción con la vida en base a percentiles

## 1.2. Influencia o relación de las variables sociodemográficas con el bienestar psicológico y la satisfacción vital de la muestra general

La Tabla 5.5 muestra las medias y desviaciones típicas para hombres y mujeres de las variables analizadas, así como el valor de estadístico t de Student y su nivel de significación. Por su parte la Tabla 5.6 recoge las correlaciones obtenidas entre las variables objeto de estudio y la edad, años de institucionalización y el número de hijos de las personas mayores participantes

Como se puede apreciar en la Tabla 5.5, no se observan diferencias significativas en las escalas de bienestar psicológico o en la satisfacción vital en función del género en la muestra general.

Tabla 5.5

*Comparación de medias en las variables estudiadas según el género*

	Mujeres (DT)	Hombres (DT)	<i>t</i>	<i>p</i>
Autoaceptación	12.38 (4.41)	14.29 (4.43)	-1.877	.063
Relaciones positivas	17.42 (6.63)	20 (5.9)	-1.768	.79
Autonomía	18.63 (7.5)	18.49 (6.23)	.081	.936
Dominio del entorno	16.45 (4.88)	17 (5.5)	-.489	.625
Crecimiento personal	12.30 (4.17)	13.38 (4.12)	-1.153	.251
Propósito en la vida	16.28 (5.52)	17.71 (4.84)	-1.175	.242
Satisfacción vital	16.37 (6.11)	18.71 (7.32)	-1.650	.101

*Nota.* Mujeres: n=117, Hombres: n=24

Con respecto a la edad de los participantes y los años de institucionalización en el centro, no se observan correlaciones significativas con las variables de bienestar psicológico o satisfacción vital (ver Tabla 5.5). Mientras que el número de hijos mostró una asociación positiva significativa con las escalas de bienestar psicológico de autoaceptación, relaciones positivas, autonomía, crecimiento personal y propósito en la vida y también con la satisfacción vital como se muestra en la Tabla 5.6. Estas correlaciones fueron pequeñas en todos los casos.

Tabla 5.6

*Correlaciones entre años en la institución o la edad y las escalas de bienestar psicológico y la satisfacción vital*

Variable	Edad	Años institución	Número de hijos
Autoaceptación	.129	-.093	.274**
Relaciones positivas	.093	-.086	.226**
Autonomía	-.033	-.017	.184*
Dominio del entorno	-.004	-.117	.143
Crecimiento personal	.060	-.051	.253**
Propósito en la vida	.066	-.077	.248**
Satisfacción vital	.151	-.110	.280**

*Nota.* N=141. Las correlaciones son significativas cuando \* $p < .05$ ; \*\* $p < .01$  (bilateral)

En lo referente a la influencia del grado de dependencia sobre las variables del estudio, el análisis de ANOVA realizado no mostró diferencias significativas en las medias obtenidas de las distintas dimensiones según el grado de dependencia de los participantes, como se presenta en la Tabla 5.7. Puesto que el análisis no resultó significativo, no se realizaron análisis posthoc.

Tabla 5.7

*ANOVA para bienestar psicológico y satisfacción vital según el grado de dependencia*

	<i>F</i>	<i>p</i>
Autoaceptación	.305	.822
Relaciones positivas	1.079	.360
Autonomía	.474	.701
Dominio del entorno	.294	.830
Crecimiento personal	.736	.532
Propósito en la vida	.701	.553
Satisfacción vital	.268	.849

*Nota.* N=141

Se observaron diferencias significativas en la autonomía de los participantes según el estado civil de los mismos como se refleja en la Tabla 5.8.

Tabla 5.8

*ANOVA para bienestar psicológico y satisfacción vital según el estado civil*

	<i>F</i>	<i>p</i>
Autoaceptación	.619	.604
Relaciones positivas	.932	.427
Autonomía	2.94	<b>.035</b>
Dominio del entorno	1.36	.255
Crecimiento personal	2.19	.091
Propósito en la vida	2.01	.115
Satisfacción vital	.325	.807

*Nota.* N=141

El análisis DMS realizado posteriormente indica que las diferencias se encuentran en el grupo de personas separadas cuando comparamos su puntuación en autonomía frente a las de personas casadas ( $p < .05$ ), viudas ( $p < .05$ ) o solteras ( $p < .05$ ) (ver Figura 5.8).

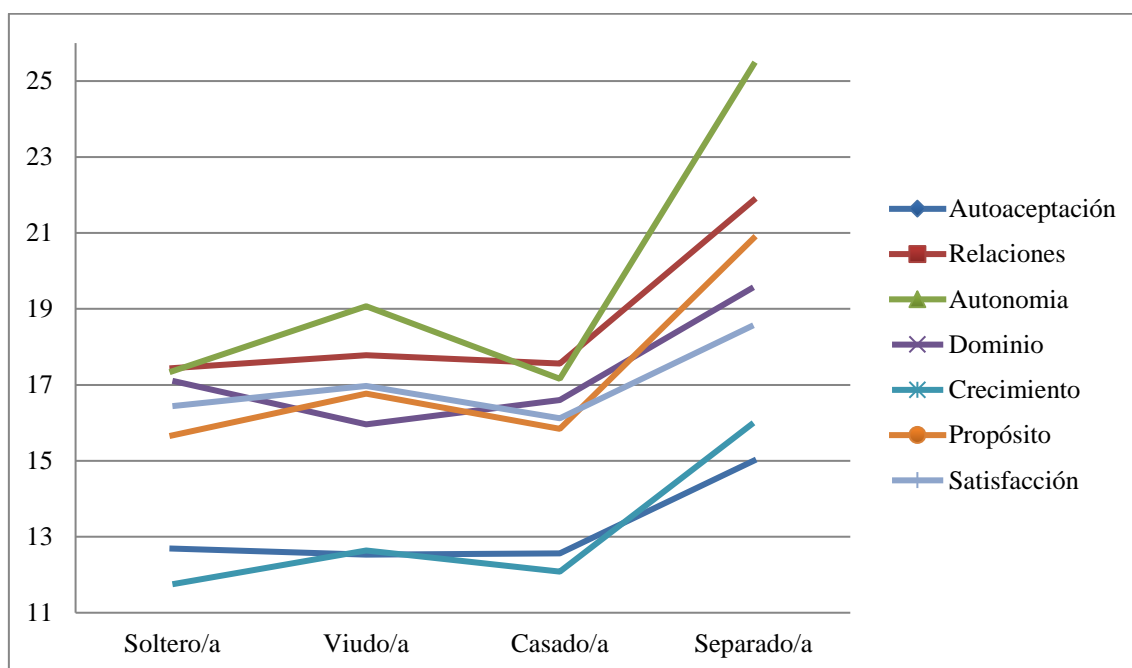


Figura 5.8. Puntuación en las variables según el estado civil de los participantes

Respecto al nivel de estudios de la muestra, la prueba ANOVA de un factor no mostró la existencia de diferencias significativas en las variables del estudio según esta variable como se aprecia en la Tabla 5.9.

Tabla 5.9

*ANOVA para bienestar psicológico y satisfacción vital según el nivel de estudios*

	<i>F</i>	<i>p</i>
Autoaceptación	.900	.466
Relaciones positivas	.800	.527
Autonomía	.344	.848
Dominio del entorno	.632	.641
Crecimiento personal	.723	.578
Propósito en la vida	.490	.743
Satisfacción vital	1.17	.326

Tampoco se observaron diferencias en el bienestar psicológico o la satisfacción vital según la ocupación de los participantes previa a la jubilación. La Tabla 5.10 recoge estos resultados.

Tabla 5.10

*ANOVA para bienestar psicológico y satisfacción vital según la ocupación previa*

	<i>F</i>	<i>p</i>
Autoaceptación	1.43	.215
Relaciones positivas	.527	.755
Autonomía	1.32	.259
Dominio del entorno	.417	.836
Crecimiento personal	.544	.743
Propósito en la vida	.602	.699
Satisfacción vital	1.88	.102



Por el contrario, sí se observaron diferencias significativas en las variables de estudio en función de la frecuencia de visitas de los participantes (nunca, anual, mensual, quincenal, semanal o diaria), como se recoge en la Tabla 5.11 las diferencias se observaron en todas las escalas de bienestar psicológico, así como en la satisfacción vital.

Tabla 5.11

*ANOVA para bienestar psicológico y satisfacción vital según la frecuencia de visitas*

	<i>F</i>	<i>p</i>
Autoaceptación	10.5	<b>.000</b>
Relaciones positivas	11.54	<b>.000</b>
Autonomía	3.90	<b>.002</b>
Dominio del entorno	8.01	<b>.000</b>
Crecimiento personal	9.34	<b>.000</b>
Propósito en la vida	10.76	<b>.000</b>
Satisfacción vital	5.75	<b>.000</b>

*Nota.* (N=141)

Como se recoge en la Figura 5.9, el análisis realizado mediante la prueba post hoc DMS indicaba puntuaciones significativamente más altas en aquellos participantes que recibían visitas diarias frente a aquellos que nunca recibían ( $p < .05$ ) o solo recibían visitas mensualmente ( $p < .05$ ). Se eliminó la categoría “anualmente” para el análisis al contener solo un caso.

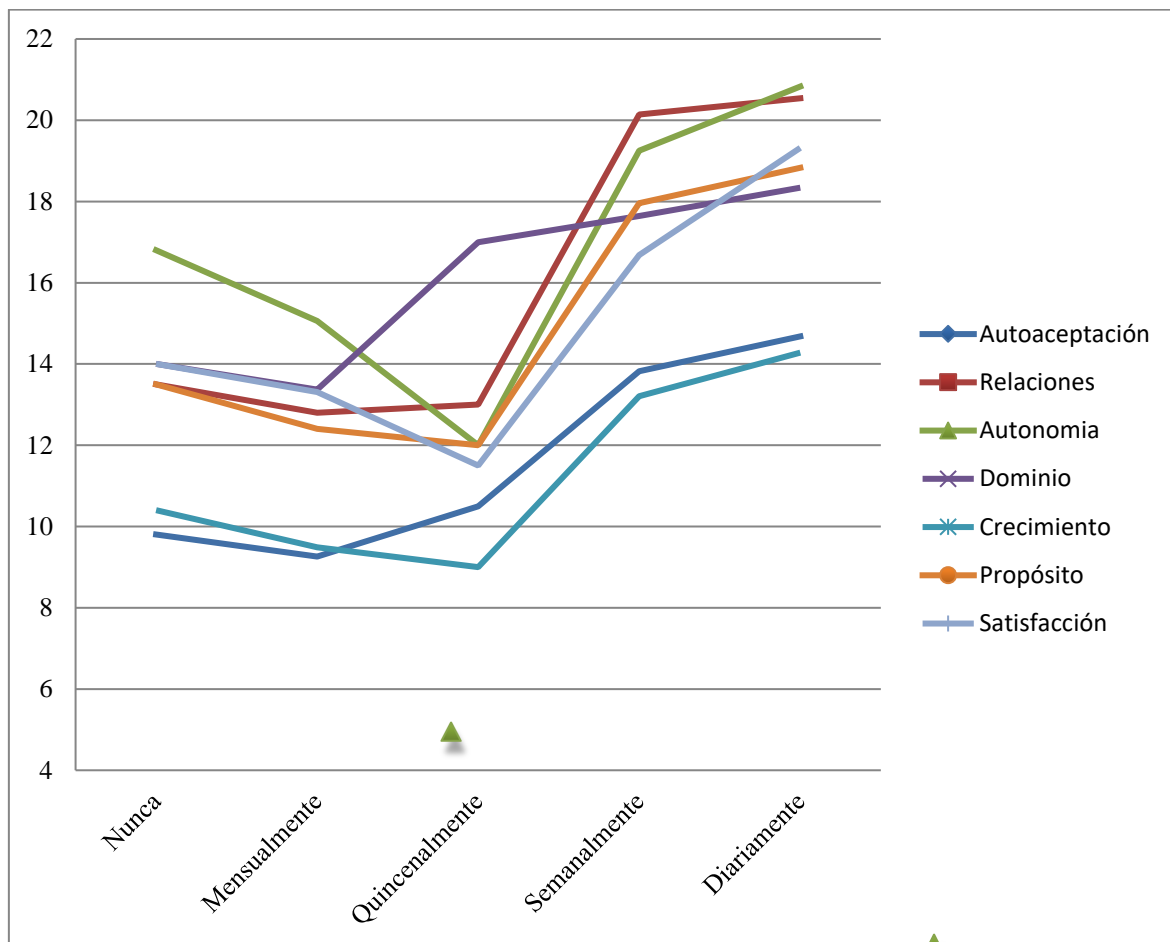


Figura 5.9. Puntuación en las dimensiones de bienestar percibido en función de la frecuencia de visitas a los participantes

Posteriormente se evaluó mediante análisis de correlación la relación existente entre el número de horas de visita y el bienestar psicológico y satisfacción vital de los participantes de la muestra general. Mostrando la ausencia de relación en todos los casos como se resume en la Tabla 5.12.

Tabla 5.12

*Correlaciones entre el número de horas de visita y las escalas de bienestar psicológico y la satisfacción vital*

	Horas de visita
1. Autoaceptación	.032
2. Relaciones positivas	.059
3. Autonomía	-.013
4. Dominio del entorno	.051
5. Crecimiento personal	.015
6. Propósito en la vida	.030
7. Satisfacción vital	-.006

*Nota.* N=141. Las correlaciones son significativas cuando  $*p < .05*$ ;  $** p < .01**$  (bilateral)

Tampoco se observan diferencias significativas en las variables estudiadas en función de la cercanía del domicilio familiar.

Finalmente, no se observaron diferencias estadísticamente significativas en las variables de bienestar psicológico y satisfacción vital según la forma de convivencia de los participantes previa al ingreso en la residencia de mayores como resume la Tabla 5.13.

Tabla 5.13

*ANOVA para bienestar psicológico y satisfacción vital por forma de convivencia previa*

	<i>F</i>	<i>p</i>
Autoaceptación	.646	.587
Relaciones positivas	.216	.885
Autonomía	.548	.650
Dominio del entorno	.060	.981
Crecimiento personal	.306	.821
Propósito en la vida	.252	.860
Satisfacción vital	.992	.399

*Nota.* N=141

### 1.3. Comparación pretest de los grupos control y experimental

Como se ha mencionado con anterioridad, la muestra estaba compuesta por 141 participantes de los cuales 73 se asignaron al grupo experimental que participó en la intervención. Los 68 participantes restantes no participaron en el programa, realizaron las actividades tradicionales del centro y formaban el grupo control. Tal y como recoge la Tabla 5.14, no existían diferencias estadísticamente significativas previas a la intervención en ninguna de las variables del estudio, ni tampoco en las variables sociodemográficas edad, género, nivel de estudios, estado civil, años de institucionalización, grado de dependencia, número de hijos, frecuencia de visitas recibidas, número de horas de visita, cercanía familiar al centro, ocupación previa al ingreso, y forma de convivencia previa al ingreso.

Tabla 5.14

*Comparación preintervención de los grupos experimental y control respecto a las variables estudiadas y variables sociodemográficas*

	Grupo E % M (DT)	Grupo C % M (DT)	Estadístico	<i>p</i>
Autoaceptación	12.47(4.75)	12.96 (4.43)	$t = .631$	.529
Relaciones positivas	18.21 (6.65)	17.49 (6.5)	$t = -.649$	.517
Autonomía	18.68 (7.27)	17.49 (6.50)	$t = -.126$	.900
Dominio del entorno	16.84 (4.82)	16.24 (5.15)	$t = -.715$	.476
Crecimiento personal	12.60 (4.38)	12.35 (3.95)	$t = -.354$	.724
Propósito en la vida	16.73 (5.40)	16.31 (5.47)	$t = -.455$	.650
Satisfacción vital	16.66 (6.44)	16.88 (6.33)	$t = .209$	.835
<b>Género</b>				
Mujer	87.7%	77.9%	$\chi^2 = 2.360$	.124
Hombre	12.3%	22.1%		
Edad	85.52 (8.57)	85.49 (8.42)	$t = -.25$	.980
<b>Nivel de estudios</b>				
NL/NE	2.7%	1.5%	$\chi^2 = 3.954$	.412
Primarios	45.2%	38.2%		
Secundarios	5.5%	14.7%		
Instituto	17.8%	14.7%		
Universitarios	28.8%	30.9%		
<b>Estado civil</b>				
Soltero	21.9%	29.4%	$\chi^2 = 1.535$	.674
Viudo	52.1%	51.1%		
Casado	20.5%	14.7%		
Divorciado	5.5%	4.4%		
Institucionalización	1.58 (1.51)	1.53 (1.54)	$t = -.178$	.859
Dependencia	2.22 (.93)	1.97 (1.03)	$t = -1.500$	.136
Número de hijos	1.56 (1.39)	1.51 (1.49)	$t = -.193$	.638
<b>Frecuencia de visitas</b>				
Nunca	8.82%	5.48%	$\chi^2 = 3.266$	.659
Anualmente	1.47%	0%		
Mensualmente	22.06%	27.39%		
Quincenalmente	1.47%	1.37%		
Semanalmente	23.53%	16.44%		
Diariamente	42.65%	35.62%		
Duración Visita	1.56 (.799)	1.54 (.953)	$t = -.119$	.906
<b>Cercanía familiar</b>				
Sí	79.51%	84.93%	$\chi^2 = .735$	.391
No	20.49%	15.07%		

Ocupación previa				
Labores hogar	27.94%	46.57%	$\chi^2 = 10.353$	.066
Sin cualificación	11.76%	8.21%		
Técnico medio	14.70%	8.21%		
Técnico Superior	7.36%	5.48%		
Dirección	13.23%	2.74%		
Funcionario	25%	28.76%		
Forma de convivencia				
Sólo/a	55.88%	35.62%	$\chi^2 = 6.145$	.105
Con hijos/as	26.47%	42.46%		
En pareja	16.17%	20.55%		
Con hermano/a	1.47%	1.37%		

*Nota.* Grupo E: n= 73, Grupo C: n= 68

## 2. Análisis descriptivo de la fase postintervención

A continuación, se muestran separadamente los resultados de las variables de bienestar psicológico y satisfacción vital del grupo experimental, que participó en un programa de tres meses de duración basado en los pilares del envejecimiento activo, y los del grupo control, que participó durante esos meses en el programa tradicional de actividades del centro.

### 2.1. Bienestar psicológico y satisfacción vital del grupo experimental tras la ejecución del programa

En la Tabla 5.15. se recogen las medias y las desviaciones típicas de las diferentes escalas que componen el bienestar psicológico y la de satisfacción con la vida del grupo experimental tras haber participado en el programa innovador.

Tabla 5.15

*Estadísticos descriptivos posttest del grupo experimental en las variables estudiadas*

	Mínimo	Máximo	Media	Desviación Típica
Autoaceptación	4	24	16.53	2.79
Relaciones positivas	5	30	21.96	3.47
Autonomía	6	36	20.27	3.79
Dominio del entorno	5	30	24.92	3.35
Crecimiento personal	4	24	16.42	2.61
Propósito en la vida	5	30	21.59	3.2
Satisfacción vital	5	35	21.03	4.11

Teniendo en cuenta los percentiles de respuesta, en la dimensión autoaceptación el 9.6% de los participantes obtienen una puntuación inferior al percentil 10 o muy mala percepción de autoaceptación, el 16.4% se encuentran por debajo del percentil 25 que equivale a una percepción de autoaceptación baja, el 27.3% lo hacen por debajo del percentil 50 o autoaceptación moderada el 23.3% por debajo del percentil 75 o buena, y el resto de la muestra puntúa por debajo del percentil 90 (ver Figura 5.10).

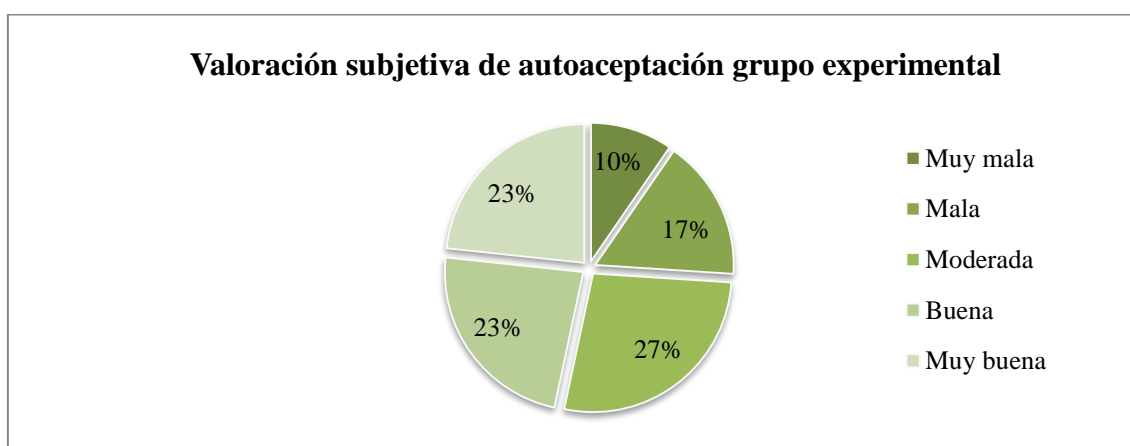
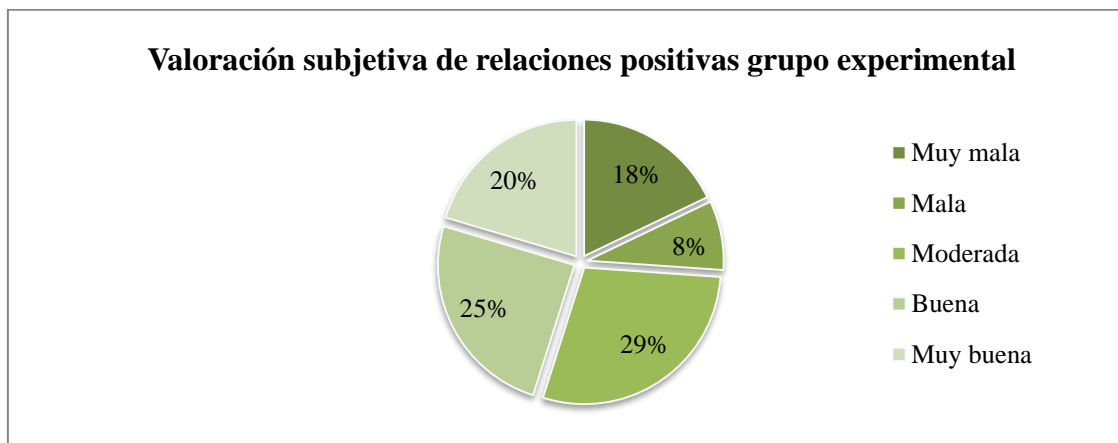


Figura 5.10. Puntuación posttest en la dimensión de autoaceptación del grupo experimental en base a percentiles

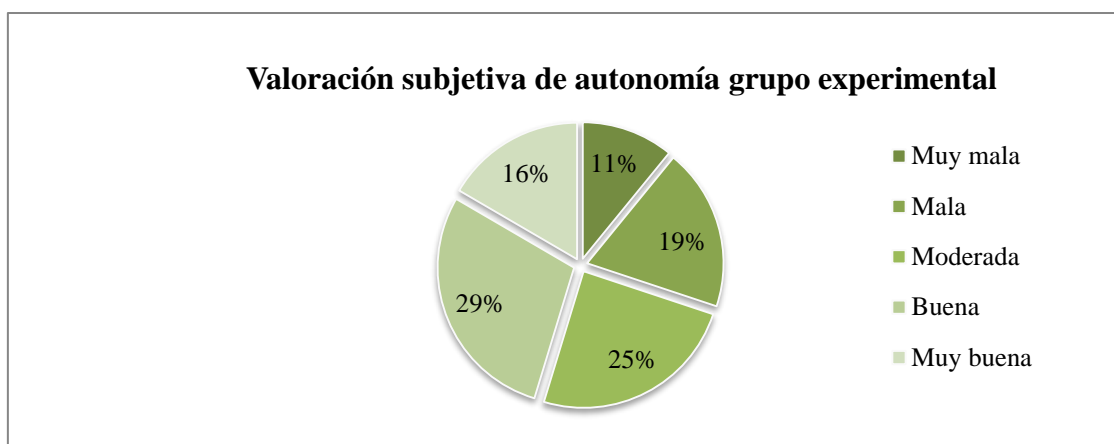
Con respecto a la dimensión de las relaciones positivas con los otros, el 17.9% de los participantes obtienen una puntuación inferior al percentil 10, el 8.2% puntúan por debajo del percentil 25, el 28.8% puntúan por debajo del percentil 50, el 24.7% de la muestra puntúan por debajo del percentil 75 y el 20.4% restante lo hacen con valores superiores al percentil 75 como recoge la Figura 5.11.



*Figura 5.11.* Puntuación posttest en la dimensión de relaciones positivas del grupo experimental en base a percentiles

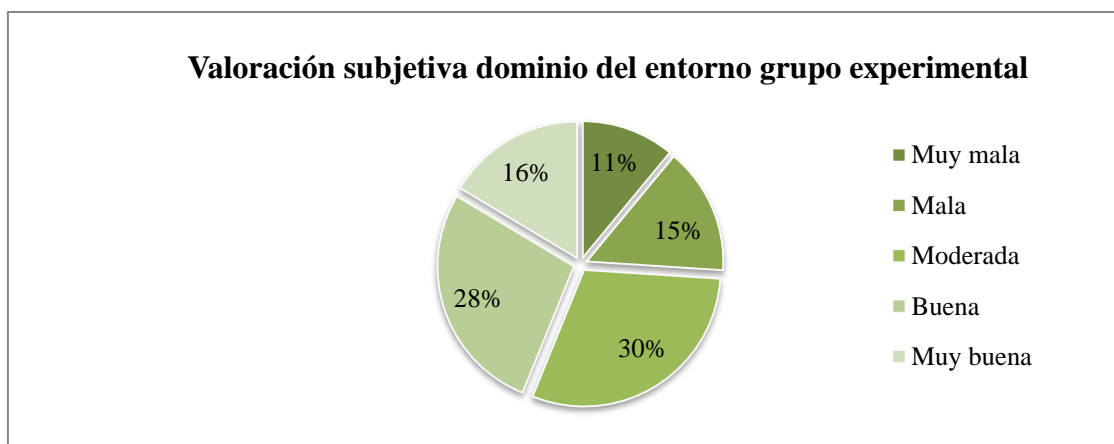
En la variable de autonomía (ver Figura 5.12), los participantes dan resultados por debajo del percentil 10 en el 10.9% de la muestra, el 19.2% por debajo de 25, el 24.6% obtiene resultados por debajo del percentil 50, el 28.7% puntúan por debajo del percentil 75, y el 16.6% obtiene puntuaciones con valores superiores al percentil 75.





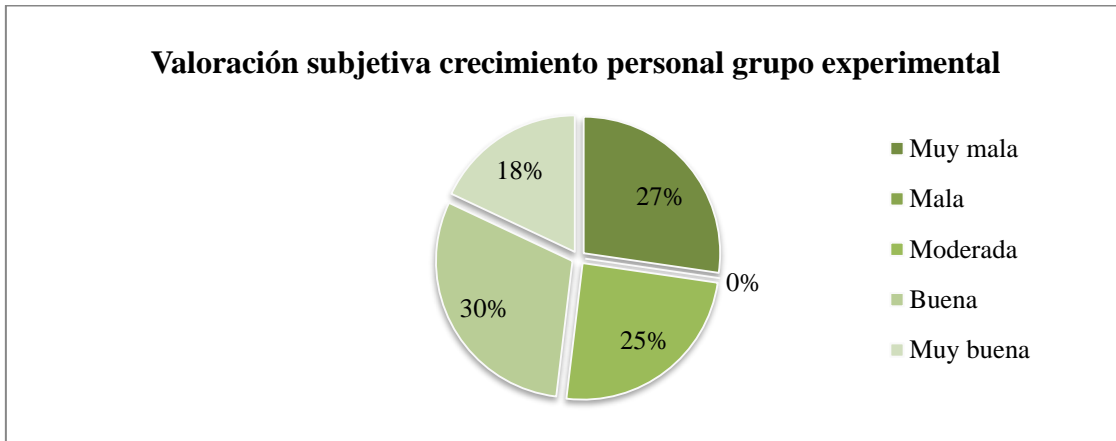
*Figura 5.12.* Puntuación postest en la autonomía del grupo experimental en base a percentiles

En dominio del entorno, las puntuaciones en el percentil 10 son obtenidas en el 11% de la muestra, en el percentil 25 se sitúan el 15% de los participantes y el 30.1% puntúan por debajo del percentil 50. Por debajo del percentil 75 se encuentra situada el 27.4% de la muestra y el 16.4% se sitúa por encima del percentil 90. Datos recogidos en la Figura 5.13.



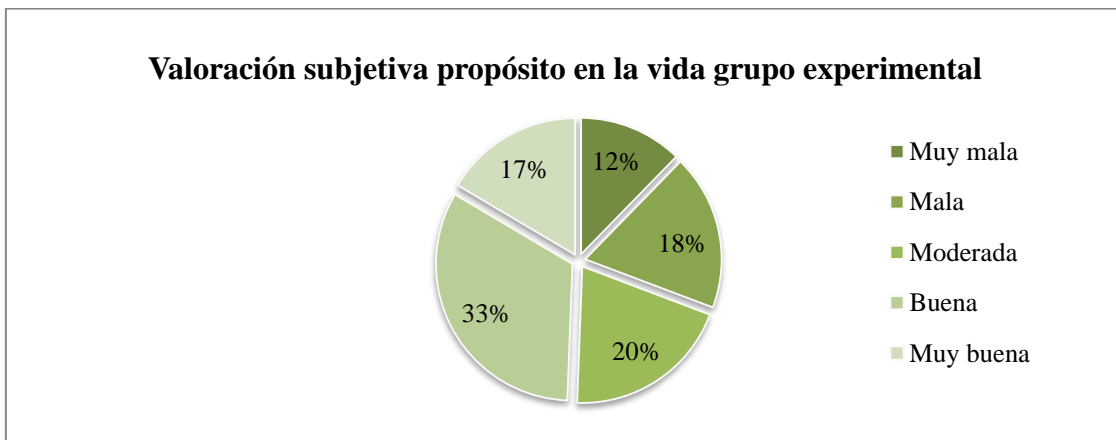
*Figura 5.13.* Puntuación postest en la dimensión de dominio del entorno del grupo experimental en base a percentiles

En la dimensión sobre crecimiento personal recogida en la Figura 5.14, el 27.3% de la muestra obtiene resultados menores al percentil 10, el 24.6% de la muestra entre los percentiles 25 y 50, el 30.1% con resultados superiores al percentil 75 y el 18% con resultados superiores a dicho percentil.



*Figura 5.14.* Puntuación postest en la dimensión de crecimiento personal del grupo experimental en base a percentiles

En cuanto al propósito en la vida de los participantes, como representa la Figura 5.15, el 12.3% se encuentra por debajo del percentil 10, el 18.45% por debajo del percentil 25 y 19.85%, por debajo del percentil 50, el 32.9% dan resultados por debajo del percentil 75 y el 16.5% lo hace con valores superiores al percentil 75.



*Figura 5.15.* Puntuación postest en la dimensión de propósito en la vida del grupo experimental en base a percentiles

Por último, los participantes presentan puntuaciones en satisfacción vital con valores inferiores al percentil 10 en el 9.6% de los casos. Por debajo del percentil 25 se encuentra el 27.4% de la muestra y del percentil 50 el 15.1%. El 24.6% de la muestra obtiene resultados inferiores al percentil 75. El 23.2% restante se encuentra por encima de los valores obtenidos en el percentil 75. Datos recogidos en la Figura 5.16.



*Figura 5.16.* Puntuación posttest en satisfacción vital del grupo experimental en base a percentiles

## **2.2 Bienestar psicológico y satisfacción vital del grupo control tras el periodo de ejecución del programa**

En este apartado, se recogen las medias y las desviaciones típicas de las diferentes dimensiones que componen el bienestar psicológico y la satisfacción del grupo de participantes del estudio que se mantuvo en el programa tradicional de actividades del centro de mayores (Grupo C). Los resultados se muestran en la Tabla 5.16.

Tabla 5.16

*Estadísticos descriptivos postest del grupo control en las variables estudiadas*

	Mínimo	Máximo	Media	Desviación Típica
Autoaceptación	4	24	12.19	4.15
Relaciones positivas	5	30	15.71	5.56
Autonomía	6	36	13.82	5.40
Dominio del entorno	5	30	17.69	5.29
Crecimiento personal	4	24	11.74	3.72
Propósito en la vida	5	30	15.09	4.91
Satisfacción vital	5	35	15.50	5.53

En las siguientes Figuras se recogen los resultados en base a los percentiles. En la dimensión autoaceptación, los participantes del grupo control obtienen en un 13.2% una puntuación inferior al percentil 10, el 17.7% se encuentran por debajo del percentil 25, el 26.5% lo hacen por debajo del percentil 50, el 23.6% por debajo del percentil 75, y el 19% restante puntúa por debajo del percentil 90 (ver Figura 5.17).

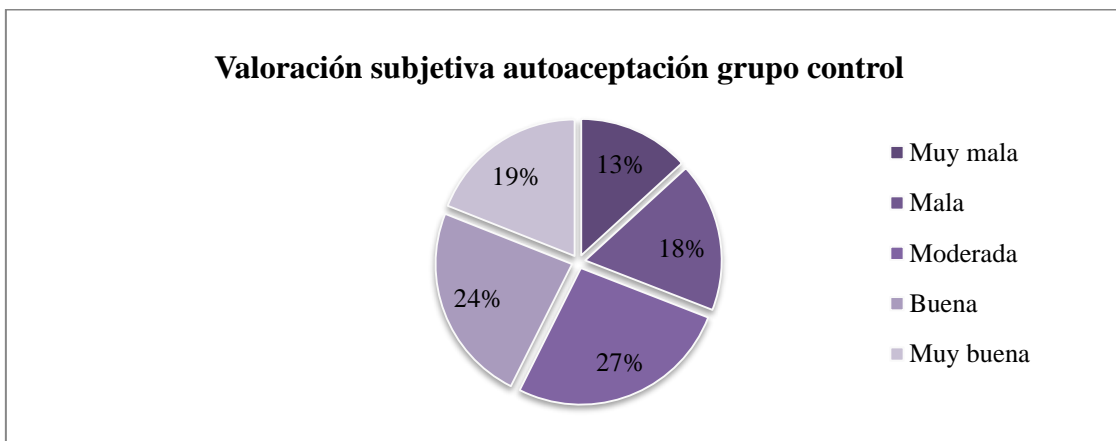
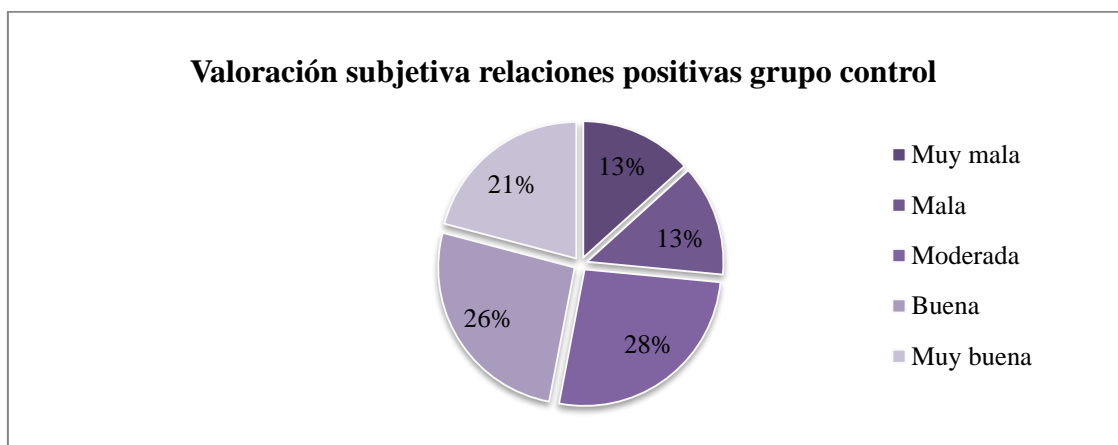


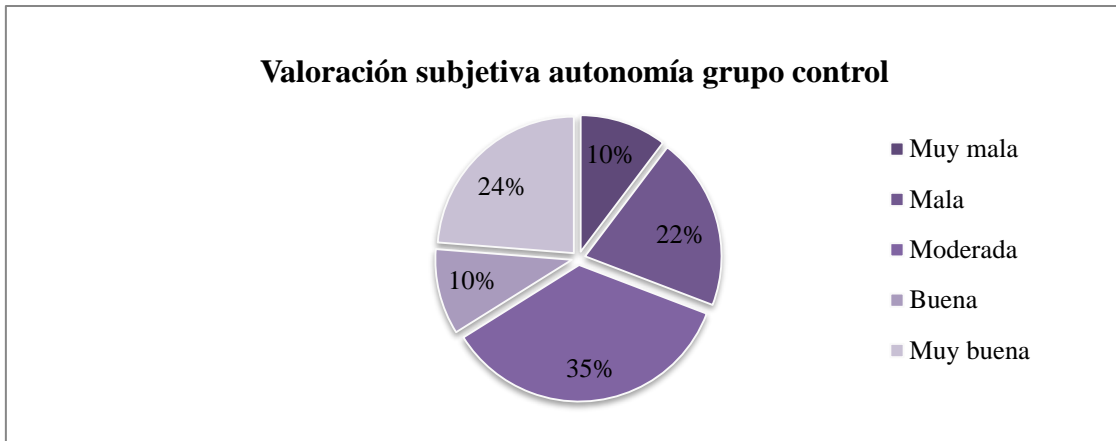
Figura 5.17. Puntuación postest en la dimensión de autoaceptación del grupo control en base a percentiles

Continuando con el análisis, en la dimensión de relaciones positivas con otros, el 13.3% de los participantes obtienen una puntuación inferior al percentil 10. Puntuación similar a la obtenida por debajo del percentil 25 (13.2%). El 26.5% puntúan por debajo del percentil 50, el 26.1% de la muestra puntúan por debajo del percentil 75 y el 20.9% restante lo hacen con valores superiores al percentil 75 como recoge la Figura 5.18.



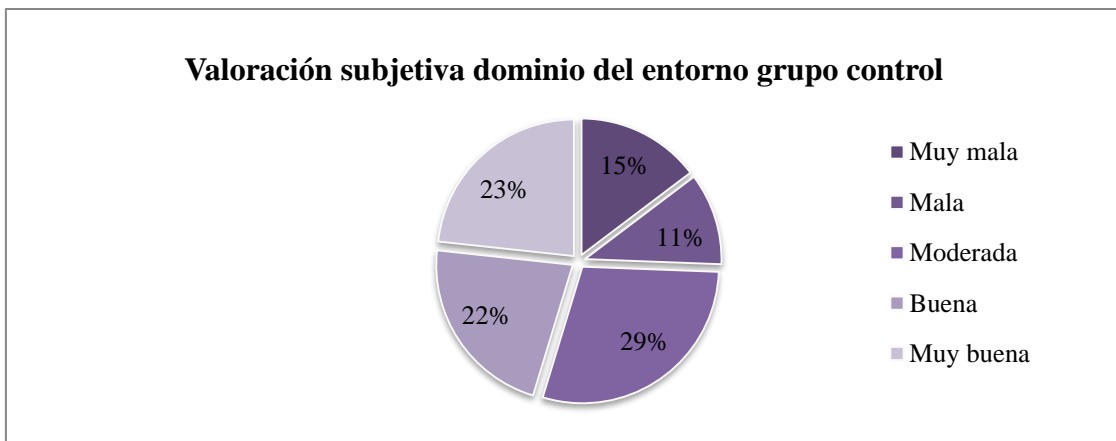
*Figura 5.18.* Puntuación posttest en la dimensión de relaciones positivas del grupo control en base a percentiles

En la dimensión de autonomía, los participantes dan resultados por debajo del percentil 10 en el 10.3% de la muestra, el 20.5% por debajo de 25, el 35.3% obtiene resultados por debajo del percentil 50, el 10.15% puntúan por debajo del percentil 75, y el 23.75% obtiene puntuaciones con valores superiores al percentil 75 (ver Figura 5.19).



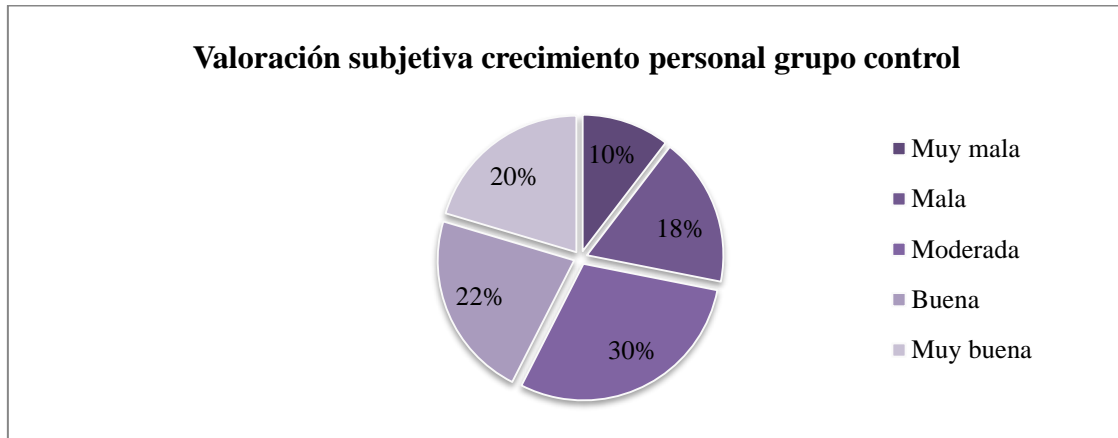
*Figura 5.19.* Puntuación posttest en la dimensión de autonomía del grupo control en base a percentiles

El grupo control muestra en la dimensión de dominio del entorno puntuaciones en el percentil 10 para el 14.7% de la muestra, en el percentil 25 se sitúan el 10.9% de los participantes y el 29.1% puntúan por debajo del percentil 50. Por debajo del percentil 75 se encuentra situada el 22% de la muestra y el 23.3% se sitúa por encima. Datos recogidos en la Figura 5.20.



*Figura 5.20.* Puntuación posttest en la dimensión de dominio del entorno del grupo control en base a percentiles

En la dimensión sobre crecimiento personal recogida en la Figura 5.21, el 10.4% de la muestra da resultados inferiores al percentil 10 y el 17.7% se encuentra por debajo del percentil 25. El 29.4% obtiene resultados por debajo del percentil 50; y el 42.5% se encuentra en valores medios superiores al percentil 50.



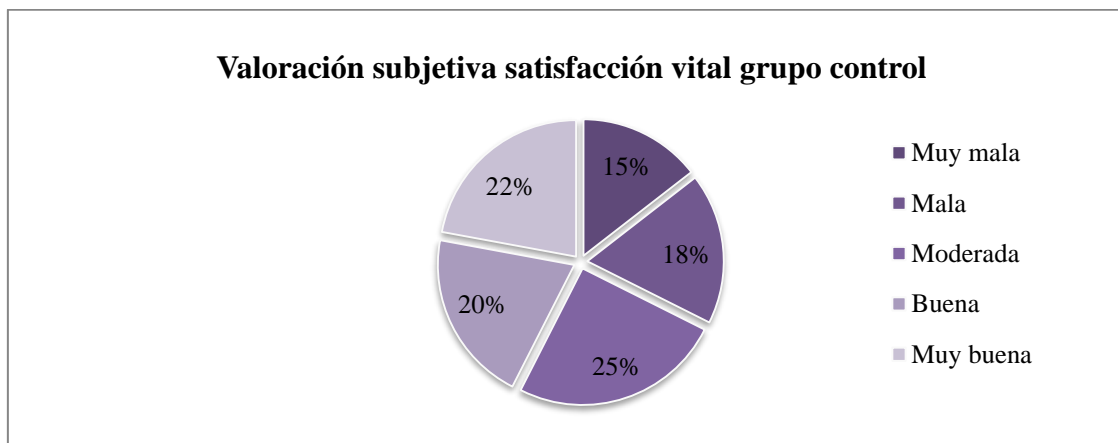
*Figura 5.21.* Puntuación postest en la dimensión de crecimiento personal del grupo control en base a percentiles

En cuanto al propósito en la vida de los participantes recogida en la Figura 5.22, el 16.2% se encuentra por debajo del percentil 10, el 9.15% por debajo del percentil 25 y 26.15% por debajo del percentil 50. El 25% dan resultados por debajo del percentil 75 y el 23.5% lo hace con valores superiores al percentil 75.



*Figura 5.22.* Puntuación postest en la dimensión de propósito en la vida del grupo control en base a percentiles

Por último, se observan valores inferiores en satisfacción vital al percentil 10 en el 14.5% de la muestra. Por debajo del percentil 25 se encuentra el 17.9% y del percentil 50 el 25.1%. El 20.4% de la muestra obtiene resultados inferiores al percentil 75. El 22.1% restante se encuentra por encima de los valores obtenidos en el percentil 75. Datos recogidos en la Figura 5.23.



*Figura 5.23.* Puntuación posttest en satisfacción con la vida del grupo control en base a percentiles

### 3. Análisis comparativos de las fases pre y post intervención

En esta fase comparativa, se muestran los resultados obtenidos en los niveles de bienestar percibidos antes y después de la intervención en la muestra de estudio, tras su división en dos grupos de trabajo (grupo control y grupo experimental).

Como muestra la Tabla 5.17, en el grupo experimental se apreciaron diferencias significativas en las puntuaciones obtenidas en las escalas de bienestar psicológico, así como en la satisfacción vital en los dos momentos temporales (antes de la aplicación del programa y tras los tres meses de duración del mismo).



Tabla 5.17

*Puntuaciones del grupo experimental obtenidas en las escalas de bienestar psicológico y satisfacción vital en los dos momentos del estudio*

	Mín.	Máx.	Pretest M (DT)	Postest M (DT)	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
Autoaceptación	4	24	12.47 (4.75)	16.53 (2.79)	-9.764	<b>.000</b>	.931
Relaciones positivas	5	30	18.21 (6.65)	21.96 (3.47)	-7.269	<b>.000</b>	.542
Autonomía	6	36	18.68 (7.27)	20.27 (3.79)	-2.506	<b>.014</b>	.232
Dominio del entorno	5	30	16.84 (4.82)	24.92 (3.35)	-18.534	<b>.000</b>	1.846
Crecimiento personal	4	24	12.60 (4.38)	16.42 (2.61)	-9.522	<b>.000</b>	.966
Propósito en la vida	5	30	16.73 (5.40)	21.59 (3.2)	-10.218	<b>.000</b>	.982
Satisfacción vital	5	35	16.66 (6.44)	21.03 (4.11)	-8.434	<b>.000</b>	.723

*Nota.* N= 73

En todos los casos las puntuaciones incrementaron significativamente tras la participación del grupo experimental en el programa innovador siguiendo los pilares del envejecimiento activo. El tamaño del efecto varió entre las diferentes variables, en concreto el tamaño del efecto fue grande en las escalas de bienestar psicológico autoaceptación, dominio del entorno, crecimiento personal y propósito en la vida, así como en la satisfacción vital. Un tamaño de efecto moderado se puede observar en el incremento de las relaciones positivas con los otros, y pequeño en la autonomía (ver Tabla 5.17).

En relación al grupo control, como se recoge en la Tabla 5.18, también se observaron diferencias significativas en todas las variables del estudio transcurridos tres meses de su participación en el programa tradicional de actividades del centro de mayores. Sin embargo, estas puntuaciones disminuyeron en casi todos los casos,

exceptuando la escala de dominio del entorno donde se observó un incremento significativo.

Tabla 5.18

*Puntuaciones del grupo control obtenidas en las escalas de bienestar psicológico y satisfacción vital en los dos momentos del estudio*

	Mín.	Máx.	Pretest M (DT)	Posttest M (DT)	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
Autoaceptación	4	24	12.96 (4.43)	12.19 (4.15)	3.933	<b>.000</b>	.176
Relaciones positivas	5	30	17.49 (6.50)	15.71 (5.56)	5.472	<b>.000</b>	.277
Autonomía	6	36	18.53 (7.34)	13.82 (5.40)	10.273	<b>.000</b>	.64
Dominio del entorno	5	30	16.24 (5.15)	17.69 (5.29)	-4.491	<b>.000</b>	.279
Crecimiento personal	4	24	12.35 (3.95)	11.74 (3.72)	3.870	<b>.000</b>	.158
Propósito en la vida	5	30	16.31 (5.47)	15.09 (4.91)	4.728	<b>.000</b>	.226
Satisfacción vital	5	35	16.88 (6.33)	15.50 (5.53)	4.712	<b>.000</b>	.22

*Nota.* N= 68

En todos los casos el tamaño del efecto fue menor que en las diferencias del grupo experimental, únicamente en autonomía se observa un tamaño de efecto moderado, siendo pequeño en el resto de variables analizadas.

La Figura 5.24 representa comparativamente las puntuaciones pretest y posttest en ambos grupos (control y experimental) en cada una de las variables del estudio, para una mejor apreciación de los cambios en puntuaciones transcurridos tres meses de aplicación de los diferentes programas.

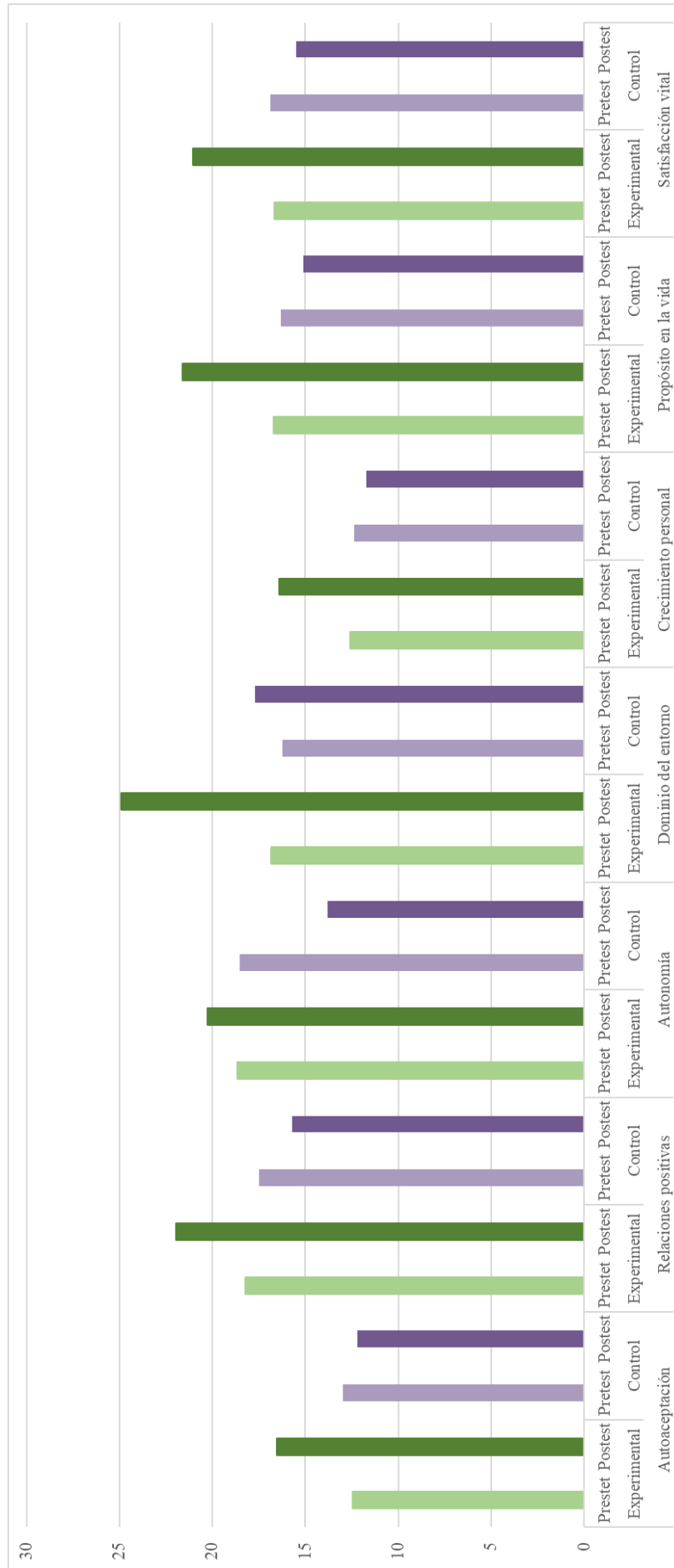


Figura 5.24. Puntuaciones pretest y posttest en los grupos control y experimental en las variables de estudio

#### 4. Análisis descriptivo de la fase de seguimiento

Una vez finalizado el programa de actividades y realizada la evaluación postintervención, los participantes se incorporaron a las tareas tradicionales del centro, por lo que trascurridos 12 meses de la última evaluación se realizó una nueva aplicación de los instrumentos de bienestar psicológico y satisfacción vital a los participantes para determinar si las mejoras observadas en el grupo experimental se mantenían pasado este tiempo.

Los sujetos del grupo experimental evaluados en esta fase de seguimiento fueron un total de 53, y los del grupo control 68, por lo que la muerte experimental fue de 20 participantes, principalmente por fallecimiento, cambio de residencia o desarrollo de una patología neurodegenerativa que impedía realizar la evaluación.

##### **4.1. Bienestar psicológico y satisfacción vital del grupo experimental en la fase de seguimiento**

Las puntuaciones medias y las desviaciones típicas obtenidas por los participantes del grupo experimental en la fase de seguimiento se recogen en la Tabla 5.19.

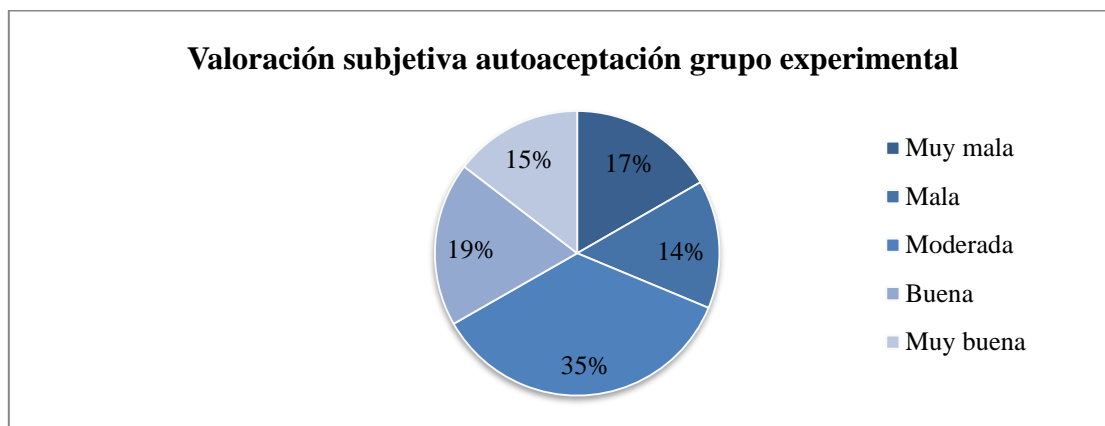
Tabla 5.19

*Estadísticos descriptivos seguimiento del grupo experimental en las variables estudiadas*

	Mín.	Máx.	Media (DT)	Desviación Típica
Autoaceptación	4	24	16.38	2.81
Relaciones positivas	5	30	22.09	3.68
Autonomía	6	36	19.7	3.86
Dominio del entorno	5	30	24.58	3.38
Crecimiento personal	4	24	15.98	3.46
Propósito en la vida	5	30	21.51	3.14
Satisfacción vital	5	35	20.3	4.05

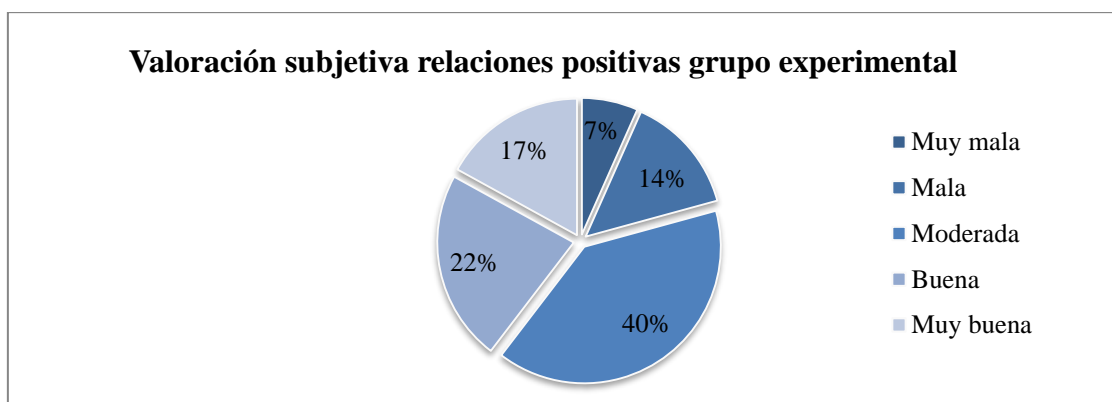
*Nota.* N= 53

En la dimensión autoaceptación, el 15.1% de los participantes obtienen una puntuación inferior al percentil 10, el 13.2% se encuentran por debajo del percentil 25, 32.1% lo hacen por debajo del percentil 50, el 16.9% por debajo del percentil 75, y el resto de la muestra puntúa por debajo del percentil 90, como muestra la Figura 5.26.



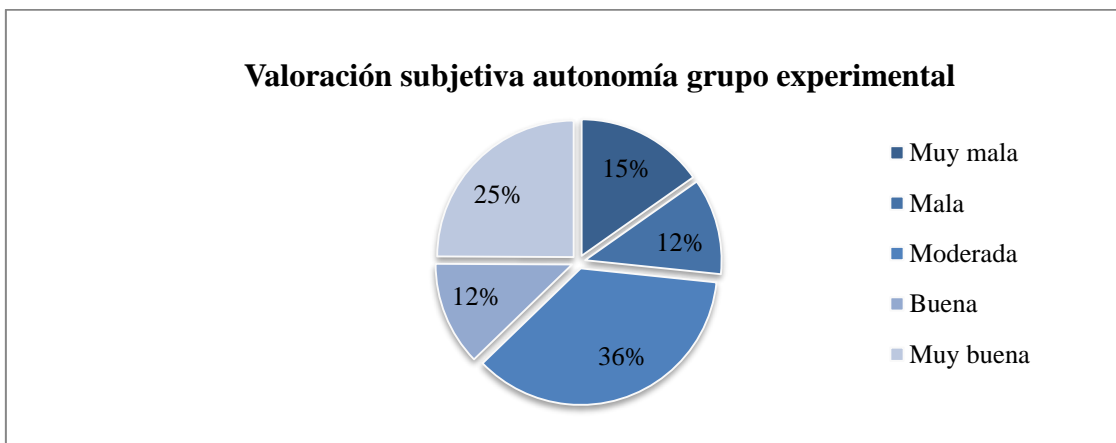
*Figura 5.26.* Puntuación seguimiento en la dimensión de autoaceptación del grupo experimental en base a percentiles

Con respecto a la dimensión de las relaciones positivas, el 6.65% de los participantes obtienen una puntuación inferior al percentil 10, el 14.1% puntúan por debajo del percentil 25, el 39.65% puntúan por debajo del percentil 50, el 22.6% de la muestra puntúan por debajo del percentil 75 y el 17% restante lo hacen con valores superiores al percentil 75, como recoge la Figura 5.27.



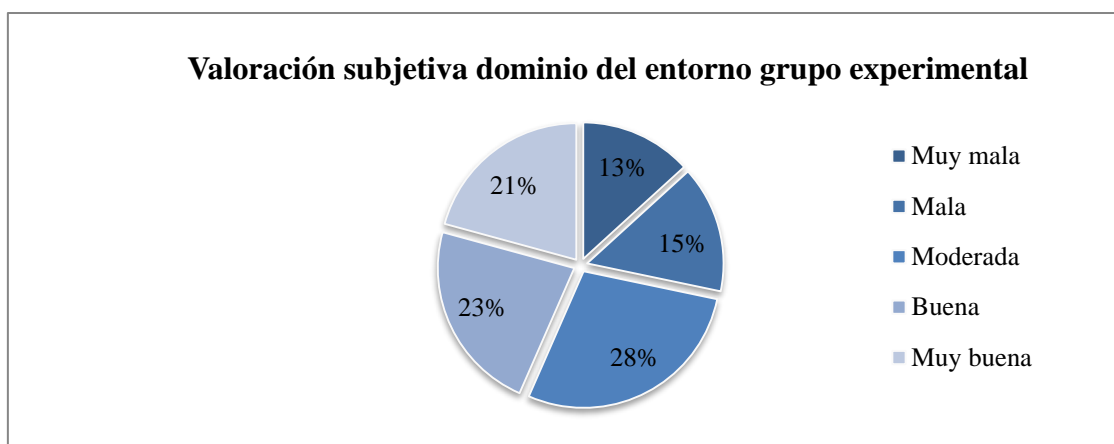
*Figura 5.27.* Puntuación seguimiento en la dimensión de relaciones positivas del grupo experimental en base a percentiles

En la variable de autonomía, la Figura 5.28 resume los resultados, los participantes dan resultados por debajo del percentil 10 en el 15.1% de la muestra, el 11.3% por debajo de 25, el 35.8% obtiene resultados por debajo del percentil 50, el 12.2% puntúan por debajo del percentil 75, y el 24.7% obtiene puntuaciones con valores superiores al percentil 75.



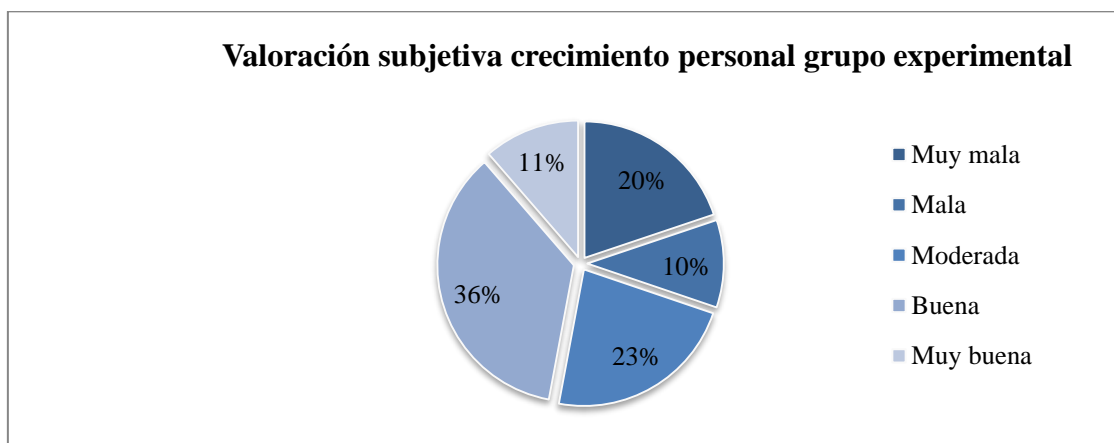
*Figura 5.28.* Puntuación seguimiento en la dimensión de autonomía del grupo experimental en base a percentiles

En dominio del entorno, las puntuaciones en el percentil 10 son obtenidas en el 13.2% de la muestra, en el percentil 25 se sitúan el 15% de los participantes y el 28.2% puntúan por debajo del percentil 50. Por debajo del percentil 75 se encuentra situada el 22.6% de la muestra y el 20.7% se sitúa por encima, como recoge en la Figura 5.29.



*Figura 5.29.* Puntuación seguimiento en la dimensión de dominio del entorno del grupo experimental en base a percentiles

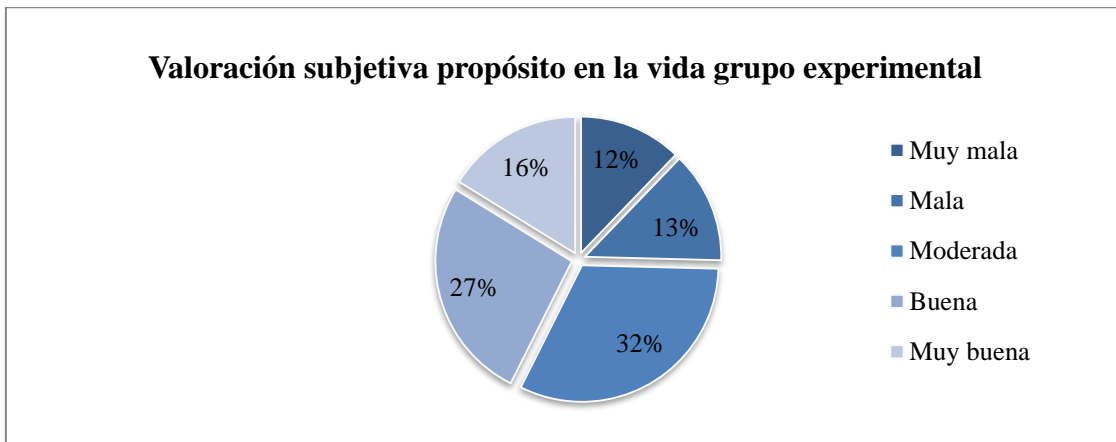
En la dimensión sobre crecimiento personal, recogida en la Figura 5.30, el 19.9% de la muestra obtiene resultados menores al percentil 10; el 10.4% de la muestra en el percentil 25; el 22.6% en el 50; el 35.8% con resultados superiores al percentil 50 y el 11.4% con resultados superiores al percentil 75.



*Figura 5.30.* Puntuación seguimiento en la dimensión de crecimiento personal del grupo experimental en base a percentiles

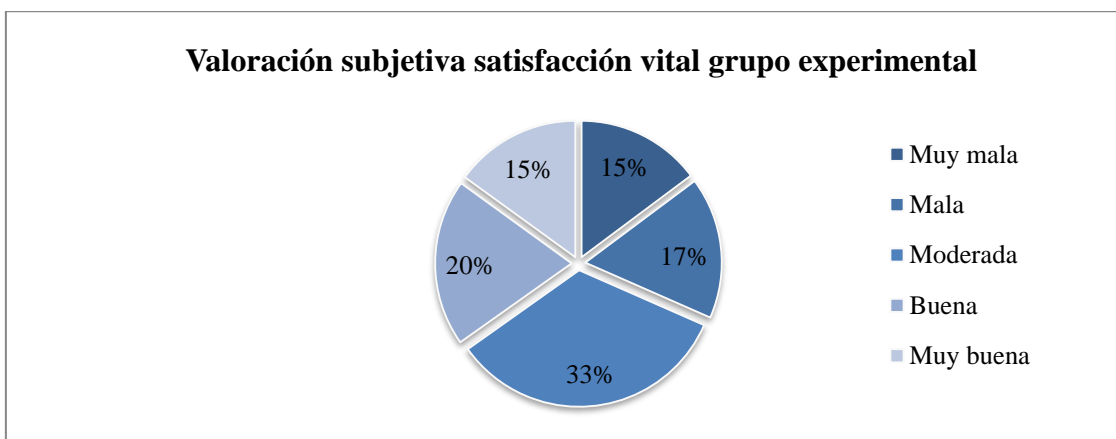
En cuanto al propósito en la vida de los participantes, como se resume en la Figura 5.31, el 12.2% se encuentra por debajo del percentil 10, el 13.2% por debajo del

percentil 25 y 32%, por debajo del percentil 50. El 26.4% dan resultados por debajo del percentil 75 y el 16.2% lo hace con valores superiores al percentil 75.



*Figura 5.31.* Puntuación seguimiento en la dimensión de propósito en la vida del grupo experimental en base a percentiles

Por último, los participantes el 13.30% de la muestra recoge puntuaciones inferiores al percentil 10 en satisfacción vital. Por debajo del percentil 25 se encuentra el 15.1% y del percentil 50, el 30.2%. El 17.8% de la muestra, obtiene resultados inferiores al percentil 75. El 13.5% restante se encuentra por encima de los valores obtenidos en el percentil 75. Datos recogidos en la Figura 5.32.



*Figura 5.32.* Puntuación seguimiento en satisfacción con la vida del grupo experimental en base a percentiles



#### 4.2. Bienestar psicológico y satisfacción vital del grupo control en la fase de seguimiento

Las puntuaciones medias y las desviaciones típicas obtenidas por los participantes del grupo control en la fase de seguimiento se recogen en la Tabla 5.20.

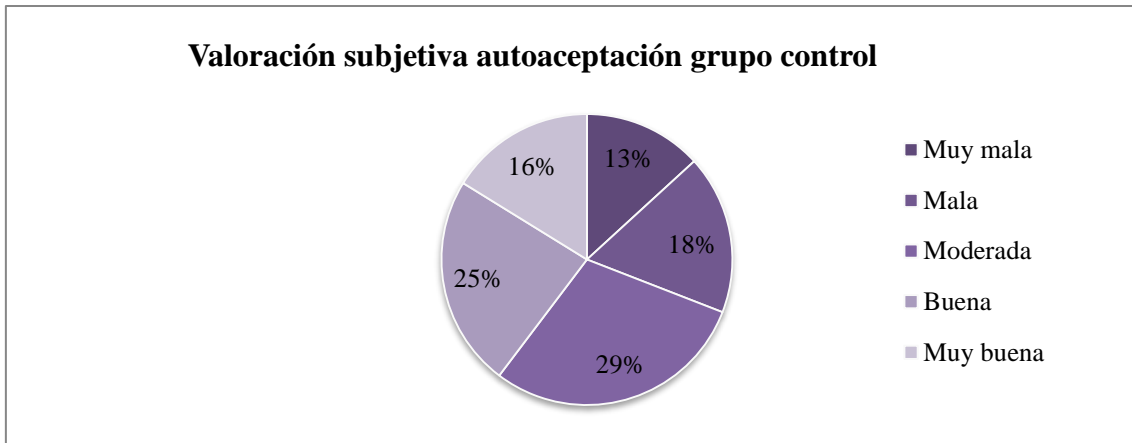
Tabla 5.20

*Estadísticos descriptivos seguimiento del grupo control en las variables estudiadas*

	Mín.	Máx.	Media (DT)	Desviación Típica
Autoaceptación	4	24	12.02	4.03
Relaciones positivas	5	30	15.27	5.20
Autonomía	6	36	12.69	5.07
Dominio del entorno	5	30	17.61	5.19
Crecimiento personal	4	24	11.35	3.56
Propósito en la vida	5	30	15.76	4.96
Satisfacción vital	5	35	14.64	5.55

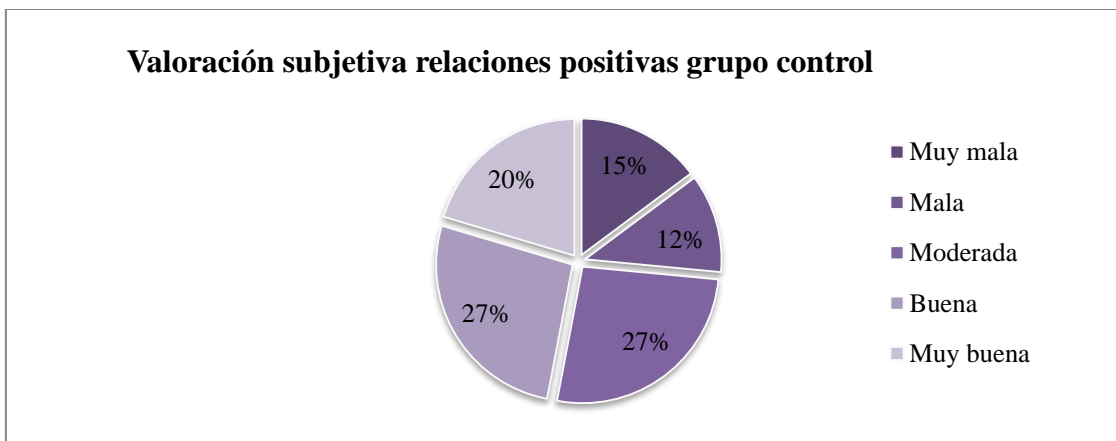
*Nota.* N= 68

En la dimensión autoaceptación, el 13.2% de los participantes obtienen una puntuación inferior al percentil 10, el 17.7% se encuentran por debajo del percentil 25, 29.4% lo hacen por debajo del percentil 50, el 23.5% por debajo del percentil 75, y el resto de la muestra puntúa por debajo del percentil 90, como muestra la Figura 5.33.



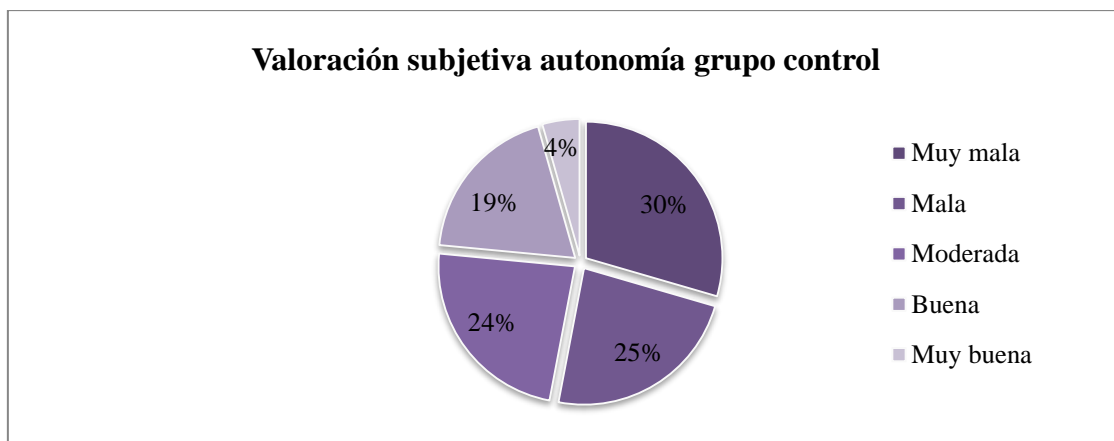
*Figura 5.33.* Puntuación seguimiento en la dimensión de autoaceptación del grupo control en base a percentiles

Con respecto a la dimensión de las relaciones positivas con otras personas, el 14.8% de los participantes se encuentran por debajo del percentil 10, el 11.7% puntúan por debajo del percentil 25, el 26.5% puntúan por debajo del percentil 50, el 26.6% de la muestra puntúan por debajo del percentil 75 y el 20.4% restante lo hacen con valores superiores al percentil 75, como recoge la Figura 5.34.



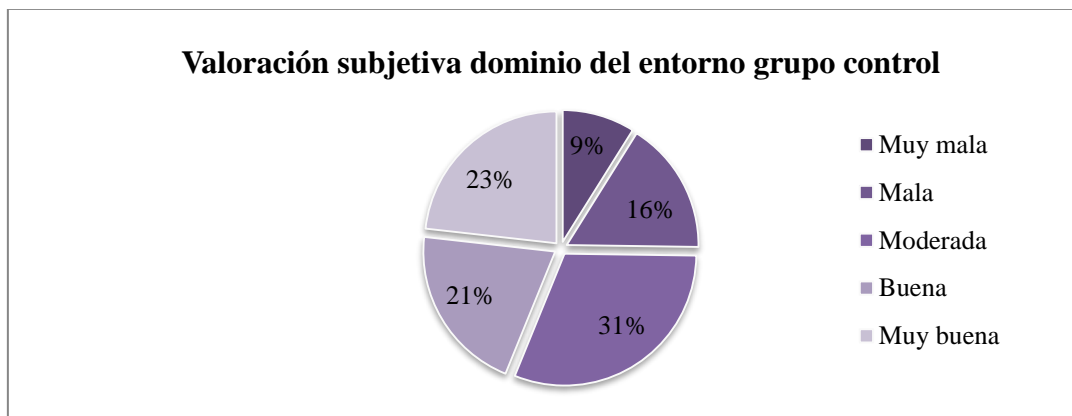
*Figura 5.34.* Puntuación seguimiento en la dimensión de relaciones positivas del grupo control en base a percentiles

En la variable de autonomía (ver Figura 5.35), los participantes obtienen resultados por debajo del percentil 10 en el 29.5% de la muestra, el 23.5% por debajo de 25, el 23.5% obtiene resultados por debajo del percentil 50, el 19.1% puntúan por debajo del percentil 75, y el 4.4% obtiene puntuaciones con valores superiores al percentil 75.



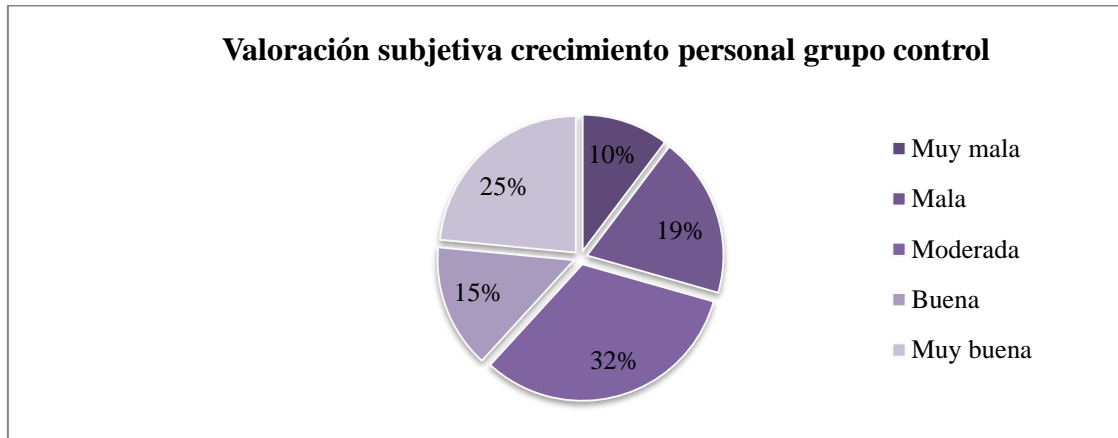
*Figura 5.35.* Puntuación seguimiento en la dimensión de autonomía del grupo control en base a percentiles

En dominio del entorno, las puntuaciones en el percentil 10 son obtenidas en el 8.9% de la muestra, en el percentil 25 se sitúan el 16.3% de los participantes y el 30.9% puntúan por debajo del percentil 50. Por debajo del percentil 75 se encuentra situada el 20.6% de la muestra y el 23.2% se sitúa por encima, como recoge en la Figura 5.36.



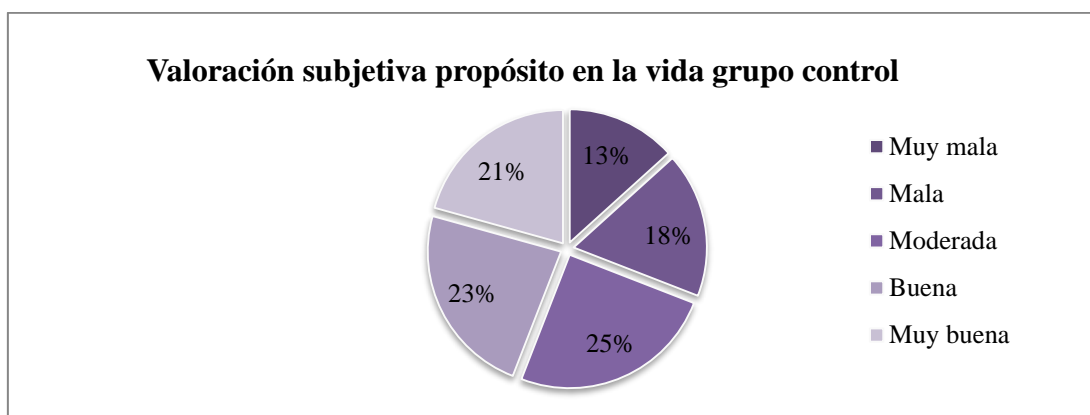
*Figura 5.36.* Puntuación seguimiento en la dimensión de dominio del entorno del grupo control en base a percentiles

En la dimensión de crecimiento personal, recogida en la Figura 5.37, el 10.3% de la muestra obtiene resultados menores al percentil 10; el 19.1% de la muestra se encuentra en el percentil 25; el 32.4% en el 50; el 14.7% muestra resultados superiores al percentil 50 y el 23.5% con resultados superiores al percentil 75.



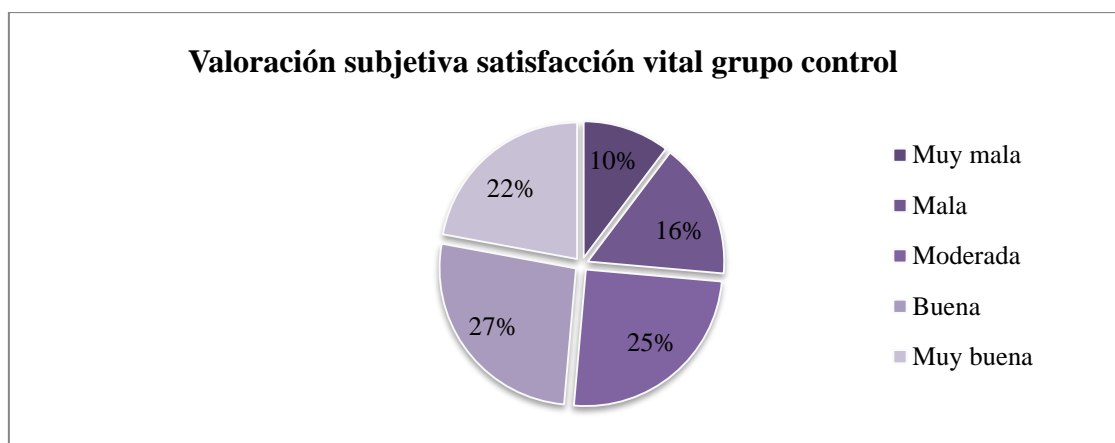
*Figura 5.37.* Puntuación seguimiento en la dimensión de crecimiento personal del grupo control en base a percentiles

En cuanto al propósito en la vida de los participantes, como se resume en la Figura 5.38, el 13.3% se encuentra por debajo del percentil 10, el 17.6% por debajo del percentil 25 y 25%, por debajo del percentil 50. El 23.4% dan resultados por debajo del percentil 75 y el 20.7% lo hace con valores superiores al percentil 75.



*Figura 5.38.* Puntuación seguimiento en la dimensión de propósito en la vida del grupo control en base a percentiles

Por último, los participantes el 10.30% de la muestra obtiene puntuaciones inferiores al percentil 10 en satisfacción vital. Por debajo del percentil 25 se encuentra el 16.1% y del percentil 50, el 25%. El 26.5% de la muestra obtiene resultados inferiores al percentil 75. El 22.1% restante se encuentra por encima de los valores obtenidos en el percentil 75. Datos recogidos en la Figura 5.39.



*Figura 5.39.* Puntuación seguimiento en satisfacción con la vida del grupo control en base a percentiles

## **5. Análisis comparativo de los tres momentos de medida. Evaluación de la efectividad a largo plazo del programa innovador**

En esta fase comparativa se muestran los resultados obtenidos en los niveles de bienestar psicológico y satisfacción vital en cada uno de los momentos temporales de medida en el grupo control y experimental para analizar los efectos principales de la interacción, así como los efectos simples en cada uno de los tiempos de medida.

Los resultados de los efectos principales de la interacción se muestran en la Tabla 5.21, como se puede apreciar se observaron diferencias significativas de la interacción del grupo y momento temporal de la evaluación en todas las escalas de bienestar psicológico y también en la satisfacción vital de los participantes. En todos los casos se podría considerar que el tamaño del efecto era moderado, oscilando entre .335 y .501.

Tabla 5.21

*Efectos principales de la interacción para las variables analizadas y puntuaciones medias por grupo y tiempo*

	Efectos principales		Grupo control			Grupo experimental		
	<i>F</i>	$\eta^2$	T1	T2	T3	T1	T2	T3
Autoaceptación	65.466***	.391	12.96	12.19	12.02	12.47	16.53	16.38
Relaciones positivas	58.534***	.365	17.49	15.71	15.27	18.21	21.96	22.09
Autonomía	51.345***	.335	18.53	13.82	12.69	18.68	20.27	19.70
Dominio entorno	102.311***	.501	16.24	17.69	17.61	16.84	24.92	24.58
Crecimiento personal	72.373***	.415	12.35	11.74	11.35	12.60	16.42	15.98
Propósito vida	83.499***	.450	16.31	15.09	15.76	16.73	21.59	21.51
Satisfacción vital	72.959***	.417	16.88	15.5	14.64	16.66	21.03	20.3

\*\*\* $p < .001$

Como se resume en la Tabla 5.22, el análisis de los efectos simples muestra que no existían diferencias significativas entre las puntuaciones previas a la aplicación del tratamiento.

Tras la aplicación del programa de intervención se obtuvieron diferencias en las puntuaciones en todas las escalas de bienestar psicológico, así como en la de bienestar subjetivo. En todas las variables el grupo experimental obtuvo puntuaciones más altas que el grupo control y el tamaño del efecto fue entre bajo y moderado, con valores eta cuadrado que oscilaron entre los .238 y los .364.

Doce meses después de finalizar la intervención, en la evaluación del seguimiento se mantuvieron las diferencias en el grupo experimental con respecto al grupo control, las puntuaciones seguían siendo superiores en el grupo experimental. En este caso el

tamaño del efecto era ligeramente superior al caso anterior, con valores que oscilaron entre los .275 y .408.

Tabla 5.22

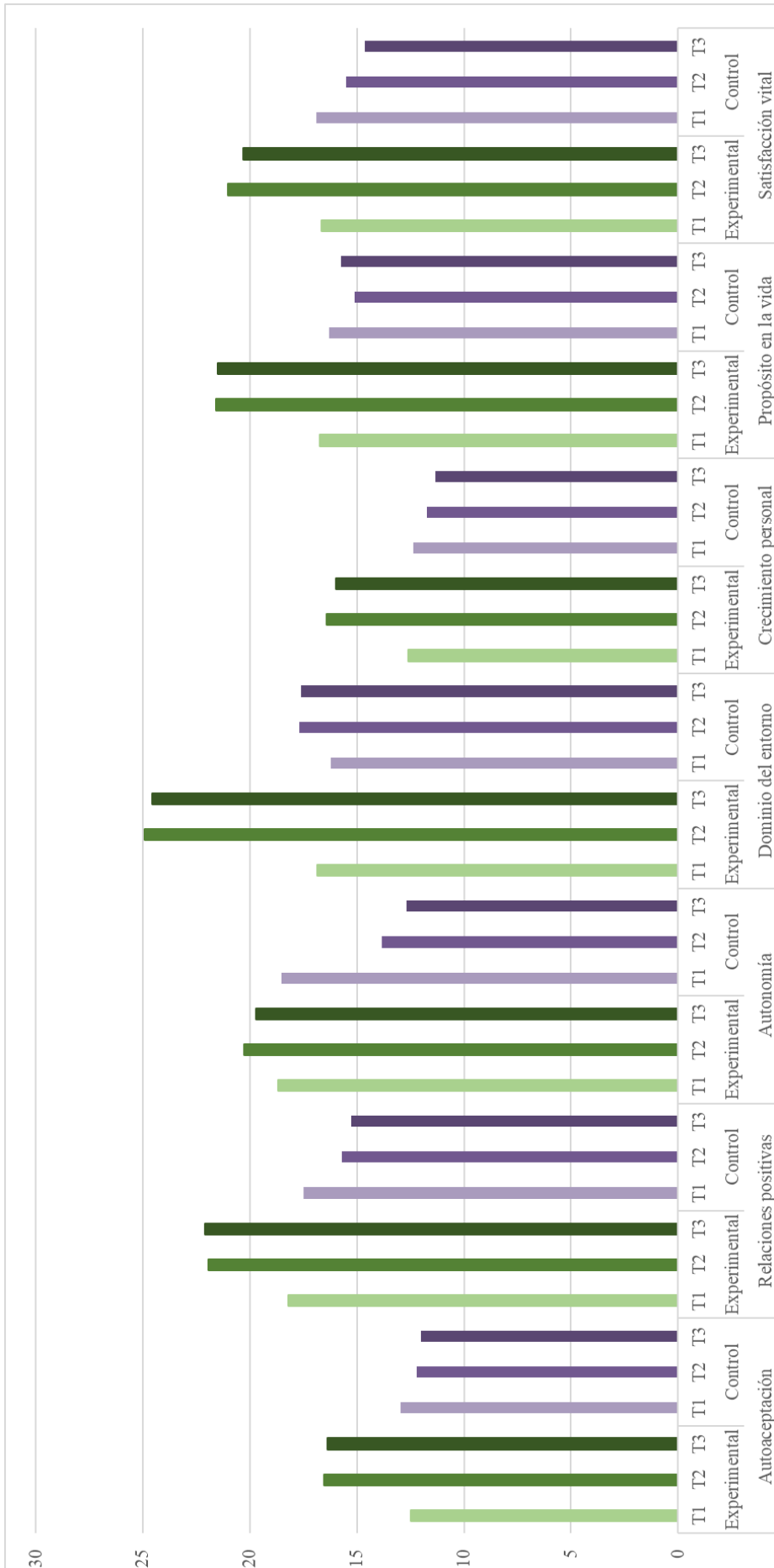
*Efectos simples de la interacción grupo x tiempo en cada momento de la evaluación*

	Pretest		Postest		Seguimiento	
	<i>F</i>	$\eta^2$	<i>F</i>	$\eta^2$	<i>F</i>	$\eta^2$
Autoaceptación	.045	.000	34.471***	.253	38.683***	.275
Relaciones positivas	1.482	.014	43.279***	.298	58.472***	.364
Autonomía	.015	.000	40.452***	.284	70.372***	.408
Dominio entorno	.580	.006	52.285***	.339	65.275***	.390
Crecimiento personal	.688	.007	43.312***	.298	62.358***	.379
Propósito vida	.744	.007	58.376***	.364	58.622***	.365
Satisfacción vital	.030	.000	31.797***	.238	40.782***	.286

\*\*\* $p < .001$

Tal y como puede apreciarse en las puntuaciones medias que se reflejan en la Tabla 5.21 y en la Figura 5.40, el grupo control disminuye progresivamente sus puntuaciones en los tres momentos temporales evaluados, únicamente en la escala de propósito en la vida la puntuación se recupera ligeramente.

Sin embargo, el grupo experimental incrementa la puntuación en todas las escalas de bienestar psicológico y también en la satisfacción vital tras la participación en el programa de envejecimiento activo (ver Figura 5.40). Posteriormente, tras 12 meses sin recibir esta intervención y volviendo a participar en las actividades normales del centro, las puntuaciones se mantienen elevadas, aunque disminuyen ligeramente, sin embargo, en ningún caso esta disminución es significativa en el grupo experimental.



**Figura 5.40.** Puntuaciones pretest, postest y seguimiento en los grupos control y experimental en las variables de estudio  
 Nota. T1= pretest, T2= postest, T3= seguimiento



## 6. Evaluación de la satisfacción con el programa

En este apartado se pretende conocer la satisfacción operativa del programa de actividades propuesto en la intervención en las dimensiones de utilidad, metodología y organización de las acciones que comprendían el proyecto. En la Tabla 5.23 aparecen las medias y las desviaciones típicas de la dimensión de utilidad en las diferentes actividades que componen el proyecto de intervención desarrollado con los participantes del grupo experimental.

De todas las actividades propuestas, el “Taller de prensa y calidad” junto con la “Mediateca” y “Psicomotricidad y relajación” muestran las mejores medias respecto a su valoración en torno a la utilidad e interés.

Tabla 5.23

*Estadísticos descriptivos de la satisfacción con la utilidad de las actividades realizadas*

	Mínimo	Máximo	Media	DT
Taller de ocio	3	30	24.73	2.23
Naturterapia	3	30	24.85	2.54
Volunterapia	3	30	24.62	2.60
Prensa y calidad	3	30	25.19	3.04
Mediateca	3	30	25.13	2.99
Estimulación cognitiva ordenador	3	30	25.04	2.87
Festeja la vida	3	30	24.69	3.03
Psicomotricidad y relajación	3	30	25.12	2.93

Para analizar la dimensión de metodología perteneciente a la satisfacción operativa de las actividades se presenta la Tabla 5.24, donde se muestran las medias y las desviaciones típicas de las puntuaciones de los participantes en las diferentes actividades.

Tabla 5.24

*Estadísticos descriptivos de la satisfacción con la metodología de las actividades realizadas*

	Mínimo	Máximo	Media	DT
Taller de Ocio	4	40	32.59	3.07
Naturterapia	4	40	32.75	3.42
Volunterapia	4	40	32.90	3.48
Prensa y Calidad	4	40	33.05	3.65
Mediateca	4	40	33.08	3.83
Estimulación Cognitiva Ordenador	4	40	33.21	3.95
Festeja la Vida	4	40	32.84	3.79
Psicomotricidad y Relajación	4	40	33.55	3.93

En la Tabla 5.25 aparecen las medias y las desviaciones típicas de la dimensión de organización de las diferentes actividades que componen el proyecto de intervención desarrollado con los participantes. De todas ellas, se muestra que el “Taller de estimulación cognitiva por ordenador” es valorada como la mejor organizada en base a los resultados medios obtenidos.

Tabla 5.25

*Estadísticos descriptivos de la satisfacción con la organización de las actividades realizadas*

	Mínimo	Máximo	Media	DT
Taller de Ocio	3	30	24.62	2.27
Naturterapia	3	30	24.79	2.42
Volunterapia	3	30	24.66	2.61
Prensa y Calidad	3	30	24.77	2.72
Mediateca	3	30	24.68	2.57
Estimulación Cognitiva Ordenador	3	30	25.01	2.96
Festeja la Vida	3	30	24.61	2.64
Psicomotricidad y Relajación	3	30	24.82	6.52

Por último, para mostrar la satisfacción integral operativa del proyecto de intervención a través de las distintas actividades, se recogen en la Figura 5.41 las medias de la valoración sumativa de las tres dimensiones evaluadas por los participantes, convertidas a una escala de 1 a 10.

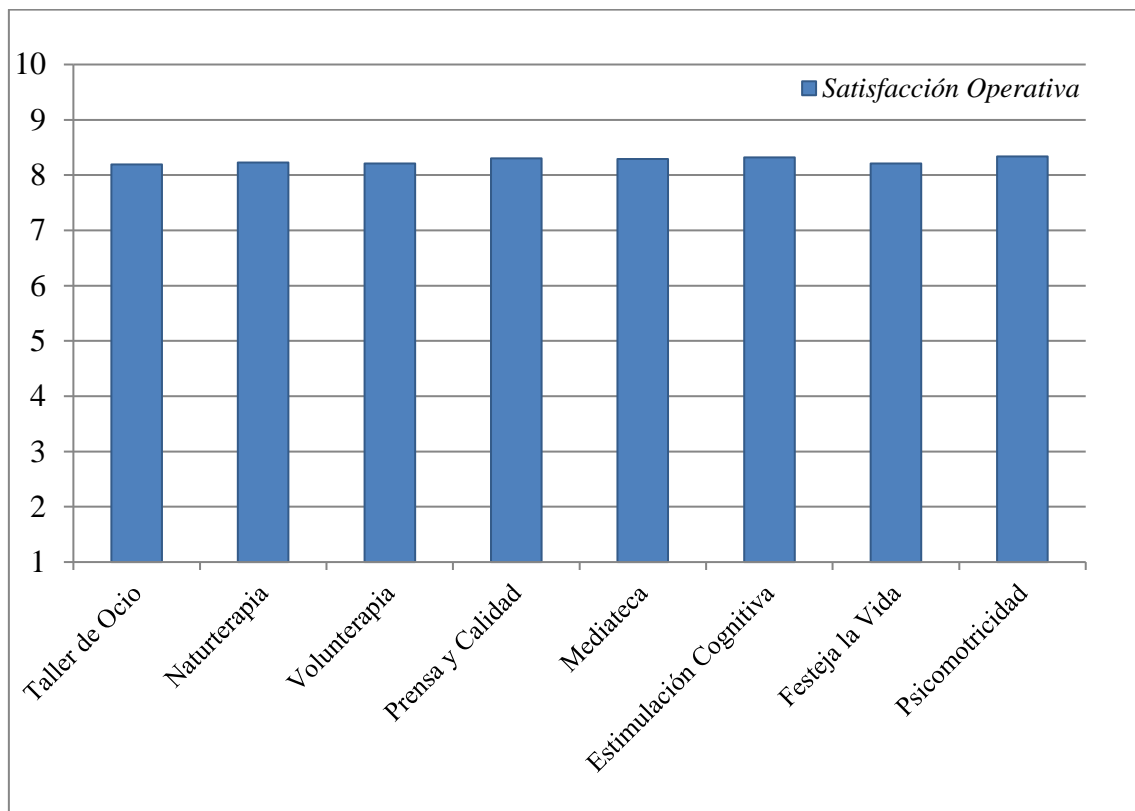


Figura 5.41. Satisfacción global de los participantes del grupo experimental con los talleres del programa



---

## **Capítulo 6. Conclusiones de la investigación**

---



## 1. Conclusiones teóricas del trabajo

Se está asistiendo al inicio del envejecimiento poblacional en España. En el año 2030 residirán 11.3 millones de personas mayores de 64 años. Un 34.1% más que en la actualidad (INE, 2017). El gasto sanitario es uno de los factores principales que varía en función del envejecimiento de la población dentro de un país. El Banco de España ya se ha manifestado sobre este fenómeno, advirtiendo sobre el fuerte impacto que el envejecimiento de la población supone en su financiación. En este análisis expone que, en el año 2018, el gasto público invertido en pensiones, sanidad y cuidados de larga duración ha sido de 1.2 billones de euros. Y que esta cifra alcanzará los 24,000 millones de euros en 2050 (Hernández, Jimeno y Ramos, 2017).

Por lo que supone un reto de primer orden buscar alternativas sostenibles que mejoren la financiación pública y proyectos que mejoren los procesos de envejecimiento con el fin de evitar gastos derivados de la dependencia y la morbilidad, es decir, lograr un envejecimiento activo.

La evolución de los centros geriátricos ha sido un reflejo de las demandas sociales que se han sucedido con la llegada del estado de bienestar español estas últimas décadas (Rodríguez Cabrero, 1989). Paralela evolución que, desde sus orígenes asistenciales en el siglo XVIII, ha llegado hasta la actualidad con la atención integral y centrada en la persona.

Para mitigar las carencias y atender las demandas sociales, los centros de atención a personas mayores recurren a la creación de un equipo profesional multidisciplinar, donde particularizan sus acciones con el fin de obtener una atención integral en el proceso del envejecimiento.

A pesar de la evolución en los centros de mayores, las personas que allí residen ven muy limitadas sus funciones, y las actividades que realizan no siempre reflejan el



nuevo perfil de las personas mayores. El incremento de la población mayor ha venido asociado a un cambio en los hábitos de vida de las propias personas mayores: el 25.2% de mayores usan las nuevas tecnologías diariamente, el 43% realizan actividades sociales y el 87% desean mantener su autonomía (IMSERSO, 2012).

Por lo que uno de los recursos para salvaguardar la calidad de vida de los residentes y la calidad de servicio ofrecido en los centros es **la incorporación de nuevas funciones** materializadas en acciones, y desarrolladas por **un nuevo perfil profesional: la educación social.**

La educación social es una profesión joven, que todavía tiene pendientes de perfilar muchas de las funciones en las áreas que interviene. Por ello, se constata una clara creación auspiciada por las demandas sociales vividas en las últimas tres décadas, y su adaptabilidad diagnóstica y práctica para enfrentarse a las mismas.

Además de contar con la habilidad de convertir las necesidades en objetivos operativos y sistemáticos, la capacidad dual de intervención le dota a esta profesión de multitud de ventajas en la planificación de acciones donde los recursos sean utilizados de forma innovadora. Utilizando estrategias con colectivos de distintas características, rangos de edades y necesidades con un mismo fin: mejorar su bienestar.

El previo diagnóstico y el eficaz manejo de las técnicas de recogida de información son otras de las características que hacen del educador/a, pieza clave para crear proyectos de intervención social de calidad, ya que no se podrían obtener adecuados resultados si las metas fijadas no son las orientadas a la mejora de sus destinatarios, viables y sostenibles frente a los recursos-tiempo; y evaluadas posteriormente.

Diversos estudios poblacionales indican una relación entre las personas que llevan vidas activas y su estado de salud física y mental (Galli, Hideyuki, Bruscatto, Lessa, y

Patussi, 2016). Que se comprenda esta relación es esencial para mitigar los efectos adversos que supone el envejecimiento en el bienestar psicológico de las personas mayores. Variables con la autoeficacia, empoderamiento y optimismo están asociados a la calidad de vida (Bowling, 2011), y actúan como mediadores de la relación entre depresión y envejecimiento activo. Por lo que la incorporación del envejecimiento activo en los proyectos de intervención gerontológicos supone una mejora para su bienestar integral en las instituciones.

La intervención del técnico en actividades socioculturales se está viendo limitado en el ámbito de los centros geriátricos por motivos competenciales. La ausencia de innovación y de acciones de envejecimiento activo que promuevan la apertura de los complejos a la sociedad, hace presagiar el aumento de insatisfacción y de búsqueda de alternativas asistenciales por parte de las personas mayores españolas que no incluya la institucionalización.

Desde la educación social, se promueve una ley que abarque su multidisciplinariedad y defina sus funciones en las áreas de intervención tan compleja, como el área de la tercera edad. Esta ley se fundamenta en la capacidad competencial que posee la respectiva profesión, ya que es el resultado de una evolución en la que la sociedad ha mostrado las necesidades como objetivos a subsanar por los educadores/as. Desde este punto de vista, la transformación social es uno de los pilares fundamentales de su acción utilizando a los propios destinatarios como protagonistas de su propio proceso de socialización; y las carencias sociales como eje vertebrador de sus objetivos.

No resulta extraño señalar que, ante una reivindicación social como puede ser la mejora de la asistencia psicosocial en los centros de mayores, la educación social actúe en búsqueda de una solución. Siendo la propia propuesta analítica, su incorporación al entramado profesional que innove las funciones actuales de intervención; incluya unas

nuevas acciones desde las carencias percibidas; y reivindique su papel en la elaboración de los convenios laborales estatales en este ámbito. Reemplazando la figura del técnico en actividades socioculturales, y siendo ubicado en la atención psicosocial al igual que el trabajador/a social, el terapeuta ocupacional, y los psicólogos/as, quienes poseen títulos superiores.

## **2. Discusión del programa de intervención desarrollado**

El principal objetivo del presente trabajo era desarrollar un programa de intervención basado en los pilares del envejecimiento activo que incrementara los niveles de satisfacción vital y bienestar psicológico de personas mayores institucionalizadas y, con ello, demostrar la importancia de incluir una nueva figura profesional en el ámbito de la atención a las personas mayores en los centros geriátricos como respuesta ante los cambios sociales sucedidos en la última década. Es por ello que el planteamiento ha sido el de aportar nuevos datos comparativos, utilizando la satisfacción con la vida y bienestar psicológico percibido por los usuarios de un centro de mayores ubicado en Madrid, antes y después de realizar un programa de actividades.

Para ello, se dividió la muestra inicial en dos grupos en los que no existían diferencias significativas ni en las variables dependientes (sexo, edad, estado civil, número de hijos, nivel de estudios, ocupación, forma de convivencia previo ingreso, duración y frecuencia de las visitas, cercanía del domicilio familiar, años en la institución, haber participado previamente en actividades de envejecimiento activo y grado de dependencia), ni en las puntuaciones de bienestar psicológico y satisfacción vital tal y como postulaban las hipótesis 1 y 2. Esta separación se realiza para poder constatar el efecto sobre el bienestar psicológico y satisfacción vital de los residentes

participantes en el programa frente a los no participantes en las actividades del programa de envejecimiento activo desarrollado por el educador social.

Se ha observado que las distintas dimensiones que componen el bienestar psicológico de los participantes en la investigación (autoaceptación, relaciones positivas, autonomía, dominio del entorno, propósito en la vida y crecimiento personal) antes de la aplicación del programa, se encuentran en valores medios, lo mismo ocurre con la puntuación en satisfacción vital.

Se realizaron varias hipótesis sobre la relación entre las variables sociodemográficas y la satisfacción vital y bienestar psicológico de los participantes. En cuanto a esto, no se observaron correlaciones ni con la edad (hipótesis 4) ni con los años de institucionalización (hipótesis 13), pero sí con el número de hijos (hipótesis 10). A mayor número de hijos, mayor autoaceptación, relaciones positivas con otros, autonomía, crecimiento personal, propósito en la vida y satisfacción vital de los participantes.

Se esperaba que la edad no correlacionara con la satisfacción vital o el bienestar psicológico, que los años en la institución correlacionaran de manera negativa y que el número de hijos lo hiciera de manera positiva, de manera que los resultados confirman la hipótesis en relación a la edad y al número de hijos. Se postulaba que no habría relación ya que es posible que puesto que estas personas se encuentran en una residencia el efecto de la edad no se observe. Además, Kunzmann, Little y Smith (2000) concluyen en sus investigaciones que la satisfacción vital se mantiene con cierta estabilidad a lo largo de los años. No obstante, respecto a la edad no hay acuerdo total, ya que estos resultados son contrarios a los de trabajos previos en los que se ha encontrado que en personas mayores no institucionalizadas la edad tiene una relación positiva con la satisfacción vital (Dumitrache, Rubio y Rubio-Herrera, 2018; Rubio, Dumitrache, y

Cordón-Pozo, 2018), por lo que es necesario seguir investigación en esta relación tanto en personas mayores que viven en residencias como en los que viven en sus domicilios.

El número de hijos se asocia positivamente con el bienestar psicológico, como era esperado, ya que las relaciones sociales previas al ingreso de los mayores en la institución o el mantenimiento de la red social son factores necesarios para el bienestar psicológico de las personas mayores como ellos mismos manifiestan (Ors y Maciá, 2013).

De acuerdo a lo esperado, el género de los participantes no influía en el bienestar psicológico o la satisfacción vital de los participantes (hipótesis 3), aunque estudios previos llevados a cabo con población española no institucionalizada indican lo contrario. En concreto en otros trabajos con muestra de este grupo de edad se ha observado una satisfacción vital menor en mujeres que en hombres (Dumitrache, Rubio, y Cordón-Pozo, 2018). No obstante, al encontrarse todos los participantes en las mismas condiciones respecto a la residencia y la posibilidad de participación, es lógico que no se observe esta relación como se postulaba.

Sin embargo, vistos los resultados de otros trabajos se esperaba que la satisfacción y el bienestar disminuyeran al incrementar el grado de dependencia (hipótesis 5), pero no se ha encontrado en este trabajo asociación alguna. De hecho, Cerri (2015) afirma que los estados de vulnerabilidad de las personas mayores hacen peligrar su subjetividad, su autonomía y su capacidad de decisión. Según Bozo, Toksabay y Kürüm (2009), la discapacidad procedente de problemas de salud podría causar en las personas mayores sentimientos de ineficiencia e inutilidad, afectando directamente en su percepción de autonomía y dominio del entorno. Además, estudios realizados con población mayor institucionalizada mostraban una influencia negativa del grado de dependencia sobre el bienestar emocional (Rodríguez, Cruz-Quintana, y Pérez-Marfil,

2014), sin embargo, en población no institucionalizada no se observa esta relación (Oliver, Galiana, Sancho y Tomás, 2015). Los resultados del presente trabajo se asemejan más a los de personas mayores que viven en sus domicilios al no haber encontrado asociación entre dependencia y bienestar psicológico y subjetivo.

La hipótesis 6 proponía que no existiría relación entre el estado civil y el bienestar psicológico y subjetivo. Sin embargo, se observaron diferencias significativas, aunque únicamente en autonomía. Por lo tanto, esta hipótesis queda parcialmente confirmada ya que en el caso de satisfacción vital el estado civil de las personas mayores institucionalizadas no influye. En un estudio de Zubieta, Fernández y Sosa (2012) con muestra de adultos, se observaron diferencias en las dimensiones de autonomía con puntuaciones más altas para divorciados, en dominio del entorno puntuaron más alto casados y divorciados, mientras que en crecimiento personal y relaciones positivas las puntuaciones eran más altas para solteros y divorciados (Zubieta et al., 2012). En este caso en autonomía la puntuación más alta la obtienen también los divorciados, como ya apuntaban estudios previos (Zubieta et al., 2012). Conforme la edad avanza la red social se vuelve menor y las relaciones sociales se centran más en la familia, es posible que uno de los dos miembros de una pareja tenga dependencia lo que haría que los casados perdieran autonomía, las personas viudas o solteras no contarían con una fuente de apoyo social como es la familia, mientras que las personas divorciadas podrían encontrar una nueva pareja, lo que incrementaría su autonomía, o incluso sentirse liberados frente a una falta de autonomía cuando tenían pareja anteriormente, lo que podría explicar estos resultados.

Se proponía en las hipótesis 7 y 8 que, por un lado, el nivel de estudios influiría en el bienestar psicológico y la satisfacción vital, pero la ocupación previa a la jubilación no mostraría relación alguna. Los resultados muestran que ni el nivel de estudios ni la

ocupación previa general diferencias significativas en bienestar subjetivo y psicológico, por lo que la hipótesis 7 queda descartada y la 8 confirmada. Cabría esperar que un mayor nivel de estudios facilitara herramientas de afrontamiento o resiliencia para mantener o incrementar la satisfacción vital y el bienestar psicológico a pesar de las adversidades en la vida. De hecho, otros estudios muestran que la satisfacción vital percibida variaba según los distintos niveles formativos que poseían las personas mayores. Encontrándose mejores resultados medios en personas mayores con niveles de bachillerato y universitarios, frente a los que tenían estudios primarios y secundarios (Vázquez, Rahona, Gómez, Caballero, y Hervás, 2015). Sin embargo, parece que no ocurre en esta muestra de personas institucionalizadas y que no es un factor que influya.

Por otro lado, aunque estudios previos (Valor Segura et al., 2014) confirman una relación entre satisfacción vital percibida y la labor desempeñada, es lógico pensar que esa relación influya durante la etapa laboral, mientras que una vez llegada la jubilación el impacto del puesto desempeñado dejaría de ejercer efecto sobre el bienestar de la persona mayor.

Para finalizar el bloque sobre la relación de las variables sociodemográficas con la satisfacción vital y el bienestar psicológico de la muestra, las hipótesis 11 y 12 hacían referencia a las visitas familiares y el número de horas de visita, planteando una asociación positiva con el bienestar. En el caso de la frecuencia de visitas sí que se ha observado una correlación positiva con todas las escalas del bienestar psicológico y la satisfacción vital, pero no con el número de horas de visita.

Es lógico que, tal y como se observaba respecto a la variable número de hijos, al relacionarse la frecuencia de visitas con la red de apoyo de las personas mayores y su participación, haya una influencia positiva sobre el bienestar. De hecho, se ha observado en otros trabajos que en este grupo etario la red de apoyo social se asocia con las

relaciones positivas, la autoimagen positiva y una autoestima elevada, aspectos centrales del bienestar subjetivo (Castellón, Gómez y Martos, 2004; Fernández-Ballesteros, Izal, Montorio, González, y Díaz, 1992). Otros autores como Mella et al. (2004) confirman a través de diversas investigaciones, que el bienestar subjetivo está determinado principalmente por el grado de apoyo que el adulto mayor siente que tiene por parte de su entorno. Por lo tanto, un mayor número de visitas, en este trabajo se consideraban las visitas diarias, supondría una percepción mayor de apoyo por parte de la red, lo que se traduciría en mayor bienestar psicológico y subjetivo frente a visitas semanales, quincenales o mensuales, por ejemplo. Parece por los resultados obtenidos, que una vez realizada la visita, la duración de la misma no influye sobre el bienestar psicológico o la satisfacción vital, la percepción de apoyo o la influencia de la red social radica en el número de contactos y no en la duración de los mismos, aunque al no haberse evaluado la calidad de las relaciones no se podría descartar que realmente la frecuencia de visitas sea un indicador de relaciones de calidad frente a los que reciben visitas con menos frecuencia.

En lo que refiere la décimo cuarta hipótesis, al no encontrarse entre los participantes de la muestra personas que hubieran realizado programas de envejecimiento activo previos a su institucionalización, quedó desestimada.

En un segundo momento de la investigación se propone el desarrollo e implementación de un programa de envejecimiento activo dirigido y diseñado por el educador social, para promover el empoderamiento y bienestar de las personas mayores que se encuentran institucionalizadas en residencias. Para poder determinar si el programa es beneficioso respecto a las actividades tradicionales del centro residencial se divide la muestra en dos grupos, control y experimental, que realizarán actividades diferentes; el grupo control seguirá el programa tradicional y el grupo experimental el



nuevo programa de envejecimiento activo. Antes de la aplicación del programa es necesario conocer si existen diferencias previas entre los dos grupos creados, para poder descartar una posible influencia sobre los resultados finales. Para ello se proponen dos hipótesis, la 1 y la 2, que quedan confirmadas al no observarse diferencias previas entre grupo control y experimental ni en las variables sociodemográficas ni en satisfacción vital y bienestar psicológico.

El programa desarrollado e implantado tiene una duración de tres meses, durante los cuales el grupo control participó en las actividades tradicionales del centro. Se esperaba, como postulaban las hipótesis 16 y 17, que el grupo control no viera modificadas significativamente sus puntuaciones, mientras que el grupo experimental incrementara su satisfacción vital y su bienestar psicológico en las 6 escalas de autonomía, crecimiento personal, propósito en la vida, dominio del entorno, relaciones positivas y autoaceptación. Los resultados obtenidos confirman un incremento en bienestar psicológico y satisfacción vital en los participantes del grupo experimental, sin embargo, en el grupo control las puntuaciones no se mantienen si no que disminuyen significativamente excepto en la escala de dominio del entorno en la que se observa un aumento. Por lo tanto, la aplicación de un programa de envejecimiento activo en un centro residencial para personas mayores genera sentimientos de satisfacción vital en los participantes e incrementa su empoderamiento y participación social al observarse una mejora significativa de su autonomía, relaciones positivas o dominio del entorno, entre otras. Por el contrario, las actividades tradicionales como gerontogimnasia o estimulación cognitiva con pizarra o en papel no facilitan las redes sociales dentro del complejo, no estimulan la participación de los residentes y generan sentimientos de insatisfacción.

Estos resultados confirman los postulados de otros autores que ya indicaban una insatisfacción de los residentes en centros de mayores con sus posibilidades de participación, y que también manifestaban un desarraigo del entorno (Ors y Maciá, 2013). Por lo que, al incluir actividades basadas en los pilares del envejecimiento activo se generan incrementos en la satisfacción vital y el bienestar psicológico como ya se proponía en trabajos previos (Caprara et al., 2010; Ho, 2017; Minagawa y Saito, 2015; Steptoe, Deaton, y Stone, 2015).

La inclusión de programas y actividades que potencien el aprendizaje, la salud, la participación y la seguridad de las personas mayores ya es una realidad en todos los ayuntamientos, pero únicamente para las personas mayores que viven en sus domicilios; las personas institucionalizadas tienen dificultad para participar en estas actividades que, como se aprecia en los resultados de este trabajo, podrían potenciar su calidad de vida aumentando la satisfacción vital y el bienestar psicológico.

Por último, es muy importante destacar que los beneficios de este tipo de actividades se mantienen hasta 12 meses después de la participación en las mismas, como se observa en los resultados y postulaba la última hipótesis. Tras finalizar el programa los participantes del grupo experimental se incorporaron en las actividades tradicionales del centro, a pesar de esto los beneficios obtenidos previamente se mantuvieron, y aunque las puntuaciones disminuyeron ligeramente no fueron significativas. Esto indica que las oportunidades de participación y las redes sociales formadas durante la aplicación del programa se mantuvieron, se habían proporcionado herramientas que los participantes continuaron utilizando a pesar de que ya no se realizaban actividades dirigidas específicamente para esto, lo que continuaba generando satisfacción vital en los residentes del centro.

Este apartado finaliza haciendo mención a la evaluación de la satisfacción de los participantes con el programa. Ya que los beneficios sobre la satisfacción vital y el bienestar psicológico parecen claros, es importante conocer si los participantes han disfrutado y se han sentido satisfechos con su participación durante tres meses en este nuevo grupo de actividades. Las puntuaciones en todos los casos eran de media muy elevadas en una escala del 1 al 10 y superando los 8 puntos en todos los casos. Es por ello que se puede pensar que además de los beneficios supone una motivación para las personas mayores institucionalizadas participar en este tipo de actividades que les hacen disfrutar y aprender cosas nuevas.

### **3. Limitaciones**

Aunque el presente trabajo contribuya a la concienciación de la relevancia de la figura de la educación social dentro de los centros geriátricos y ensalzar la necesidad de aplicar actividades basadas en los cuatro pilares del envejecimiento activo, no se encuentra exento limitaciones.

La muestra se seleccionó de manera intencional y no aleatoria, y como apuntan recientes investigaciones como la de Dumitrache (2014), cuando los sujetos se autoseleccionan, hay un alto riesgo de que sean personas con un perfil más participativo y positivo (2014). Además, este estudio realizado en un centro rodeado de entorno urbano, limita su extrapolación a personas mayores cuyo medio de vida haya sido desarrollado en un ámbito más rural, a pesar de que la prueba piloto se realizó en un centro de estas características obteniendo los mismos resultados, aunque la muestra en este caso era muy limitada.

En cuanto a la división en dos grupos de la muestra de residentes, a pesar de no mostrarse en sus variables independientes diferencia significativa alguna, el hecho de

que no desearan participar en el programa de actividades podría indicar una menor iniciativa a mejorar sus niveles de satisfacción probando actividades novedosas. En lo referente al género de los participantes, la muestra presenta un total de 82.97% de mujeres, frente a un 17.03% de varones. Las diferencias en género se pueden explicar tanto por motivos biológicos como comportamentales según diversos estudios, denominándose la “Brecha de Género” (INE, 2014). La esperanza de vida española le sitúa en el cuarto país con más longevidad entre su población, con medias que alcanzan los 82.8 años, siendo de 85.5 años en el caso de las mujeres y los 80.1 años de los hombres. Esta diferencia a favor de la mujer creció en España hasta mediados de los años noventa, como consecuencia de una mortalidad masculina más elevada debida a factores biológicos, hábitos de vida y conductas de riesgo (Oliva Delgado, 2007). Sin embargo, actualmente en la población mayor de 65 años la diferencia no es tan acusada como en este trabajo, siendo las mujeres mayores de 65 años un 32% más que los hombres del mismo grupo de edad (Abellán et al., 2019), por lo que los resultados son más representativos de la población femenina española institucionalizada y sería necesario comprobar que los resultados se mantienen con muestras en las que el porcentaje de hombres es mayor.

A pesar de recoger resultados de mejora en los participantes en lo referente a su percepción de satisfacción vital y bienestar psicológico en los distintos momentos del estudio (antes y después de la intervención con el programa de actividades) estos mismos resultados podrían estar sesgados por los propios motivos y experiencias vitales de los participantes. Además de sus experiencias, otros factores positivos que no se han evaluado como la iniciativa, la apertura social, el optimismo y las circunstancias físicas, podría haber influido en la recogida de los distintos informes sobre su bienestar percibido lo que debería investigarse en futuros estudios.

Por último, otra de las limitaciones de este estudio ha sido la falta de una muestra significativa de participantes pertenecientes a otros complejos de características similares al estudiado, que dotase a los resultados obtenidos de la capacidad de extrapolación a centros con similitudes en cuanto a entorno y perfil de usuarios. Las incapacidades físicas, comunicativas y cognitivas, han supuesto que los distintos centros residenciales propuestos para completar el estudio no tuviesen una muestra de residentes suficiente que pudiese participar en el estudio. Esto es debido al fenómeno que se está dando en la actualidad en los índices de dependencia (INE, 2017) y su entrada a los centros geriátricos en estadios avanzados de patologías neurodegenerativas o físicas.

#### **4. Futuras líneas de investigación**

En el anterior apartado de limitaciones, se recogen los distintos inconvenientes a los que se enfrenta el estudio de las mejoras en cuanto a la satisfacción y bienestar percibido de las personas mayores institucionalizadas ante la incorporación de un nuevo perfil al equipo profesional tradicional.

Para evitar los sesgos de la selección de la muestra en su estudio previo y posterior sobre la percepción de su bienestar, es recomendable en futuros estudios complementar el uso de medidas de autoinforme con metodologías cualitativas como la observación no participante prolongada en el tiempo de estudio previo, las entrevistas semiestructuradas con familiares y diarios anecdóticos en cada una de las jornadas del programa desarrollado posteriormente. De esta manera, se elaboraría un perfil personal y social previo sobre los distintos sujetos participantes.

También se erradicaría la limitación referente a las posibles perturbaciones que puede suponer hacer una recogida de información referente a su estado anímico en un

momento puntual donde puede verse sesgado por distintos motivos ajenos a la investigación.

Además, sería interesante repetir el estudio con muestras más similares al perfil de género actual de la población mayor y utilizar muestras procedentes de centros residenciales ubicados en entornos urbanos y rurales para poder generalizar mejor los resultados. Por último, ya que los beneficios de este tipo de programa son claros, sería también necesario aplicarlo en centros de día y no únicamente en residencias y generalizar su aplicación a centros de toda España.

## **5. Contribuciones de este estudio**

El presente proyecto de investigación contribuye a la comprensión de la necesidad de incorporar el perfil profesional de la educación social en la atención de las personas mayores en los distintos complejos residenciales. Mostrando la evolución de las instituciones desde sus comienzos hasta la actualidad, de forma paralela a la evolución social.

En la actualidad nos encontramos con índices cada vez más altos de población española en el grupo etario de la vejez, pero con un perfil claramente diferente al de décadas pasadas ya que sus inquietudes y estilo de vida dista mucho de la de épocas anteriores. Esto entra en contradicción con la falta de la incorporación de actividades y perfiles profesionales capaces de afrontar estas nuevas demandas sociales.

Esta investigación, además, ha ayudado a perfilar las estrategias y el perfil de la educación social en las instituciones de mayores, centrando su atención en las actividades de apertura social y de envejecimiento activo para paliar aquellas percepciones de insatisfacción de los usuarios en su relación con el entorno, y creando un marco regulador de esta profesión al servicio de la atención gerontológica institucional.

Por lo que se considera validada la relación entre las nuevas necesidades surgidas en los centros geriátricos, y la respuesta profesional procedente de la educación social para solventarlas, mejorando la satisfacción vital y bienestar psicológico en los usuarios a lo largo del tiempo.

## **6. Implicaciones para la práctica gerontológica**

Debido a que, tras la finalización de este estudio, se ha observado la influencia positiva sobre el bienestar psicológico y subjetivo de las personas mayores institucionalizadas de la implantación de una intervención desde la educación social, se resalta la importancia de incorporar dicha figura al equipo de trabajo de forma regulada.

Este nuevo perfil profesional podría verse como una solución a la creciente tendencia demográfica del envejecimiento y a la institucionalización. Tendencia acompañada de un cambio de perfil de las personas mayores, donde las necesidades surgidas para estas personas resultan en nuevos retos por afrontar por los centros residenciales y que actualmente no se están cubriendo.

Incorporar programas de envejecimiento activo y crear nuevos cauces de comunicación desde los distintos departamentos de acción social de las comunidades colindantes a los centros, son la clave para mejorar la atención integral de sus usuarios. Para ello es necesario utilizar la figura de la educación social como vía para que las personas mayores mejoren su estado anímico al sentirse aun integrantes de la sociedad.

## **7. Conclusiones**

Para concluir el presente trabajo se pone de manifiesto lo siguiente:

- La satisfacción vital y el bienestar psicológico de las personas de esta muestra se encontraban a niveles medios-altos, antes de la intervención diseñada desde la educación social con un programa basado en los pilares del envejecimiento activo.

- Las variables sociodemográficas como el género, edad, años en la institución, grado de dependencia, nivel de estudios, ocupación previa, cercanía del domicilio de sus familiares o número de horas de visita no tuvieron influencia o relación con la satisfacción vital o el bienestar psicológico de las personas mayores institucionalizadas que participaron en este estudio.
- Las variables relacionadas con la red social fueron las que mostraron relación con la satisfacción vital y el bienestar psicológico de los participantes.
- El número de hijos de los participantes correlacionaba de manera positiva y significativa con una magnitud moderada con la satisfacción vital y cinco de las seis subescalas del bienestar psicológico (exceptuando dominio del entorno). Siendo la magnitud mayor con la satisfacción vital y la autoaceptación.
- El estado civil influía en la dimensión de autonomía de los participantes, en concreto aquellas personas mayores divorciadas puntuaban más alto en esta dimensión respecto a los solteros, viudos y casados.
- La frecuencia con la que recibían visitas los participantes tenía influencia sobre la satisfacción vital y el bienestar psicológico. En concreto las puntuaciones siempre eran más altas para aquellos participantes que recibían visitas diariamente frente los que recibían visitas mensualmente o nunca recibían visitas quienes puntuaban significativamente más bajo.
- Una vez dividida la muestra de estudio, tanto en aquellos participantes que realizaron el programa de intervención basado en los pilares del envejecimiento activo como en los que no lo hicieron y continuaron con las actividades tradicionales del centro, las puntuaciones en satisfacción vital y el bienestar psicológico se vieron modificadas tras una comparativa con las puntuaciones obtenidas al inicio del estudio. Las diferencias fueron en diferente sentido en los



dos grupos, mientras el grupo que participó en el nuevo programa incrementaba su satisfacción vital y bienestar psicológico, el grupo que participó en las actividades tradicionales disminuyó estas puntuaciones.

- La efectividad del nuevo programa a largo plazo fue elevada, ya que tras 12 meses de la participación las puntuaciones seguían siendo elevadas y mayores que las del grupo control que había continuado con las actividades tradicionales.
- La satisfacción operativa con las nuevas actividades realizadas fue elevada en todos los talleres, con medias que superaban los 8 puntos.

En resumen, los datos recabados inicialmente por la muestra de personas mayores institucionalizadas mostraron que las personas mayores que participaron en este estudio tenían buenos niveles de satisfacción vital y bienestar percibidos, aunque varían en función de algunas variables relacionadas con la red social, siendo mayores las puntuaciones de aquellos participantes con mayor número de hijos y que reciben visitas con mayor frecuencia. Por lo que en estos casos el apoyo social y la cercanía familiar son estrategias de afrontamiento y de adaptación individual que entran en juego para favorecer la mejora anímica de las personas mayores institucionalizadas.

Los datos recabados posteriormente tras la intervención desarrollada mostraron que las dimensiones de satisfacción vital y bienestar psicológico en todos ellos se vieron modificadas. Mejorándose de forma notoria en todas las dimensiones frente a un grupo de control, que se mantuvo al margen de dicha intervención y que no mostró mejora alguna en ninguna de las dimensiones estudiadas.

Cabe señalar que los datos recabados doce meses después como seguimiento de la fase postintervención, muestran valores medios iguales o similares que los recabados tras finalizar el programa de actividades. Por lo que se concluye que la presencia del perfil de educación social y la aplicación de programas de envejecimiento activo

durante la ejecución de la intervención han provocado, además de un impacto inicial sobre la satisfacción vital y el bienestar psicológico, un efecto que se ha prolongado en el tiempo. Demostrando así que la intervención desde la educación social de forma regulada en el grupo de personas mayores institucionalizadas ha sido el factor desencadenante para la mejora de su bienestar psicológico y subjetivo percibido.



## Conclusions

The main conclusions of this thesis are the following:

- Participants of this study, both in the experimental and in the control group, had good levels of life satisfaction and on the six dimensions of psychological well-being before and after the intervention program based on active aging pillars.
- Sociodemographic variables such as gender, age, years in the institution, disability level, educational level, previous occupation, geographical distance from family members or number of visiting hours had no influence on participants' life satisfaction and on psychological well-being.
- Social network variables were significantly associated with participants' life satisfaction and psychological well-being.
- The number of children that participants had, positively and significantly correlated and with satisfaction with life and with five of the six subscales of psychological well-being (except environmental mastery). Moderate correlations were found between these variables and correlation between life satisfaction and self-acceptance was the highest
- Marital status influenced participants' scores on the dimension of autonomy, specifically divorced older people in this sample scored higher in this dimension compared to single, widowed and married older people
- The frequency with which participants received visits had an influence on life satisfaction and psychological well-being. Specifically, the scores were always higher for those participants who received daily visits versus those who received visits monthly or never received visits who scored significantly lower.
- After the application of the intervention program significant differences were found between the intervention and the control group, while the group that participated in

the new program increased their life satisfaction and psychological well-being, the group that participated in traditional activities decreased these scores.

- The long-term effectiveness of the active aging program was high, since after twelve months of participation the scores of the intervention group remained high and were higher in comparison to the scores obtained by the control group that had continued with the traditional activities.
- Satisfaction with the activities of the active aging program carried out was high in all workshops, with averages scores that exceeded 8 points.

In sum, the data initially collected from the sample of institutionalized older adults showed that they had good levels of life satisfaction and well-being, although they vary depending on some variables related to the social network; the scores of those participants who had more children and who received visits more frequently were higher. Thus, in these cases, social support and family closeness are coping and individual adaptation strategies that come into play to favor the mood improvement of institutionalized older adults.

After the life satisfaction and psychological well-being scores significantly increased for the intervention group when compared to the control group.

It should be noted that the twelve months follow-up evaluation, showed a maintenance of the scores in life satisfaction and in psychological well-being. Therefore, it can be concluded that the presence of the social education profile in nursing homes and the application of active aging programs has a positive impact on older adults' life satisfaction and psychological well-being, and this impact can still be found twelve months after the end of the intervention program. Thus, with this study we contribute to demonstrating that social educators who can work daily with

institutionalized older people could trigger perceived psychological and subjective well-being improvement among this group.



---

## Referencias

---





- Abellán, A., Aceituno, P., Pérez, J., Ramiro, D., Ayala, A., y Pujol, R. (2019). Un perfil de las personas mayores en España, 2019. Indicadores estadísticos básicos. *Informes Envejecimiento en red*, 22. Recuperado de <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos2019.pdf>
- Alba, V. (1997). *Jubilación y envejecimiento prematuro Gerontología y salud: Perspectivas actuales*. Madrid: José Buendía.
- Atienza, F.L., Pons, D., Balaguer, I., y García-Merita, M. (2000). Propiedades psicométricas de la escala de satisfacción con la vida en adolescentes. *Psicothema*, 12(2), 314-319.
- Bandura, A. (1986). *Social foundation of thoughts and actions*. Englewood Cliffs, Ca.: Prentice Hall.
- Bierman, A., y Statland, D. (2010). Timing, social support, and the effects of physical limitations on psychological distress in late life. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 65(5), 631–639
- Bond, J., Peace, S., Dittman-Kohli, F., y Westerhof, G. (2007). *Ageing in society*. Londres: Cambridge University Press.
- Bowling, A. (1988-89). Who dies after widow(er)hood? A discriminant analysis. *Omega: Journal of Death and Dying*, 19, 135-153.
- Bowling, A. (2007). Aspiration for older age in 21<sup>st</sup> century: What is successful aging? *International Journal of Aging and Human Development*, 64, 263-297.
- Bozo, O., Toksabay, N. E., y Kürüm, O. (2009). Activities of daily living, depression, and social support among elderly Turkish people. *The Journal of psychology*, 143(2), 193-205.

- Butler, J. (2006). *Vida Precaria. El poder del duelo y la violencia*. Buenos Aires: Paidós.
- Caprara, M. (2008). La promoción del envejecimiento activo. En R. Fernández Ballesteros (Ed.), *Psicología de la vejez: Una psicogerontología aplicada* (pp. 337-361). Madrid: Pirámide.
- Caprara, G. V., Steca, P., Alessandri, G., Abela, J. R., y McWhinnie, C. M. (2010). Positive orientation: Explorations on what is common to life satisfaction, self-esteem, and optimism. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, *19*(1), 63-71.
- Castel, R. (1991). De l'indigence à l'exclusion, la désaffiliation. Précarité du travail et vulnérabilité relationnelle. En J. Donzelot (Ed.), *Face à l'exclusion. Le modèle français* (pp. 137-168). Paris: Éditions Esprit.
- Castellón, A., Gómez, M. y Martos, A. (2004). Análisis de la satisfacción en los mayores de la Universidad de Granada. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, *14*(5), 252-257.
- Cerri, C. (2015). Dependencia y Autonomía: Una Aproximación Antropológica desde el Cuidado de los Mayores. *Athenea Digital*, *15*(2), 111-140.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd. Ed.). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Consejo General de Colegios Oficiales de Educadoras y Educadores Sociales [CGCEES] (2016). Por una ley de Educación Social. *Revista de Educación Social [RES]*, *24*, pp. 1251-1252.
- Díaz, D., Rodríguez-Carvajal, R., Blanco, A., Moreno-Jiménez, B., Gallardo, I., Valle, C. y Van Dierendock, D. (2006). Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. *Psicothema*, *3*, 572-577.

- Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E., y Smith, H. L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125, 276-30.
- Dumitrache, C. (2014). *La satisfacción Vital en las Personas Mayores*. Tesis doctoral. Granada: Universidad de Granada.
- Dumitrache, C.G., Rubio, L., y Rubio-Herrera, R. (2018). Extroversion, social support and life satisfaction in old age: a mediation model, *Aging & Mental Health*, 22(8), 1069-1077.
- Dumitrache, C.G., Rubio, L., y Cerdón-Pozo, E. (2018). Successful aging in Spanish older adults: the role of psychosocial resources. *International Psychogeriatrics*, 31(2), 181-191.
- España. Resolución de 28 de abril de 2012, de la Dirección General de Empleo, por la que se dispone la inscripción en el Registro por la que se registra y publica el VI Convenio colectivo marco estatal de servicios de atención a las personas dependientes y desarrollo de la promoción de la autonomía personal. *BOE*. Número 119. Publicado el 18 de mayo de 2012.
- España. Resolución de 11 de septiembre de 2018, de la Dirección General de Empleo, por la que se dispone la inscripción en el Registro por la que se registra y publica el VII Convenio colectivo marco estatal de servicios de atención a las personas dependientes y desarrollo de la promoción de la autonomía personal. *BOE*. Número 229. Publicado el 21 de septiembre de 2018.
- España. Resolución de 19 de marzo de 2019, de la Dirección General de Empleo, por la que se dispone la inscripción en el Registro por la que se registra y publica el VII Convenio colectivo marco estatal de servicios de atención a las personas dependientes y desarrollo de la promoción de la autonomía personal. *BOE*. Número 76. Publicado el 29 de marzo de 2019.

España. Resolución de 9 de julio de 1997, de la Dirección General de Trabajo, por la que se dispone la inscripción en el Registro y posterior publicación del texto del Convenio Colectivo Nacional de Residencias Privadas de la Tercera Edad. *BOE*. Número 181. Publicado el 30 de mayo de 1997.

España. Constitución Española. *BOE*. Número 311. Publicada el 29 de diciembre de 1978.

España. Ley nacional 16/2003 de 28 de mayo, del cohesión y calidad del sistema nacional de salud. *BOE*. Número 181. Publicado el 30 de julio de 2003.

España. Ley Orgánica 4/2001 de 12 de noviembre, reguladora del Derecho de Petición. *BOE*. Número 272. Publicado el 13 de noviembre de 2001.

España. Orden de 16 de mayo de 1985 por la que se aprueba el Estatuto de los Centros de la Tercera Edad del Instituto Nacional de Servicios Sociales de la Seguridad Social. *BOE*. Número 128. Publicado el 29 de mayo de 1985.

España. Orden de 4 de junio de 1993 por la que se modifica la Orden de 16 de mayo de 1985, que aprobó el Estatuto Básico de los Centros de la Tercera Edad. *BOE*. Número 174. Publicado el 22 de julio de 1993.

España. Real Decreto 1074/2012, de 13 de julio, por el que se establece el título de Técnico Superior en Integración Social y se fijan sus enseñanzas mínimas. *BOE*. Número 195. Publicado el 15 de agosto de 2012.

España. Real Decreto 1147/2011, de 29 de julio, disposición 13118, por el que se establece la ordenación general de la formación profesional del sistema educativo. *BOE*. Número 182. Publicado el 30 de julio de 2011.

España. Real Decreto 1420/1991, de 30 de agosto, por el que se establece el título universitario oficial de Diplomado en Educación Social y las directrices generales

propias de los planes de estudio conducentes a la obtención de aquél. *BOE*. Número 243. Publicado el 10 de octubre de 1991.

España. Real Decreto 861/2010, de 2 de julio de 2010, por el que se modifica el Real Decreto 1393/2007, de 29 de octubre, por el que se establece la ordenación de enseñanzas universitarias oficiales. *BOE*. Número 161. Publicado el 3 de julio de 2010.

España. Resolución de 22 de junio de 2015, de la Dirección General de Empleo, por la que se registra y publica el convenio Colectivo Estatal de acción e intervención social 2015-2017. *BOE*. Número 158. Publicado el 3 de julio de 2015.

España. Resolución de 31 de enero de 2017, del Delegado Territorial de Trabajo, Empleo y Políticas Sociales, por la que se dispone el registro, publicación y depósito del II Convenio Colectivo de Intervención Social de Gipuzkoa para los años 2015-2018. *Boletín Oficial de Guipuzcoa [BOG]*. Número 36. Publicado el 21 de febrero de 2017.

Fernández-Ballesteros, R. (1998). *Introducción a la evaluación psicológica*. Madrid: Pirámide.

Fernández-Ballesteros, R. (2009). *Envejecimiento activo*. Madrid: Pirámide.

Fernández-Ballesteros, R., Izal, M., Montorio, I., González, J., y Díaz, P. (1992). *Evaluación e intervención psicológica en la vejez*. Barcelona: Editorial Martínez Roca.

Fernández-Ballesteros, R., Molina, M.A., Schettini, R., y del Rey, A.L. (2012). Promoting active aging through university programs for older adults. *GeroPsych: The Journal of Gerontopsychology and Geriatric Psychiatry*, 25(3), 145-154.

Fernández-Mayoralas, G., Rojo-Pérez, F., Martínez-Martín, P., Prieto-Flores, M., Rodríguez-Blazquez, C., Martín-García, S., Rojo-Albuín, J., y Forjaz, M. (2015).

Active ageing and quality of life: Factors associated with participation in leisure activities among institutionalized older adults, with and without dementia. *Aging & Mental Health*, 19(11), 1031-1041.

Galli, R., Hideyuki, M., Bruscatto, N.M., Lessa, R., y Patussi, M.P. (2016). Active aging is associated with low prevalence of depressive symptoms among Brazilian older adults. *Bras Epidemiol*, 19(2), 307-316.

Hernández, P., Jimeno, J.F. y Ramos, R. (2017). *El sistema público de pensiones en España: situación actual, retos y alternativas de reforma*. Recuperado de <https://www.bde.es/f/webbde/SES/Secciones/Publicaciones/PublicacionesSeridadas/DocumentosOcasionales/17/Fich/do1701.pdf>

Higgs, P., Hyde, M., Wiggins, R., y Blane, D. (2003). Researching quality of life in early old age: The importance of the sociological dimension. *Social Policy and Administration*, 37(3), 239-252.

Huh, J., Delorme, D.E., y Reid, L.N. (2006). Perceived Third-Person Effects and Consumer Attitudes on Preventing and Banning DTC Advertising. *The Journal of Consumer Affairs*, 40, 90-116.

Ho, H.C. (2017). Elderly volunteering and psychological well-being. *International Social Work*, 60(4), 1028-1038.

IMSERSO. (2009). Percepción en niños y adolescentes de las personas mayores. *Boletín sobre el envejecimiento. Perfiles y tendencias*, 28. Recuperado de <http://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/boletinopm38.pdf>

IMSERSO. (2011). *Libro Blanco Sobre Envejecimiento Activo*. Madrid: IMSERSO.

IMSERSO. (2012). *INFORME 2012. Las Personas Mayores en España*. Madrid: IMSERSO.

- IMSERO. (2015). *Informe anual IMSERSO 2014*. Madrid: IMSERSO.
- IMSERO. (2016). *Informe anual IMSERSO 2016*. Madrid: IMSERSO.
- INE. (2009). *Encuesta Europea de Salud en España 2009. Determinantes de la salud: Cifras relativas al consumo de tabaco según sexo, grupo de edad y nivel de estudios. Población de 16 y más años*. Recuperado de <http://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t15/p420/a2009/p06/10/&file=04002.px>
- INE. (2016). *Encuesta de Salud en España 2016. Determinantes de la salud (Sobrepeso, consumo de fruta y verdura, tipo de lactancia, actividad física, cuidados en el entorno familiar)*. Recuperado de [http://www.ine.es/ss/Satellite?L=es\\_ES&c=INESeccion\\_C&cid=1259926457058&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout&param1=PYSDetalle&param3=1259924822888](http://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESeccion_C&cid=1259926457058&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout&param1=PYSDetalle&param3=1259924822888)
- INE. (2017). *Nivel y condiciones de vida: encuesta sobre equipamiento y uso de tecnologías de información y comunicación en los hogares 2017*. Recuperado el 23/10/2017: <http://www.ine.es/dynt3/inebase/es/index.htm?padre=3931&capsel=3932>
- Jiménez, M.G., Izal, M. y Montorio, I. (2016). Programa para la mejora del bienestar de las personas mayores. Estudio piloto basado en la psicología positiva. *Suma Psicológica*, 23, 51-59.
- Jones, M.C., Wells, M., Gao, C., Cassidy, B., y Davie, J. (2013). Work stress and well-being in oncology settings: a multidisciplinary study of health care professionals. *PsychoOncology*, 22, 46-53.
- Kasser, V.G., y Ryan, R.M. (1999). The relation of psychological needs for autonomy and relatedness to vitality, well-being, and mortality in a nursing home. *Journal of Applied Social Psychology*, 29(5), 935-954.



- Kaufmann, A., y Frías, R. (1993). Residencias. Lo público y lo privado. *REIS*, 73, 109.
- Killaspy, H., Prieba, S., Bremner, S., McCrone, P., Drowling, S., Harrison, I.,... King, M. (2016). Quality of life, autonomy, satisfaction, and costs associated with mental health supported accommodation services in England: a national survey. *The Lancet*, 3, 1129-1137.
- Korda, R.J., Paige, E., Yiengprugsawan, V., Lutz, I., y Friel, S. (2014). Income-related inequalities in chronic conditions, physical functioning and psychological distress among older people in Australia: cross-sectional findings from the 45 and up study. *BMC Public Health*, 14, 741.
- Kunzmann, U., Little, T.D., y Smith, J. (2000). Is age-related stability of subjective well-being a paradox? Cross-sectional and longitudinal evidence from the Berlin Aging Study. *Psychology and Aging*, 15, 511-526.
- Labrador, M.C. (2003). Las instituciones y agentes de la educación social desde el siglo XVI al XX. En A. Tiana Ferrer y F. Sáenz Fernández (Eds.), *Génesis y situación actual de la Educación Social en Europa* (pp. 105-127). Madrid: UNED
- Lasagabaster, I. (2004). *Convenio europeo de derechos humanos: comentario sistemático*. Madrid: Civitas.
- León, J., Oña, A., Bilbao, A., y Ureña, A. (2015). *Efecto de los programas de entrenamiento de ejercicio físico en la función cognitiva de las personas mayores*. Tesis doctoral. Granada: Universidad de Granada.
- Lenhard, W., y Lenhard, A. (2016). *Calculation of Effect Sizes*. Recuperado de [https://www.psychometrica.de/effect\\_size.html](https://www.psychometrica.de/effect_size.html)
- López-Barajas, E. (2002). *La educación de personas adultas: Reto de nuestro tiempo*. Madrid: Dykinson S.L.

- Marsillas, S., De Donder, L., Kardol, T., van Regenmortel, S., Dury, S., Brosens, D., ... Varela, J. (2017). Does active ageing contribute to life satisfaction for older people? Testing a new model of active ageing. *European Journal of Ageing*, 14(3), 295–310.
- Martínez, A. (2007). El envejecimiento activo y su desarrollo a través de las políticas sociales. En P. Montiel, A. Merino, A. Sánchez y A. Heredia (Comp.), *Libro de actas del 2º Congreso Internacional de Actividad Física y Deportiva para Personas Mayores* (pp. 12-25). Málaga: Instituto Andaluz del Deporte.
- Martínez-Rodríguez, T. (2011). *La atención gerontológica centrada en la persona*. Álava: Departamento de Trabajo y Asuntos Sociales del Gobierno Vasco.
- Mella, R., González, L., D'Appolonio, J., Maldonado, I., Fuenzalida, A., y Díaz, A. (2004). Factores Asociados al Bienestar Subjetivo en el Adulto Mayor. *Psyche*, 13(1), 79-89.
- Mendoza-Ruvalcaba, N., y Arias-Merino, E. (2015). "I am active": Effects of a program to promote active aging. *Clinical Interventions in Aging*, 10, 829-837.
- Minagawa, Y., y Saito, Y. (2015). Active social participation and mortality risk among older people in Japan: Results from a nationally representative sample. *Research on Aging*, 37(5), 481-499.
- Oliva Delgado, A. (2007). Desarrollo cerebral y asunción de riesgos durante la adolescencia. *Apuntes de Psicología*, 14(3), 239-254.
- Oliver, A., Galiana, L., Sancho, P., Tomás, J.M. (2015). Espiritualidad, esperanza y dependencia como predictores de la satisfacción vital y la percepción de salud: efecto moderador de ser muy mayor. *Aquichan*, 15(2), 228-238.
- OMS (2002). Envejecimiento activo: un marco político. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 37(S2), 74-105.

- Ors, A. y Maciá, L. (2013). Mayores institucionalizados. Valoración de la satisfacción y el bienestar en una residencia geriátrica religiosa. *Gerokomos*, 24(1), 18-21.
- Osorio, L., y Salinas, F. (2016). El contexto y el centro residencial para las personas adultos mayores en Colombia y España. La empresa social una alternativa para el bienestar. *Revesco*, 121, 205-227.
- Pantoja, L., Rodríguez, I., y Alicante, P. (2001). *Proyecto de Código Deontológico del educador social*. III Congreso del educador social: Barcelona.
- Park, N.S. (2009). The relationship of social engagement to psychological well-being of older adults in assisted living facilities. *Journal of Applied Gerontology*, 28(4), 461–481.
- Pérez Serrano, G. (2002). *Elaboración de Proyectos Sociales. Casos Prácticos*. Madrid: Narcea.
- Pérez Serrano, G. (2003). *Pedagogía Social. Educación Social*. Madrid: Narcea
- Pérez-Cano, V., Rubio-Herrera, R., y Padilla, D. (2015). *Vive participando: envejecimiento activo y participación social*. Madrid: Dykinson.
- Pujol, R., Abellán, A., y Ramiro, D. (2014). La medición del envejecimiento. Segunda edición. *Informes de Envejecimiento en red*, 9. Disponible en <https://envejecimientoenred.wordpress.com/2014/10/14/la-medicion-del-envejecimiento-segunda-edicion/>
- Renes, V. (1993). *Luchar contra la pobreza*. Madrid: HOAC
- Riera, J. (1998). *Concepto, formación y profesionalización de: el educador social, el trabajador social y el pedagogo social. Un enfoque interdisciplinar e interprofesional*. Valencia: Nau Llibres.
- Rodríguez, P. (2000). *Residencias para personas mayores: manual de orientación*. Madrid: Panamericana

- Rodríguez, M.T., Cruz-Quintana, F., y Pérez-Marfil, M.N. (2014). Dependencia funcional y bienestar en personas mayores institucionalizadas. *Index de Enfermería*, 23(1-2), 36-40.
- Rodríguez Cabrero, G. (1989). Orígenes y evolución del Estado de Bienestar español en su perspectiva histórica. Una visión general. *Revista Universidad Complutense de Madrid*, 2, 79-87.
- Romans, M., Trilla, J., y Petrus, J. (2000). *De profesión: Educador Social*. Barcelona: Paidós.
- Romero, G., De Miguel, S., y De Haro, A. (2016). El educador social en la promoción y construcción de la ciudadanía activa en las personas mayores. VII Congreso Estatal de Educación Social. *Revista de Educación Social [RES]*, 24, 681-688.
- Rubio, L., Dumitrache, C.G., y Cordon-Pozo, E. (2018). Do past stressful life events and personal control beliefs predict subjective wellbeing in old age? Evidence from a Spanish nationwide representative sample. *Ageing & Society*, 38, 2519-2540.
- Ryff, C. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1069-1081.
- Sáez, J. (2003). *La profesionalización de los educadores sociales. En busca de la competencia educativa cualificadora*. Madrid, Dykinson.
- Sampasa-Kanyinga, H., Zamorski, M. A., y Colman, I. (2018). Mental Disorder, Psychological Distress, and Functional Status in Canadian Military Personnel. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 63(9), 620-628.

- Seeman, T.E., Kaplan, G.A., Knudsen, L., Cohen, R., y Guralnik, J.M. (1987). Social network ties and mortality among tile elderly in the ALAMEDA County Study. *American Journal of epidemiology*, 126, 714-723.
- Senra, M. (2011). *Ámbitos y estrategias en la intervención socioeducativa*. Madrid: Sanz y Torres.
- Senra, M. (2012). *La formación práctica en intervención socioeducativa*. Madrid: Sanz y Torres.
- Servicios Sociales del Gobierno Vasco y Matia Instituto Gerontológico (2015). *Plan estratégico de envejecimiento activo 2015-2020*. Vitoria: Servicio Central de publicaciones del Gobierno Vasco.
- Servicios Sociales del Gobierno Vasco y Matia Instituto Gerontológico (2015). *Plan estratégico de envejecimiento activo 2015-2020*. Vitoria: Servicio Central de publicaciones del Gobierno Vasco.
- Stephoe, A., Deaton, A., y Stone, A.A. (2015). Psychological wellbeing, health and ageing. *Lancet*, 385, 640–648.
- Tomás, J.M., Meléndez, J.C., y Navarro, E. (2008). Modelos factoriales confirmatorios de las escalas de Ryff en una muestra de personas mayores. *Psicothema*, 20(2), 304-310.
- Vallés, J. (2011). *Análisis y valoración de las funciones de los educadores sociales en España*. Tesis doctoral. Madrid: UNED Recuperado de <http://e-spacio.uned.es/fez/eserv/tesisuned:Educacion-Jvalles/Documento.pdf>
- Valor Segura, I., González Ruiz-Ruano, V., Fresnedas Blanco, M.J., Carrillo Pareja, A.M., Martín Rot, A., y García Pereira, S. (2014). Satisfacción laboral, satisfacción vital y autoestima en una muestra comparada de sujetos con estudios superiores y no superiores. *Reidocrea*, 3(7), 50-59.

- Van Malderen, L., Mets, T., y Gorus, E. (2013). Interventions to enhance the quality of life of older people in residential long-term care: A systematic review. *Ageing Research Reviews*, 12(1), 141-150.
- Vázquez, C., Rahona, J.J., Gómez, D., Caballero, F.F., y Hervás, G. (2015). A national representative study of the relative impact of physical and psychological problems on life satisfaction. *Journal of Happiness Studies*, 16(1), 135-148.
- Verma, J.P. (2013). *Data Analysis in Management with SPSS Software*. India: Springer.
- VV.AA. (2014). *Guía didáctica del Practicum IV. Curso docente 2014-2015. Equipo docente Educación Social*. Madrid, UNED.
- Windsor, T.D., Curtis, R.G., y Luszcz, M.A. (2015). Sense of purpose as a psychological resource for aging well. *Developmental psychology*, 51(7), 975-986.
- Wissing, M.P. y Temane, Q.M. (2008). The structure of psychological well-being in cultural context: Towards a hierarchical model of psychological health. *Journal of Psychology in Africa*, 18, 45-55.
- Woo, J., Leung, J., y Zhang, T. (2016). Successful aging and frailty: Opposite sides of the same coin? *Journal of the American Medical Directors Association*, 17, 797-801.
- Zhang, Z., y Zhang, J. (2015). Social participation and subjective wellbeing among retirees in China. *Social Indicators Research*, 123(1), 143-160.  
<https://doi.org/10.1007/s11205-014-0728-1>
- Zubieta, E., Fernández, O. y Sosa, F. (2012). Bienestar, Valores y Variables Asociadas. *Boletín de Psicología*, 106, 7-27.



---

## **Anexos**

---





## **ANEXO I.- DIAGNÓSTICO COMPETENCIAL DE LA EDUCACIÓN SOCIAL Y SU ADECUACIÓN INSTITUCIONAL**

Plasmadas las competencias y orígenes conceptuales de la profesión de la educación social y las funciones de los distintos miembros del equipo profesional, se encuentra una serie de similitudes entre sus funciones. Similitudes también apreciadas en la evolución que han vivido los complejos hasta los presentes días, en las que las necesidades de los residentes se han visto aumentadas.

Recabando las funciones de la educación social en el área de intervención de atención a personas mayores y en la intervención socioeducativa (Senra, 2012), junto con sus competencias profesionales, se realiza un contraste frente a las funciones de carácter psicosocial ejercidas por los distintos miembros profesionales de las residencias. Para su exposición se presenta la siguiente Tabla 4.2.

Analizando la tabla comparativa en torno a las funciones ejercidas actualmente en los centros geriátricos de forma multidisciplinar, y las competencias e historia evolutiva de la profesión de la educación social, se llega a concluir de forma teórica, que como profesional social el educador posee las capacidades funcionales y competenciales suficientes como para poder ejercer cualquier labor psicosocial.

Sirviendo de apoyo, en aquellas tareas que requieran de más personal en momentos puntuales del desarrollo de los complejos. Pero, además, queda demostrada, la capacidad de generar intervenciones desde el ejercicio de sus competencias que mejoren los proyectos y enriquezcan la atención ofrecida desde las residencias.

Esta afirmación, va acompañada de una reflexión paralela y una exhaustiva revisión bibliográfica, donde destacan 19 competencias y funciones que ejercen una mejora en la intervención psico-social, atendiendo aspectos olvidados de todo proyecto social: la búsqueda de la percepción de calidad de vida de la persona residente, y la promoción de su empoderamiento y autoestima.

Tabla A.1

*Contraste competencial y funcional de la educación social frente a las funciones actuales.*

<b>Competencia de la Educación Social</b>	<b>Coincide</b>	<b>Mejora</b>	<b>Función del Centro Geriátrico</b>	<b>Profesional</b>
Gestionar y planificar la actividad profesional.	x		Planificar y organizar el trabajo social del centro mediante una adecuada programación de objetivos y cronograma.	TS
Desarrollar procesos cognitivos superiores.		x	Colaborar y realizar aquellos estudios encaminados a investigar los aspectos sociales relativos a los residentes.	TS
Gestionar procesos de mejora, calidad e innovación.		x	Colaborar en el seguimiento o la evaluación del proceso recuperador o asistencial de los residentes del centro.	TO
Comunicarse de forma oral y escrita en todas las dimensiones de su actividad profesional con todo tipo de interlocutores.	x		Participar en la comisión técnica y en la elaboración de un plan general de actividades individuales y grupales.	TS
Utilizar de forma eficaz y sostenible las herramientas y recursos de la sociedad del conocimiento.		x	Ejercer docencia, realizar charlas y ponencias que guarden relación con esta categoría profesional.	Tasoc
Trabajar en equipo.	x		Coordinarse con todo el equipo multiprofesional.	EP
Comprender la trayectoria de la Educación Social y la configuración de su campo e identidad profesional.	x		Participar con el equipo multiprofesional o departamento médico en la elaboración de las orientaciones o de la atención que necesiten los residentes.	EP
Desarrolla actitudes éticas de acuerdo con los principios deontológicos y el compromiso social.	x		Ser responsable ante cualquier incidencia que surja, en cualquier tipo de labor propia o de los animadores socioculturales. Y participar en el plan general.	Tasoc

<b>Competencia de la Educación Social</b>	<b>Coincide</b>	<b>Mejora</b>	<b>Función del Centro Geriátrico</b>	<b>Profesional</b>
Promover actitudes de acuerdo con los principios humanos y los principios democráticos, y poseer la capacidad de empatía, autocontrol y autoestima.		x	Coordinar el voluntariado y alumnos en prácticas de animación sociocultural; y coordinar los grupos de trabajo y actividades de animación sociocultural.	Tasoc y TS
Elaborar y gestionar medios y recursos para la intervención socioeducativa.		x	Acceder a las fuentes de información y procedimientos para obtener recursos necesarios y poner en marcha procesos culturales.	Tasoc
Dirigir y coordinar planes y programas socioeducativos.	x		Desarrollar y ejecutar las diversas técnicas de animación, individuales y/o grupales, que impliquen a los usuarios en la ocupación de su tiempo libre y promover así su integración y desarrollo grupal.	Tasoc
Intervenir en proyectos y servicios socioeducativos y comunitarios.		x	Realizar actividades auxiliares de psicomotricidad, lenguaje, dinámicas y rehabilitación personal y social a los residentes; participar en las áreas de ocio y tiempos libres del usuario del centro. Y participar en el plan general de actividades del centro.	TO
Diseñar e implementar procesos de evaluación de programas, agentes, ámbitos y estrategias de intervención socioeducativa.		x	Ejecutar y presupuestar proyectos y programas varios, así como la realización de los informes y evaluaciones pertinentes.	Tasoc
Elaborar e interpretar informes técnicos, de investigación y evaluación sobre acciones, procesos y resultados socioeducativos.	x		Ejecutar las actividades administrativas y realizar los informes sociales de los residentes, y los que le sean pedidos por la dirección del centro, facilitar información sobre los recursos propios, ajenos y efectuar la valoración de su situación personal, familiar y social.	TS

<b>Competencia de la Educación Social</b>	<b>Coincide</b>	<b>Mejora</b>	<b>Función del Centro Geriátrico</b>	<b>Profesional</b>
Capacidad para resolver problemas.	x		Realizar las gestiones necesarias para la resolución de problemas sociales que afecten a los residentes principalmente con las entidades e instituciones locales.	TS
Conciencia profesional.	x		Visitar a los residentes enfermos.	TS
Capacidad de comunicación y apertura hacia los demás.	x		Coordinarse con todo el equipo multiprofesional del Centro Residencial.	Tasoc
Capacidad de perspectiva y conocimiento social.		x	Coordinación con profesionales de diversa cualificación para diseñar estrategias de intervención cultural.	Psi
Crear proyectos de intervención socioeducativa, en los que se persiga un doble fin: erradicar las desigualdades que generan vulnerabilidad en los individuos; y promover la transformación social.	x		Crear una intervención integral para cada uno de los usuarios residentes, incluyendo la rehabilitación cognitiva, la estimulación física y los programas de apertura e inserción comunitaria.	Psi
Desarrollar individuos autónomos y equilibrados, a través de diversas estrategias educativas. Fomentando así, la creación de un espíritu crítico, que cuestione y plantee la transformación social de las problemáticas surgidas en la sociedad.		x	Fomentar la integración y participación de los residentes en la vida del centro y de su entorno.	TS
Evitar el desarraigo familiar, social y/o comunitario	x		Gestionar la creación de grupos de apoyo, para la promoción de la participación de las familias en las residencias.	Psi

<b>Competencia de la Educación Social</b>	<b>Coincide</b>	<b>Mejora</b>	<b>Función del Centro Geriátrico</b>	<b>Profesional</b>
Diagnosticar y conocer el contexto social-familiar de la persona, e implantar nuevas estrategias para su impulso y sostenimiento.		x	Colaborar en las materias de su competencia en los programas que se realicen de formación e información a las familias de los usuarios a las instituciones; y realizar las labores previas a la incorporación del residente, facilitando la gestión administrativa; la adaptación al centro del usuario; y de la familia del residente.	TO TS
Crear proyectos de intervención adaptados a las características individuales: formación, intereses, capacidades, limitaciones físicas...		x	Participar en la asignación y cambio de habitaciones y mesas del comedor con el departamento de enfermería y la dirección.	TS
Gestionar las experiencias vitales, necesidades y capacidades de cada individuo, para desarrollar una intervención socioeducativa individualizada con mayor eficacia, centrándose en la búsqueda de autorrealización, y la mejora de la autoestima.		x	Realizar los tratamientos sociales mediante el servicio social de cada caso y de grupo a todos los residentes.	TS
Realizar procesos de mejora y evaluación, en los distintos proyectos de intervención para su eficacia y aprovechamiento de los recursos disponibles.		x	Crear reuniones periódicas con el resto del equipo, así como con los responsables de los diferentes centros donde se realice la labor de animación sociocultural; y crear una intervención orientada a la mejora en cuanto al clima laboral, previniendo el estrés a través de técnicas de relajación, formación de habilidades asertivas...	Tasoc y Psi

Competencia de la Educación Social	Coincide	Mejora	Función del Centro Geriátrico	Profesional
Incluir en el proceso de intervención, estrategias para la mejora de la percepción del sector de la tercera edad en la sociedad y en la comunidad, utilizando técnicas diagnósticas.		x	Conocer, proponer y hacer operativos los procesos de intervención cultural en sus vertientes de gestión y educativa.	Tasoc
Analizar y diagnosticar a través de técnicas profesionales, la realidad que enmarca a cada uno de los individuos.	x		Realizar su actividad en el ámbito educativo, interviniendo en actividades culturales, sociales, educativas y recreativas.	Tasoc
Trasformar las carencias y necesidades recabadas de los individuos y grupos, en objetivos y metas a alcanzar.		x	Fomentar el desarrollo integral de los usuarios mediante la acción lúdico-educativa.	Tasoc
Crear un proyecto de intervención socioeducativo, que promueva el proyecto vital del individuo, dando un sentido a su vida.		x	Realizar programas y proyectos específicos.	Tasoc
Crear un flujo de relaciones positivas en el entramado social del proyecto.	x		Establecer relaciones entre los ámbitos cultural y educativo con los procesos sociales y económicos.	Tasoc
Favorecer la creación de un sentimiento de pertenencia al grupo y promocionar la contribución social		x	Motivar a los residentes sobre la importancia de su participación para conseguir su integración y relación positiva con el entorno.	Tasoc

*Nota.* Trabajador Social (TS), Terapeuta Ocupacional (TO), Técnico en Animación Sociocultural (Tasoc), Psicólogo (Psi), todo el equipo profesional (EP).  
*Fuente:* Las competencias generales, específicas y personales-profesionales de la Educación Social (Guía didáctica del Prácticum IV del curso 2014-2015 propuesto por el Equipo docente Educación Social de la UNED). Las funciones desempeñadas por el equipo profesional de los Centros Geriátricos (Convenios estatales de Residencias Privadas de Personas Mayores, entre los años 1997 y 2012).

### **1. Desarrollar procesos cognitivos superiores**

Desde la profesión de trabajo social, se busca investigar y recabar información, en torno a diversos aspectos del residente para ajustar una intervención de forma personalizada y característica. Desde la educación social, se promueve recabar esa información, pero localizando posibles factores que puedan generar hermetismo o marginación sociofamiliar en el sujeto. Caracterizando el paso de su hogar, a una institución, con los menos cambios en hábitos sociales y familiares, posibles.

### **2. Gestionar procesos de mejora, calidad e innovación**

La terapia ocupacional, colabora en el seguimiento y evolución del proceso recuperador de los residentes, pero no realiza dicha labor, teniendo en cuenta los recursos preventivos que se pueden llevar a cabo para la minimización de posibles errores en el desarrollo de las tareas. Estos errores, provienen de factores tan diversos, como desde los profesionales, hasta de la propia intervención. Es por ello, que se debe gestionar una red de evaluación continua, de los procesos. Conociendo en cada una de las fases, las metas y logros que se desea conseguir, y la eficiencia con la que se está llevando a cabo dicho fin. Desde la educación social se promueve la evaluación procesual de cada uno de los distintos apartados y actividades del programa recuperador y desarrolla el sentido crítico para la selección de las propuestas más adecuadas.

### **3. Utilizar de forma eficaz y sostenible las herramientas TIC**

Desde la Animación Sociocultural, promover charlas y jornadas para dinamizar su labor en los complejos, es una novedad que en la actualidad, se encuentra vigente y en expansión. Pero la falta de recursos financieros, creativos y materiales, pueden mermar todas sus potencialidades. Desde la educación social, se promueve estimular a todo el



entramado profesional, a ejercer labores de docentes y ponentes en charlas y jornadas, dirigido a distintos grupos (estudiantes, voluntariado, familiares de los residentes, residentes, otro equipo de profesionales...); y paralelamente, a ser alumno permanente, de dichas jornadas y formaciones. El educador social, además de poder ejercer como formador de formadores, tiene las herramientas suficientes como para poder minimizar los posibles impedimentos que puedan surgir, como la falta de espacios o tiempo en el personal laboral, a través de las nuevas tecnologías.

#### **4. Promover actitudes acordes a los Derechos Humanos**

Además de ejecutar y elaborar los proyectos de intervención para la mejora psicosocial del residente, es necesario realizarlos desde la promoción de los derechos humanos y los principios deontológicos de todo profesional. Pero además de saber usar sus herramientas profesionales, es necesario que el profesional muestre empatía, autocontrol y positividad en su praxis. Desde la educación social, los rasgos que definen la ejecución, está caracterizada por la asertividad y el autocontrol. Sólo si existen vías comunicativas positivas, se puede establecer una base sólida, para que el o la residente, se sienta cómodo para compartir sus posibles necesidades u opinión respecto a la gestión de su propia intervención.

#### **5. Elaborar y gestionar recursos y medios para la intervención**

Los distintos recursos sociales que intervienen en la elaboración de un proyecto, pueden procedes de distintas fuentes. Desde la animación sociocultural, la gestión de distintos mecanismos y procesos culturales, son elaborados a través de la recopilación de información procedente, de las oportunidades que, tras entidades sociales, ofrecen. Desde la profesión de la Educación Social, estas oportunidades, son creadas y

promovidas, por el propio educador/a. Innovando cualquier intervención, a través de su sustentación financiera, humana y material, que proporcione estabilidad.

### **6. Intervenir en proyectos socioeducativos y comunitarios**

Desde la terapia ocupacional y animación sociocultural, la realización de un programa de actividades, que estimulen la participación de los residentes, resulta ser el pilar fundamental de los objetivos a alcanzar en su intervención. Desde la educación social, el diagnóstico exhaustivo realizado con anterioridad a la planificación, y la transformación de necesidades individuales, sociales y comunitarias; en objetivos a conseguir subsanar, ponen de relieve la capacidad de intervenir en un mismo proyecto/acción, más de un objetivo a alcanzar por un grupo determinado de destinatarios. Afectando esta transformación, a los residentes, participantes, familiares, y comunidad en general. Esta capacidad del educador/a, le transforma en mediador y coordinador de las distintas actividades realizadas.

### **7. Diseñar e implementar procesos de evaluación**

El animador sociocultural ejecuta y presupuesta, el programa de actividades que presenta ante una intervención del completo. Así mismo, ofrece una evaluación sobre el mismo, en forma de informe.

Desde la educación social, esta evaluación es realizada científica y técnicamente, recopilando información relativa a la evaluación procesual de cada uno de las fases en la construcción y ejecución del proyecto; así, como de los ámbitos, participantes y agentes involucrados en su desarrollo. Generando un informe final evaluativo completo, íntegro, y con una gran capacidad de mejorar futuras intervenciones.

## **8. Desarrollar individuos autónomos y equilibrados**

Fomentando diversas estrategias educativas y el espíritu crítico de los participantes, la educación social forma a individuos para que se planteen su situación. Hallando por sí mismos la problemática surgida, y originando una transformación personal y social.

Los trabajadores sociales, luchan por fomentar en sus intervenciones en la participación del residente en la vida del centro y de su entorno. No sólo se debe estimular la participación y la socialización entre los residentes, sino que es necesario gestionar una intervención, que no rompa los vínculos sociales con el exterior. Manteniendo intacto, su círculo de amistades previos a la institución.

Pero además de ello, la información de lo que sucede en su entorno más próximo y lejano, debe estar muy presente en el sujeto. No sólo se debe incentivar la apertura social y comunicativa entre las cuatro paredes del complejo, sino que se debe dar voz y opinión, ante noticias recabadas en diversos medios de comunicación. Es decir, incluir una intervención que dote de voz y de espíritu crítico ante la vida.

## **9. Diagnosticar y conocer el contexto integral de la persona**

Desde la atención psico-social ofrecida en los complejos, la intervención en el sostenimiento y mejora del vínculo familiar con los residentes se encuentra plasmada en multitud de actividades y jornadas denominadas “familiares”. En ellas, se crean grupos de ayuda, charlas, festejos... Centrando la comunicación usuario-familiar, en los inicios de la institucionalización para la mejora en su adaptación al centro. Estos esfuerzos iniciales, quedan mermados con el paso del tiempo, debido a la falta de tiempo ofrecido por los familiares, en la atención del vínculo emocional con la persona residente.

Es por ello, que desde la educación social, se promueve una intervención real, que cree actividades para el sostenimiento a lo largo de toda la vida del residente, de sus

vínculos familiares externos. Paralelamente, como forma de incentivar a las familias a estrechar lazos con los centros, se propone la creación de una figura mediadora, que ejerza de comunicador e interventor, en la elaboración de informes y evaluaciones con el equipo profesional del centro. Conociendo sus opiniones, inquietudes... Y creando así mismo, jornadas, charlas, que erradiquen estereotipos en torno al envejecimiento y patologías.

### **10. Crear proyectos adaptados a las características individuales**

Desde trabajo social, la asignación de habitaciones y de mesas en los comedores, son estudiadas en base a informes médicos, intereses de los residentes, opinión de los familiares, etc. Pero no se tiene en cuenta la opinión directa, de los propios usuarios. Es necesario incluir en las intervenciones y posibles modificaciones de estas, la opinión y voz, de los individuos destinatarios. Para su confección, se debe establecer entrevistas, cuestionarios... para recoger toda nueva información relevante.

### **11. Gestionar las experiencias vitales y la promoción de la autonomía**

La intervención psico-social ofrecida en la actualidad por los centros, promueve actividades acordes a las capacidades funcionales e intereses de los usuarios. Creando una intervención individual, donde poder tratar a través de las actividades, aspectos emocionales (autoestima, autovalía, satisfacción), y del propio tratamiento para la estimulación físico-cognitiva.

Pero no sólo basta con saber qué actividades son necesarias para la estimulación cognitiva o física, adecuándolas a las capacidades funcionales del usuario; es necesario enriquecer, modificar y reflexionar, en torno a si estas acciones, son satisfactorias y acordes, a las inquietudes del residente. Promocionando de esta forma, la autoestima,

autovalía y la autorrealización; e incluyendo la historia de vida y experiencias, del usuario.

## **12. Realizar procesos de mejora para la eficiencia**

Actualmente, desde el departamento de psicología de los centros geriátricos, se establecen unas líneas de intervención, para la mejora del clima laboral de los cuidadores. En este caso, son protagonistas los: auxiliares de geriatría, enfermeros, médicos, animadores socioculturales y el resto de profesionales circundantes. Profesionales en contacto directo con los residentes, los cuales también deben ser además de formados, protegidos ante posibles manifestaciones de sobrecarga laboral, que puedan afectar a su vida privada.

Detectar el estrés o la sobrecarga laboral, es un pilar fundamental en la mejora del clima laboral. Pero resulta insuficiente, sin herramientas para sufragar el malestar que genera, una mala comunicación entre los profesionales y los residentes. La adecuada formación respecto a la erradicación de estereotipos o la estimulación de habilidades, como la asertividad y la capacidad de trabajar en equipo, son aspectos ya olvidados en este tipo de intervención. Desde la educación social, se busca fomentar unas actividades evaluativas, donde además de detectar precozmente síntomas de estrés, promuevan una mejora en la percepción del envejecimiento, y en el clima laboral.

## **13. Mejorar la (auto) percepción del proceso de envejecimiento**

Desde la animación sociocultural, se gestionan distintas actividades desde el ámbito educativo y cultural. Promocionando así, la participación social e interacción cultural de los residentes. Insuficiente ante las nuevas necesidades surgidas ante el incremento de formación e inquietudes intelectuales entre las personas residentes. No

sólo basta con crear una programación cultural general, sino que esta, debe atender inquietudes del grupo y de forma individual, calibrar si esta actividad ofertada, repercute positivamente en la satisfacción del usuario.

Además, debe ser ejecutada, utilizando distintos procesos de interacción con otras entidades sociales. Enriqueciendo su práctica, utilizando los propios recursos humanos del complejo, y abriendo vías de comunicación novedosas entre la comunidad (centros escolares, institutos, asociaciones...) y el centro geriátrico y sus residentes.

#### **14. Transformar las carencias en metas activas**

Fomentar el desarrollo integral del individuo en el ejercicio de las actividades propuestas desde la animación sociocultural, resulta una tarea incompleta ante el enfoque desde el que se aborda. Una perspectiva lúdica-educativa, promueve la participación y la estimulación físico-cognitiva, pero no recoge aspectos tan importantes como la participación de las familias y de la comunidad en su realización. Provocando, el propio hermetismo al que se “autosomete” en la actualidad, los diversos complejos, y por consiguiente, sus residentes.

#### **15. Promover el proyecto vital, la toma de control y la autonomía**

La especificidad del que debe caracterizar el programa de actividades realizadas desde la animación sociocultural, debe incluir aspectos tan variables como la historia de vida del residente, intereses, profesión, formación... E inquietudes intelectuales actuales y futuras.

Por lo que un proyecto de intervención fijo, sin variantes, resulta insuficiente ante personas mayores en continua evolución bio-psico-social. Las actividades, deben ajustarse a sus capacidades físicas, cognitivas y sociales. De manera que las actividades ofrezcan la misma a estimulación de su autoestima, autovalía, autorrealización y control

respecto a su vida, a pesar de tener que ajustarse al individuo a lo largo de su estancia en el complejo. Además, la persona mayor tiene voz propia, y derecho a participar activamente en el complejo, en la sociedad, y en la comunidad en general.

### **16. Potenciar el sentimiento de pertenencia y participación grupal.**

Desde la animación sociocultural se fomenta la participación a través de la integración de actividades sociales. Participación que, sin una nueva gestión, no obtendrá resultados positivos. La comunidad debe estar también integrada en la construcción de la intervención, fomentando la erradicación de los estereotipos asignados comúnmente, a los procesos de envejecimiento y de los Centros Geriátricos. Un acercamiento real entre comunidad y complejos, es uno de los pilares fundamentales a promover desde la atención psico-social de la persona mayor residente. Creando vínculos fuera del complejo, que incidan en la erradicación de estereotipos negativos, un sostenimiento de su identidad como miembro activo y valioso de la sociedad y un flujo continuo de información concerniente a su vida social y toma de control de su propia vida.

### **17. Promover las relaciones humanas como aprendizaje permanente**

Autores como Pérez Serrano, interpretan la intervención desde la perspectiva de la Educación Social como el favorecimiento del desarrollo de la personalidad de los individuos a través de la búsqueda de su puesto en una Comunidad (Pérez Serrano, 2003, pp. 119-140).

Los complejos geriátricos son pequeñas comunidades en las que las relaciones humanas y el hábito de la convivencia representan los pilares básicos para que una persona mayor institucionalizada alejada de su hogar, sea capaz de afrontar de forma

satisfactoria este gran cambio en su etapa vital. Promover de forma continuada encuentros sociales, mediar en estas relaciones y adaptar las acciones con un criterio evaluativo para su perfeccionamiento es la suma de un proyecto que evite el aislamiento afectivo de las personas mayores residentes.

### **18. Individualizar las acciones**

Las intervenciones sociales corren el riesgo de ser un bloque de actividades que son dirigidas a un grupo de destinatarios sin usar la reflexión en la adecuación personal de cada uno de sus participantes.

Desde esta afirmación, la Educación Social se convierte en un recurso para adaptar a la persona mayor a un medio social concreto donde se reflexione sobre sus características individuales e inquietudes. Una de las funciones que sostienen esta capacidad de adaptación, es la recogida en el Convenio Colectivo del Personal Laboral del Instituto Nacional de Servicios Sociales (BOE 7-10-92), donde expone que el educador/a social debe encontrarse preparado para potenciar las estrategias necesarias para saber situarse en el tiempo y en el espacio, tanto en la dimensión grupal como individual.

### **19. Poner fin al concepto clásico de residencia**

Esta perspectiva se fundamenta en potenciar la autonomía del individuo, quien encuentra la institucionalización como un freno a su proceso vital de socialización y a su capacidad de decisión. Esta ausencia de libertad, provoca síntomas de insatisfacción, depresión e incluso, ansiedad a pesar de realizar actividades de su interés. La educación Social crea proyectos interventivos en los que la autonomía personal y adecuación sea el medio fundamental para que la acción funcione. Estas estrategias no son un fin en sí



mismas, sino un instrumento para alcanzar objetivos de un proyecto integral (Pérez Serrano, 2003, p.133).

### **Diagnóstico competencial de la educación social como respuesta**

Un tercer análisis en este capítulo supone conocer las necesidades detectadas en contraposición de las mejoras a través de las competencias profesionales de la educación social en la atención psicosocial de los complejos.

Para ello, se recaban las propias en el área de intervención de atención a personas mayores y en la intervención socioeducativa (Senra, 2012), junto con sus competencias profesionales (ASEDES, 2007), contrastándolas con el fin de evidenciar la solvencia a las problemáticas actuales de los centros, tanto internos como externos en la Tabla 4.3.

En ella se dividen las carencias, en cuatro grupos de participantes en los complejos: los residentes, sus familiares; el equipo profesional y los centros de mayores.

Tabla A.2

*Contraste entre los puntos débiles detectados y las mejoras funcionales ofrecidas por la educación social*

Puntos Débiles Detectados	<i>Destinatarios</i>	<b>Mejoras Ofrecidas</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Falta de la introducción del uso de TIC como cauce de comunicación, formación y/o ocio.</li> <li>- Falta de proyectos de intervención que estimulen el empoderamiento, autonomía y autocontrol.</li> <li>- Falta de proyectos de intervención de Envejecimiento Activo.</li> <li>- Pérdida de usuarios, ante la aparición de nuevas alternativas que le posibilitan su estancia domiciliaria.</li> </ul>	<i>Usuarios</i>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gestionar las experiencias vitales, necesidades y capacidades de cada individuo, para desarrollar una intervención socioeducativa individualizada con mayor eficacia, centrándose en la búsqueda de autorrealización individual, y la mejora de la autoestima.</li> <li>2. Desarrollar procesos cognitivos superiores.</li> <li>3. Crear un proyecto de intervención socioeducativo, que promueva el proyecto vital del individuo, dando un sentido a su vida. E incentivar el crecimiento personal a través de la libre opinión, y la toma de un control positivo respecto a su vida.</li> <li>4. Desarrollar individuos autónomos y equilibrados, a través de diversas estrategias educativas. Fomentando así, la creación de un espíritu crítico, que cuestione y plantee la transformación social de las problemáticas surgidas en la sociedad.</li> <li>5. Crear proyectos de intervención adaptados a las características individuales: formación, intereses, capacidades, limitaciones físicas...</li> <li>6. Trasformar las carencias y necesidades recabadas de los individuos y grupos, en objetivos y metas a alcanzar a través de un proyecto socioeducativo operativo.</li> </ol>

- |  |                                  |  |
|--|----------------------------------|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Personal con sobrecarga laboral.</li> <li>- Falta de proyectos formativos en materia de envejecimiento activo en el personal.</li> <li>- Falta de proyectos interventivos, para la mejora emocional y laboral del personal.</li> <li>- Mala percepción social y comunitaria respecto a los complejos geriátricos y su atención prestada.</li> </ul> | <p><i>Equipo Profesional</i></p> | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Promover actitudes de acuerdo con los principios humanos y los principios democráticos. Poseer la capacidad de empatía, autocontrol y autoestima.</li> <li>2. Utilizar de forma eficaz y sostenible las herramientas y recursos de la sociedad del conocimiento.</li> <li>3. Gestionar procesos de mejora, calidad e innovación.</li> <li>4. Realizar procesos de mejora y evaluación, en los distintos proyectos de intervención para su eficacia y aprovechamiento de los recursos disponibles.</li> </ol> |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Falta de proyectos interventivos sobre la importancia del vínculo familiar.</li> <li>- Mala percepción social y comunitaria respecto a los complejos geriátricos y su atención prestada.</li> </ul>   | <p><i>Familiares</i></p>         | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Diagnosticar y conocer el contexto social-familiar de la persona, e implantar nuevas estrategias para su impulso y sostenimiento. A fin, de evitar el desarraigo familiar, social y/o comunitario.</li> </ol>  |

- 
- |   |  |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>- Mala percepción social del envejecimiento.</li><li>- Mala gestión de recursos humanos, financieros y materiales.</li><li>- Falta de proyectos de intervención de Envejecimiento Activo.</li><li>- Falta de proyectos de intervención que asienten nuevos cauces de comunicación entre diversas entidades.</li></ul> | <p><i>Comunidad</i></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Incluir en el proceso de intervención, estrategias para la mejora de la percepción del sector de la tercera edad en la sociedad y en la comunidad, utilizando técnicas diagnósticas para establecer la percepción de esa agrupación de personas mayores concretamente.</li><li>2. Favorecer la creación de un sentimiento de pertenencia al grupo. Promocionar la contribución social, donde el individuo sienta que su presencia, aporta un efecto positivo en el grupo que integra. Desarrollando y/o estimulando, la percepción de su autoeficacia y autovalía. Y favorecer la percepción del crecimiento paralelo y unísono, entre individuo y comunidad. A esta percepción, se le denomina <i>Actualización Social</i>.</li><li>3. Elaborar y gestionar medios y recursos para la intervención socioeducativa.</li><li>4. Diseñar e implementar procesos de evaluación de programas, agentes, ámbitos y estrategias de intervención socioeducativa.</li><li>5. Intervenir en proyectos y servicios socioeducativos y comunitarios.</li></ol> |
|---|--|

Además de la coincidencia conceptual, en torno a su potencial adaptativo a los nuevos requerimientos sociales, los complejos geriátricos y la profesión de la Educación Social utilizan una misma herramienta que representa en palabras de autores como Senra (2011), la máxima concreción de la gestión social: los proyectos de intervención.

La capacidad de concreción alcanza su eficiencia, a través de técnicas, recursos e instrumentos, que validen un adecuado diagnóstico de las modificaciones que sufren las distintas agrupaciones de individuos, ante factores sociales, económicos o personales. Incluyendo datos y factores propios de los destinatarios, hasta los participantes que se ven afectados en cierta medida, por dicho proyecto de intervención o cambios en la asistencia geriátrica en el caso de las residencias.

## **ANEXO II.- CONSENTIMIENTO INFORMADO DE LA PARTICIPACIÓN DEL COMPLEJO Y SUS RESIDENTES EN EL ESTUDIO**

### CONSENTIMIENTO VOLUNTARIO PARA LA APORTACIÓN DE INFORMACIÓN EN LA INVESTIGACIÓN:

*“Inclusión de la Educación Social en la Intervención Gerontológica de las Residencias. Necesidades, Desafíos y Propuestas Innovadoras.”*

El uso y tratamiento de dichos datos, tienen la principal finalidad de conocer los índices de bienestar subjetivo, la soledad percibida y satisfacción vital de sus residentes, siendo un instrumento para validar la introducción de programas de Envejecimiento Activo como proyecto de intervención gerontológico, que mejore su calidad de vida percibida; así, como la importancia de la inclusión de la Educación Social, como un miembro profesional pertinente y requerido en la actualidad.

En dicho estudio, se harán una serie de preguntas relacionadas con su satisfacción, bienestar, soledad percibida, calidad de vida, autonomía y proyectos vitales. La información que se obtenga por su participación se utilizará para presentar un trabajo de investigación orientada en la UGR y para la publicación de artículos científicos, siendo estrictamente confidencial y conocida sólo por los investigadores.

Su participación es voluntaria, y podrá de decidir libremente en cualquier momento no concluirla y retirar su consentimiento. Cabe añadir, que los resultados obtenidos, le serán reportados para su propio conocimiento. De manera, que se encontrará probablemente interesado/a en conocer diversos aspectos que pueden mejorar la intervención en sus complejos geriátricos, que quizá, desconocía. Así, como disfrutar de nuevas actividades potenciales, que enriquezcan la estancia de sus 141 residentes.

SI FIRMA EN ESTE DOCUMENTO INDICA QUE HA DECIDIDO AUTORIZAR LA RECOGIDA DE INFORMACIÓN DE SUS RESIDENTES; JUNTO CON LOS DATOS RECABADOS DE LAS ENCUESTAS QUE A CONTINUACIÓN SE ANEXAN AL DOCUMENTO.

**FIRMA Y FECHA**

---

FINALMENTE, USTED COMO DIRECTORA DEL COMPLEJO Y COMO REPRESENTANTE DE SUS 141 RESIDENTES, LEGITIMA Y CONSTATA QUE HA LEIDO LOS DATOS RECABADOS PREVIA INTERVENCIÓN Y POSTINTERVENCIÓN TRAS EL PROGRAMA DE ACTIVIDADES (MUSICOTERAPIA, PSICOMOTRICIDAD, ESTIMULACIÓN COGNITIVA POR ODEADOR, TALLER INTERGENERACIONAL Y DE REMINISTENCIA; MONTESSORI, TALLER DE OCIO Y DE PRENSA) EN EL QUE LOS RESIDENTES ANTERIORMENTE NOMBRADOS DEL GRUPO EXPERIMENTAL, HAN PARTICIPADO. DANDO VERACIDAD A DICHOS DATOS OBJETO DE ESTUDIO ENTRE LAS FECHAS 1 DE SEPTIEMBRE DEL 2016 HASTA EL 4 DE NOVIEMBRE DE 2016 CON UN TOTAL DE 10 SESIONES POR CADA ACTIVIDAD.

**FIRMA Y FECHA**

---

### **ANEXO III.- CLAUSULAS DE CONFIDENCIALIDAD, PROTECCIÓN Y VERACIDAD DE DATOS RECABADOS DURANTE LA INVESTIGACIÓN**

Doña. xxxx, directora del Centro de Mayores xxx con CIF xxx, sita en xxx; en fecha de 5 de noviembre de 2016, firma que

- Consiente realizar la investigación descrita anteriormente por la estudiante doña Cristina Buedo Guirado, con DNI 7894xxx en el centro durante el periodo estimado oportuno (1 de septiembre al 4 de noviembre) para la confección de la tesis doctoral titulada la *Inclusión de la Educación Social en la Intervención Gerontológica de las Residencias. Necesidades, Desafíos y Propuestas Innovadoras.*”
- Confirma la veracidad de los datos personales recabados de los residentes anteriormente descritos en torno a su edad, genero, situación de dependencia, estado civil, nivel de estudios y ocupación principal hasta la edad de jubilación; haber realizado actividades de envejecimiento activo previo ingreso; forma de convivencia previa a la institucionalización, número de hijos/as, frecuencia y duración de las visitas familiares, cercanía del domicilio familiar. Dichos datos se adjuntan y anexan en el presente documento.
- Constata la recogida y veracidad de los datos recabados a través de las encuestas sobre el Bienestar y Satisfacción Vital anexadas al haber estado presente y/o en conocimiento de su recogida a través de entrevistas individualizadas de cada uno de los 141 residentes objeto de estudio durante el periodo dedicado a dicha fase de la investigación previa intervención. Dichos datos se adjuntan y anexan en el presente documento.
- Constata la realización del proyecto de intervención entre las fechas anteriormente señaladas, con un total de 10 sesiones por cada una de las actividades propuestas, sobre los sujetos del Grupo Experimental con la ejecución y evaluación de la satisfacción operativa recabada tras la finalización de este.
- Constata la recogida y veracidad de los datos recabados a través de las encuestas



sobre el Bienestar y Satisfacción Vital anexadas al haber estado presente en su recogida a través de entrevistas individualizadas de cada uno de los 141 residentes objeto de estudio durante el periodo dedicado a dicha fase de la investigación post intervención.

- Constata la autorización de los datos recabados para fines investigadores, académicos y divulgativos.

### **FIRMA Y FECHA**

---

**ANEXO IV.- MODELO DE ENCUESTA VARIABLES INDEPENDIENTES Y DEPENDIENTES**

<b>Fecha de Realización:</b> __/__/____ <b>Lugar:</b> _____ <b>Código (a rellenar por el encuestador):</b> _____
--

**Marque con una cruz, aquellas respuestas que considere adecuadas:**

Sexo: Mujer  Hombre  Edad: \_\_\_\_

Estado civil: Soltero/a  Viudo/a  Casado/a  Separado/a  Pareja

Nivel de estudios:

No lee, no Escribe  Secundaria  Superiores

Primarios  Bachillerato

Ocupación principal en su vida activa previa edad jubilación: \_\_\_\_

Forma de Convivencia previo ingreso:

Solo/a  Con amigos  Con otro familiar

Con hijos/as  Con padres  Piso compartido

En pareja  Con nietos  Piso tutelado

¿Su familia vive cerca del complejo? Sí  No

Frecuencia de visitas familiares:

Diariamente  Quincenalmente  Otros

Semanalmente  Mensualmente

Duración de la visita (horas): \_\_\_\_ ¿Cuántos años lleva en la Institución?: \_\_\_\_

Grado de dependencia: 0  I  II  III

Participación previo ingreso en actividades de Envejecimiento Activo Sí  No

**Para el siguiente bloque de cuestiones, se solicita que conteste a las 29 preguntas, teniendo en cuenta que 1= “Totalmente en desacuerdo”; y 6= “Totalmente de acuerdo”.**

1. Cuando repaso la historia de mi vida estoy contento con cómo han resultado las cosas.	1	2	3	4	5	6
2. A menudo me siento solo porque tengo pocos amigos íntimos con quienes compartir mis preocupaciones.	1	2	3	4	5	6
3. No tengo miedo de expresar mis opiniones, incluso cuando son opuestas a las opiniones de la mayoría de la gente.	1	2	3	4	5	6
4. Me preocupa cómo otra gente evalúa las elecciones que he hecho en mi vida.	1	2	3	4	5	6
5. Me resulta difícil dirigir mi vida hacia un camino que me satisfaga.	1	2	3	4	5	6
6. Disfruto haciendo planes para el futuro y trabajar para hacerlos realidad.	1	2	3	4	5	6
7. En general, me siento seguro y positivo conmigo mismo.	1	2	3	4	5	6
8. No tengo muchas personas que quieran escucharme cuando necesito hablar.	1	2	3	4	5	6
9. Tiendo a preocuparme sobre lo que otra gente piensa de mí.	1	2	3	4	5	6
10. He sido capaz de construir un hogar y un modo de vida a mi gusto.	1	2	3	4	5	6
11. Soy una persona activa al realizar los proyectos que propuse para mí mismo.	1	2	3	4	5	6
12. Siento que mis amistades me aportan muchas cosas.	1	2	3	4	5	6
13. Tiendo a estar influenciado por la gente con fuertes convicciones.	1	2	3	4	5	6
14. En general, siento que soy responsable de la situación en la que vivo.	1	2	3	4	5	6
15. Me siento bien cuando pienso en lo que he hecho en el pasado y lo que espero hacer en el futuro.	1	2	3	4	5	6
16. Mis objetivos en la vida han sido más una fuente de satisfacción que de frustración para mí.	1	2	3	4	5	6

17. Me gusta la mayor parte de los aspectos de mi personalidad.	1	2	3	4	5	6
18. Tengo confianza en mis opiniones incluso si son contrarias al consenso general.	1	2	3	4	5	6
19. Las demandas de la vida diaria a menudo me deprimen.	1	2	3	4	5	6
20. Tengo clara la dirección y el objetivo de mi vida.	1	2	3	4	5	6
21. En general, con el tiempo siento que sigo aprendiendo más sobre mí mismo.	1	2	3	4	5	6
22. No he experimentado muchas relaciones cercanas y de confianza.	1	2	3	4	5	6
23. Es difícil para mí expresar mis propias opiniones en asuntos polémicos.	1	2	3	4	5	6
24. En su mayor parte, me siento orgulloso de quién soy y la vida que llevo.	1	2	3	4	5	6
25. Sé que puedo confiar en mis amigos, y ellos saben que pueden confiar en mí.	1	2	3	4	5	6
26. Cuando pienso en ello, realmente con los años no he mejorado mucho como persona.	1	2	3	4	5	6
27. Tengo la sensación de que con el tiempo me he desarrollado mucho como persona.	1	2	3	4	5	6
28. Para mí, la vida ha sido un proceso continuo de estudio, cambio y crecimiento.	1	2	3	4	5	6
29. Si me sintiera infeliz con mi situación de vida daría los pasos más eficaces para cambiarla.	1	2	3	4	5	6

**Para el siguiente bloque de cuestiones, se solicita que conteste a las 5 preguntas utilizando la siguiente escala de 1 a 7, indicando su acuerdo con cada una poniendo el número apropiado en la línea anterior al número de cada afirmación. Por favor, responda a las preguntas abierta y sinceramente.**

**7 – Completamente de acuerdo**

**6 – De acuerdo**

**5 – Más bien de acuerdo**

**4 – Ni de acuerdo ni en desacuerdo**

**3 – Más bien en desacuerdo**

**2 – En desacuerdo**

**1 – Completamente en desacuerdo**

- \_\_\_\_\_ **1.** En la mayoría de las cosas, mi vida está cerca de mi ideal.
- \_\_\_\_\_ **2.** Las condiciones de vida son excelentes.
- \_\_\_\_\_ **3.** Estoy satisfecho con mi vida.
- \_\_\_\_\_ **4.** Hasta ahora, he conseguido las cosas que para mí son importantes en la vida.
- \_\_\_\_\_ **5.** Si volviese a nacer, no cambiaría casi nada de mi vida.

**Gracias por su colaboración**

**ANEXO V.- MODELO DE ENCUESTA DE SATISFACCIÓN OPERATIVA  
CON EL PROYECTO DE ACTIVIDADES**

Fecha de Realización: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Lugar: \_\_\_\_\_

Género: \_\_\_\_\_

Código (A rellenar por el encuestador/a): \_\_\_\_\_

El siguiente cuestionario pretende conocer cuál es su opinión acerca del desarrollo de la actividad en la que has participado, con el objetivo de identificar elementos de mejora.

Indique la opción que le parezca más adecuada, teniendo en cuenta que 1 es el "grado más bajo de satisfacción" y 10 el "grado más alto de satisfacción".

**UTILIDAD**

1.- Durante la actividad realizada he hecho nuevas amistades.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

2.- La actividad me ha aportado nuevos conocimientos.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

3.- La actividad ha sido de mi interés y gusto.

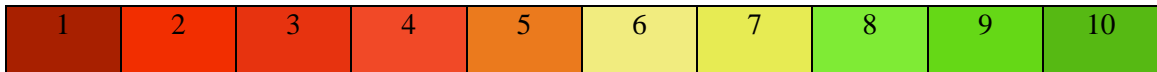
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

## METODOLOGÍA Y LOGÍSTICA

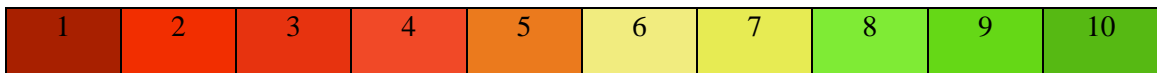
4.- El tiempo invertido en la actividad, ha sido el adecuado.



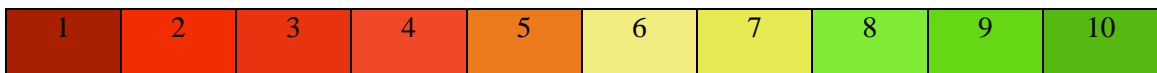
5.-El horario de la actividad, ha sido el correcto.



6.- La distribución de los grupos para la actividad, ha sido el adecuado.

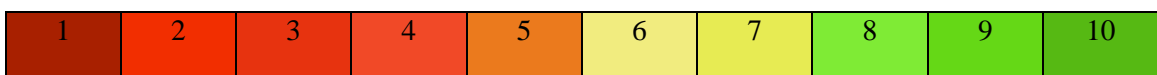


7.-Las instalaciones han sido confortables para el desarrollo de la actividad.

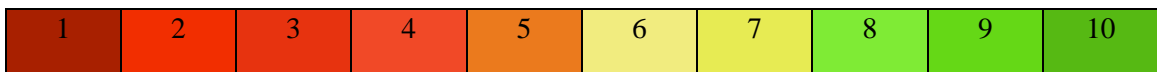


## ORGANIZACIÓN Y EQUIPO PROFESIONAL

8.- La actividad se ha desarrollada de forma fluida, y guiada por el coordinador de forma adecuada.



9- La actividad había sido correctamente explicada con antelación.



10.- En general, me encuentro satisfecho/a con la actividad realizada.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Sugerencias, aportaciones para su mejora:

---

---

---

---

---

---

---

---

Gracias por su colaboración