

Perfiles de calidad de vida de las personas mayores dependientes usuarias de centros de día

Autora: Luz A. Magaña Terrón

Tesis doctoral UDC / 2019

Director: Ramón González Cabanach

Programa de Doctorado en Salud, Discapacidad, Dependencia y Bienestar



UNIVERSIDADE DA CORUÑA

RAMÓN GONZÁLEZ CABANACH, catedrático de universidad del área de Psicología Evolutiva y de la Educación, departamento de Psicología

INFORMA:

La tesis titulada “Perfiles de calidad de vida de las personas mayores dependientes usuarias de centros de día”, presentada por **Dña. LUZ A. MAGAÑA TERRÓN**, se ha realizado bajo mi dirección.

Esta tesis doctoral reúne las necesarias condiciones formales y científicas para su lectura y defensa públicas ante el tribunal que la Universidad de A Coruña nombre a tal efecto.

Y para que conste, lo firmo en A Coruña, a siete de septiembre de dos mil diecinueve

**GONZALEZ
CABANACH
RAMON -
DNI
02844576M**

Firmado digitalmente por
GONZALEZ CABANACH RAMON -
DNI 02844576M
Nombre de reconocimiento (DN):
c=ES, o=UNIVERSIDAD DE A
CORUÑA, ou=CERTIFICADO
ELECTRONICO DE EMPLEADO
PUBLICO, ou=PSICOLOXIA,
ou=23322,
serialNumber=IDCES-02844576M,
sn=GONZALEZ CABANACH,
givenName=RAMON,
cn=GONZALEZ CABANACH RAMON
- DNI 02844576M
Fecha: 2019.08.29 17:49:57 +02'00'

AGRADECIMIENTOS

Nunca imaginé que este camino fuese tal y como resultó ser. Paso a paso, casi sin querer hasta aquí llegué. Cuando me matriculé, pensaba que acabar la Tesis y el Doctorado era el final o la meta a conseguir. Pero no, simplemente es llegar a un punto de tu recorrido, donde se te abren nuevos caminos, posibilidades, metas y retos. Esta experiencia académica fue un gran reto, en el que me sentí muy acompañada, escuchada, apoyada y motivada por muchas personas, algunas de ellas, por unos u otros motivos, ya no están en mi vida pero no por ello me olvido de ellas.

A todos y a todas los/as que me acompañasteis en estos años, sólo os puedo decir un GRACIAS con mayúsculas. ¿Por qué? Por todo; por haberme hecho creer más en mis posibilidades y fortalezas; por no haberme dejado abandonar cuando seriamente lo pensaba; por haberme escuchado, animado y creído en mí; por estar ahí; por entenderme cuando “desaparecía” o me encerraba con mi “*marido*” (ordenador) y con mi “*hija*” (Tesis); por haberme hecho reír, por hacerme pensar y reflexionar... simplemente UN MILLÓN DE GRACIAS.

Me gustaría especialmente nombrar y agradecer a:

- **Mi familia:** a mi madre, a Wagner, a mis hermanos y cuñadas, a mi abuela *Lucita*, a mi “*segunda y moderna abuela*” Charo, a mis dos ángeles allí donde esteis (Tía Marina y Tía Tina), al ángel sabio que me dijo “*de mis nietas, la que más futuro veo por el campo al que se quiere dedicar es Luz*” (mi abuelo Tomás) y a mi Tía Charín. Sé que tengo más familia, pero esta es la que verdaderamente ha estado ahí a lo largo de mi vida, me ha hecho reír y llorar y, sobre todo, me ha escuchado y apoyado siempre.
- **Mis amigos y amigas:** Sobre todo a mi *hermana* Nellys, a mi fiel amiga Loli, al cariñoso Jorge, a mi “*hermano*” Daviciño, a mi “*cuñada*” Sara, al creativo Tomás B., a “*Panchita la Moderna*” (Ana A.), a “*mi Terelu*” (Teresa P.), a mi

"*Briget Jones particular*" Ana F., a Mercedes V., a "*mi maridita*" (Uxia Q.), al "*Cafre*" (Jose M. P.), a Uxía P., a Patricia A., a Gemma V., a Óscar R., a Carlos G. y a tantos otros y otras que habeis tenido un minuto o tiempo compartido conmigo. Bien sabeis que sois mi segunda familia y, por tanto, mi segundo pilar.

- **Todos los/as profesores/as y maestros/as que han participado en que me formase a nivel académico y como persona:** En especial, a Angelines, Don José, Don Antonio, Manuela, Marcial, Jano, Maceiras, Suso Pereira, Concha, Rula, Isabel S., Amparo, a mis profesores de la Escuela Universitaria de Trabajo Social (especialmente a Bascuas, Puri, Malena, Chus y Lourdes) y a mis profesores del Postgrado-Máster en Gerontología Social (principalmente a Manuel Gandoy). Profesores hay muchos, maestros hay pocos.
- **Todos y todas mis compañeros/as de clase de EGB, ESO, EU. de Trabajo Social y Postgrado-Máster en Gerontología Social.**
- **Las personas usuarias, familias y cuidadores/as que han pasado por mi vida profesional:** Gracias por la confianza, el cariño, el tiempo compartido, las sonrisas y las lágrimas, lo enseñado y lo aprendido. Gracias especialmente a las que de algún modo pertenecieron y pertenecen al *Fogar del Maior Porta do Camiño*, *Fogar do Maior de Caldas de Reis*, AGADEA y de los Centros de Día de Dodro y Boiro.
- **Mis alumnas en prácticas de la E.U. de Trabajo Social:** Noela y Cristina a vuestro lado aprendí muchísimo, incluso, en muchas ocasiones, me superasteis. Os merecéis vuestro sitio.
- **Mis compañeros y compañeras que me acompañaron y acompañan en mi vida laboral:** Sobre todo a mis compañeros/as de Leroy Merlin y de los Centros de Día de Dodro y Boiro. En concreto y por lo que han significado para mí, gracias a Alejandro H., Alberto D., Patricia de la F., Sandra G.,

Cristina F., Oti C., Belí, Encarna T., Elva, Mónica G., al *Lado Oscuro* (Amelia, Chus, Puri B., Puri L, Sandra y Sisi) y a tantos otros y otras que habeis compartido conmigo sonrisas y lágrimas.

- **Gracias a todos/as aquellos/as que, de alguna manera, han estado presentes en mi vida académica y personal.** Sobre todo a aquellos que me lo han puesto fácil por allanarme el camino y a los que me lo han puesto difícil por alimentar mi espíritu de lucha que me ha hecho llegar hasta aquí. *“El inteligente se repone pronto de un fracaso y el tonto no se repone nunca de un éxito”.*

Entre mis agradecimientos me gustaría hacer una especial mención a mi **Director de Tesis, Don Ramón González Cabanach**, no sólo por creer en mí, si no por todo su tiempo dedicado, por su buen hacer y por no dejar que en ningún momento tirase la toalla. Sé que me queda mucho por aprender y que gran parte espero tener el privilegio de aprenderlo de usted. Gracias también por presentarme a **Antonio Souto**, a quién también le doy las gracias por su tiempo, colaboración e interés en mi Tesis.

Para concluir, **dedico esta Tesis a mi madre, Ana M^a Terrón Cobo**. Gracias, no sólo por darme la vida, si no por cuidarme, por apoyarme cuando quería dejar de estudiar (¡quién lo diría!), por confiar y creer en mí. Gracias por ese año en el que se nos cruzó el Cáncer de Mama y me enseñaste el verdadero significado de la vida, la salud, la enfermedad y el rol del cuidador/a. Gracias por ser siempre tú.

RESUMEN

El fenómeno del Envejecimiento que tiene lugar en todo el mundo ha traído como una de sus consecuencias fundamentales la preocupación por el estudio de la calidad de vida de las personas mayores y de los factores que están relacionados con ella, especialmente la salud y la autonomía funcional. Para estudiar la calidad de vida hemos utilizado una muestra de 181 personas mayores asistentes a centros de día de diversas comarcas de la provincia de A Coruña, a los que se les aplicó el CUBRECAVI. Para el tratamiento de los datos hemos realizado un análisis de conglomerados (método quick cluster analysis), con los objetivos de establecer los perfiles de calidad de vida de estas personas mayores y de analizar la relación entre calidad de vida y salud (física y mental) y la autonomía funcional de estas personas, ya que envejecer conlleva en muchos casos limitaciones de salud y de capacidades funcionales, así como una mayor necesidad de atención y cuidado. Nuestros resultados nos permiten afirmar que las personas mayores con mejor salud física y psíquica así como con mejor autonomía funcional presentan unos mejores niveles de calidad de vida.

Asimismo, estos resultados ponen de manifiesto que los centros de días son un relevante recurso para la mejora de la calidad de vida de las personas mayores.

RESUMO

O fenómeno do Envelhecimento que ten lugar en todo o mundo trouxo como unha das súas consecuencias fundamentais a preocupación polo estudo da calidade de vida das persoas maiores e dos factores que están relacionados con ela, especialmente a saúde e a autonomía funcional. Para estudar a calidade de vida empregamos unha mostra de 181 persoas maiores asistentes a centros de día de diversas comarcas da provincia de A Coruña, aos que se lles aplicou o CUBRECAVI. Para o tratamento dos datos realizamos unha análise de conglomerados (método quick cluster analysis), cos obxectivos de establecer os perfís de calidade de vida destas persoas maiores e de analizar a relación entre calidade de vida e saúde (física e mental) e a autonomía funcional destas persoas, xa que envellecer conleva en moitos casos limitacións de saúde e de capacidades funcionais, así como unha maior necesidade de atención e coidado. Os nosos resultados permítennos afirmar que as persoas maiores cunha mellor saúde física e psíquica así como cunha mellor autonomía funcional presentan uns mellores niveis de calidade de vida.

Asimesmo, estos resultados poñen de manifesto que os centros de días son un relevante recurso para a mellora da calidade de vida das persoas maiores.

SUMMARY

The phenomenon of Aging that takes place throughout the world has brought as one of its fundamental consequences the concern for the study of the quality of life of the elderly and the factors that are related to it, especially health and functional autonomy . To study the quality of life we have used a sample of 181 elderly people attending day centers in various regions of the province of Coruña, to which the CUBRECAVI was applied. For the treatment of the data we have performed a cluster analysis (quick cluster analysis method), with the objectives of establishing the profiles of quality of life of these elderly people and analyzing the relationship between quality of life and health (physical and mental) and the functional autonomy of these people, since aging in many cases entails limitations of health and functional abilities, as well as a greater need for attention and care. Our results allow us to affirm that older people with better physical and psychic health as well as with better functional autonomy have better levels of quality of life.

Also, these results show that day centers are a relevant resource for improving the quality of life of the elderly.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	27
CAPÍTULO 1. EL FENÓMENO DEL ENVEJECIMIENTO.....	33
1.1. EL FENÓMENO DEL ENVEJECIMIENTO EN EL MUNDO.....	35
1.2. EL FENÓMENO DEL ENVEJECIMIENTO EN LA UNIÓN EUROPEA.....	37
1.3. EL FENÓMENO DEL ENVEJECIMIENTO EN ESPAÑA.....	40
1.4. EL FENÓMENO DEL ENVEJECIMIENTO EN GALICIA.....	45
CAPÍTULO 2. CALIDAD DE VIDA, DISCAPACIDAD Y DEPENDENCIA.....	49
2.1. CARACTERIZACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA.....	51
2.1.1. DIFICULTADES PARA LA DELIMITACIÓN CONCEPTUAL DE LA CALIDAD DE VIDA.....	53
2.1.2. CARACTERIZACIÓN MULTIFACTORIAL Y MULTIDIMENSIONAL DE LA CALIDAD DE VIDA.....	58
2.2. CALIDAD DE VIDA Y ENVEJECIMIENTO.....	63
2.2.1. BIENESTAR PSICOLÓGICO Y ENVEJECIMIENTO.....	66
2.2.1.1. BIENESTAR SUBJETIVO.....	67
2.2.1.2. BIENESTAR PSICOLÓGICO.....	69
2.2.2. AUTOACEPTACIÓN, AUTOESTIMA Y AUTOEFICACIA EN LAS PERSONAS MAYORES.....	73
2.2.3. AUTORREGULACIÓN EN LAS PERSONAS MAYORES.....	90
2.2.4. AUTONOMÍA, DEPENDENCIA, DISCAPACIDAD Y AUTODETERMINACIÓN EN LAS PERSONAS MAYORES. .	106
2.2.4.1. DEMOGRAFÍA, DEPENDENCIA Y DISCAPACIDAD EN ESPAÑA Y GALICIA.....	108
2.2.5. LA RED SOCIAL EN LAS PERSONAS MAYORES.....	120
2.2.6. CALIDAD DE VIDA Y CUIDADORES PROFESIONALES Y NO PROFESIONALES.....	139
2.2.7. INVESTIGACIONES Y MODELOS TEÓRICOS DE CALIDAD DE VIDA.....	142
2.2.8. EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA. INTERVENCIÓN.....	151
2.2.8.1. EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA.....	151
2.2.8.2. INTERVENCIÓN EN LA CALIDAD DE VIDA.....	156

CAPÍTULO 3. CENTROS DE DÍA PARA PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES159

3.1. INTRODUCCIÓN: RECURSOS SOCIO SANITARIOS Y ECONÓMICOS DESTINADOS A PERSONAS MAYORES....	161
3.1.1. PRESTACIONES SOCIO SANITARIAS.....	163
3.1.2. PROGRAMAS SOCIO SANITARIOS.....	165
3.1.3. SERVICIOS Y CENTROS SOCIO SANITARIOS Y SOCIOCOMUNITARIOS.....	171
3.1.4. RECURSOS ECONÓMICOS.....	191
3.2. DEFINICIÓN DEL RECURSO DE CENTRO DE DÍA PARA PERSONAS MAYORES.....	194
3.3. LA PERSONA USUARIA.....	209
3.4. LA PERSONA CUIDADORA Y/O FAMILIA.....	211
3.5. LOS/AS PROFESIONALES.....	212
3.6. INTERVENCIÓN Y PROGRAMAS.....	215

CAPÍTULO 4. INVESTIGACIÓN Y RESULTADOS.....221

4.1. EL PROBLEMA INVESTIGADO.....	223
4.2. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	223
4.3. HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN.....	223
4.4. DISEÑO Y PROCEDIMIENTO DE INVESTIGACIÓN.....	224
4.5. MUESTRA UTILIZADA.....	225
4.6. VARIABLES DE INVESTIGACIÓN.....	232
4.7. INSTRUMENTOS DE MEDIDA.....	233
4.8. ANÁLISIS DE LOS DATOS.....	236
4.9. RESULTADOS.....	237

CAPÍTULO 5. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....241

BIBLIOGRAFÍA.....255

ANEXOS.....285

- **ANEXO I: CUESTIONARIO DATOS GENERALES DE CENTRO DE DÍA.....287**

- ANEXO II: CUBRECAVI. CUESTIONARIO BREVE DE CALIDAD DE VIDA.....291

ÍNDICE DE GRÁFICOS.....22

ÍNDICE DE TABLAS.....23

ÍNDICE DE GRÁFICOS

- GRÁFICO N°1: INSTALACIONES.....227
- GRÁFICO N°2: PROGRAMAS Y ACTIVIDADES.....228
- GRÁFICO N°3: SEXO/PERSONAS USUARIAS DE CENTROS DE DÍA.....230
- GRÁFICO N°4: EDAD/PERSONAS USUARIAS DE CENTROS DE DÍA.....231
- GRÁFICO N°5: ESTADO CIVIL/PERSONAS USUARIAS DE CENTROS DE DÍA.....232

ÍNDICE DE TABLAS

- TABLA N°1: INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA DE MAYOR INTERÉS EN GERONTOLOGÍA CON EXPRESIÓN DE SU CALIDAD MÉTRICA DE ADAPTACIÓN Y GRADO DE RECOMENDACIÓN EN ESPAÑA.....152
- TABLA N°2: INSTALACIONES DE LOS CENTROS DE DÍA.....227
- TABLA N°3: PROGRAMAS Y ACTIVIDADES DE LOS CENTROS DE DÍA.....228
- TABLA N°4: SEXO/PERSONAS USUARIAS DE CENTROS DE DÍA.....230
- TABLA N°5: EDAD/PERSONAS USUARIAS DE CENTROS DE DÍA.....231
- TABLA N°6: ESTADO CIVIL/PERSONAS USUARIAS DE CENTROS DE DÍA.....232
- TABLA N°7: DIFERENCIAS DE MEDIAS Y NIVELES DE SIGNIFICACIÓN DE LOS CLUSTERS.....238

INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN

El fenómeno del Envejecimiento cada vez genera mayor interés, puesto que en la actualidad se está asistiendo en todo el mundo a un incremento del número gerontes sin precedentes. De hecho, en España ha sido especialmente rápido, como consecuencia de una mayor longevidad, ya que en menos de 30 años se ha duplicado el número de personas mayores de 65 años. Al mayor envejecimiento de nuestra población hay que añadirle el hecho de la baja tasa de natalidad que se viene registrando desde hace algunas décadas.

Este proceso de envejecimiento conlleva de manera inevitable un incremento de las limitaciones de salud y de las capacidades funcionales y, en el peor de los casos, una mayor necesidad de atención y cuidado, sobre todo, cuando se trata de personas mayores dependientes y/o con discapacidad.

Ello ha repercutido directamente en la creación de centros de día para personas mayores, ya que, en poco más de una docena de años, se han quintuplicado el número de plazas en este tipo de servicio, lo que supone un gran crecimiento que se ha dado de forma constante. La explicación se encuentra en que es un recurso que cubre necesidades y proporciona cuidados, atenciones e intervenciones tanto a las personas usuarias como a sus familiares y/o cuidadores/as, permitiendo a la persona mayor permanecer en su entorno y contribuyendo a la mejora de la conciliación de la vida personal, laboral y familiar de las familias y/o cuidadores/as. Su meta es la mejora de la calidad de vida de las personas usuarias, promoviendo, mejorando y/o manteniendo su autonomía.

En los últimos años, son muchos los autores que han teorizado alrededor de la calidad de vida y el bienestar. Este interés se explica por la elevada importancia que han cobrado las teorías alrededor del envejecimiento exitoso o positivo, las cuales defienden que, además de existir pérdidas en la vejez, también se dan ganancias que, maximizándolas y minimizando las pérdidas, dan lugar a un

envejecimiento positivo.

Sin embargo, aún quedan por determinar los factores que contribuyen a que las personas mayores experimenten elevados niveles de bienestar y calidad de vida, así como mejorar su evaluación y continuar investigando en este campo, uno de los motivos que justifican la elaboración de la presente Tesis Doctoral. Otro surge de haber trabajado varios años en el campo y comprobar que no existen ni en Galicia, ni mucho menos en la provincia de A Coruña, estudios similares o de la misma envergadura en lo relativo a esta temática.

Teniendo en cuenta la proliferación de los centros de día para personas mayores dependientes enmarcado dentro del fenómeno del Envejecimiento que se está dando a nivel mundial con la consecuente preocupación por la calidad de vida de las personas mayores, es necesario investigar en torno a estos tres puntos que son tratados en la presente Tesis Doctoral. Por ello, se comienza con el “*Capítulo 1. El fenómeno del Envejecimiento*”, en el que se realiza un análisis y estudio de dicho fenómeno a nivel mundial, europeo, español y gallego.

Puesto que cada día cobra más importancia la calidad de vida de las personas mayores y, de hecho, existen diversas investigaciones y modelos teóricos, en el “*Capítulo 2. Calidad de vida, discapacidad y dependencia*” se elabora un marco conceptual del término calidad de vida dentro del campo de la Gerontología así como de la terminología relacionada, incluyendo diferentes investigaciones y modelos teóricos así como la evaluación e intervención de la calidad de vida desde el punto de vista de esta ciencia y un análisis global no sólo de las personas mayores, sino que también de su red social y de las personas cuidadoras profesionales y no profesionales.

Dado que el motivo principal para la elaboración de la presente Tesis Doctoral ha sido ese crecimiento imparable e imprevisible, no estudiado ni analizado, de la

creación de centros de día para personas mayores; se considera necesario investigar acerca de la definición de este recurso, en torno a la evolución de la apertura, creación y ocupación de sus plazas y alrededor de los efectos que puede producir un centro de día en la calidad de vida de las personas usuarias, de las personas cuidadoras y/o familia y de sus profesionales así como de las intervenciones y programas que se realizan con los mismos en dicho recurso. Todo ello, incluido en el “*Capítulo 3. Centros de día para personas mayores dependientes*”.

En el “*Capítulo 4. Investigación y resultados*” se hace constar que el objetivo principal de la investigación es conocer la calidad de vida de las personas mayores usuarias de centros de día, así como, conocer la relación de la salud (física y mental) y las habilidades funcionales con la calidad de vida de estas personas. Además, se incluye una descripción del problema investigado, objetivos específicos e hipótesis de la investigación.

El diseño y procedimiento de la investigación recogido en el “*Capítulo 4. Investigación y resultados*” es de naturaleza no experimental y de carácter descriptivo y transversal, en el que se ha recurrido a utilizar como procedimiento de recogida de información la encuesta mediante la técnica de cuestionario, utilizando, por un lado, uno de elaboración propia dirigido a los/as Responsables, Coordinadores/as y/o Directores/as de los centros de día para personas mayores y, por otro, el cuestionario CUBRECAVI, *Cuestionario Breve de Calidad de Vida* dirigido a los/as usuarios/as de los centros de día para personas mayores dependientes. Así mismo, en este capítulo cuarto también se detalla la muestra utilizada, las variables de la investigación, los instrumentos de medida así como el análisis de los datos y de los resultados obtenidos.

Por último, en el “*Capítulo 5. Discusión y conclusiones*” se analizan pormenorizadamente los hallazgos realizados así como las aportaciones que surgen tras la investigación, comparándolas, examinándolas y verificándolas con estudios e

investigaciones anteriores de temáticas similares o relacionadas.

Cierran esta Tesis, los Anexos y la bibliografía consultada para la elaboración de la misma.

CAPÍTULO 1. EL FENÓMENO DEL ENVEJECIMIENTO

CAPÍTULO 1. EL FENÓMENO DEL ENVEJECIMIENTO

En la actualidad, se está asistiendo en todo el mundo a un incremento del número de personas mayores sin precedentes, lo que ha provocado que cada día genere mayor interés este fenómeno del Envejecimiento. No sólo llama la atención el aumento de gerontes, sino que las personas alcancen edades que eran impensables hace unos años, siendo importante el número de personas octogenarias.

Este fenómeno se explica, en parte, por el incremento de la esperanza de vida y, en algunos países, por las bajas tasas de natalidad y de mortalidad que están dando lugar a un crecimiento acelerado en el porcentaje de personas mayores y, por consiguiente, al envejecimiento de la población.

1.1. EL FENÓMENO DEL ENVEJECIMIENTO EN EL MUNDO

Hace unos años el fenómeno del Envejecimiento de la población era más propio de los países industrializados, debido a la transformación demográfica. Pero hoy en día se trata de un fenómeno que se está viviendo en todos los continentes, aunque la repercusión es distinta según el desarrollo de cada país.

Como ya se ha comentado con anterioridad, el descenso de la natalidad y de la mortalidad, junto con el aumento de la esperanza de vida han producido un incremento importante del número de personas mayores en el mundo.

El punto de partida del incremento de la proporción de personas mayores en la población de los países desarrollados se fija en la segunda mitad del siglo XX debido a dos factores:

- Elevada tasa de natalidad con posterioridad a la Segunda Guerra Mundial, que produjo un rejuvenecimiento poblacional.
- Caída en picado de la tasa de mortalidad infantil, lo cual acentuó aún más el rejuvenecimiento poblacional, ya que aseguraba un mayor número de personas que podrían procrear y elevar más la tasa de natalidad en años posteriores.

Sin embargo, en los países subdesarrollados aún no se ha producido el envejecimiento de la población, el cual saldrá a la luz en aproximadamente 25 años, ya que esas personas protagonistas del rejuvenecimiento de la población serán los actores principales del envejecimiento del mañana.

Llegados a este punto, conviene destacar que una de las consecuencias del fenómeno del Envejecimiento de la población mundial es la transformación de las pirámides poblacionales, lo que indica cambios, alteraciones, repercusiones y consecuencias sociales y económicas. Esto último se eleva a la máxima potencia si se tiene en cuenta la velocidad sin precedentes a la que se produce esta transformación y el desequilibrio entre jóvenes y mayores.

Naciones Unidas realiza una comparativa, indicando que en el año 1950 en el mundo se estimaba que había cerca de 200 millones de personas con 60 y más años; que 25 años más tarde aumentaron en 150 millones más y en el año 2000 superaban los 600 millones. Además, las Naciones Unidas estiman que para el año 2025 las personas con 60 y más años superen los 1100 millones en todo el mundo y 25 años más tarde, en el 2050, se rondan los 2000 millones, suponiendo casi un 20% de la población mundial.

A modo de observación y hablando en términos absolutos, el número de personas en el mundo que tengan más de 65 años se habrá multiplicado por cuatro entre los años 1955 y 2025. Además, todas las proyecciones demográficas consultadas hacen referencia a que los más mayores representarán a uno de cada

cinco habitantes del 2025 en los países desarrollados.

1.2. EL FENÓMENO DEL ENVEJECIMIENTO EN LA UNIÓN EUROPEA

De partida, destacar que la Unión Europea (UE) es un conjunto de naciones o estructuras sociales diferentes entre sí. Cada sociedad mantiene su propio ritmo de vida social.

El modelo europeo comunitario se caracteriza demográficamente por dos aspectos:

1. La tendencia decreciente de las tasas de crecimiento vegetativo interanual, es decir, reducidas tasas de fecundidad y tasas mínimas de mortalidad infantil. La media del número de hijos que tuvieron las mujeres europeas en el 2011 fue de 1,5 hijos por mujer, muy por debajo de los 2,1 hijos por mujer que aseguran el reemplazo generacional.
2. Edades máximas de la esperanza de vida al nacer, consecuencia del incremento del bienestar, la edad y de la disminución de las tasas de mortalidad.

De hecho, todavía hay un norte y un sur en la Unión Europea que establece diferencias en el reparto del desarrollo y la modernidad. Las diferencias fundamentales tienen que ver con el papel de la mujer en el sistema de producción, el modelo de familia, la tasa de fecundidad y los movimientos migratorios.

En cuanto a las estructuras por edades, se da una clara tendencia hacia el envejecimiento de la población comunitaria como resultado del progreso y del bienestar acumulado a lo largo de los años. Los principales efectos del envejecimiento sobre la población de mayor edad y el resto de grupos etarios

depende actualmente de las leyes nacionales que protegen a los mayores, la organización económica de cada país, la estructura familiar, la implantación de ayudas informales y la propia valoración cultural.

Además, en la Unión Europea, y según datos del Eurostat, aproximadamente una de cada cinco personas tiene 60 o más años. Y viendo los datos que aporta dicha entidad, desde el año 1950 la población de edad más avanzada (de 65 a 79 años y de 80 años en adelante) se ha ido incrementando de año en año, pasando de ser el 10% en el año 1950 hasta casi el 33% previsible para el año 2050. Es más, las estimaciones hechas a este respecto coinciden en que en el 2020 la población mayor de 60 años estará en torno al 27% de la población europea.

De hecho, el futuro demográfico vaticina que la población apenas aumentará por la tendencia decreciente de la fecundidad. No se estima suficiente la aportación de los inmigrantes para poder compensar esa disminución. Esa tendencia estará acompañada de la convergencia de todos los países miembros hacia las edades más altas que presenta en la actualidad la esperanza de vida. Además, se producirá un sobrevejecimiento (es decir, incremento del número de personas mayores de 80 años) y un aumento del peso de esta población sobre el conjunto poblacional. Las principales causas de este envejecimiento son la caída de la fecundidad y el aumento de la esperanza de vida.

En la Unión Europea se pueden considerar tres tipos de estructuras demográficas:

- Estructura muy envejecida: Aquélla que se da en los países con una presencia importante de personas mayores, sin que apenas exista una incorporación de nuevos miembros, ya que la tasa de natalidad es muy baja.
- Estructura envejecida: Haría referencia a aquellos países envejecidos, donde la tasa de natalidad no es tan reducida como en el primer caso.
- Estructura poco envejecida o equilibrada: En este caso, estarían los países

donde la relación entre los dos extremos de la pirámide de edad es casi semejante. Hecho que ocurre en los países del sur de Europa y, a modo de excepción, en Irlanda debido a la elevada natalidad.

Teniendo en cuenta los índices de envejecimiento de los países europeos, se concluye que Alemania, Italia, Francia, Reino Unido y España son los países de la Unión Europea con una cifra más alta de personas mayores, además de ser los más poblados. Sin embargo, en cifras relativas, los países más envejecidos de la región comunitaria son Italia, Alemania, Grecia y Suecia. En definitiva, el envejecimiento de la población se está acelerando en los países del sur de Europa.

La generalización del envejecimiento, además, está provocando ciertos cambios. Los mayores están cambiando los hábitos de formación, trabajo y ocio, lo que exigirá la producción de nuevos bienes y servicios dirigidos a este sector de población. Además, y según datos del Eurostat, se observa como en la Unión Europea tres de cada diez personas mayores de 65 años desarrollan una vida laboral. Por tanto, se puede afirmar que en un elevado porcentaje de la población mayor europea envejecer no significa estar enfermo o abandonar la vida activa.

En el polo opuesto, se sitúan las personas mayores que son dependientes. De hecho, en los próximos años, uno de los principales retos a los que se enfrentará la política europea, será el aumento de la población dependiente, ocasionada, principalmente, por el crecimiento de los índices de envejecimiento en Europa. Además, el envejecimiento no tiene los mismos efectos de dependencia en los países con una amplia población activa (como es el caso de Alemania), que en los que no se da esta circunstancia (como ocurre en la mayoría de los países del Sur de Europa). Por lo general, la ayuda informal sigue corriendo a cargo de la población femenina.

1.3. EL FENÓMENO DEL ENVEJECIMIENTO EN ESPAÑA

El fenómeno del Envejecimiento demográfico español no se diferencia sustancialmente de lo que ocurre en otros países industrializados del área geográfica próxima a la península ibérica, aunque el mismo se haya iniciado con posterioridad.

El fenómeno del Envejecimiento en España ha sido especialmente rápido, como consecuencia de una mayor longevidad, ya que en menos de 30 años se ha duplicado el número de personas mayores de 65 años. A este dato hay que sumarle la baja tasa de natalidad que se viene registrando desde hace algunas décadas, concretamente, desde mediados de los años 70.

Hay que destacar que se distinguen dos momentos en el envejecimiento de la población en España:

1. Abarca desde los años 50 hasta los 70, donde el crecimiento es moderado por el predominio de unas tasas muy altas de natalidad combinadas con las de mortalidad.
2. A partir de la década de los 70 se produce una aceleración del proceso de envejecimiento.

Al margen de la natalidad y mortalidad, otro factor que ha influido en el envejecimiento es la esperanza de vida, que en el caso español se ha incrementado en los últimos años. A modo de ejemplo, una persona que nacía en 1900 esperaba vivir unos 35 años; mientras que una que nació en 1996, espera vivir 73 años si era niño, u 81 años, si era niña. Esto se debe a la mejora en la calidad de vida y fundamentalmente a los avances en la ciencia médica que se han producido en las últimas décadas. Los individuos están alcanzando edades que eran impensables en épocas anteriores, y ha aumentado significativamente el número de personas octogenarias.

En España a principios del siglo pasado, el número de españoles mayores de 65 años ascendía a 967.000 personas, lo que significa que esta cifra se ha multiplicado por 7 hasta la actualidad, cuando hay más de 7 millones de personas mayores, de las que aproximadamente un 25% son octogenarias. De igual modo, el número de octogenarios españoles ha pasado de 115.000 en el comienzo de siglo a 1,5 millones de personas en la actualidad.

En este sentido, y según las proyecciones realizadas por el INE, se prevé que en España en el año 2050 las personas mayores de 65 años estén por encima del 30% de la población (con casi 13 millones) y los octogenarios llegarán a ser más de 4 millones, lo que supondría más del 30% del total de la población mayor. Sin embargo, estas estimaciones son más pesimistas si tenemos en cuenta estudios internacionales de prospectiva y las proyecciones llevadas a cabo por la Organización de Naciones Unidas (ONU), que sitúan a España en el año 2050 como el país más envejecido del mundo, de cuya población el 40% se situaría por encima de los 60 años.

A modo de conclusión, se aportarán datos en lo que respecta a los factores que influyen y explican el fenómeno del Envejecimiento en España y se reflejará su evolución (Fundación General CSIC, 2010)¹:

- **La natalidad y su disminución:** Es importante señalar que es la evolución de la natalidad, y no la tasa de mortalidad, la que explica en mayor medida la situación demográfica en España. Esto es así porque el número de nacimientos sí determina de manera inmediata las relaciones entre los grandes grupos de edad.

Aunque la tasa de natalidad aumentó considerablemente en la década que abarca desde 1955 hasta 1965, disminuyó bruscamente a partir de 1975. En la actualidad, la tasa de fecundidad en España es de 1,1 hijos por cada

¹ Los datos que se aportan a continuación fueron extraídos de la publicación Fundación General CSIC (2010) y de las páginas web de www.jubilacionypension.com y www.imserso.es

mujer, muy por debajo del nivel que asegura el reemplazo generacional, el cual está situado en 2,1 hijos por mujer. Señalar que esta tasa es una de las tasas más bajas de la Unión Europea y del conjunto mundial, sin embargo, no es una característica exclusiva de España.

- **La mortalidad y la disminución de la mortalidad infantil:** Como consecuencia de los avances sociosanitarios y sabiendo que es la principal causa del aumento de la esperanza de vida en los países industrializados, la tasa de mortalidad en España ha descendido considerablemente a lo largo del presente siglo, con el consiguiente aumento de la proporción de personas que llegan a la vejez en cada una de las sucesivas generaciones.

Si bien el descenso de la mortalidad explica gran parte del crecimiento demográfico español, respecto a su composición por edades, su principal efecto ha sido el de rejuvenecerla. El motivo es que el retroceso de la mortalidad se ha producido en todas las edades y, muy especialmente, en la mortalidad infantil. De hecho, a principios del siglo XX tan sólo el 26% de los recién nacidos llegaban a la Tercera Edad, dato que cambió radicalmente, ya que a día de hoy alcanzan dicho punto vital aproximadamente un 85%.

Pero hay más con respecto a este factor, ya que al llegar las tasas de mortalidad infantil a los valores actuales que son tan difíciles de reducir y teniendo a la par un descenso de la mortalidad de las personas de edad avanzada, hace que ambas tasas de mortalidad realicen una aportación significativa al aumento de la esperanza de vida y al aumento del número de personas mayores en España.

- **Migraciones:** Es un factor determinante de la estructura por edades de cualquier población porque el número de emigrantes o de inmigrantes no se distribuye por igual en todas las edades, puesto que el motivo preponderante de las migraciones ha sido la búsqueda de trabajo, y sus efectos se hacen notar, principalmente, entre las personas adultas-jóvenes. Además, el efecto rejuvenecedor en la población receptora es doble, ya que

los inmigrados están en edad de tener hijos o bien los que ya los tienen se trasladan con ellos. Sin embargo, esto hace que la población de la que tales personas emigran vea disminuir automáticamente la proporción de jóvenes en el conjunto.

España ha sido un país tradicionalmente emigratorio durante siglos. Esta tendencia, además, se vio muy acentuada durante los años 50 y 60. No obstante, el efecto “envejecedor” en la estructura por edades fue poco perceptible, dada la mayor importancia del efecto “rejuvenecedor” del descenso de la mortalidad y de la natalidad elevada.

A mediados de los setenta, no obstante, se produce un giro histórico respecto al saldo migratorio, ya que las salidas se reducen rápidamente y las entradas llegan a superarlas. Esta novedad, sin embargo, se produce en un contexto general de cambios demográficos que de nuevo va a restarle protagonismo sobre la estructura por edades. También las migraciones de retorno de antiguos emigrados que hoy tienen una edad avanzada, así como la de jubilados europeos con una larga historia personal de visitas a España contribuyen a reducir el efecto rejuvenecedor de la inmigración actual.

Conviene destacar que no sólo es importante el saldo migratorio entre países puesto que la población española se caracteriza también por trasladarse dentro del territorio de la península ibérica, dando lugar a que las provincias menos desarrolladas pierdan población y las ciudades la ganen, lo que provoca un mayor índice de envejecimiento en las zonas rurales, el cual va en retroceso en los últimos años debido a la mayor presencia de inmigrantes en estas zonas, lo que en años venideros provocará otros fenómenos demográficos.

Otra característica demográfica relacionada con los movimientos migratorios es el envejecimiento de las zonas con buen clima y costeras, ya que las personas mayores españolas, e incluso extranjeras, cambian su lugar de residencia para disfrutar una tercera edad con otras ventajas, que hacen que valoren estos puntos geográficos como lugares que le aportan una mayor calidad de vida.

- **La esperanza de vida y su incremento:** Este factor también está directamente relacionado con los cambios sociales y sanitarios. Como ya se señaló con anterioridad, la mejora de la calidad de vida española influyó directamente en el incremento de la esperanza de vida, lo que dio lugar a que en la actualidad un hombre nacido en España espere vivir en torno a los 74 años y una mujer española espere superar los 80 años.

Esto da lugar a dos características del fenómeno del Envejecimiento español. Por una parte, se detecta una feminización del envejecimiento, lo cual obliga a tenerlo en cuenta, sobre todo, en la planificación de las políticas sociales futuras con el objetivo, por ejemplo, de intervenir en situaciones de soledad. Por otra parte, se está produciendo un envejecimiento del envejecimiento, característica que se da en otros países desarrollados y que también se ha de tener en cuenta en el futuro de las políticas sociales, ya que este dato deja entrever que vayan a aparecer nuevas situaciones y problemáticas sociosanitarias, como, por ejemplo, una mayor necesidad de inversión geriátrica por el aumento de enfermedades vinculadas a la edad y por el incremento de los índices de dependencia y discapacidad entre la población.

Por lo que respecta al futuro de la población envejecida española, y en comparación con la europea, se puede afirmar que el fenómeno del Envejecimiento de la población en España será más acentuado que en el resto de la Unión Europea. Además, el número de personas mayores españolas crecerá más rápidamente que la media del resto de países europeos. Dicha tendencia se comenzó a apreciar a partir de la década de los 80. Esta característica española frente a la europea es importante tenerla en cuenta a la hora de asumir retos, ya que no se presentarán los mismos en España que en cualquier otra región de la Unión Europea menos envejecida.

En cuanto a España con respecto al mundo, las proyecciones llevadas a cabo por la Organización de las Naciones Unidas (ONU) sitúan al Estado español en el año

2050 como el país más envejecido del mundo, situándose el 40% de su población por encima de los 60 años.

1.4. EL FENÓMENO DEL ENVEJECIMIENTO EN GALICIA

A lo largo del siglo XX, en Galicia, se dio un proceso de caída de la mortalidad y de la natalidad y un incremento poblacional que quedó fuertemente contrarrestado por los procesos emigratorios sufridos.

El fenómeno del Envejecimiento en Galicia se observa, por tanto, que tiene lugar desde hace años y que tiene una evolución similar al resto de Europa, pero más acusado que en el resto de España y que en el país portugués. Además, la Comunidad Autónoma gallega es una de las regiones autonómicas con mayor proporción de personas mayores de España.

En Galicia, al igual que en cualquier otra región mundial, europea o española, determinan el fenómeno del Envejecimiento los siguientes cuatro factores (Fundación General CSIC, 2010)²:

- **Descenso de la natalidad**: Su índice de natalidad se sitúa en 1,04 hijos por mujer en el año 2018, cifra por debajo de la media española (1,25 hijos por mujer) y sabiendo que el reemplazo generacional se asegura con aproximadamente un 2,1 hijos por mujer.

Este retroceso de la fecundidad y de la natalidad provoca un aumento indirecto del porcentaje de personas de 65 o más años de edad. Esto es lo que los demógrafos denominan envejecimiento “por la base” de la pirámide de población.

- **Descenso de la mortalidad**: Desde al año 1950 asistimos, en términos

² Los datos que se aportan a continuación fueron extraídos, además de la publicación de la Fundación General CSIC, de las páginas web de www.jubilacionypension.com y www.imserso.es y de la ponencia de Fernández-Fernández (2012). Envejecimiento y servicios sociales: transformemos el reto en una oportunidad. Comunicación presentada en Congreso Internacional sobre Envejecimiento Activo: “Preparando nuestro futuro”, A Coruña, España.

absolutos, a un fenómeno de estancamiento de la mortalidad como consecuencia de los avances en bienestar, calidad de vida y salud de la población. Ahora bien, en términos relativos, y debido al progresivo envejecimiento de la población, el porcentaje se incrementa.

- **Aumento de la esperanza de vida:** La esperanza de vida en una gallega es de alrededor de 85 años y en un gallego es de aproximadamente 80 años. Es más, en el caso del hombre, se pasó del 19% de gallegos que superaban los 65 años en 2017 a un previsible 26% de hombres gallegos que superaran los 65 años en 2031.
- **Movimientos migratorios de la población:** En el caso gallego estos movimientos están vinculados con la necesidad de cuidados de las personas mayores. Dicho de otro modo, la posibilidad de recibir cuidados informales en el seno de la familia en amplias zonas de Galicia es cada vez más difícil, lo que está generando nuevos movimientos migratorios a las áreas con mayor concentración de población, no en búsqueda de un empleo, sino en busca del apoyo familiar.

Además, en los últimos tiempos, las migraciones de vuelta a Galicia están protagonizadas, de forma preferente, por antiguos emigrantes que, ya jubilados, retornan al lugar de nacimiento. Esta vuelta añade envejecimiento al envejecimiento que los emigrantes provocaron con su marcha y que, después de la caída de la fecundidad, a la que también contribuyeron, ahora agravan con su vuelta.

La Comunidad Autónoma de Galicia se sitúa como la segunda más envejecida de España³, cuyo porcentaje de personas mayores ascendía en el año 2018 a un 24,89% (aproximadamente 672.930 personas superan los 65 años en Galicia o, lo que es lo mismo, 1 de cada 4 personas). Señalar que la región gallega tenía en el año 1996 un 18,30% y en el 2000 un 20,30% de personas mayores de más de 65 años frente al 15,60% en 1996 y al 16,90% en 2000 de España.

³ Los datos que se aportan a continuación fueron extraídos de la publicación Fundación General CSIC (2010) y de las páginas web de www.jubilacionypension.com, www.imserso.es y www.ige.eu

Por provincias y según datos del Instituto Gallego de Estadística (IGE), en el año 2018 el porcentaje de la población de más de 65 años es superior en Lugo (28,84%) y Ourense (31,18%) que en Pontevedra (22,14%) y A Coruña (24,30%). Sin embargo, hay ayuntamientos gallegos en los que el peso de población mayor no supera el 21% (situados principalmente en la zona atlántica gallega o en la comarca de Santiago de Compostela) y, en otros casos, se detecta un porcentaje de gerontes superior al 40% e incluso al 50% (sobre todo, los situados al sur de la provincia lucense y el conjunto de ayuntamientos de la provincia ourensana).

Ahora bien, cuando una población supera en más de un 10% el peso relativo de los efectivos de más de 65 años, se considera que tienen un excesivo peso o problema de envejecimiento de su pirámide poblacional. En Galicia, prácticamente se dobla ese porcentaje por lo que hay que caracterizar a esta Comunidad como tal.

No se debe confundir el envejecimiento con el simple incremento del número de personas de 65 o más años de edad. Teóricamente, si este incremento estuviese acompañado de otros semejantes en la población adulta y joven, no habría envejecimiento. Tampoco cabe atribuir la causa del mismo a la reducción de la mortalidad, pues ésta incidió de un modo importante entre los niños y jóvenes.

Sin embargo, el cambio demográfico ocurrido de forma meteórica en las últimas décadas es un hecho probado en Galicia y su gestión será una de las tareas fundamentales de cara al futuro.

Además, en la ponencia de Fernández-Fernández (2012) se cita el documento “*Regiones 2020*” de la Dirección General de Política Regional de la Comisión Europea, en el que se publica que Galicia ocupa el puesto 25 de vulnerabilidad ante los cambios demográficos de las 267 regiones europeas estudiadas.

A modo de conclusión, los cambios demográficos, el envejecimiento y la

distribución de la población, dan lugar a que en Galicia se detecten fuertes implicaciones económicas y sociales.

CAPÍTULO 2. CALIDAD DE VIDA, DISCAPACIDAD Y DEPENDENCIA

CAPÍTULO 2. CALIDAD DE VIDA, DISCAPACIDAD Y DEPENDENCIA

2.1. CARACTERIZACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA

En los últimos años la Gerontología se ha preocupado por la calidad, término que abarca varios aspectos de la vida diaria de la persona mayor.

Dado que se ha escrito y teorizado mucho, a continuación se tratará de sintetizar la mayor parte de las definiciones y aspectos de la calidad, acercando dicho concepto al ámbito de la Gerontología y al concepto de calidad de vida.

Yendo a su base y según la *Real Academia Española* (RAE), el vocablo *calidad*⁴ tiene 10 acepciones diferentes, de las cuales nos centraremos en la siguiente por ser la que más se acerca a la temática que aquí se trata:

- “*Estado de una persona, naturaleza, edad y demás circunstancias y condiciones que se requieren para un cargo o dignidad*”: Esta es la definición de la que se ocupa y a la que trata de dar respuesta o mejorar el campo de la Gerontología con servicios, programas y/o prestaciones. Señalar que en dicha definición ya aparecen otros términos importantes a tener en cuenta, tales como *persona*, *edad* o *dignidad* que se abordarán más adelante.

Continuando con la *Real Academia Española* (RAE), vincula la *calidad* con el término *vida*, recogiendo el concepto de “*calidad de vida*” y definiéndolo de la siguiente manera: “*Conjunto de condiciones que contribuyen a hacer la vida agradable, digna y valiosa*”. Por lo tanto, la *Real Academia Española* (RAE) relaciona la calidad de vida con la satisfacción, la dignidad y la valía.

Sin embargo, no existe un consenso para dar una definición operativa y global

⁴ Siguiendo la definición primera de la web de la *Real Academia Española* (RAE), cuyo origen proviene del latín *qualitas*, *-ātis*, y este calco del griego. ποιότης *poiótēs*.

para el concepto de *calidad de vida*, que es reciente y utilizado en diferentes ámbitos y disciplinas.

Es más, cuando se comienza a utilizar es en relación con la revolución y el desarrollo industrial, puesto que en los años 50 y 60 preocupaba la contaminación medioambiental y cómo ésta podía afectar a la población. Dejando a un lado lo casi coloquial, son pocos años después cuando se empieza a utilizar el término de manera más formal y vinculado a estudios de indicadores sociales que realizaba la Escuela de Chicago a mediados de los años 60.

Conforme pasa el tiempo, en la década de los 70 y 80, empieza a relacionarse la calidad de vida con el Estado de Bienestar, el bienestar individual y social, la satisfacción de necesidades, las condiciones de vida y el término de salud.

En los años 90, se acuñan las dos definiciones más importantes y aceptadas que nacieron con el objetivo de consensuar y universalizar la definición de calidad de vida, que son las siguientes:

- Definición de *calidad de vida* de la Organización Mundial de la Salud (OMS): *“Las percepciones de los individuos de su posición en la vida en el contexto cultural y de valores en el que viven y en relación a sus metas, expectativas, estándares y preocupaciones”* (Power, Bullinger y Harper, Bullinger y Harper, 1999; WHOQOL Group, 1998).
- Definición de *calidad de vida* de Cummins del año 1997: *“Constructo universal, definido tanto objetiva como subjetivamente, donde los dominios objetivos comprenderían medidas culturalmente relevantes de bienestar objetivo, y los dominios subjetivos comprenderían la satisfacción con las diferentes dimensiones ponderadas por su importancia para el individuo”* (Rojo-Pérez *et al.*, 2009 tomado de Cummins 1997).

De ambas, destacar que la de la OMS tiene un carácter más subjetivo al que

Cummins trata de sumarle un punto de vista más objetivo. En el 2010 el IMSERSO aportó la siguiente definición más integradora: *“La calidad de vida es un concepto multidimensional que comprende componentes tanto objetivos como subjetivos. Incluye diversos ámbitos de la vida, refleja las normas culturales de bienestar objetivas y otorga un peso específico para cada ámbito de la vida, los que pueden ser considerados más importantes para un individuo que para otro”* (IMSERSO, 2011).

Sin embargo, queda patente la dificultad de llegar a una definición de calidad de vida y la necesidad de caracterizarla como multidimensional para poder evaluarla y concretarla. De hecho, son múltiples las investigaciones existentes y muchos los autores que están de acuerdo con parte de esta conclusión entre ellos citar a: Noll (2002), George y Bearon (1980), Golant (1984), Weidemann y Anderson (1985), Francescato *et al.* (1987), Arnold (1991), Birren y Dieckmann (1991), Gentile (1991), Lawton (1991), Garland (1993), Setien (1993), Aguiar *et al.* (1995), Fernandez-Ballesteros *et al.* (1996), Rojo-Pérez *et al.* (2001), Fernandez-Mayoralas *et al.* (2004), Martinez-Martin (2006), Rojo-Pérez *et al.* (2007), Fernández-Ballesteros (2004), Sancho y Vega (2004). Por lo tanto, a continuación se analizará esta perspectiva del término calidad de vida.

2.1.1. DIFICULTADES PARA LA DELIMITACIÓN CONCEPTUAL DE LA CALIDAD DE VIDA

Partiendo de que el concepto de calidad de vida es relativamente reciente y teniendo en cuenta que tiene un doble componente: objetivo y subjetivo, existen una serie de ideas clave para su delimitación conceptual (Cummins, 1997 y 1999; Yanguas, 2006):

- La calidad de vida es un concepto multidimensional y tiene componentes tanto objetivos como subjetivos.
- Abarca diversos ámbitos de la vida de una persona, no existiendo acuerdo

unánime ni en cuáles y ni en las características de los mismos. Además, cada individuo le da más importancia a unos que a otros, lo que complica aún más la definición y el acuerdo en la caracterización de la parte subjetiva de este término.

- La definición de calidad de vida por excelencia debería de ser aplicable a todas las personas por igual, sean cuales sean sus circunstancias vitales y siempre en relación con las normas culturales del bienestar definido objetivamente.

Gómez y Sabeh (2000) señalan cuatro componentes de este concepto de calidad de vida, que pueden servir para clasificar o agrupar las definiciones existentes:

1. *Calidad de vida como calidad de las condiciones de vida de una persona.*
2. *Calidad de vida como la satisfacción experimentada por un individuo en relación a sus condiciones de vida.*
3. *Calidad de vida como la conjunción de la calidad de las condiciones de vida de una persona y de la satisfacción que experimenta en relación a las mismas.*
4. *Calidad de vida como la combinación de las condiciones de vida y la satisfacción personal experimentada en función de los valores personales, aspiraciones y expectativas del individuo.*

En el intento de llegar a una definición objetiva, global y científica se emplean otros términos que mantienen una notable relación con la calidad de vida. De hecho, desde la óptica subjetiva y del individuo se hace uso de conceptos que para unos indican calidad de vida pero para otras personas no. Los más relevantes son los siguientes:

- **Satisfacción:** Cuando una persona está satisfecha con su calidad de vida, realiza una valoración global de su vida basada en la comparación entre lo

que esperaba y lo alcanzado (Richart, Reig y Cabrero, 1999).

- **Bienestar**: Concepto que también tiene su vertiente subjetiva y que puede englobar o incluir al anterior. La persona valora la satisfacción o insatisfacción con la vida desde una óptica emocional.

Con este concepto se relacionan otros, tales como: desarrollo económico, poder adquisitivo familiar o individual, nivel de vida, estado de salud, longevidad, calidad y accesibilidad a servicios sanitarios, satisfacción de necesidades y expectativas y felicidad, por ejemplo.

Hay varios tipos de *bienestar*, dependiendo de la perspectiva que se utilice para definirlo. Está en boga, desde hace años, el *Bienestar Social*, el cual aparece con la evolución del Estado de Bienestar, haciendo referencia principalmente al desarrollo económico, social y de salud. Tras la lectura y el estudio de diferentes definiciones, se puede concluir que el *Bienestar Social son un conjunto de factores o elementos que influyen en la calidad de vida de las personas que viven en una sociedad y que suponen que los individuos se encuentren en un estado de satisfacción*⁵. De ahí la importancia de invertir en la mejora y aplicación de diferentes herramientas, planes y programas de Política Social de los Estados como objetivo prioritario para un incremento de la calidad de vida y para mantener los Estados de Bienestar existentes hasta el momento.

- **Buenas prácticas**: Este término, a pesar de estar en boga últimamente, no parece estar suficientemente definido. De forma difusa y sin concretar, se puede decir que hace referencia al buen hacer profesional que sirva de ejemplo y modelo a seguir por otros profesionales. Se trata de establecer un modelo de atención de calidad a seguir e implantar. Siguiendo a Martínez (2010), en función de los objetivos pretendidos en las definiciones de lo que es una buena práctica en la intervención en las personas adultas en situación de dependencia, podemos distinguir, al menos,

⁵ Definición de elaboración propia. Año 2018.

tres acepciones:

1. Las buenas prácticas podrían ser definidas como aquellos programas, proyectos o experiencias de intervención social que responden de una forma innovadora y satisfactoria con el objetivo de mejorar la atención y la calidad de vida de las personas adultas en situación de dependencia.
 2. Las buenas prácticas son *“un conjunto de acciones pensadas para introducir mejoras en las relaciones, los procesos o actividades, y orientadas a producir resultados positivos sobre la calidad de vida de las personas”* (Bermejo y Mañós, 2009).
 3. Las buenas prácticas son recomendaciones dirigidas al buen hacer profesional en el “día a día”. Las buenas prácticas designan modos recomendables para la actuación profesional, es decir, recomendaciones para una buena praxis profesional. Sugerencias alrededor de diferentes aspectos importantes para la calidad de vida de las personas a las que se atiende, tales como decisiones, opciones metodológicas, comportamientos, interacciones, actitudes y habilidades implicadas en el buen trato con las personas usuarias, con las familias o entre los profesionales.
- **Felicidad:** Del mismo modo que el anterior, abarca el concepto de *satisfacción* y, al igual que el de *bienestar*, hace referencia a una valoración emocional del individuo de su vida en el momento actual en relación con su pasado, concluyendo positivamente con las metas alcanzadas y la inexistencia de obstáculos o inconvenientes negativos en el estado espiritual y físico de la persona.
 - **Salud:** Este término también es multidimensional por sí mismo y abarca el concepto de *bienestar*. Comenzó a vincularse la salud con la calidad, a raíz de la definición dada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), *“estado de completo bienestar físico, mental y social, no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia”*. Existen varias definiciones de calidad de vida en

relación con el término de salud. Destacan las siguientes (Yanguas, 2006):

- Patrick y Erickson (1993): *“Valor asignado a la duración de la vida, modificado por la oportunidad social, la percepción, el estado funcional y la disminución provocadas por una enfermedad, accidente, tratamiento o política”*.
- Lawton (2001): *“Hecho por el cual la disfunción física, el dolor y el malestar provocan limitaciones de las conductas cotidianas, actividades sociales, bienestar psicológico y otros aspectos del día a día de los sujetos y su calidad de vida global, juzgada por el propio sujeto”*.

En suma, se pueden señalar tres grandes hándicaps con los que se encuentran las investigaciones con respecto a la definición y delimitación del término calidad de vida:

1. **Aspectos objetivos y subjetivos:** Se puede decir que existe una polémica entre diversos autores e investigadores con respecto a incluir o no aspectos objetivos y subjetivos tanto en las investigaciones como en la definición del concepto de calidad de vida. Con respecto a este punto, se entiende que para un buen estudio e intervención en la calidad de vida de cualquier sociedad y/o persona, es necesario e importante tener en cuenta la globalidad de los aspectos que influyen en la misma. Cabe señalar a que se refiere cada uno de ambos aspectos:
 - **Aspectos objetivos de la calidad de vida:** Servicios sociosanitarios, servicios socioeducativos, servicios socioculturales, capacidad adquisitiva, porcentaje de población ocupada, porcentaje de población en desempleo y entorno social de la persona, por ejemplo.
 - **Aspectos subjetivos de la calidad de vida:** Valoraciones, juicios y expresión de sentimientos de la persona con respecto a los aspectos objetivos.

2. **Concepción ideográfica versus concepción nomotética:** Es patente la dificultad que hay en la determinación de si la calidad de vida es un concepto ideográfico o nomotético, siendo:
 - En la visión ideográfica es la persona quién establece cuáles son los componentes que definen su calidad de vida. Según Real (2008), esta perspectiva la apoyan los investigadores que entienden que la calidad de vida es eminentemente subjetiva y, por lo tanto, es la persona quién debe de determinar los elementos que la constituyen.
 - En la visión nomotética, la calidad de vida se caracteriza por unos componentes comunes a todas las personas. La defienden aquéllos que entienden que la calidad de vida abarca aspectos objetivos y subjetivos e incluye dimensiones individuales relevantes para las personas.

3. **Inexistencia de una definición universal:** Investigadores como Schalock y Verdugo (2003) indican que existen más de cien definiciones de “*calidad de vida*”. Por lo tanto, no existe una definición universalmente aceptada, tal y como se comentó con anterioridad.

2.1.2. CARACTERIZACIÓN MULTIFACTORIAL Y MULTIDIMENSIONAL DE LA CALIDAD DE VIDA

Tal y como indicaron Fernández-Ballesteros, Sancho y Vega (2004), aunque a la calidad de vida se le da su importancia desde diferentes ámbitos científicos, no hay un acuerdo sobre su conceptualización, evaluación y áreas de intervención, debido a que, precisamente, puede ser abordada multidisciplinariamente. De ahí que se indique el carácter multifactorial y multidimensional del término calidad de vida, sabiendo que afecta en múltiples aspectos y por diferentes motivos y factores a las personas y, consecuentemente, a todas las sociedades. De hecho, así concluyen Rojo-Pérez y otros autores en el año 2002⁶.

⁶ Conclusión [consideran la calidad de vida como un *concepto multidimensional y global, resultado de la interacción dinámica entre las condiciones externas de la vida de los individuos y las percepciones que sobre aquellas emiten los propios sujetos* (Rojo Pérez *et al.*, 2002)] recogida en: Rojo-Pérez, F., Fernández-Mayoralas, G., Forjaz, M. J., Delgado-Sanz, M. C., Ahmed-Mohamed, K., Martínez-Martín, P., Prieto-Flores, M. E., Rojo-Abuín, J. M., Loc. cit.

Son muchos los autores e investigadores que realizaron diversas clasificaciones, categorizaciones, descripciones, etc., en un intento de establecer las dimensiones o componentes que conforman el término de calidad de vida. En orden cronológico, se presentan algunas de las más destacadas:

- En 1991, Lawton señala que la calidad de vida engloba dos tipos de factores que se conforman de los siguientes componentes:
 - Factores objetivos: calidad del ambiente físico (vivienda, contaminación, ...) y social (ambiente familiar, laboral y social), condiciones económicas, apoyo social estructural (redes sociales, cantidad de relaciones, ...), factores culturales y estado de salud objetivo (uso y disponibilidad de recursos).
 - Factores subjetivos o personales: apoyo social funcional (tipo de apoyo obtenido de las relaciones sociales), bienestar subjetivo, actividades de ocio y tiempo libre, estado de salud subjetivo (salud percibida), autoestima y habilidades funciones y competencia en general.

- En los años 1996 y 2000, Schalock indica las siguientes 8 dimensiones básicas de la calidad de vida con sus indicadores y descriptores:
 1. Bienestar emocional: alegría, autoconcepto y ausencia de estrés.
 2. Relaciones interpersonales: interacciones, relaciones y apoyos.
 3. Bienestar material: estado financiero, empleo y vivienda.
 4. Desarrollo personal: educación, competencia personal y desempeño.
 5. Bienestar físico: salud, actividades de la vida diaria, atención sanitaria y ocio.
 6. Autodeterminación: autonomía personal, elecciones, metas y valores personales.
 7. Inclusión social: integración y participación en la comunidad, roles comunitarios y apoyos sociales.
 8. Derechos: humanos y legales.

- En el año 2001, Lawton distingue cuatro categorías o tipos de calidad de vida, que son las siguientes (Yanguas, 2006):
 - Calidad de vida física: Estados de salud y calidad de vida relacionada con la salud. En esta dimensión se analiza el dolor, los síntomas, las limitaciones funcionales y la función cognitiva.
 - Calidad de vida social: En esta dimensión se incluye la red social, la frecuencia de contactos, la participación en actividades y el espacio social.
 - Calidad de vida Percibida: Dimensión de aspecto subjetivo que abarca la calidad familiar, de los amigos, del tiempo y la seguridad económica.
 - Calidad de vida Psicológica: Dimensión que se compone de los síntomas emocionales y necesidades personales que tienen un efecto más generalizado en la calidad de vida global.

- En el año 2003, Schalock y Verdugo (2003) abogan por un modelo de calidad de vida formado por dimensiones e indicadores clave en relación a los diferentes sistemas integrantes de la sociedad en general. Estos autores se decantan por un enfoque ecológico de la calidad de vida, indicando la existencia de tres sistemas que afectan a la calidad de vida de las personas:
 - Microsistema: Es el contexto social inmediato, como, por ejemplo, la familia, lugar de trabajo, etc.
 - Mesosistema: Es el contexto social cercano que influye indirectamente en la persona y directamente sobre el funcionamiento del microsistema. Por ejemplo, formarían parte del *mesosistema*, el vecindario, la comunidad, los servicios, etc.
 - Macrosistema: Es el contexto no tan próximo a la persona, directamente vinculado a la sociedad en la que vive la persona y que determina los valores y creencias de la sociedad en general. La cultura, la política y los sistemas económicos son ejemplos de *macrosistema*.

Además, Schalock y Verdugo indican las siguientes características de la

calidad de vida, analizándola desde la perspectiva de la persona y su entorno, señalando que es multidimensional, contextual y subjetiva:

- La calidad de vida se compone de unos indicadores y unas relaciones que son comunes a todos los individuos con respecto a la educación, la salud física, la salud mental, la discapacidad, el envejecimiento y las familias.
 - La calidad de vida se experimenta cuando se satisfacen las necesidades y cuando la persona puede mejorar en aspectos vitales importantes.
 - La calidad de vida tiene componentes objetivos y subjetivos, siendo los más determinantes los subjetivos, puesto que son los que indican la calidad de vida que una persona experimenta. Por lo tanto, es muy importante el papel que juega el bienestar (Schalock y Verdugo lo denominan como *bienestar emocional*) de la persona en su calidad de vida y cómo la vive y percibe.
 - La calidad de vida se basa en la capacidad de autodeterminación de la persona.
 - La calidad de vida es multidimensional, influida por factores personales como ambientales (trabajo, vivienda, educación, salud, nivel de vida, relaciones sociofamiliares, sistema sociopolítico y socioeconómico).
- En el año 2004, Castellón y Romero (2004) indican los siguientes componentes esenciales de la calidad de vida:
 - *Salud: objetiva y subjetiva, física y psíquica.*
 - *Integración social: relaciones con familiares, vecinos y amigos.*
 - *Habilidades funcionales: grado de autonomía del individuo y capacidad para desenvolverse en la vida diaria.*
 - *Actividad y ocio: nivel de actividad, forma de ocupar el tiempo y la satisfacción que experimenta con la forma en que lo ocupa.*
 - *Calidad ambiental: satisfacción del individuo en relación con varios aspectos de su vivienda o residencia donde habita.*
 - *Satisfacción con la vida.*
 - *Educación.*

- *Ingresos.*
- *Servicios sociales y sanitarios.*

Estos componentes son los que forman parte del *Cuestionario Breve de Calidad de Vida (CUBRECAVI)*, empleado en esta investigación.

- También en el año 2004 y tal y como se indicó con anterioridad, Fernández-Ballesteros define la calidad de vida como un concepto multidimensional, compuesto un aspecto objetivo (condiciones externas a la persona) y un aspecto subjetivo (percepción de la persona sobre las condiciones externas). Además, señala que para evaluar la calidad de vida de una persona se deben de tener en cuenta las siguientes condiciones:
 - Ambientales.
 - Sociales.
 - Médicas: Evaluar la salud en su globalidad, tanto desde la óptica objetiva (bienestar físico, mental y social) como desde la óptica subjetiva (la salud percibida por la propia persona).
 - Psicológicas: Son condiciones que evalúan desde una perspectiva subjetiva, puesto que es la persona la que indica su percepción de cuestiones relacionadas con su vida: familia, trabajo, etc.
- En el año 2008, Real indica que los determinantes de la calidad de vida en las personas mayores son los siguientes:
 - Salud.
 - Aptitudes funcionales para desenvolverse en la vida diaria.
 - Condiciones económicas.
 - Relaciones sociales satisfactorias con familiares y amigos.
 - Mantenerse activo.
 - Servicios sociales y sanitarios.
 - Vivienda en buenas condiciones y en un buen ambiente próximo.
 - Oportunidades culturales y educativas.

De acuerdo con la conclusión a la que llegan García-Viniegras y González-Benítez (2000), la calidad de vida sería una interacción entre factores externos (condiciones económicas, sociales, políticas, culturales, sanitarias, ambientales, etc.) y los factores subjetivos de la persona. Los primeros ayudarán u obstaculizarán el desarrollo de la persona y los segundos están determinados por la valoración que realice el individuo de su vida en relación a la satisfacción alcanzada de los primeros según la importancia que la misma persona le da.

Sabiendo esto, es importante señalar que la calidad de vida es el objetivo más valorado y buscado en Gerontología a día de hoy. De ahí la necesidad de investigar en este campo.

2.2. CALIDAD DE VIDA Y ENVEJECIMIENTO

De entrada, hay que señalar que el grupo de las personas mayores es muy heterogéneo, influyendo en él factores y aspectos diferentes a los existentes en otro grupo de edad, ya que no es una población activa, y el componente de la salud juega un papel importante, sobre todo, en lo relacionado con su mantenimiento y cuidado.

Es evidente que los diferentes estados, sobre todo aquéllos que pertenecen a lo que se denomina Estado de Bienestar, se han preocupado por las personas mayores y así han dejado constancia en su legislación nacional e internacional en sus diferentes Constituciones y en la Carta Internacional de Derechos Humanos de las Naciones Unidas. En España, una de las preocupaciones y objetivos principales de la Política Social en relación a las personas mayores es una mejora de su calidad de vida.

El proceso de envejecimiento conlleva un incremento de las limitaciones de salud y capacidades funcionales y, en el peor de los casos, una mayor necesidad de

atención y cuidado, sobre todo, cuando se trata de personas mayores dependientes y/o con discapacidad.

Es necesario aclarar, llegados a este punto, que existen dos corrientes en Gerontología en lo relacionado con envejecer y su repercusión en la vida de las personas. Por un lado, está la visión pesimista que indica que se suman años de vida, pero con menor calidad y más riesgo de vivir en una situación de dependencia y/o discapacidad. Por otro lado, la corriente más positiva indica que, en los últimos años, se ha conseguido vivir más y que dependerá de las Políticas Sociales y Sanitarias de cada país que esos años sean llenos de calidad de vida, ya que serán las encargadas de promover estilos de vida saludables que repercutirán en una mejora de la calidad de vida de las personas mayores.

Sin embargo, conviene tener en cuenta la relación establecida entre Envejecimiento y calidad de vida, hecha por Espinosa y Libreros (1995): *“El envejecimiento es en sí mismo un proceso cuya calidad está directamente relacionada con la forma como la persona satisface sus necesidades a través de todo su ciclo vital”*.

Por lo tanto, es imprescindible tener claro el fenómeno del Envejecimiento y establecer unas características generales de esta fase del ciclo vital de una persona, con el fin de que la calidad de vida en las personas mayores adquiera un significado y se evalúe de diferente manera que para otro grupo de edad.

En esta etapa el componente subjetivo de la calidad de vida tiene una notable relevancia. Es importante su desarrollo psicológico, ya que, cuando llegan a mayores, pasan por varias fases o estados, hasta que aceptan el momento vital que están atravesando y pasan a disfrutar del mismo.

Por lo tanto, envejecer no es sólo un proceso biológico y afecta tanto individual como colectivamente. Por ello se debe analizar desde una óptica global, teniendo

en cuenta a la persona desde el ámbito biológico, cultural, social, mental y espiritual en relación con la sociedad que lo rodea, observando su ecología, su ambiente, su economía, su cultura, etc. Es decir, el individuo envejece, pero su desarrollo individual está influenciado por la sociedad a la que pertenece, la calidad de vida y el modo de enfrentarse a la vida. Por tanto, es importante analizar la personalidad y el comportamiento de la persona mayor como método para establecer una conclusión o valoración de la calidad de vida en relación directa con el proceso de envejecimiento.

Como señala Neugarten (1974), para analizar la calidad de vida de las personas mayores se ha de considerar su satisfacción vital, teniendo en cuenta los siguientes criterios: satisfacción en las actividades diarias, significado de la vida como conductor y dueño de la misma, valoración de objetivos vitales alcanzados, autoimagen y actitud hacia la vida.

Siguiendo esta línea, y apoyándonos en las aportaciones de Fernández-Ballesteros (Fernández-Ballesteros, Zamarrón y Macía, 1997) que reitera que se establezcan unos criterios de evaluación de la calidad de vida específicos para personas mayores, podemos señalar los siguientes factores que influyen en la misma:

- *Factores personales*: autonomía, salud, habilidades funcionales, relaciones sociales, actividades de ocio y satisfacción.
- *Factores socioambientales*: apoyo social, condiciones económicas, servicios de salud y sociales, calidad del ambiente y aspectos culturales.

Schalock y Verdugo, tras realizar varias investigaciones, concluyen que la valoración de las dimensiones más importantes de la calidad de vida varían de unos grupos de edad a otros, siendo diferentes en los diferentes grupos etarios y, por supuesto, en las personas mayores. Por lo tanto, la valoración de la calidad de vida va modificándose a lo largo del ciclo vital, si bien las dimensiones más valoradas

por las personas mayores son éstas: bienestar físico, bienestar emocional y relaciones interpersonales. Es más, estos autores indican que el bienestar psicológico (o emocional, como ellos mismos indican) es el componente que más determina la calidad de vida de la persona mayor, pero a su vez depende del bienestar físico y mental. Schalock y Verdugo (2003) indican que para el bienestar psicológico/emocional y la calidad de vida del mayor es esencial su capacidad de autodeterminación y el control percibido sobre sus vidas.

En conclusión, afirmamos que el concepto de calidad de vida ha de incluir aspectos objetivos y subjetivos, pero específicos para un grupo de edad heterogéneo y con casuística diferente que es el de las personas mayores.

2.2.1. BIENESTAR PSICOLÓGICO Y ENVEJECIMIENTO

Entre los autores e investigadores existe un gran consenso en la consideración del bienestar psicológico como la dimensión más relevante de la calidad de vida. Sin embargo, no existe acuerdo en todo a su conceptualización y medición, posiblemente por tratarse de un concepto con carácter temporal e integrado por factores objetivos y subjetivos (García-Viniegras *et al.*, 2000).

Existen dos grandes tradiciones de investigación en torno al bienestar (Molina y Meléndez, 2006, Díaz *et al.* 2006 y Meléndez *et al.* 2008):

1. Tradición Hedónica: Se decanta por el concepto de *bienestar subjetivo*, relacionándolo con conceptos de larga tradición en la Psicología como la satisfacción con la vida o la felicidad.
2. Tradición Eudaimónica: Se inclina por el concepto de *bienestar psicológico*. Esta tradición investiga en torno al desarrollo de las capacidades y el crecimiento personal, indicadores del funcionamiento positivo del individuo.

A continuación analizaremos con más detenimiento tanto el concepto de *bienestar subjetivo* como el de *bienestar psicológico*.

2.2.1.1. BIENESTAR SUBJETIVO

El concepto de *bienestar* subjetivo forma parte de una dimensión cognitiva-emocional y que ha tenido varias denominaciones: felicidad, satisfacción vital, afectos positivos o negativos. El bienestar subjetivo, inicialmente, fue considerado como un indicador de la calidad de vida, determinado por la interrelación entre el ambiente y el grado de satisfacción indicado por la persona (Díaz *et al.* 2006). Posteriormente, el bienestar subjetivo se asimiló a los conceptos de *satisfacción vital* (entendido como un juicio global que las personas hacen de su vida) o de *felicidad* (entendido como un balance global y resultado de los afectos positivos y negativos experimentados por la persona (Cabañero *et al.*, 2004; Blanco y Díaz, 2005; Díaz *et al.*, 2006; Moyano y Ramos, 2007).

A lo largo de la historia, existen varias aportaciones e investigaciones que tratan de definir, delimitar y caracterizar el bienestar subjetivo. En resumen, el bienestar subjetivo es el resultado del balance global (satisfacción con la vida) o juicio evaluativo de la propia vida (de ahí que se considere una dimensión cognitiva) que realiza la persona en relación a sus oportunidades vitales (recursos personales y sociales) así como del curso de los acontecimientos a los que se enfrenta y de la experiencia emocional producida (por ello se trata de una dimensión emocional) (Blanco y Díaz, 2005). Las condiciones objetivas de la vida de la persona son importantes, pero insuficientes para determinar el bienestar del individuo. Por lo tanto, el bienestar subjetivo sería el estado psicológico, resultado de la interacción entre la personalidad del individuo y su entorno micro (estado civil, relaciones familiares, participación social, satisfacción laboral, apoyo social, etc.) y macro social (ingresos, cultura, etc.) (Moyano y Ramos, 2007).

Van Hoorn (2007) trató de establecer los principales factores determinantes del bienestar subjetivo a través de una clasificación integrada por los siguientes 6 grupos de factores:

1. Rasgos de la personalidad: Es el factor más influyente. Tiene gran poder de pronóstico a la hora de establecer diferencias interindividuales en el bienestar subjetivo. El carácter sociable impacta positivamente en el bienestar subjetivo, mientras que la introversión repercute negativamente.
2. Factores contextuales y situacionales: El estado de salud y civil, por ejemplo, influyen en el bienestar subjetivo. Así, tener un buen estado de salud influye positivamente y se relaciona con altos niveles de bienestar subjetivo.
3. Factores demográficos: Variables como la edad y el sexo repercuten en el bienestar subjetivo de la persona. Este autor sostiene, por ejemplo, que las mujeres experimentan mayor bienestar subjetivo que los hombres o que este bienestar aumenta en las personas mayores, tras descender en la época adulta de las personas y ser elevada en la juventud.
4. Factores institucionales: El bienestar subjetivo de la población es más elevado en estados demográficos con un bienestar social consolidado.
5. Factores ambientales: Aunque está comprobado que el clima influye en el bienestar subjetivo, las investigaciones en torno al mismo llegan a conclusiones contradictorias. Por una parte, las altas temperaturas en otoño-invierno elevan el bienestar subjetivo, lo reducen el mayor calor en la primavera-verano o el calentamiento global (Rehdanz y Maddison, 2003). Por otra parte, otros autores indican que el calentamiento global podría aumentar el bienestar subjetivo de la persona (Bechetti, Castriota y Londoño, 2007).
6. Factores económicos: Una situación económica desfavorable puede repercutir negativamente en el bienestar subjetivo tanto en el individuo como en la población en general. Sin embargo, ello no impide que en los países pobres se pueda encontrar personas felices. De hecho, existen

personas felices tanto en países desarrollados como subdesarrollados.

Por lo tanto, el bienestar subjetivo que experimenta la persona vendría determinado tanto por factores que afectan a la vida de una persona en particular (estado de salud, relaciones familiares, relaciones sociales, etc.) como por otros más generales y contextuales que influyen en el conjunto de la población (factores sociales, económicos, políticos, etc.). Sin embargo, parece aceptada la afirmación de que los más próximos a la persona son los que más influyen en su bienestar subjetivo.

2.2.1.2. BIENESTAR PSICOLÓGICO

Este concepto es más reciente que el anterior y se centra en el crecimiento personal, en el desarrollo de las capacidades, en el estilo de afrontamiento de los retos/desafíos vitales, en el esfuerzo/persistencia en la consecución de las metas deseadas.

Al igual que en el anterior, son muchas las investigaciones realizadas acerca del *bienestar psicológico*. En resumen, se puede señalar lo siguiente:

- El bienestar psicológico se valora en función de la consecución de los valores que a la persona le hacen sentir bien, crecer y desarrollar como persona (Ryan y Deci, 2001).
- Es el resultado de un proceso de construcción personal basado en el desarrollo psicológico de la persona y en su capacidad de actuar ante las circunstancias vitales (Molina y Meléndez, 2006).
- El bienestar psicológico está determinado por el grado de equilibrio entre la satisfacción de expectativas o sueños, la capacidad de respuesta ante acontecimientos vitales y las competencias personales del individuo con el fin de lograr una óptima adaptación (García-Viniegras *et al.*, 2000; Molina y

Meléndez, 2006).

- Si la persona compara su situación actual con ciertos estándares de referencia (personas significativas, situaciones pasadas, aspiraciones, etc.) y el resultado es positivo, su bienestar psicológico se entiende que tenderá a ser elevado (Diener, Suh, Lucas y Smith, 1999).
- Es un constructo que pone de manifiesto el sentir positivo y el pensar constructivo de la persona acerca de sí misma. Además, el bienestar psicológico es el resultado de la transacción entre lo social (proporciona significado a la experiencia vital) y lo psicológico (define la posición que adopta la persona frente a la experiencia vital. García-Viniegras *et al.*, 2000).
- El bienestar psicológico de la persona está influenciado tanto por condiciones objetivas como subjetivas, pero es el proceso constructivo llevado a cabo por la persona el que determinará su nivel de bienestar. Siguiendo esta línea, Moyano y Ramos (2007) señalan una serie de factores determinantes, propiciando u obstaculizando, las posibilidades de crecimiento y de desarrollo personal del individuo y de su bienestar psicológico. Estos factores serían:
 - Salud auto-percibida: Estos autores señalan que para el bienestar psicológico de la persona es más determinante la percepción que tiene el individuo de su salud que la valoración objetiva de la misma. Indican, además, que estado de salud y bienestar no tienen una relación directa, sino que está moderada por factores como la adaptación del individuo a la enfermedad, el tipo de comparación social que realiza o la importancia atribuida a su estado de salud.
 - Satisfacción laboral: Varios investigadores indican que la satisfacción y la situación laboral de la persona repercute de forma importante en su bienestar psicológico. Indicando la influencia negativa, una situación de desempleo genera infelicidad, estrés y menor satisfacción, lo cual puede repercutir en mayor medida en aquellas sociedades donde existe una alta tasa de empleo.

- Satisfacción familiar: Se valora en base a metas vitales de la persona, entre las que se encuentran tener hijos, estado civil, calidad de la relación conyugal, de las relaciones familiares, etc.
- Satisfacción con uno mismo: Moyano y Ramos (2007) la han relacionado con la autoestima, el control percibido o los rasgos de la personalidad. Los tres son factores determinantes en el bienestar psicológico de la persona, tanto positivamente como negativamente. Tener una autoestima alta es indicativo de bienestar psicológico, puesto que se asocia a un buen ajuste personal y a la autoaceptación. En cambio, si la persona tiene una baja autoestima es indicativo de insatisfacción y rechazo hacia uno mismo (González y Tourón, 1992). En cuanto al control percibido, es muestra de bienestar puesto que significa afrontar desafíos vitales con éxito y alcanzar metas. Por otra parte, en cuanto al factor de rasgos de la personalidad, ya se comentó su impacto en el bienestar psicológico de la persona.
- Satisfacción interpersonal: Se refiere a la calidad percibida por la persona en lo relacionado con sus relaciones sociales y su participación comunitaria.
- Ocio: Suele implicar una participación del individuo en las actividades sociales, conllevando autorrealización y crecimiento personal.

Es importante señalar que el bienestar psicológico no es sinónimo de bienestar subjetivo, a pesar de que aún a día de hoy se utilice como tal, incluso en la literatura científica. Bien es cierto, que existe una interrelación entre ambos términos, pero existen las siguientes diferencias:

- Componentes:
 - En el caso del bienestar subjetivo, sus dimensiones son cognitiva (juicio evaluativo sobre la propia vida) y emocional (balance afectivo/emocional entre el placer y displacer experimentado por la persona).
 - Ryff (1989a, 1989b) indicó que el bienestar psicológico está integrado por

6 dimensiones: autoaceptación, autonomía, relaciones positivas con otras personas, dominio del entorno, propósito en la vida y crecimiento personal. A posteriori, varios autores, basándose en este modelo, ampliaron a 8 las dimensiones del bienestar psicológico. El propósito inicial de Ryff era buscar una convergencia en torno a los determinantes del bienestar psicológico. Bien es cierto, que estas dimensiones son indicativas de que existe una estrecha relación entre el bienestar subjetivo y el bienestar psicológico.

- Variables:

- Las variables que influyen en el bienestar subjetivo son: edad, sexo, estado civil, formación, ingresos o características de la personalidad.
- Tras varias investigaciones, parece ser que las variables que más influyen en el bienestar psicológico y que han podido ser constatadas son: edad y rasgos de la personalidad.

- Aceptación conceptual:

- El bienestar subjetivo, con el paso del tiempo, fue equiparado tanto al concepto de satisfacción vital [al ser entendido como un juicio global que las personas hacen de su vida. Blanco y Díaz (2005) y Cabañero *et al.* (2004)] como al de felicidad (por ser definido como un balance global resultado de afectos positivos y negativos experimentados por la persona en su vida).
- El modelo multidimensional de bienestar psicológico descrito por Ryff es el que más aceptación conceptual tiene. Sin embargo, varios autores ponen en tela de juicio su carácter universal.
- García-Viniegras *et al.* (2000) indican que el bienestar psicológico se refiere a la parte del bienestar que hace alusión a la dimensión psicológica, por lo que el bienestar general o bienestar subjetivo estaría determinado por otras influencias tales como la satisfacción de necesidades fisiológicas.

A continuación, se ahondará en varios aspectos y factores que determinan el bienestar psicológico de las personas y, que, a su vez, ayudan a delimitar el mismo.

2.2.2. AUTOACEPTACIÓN, AUTOESTIMA Y AUTOEFICACIA EN LAS PERSONAS MAYORES

La autoaceptación constituye uno de los criterios fundamentales del bienestar psicológico, siendo clave para su consecución. Si uno se siente bien consigo mismo, podrá disfrutar de su bienestar, lo cual, según Keyes *et al.* (2002), es una característica esencial para un funcionamiento psicológico positivo.

El autoconcepto es la visión que una persona tiene de sí misma. Es la pieza clave en la personalidad, además de influir en el afecto y en la regulación de la conducta. Además, es muy importante en el bienestar y ajuste personal. El *self* (sí mismo) ejerce como determinante, mediador y motivador del bienestar subjetivo (Liberalesso, 2002) que le permite a la persona analizar sus experiencias personales a lo largo de su ciclo vital, tanto ante condiciones favorables como adversas (Oramas, Santana y Vergara, 2006). Además, estas autoras afirman que el *self* actúa como moderador del bienestar psicológico, así como de su funcionamiento personal y de la calidad de vida autopercebida.

Sin embargo, el autoconcepto va más allá, puesto que juega un papel fundamental con respecto a las cogniciones, emociones y motivaciones de la persona, ya que hace referencia al conjunto de percepciones y creencias (autoesquemas) que una persona tiene con respecto a sí misma en diferentes áreas de su vida (González-Pienda, Cabanach, Núñez y Valle, 2002).

El bienestar que pueda generar el autoconcepto, además de lo anterior, también va a depender de sus “*posibles selves*” o “*posibles yoés*” que son las experiencias pasadas de la persona, el conocimiento de sí mismo en el pasado-presente y lo que uno desea lograr, ser o evitar en el futuro (González-Pienda *et al.*

2002). Estas percepciones de sí mismo en el futuro proporcionan un aliciente, además de ayudar a la evaluación e interpretación de la visión de sí mismo en el presente. Es decir, las personas adaptan su conducta para conservar los *yoes* presentes positivos, para alcanzar los *yoes* futuros deseados, para intentar modificar los *yoes* presentes negativos y eludir los *yoes* futuros negativos o no deseados.

Existe consenso entre los investigadores a la hora de afirmar que el autoconcepto está organizado jerárquicamente e integrado por múltiples dimensiones (académica, social, emocional, física, etc.) que se van diferenciando con la edad. Dentro del *autoconcepto general*, se distingue un *autoconcepto operativo* compuesto por las dimensiones vinculadas a experiencias concretas que son más susceptibles a posibles modificaciones (González-Pienda *et al.* 2002).

Según los autores González y Tourón (1994) y Oñate (1995), el autoconcepto está constituido por los siguientes tres componentes:

1. **Autoimagen o componente cognitivo del autoconcepto:** Hace referencia a la percepción que tiene de sí misma la persona. Este componente del autoconcepto se subdivide en:
 - *Extant self, experienced o private self:* Aspectos a los que alude la persona para describirse a sí misma, incluyendo identidades sociales (sexo, raza, nombre, estatus familiar, social, etc.), características internas (rasgos de la personalidad, gustos, aficiones, actitudes, valores, hábitos, habilidades, etc.) y características físicas.
 - *Presenting o public self:* Es la imagen que la persona muestra o desea mostrar a los demás y que no siempre coincide con la visión que tiene de sí mismo, pudiendo estar influenciada por el entorno en el que vive la persona.
 - *Desired o ideal self:* Es la imagen que la persona desea o le gustaría tener de sí misma, por lo que son los *posibles selves* que originan una

motivación para la persona en lo relacionado con alcanzar la imagen ideal de sí misma. La *ideal self* está compuesta por una imagen idealizada-irreal-inalcanzable, una imagen deseada pero que la persona estima que puede alcanzar y una imagen moral que determina lo que la persona cree que debe de ser.

En cuanto a las personas mayores, el autoconcepto es más estable y será determinante en el bienestar experimentado por éstas. Liberalesso (2002) indica que existen cuatro ópticas a la hora de interpretar la relación entre el *self* y el bienestar subjetivo:

- a) Hay más posibilidades de bienestar y adaptación cuanto más multidimensional sea el *self*.
- b) Más probabilidad de que la persona se adapte a la vejez cuanto más estructurado esté el *self* , integrado por la percepción de control personal, creencias de autoeficacia y la capacidad de autodirigirse.
- c) Cuanto más evolucionado y consolidado se encuentre el autoconcepto social de la persona, mayor será su bienestar psicológico.
- d) El *self* modera y mitiga los problemas que amenazan el bienestar de la persona mayor.

2. **Componente conductual o conativo del autoconcepto:** El autoconcepto influye en las cogniciones, emociones y motivaciones de las personas. De hecho, la conducta de la persona fluctúa o se modula según lo que piensa, cree y siente con respecto a sí misma. Es decir, que las autopercepciones y autoevaluaciones provocan reacciones afectivas que moderan la conducta. Dicho de otro modo, en la autorregulación de la conducta son trascendentales las creencias y los sentimientos que la persona posee en relación así mismo.

Las personas que se valoran así mismas positivamente se comportan de manera diferente e interpretan la realidad de distinta manera que aquellas

que lo hacen de forma negativa. Es más, las personas con elevada autoestima, muestran seguridad y confianza en sí mismas, mayor motivación por alcanzar sus metas, así como se esfuerzan más ante las dificultades que aquéllas que tienen baja autoestima, las cuales suelen abandonar ante obstáculos y a implicarse escasamente en aquello en lo que se sienten poco competentes.

3. Autoestima o componente evaluativo, valorativo o afectivo del autoconcepto: Ya en el componente anterior se hizo referencia a la autoestima, quedando patente que constituye la dimensión evaluativa o valorativa del autoconcepto. La autoestima alude a la actitud que la persona mantiene hacia sí misma, pudiendo oscilar entre lo muy negativo y lo muy positivo a lo largo de continuas opciones intermedias que dan lugar a un sentimiento favorable o adverso hacia uno mismo.

Con excesiva frecuencia en la literatura se utilizaron como sinónimos los términos autoestima y felicidad. Sin embargo, un estudio llevado a cabo por Lyubomirsky, Tkach y Dimatteo (2006), en relación a ambos términos, desveló que la felicidad, en comparación con la autoestima, constituye un concepto más amplio y que se relaciona con el humor, la personalidad, las relaciones sociales y la satisfacción general con la vida. En cambio, la autoestima se vinculaba con la motivación, la predisposición a la implicación, la persistencia con una tarea así como la percepción de dominio.

La autoestima es el resultado de dos procesos relacionados entre sí:

- La evaluación: La autoevaluación es el primer paso para la configuración de la autoestima. La persona realiza un juicio en el que compara sus autopercepciones y autoimagen con unos criterios que tiene como referencia, como, por ejemplo, con su *ideal self* (autoimagen ideal), comparaciones internas con rendimientos pasados, con otras personas significativas (comparación social), etc.

- El afecto: De la anterior evaluación de autopercepciones, se producen una serie de afectos y reacciones emocionales (proceso afectivo) que oscilan en un ciclo continuo entre muy negativas (autorrechazo, autodesprecio, etc.) a muy positivas (autovalía, autorrespeto, etc.).

Desde un punto de vista más teórico que basado en la experiencia, se distinguen dos dimensiones dentro de la autoestima:

- *Self worth*: Es la autoestima de valía personal o autoestima global/general. Es el grado general de aceptación o rechazo que un individuo presenta con respecto a sí mismo y que generará sentimientos de autoaceptación o autorrechazo. Para llegar a una valoración, se basa en criterios internos (percepción de éxito o fracaso que la persona obtiene en facetas muy valoradas por ella misma) y en criterios externos (percepción que se basa en las valoraciones que tienen personas significativas sobre la persona, bien sean familiares, amigos, vecinos, etc.).
- *Power self esteem / Self efficacy*: Es la autoestima de poder, competencia o eficacia. Alude a los sentimientos y afectos desarrollados por una persona como resultado de su percepción de eficacia y competencia en diferentes dominios. Es el resultado de la influencia de la comparación social (permite evaluar si la propia conducta es adecuada o no, autoconocer las capacidades y autoevaluarse) y las atribuciones (interpretaciones que realiza una persona con respecto a las causas de un éxito o fracaso).

Oñate (1995) resume las principales características de la persona que tiene una alta autoestima. Las más relevantes son las siguientes:

- Posee una elevada autoconciencia privada, es decir, que tiene unos valores y principios que defiende firmemente ante una oposición

colectiva, no permitiendo que le manipulen. Sin embargo, tiene tal confianza en sí misma como para modificar su postura si es errónea y así se demuestra.

- No invierte el tiempo pensando en hechos del pasado ni en lo que puede ocurrir en el futuro.
- Se siente segura de su propio juicio sin preocuparse de las críticas.
- Confiada en su capacidad para resolver problemas y enfrentarse a dificultades de la vida diaria.
- Sensible a las necesidades de los demás y respetuosa con las normas sociales de convivencia.
- Se considera igual que cualquier otra persona (ni superior ni inferior) e interesante y valiosa para otros.
- Capaz de autoevaluarse, de reconocer sus propios sentimientos y emociones (sean positivas o negativas) y de confesárselas a otra persona si lo cree conveniente

Indicar que una elevada autoestima permite a la persona enfrentarse con mayor éxito a situaciones estresantes derivadas de la vida diaria, aunque se puedan producir fracasos y sucesos ajenos al control personal. Si la autoestima se mantiene elevada, aumenta la resistencia a la frustración y a la crítica, facilita la comunicación con los demás y favorece la petición de ayuda. Además, González y Tourón (1994), señalan que las personas con alta autoestima, a diferencia de las que la tienen baja, son más efectivos en sus relaciones sociales, están más motivados, rinden mejor, experimentan menor ansiedad ante situaciones estresantes, asumen en mayor medida los éxitos, se enfrentan y esfuerzan más ante los obstáculos, etc.

Con respecto a las personas que experimentan una baja autoestima, estos autores indican que presentan autorrechazo, insatisfacción y desprecio por sí mismos, mayor tendencia a la ansiedad, depresión y a desarrollar conductas neuróticas. Es más, se sienten inferiores, poco competentes, no

confían en sí mismos, se esfuerzan escasamente, tratan de evitar el fracaso más que procurar el éxito, responsabilizándose más del primero que de lo segundo. Suelen mostrar una actitud retraída y escasamente sociable. Otro rasgo característico que señala Oñate (1995) es que las personas con baja autoestima tienen una elevada autoconciencia pública, es decir, que se preocupan más de lo que los demás puedan pensar sobre ellos que de sí mismas, lo que les hace más sensibles, influenciables y vulnerables a la crítica y a la presión social.

Puesto que las personas con baja autoestima perciben y evalúan erróneamente las demandas de la realidad y su capacidad para afrontarla, experimentan valoraciones distorsionadas de sí mismas y de la realidad. Las distorsiones cognitivas son una de las consecuencias más importantes de la baja autoestima, siendo creencias irracionales de las personas sobre sí mismas que dan lugar a una interpretación alterada y negativa de la realidad que les afecta.

Oñate (1995) indica que las principales valoraciones distorsionadas son:

- Autocrítica desmesurada de sí mismos.
- Hipersensibilidad a la crítica: Las opiniones negativas de los demás, les provoca gran impacto emocional, ocasionándoles sentimientos de depresión, ansiedad, estrés o pérdida de la autoconfianza.
- Inseguridad en la toma de decisiones, derivada del miedo a equivocarse.
- Exceso de deseo de complacer, agradar y lograr la aprobación de los demás, lo que provoca incapacidad a decir “no”.
- Perfeccionismo que ocasiona gran frustración y desánimo cuando las cosas no salen bien.
- Culpabilidad neurótica, es decir, que la persona se autorresponsabiliza excesivamente de los fracasos, tiende a magnificar los errores o se castiga indefinidamente por ellos.
- Hostilidad flotante o excesiva irritabilidad ante cualquier evento (todo

les disgusta, parece mal, decepciona, etc.).

- Tendencias depresivas y apatía generalizada con la vida.

Con respecto a la autoestima, señalar que la **autoeficacia percibida** es uno de los factores más influyentes en el grado de autoestima que presenta la persona. La *autoeficacia percibida o expectativa de autoeficacia* es la creencia de la persona en relación a su capacidad para organizar y ejecutar una tarea, alcanzar una meta o superar un obstáculo con éxito. Se diferencia de las *expectativas de resultado*, que son las creencias de la persona con respecto a que una conducta concreta le conducirá a unos resultados o consecuencias. Una persona puede creer que una actuación provocará unos resultados concretos, pero puede dudar con respecto a su capacidad para llevar a cabo una actuación. Cuanta más confianza muestre la persona en su propia capacidad para afrontar una determinada situación, mayores serán las posibilidades de que la enfrente, se esfuerce e insista para superar las dificultades y obstáculos que puedan surgir (Bandura, 1977 y 1994).

Bandura (1977) indica que las **expectativas de autoeficacia** se diferencian en función de las siguientes tres dimensiones:

- a) *Magnitud*: Si las situaciones están ordenadas según el grado de dificultad, las expectativas de autoeficacia de las personas se pueden limitar a cometidos sencillos, a abarcar tareas de complejidad intermedia o a comprender retos más difíciles.
- b) *Grado de generalidad*: Las expectativas de autoeficacia pueden limitarse a una actividad concreta o bien extenderse a diversos dominios y facetas.
- c) *Grado de fortaleza*: Si las expectativas de autoeficacia no son muy sólidas, una experiencia de fracaso puede provocar que la persona desista. Sin embargo, si las expectativas son consistentes, es más probable que la persona persista en superar dicha experiencia negativa.

Siguiendo a Bandura (1977, 1989 y 1994), señalar que la **autoeficacia percibida**

se desarrolla a través de cuatro *mecanismos de influencia*:

1. *Situaciones en las que la persona experimenta el control de las mismas*: Es la fuente informativa de la autoeficacia más relevante, ya que las experiencias exitosas tienen como consecuencia que la persona desarrolle sólidas expectativas sobre su capacidad para resolver con éxito tales situaciones. En cambio, las experiencias de fracaso disminuyen la eficacia autopercibida. Sin embargo, una vez que la persona tiene unas expectativas sólidas experimentará un menor impacto ante un eventual fracaso. De hecho, este fracaso puede suponer una motivación para que la persona persista en actuaciones para revertir el resultado, siempre y cuando crea que con su esfuerzo puede superar los obstáculos más complicados.
2. *Experiencias vicarias*: Son proporcionadas por los modelos sociales y contribuyen a consolidar las expectativas de autoeficacia. Observar cómo otras personas superan situaciones complejas, producen en el observador expectativas en relación a su propia competencia o capacidad para dominar situaciones semejantes. Ahora bien, en caso de observar un fracaso ante un determinado obstáculo a pesar de esforzarse en superarlo, disminuye las expectativas de autoeficacia del observador. Cuanta mayor similitud perciba el observador entre él y el modelo (información recogida con respecto a las experiencias de los demás) más sugestivo será éste. Las expectativas de autoeficacia desarrolladas a través de la observación de modelos serán posiblemente menos sólidas y más susceptibles de experimentar cambios.
3. *Persuasión verbal*: Con este procedimiento se intenta convencer y persuadir a la persona para que crea que puede afrontar con éxito una situación que en el pasado le superó. Puesto que la persuasión verbal no proporciona una experiencia real de control de la situación a la que se hace referencia, no resulta sólida. Es más, se puede desacreditar fácilmente a través de experiencias reales de fracaso.
4. *Grado de activación emocional de la persona*: El estado de ánimo influye en la manera en que una persona valora su propia eficacia para abordar con

éxito situaciones complejas. Las personas que experimentan una elevada autoeficacia, tienden a percibir su activación emocional como un estímulo facilitador para el logro de objetivos. Lo contrario ocurre con aquellos individuos que se valoran como poco competentes, ya que interpretan su activación emocional como un indicador de estrés, de tensión y como un factor debilitante.

La autoeficacia influye en cómo la persona piensa, actúa y siente (Olivari y Urra, 2007), es decir, es sus procesos cognitivos y emocionales (motivacionales y afectivos).

En cuanto a lo cognitivo, la persona se decantará por realizar actividades en las que se siente competente y que cree que puede superar con éxito, evitando aquellas en las que se vea menos capaz de afrontar. Existe una relación recíproca entre la autoeficacia percibida y la evaluación cognitiva de los actos que realiza la persona, ya que una elevada autoeficacia lleva a que la persona se complazca pensando en las situaciones que enfrenta con éxito, lo que a su vez incrementa la autoeficacia percibida con la visión frecuente de las mismas (Bandura, 1989 y 1994).

En cuanto a los procesos motivacionales, afectivos y emocionales, señalar que:

- La autoeficacia influye en los mismos y en la autorregulación de la motivación. Es decir, cuanto más crea la persona en su autoeficacia, mayor será su esfuerzo y persistencia orientados al éxito (Bandura, 1989 y 1994).
- La autoeficacia influye en la manera en que la persona se sobrepone de las situaciones adversas y de las experiencias de fracaso (Bandura, 1989 y 1994. Pajares, 2002), ya que las personas que confían en sus capacidades y autoeficacia harán esfuerzos para dominar la tarea. Sin embargo, aquéllas que dudan, al encontrarse con un obstáculo o experimentar un fracaso, tienden a dejar de esforzarse o a abandonar rápidamente una actividad

antes de terminarla.

- El grado de autoeficacia percibida puede aumentar o disminuir la motivación (Olivari y Urra, 2007). Las personas con autoeficacia elevada están motivadas para enfrentar desafíos, establecer unos objetivos personales y fijar unas metas elevadas.
- Las expectativas de autoeficacia influyen sobremanera en los procesos afectivos y emocionales de las personas:
 - Los pensamientos de las personas en relación a su capacidad para abordar diferentes situaciones influyen en el nivel de estrés y depresión que experimentan como resultado de enfrentar obstáculos y situaciones valoradas como amenazantes (Bandura, 1989 y 1994). Es más, las personas que dominan la situación que amenaza su bienestar emocional, no desarrollan pensamientos disfuncionales que derivarían en estados emocionales negativos. En cambio, las personas que se consideran incapaces de controlar dicha situación sentirán una elevada ansiedad que, incluso, puede repercutir e impedir su funcionamiento efectivo.
 - Con frecuencia, las personas con baja autoeficacia percibida magnifican la gravedad y complejidad de los problemas que tienen que afrontar, lo que les puede generar ansiedad, estrés, depresión y que desarrollen una visión pesimista sobre su capacidad para superar tales problemas (Pajares, 2002). Por lo tanto, tan importante es que la persona se vea así mismo como eficaz para enfrentar una situación como que se valore como competente para controlar los pensamientos negativos y desadaptativos que se activan automáticamente ante situaciones que la propia persona evalúa como amenazantes y que constituyen el origen de las emociones negativas experimentadas por ella (Bandura, 1994).
 - Tanto la autoeficacia percibida para afrontar una determinada situación como la eficacia para controlar pensamientos disfuncionales intervienen en la reducción de los estados emocionales negativos y en las conductas de evitación.
- La autoeficacia influye en:

- La elección de metas, actividades y acciones.
- El grado y proceso de motivación.
- El esfuerzo y persistencia.
- La conservación del compromiso.
- La cantidad de ansiedad y de estrés que se experimenta a la hora de afrontar desafíos.
- La autoeficacia facilita el control interno, la autorregulación y el uso de estrategias.

Por otra parte, la autoeficacia mantiene una relación positiva con la salud y el bienestar psicológico. De hecho, una elevada autoeficacia tiene consecuencias beneficiosas para el funcionamiento de la persona y su bienestar en general, puesto que favorecen que lleven a cabo conductas saludables (ejercicio regular, previenen enfermedades, utilización de estrategias cognitivas para reducir el dolor y controlar la ansiedad, el estrés o la depresión), presentan una mejor salud autopercibida (Olivari y Urra, 2007) y se recuperan más rápidamente de las enfermedades que las personas con baja autoeficacia (Grembowski *et al.*, 1993).

Con respecto al bienestar psicológico, señalar que la autoeficacia repercute decisivamente, sobre todo, en lo relacionado con el crecimiento personal, ya que es necesario tener una elevada autoeficacia para afrontar y superar con éxito los diversos obstáculos, adversidades, injusticias y frustraciones presentes en el día a día de las personas. A este respecto, Bandura (1994) indica que mantener expectativas optimistas relativamente irreales (no desproporcionadas ni muy alejadas de la realidad) sobre la competencia personal para controlar e influir en la realidad que rodea a la persona puede resultar altamente beneficioso para su crecimiento personal y para su bienestar psicológico. Señala que si las creencias de autoeficacia de las personas se reducen a lo que son capaces de hacer a diario, sería poco probable que intentasen afrontar situaciones que no encontrasen a su alcance, no se esforzarían para mejorar su rendimiento y no intentarían superar sus logros del día a día, con lo que difícilmente crecerían ni llegarían a su máxima

autorrealización personal.

Siguiendo a Herrero y Gracia (2005) y Herrera *et al.*, (2003), la **vejez** es un período evolutivo caracterizado por:

- Progresivo declive físico y cognitivo.
- Disminución de la capacidad funcional de la persona.
- Incremento de las necesidades, el grado de dependencia y la vulnerabilidad a situaciones estresantes.
- Significativos cambios sociofamiliares y sociorelacionales: jubilación y pérdida del rol social vinculado al empleo, disminución de la actividad, pérdida de responsabilidades profesionales y familiares, pérdida de personas significativas, reducción de la red social y de apoyo, aislamiento social, etc.
- Pérdida de la autonomía de la persona mayor.

En consecuencia, y de acuerdo con lo desarrollado anteriormente acerca de la autoeficacia y la autoestima, podemos afirmar que será una etapa vital con importantes desafíos que amenazan el bienestar de la persona mayor (Schneller y Vandsburger, 2008), incrementándose el riesgo de que aparezcan problemas físicos y psicológicos, como la percepción de dependencia física y/o psicológica, reducción de la autoestima y de la autoeficacia, sentimientos de soledad, depresión, indefensión, desvalimiento e inutilidad (Herrero y Gracia, 2005).

Por su parte, Liberalesso (2002), basándose en un trabajo de George (2000), señala que **el *self* desempeña tres importantes funciones en la vejez:**

- a) *Self* como determinante del bienestar subjetivo y psicológico: Existe una elevada correlación entre los elevados niveles de autoaceptación, autoestima y autoeficacia en adultos y mayores y la felicidad percibida.
- b) *Self* como mediador entre la estructura social y la calidad de vida: La autoeficacia percibida posibilita disminuir el impacto amenazante de las

circunstancias estresantes.

- c) Self como fuerza motivadora: Las creencias autoprotectoras ayudan a conservar el bienestar de la persona cuando se producen daños o pérdidas, las cuales en la vejez amenazan seriamente la autoestima.

En cuanto al **autoconcepto**, varios autores (Noriega *et al.*, 2007) indican que el autoconcepto positivo constituye uno de los recursos principales para proteger el bienestar y mantener la capacidad funcional de la persona mayor. El autoconcepto positivo influye decisivamente en la forma en que la persona mayor evalúa cognitivamente las situaciones potencialmente estresantes a las que se tiene que enfrentar y le facilita un comportamiento activo, centrado en la resolución de problemas y en la consecución de resultados positivos. Si la persona mayor percibe que tiene el control de los acontecimientos, existen mayores probabilidades de que procure alternativas que le permitan adaptarse eficazmente a dichos cambios.

Con respecto a la **autoestima**, Coleman, Ivani-Chalian y Robinson (1999) afirman que la elevada autoestima contribuye al ajuste exitoso durante el proceso de envejecimiento y, por el contrario, una baja autoestima la asocian a la aparición de la depresión en la vejez. Los mencionados autores mantienen que, en los países occidentales, la autoestima frecuentemente se conserva estable durante este período hasta los 80 u 85 años de edad, momento en el que se produce un importante incremento de las pérdidas físicas y sociales, así como cambios notables en el modo de percibir la vida que provocan alteraciones en el *self*.

Las personas mayores requieren elevados niveles de **autoeficacia** para afrontar y superar con éxito los cambios que se producen en esta etapa del ciclo vital. Los citados cambios exigen de la persona mayor habilidades interpersonales para formar nuevos vínculos sociales que le sirvan de apoyo, para mantener una vida activa y para establecer metas y propósitos vitales, todo lo cual mejorará su bienestar. Una baja percepción de autoeficacia social puede provocar que la

persona mayor se implique en un menor número de actividades, lleve una vida monótona y sin desafíos que le mantengan cognitivamente activo. A medida que la persona mayor deja de ejercitar y poner a prueba su capacidad cognitiva, se produce un paulatino declive en el funcionamiento cognitivo y conductual que hace disminuir sus expectativas de autoeficacia, sin tener que estar necesariamente relacionado con el envejecimiento biológico, tal y como suele atribuir el entorno más cercano a la persona mayor. Además, la baja autoeficacia incrementa la vulnerabilidad al estrés y a la depresión en las personas mayores, puesto que el descenso en la percepción de la competencia personal provoca una progresiva pérdida de interés en el mayor por mantenerse activo y en el establecimiento de metas y propósitos vitales (Bandura, 1994).

Es más, Yanguas (2006) indica que la **autoeficacia** percibida desciende gradualmente entre los 55 y los 85 años de edad, en gran parte debido a la aparición de enfermedades crónicas que pueden provocar la disminución del nivel de ejecución de tareas y situaciones que dominaban hasta que se manifestaron dichas enfermedades, lo que constituye la fuente informativa más importante a la hora de construir las expectativas de autoeficacia. Este autor señala que en esta etapa vital se produce una retroalimentación negativa con respecto a otras fuentes de información, ya que la persona mayor recibe información de otras personas que considera similares a ella misma y que no son capaces de enfrentarse a los cambios personales y ambientales, lo que puede provocar que considere que ella tampoco será capaz. Además, dichas experiencias de fracaso posiblemente produzcan en la persona mayor un estado emocional de ansiedad que obstaculizará aún más su nivel de ejecución efectivo.

Yanguas (2006) indica que la salud constituye uno de los factores clave para tener una vida larga y satisfactoria, señalando que en esta etapa vital la salud es sinónimo de **autonomía**. Señala que los hábitos y conductas saludables influyen en la mejora del funcionamiento físico y psicológico de la persona, así como en su bienestar. Es más, sostiene que la enfermedad, por sí misma, no supone una

amenaza para el bienestar emocional de la persona mayor, ya que los problemas de salud son situaciones estresantes frecuentes y esperadas en esta etapa de la vida, por lo que adaptarse a las mismas no es difícil. Este autor señala que el problema, en lo que a impacto emocional se refiere, radica en la limitación de la capacidad funcional para realizar Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD's) que provocan muchas enfermedades crónicas, lo que genera una pérdida de autonomía y una situación de dependencia, las cuales disminuyen la autoestima, la percepción de autoeficacia y el bienestar subjetivo.

Por lo tanto, queda patente la trascendencia de la **autoaceptación** como factor determinante en el bienestar psicológico de la persona y en la estrecha relación existente entre la autoeficacia percibida y las conductas saludables. De hecho, la investigación llevada a cabo por Grembowski *et al.* (1993) ha dejado patente que las personas mayores con altas expectativas de autoeficacia con respecto a la prevención o solución de sus propios problemas de salud presentan una mayor tendencia a iniciar y mantener conductas saludables (realizar ejercicio aeróbico con regularidad, no fumar, controlar la dieta, el peso y el consumo de alcohol), así como a conservar un mejor funcionamiento adaptativo, estado de salud mental y salud autopercebida.

Son varios los investigadores que publican posibles intervenciones para provocar mejoras en la población mayor. Entre ellas destacaremos las siguientes:

- Forthofer, Janz, Dodge y Clark (2001) señalan que enseñar a las personas mayores a autorregularse y diseñar programas y servicios para que las personas mayores desarrollen conductas funcionales y adaptativas, provocarían una mejora de su autoestima y un mayor bienestar.
- Grenbowski y otros investigadores (1993) aseguran que las intervenciones centradas en incrementar la autoeficacia percibida de las personas mayores pueden favorecer su motivación para llevar a cabo conductas saludables y, así, mejorar su estado de salud. A consecuencia de ello, pueden observarse

beneficios económicos, ya que se reducen las necesidades de recibir atención sanitaria en la población mayor.

- Noriega *et al.* (2007) se decantan por el establecimiento de acciones educativas dirigidas a las personas mayores para fomentar una autopercepción positiva que favorezca la fijación de objetivos y metas personales durante la vejez, el uso de sus capacidades y relaciones interpersonales y evitar las preocupaciones sobre posibles fracasos personales.
- Herrera y otros autores (2003) indican que las intervenciones se deben de llevar a cabo en tres niveles:
 - *Intervención primaria*: Su objetivo es prevenir y evitar situaciones que puedan generar ansiedad, angustia y baja autoestima.
 - *Intervención secundaria*: Cuya finalidad es enseñar a manejar situaciones problemáticas o difíciles y a mantener el funcionamiento cognitivo.
 - *Intervención terciaria*: Su propósito es elevar la autoestima y la autoeficacia de la persona mayor a través del fomento de la autonomía y de su percepción de control personal.
- Otros autores se decantan por la promoción de recursos sociosanitarios que podrían ayudar a la persona mayor a incrementar su autoestima y salud mental y a disminuir sus sentimientos de soledad, aunque en un principio pueda suponer una amenaza para la autoestima del mayor al tener que admitir que no pueden valerse por sí mismas. Sin embargo, se trata de una investigación realizada por Hadlow cuya muestra fueron tan sólo 35 personas dependientes mayores de 75 años (Hadlow y Baldock 2002).
- Meléndez (1998), a diferencia de los anteriores, se inclina por un adecuado apoyo informal que proporciona a la persona mayor:
 - Mejor adaptación física y psicológica de la persona a la vejez.
 - Aumento del bienestar y de la satisfacción con la vida.
 - Mantenimiento de la percepción y el control personal.
 - Preservación de la autoestima positiva y de la elevada percepción de autoeficacia a la hora de afrontar nuevas tareas.

- Canto y Castro (2004) señalan que la institucionalización de la persona mayor le provoca la pérdida de los vínculos afectivos y del apoyo familiar, la disminución de la actividad y un posible deterioro de la autovaloración y de la autoaceptación. Bien es cierto que los mismos señalan que, cuando la institucionalización es ineludible, se debe de proporcionar a la persona mayor un apoyo, cuyo fin sea proteger su percepción de control, identidad, valía, autoconfianza y su autoestima para fomentar su bienestar y calidad de vida.
- Krause (1987) pone de relevancia la relación existente entre el apoyo social, la autoestima y el bienestar psicológico. Concluye que si el apoyo social refuerza la autoestima de la persona mayor, mejora su bienestar psicológico, puesto que la autoestima positiva es un factor motivacional para conservar dicho bienestar.
- Siguiendo la línea marcada por el anterior autor, Kim y Nesselroade (2003), estudiaron los efectos del apoyo social sobre la autoestima, el bienestar físico y psicológico del mayor. Indican que la percepción del apoyo negativo disminuye la autoestima y el bienestar psicológico de la persona mayor. Sin embargo y siguiendo con los resultados de su investigación, el apoyo social positivo no siempre repercutía positivamente en la autoestima de la persona mayor, lo cual es un claro indicativo de la heterogeneidad y complejidad de las dinámicas que adopta la autoaceptación en las personas mayores.

2.2.3. AUTORREGULACIÓN EN LAS PERSONAS MAYORES

La **autorregulación** es un proceso mediante el cual las personas activan y mantienen pensamientos, emociones y acciones orientados al logro de sus propias metas (Schunk y Zimmerman, 1994). Dicho de otro modo, se trata de un procedimiento interno que le posibilita a la persona autodirigirse hacia la consecución de sus metas, a través del control de sus pensamientos, afectos y comportamientos (Karoly, 1993). En la autorregulación están implicados *procesos*

cognitivos y metacognitivos (son la fuente de información que indica cómo la persona afronta una determinada tarea) y *procesos afectivo-motivacionales* (señalan el porqué una persona actúa así), según González-Pumariega, Núñez, Cabanach, Rodríguez y Valle (2002).

Se trata, por tanto, de un proceso dinámico y multidimensional. Siguiendo a Zimmerman (2000), podemos señalar que la autorregulación se compone de las siguientes tres fases cíclicas:

1. **Fase previa o de planificación:** En esta fase se establecen las metas personales a alcanzar y se diseña un plan de acción para lograrlas (González, Cabanach, Valle, Rodríguez y Piñeiro, 2002).

En primer lugar, se fijan las metas que son las que impulsan el proceso de autorregulación, puesto que motivan a la persona a esforzarse en la realización de una tarea y a continuar la misma a pesar de los obstáculos que puedan surgir. Por lo tanto, fijar las metas es uno de los pasos más importantes dentro de la autorregulación. Están ordenadas jerárquicamente (González-Pumariega, Núñez, Cabanach y Valle, 2002), ya que las metas más concretas actúan como reguladoras de las metas más generales, propiciando la conducta autorregulada de las personas, permitiendo las autoevaluaciones continuas sobre los progresos y reforzando en mayor medida la autoestima que las metas generales (Schunk, 2001).

En segundo lugar, se diseña el plan de acción, planificando los medios, los recursos, las estrategias y el tiempo que se utilizarán para lograr los fines deseados. Es imprescindible que la persona esté motivada para iniciar y continuar con el desarrollo del plan previsto (González-Pumariega *et al.*, 2002). El plan de acción puede sufrir modificaciones y readaptaciones en función de las posibles variaciones intrapersonales, interpersonales y/o contextuales que puedan tener lugar. Por lo tanto, también supone un reajuste de las metas o estrategias desarrolladas para alcanzarlas.

2. **Fase de realización o control volitivo:** Esta fase se desarrolla mientras la

persona actúa, subdiviéndose en:

- Fase de autosupervisión, autoobservación o automonitorización: A través de esta fase la persona se “autovigila” con respecto a sus comportamientos, pensamientos, reacciones emocionales y condiciones contextuales en las que actúa. La persona toma como punto de referencia las metas fijadas así como el plan diseñado en la fase anterior.
- Fase de autorevisión o autocontrol: Se trata de modificar aquellos aspectos (acciones, metas, plan y contexto) que se han detectado como deficitarios o bien mantener todo, siempre y cuando se observe que evolucionan correctamente.

La supervisión y la revisión permiten a la persona controlar su progreso y realizar cambios que propicien la consecución de las metas propuestas (Cabanach *et al.*, 2002).

3. Fase de reflexión o valoración: Se produce una vez finalizada la actuación de la persona con respecto a la tarea o actividad desarrollada. En esta fase, la persona se autoevalúa y analiza los logros alcanzados y deduce causas de los resultados obtenidos. Esta información obtenida le permite interpretar y valorar lo que le ocurre, lo cual influirá en su conducta posterior (González-Pumariega *et al.*, 2002), ya que constituye un criterio de referencia en el momento de decidir si utilizar o no los diferentes aspectos empleados para el logro de metas similares en el futuro. Se comprueba, pues, que la autorregulación es un proceso de carácter cíclico.

Puesto que la autorregulación es un proceso multidimensional, intervienen las siguientes áreas:

1. Área cognitiva: La autorregulación de la cognición supone el control y la gestión de un conjunto de herramientas y métodos cognitivos por parte de la persona (Cabanach *et al.*, 2002), dirigidos a la planificación, el control volitivo y la valoración de su propia actuación. Teniendo en cuenta las fases, la autorregulación cognitiva funciona de la siguiente manera en cada una de

ellas:

- *Fase de planificación*: La persona activa conocimientos previos y metacognitivos necesarios para elaborar y desarrollar su plan de acción (González-Pumariega *et al.*, 2002). El individuo hace uso de la memoria para activar los conocimientos que necesita para desarrollar la tarea o actividad que se propone, así como para escoger las estrategias más adecuadas para ello (conocimiento metacognitivo).
- *Fase de realización*: La persona toma conciencia y control de sus pensamientos y, a posteriori, si lo cree conveniente, realiza modificaciones (selección y adaptación de estrategias cognitivas y de pensamiento y/o reajuste de las metas establecidas) en el proceso que está llevando a cabo para mejorarlo.
- *Fase de reflexión*: La persona analiza y valora los logros alcanzados y hace atribuciones que empleará como referencia para orientar su conducta en el futuro.

La autorregulación cognitiva requiere la utilización de una serie de estrategias:

- Estrategias cognitivas: Actúan sobre un problema, situación o tarea concreta con el fin de que el sistema cognitivo de la persona los asimile. Existen cuatro grandes tipos de estrategias cognitivas:
 - *Estrategias de selección*: Permiten a la persona distinguir entre lo relevante y lo irrelevante (Cabanach *et al.*, 2002), posibilitándole que se centre en aquello que estime más importante.
 - *Estrategias de repetición*: Permiten conservar literalmente una cantidad pequeña de información en la memoria de trabajo para su utilización casi inmediata.
 - *Estrategias de organización*: Permiten la estructuración y clasificación de la información para que la persona fije conexiones lógicas y le atribuya coherencia y significado (Roces *et al.*, 2002).

- **Estrategias de elaboración:** La persona conecta la nueva información con sus conocimientos previos existentes en su memoria, lo que facilitará su comprensión, recuerdo y uso en situaciones futuras.
 - **Estrategias metacognitivas:** Son más generales y transferibles que las estrategias cognitivas. La metacognición es la capacidad de la persona para pensar acerca de su propio pensamiento y autorregularlo (Roces *et al.* 2002). La función metacognitiva tiene un doble componente:
 - **Cognitivo:** Autoconciencia o conocimiento sobre el propio pensamiento o sobre el propio conocimiento.
 - **Autorregulador:** Control sobre el propio pensamiento o conocimiento que supone, siguiendo a Martínez (2004):
 - × **Planificación:** Establecer las metas a alcanzar y el plan de acción oportuno.
 - × **Autocontrol (*self-monitoring*):** Autosupervisión de la ejecución durante su desarrollo para comprobar si se está cumpliendo con el plan previsto y si son adecuadas las estrategias que se están utilizando.
 - × **Autoevaluación:** Valoración de lo realizado y de lo que ha quedado pendiente de realizar o mejorar.
2. **Área afectivo-motivacional:** La autorregulación en esta área hace referencia a la capacidad de la persona de autorregular sus propias emociones y estados afectivos a lo largo de todo el proceso. Cuando una persona se autoevalúa, genera una serie de emociones (positivas o negativas) y una preocupación por su actuación (Cabanach *et al.*, 2002). Por ello es importante que la persona maneje una serie de estrategias motivacionales, entendiéndolas como aquellos procedimientos utilizados para gestionar situaciones que pueden suponer un riesgo para el bienestar psicológico de la persona y/o para generar estados emocionales adaptativos (Cabanach *et al.*, 2002). Esta autorregulación afectivo-motivacional se

desenvuelve en diversas fases:

- *Fase de planificación*: En esta fase se favorecerá la aparición de afectos positivos o negativos. La *autoconciencia emocional* (la persona es consciente de sus sentimientos y afectos) es el primer paso para controlar los afectos que se generan en esta fase (*autocontrol emocional*).
- *Fase de realización*: Tanto la *autoconciencia* como el *autocontrol emocional* son dos procesos esenciales para que la persona se enfrente de forma adaptativa y constructiva a sus afectos negativos (miedo, ansiedad, inseguridad, etc.) y logre evitar la impulsividad o el abandono precoz en la toma de decisiones y en las actuaciones (Cabanach *et al.*, 2002).

En el caso del *autocontrol emocional*, es necesario que la persona sea capaz de identificar las señales que emite el organismo cuando se está a punto de perder la calma (dolor de cabeza, dolor de estómago, sudoración fría, etc.).

Por otra parte, es importante concienciarse y tomar el control de los pensamientos de autoeficacia o sobre afectos negativos a través del lenguaje autodirigido (“*lo estoy haciendo bien*”) y a través del auto-establecimiento de recompensas futuras (“*si me esfuerzo, consigo lo que me propongo*”).

- *Fase de reflexión*: Los resultados obtenidos por la persona producirán una determinada respuesta emocional que puede modificar su percepción de autoeficacia y competencia personal, al igual que la relevancia y el significado dado a la tarea o acción llevada a cabo. Estas modificaciones constituirán las creencias motivacionales de la persona e influirán en la manera en que ésta afronte en el futuro nuevas situaciones o tareas.

3. **Área conductual o comportamental**: Se refiere a los esfuerzos que realiza la persona para controlar su propia conducta cuando se enfrenta a una determinada tarea o situación, la realiza y la evalúa una vez finalizada su

actuación. Se desarrolla en las siguientes fases:

- *Fase de planificación*: La persona ha de prever el esfuerzo a invertir en la tarea, la temporalización para ejecutarla y la posibilidad de tener que pedir ayuda para realizarla.
- *Fase de realización*: Las previsiones anteriores pueden modificarse durante esta fase, siempre y cuando, se detecten desajustes entre el plan diseñado y la ejecución del mismo que puedan suponer la no consecución de las metas fijadas.
- *Fase de reflexión*: La persona analiza el tiempo y el esfuerzo (cognitivo y motivacional) destinados por ella para superar la situación o realizar la tarea, del mismo modo que valora la ayuda requerida y que darán lugar al análisis sobre la propia conducta e influirán en sí misma cuando se presenten situaciones futuras (González-Pumariega *et al.*, 2002).

Por lo tanto, la autorregulación conductual está determinada por tres variables:

- *Esfuerzo*: La fijación de esfuerzos dependerá de las creencias motivacionales de la persona (autoeficacia percibida, estado afectivo, valoración de la tarea, etc.).
- *Gestión del tiempo*: La persona ha de dominar una serie de estrategias de gestión de recursos del contexto. En la autorregulación del tiempo la persona tiene que ser consciente del tiempo personal utilizado en la realización de todas las tareas y actividades realizadas en la vida diaria, así como ha de conocer el tiempo real que requieren tales actividades.
- *Búsqueda adaptativa de ayuda*: Al igual que en la anterior variable, la persona ha de dominar estrategias de gestión de recursos del contexto. La búsqueda de ayuda es una estrategia de carácter social que compromete a otras personas además del individuo que la solicita (Rodríguez, Cabanach y Piñeiro, 2002) y que favorece el afrontamiento de las diferentes demandas situacionales (Cabanach, Fernández-Cervantes, González-Doniz y Millán, 2007). Para que esta estrategia funcione es

necesario que se cumpla una triple condición (Newman, 1994):

- La persona ha de ser consciente de la necesidad de ayuda (metaconocimiento).
- La persona ha de tomar la decisión de solicitar ayuda (motivación).
- La persona ha de iniciar las estrategias precisas para implicar a otra/s persona/s en la prestación de ayuda.

Los factores afectivo-motivacionales (metas personales, creencias de autoeficacia, emociones, etc.) son los que determinan la decisión de pedir la ayuda. Parece ser que estos factores también intervienen en la conducta de *evitación de la búsqueda de ayuda*, que se produce cuando la persona es consciente de que necesita ayuda, pero, a pesar de ello, no la solicita, ya que supondría una amenaza a su competencia, valía personal o a su deseo de autonomía (Rodríguez *et al.*, 2002).

4. **Área contextual:** Cuando la persona intenta regular su actuación en una tarea, necesita ejercer algún tipo de control y regulación sobre el contexto en el que desarrolla dicha acción. Teniendo presentes las fases de la autorregulación, indicar:
- *Fase de planificación:* La persona observa la tarea o la situación que ha de afrontar y el contexto en la que se desarrolla.
 - *Fase de realización:* Las observaciones anteriores forman la base de control y la regulación del contexto que la persona realiza mientras lleva a cabo la tarea, realizando los cambios necesarios para conseguir sus metas.
 - *Fase de reflexión:* La persona analiza y evalúa la tarea realizada y el contexto en que se desarrolló. Este análisis influirá en el afrontamiento de nuevas situaciones y tareas en el futuro (González-Pumariega *et al.*, 2002).

Con respecto a la autorregulación en las personas mayores, señalar que los

cambios que se producen en la persona asociados a la vejez hacen que se denomine a esta etapa del ciclo vital como “*crisis del desarrollo*”. Sin embargo, ofrece una oportunidad para el desarrollo personal (Krzemien, Urquijo y Monchietti, 2004) que dependerá de la capacidad de ajuste, adaptación y autorregulación de las expectativas, metas y acciones de la persona con el objetivo de lograr un envejecimiento con éxito. Para unas personas este período vital significa continuos cambios y sucesos críticos, para otras es una etapa más de su vida. La diferencia radica en el *afrontamiento*, ya que la persona mayor se adapta a su situación, compensa las posibles pérdidas y adopta un rol activo en el mantenimiento de su bienestar (Yanguas, 2006).

El **afrontamiento o *coping*** es el conjunto de esfuerzos cognitivos, emocionales y conductuales en constante cambio orientados a manejar las demandas internas y/o externas que ponen a prueba los recursos de que dispone o cree disponer el individuo (Lazarus y Folkman, 1986). Constituye un proceso variable que depende de la situación. La calidad de una estrategia de afrontamiento vendrá definida por los efectos que ocasione en una situación concreta y a largo plazo. Es importante tener recursos para afrontar una situación, pero lo es más la habilidad para seleccionarlos y aplicarlos adecuadamente en función de las demandas de la situación concreta.

El afrontamiento está constituido por una serie de estrategias que Lazarus y Folkman (1986) definen como los recursos cognitivos, emocionales y/o conductuales a los que recurre la persona para utilizar o controlar las demandas que genera una situación percibida como estresante. Estos autores clasificaron las estrategias en dos grupos (centradas en el problema y centradas en la emoción). Investigaciones posteriores añaden un tercer tipo (evitación o escape).

- *Estrategias centradas en el problema*: Su objetivo es modificar las demandas que genera una situación estresante, para lo cual la persona interviene directamente en el problema, intentando resolverlo o tratando de disminuir

su impacto.

- *Estrategias centradas en la emoción:* Cuyo propósito es intentar reestructurar y controlar los pensamientos y sentimientos negativos, surgidos a consecuencia de la situación estresante. Estas estrategias tienen el fin de eliminar o reducir los pensamientos y sentimientos negativos.
- *Estrategias de evitación o de escape:* Su finalidad es evitar el problema, tratando de no pensar en él, distrayéndose con otras tareas o conductas o realizando ambas cosas (Chico, 2002).

Con respecto a la clasificación de las estrategias de afrontamiento, Villar (1997) complementa la anterior clasificación con la siguiente diferenciación:

- *Estrategias de afrontamiento de carácter externo:* La persona dirige estas estrategias directamente sobre la situación amenazante con el objetivo de modificarla a favor de sí misma.
- *Estrategias de afrontamiento carácter interno:* La persona las utiliza para modificar su percepción sobre la situación amenazante, ya sea en la dimensión cognitiva o emocional.

Este autor señala que, a medida que se envejece, se produce un cambio paulatino en el tipo de estrategias utilizadas para enfrentar situaciones estresantes. Así, las personas mayores suelen recurrir a estrategias internas, hecho que no es frecuente entre las personas jóvenes. Este comportamiento se ha interpretado de dos formas diferentes:

- Enfoque situacional: Puesto que las personas mayores se enfrentan con frecuencia a situaciones incontrolables e irreversibles, son poco útiles las estrategias dirigidas a la modificación directa de la situación. Esta sería la explicación de que a ciertas edades se suelen decantar por estrategias de modificación de las percepciones internas.
- Enfoque evolutivo: Con el paso del tiempo, se van adquiriendo un conjunto

de cualidades internas, lo que sería la otra explicación al hecho de que los mayores empleen mayormente estrategias internas.

Por otra parte, parece ser que las personas mayores se sirven en mayor medida de las estrategias emocionales a través de la reestructuración cognitiva de la situación (Folkman, Lazarus, Pimley y Novacek, 1987). Sin embargo, otras investigaciones señalan que las estrategias de afrontamiento utilizadas por los mayores en su vida diaria varían, pudiendo hacer uso tanto de estrategias activas como pasivas (Dunér y Nördstrom, 2005).

Conforme se envejece, las personas incrementan y mejoran su capacidad para incorporar aspectos emocionales y cognitivos de la realidad, además de conseguir un control y regulación de sus emociones (Gross, Carstensen, Pasupathi, Tsai, Hsu y Gøtestam, 1997). Ahora bien, las estrategias emocionales, aunque se crea que son pasivas porque no se afronta directamente el problema, implican la modificación de un estado psicológico subjetivo o la inhibición de la emoción mediante la reevaluación cognitiva de la situación, no pensando en el problema o confiando en otros su resolución.

En el caso de las personas mayores las estrategias pasivas son efectivas. Dado que las emociones negativas pueden limitar sus mermados recursos, el uso de las estrategias pasivas puede actuar inhibiendo lo negativo, desempeñando una función adaptativa y evitando consumir recursos. De ahí que las personas mayores podrían evaluar los acontecimientos estresantes (enfermedad crónica, situación de discapacidad y/o dependencia, fallecimiento de familiares y amigos, cercanía de la propia muerte, etc.) como inmodificables, lo que explica que utilicen mayormente estrategias para el control del estrés negativo emocional (Stefani y Feldberg, 2006).

Por su parte, Moraitou *et al.* (2006), indican que las personas mayores recurren a estrategias variadas, consciente e inconscientemente, para adaptarse

adecuadamente a los cambios asociados al envejecimiento. Diferencian las siguientes estrategias:

- Comparación social: Estrategias de afrontamiento conscientes que la persona emplea para compararse con alguien que se encuentra en una peor situación o para atribuir una mayor importancia a los roles y tareas que se realizan satisfactoriamente e infravalorar aquellos que están fuera de su alcance.
- Ilusiones positivas (*positive illusions*): Son estrategias de afrontamiento no consciente que procuran realizar sistemática y constantemente autoevaluaciones positivas irreales y mantener un optimismo exagerado en relación a la capacidad de uno mismo para superar con éxito la mayor parte de los sucesos negativos.

En cambio, otros autores señalan que el uso de estrategias preactivas de afrontamiento conllevan un envejecimiento exitoso (Ouweland, de Ridder y Bensing, 2007). Estas estrategias requieren enfrentar las emociones negativas derivadas de una situación estresante, para gestionarlas con el fin de minorar la potencial amenaza que dicha situación puede suponer para el logro de las metas personales.

A pesar de que la vejez supone cambios que merman los recursos personales, no parecen existir diferencias asociadas a la edad en cuanto a la categorización de los problemas como estresantes, ni con respecto a la eficacia a la hora de afrontarlos (Aldwin, Sutton, Chiara y Spiro, 1996).

Existen diversas **variables que median en la forma en que la persona mayor afronta** diferentes situaciones y cambios. Estas variables pueden ayudar en el ajuste adaptativo de la persona. Indicar, entre otras, las siguientes:

- Aprendizaje social: Se basan en planteamientos contextualistas, que sostienen que las estrategias de afrontamiento pueden ser aprendidas o

modificadas por influencia del medio social y que pueden facilitar el afrontamiento exitoso de los sucesos críticos de la vida. Tras realizar un estudio sobre una muestra formada por sesenta mujeres de entre 60 y 90 años de edad, Krzemien *et al.* (2004) concluyeron que el aprendizaje social ejerce una influencia positiva en el afrontamiento, ya que ante sucesos adversos, estas mujeres aprendieron a utilizar estrategias que les permitieron integrarse socialmente en su medio, realizar actividades, buscar apoyo social o reestructurar cognitivamente las situaciones a afrontar para adaptarse a los cambios asociados al envejecimiento (Krzemien *et al.*, 2005).

- **Personalidad:** Ciertas características y rasgos de personalidad parecen influir en el modo de afrontar situaciones estresantes. Entre las variables personales, señalar:
 - **Optimismo disposicional:** Es la variable personal más estudiada en relación con el envejecimiento en los últimos años. Es una expectativa generalizada de resultado positivo. Una tendencia de la persona a creer que en su vida obtendrá más resultados positivos y exitosos que fracasos (Scheier y Carver, 1985). Los resultados obtenidos por Chico (2002) en su investigación indican que el optimismo disposicional está directamente asociado con la tendencia a recurrir a estrategias de afrontamiento adaptativas (planificación, reevaluación positiva de la situación o crecimiento personal), descartando las estrategias de afrontamiento desadaptativas (desahogo, negación del problema, distanciamiento conductual y mental, etc.). Además, señala que la relación entre optimismo y estrategias de afrontamiento es bidireccional, puesto que ciertas formas de afrontamiento parecen influir e incluso determinar el nivel de optimismo del individuo.

También los resultados de Martínez-Correa, Reyes, García-León y González-Jareño (2006), evidencian una correlación positiva entre el

optimismo y determinadas estrategias de afrontamiento activo del estrés como la resolución de problemas y la reestructuración cognitiva. Lo mismo ocurre con respecto a la correlación negativa con algunas estrategias de afrontamiento pasivo como los pensamientos ansiosos o la autocrítica.

Sin embargo y siguiendo a Chico, no hay que olvidar que ninguna estrategia es en sí misma positiva o negativa, mejor o peor, sino que la adecuación de la misma dependerá del momento y del problema en particular de que se trate (Chico, 2002).

El uso de estrategias de afrontamiento y, por lo tanto, el logro de la autorregulación tienen relación directa con el **envejecimiento exitoso**. El mismo fue definido por Havighurst como “*estado interno de contento y felicidad*”, que sería un claro indicativo de capacidad de adaptación y óptima autorregulación de los desequilibrios físicos, psíquicos y sociales que originan los sucesos críticos y que tienen lugar durante la vejez. Es decir, que la persona se sentiría satisfecha al lograr adaptarse a los cambios que experimenta en su vida. Por lo tanto, el bienestar subjetivo constituiría un referente claro de envejecimiento exitoso (Dulcey-Ruiz y Uribe, 2002).

Baltes y colaboradores (Baltes y Baltes, 1990; Baltes, Staudinger y Linderberger, 1999) defienden el *modelo de “adaptación selectiva con compensación”* para obtener un envejecimiento exitoso. Estos autores indican que el envejecimiento exitoso vendría determinado por el balance entre una maximización de las ganancias y una minimización de las pérdidas. En su desarrollo la persona tiene como objetivos fundamentales el crecimiento, el mantenimiento y la regulación de las pérdidas. Ahora bien, en la vejez y con respecto a la regulación de las pérdidas, la persona trata de reorganizar su nivel de funcionamiento cuando éste decrece y no es posible mantenerlo como antes de que se produjese la pérdida. Por lo tanto, la persona mayor tiene la capacidad para construir

activamente su vida y autorregularla (Izquierdo, 2005), paliando su vulnerabilidad, esforzándose para la regulación, compensando los déficits y las pérdidas que experimenta a consecuencia de la edad, desarrollando nuevas conductas, conocimientos, metas y, como resultado de todo ello, logra un mayor grado de capacidad de adaptación. Estando de acuerdo, Baltes y Baltes (1990) desarrollan el modelo de adaptación selectiva con compensación, según el cual el envejecimiento exitoso consiste en la estructuración de tres tipos de procesos:

1. **Selección**: Se basa en la elección, consciente o no, de determinados dominios como espacios de desarrollo. Ante una situación en la que los recursos son finitos, la persona toma conciencia de sus limitaciones de funcionamiento (biológico, psicológico y/o social) y, como consecuencia, prioriza ciertos dominios, por lo que hace más soportable los desafíos, amenazas y demandas potenciales a que se enfrenta. En caso de pérdidas, el proceso de selección puede conllevar la modificación de las metas, con el objetivo de conseguir metas nuevas con los recursos disponibles. La función de esta estrategia es seleccionar la búsqueda de compromisos, donde la persona mayor pueda rendir satisfactoriamente, sin un esfuerzo excesivo, ante el aumento de las restricciones.

La persona mayor reduce las actividades para centrarse en tareas en las que tiene una alta autoeficacia, lo que le posibilita mantener durante más tiempo un elevado rendimiento en la tarea seleccionada. Para ello es necesario que el geronte reevalúe sus metas personales, sustituyendo aquéllas que en la actualidad valora como inalcanzables por otras metas más accesibles. También es imprescindible que realice atribuciones autoprotectoras frente a la pérdida de competencias que ha sufrido (Heckhausen, 2005). Esta capacidad para sustituir unas metas deseadas inalcanzables por otras accesibles es un indicador adaptativo de eficacia a la hora de autorregular la propia conducta y de prevenir las potenciales consecuencias emocionales negativas (Wrosch, Scheier, Miller, Schulz y Carver, 2003).

La capacidad para autorregular las metas inalcanzables implica, en este orden, identificar metas alternativas, evaluar si son accesibles e iniciar las acciones oportunas para la consecución de dichas metas.

2. **Optimización**: Se trata de administrar los recursos (biológicos, psicológicos y/o socioculturales) que están al alcance de la persona mayor, con el objetivo de maximizar su funcionamiento y utilizando las mejores estrategias para conseguir las metas evolutivas deseadas. Supone la adquisición o el perfeccionamiento de aquellos medios, recursos y conductas que favorecen la consecución de las metas deseadas (Izquierdo, 2005).

3. **Compensación**: Surge cuando se produce una ausencia o pérdida de un medio o recurso que es relevante para la consecución de las metas evolutivas del geronte. Se puede originar por la pérdida de un recurso que antes estaba al alcance de la persona mayor o por un cambio en el contexto que dificulta la consecución de las metas. Es decir, la compensación se aplica cuando determinadas conductas o capacidades se pierden o se ven disminuidas por debajo del estándar requerido para un adecuado funcionamiento. Con el objetivo de superar dichas pérdidas sin modificar las metas deseadas, se buscará la adquisición de nuevos medios para sustituir a los perdidos o bien la reconstrucción de los antiguos.

Según Martos (2005), la selección conlleva direccionalidad, metas y resultados; la optimización se refiere a los medios para conseguir las metas deseadas, y la compensación supone una respuesta a las pérdidas experimentadas a través del uso de medios o recursos, con el objetivo de mantener unos niveles adecuados de funcionamiento y las metas personales fijadas.

La aplicación por parte de la persona mayor de *mecanismos de optimización selectiva con compensación* posibilita una mayor longevidad, una mejor salud física y mental, eficacia cognoscitiva, competencia social, productividad, control

personal y satisfacción (Cabanach *et al.*, 2003). Es más, los resultados de la investigación desarrollada por Freund y Baltes (1999) indican que las personas mayores que recurren a estos procesos presentan tres dominios propios del envejecimiento exitoso, es decir que muestran altos niveles de bienestar subjetivo, afecto positivo y ausencia de sentimientos de soledad.

2.2.4. AUTONOMÍA, DEPENDENCIA, DISCAPACIDAD Y AUTODETERMINACIÓN EN LAS PERSONAS MAYORES

La consecución de la autonomía personal es muy valorada en las sociedades occidentales contemporáneas. Por tanto, la pérdida de autonomía personal, que con frecuencia se asocia a la vejez, ejerce un profundo impacto en la persona. En consecuencia, la autonomía de las personas mayores constituye un componente importante de su calidad de vida (Azpiazu *et al.*, 2002).

Las personas mayores valoran que tener una buena salud equivale a estar capacitados para llevar con normalidad la vida cotidiana. Por el contrario, asocian tener mala salud con la pérdida de energías y la limitación para mantener la independencia (Rojas, Toronjo, Rodríguez Ponce y Rodríguez-Rodríguez, 2006). Realizar las actividades por sí mismo es esencial para el bienestar y la capacidad de adaptación de la persona mayor a su entorno (Montorio y Losada, 2004). En esta línea, Zavala, Vidal, Castro, Quiroga y Klassen (2006) señalan que la calidad de vida de las personas mayores viene determinada, en gran medida, por su capacidad funcional para mantener su participación activa en su propio autocuidado, en la vida familiar y social.

Estos autores, citando a Chawla (1998), señalan que la dependencia de las personas mayores no siempre viene determinada por su declive biológico, sino que, en muchas ocasiones, son los factores sociales (prejuicios, carencia de servicios y apoyos, etc.) los que la definen, provocando que se reduzcan sus oportunidades de actividad y competencia. Es más, en el ámbito de la gerontología se acuñó el

término de *edadismo* para hacer referencia al modo en que la sociedad juzga y describe peyorativamente a una persona, basándose exclusivamente en su edad avanzada (Montorio, Izal, Colodrón y Losada, 2002; Montorio y Losada, 2004).

Continúan la línea Cordingley y Webb (1997) cuando afirman que las creencias y expectativas sobre la dependencia de las personas mayores se basan en asunciones y presunciones sobre lo que significa ser mayor. Cabanach, García y González-Millán (2008) aseguran que la edad constituye un referente escasamente fiable y preciso para juzgar las capacidades de las personas mayores, ya que el envejecimiento varía considerablemente de unas personas a otras, siendo muy heterogéneo. Por ello y estando de acuerdo con estos autores, cuando se trata de hacer una clasificación de las personas mayores, resulta más apropiado aludir a:

- *Personas mayores competentes*: También denominados *viejos-jóvenes*. Son todas las personas mayores que mantienen un óptimo estado de salud, tienen una participación comunitaria activa, conservan unos niveles de calidad similares a los que presentaban antes de ser mayores por edad y, por lo tanto, en su día a día preservan su competencia y su autonomía personal.
- *Personas mayores frágiles o dependientes*: Son aquellas personas mayores que experimentan importantes pérdidas físicas, mentales o sociales que minan su capacidad funcional, necesitando la intervención de los servicios sociosanitarios con el fin de recibir los apoyos necesarios para mantener, en la medida de lo posible, su autonomía, funcionalidad e independencia.

En la aparición y mantenimiento de la dependencia tienen gran influencia las expectativas y estereotipos sociales y culturales en torno a la vejez. El entorno social reacciona y se comporta con las personas mayores, generalmente, con concepciones y creencias falsas y peyorativas, que a menudo, derivan en *profecías autocumplidas*, puesto que el geronte termina comportándose y actuando según las expectativas, creencias y concepciones de su entorno (Montorio *et al.*, 2002; Montorio y Losada, 2004).

2.2.4.1. DEMOGRAFÍA, DEPENDENCIA Y DISCAPACIDAD EN ESPAÑA Y GALICIA

Teniendo en cuenta que uno de los principales factores de riesgo de encontrarse en una situación de dependencia es la edad y teniendo presentes los datos aportados en lo relacionado con el fenómeno del Envejecimiento y su incidencia demográfica, España y, especialmente Galicia, son áreas geográficas candidatas a tener un alto porcentaje de personas en situación de dependencia y/o discapacidad.

Es más, todas las previsiones apuntan a que se incrementará el porcentaje de personas mayores y, por tanto, los casos de personas en situación de dependencia y/o con discapacidad.

Este incremento de personas en situación de dependencia en los próximos años, unido al incremento de la esperanza de vida de las personas mayores, establece un escenario con una fuerte demanda de recursos para su atención y el mantenimiento de su calidad de vida. Como consecuencia, para poder mantener el actual Estado de Bienestar y su sistema de protección, es necesario, entre otros aspectos, implantar medidas con los objetivos de prevenir la aparición de personas en situación de dependencia y de mantener a los ya dependientes en el menor grado posible.

Según datos oficiales de la Xunta de Galicia (2013), en la Comunidad Autónoma Gallega un total de 82.825 personas se sometieron al procedimiento de Valoración de la Situación de dependencia, lo que supone el 5,41% del total de los que hicieron lo mismo en todo el territorio español. En Galicia, se obtuvieron los siguientes resultados:

- Un 10,37% no obtuvieron ningún grado de dependencia, es decir, que fueron declarados independientes o autónomos por no superar la puntuación mínima para obtener el Grado I (Dependencia Moderada).

- Un 26% fueron reconocidos con un Grado I (Dependencia Moderada).
- El 36,33% fueron valorados con un Grado II (Dependencia Severa).
- Y siguiendo la línea ascendente de mayor porcentaje de personas a mayor Grado de dependencia, en Galicia se valoraron hasta dicha fecha a cerca de un 38% del total que solicitó la Valoración de la Situación de dependencia en Galicia con un Grado III (Gran dependencia).

Sin embargo, es el Sistema de Atención a la dependencia (SAAD) y el Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO), quién aporta datos desde mayo del 2008, siendo más pormenorizados y actualizados mes a mes tanto del total de España como por Comunidades Autónomas.

Puesto que se está analizando el porcentaje de personas que fueron reconocidas en situación de dependencia, indicar lo siguiente en cuanto a todo el territorio español con respecto a los Informes presentados por el SAAD y el IMSERSO⁷:

- A 05 de mayo del 2008, en España de un total de 240.683 resoluciones de reconocimiento de la situación de la dependencia, los resultados fueron los siguientes:
 - Casi un 75% fueron valoraciones correspondientes al Grado III, que por aquel entonces estaba dividido en niveles, por lo que un 47% eran Grado III Nivel 2 y un 27% fueron Grado III Nivel 1.
 - Poco más del 15% de las personas que fueron valoradas de la situación de dependencia, les fue reconocido un Grado II, siendo un 9% de Nivel 2 y un 7% de Nivel 1.
 - Un 7% fue valorado con un Grado I, siendo equitativo el porcentaje para cada uno de los dos niveles de dicho grado.
 - Menos del 3% obtuvo una valoración que indicaba que no tenía dependencia.

⁷ Extraídos, analizados e interpretados de los contenidos e informes recogidos en: <http://www.dependencia.imserso.es>

- A 31 de julio del 2019, en España de un total de 1.693.141 resoluciones de reconocimiento de la situación de dependencia, se obtuvieron los siguientes datos:
 - Un 23% fueron valoraciones correspondientes al Grado III. Puesto que se tienen en cuenta las personas que fueron valoradas con anterioridad a julio del 2012, que aún viven y que por tanto a día de hoy son personas en situación de dependencia que cuentan con una valoración, indicar que en este Informe del SAAD y del IMSERSO separan en la tabla columnas para los valorados de Grado III con nivel, señalando que casi un 3% tienen un Grado III Nivel 2 y un 4% obtuvieron un Grado III Nivel 1. En definitiva, los Grandes Dependientes representan en España entorno a un 24% del total de personas valoradas hasta la fecha.
 - Al igual que en el caso anterior, indica que hay casi un 21% de personas valoradas con un Grado II, algo más de un 3% con un Grado II Nivel 2 y poco más de un 5% con un Grado II Nivel 1. Por lo tanto, y sin diferenciar los niveles, existen casi un 30% de personas españolas valoradas con un Grado II de dependencia.
 - Siguiendo la misma línea, aporta los siguientes datos para el caso de personas que obtuvieron un Grado I: un 21% de personas tienen una valoración de Grado I, poco más de un 2% están reconocidos con un Grado I Nivel 2 y el 3% con un Grado I Nivel 1. En conclusión, a esa fecha en España casi tienen el mismo peso los Grandes Dependientes que los que tienen una Dependencia Moderada, existiendo una diferencia muy escasa (aproximadamente un 2%), representando ambos grados a la mitad de la población española.
 - En julio del 2019 se supera el 20% de los que recibieron, a lo largo de estos años, una Valoración de dependencia que indicaba Sin Grado, Independiente, Autónomo o No Dependiente, dejando muy atrás ese 3% del año 2008.

En cuanto a la Comunidad Autónoma de Galicia, el SAAD y el IMSERSO

presentan las siguientes referencias⁸:

- En mayo del 2008, en Galicia se emitieron 12.132 resoluciones de reconocimiento de la Situación de dependencia, lo que supone un 5% de todos los emitidos en España. Los resultados por Grado de dependencia fueron:
 - Más del 75% de los reconocimientos emitidos se correspondieron con el Grado III, de los cuales poco más del 50% fueron para el Nivel 2 y el porcentaje restante para el Nivel 1.
 - El 14% se englobaron en el Grado II, siendo el 7% para el Nivel 2 y algo más de un 6% para el Nivel 1.
 - Sólo un 6% fue valorado con un Grado I, del cual la mitad fue en Nivel 2 y el otro 3% en Nivel 1.
 - Menos del 2% recibieron una resolución que estableciese que no obtuvieron la puntuación mínima para ser considerados/as personas en situación de dependencia.

- Con respecto a julio del 2019 y siguiendo las mismas fuentes, indicar:
 - Hay valoradas, desde que se constituyó el Sistema de dependencia en Galicia, un total de 79.812 personas.
 - Al igual que en el caso de España, se señalan las valoraciones anteriores a julio del 2012, donde se dividían cada uno de los Grados de dependencia en 2 Niveles. Por lo que para el Grado III actualmente hay un porcentaje total cercano al 32% que se reparte en: un 23% de gallegos y gallegas valorados con Grado III, alrededor de un 4% con Grado III Nivel 2 y un 5% con un Grado III Nivel 1.
 - Para el Grado II, se aportan las siguientes cifras: los valorados/as con Grado II representan poco más del 20%, con Grado II Nivel 2 casi un 4% y con Grado II Nivel 1 un 5%. En total, este Grado supone prácticamente un 30%.

⁸ Extraídos, analizados e interpretados de los contenidos e informes recogidos en: <http://www.dependencia.imserso.es>

- En el caso del Grado I, supone menos de la cuarta parte de las personas en situación de dependencia y reconocidas como tal. Esta proporción se reparte de la siguiente manera: entorno al 19% fueron valorados con un Grado I y al alrededor de un 3% se les reconoció tanto con un Grado I Nivel 2 como con un Grado I Nivel 1.
- Un 13% de los valorados/as que residen en la Comunidad Autónoma de Galicia fue determinada sin grado hasta julio del 2019.

Según los datos recogidos en el Censo de Personas con discapacidad en Galicia⁹, en el año 2018 el número total de gallegos/as con discapacidad representan un total de 225.837, siendo la mayoría mujeres con un 51,25% del total, aunque, bien es cierto, que en general son más numerosas las gallegas que los gallegos. A nivel provincial se aprecian diferencias que se pueden analizar teniendo cruzando el número de personas con discapacidad con las variables de sexo y edad:

- **Sexo:** En cuanto a esta variable, A Coruña es la provincia gallega con más mujeres con discapacidad (en el año 2016 era Pontevedra), en Ourense casi se iguala el número de gallegos y gallegas con discapacidad y, en cambio, Lugo se caracteriza por una mayoría de varones con discapacidad por encima de las mujeres que se encuentran en la misma situación.
- **Edad:** Es importante señalar que a mayor edad más casos de personas que tienen valorada su situación de discapacidad, acumulándose el mayor porcentaje para las personas que tienen 75 años o más.

Si además se analiza la edad por sexos, el 58% de las mujeres con discapacidad tienen más de 65 años y sólo el 45% del total de los hombres con discapacidad sobrepasan los 65 años. Bien es cierto que la proporción del total de mujeres con discapacidad es inferior al de los hombres en dicha situación en todos los tramos de edad, exceptuando las que tienen 75 o más años que superan a los hombres e igualándose los porcentajes entre ambos sexos para el grupo de edad que abarca

⁹ Los datos que se aportan a continuación fueron extraídos de la publicación Xunta de Galicia (2013) y de las páginas web de <https://politicassocial.xunta.gal> y <https://www.ige.eu>

de 65 a 74 años.

Continuando con el análisis de los datos proporcionados por Censo de Personas con discapacidad de Galicia en cuanto a la valoración del Grado de discapacidad, más de la mitad de la población gallega con discapacidad tiene reconocido un 33%. Es positivo saber que el porcentaje menor le corresponde a los/as gallegos/as que tienen una valoración del Grado de discapacidad igual o superior al 75%.

Ahora bien, tan importante son las cifras como la valoración o la percepción de la discapacidad. De ahí que se realizase la *“Enquisa sobre discapacidades, autonomía persoal e situacións de dependencia 2008”* (en adelante EDAD 2008)¹⁰, la cual se administró a personas que se consideraban en situación de discapacidad, las cuales no era imprescindible que dispusieran de una valoración del Grado de discapacidad. Teniendo en cuenta los resultados obtenidos en dicha encuesta (EDAD 2008), las personas con discapacidad en la Comunidad Autónoma de Galicia ascenderían a 293.000 (frente a las 225.837 del Censo del 2018), de las que el 61,8% son mujeres y el 38,2% son hombres (frente al 51,25% de féminas y al 48,75% de varones del Censo del 2018).

Para obtener cifras más actualizadas, recientes, específicas, y en las que se tienen en cuenta múltiples variables para analizar la discapacidad en Galicia, se continuará con el análisis del Censo de Personas con discapacidad en Galicia y también se tendrá en cuenta la *“Enquisa de Condicións de Vida das Familias. Módulo de Poboación Dependente 2017”*¹¹.

- Los datos que aportan son a 31 de diciembre de cada año, actualizándose los datos del año anterior, se tienen en cuenta los certificados del Grado de discapacidad que igualan o superan el 33% e indica que durante el año 2008 se efectuó una depuración del Censo de Personas con discapacidad de

¹⁰ Los datos que se aportan a continuación fueron extraídos de la publicación Xunta de Galicia (2013) y se puede consultar en la página web: <https://www.ine.es>

¹¹ Se pueden consultar los datos que se aportan, además de otros contenidos estadísticos relacionados con la discapacidad en Galicia, en el siguiente enlace web: <http://www.ige.eu>

Galicia que provocó una disminución del porcentaje de personas que se encuentran en esta situación.

- Señalar que desde el año 2017 los tipos de discapacidad que se tienen en cuenta además de física o sensorial, son intelectual, mental y enfermedades raras. Indicar que, para los años 2017 y 2018, en el análisis de los datos se agruparán los tipos de discapacidad en los tres que existían anteriormente, haciéndolo de la siguiente forma: discapacidad física (incluyendo datos de discapacidad física y enfermedades raras), psíquica (incluyendo datos de discapacidad intelectual y discapacidad mental) y discapacidad sensorial.
- En diciembre del 2007 existían en Galicia un total de 203.812 de personas con discapacidad, de las cuales el mayor peso residía en la provincia de A Coruña. En diciembre del 2018, dicha cifra se incrementó en 22000 personas, manteniéndose la mayor parte de los casos en A Coruña.
- Teniendo en cuenta la variable de edad y que se está estudiando al grupo de edad de personas mayores, indicar que:
 - Para el tramo de 50 a 64 años (tratando de incluir a las personas de 60 o más años), en diciembre del 2007 eran un total de casi 54.000 personas y 11 años después aumentaron en casi 4000 personas.
 - Para el grupo de edad de 65 a 74 años, en el año 2007 se contabilizaron alrededor de 37.000 personas y en el año 2018, este grupo de edad se incrementó en más de 10.000 personas con discapacidad con respecto al 2007.
 - En el caso de los que tienen más de 74 años, eran poco más de 55.000 personas en 2007 para incrementarse en casi 14.500 personas 11 años después.
- Si se cruzan las variables de Grado de discapacidad, tipología de la discapacidad, grupo de edad y sexo, se obtiene lo que se recoge a

continuación:

- Con respecto al total y sin diferenciar por sexos, comentar:
 - Para la edad comprendida entre los 50 y los 64 años, llama la atención que sea cual sea el porcentaje de discapacidad reconocido, son mayores los casos de personas valoradas por discapacidad física, siendo mucho menor los casos de discapacidad sensorial. Además, conforme va subiendo el porcentaje de discapacidad reconocido, se van reduciendo considerablemente las personas valoradas, sea cual sea el tipo de discapacidad. Esta tendencia se mantiene desde el año 2005.
 - Para las personas con edades entre los 65 y los 74 años, se mantiene la línea anterior, con la curiosidad de que para el caso de la discapacidad psíquica en este grupo de edad y sea cual sea el grado de discapacidad reconocido, suele suponer la mitad o algo menos con respecto al grupo de edad anterior a lo largo de los 13 años que se analizan (2005-2018). También se reducen los casos de discapacidad sensorial.
 - En el caso de los gerontes con más de 74 años, en el año 2005 la mayor parte de los casos (en concreto más de 14.000) eran personas valoradas con el 75% o más de discapacidad física frente a 1300 personas reconocidas desde el 33 al 64% de discapacidad psíquica. Trece años después, destacan los más de 26.000 casos de discapacidad física valorada del 33 al 64%, por lo que aumentan en el porcentaje menor de grado de discapacidad. En general, se elevan las cifras en todos los porcentajes y tipos de discapacidad, duplicándose (incluso superando el doble en algunos casos) en la discapacidad física y psíquica del 33 al 64% y en la discapacidad psíquica del 65 al 74%.
 - Comparando los grupos de edad y mirando el último año del que proporcionan datos, señalar que se van reduciendo los casos a medida que aumenta la edad de las personas valoradas con un porcentaje del

33 al 64%, excepto en la discapacidad sensorial¹². Sin embargo, se observa una tendencia diferente tanto para las personas reconocidas con una discapacidad del 65 al 74% como para las que obtienen un porcentaje igual o superior al 75%, ya que en general aumentan los casos (incluso llegando a duplicarse en muchos casos) de discapacidad física y sensorial conforme se eleva la edad, siendo sensiblemente inferiores en el grupo de edad que abarca del de los 50 a los 64 años. Con respecto a la discapacidad intelectual, hay una tendencia a la baja conforme se cumplen años con respecto al porcentaje del 65 al 74%, pero no ocurre lo mismo en el porcentaje de 75% o más, que tiende a ir al alza a medida que se eleva la edad, excepto en el grupo de 50 a 64 años. Llama especialmente la atención que, con respecto al grupo de edad de 65 a 74 años, los casos son inferiores en todos los tipos de discapacidad y en cualquiera de los porcentajes en comparación con los demás grupos de edad que se analizan.

- Con respecto a las mismas variables, pero incluyendo el análisis por sexos, comentar lo siguiente:
 - En cuanto a los hombres, y comparando los años 2005 y 2018, para todos los grupos de edad, se observa que:
 - ✓ Son mucho más elevados los casos de varones con discapacidad física, siendo sólo superados por las mujeres con 75 o más años, tendencia que se observa en cualquiera de los porcentajes. En número, destacan los hombres valorados de discapacidad física con un porcentaje del 33% al 64%.
 - ✓ En el año 2005 se rompe la tendencia indicada en el punto anterior, ya que en el grupo de edad de 75 y más años, fueron más los hombres con discapacidad física del 75% o más, superando en casi 500 personas a los de 33% al 64%.
 - ✓ Tanto en el año 2005 como en el año 2018, se observa, en todos los

¹² Las personas con 75 o más años reconocidas con una discapacidad sensorial con un porcentaje del 33 al 64% superan al resto de grupos de edad, pero no aumenta de forma correlativa a la edad, ya que el grupo con menos personas reconocidas de discapacidad sensorial es el de 65 a 74 años, siendo superado por las personas con edad entre 50 y 74 años y por los de 75 años o más.

grupos de edad, un descenso claro de los casos de hombres con discapacidad física y psíquica con un porcentaje del 33 al 64% a medida que van incrementando su edad, ocurriendo lo mismo en los varones con discapacidad psíquica del 65 al 74%. También se observa este decrecimiento, pero siendo más sensible, en los hombres con una discapacidad sensorial del 33 al 64%.

- ✓ No hay una distribución clara para los porcentajes minoritarios, si bien en los años 2005 y 2018 fueron menos los hombres reconocidos con discapacidad sensorial del 75% o más en el grupo de edad de 50 a 64 años, y lo mismo ocurre con los hombres de 75 o más años con discapacidad psíquica del 33 al 64%.
- ✓ Hay casos en los que en el año 2005 se van reduciendo los hombres valorados con algún tipo de discapacidad a medida que aumenta la edad, pero en el año 2018 no se mantiene esa tendencia o bien oscila.
- Siguiendo la misma línea comparativa de ambos años, y en cuanto a las mujeres, destacar lo siguiente:
 - ✓ Al igual que los hombres, se mantiene la tendencia de mayor incidencia de mujeres con discapacidad física del 33 al 64% desde los 50 a los 74 años, rompiéndose la misma para el grupo de edad de 65 a 74 años que es inferior a los de menor y mayor edad. Lo mismo ocurre para los casos de menor prevalencia, ya que son menos frecuentes las gallegas de los dos primeros grupos de edad valoradas de discapacidad sensorial en cualquier porcentaje y decreciendo el número a medida que avanza la edad, a excepción de las mujeres de 75 y más años que tienen tendencia a ser más numerosas.
 - ✓ A diferencia de los varones, en las mujeres se observan las siguientes tendencias a medida que aumenta la edad:
 - × Reducción de casos en féminas reconocidas con una discapacidad psíquica con un porcentaje del 33 al 64%. Sin

embargo, crece el número de casos de mujeres con discapacidad psíquica del 65 al 74%. Para las que son valoradas con un mayor porcentaje, bajan los casos a medida que aumentan la edad desde los 50 hasta los 74 años, pero a partir de los 75 años aumentan considerablemente.

- ✘ Aumento de casos en las mujeres valoradas con una discapacidad física tanto con un porcentaje del 65% al 74% como con un porcentaje superior al 75%. En cuanto al porcentaje del 33 al 64%, es mayor en el grupo de edad de más de 75 años y de menos de 65, pero decrece entre aquellas de tienen entre 50 y 64 años.
- ✘ Con respecto a la discapacidad sensorial, se observa que en todos sus porcentajes hay una tendencia a aumentar con la edad, habiendo un ligero descenso en el número de casos entre las mujeres de 65 a 74 años.
- ✓ Se observan las siguientes diferencias entre el año 2005 y 2018 en la evolución de los porcentajes conforme las mujeres cumplen años:
 - ✘ Mientras que en el año 2005 se observa una tendencia a la baja en el caso de mujeres con discapacidad física del 33 al 64%, en el año 2018 se reducen los casos para el grupo de edad de 65 a 74 años, pero aumentan en las mujeres de más de 75 años.
 - ✘ En cuanto a las mujeres con discapacidad psíquica con un porcentaje del 65 al 74%, en el año 2005 se reducían los casos a medida que aumentaba la edad, pero en el año 2018 ocurre lo mismo que en el punto anterior.
- ✓ Entre ambos años se detecta que, partiendo del número de mujeres valoradas con una discapacidad con una edad entre 50 y 64 años, evolucionan los casos a la baja en el siguiente grupo de edad (65 a 74 años) y aumentan entre las mujeres con 75 o más años. Esto ocurre en féminas reconocidas con discapacidad

sensorial en cualquier porcentaje y con discapacidad psíquica del 75% o más.

- ✓ Llama especialmente la atención que tanto en el año 2005 como en el año 2016 se contabilizaran un total de 1737 (1842 en 2018) mujeres de 50 a 64 años con discapacidad psíquica del 75% o más, aunque a lo largo de este período de 11 años oscilan los casos.

Por último y siguiendo con los datos que facilita el Instituto Galego de Estadística (IGE) para la provincia de A Coruña con respecto al año 2018, destacar lo más importante:

- Las personas con discapacidad física del 33 al 64% son la gran mayoría, tanto en total como si se analiza por sexo y por edad.
- Las personas con discapacidad física (en cualquiera de sus porcentajes, sexo y edad) representan la mayoría de los casos, excepto en el caso de las personas con menos de 65 años y un porcentaje del 65 al 74% de discapacidad psíquica que superan en su edad y sexo a las personas reconocidas de discapacidad física en el mismo porcentaje.
- El número de personas con discapacidad sensorial es menor en cualquiera de sus porcentajes y sexo, excepto, por un lado, en la totalidad de personas con dicha discapacidad del 33 al 64% y una edad de 75 y más años y, por otro, en los hombres para los grupos de edad de 65-74 años y de 75 y más años reconocidos con discapacidad sensorial del 33 al 64%. En ambos casos, son menores los casos de personas y hombres con discapacidad psíquica.

Teniendo en cuenta lo tratado en este epígrafe y a modo de conclusión, reiterar que para poder mantener el Estado de Bienestar y su sistema de protección actual, es necesario, entre otros aspectos, implantar medidas con los objetivos de prevenir la aparición de personas en situación de dependencia y de mantener a los ya dependientes en el menor grado posible.

2.2.5. LA RED SOCIAL EN LAS PERSONAS MAYORES

El área de las relaciones sociales en relación con las personas mayores no ha sido objeto de gran interés hasta hace poco. Sin embargo y siguiendo la Teoría de la Autodeterminación (Ryan y Deci, 2000), las relaciones sociales son una de las necesidades psicológicas básicas (competencia personal, autonomía y relación social) que presentan las personas a lo largo de todo su ciclo vital para el logro de su bienestar.

Kasser y Ryan (1999) señalan que las relaciones interpersonales que satisfacen con mayor eficacia las necesidades psicológicas de las personas son las que proporcionan mayor cariño, afecto y apoyo en la autonomía de los individuos, sin importar tanto la frecuencia en la que se produzcan. Además, indican que las personas que tienen una buena calidad en sus relaciones sociales, poseen mayor capacidad funcional, padecen menos estrés y padecen menos problemas psicológicos.

Clemente (2003) apunta que las relaciones sociales satisfactorias parece ser que favorecen el desarrollo psicológico y social, previenen las enfermedades y son aptas para valorar la felicidad.

Con respecto a las personas mayores, al igual que en las demás etapas de la vida, diversos estudios constatan la relación positiva existente entre relaciones sociales satisfactorias y bienestar. Entre ellos señalar:

- Tanto Vera, Sotelo y Domínguez (2005) como Litwin (2001), afirman que la participación social de las personas mayores refuerza su autoestima e incrementa su bienestar subjetivo.
- Litwin (2001) afirma que la actividad social de la persona mayor le puede afectar positivamente en su satisfacción vital y en la adopción de hábitos de vida saludables.

- Herrero y Gracia (2005) señalan que una vida socialmente activa en una persona mayor le proporciona una mayor satisfacción con la propia vida así como con una mayor capacidad funcional.
- Victor, Scambler, Bowling y Bond (2005) afirman que las relaciones sociofamiliares durante la vejez suponen uno de los pilares básicos cuando se analizan los conceptos de calidad de vida y envejecimiento con éxito.

Sin embargo, en esta etapa de la vida se dan una serie de cambios (aparición de enfermedades y/o limitaciones, hijos independizados, jubilación, fallecimiento de familiares y amigos, etc.) ya descritos en la presente Tesis que suponen una reducción en el tamaño de la red social del mayor (Herrero y Gracia, 2005). Es más, Lang (2001) señala que, desde un punto de vista cuantitativo, el número de contactos y relaciones sociales durante la vejez es aproximadamente la mitad del que mantienen los veinteañeros y treintañeros.

En este sentido, diversos autores defienden la *Teoría de la Desvinculación* propuesta por Lehr (1980), según la cual las personas mayores reducen su red de relaciones sociales, prefiriendo formas de aislamiento social con las cuales se sienten felices y satisfechas. Este autor, incluso, alude a la *Teoría de la Desvinculación Transitoria*, la cual hace referencia a la transitoriedad de este deseo de aislamiento social durante la vejez, donde la persona mayor experimenta una elevada satisfacción al reducir los contactos sociales. Sin embargo, esta reducción sería una decisión tomada ante situaciones o cambios que producen sobrecarga en la persona mayor. Si se produce una adaptación a estas situaciones y cambios, posiblemente la persona mayor vuelva a interesarse por las relaciones sociales.

Existen más teorías que tratan de explicar el proceso de socialización durante la vejez que Sáez, Aleixandre, de Vicente, Meléndez y Villanueva (1993) han recopilado, describiendo los principales modelos explicativos al respecto, siendo:

1. Teoría de la actividad: Por un lado, esta teoría indica que para sentirse feliz, la persona ha de ser activa y productiva. Pero, por otro lado, esta teoría, señala que la vejez supone un proceso de aislamiento social, derivado de la pérdida del rol social (por la jubilación) y de la pérdida de la tradicional función de transmisión (de información, valores y experiencia) a las nuevas generaciones en el seno de la familia.
2. Teoría del contexto social: Señala que el grado de interacción social de la persona mayor depende de ciertas condiciones biológicas y sociales del entorno en que vive. Si estas condiciones no son favorables, suponen un obstáculo para su actividad social.
3. Teoría de la continuidad: Postula que la vejez es una continuación de los períodos vitales precedentes. Por lo tanto, la persona mayor mantendrá estilos de vida, hábitos, contactos sociales o decisiones que a su vez seguirán la línea de anteriores etapas del ciclo vital.
4. Teoría de la ancianidad como subcultura: Señala que las personas mayores conforman un grupo social aparte, con sus propias características (gustos o estilos de vida), entre las que se encontraría su tendencia al aislamiento.

Ahora bien, esta reducción de la red social en la personas mayores no tiene que ser preocupante, de hecho, no parece indicar una mayor vulnerabilidad en la vejez. Tampoco es acertado que se relacione la reducción de los contactos sociales con la inexistencia de redes de apoyo o con un apoyo cualitativamente inferior (Meléndez, 1999).

En contraposición, existe una visión positiva de la red social de las personas mayores. Existen investigaciones que indican que un número considerable de personas mayores tienen contactos familiares frecuentes, recibiendo y proveyendo apoyo y otros servicios (Fernández-Ballesteros, 1998; Herrero y Gracia, 2005). Es más, otras investigaciones constatan que las personas mayores mantienen lazos afectivos y emocionales significativos con otras personas (Lang, 2001).

Lang (2001) trata de explicar las diferencias en las dinámicas socializadoras y en el comportamiento social entre las personas mayores y los adultos más jóvenes, indicando que pueden deberse a que las personas establecen prioridades distintas en lo que respecta a sus relaciones sociales en el día a día. Este autor indica que las personas mayores necesitan un esfuerzo cognitivo y funcional mayor que los adultos más jóvenes, lo que explicaría que las personas mayores opten por reducir la frecuencia de las relaciones sociales diarias. Esto coincide con la *Teoría de la Selectividad Socioemocional* propuesta por Carstensen (1993), la cual afirma que los individuos son selectivos a la hora de mantener relaciones sociales debido, en parte, a los cambios que se producen al envejecer. Además, este autor indica que para las personas mayores es más importante la calidad que la cantidad en sus interacciones sociales, por lo que buscan y tratan de mantener aquéllas que les proporcionan un alto grado de afecto y cariño.

Sin lugar a dudas, las relaciones sociales contribuyen a un envejecimiento con éxito, puesto que, un adecuado apoyo social que cubra las necesidades afectivas e instrumentales de la persona mayor, favorecerá su adaptación a los cambios propios de esta etapa vital y le provocará mayor bienestar y calidad de vida.

Existen varias hipótesis que tratan de explicar al modo en que tienen lugar estas consecuencias positivas, entre ellas:

- *Modelo del efecto directo*: Indica que el apoyo social influye de forma directa y positiva en la salud de la persona, al margen de que exista o no algún hecho que cause estrés.
- *Modelo de amortiguación*: Señala que el apoyo social produce efectos positivos tras producirse en hecho estresante, ya sea amortiguando o reduciendo su impacto.

Son varias investigaciones las que han demostrado que existe una conexión positiva entre apoyo social y calidad de vida y entre salud física, ajuste social y

psicológico del sujeto (Herrero y Gracia, 2005; Marín y García, 2004).

Además, las relaciones sociales también contribuyen a que la persona mayor cuide y mantenga su autoimagen positiva y una autoestima elevada, lo cual es indicativo de un óptimo bienestar psicológico (Mella, González, D'Appolonio, Maldonado, Fuenzalida y Díaz, 2004; Vera *et al.*, 2005).

Así como las relaciones sociales aportan bienestar y calidad a la persona mayor, su ausencia o la pérdida de las mismas impactan negativamente en el autocuidado y parece ser que aumentan el riesgo de mortalidad (Guzmán, Huenchuan, y Montes de Oca, 2003; Marín y García, 2004). Así mismo, existen otros estudios que indican que la carencia de una red de apoyo informal provoca que la persona mayor perciba un menor bienestar y utilice con mayor frecuencia los recursos sociales y el apoyo formal (Fernández del Valle y García, 1994; Marín y García, 2004).

Yanguas (2006), siguiendo a Lin y Ensel (1989), define el apoyo social como el conjunto de provisiones emocionales o instrumentales, recibidas o percibidas, llevadas a cabo por la comunidad, las redes sociales y las personas de confianza, ya sea en situaciones cotidianas o de crisis.

Teniendo en cuenta esta definición de apoyo social, Yanguas (2006) señala los siguientes cuatro ejes en los que se basa el apoyo social:

- Importancia tanto de la ayuda recibida como de la ayuda percibida: Se valora tanto el componente social como el psicológico del apoyo. El apoyo social recibido se refiere a la dimensión objetiva del apoyo, es decir, a la cantidad de ayuda recibida por la persona en un determinado período de tiempo. En cambio, el apoyo percibido alude a la dimensión subjetiva del apoyo, lo que engloba tanto las creencias de la persona en relación a las fuentes que le proporcionan el apoyo como a la valoración que hace sobre las mismas en cuanto a su idoneidad y a su capacidad para satisfacer sus

necesidades (Clemente, 2003).

- Nivel o ámbito en que se produce o puede producirse el apoyo: Existen las siguientes tres fuentes de apoyo social:
 - *La comunidad:* Según Gracia y Herrero (2006), la *comunidad* sería el ámbito más general del apoyo social. Hace referencia a las relaciones con la comunidad, por tanto, indica el grado de integración social de la persona en la comunidad, proporciona un sentimiento de pertenencia a una estructura social y un sentimiento de identidad social. Puede ser la participación voluntaria en organizaciones, clubes, asociaciones, etc.
 - *Las relaciones sociales:* Se trata del segundo nivel del apoyo social. Más próximo a la persona. Puesto que se trata de mantener las relaciones sociales con una frecuencia y compromiso adecuado, a la persona le proporciona sentimientos de vinculación que implican la interacción y las relaciones interpersonales, suponiéndole un esfuerzo y no sólo la participación en sí misma. Por lo tanto, son más sólidas que las relaciones con la comunidad. Se trata de las relaciones con familiares, con amigos y con compañeros de trabajo las amistades.
 - *Las relaciones íntimas:* Son las más próximas, íntimas y de confianza de la persona. Se basan en un fuerte sentimiento de compromiso y responsabilidad en la mutua satisfacción del bienestar del otro.
- Tipo de ayuda según la función que ésta desempeña:
 - *Ayuda instrumental:* Es la prestación de servicios o ayuda material directa. Es esencial en el caso de personas mayores dependientes.
 - *Ayuda emocional:* La ayuda se basa en una actitud emocional positiva, comprensión, simpatía, empatía y aprecio mutuo.
- Distinción entre el apoyo cotidiano y el que se proporciona en situaciones de crisis.

Además de estos cuatro ejes, Clemente (2003) añade los siguientes aspectos a tener en cuenta al analizar el apoyo social de la persona:

- Componentes estructurales: Son el conjunto de relaciones sociales en las que está centrada la persona. Los aspectos estructurales de las relaciones sociales son el tamaño de la red social, su densidad, su homogeneidad y el grado de cercanía o dispersión. Sin embargo, el hecho de tener relaciones no garantiza la provisión de apoyo.
- Conductas de apoyo: Los comportamientos específicos de la interacción social que tienen consecuencias positivas para la persona.
- Contexto en que se proporciona el apoyo: Lo adecuado es que exista una equivalencia entre las características de la situación problemática a afrontar por la persona y el tipo o cantidad de apoyo que recibe.

Concretando en la red social de las personas mayores, es preciso señalar las siguientes cuestiones:

- El tamaño de la red social es, en general, más reducido en esta etapa en comparación con otras etapas del ciclo vital.
- Las personas mayores mantienen un contacto frecuente con su entorno social, ya sea con familiares o de amistades (Larrañaga, 1995). Por lo tanto, que la red sea menor en tamaño, no significa que se produzca una reducción o limitación en la calidad de las relaciones personales.
- La investigación llevada a cabo por Fernández Ballesteros (1997) ratificó que no se aprecian diferencias asociadas a la edad en cuanto al grado de satisfacción con las relaciones sociales.
- Las personas mayores que viven en la comunidad se encuentran más satisfechas que las que lo hacen en una residencia. Por lo tanto, la calidad de las relaciones sociales es determinante en la percepción del bienestar en las personas mayores (Gibson, 1986; Pinguart y Sörensen, 2000).
- En estas edades existen redes sociales que proporcionan apoyo a las personas mayores (Yanguas, 2006), siendo la familia y los amigos los principales proveedores de recursos sociales para estas personas.
- Las personas mayores procuran conservar las relaciones sociales con su

círculo más íntimo durante el mayor tiempo posible.

- En caso de presentarse problemas de salud o autonomía funcional, las últimas relaciones sociales que se pierden son con los familiares más cercanos. Puesto que se habla de pérdidas en la red social, el bienestar psicológico de la persona mayor se ve amenazado (Clemente, 2003).
- Existen evidencias empíricas que sugieren que se reduce el riesgo de pérdida de la capacidad funcional (Avlund, Lund, Holstein y Due, 2004) y de mortalidad (Avlund, Damsgaard y Holstein, 1998) en la persona mayor cuando está totalmente integrada en una red social sólida.

Puesto que las relaciones sociales se van modificando a lo largo de la vida y teniendo en cuenta que, a partir del matrimonio, la familia pasa a ser el pilar básico, es habitual que la persona mayor se relacione principalmente con su familia. Es más, diversos estudios empíricos han demostrado que la familia es el principal recurso de apoyo para las personas mayores tanto cualitativa como cuantitativamente. Hecho que tiene especial relevancia, sobre todo, para afrontar con satisfacción las crisis vitales y enfermedades crónicas propias de la tercera edad (Arechavala y Miranda, 2002; Yanguas, 2006). Por lo tanto, la familia contribuye a la adaptación de la persona mayor a los cambios vitales (Meléndez, 1998b), lo que supone que el apoyo familiar sea un proveedor imprescindible de bienestar físico y psicológico (Chen, 2000; Gómez, López, Moya y Hernández, 2005), puesto que, además de proporcionarle protección, la familia aporta seguridad y estabilidad emocional a la persona mayor (Triadó, 2001). Todo ello, repercute en la autoestima y mejora personal de las personas mayores, ya que el estudio realizado por Meléndez (1998a) evidencia que a mayor grado de relaciones familiares mayor es la autopercepción positiva del geronte.

Con respecto a las relaciones familiares en la tercera edad, cabe destacar los siguientes aspectos:

- Apoyo material o instrumental: Es necesario moderarlo para evitar que sea

excesivo y por encima de las necesidades reales del mayor, puesto que, de lo contrario, puede resultar perjudicial, ya que disminuye la competencia personal y la capacidad de autonomía personal de la persona mayor (Silverstein, Chen y Heller, 1996), pudiendo afectar a su autoestima. Además, en la prestación de este tipo de apoyo influirá, por un lado, la proximidad o lejanía geográfica entre el domicilio del geronte y el de sus familiares (determina en parte el grado de apoyo instrumental que se puede proporcionar) y, por otro lado, la cantidad de ayuda suministrada por las familias a las personas mayores viene determinada por su nivel de necesidades (López, 2005).

- Apoyo emocional: El bienestar de la persona mayor se basa en la calidad del vínculo afectivo existente entre hijos o nietos y no en si conviven o contactan frecuentemente con ellos (Shanas, 1979). La familia es fundamental en la provisión de apoyo emocional y en la protección del bienestar emocional, dado que las personas mayores suelen considerar que, en situaciones de viudedad y de soledad, la relación con los hijos es lo más valorado que se tiene e, incluso, siendo para muchos la razón principal que da sentido a su existencia (López, 2005). En general, cualquier expresión de afecto y apoyo dada por los seres queridos es muy valorada por las personas mayores.

- Grado de proximidad e intimidad: Para valorar la calidad de los apoyos, es necesario diferenciar el grado de proximidad e intimidad de la relación familiar.

Varios estudios demuestran que la familia más cercana (cónyuge e/o hijos) es la que constituye la principal fuente de apoyo material y emocional para las personas mayores (Meléndez *et al.*, 2007; Shanas, 1979; Vera *et al.*, 2005).

Ante la ausencia de descendencia y de pareja, las personas mayores le dan mayor importancia a las relaciones con sus hermanos y cuñados, al igual que

valoran bastante las relaciones con sus sobrinos y los posibles descendientes que éstos.

Pérez-Ortiz (2006) señala, basándose en los resultados de su investigación, que no es común la convivencia entre hermanos en la tercera edad, pero sí es importante la proximidad de sus domicilios, que enriquece potencialmente su red social. Sin embargo, la cercanía no garantiza que las relaciones sean frecuentes ni de afecto, ya que las relaciones fraternales son impuestas por los vínculos de sangre y, en consecuencia, su calidad y proximidad dependerán, entre otros factores, de la afinidad y de las experiencias compartidas. Ahora bien, puesto que se tratan de relaciones con larga duración en el tiempo y que comparten generación y cultura familiar, las relaciones fraternales se convierten en una fuente importante de relación social en la última etapa del ciclo vital.

- Sexo: Parecen existir ciertas diferencias con respecto a este aspecto, ya que para los hombres la pareja es la figura de apoyo emocional más importante y, en cambio, para las mujeres parecen serlo los hijos. Ahora bien, en ambos sexos, los hijos son el principal referente de apoyo instrumental. Otro aspecto es el abandono del mundo laboral que parece afectar a hombres y mujeres de diferente modo.
- Edad: Al igual que con el sexo, se observan distinciones en cuanto a las fuentes de apoyo. Si bien, al inicio de la jubilación, el cónyuge constituye la principal figura de apoyo tanto psicológico como instrumental. A medida que pasan los años y, quizás por el incremento de los casos de viudedad, los principales soportes de apoyo son, sobre todo, los hijos y, en menor medida, los nietos (Meléndez *et al.*, 2007).
- Estado Civil: En la tercera edad este tipo de relación se considera como fuente primordial de apoyo. Como señala Pérez-Ortiz (2006), la relación conyugal parece satisfacer otras funciones como, por ejemplo, proporcionar

ayuda instrumental para la realización de las Actividades Básicas de la Vida Diaria en caso de dependencia o compartir actividades que producen autorrealización en ambos cónyuges.

Siguiendo el estudio de Meléndez (1998a), se observa que las personas solteras mantienen unos niveles más elevados de relaciones familiares, lo que quizás se explique a que carecen del apoyo conyugal del que sí disponen las personas casadas.

Con respecto a las personas mayores casadas, las investigaciones indican que presentan un mejor estado de salud y perciben menos soledad que las personas solteras o viudas (Triadó, 2001). Sin embargo, la jubilación puede suponer un evento que origine ciertas desavenencias conyugales, las cuales afectan al bienestar psicológico de la pareja.

- Distancia geográfica: Las relaciones familiares estarán condicionadas en frecuencia y calidad por la distancia geográfica existente entre las personas mayores y sus seres queridos.

La proximidad permite establecer rutinas en los contactos, contribuyendo así a que sean más espontáneas y ricas (Pérez-Ortiz, 2006). Ahora bien, el hecho de que la red familiar sea numerosa o el mero contacto no garantizan que las relaciones sean de apoyo, afecto y proximidad. Es cierto que esta investigación también demuestra que tener familia pero relacionarse con ella escasamente, supone una reducción del sentimiento de felicidad o utilidad en las personas mayores, elevando las posibilidades de que experimenten sentimientos de depresión, tristeza o soledad.

Por otra parte, una distancia geográfica importante entre el mayor y su entorno familiar puede afectar negativamente a la calidad del contacto interpersonal si no se supera esta barrera. La investigación de López (2005) demuestra que, aunque las personas mayores que viven lejos de su familia desearían mantener un contacto directo y más frecuente con sus familiares, asumen que no es posible y tratan de paliar las consecuencias negativas de la distancia básicamente a través del teléfono. Además, siguiendo con el

mismo estudio, la parte positiva de la distancia es la ausencia de desavenencias y conflictos, lo que da lugar a que las personas mayores, aun existiendo cierta distancia, valoren sus relaciones familiares como gratificantes y satisfactorias.

Bien es cierto que, por un lado, la tendencia de la población española ha sido y es la de vivir próxima a sus familiares y, por otro, que la proximidad geográfica y la frecuencia de las relaciones con la familia no garantizan relaciones satisfactorias.

Equivocadamente, se piensa que las personas mayores son únicamente receptoras pasivas de los bienes y servicios proporcionados por los familiares activos laboralmente. Todo lo contrario: en la mayoría de los casos existe un intercambio de ayuda mutua, en el que las familias comparten (Pérez-Ortiz, 2006):

- Recursos materiales.
- Recursos *afectivos*: amor, sentimientos y afectos personales.
- Recursos *expresivos*: comprensión, escucha, atención.
- Recursos de *apoyo* mutuo: protección y acompañamiento.

La familia se constituye como un sistema de relaciones interdependientes, afectivas y que tienen un doble sentido: del mayor hacia el resto de los familiares y viceversa. Esta bidireccionalidad es lo que se denomina como *solidaridad intergeneracional*, puesto que los hijos adultos, a la vez que proporcionan apoyo material y emocional a sus padres, reciben de éstos ayuda y afecto (Bazo, 2002).

Pérez-Ortiz (2006) señala que en la actualidad hay más mayores a los que cuidar, pero también personas mayores que ejercen de cuidadores. En efecto, el rol del abuelo al cuidado de sus nietos ha ido adquiriendo cada día mayor importancia en las familias de los países desarrollados. No es necesario que convivan para que la persona mayor desarrolle este rol. Es más, según indica la investigación llevada a cabo por López (2005), las personas mayores que viven solas proporcionan una alta

dedicación a sus familias, sobre todo cuando hay nietos pequeños.

Sin embargo, el papel de la persona mayor no se reduce al cuidado de los nietos, sino que son una pieza clave para mantener la unidad familiar mediante la mediación en los conflictos existentes entre la segunda y la tercera generación. Además, este cometido les posibilita transmitir su percepción de la vida (Pérez-Ortiz, 2006), les genera satisfacción (Millward, 1998; Triadó, 2001) y, en el caso de las mujeres, evitan sentimientos de soledad por sentirse útiles, felices e ilusionadas. Aunque los hombres suelen tener un papel secundario como cuidadores de nietos, bien es cierto que el contacto con los nietos reduce el sentimiento de soledad de los abuelos (Pérez-Ortiz, 2006).

En general, cualquier ayuda prestada a los familiares constituye una fuente de gran satisfacción para las personas mayores y, en el caso del apoyo proporcionado a los hijos, refuerza el sentimiento de pertenencia al grupo familiar López (2005). Son mayores los beneficios si las personas mayores viven solas, puesto que, además de ocupar buena parte de su tiempo libre, les permite mantenerse activos, distraídos, útiles y satisfechos con sus propias vidas. Por lo tanto, se estima que el ejercicio de la solidaridad familiar representa un elemento clave del envejecimiento activo.

Del mismo modo que se señalan los efectos positivos, también existen consecuencias negativas, ya que la solidaridad familiar prestada por las personas mayores puede ser el origen de conflictos, bien por su insuficiencia o bien por su abuso. En caso de que el motivo sea el abuso, se explica el conflicto si el sacrificio que realizan los gerontes no es reconocido ni tenido en cuenta, ya que existe el riesgo de que lleguen a sentirse poco valorados y, en situaciones límites, explotados por sus familiares (Silverstein, *et al.*, 1996). Sin embargo, considerando lo positivo y lo negativo de la solidaridad familiar, se considera que son más los beneficios que produce este rol, y más teniendo en cuenta que las personas mayores suelen valorar que su aportación al bienestar familiar implica un aliciente

en sus vidas y que el tiempo dedicado merece la pena (López, 2005).

Por otra parte, en los últimos años, ha aumentado el interés tanto por las teorías como en el desarrollo de políticas que promocionan la participación social (envejecimiento activo) de las personas mayores (IMSERSO, 2008), en base a la confirmación de los importantes beneficios que dicha participación provoca en el bienestar y en la calidad de vida de los mayores.

Desde esta óptica del envejecimiento activo, un objetivo esencial es favorecer la construcción de procesos de inclusión social que permitan a las personas mayores tener un espacio propio en la sociedad y, así, contribuir de forma activa y útil a su desarrollo y construcción. Además, estos procesos de inclusión permitirán la consecución de metas, el logro de la satisfacción vital así como una mayor calidad de vida (Amorós, Bartolomé, Sabariego y De Santos, 2006).

Bien es cierto que, en la actualidad, las personas mayores mantienen una *participación social parcial* debido a varios factores, entre los que destacan los siguientes:

- Dificultades de adscripción organizativa por su escasa cultura asociativa y participativa.
- Existencia de un modelo de ocupación del tiempo libre principalmente de carácter lúdico.
- Mantenimiento del rol asignado socialmente a las personas mayores y que conlleva a una clara desvinculación social.

Por otro lado, las causas de esta falta de participación por parte de los mayores son variadas, predominando el escaso nivel formativo, la ya citada ausencia de cultura asociativa y el recelo a asociarse como resultado de su historia social.

Conviene no olvidar que el grado de participación e integración comunitaria de

la persona mayor depende, en gran medida, del estilo de vida desarrollado en las etapas anteriores del ciclo vital.

En cuanto a la **participación de las personas mayores**, podemos caracterizarla de la siguiente manera:

- Interés por el aprendizaje: Son muchas las personas mayores que se interesan en este sentido, siendo mayor el interés entre las que tienen menos cargas laborales y familiares. La mayoría opta por el aprendizaje informal (lectura de periódicos, revistas y libros; escuchar la radio, ver programas culturales en la televisión, etc.) y otros se matriculan en programas educativos formales.

Esta participación educativa es productiva cuando permite en el geronte el desarrollo de la habilidad para contribuir a la sociedad. Sin embargo, puede que el motivo principal sea simplemente procurar un enriquecimiento personal derivado del placer de aprender (aprendizaje expresivo), lo cual no debería considerarse como una forma de actividad productiva.

- Incremento del voluntariado y de las relaciones entre grupos sociales pertenecientes al asociacionismo de los mayores: En los últimos años, queda patente el aumento de las actividades de voluntariado y de las relaciones con otros grupos sociales dentro del propio asociacionismo de los mayores (De Zayas, 1994). En este sentido, señalar que:
 - Aumenta la presencia de personas mayores voluntarias que participan en el cuidado de mayores dependientes (Baura, Rubio, Rodríguez, Sáez y Muñoz, 1995) gracias a una mayor existencia de personas y organizaciones voluntarias que se involucran en el apoyo informal. A este fenómeno se le denomina *asociacionismo solidario* y se está constituyendo como un posible recurso complementario en la protección de la dependencia. Es más, este fenómeno se caracteriza por reivindicar derechos sociales, producir servicios asistenciales, generar voluntariado

permanente de calidad y promover la cultura y el ocio.

- Se eleva el número de personas mayores que se incorporan al desarrollo de iniciativas de voluntariado que se caracterizan por su utilidad social (De Zayas, 1995). Es el llamado *voluntario significativo* y, dentro de las actividades de voluntariado, es a la que las personas mayores le dan un mayor valor productivo.
- Dicho incremento se explica en base a la importante satisfacción que los gerontes experimentan cuando hacen algo por los demás. Es más, se sienten útiles y estas acciones provocan un efecto benefactor sobre la persona mayor solidaria.
- Estilos de vida más activos y participativos: Bazo (1996) afirma que las generaciones actuales de mayores tienen estilos de vida más activos y socialmente participativos que las generaciones anteriores. Los resultados de su investigación parecen indicar que las personas mayores presentan un creciente interés por implicarse en diferentes actividades de participación social que les posibiliten crecer personalmente y autorrealizarse. Los mayores estudiados señalaron que hacer algo por los demás y adquirir conocimientos y habilidades son las vías idóneas para enriquecerse personalmente.

Un gran número de investigaciones han evidenciado los importantes beneficios que la participación social produce en el bienestar psicológico de las personas mayores.

Marín y García (2004) señalan que la participación social y el sentido de utilidad son ejes fundamentales de la satisfacción vital de las personas mayores. Su investigación deja patente la correlación inversa existente entre bienestar físico y psicológico y participación social. Es decir que, cuando una persona se siente mal física o psicológicamente, repercutirá directamente sobre su estado de ánimo, lo

que le impedirá la realización de actividades que le pudieran resultar de interés. Por otra parte, el malestar físico y/o psicológico está relacionado directamente con la tendencia de quedarse en su domicilio en lugar de salir y hacer tareas nuevas, lo que supone un impedimento para el crecimiento personal que deriva en una menor calidad de vida en la persona mayor.

Harlow y Cantor (1996) observaron que las personas mayores que tenían una mayor participación social estaban más satisfechas, percibían un alto control sobre su salud, se veían más vitales y creaban elevadas expectativas con respecto a su etapa vital.

Jang, Mortimer, Haley y Borenstein (2004) analizaron el grado de participación social y de satisfacción vital que presentaban personas mayores con alguna discapacidad y/o enfermedad. Los resultados de su estudio constataron que las personas que padecían enfermedades o discapacidades presentaban niveles más bajos de participación social y de satisfacción vital que aquéllas que únicamente padecían una enfermedad. En cambio, si aún padeciendo enfermedades o discapacidades, los gerontes participaban socialmente, presentaban unos niveles de satisfacción vital más elevados que aquéllas que únicamente padecían enfermedades. En conclusión, es evidente la importancia de la participación social en el bienestar de las personas mayores, padezcan o no enfermedades.

Otras investigaciones concluyen que la participación social activa de las personas mayores actúa como factor de protección contra la depresión (Glass, Mendes de Leon, Bassuk y Berkman, 2006) y contra el riesgo de mortalidad (Glass, Mendes de Leon, Marottoli y Berkman, 1999; Klumb y Maier, 2007). Esta afirmación tiene su explicación en que la participación social:

- Favorece la estimulación cognitiva de las personas mayores
- Eleva su percepción de control.
- Propicia el incremento de relaciones sociales y emocionales íntimas.

- Fomenta el establecimiento de nuevas metas personales que contribuyen al crecimiento y desarrollo personal.

A continuación, se analizará el ocio en las personas mayores. En primer lugar, es importante señalar que el ocio es una de las formas que tiene la persona mayor para llevar a cabo una participación comunitaria activa, aunque no es la única. En segundo lugar, dos son las características que podrían definir el ocio en la tercera edad (Sáez, Aleixandre y Meléndez, 1994):

1. La libertad a la hora de escoger las actividades de ocio que contrasta con la obligatoriedad de la actividad laboral. Esta característica explica que, de las actividades que se desarrollan cotidianamente, el ocio sea una de las más importantes.
2. La motivación y el grado de satisfacción que produce en la persona la realización de la actividad de ocio, ya que es un tiempo dedicado a la satisfacción de necesidades autocreadas o autoestablecidas.

Por lo tanto, queda patente la recíproca interrelación entre ocio y desarrollo personal durante la vejez, dado que las actividades de ocio proporcionan una experiencia que genera crecimiento personal y son el resultado de procesos de desarrollo individual (Martínez y Amayra, 2006).

Existen múltiples clasificaciones en relación a las actividades de ocio. Sin embargo y en relación a las personas mayores, una de las clasificaciones más actuales es la realizada por Bammel y Burrus-Bammel (1996), de acuerdo con el IMSERSO (2008). Teniendo en cuenta criterios de actividad física y de socialización, estos autores postulan que las actividades de ocio se clasificarían tomando como referencia las dimensiones activo-social, activo-aislado, sedentario-social y sedentario-aislado. El patrón activo-social constituiría la mayor garantía del envejecimiento satisfactorio, puesto que tiene efectos físicos y psicológicos.

Del mismo modo, Limón (1993) señala que el ocio constituye un pilar esencial para el bienestar y la calidad de vida. Además, en cuanto a los gerontes, desempeña una doble función de prevención y rehabilitación, puesto que, según esta autora, tiene los siguientes beneficios:

- Mantiene entretenidas ciertas capacidades cognitivas y físicas.
- Minimiza el impacto ocasionado por ciertos deterioros psicológicos y físicos.
- Contribuye a que la persona mayor desarrolle al máximo todas sus potencialidades.
- Favorece a que el mayor encuentre el propósito de su propia existencia.

Es más, esta autora clasifica los beneficios que observa siguiendo una clasificación elaborada por otros autores y que alude a seis posibles tipos que las actividades de ocio pueden producir sobre las personas:

- Psicológicos: Generan sentimientos de libertad, diversión, pertenencia y cambio.
- Educativos: Permiten el progreso intelectual y adquisición de nuevos conocimientos.
- Sociales: Favorecen las relaciones sociales y gratificantes con otras personas.
- Relax: Reducen el cansancio y el estrés.
- Fisiológicos: Mejoran la forma física, la salud, el control del peso y el bienestar general.
- Estéticos: Permiten el acceso a entornos placenteros.

A posteriori de la línea abierta por esta autora, son muchos los estudios que han puesto de manifiesto los beneficios producidos por las actividades de ocio sobre el humor, la felicidad, la salud mental, la salud física y el autoconcepto (San Martín, 1997), así como sobre el bienestar (Diener *et al.*, 1999). Silverstein y Parker (2002), concluyen que la implicación de los gerontes en actividades de ocio

significativas para ellos supone un pilar fundamental para un envejecimiento exitoso, en vista de que actúa como una estrategia adaptativa de compensación frente a las posibles pérdidas físicas y sociales sufridas durante última etapa del ciclo vital.

Es más, otros autores (Martínez y Amayra, 2006; Nilsson, Löfgren, Fisher y Bernspang, 2006) indican las propiedades terapéuticas del ocio en la tercera edad, al sugerir que puede funcionar como recurso frente a situaciones estresantes, actuando como factor de protección frente a la depresión, a la aparición de una demencia o bien disminuyendo el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares e, incluso, reduciendo el riesgo de mortalidad.

Sin embargo, la satisfacción experimentada por las personas mayores tras desarrollar actividades de ocio no perdura en el tiempo. En este sentido, los resultados de la investigación llevada a cabo por Del Llano *et al.* (2004) confirman que, en un principio, se produce un importante incremento de la satisfacción en los mayores ante la perspectiva de disponer de tiempo de ocio, pero que dicha satisfacción disminuye a partir del tercer año de la jubilación.

2.2.6. CALIDAD DE VIDA Y CUIDADORES PROFESIONALES Y NO PROFESIONALES

Cuando se habla de calidad de vida en Gerontología, ha de tenerse en cuenta tanto a la persona mayor como al cuidador profesional y no profesional. Este último generalmente es un familiar o allegado.

Si bien es cierto que en algún momento de la vida de una persona, necesitará ayuda, cuidados y/o apoyos y que proporcionarlos son fuente de enriquecimiento y orgullo, ambas situaciones pueden ser negativas y difíciles de manejar, ya que hay personas a las que no les gusta ser cuidadas y/o no aceptan su dependencia y/o discapacidad y hay otras que llevan mal ser cuidador y/o responsable de otra

persona. A continuación, se indicarán diversos puntos en relación a la persona que desarrolla el rol de cuidador no profesional.

El perfil de la persona que se encarga de los cuidados de una persona mayor con dependencia y/o con discapacidad suele ser un familiar, siendo más frecuente que se encargue una mujer. El hecho de que el apoyo social principal de una persona mayor sea la familia es bueno, ya que forma parte de su socialización, le da confianza, significado, afecto, comprensión, contribuye a su sentimiento de identidad y pertenencia y supone mantener costumbres, amistades y lazos existentes a lo largo de su vida. Además, el ser cuidado por un familiar es más beneficioso a nivel psicológico que si se encarga un desconocido o que si tiene que ingresar en un centro de atención residencial.

Ser cuidador no profesional significa invertir tiempo en actividades que son agotadoras y a veces poco reconocidas. Ser cuidador no profesional de una persona mayor tiene una fecha de comienzo, pero no se sabe una fecha de finalización ni cómo va a ser de fácil, difícil, duro o sencillo tan ardua tarea. Ser cuidador no profesional significa planificar la vida entorno a la persona mayor, dejando a un lado intereses sociales, lúdicos, familiares, amistosos, etc., o al menos reduciendo, en gran medida, el tiempo para otras cosas.

Se puede decir que el amor por el prójimo es el olvido de uno mismo o, como decía Henri-Frédéric Amiel *“el amor es el olvido del yo”*. Esta es la situación que hay que evitar. Es decir, es importante facilitar al cuidador tiempo para sí mismo y para que se cuide, ya que para cuidar hay que cuidarse y de nada vale tener un cuidador que no se encuentre al 100%, ya que baja la calidad de los cuidados que proporciona a la persona mayor y comienza el riesgo a que padezca el síndrome del burnout o síndrome del cuidador quemado.

Este punto es importante por dos motivos diferentes. El primero es que si el cuidador es capaz de asumir y mantener adecuadamente su papel, se retrasa o

elimina la posibilidad de que la persona mayor tenga que abandonar su domicilio y entorno para ingresar en un centro de atención residencial. El segundo motivo es que, sabiendo de la transcendencia que es cuidar al cuidador, hay que promocionar y dar a conocer los recursos sociosanitarios existentes que pueden colaborar y apoyar en este objetivo, siendo uno de los más idóneos el recurso de centro de día.

Es necesario que los profesionales que trabajen en contacto tanto con personas mayores, con discapacidad y/o con dependencia como con sus cuidadores, deberán saber leer entre líneas y ser capaces de cumplir con los siguientes objetivos y metas para dar la atención adecuada al cuidador no profesional:

- Informar, orientar, asesorar en recursos sociosanitarios.
- Proporcionar formación y asesoramiento en todo lo que rodea a lo que supone cuidar a una persona mayor, con discapacidad y/o con dependencia con el objetivo de mantener y mejorar la calidad de los cuidados. Por ejemplo, formar en habilidades sociales, de cuidado, de autocuidado, etc.
- Dar apoyo psicosocial que conlleve a que el cuidador se valore más y observe que su labor está siendo reconocida y valorada.
- Minimizar, en la medida de lo posible, la carga y el estrés del cuidador con el propósito de cuidar la salud del cuidador no profesional y su calidad de vida.

Indicar que este tema preocupa a diferentes disciplinas y ya existen investigaciones que, al parecer, concluyen que, a pesar del malestar psicológico y de la sobrecarga, los cuidadores no profesionales estudiados muestran una calidad de vida y salud que les permite encargarse de forma adecuada de la persona mayor, con dependencia y/o discapacidad (Reig, 2000).

Con respecto al cuidador profesional se observan paralelismos en relación al anterior, ya que, aunque es gratificante, también existe riesgo de sobrecarga y estrés que, en este caso, es denominado síndrome de estrés laboral asistencial. Por lo tanto, también es necesario tomar medidas de cuidado y prevención, puesto

que, de no ser así, podría derivar en: un aumento del número de bajas por enfermedad; consumo de psicofármacos; situaciones de absentismo laboral; bajada del rendimiento, eficacia e interés laboral; conflictos laborales, déficits en la comunicación entre los profesionales que forman parte del equipo, entre otras situaciones problemáticas.

Es necesario no perder de vista que el cuidador profesional asume un trabajo exigente; que tiene un componente físico y psicológico; que, en algunos casos, trata tanto a la persona mayor, con dependencia y/o con discapacidad como a su cuidador no profesional; que puede derivar en diferentes situaciones que afectan a su salud y, por lo tanto, de no cuidarlo pasa a ser un problema no sólo para la organización que lo contrata, sino para el Sistema de Salud Pública, al cual le supondrá un gasto que podría evitarse con prevención de la salud laboral.

2.2.7. INVESTIGACIONES Y MODELOS TEÓRICOS DE CALIDAD DE VIDA

Existen diferentes modelos explicativos de la calidad de vida. A continuación, presentaremos sucintamente los más relevantes para nuestro estudio (Yanguas 2006).

Modelo Ecológico de Lawton: Plantea que el concepto de calidad de vida tiene principalmente un componente subjetivo y una base multidimensional. Indica este autor que en su definición se debe de incluir cómo influye el tiempo en la persona, como se comporta ésta y cómo le afecta el ambiente. Indica Lawton que la calidad de vida se evalúa teniendo en cuenta cuatro áreas que estarían relacionadas con las categorías anteriormente señaladas: competencia comportamental, calidad de vida percibida, ambiente objetivo y satisfacción/bienestar global.

Modelos Comportamentales: Consideran que la calidad de vida influirá el

comportamiento de la persona a la hora de enfrentarse a la vida. Por tanto, se estudia qué hace la persona y lo que experimenta en sus acciones.

Reig (2000) afirma que *la calidad de vida es hacer las cosas que tenemos, queremos o podemos hacer*. Explica que si se hace lo que se quiere y puede, la persona se sentirá más satisfecha, por lo que la calidad de vida será valorada positivamente. Añade que *la salud, las creencias positivas o las existenciales, los recursos materiales, las habilidades sociales o el apoyo social, van a ser importantes aunque no determinantes para una vida de calidad*.

Modelos de Bienestar: Analizan la calidad de vida desde un punto de vista sociológico, ya que indican que la persona percibe un nivel de calidad de vida en función de si sus condiciones reales de vida satisfacen necesidades, carencias y deseos. Sin embargo, los autores que apoyan este modelo no definen ni las necesidades, ni las carencias ni los deseos, pero sí señalan que el término calidad de vida incluye características personales, condiciones de vida y satisfacción de las condiciones de vida.

Diversos autores respaldan estos modelos, destacando la aportación de Becker y colaboradores que, en 1993, realizaron la siguiente reflexión en relación al modo de analizar y evaluar la calidad de vida: *“Los sistemas de puntuación de calidad de vida existentes no son adecuados a la diversidad cultural o no reflejan el hecho de que varios aspectos de la vida no tienen la misma importancia para todos, porque dando igual peso a los diferentes aspectos de la vida se asume implícitamente que todos ellos tienen el mismo valor”*.

Modelo de Desempeño de Rol: De nuevo se habla de las condiciones, en este caso, condiciones sociales y ambientales que influyen de forma directa en la percepción de la felicidad y la satisfacción por parte del individuo. Es más, el ambiente sería el vehículo que ofrece las oportunidades para satisfacer las necesidades básicas de la persona. Esas oportunidades pueden ser materiales y

sociales. El individuo debe de reunir unas capacidades (cognitivas, afectivas, conductuales y perceptivas) para desarrollar un rol que le permita satisfacer sus necesidades.

Con este modelo teórico, Bigelow y colaboradores contribuyeron a que se entendiese mejor el vínculo existente entre el bienestar subjetivo y las condiciones ambientales. Eso sí, se olvidan de tratar los posibles cambios a lo largo del tiempo, los factores que la pueden afectar y se centran en la valoración subjetiva de la calidad de vida.

Modelo de Proceso Dinámico de la calidad de vida: Este modelo teoriza en torno a la idea de que la calidad de vida subjetiva es el resultado de un proceso de continua adaptación, en el que la persona trata de conciliar sus expectativas y metas alcanzadas con las condiciones del entorno y su capacidad de satisfacer demandas sociales. La satisfacción es lo que estimula a continuar con el propio proceso de adaptación. El mayor hándicap de esta teoría es que, dado que las necesidades que experimentan las personas varían en el tiempo y que pueden estar influenciadas por el ambiente y la sociedad donde vive la persona, el principio de libertad personal puede verse recortado, mermado y/o influenciado por dichas condiciones ambientales, sociales y personales.

Modelo de la Homeostasis de la calidad de vida: Cummins indica que la calidad de vida subjetiva va a estar influenciada o determinada por los siguientes factores, que clasifica en tres órdenes:

- Primer orden es la dotación genética de la personalidad del individuo. Explica cómo las dos dimensiones básicas de la personalidad (extraversión y neuroticismo) mantienen la base de un rango serial natural para el nivel de calidad de vida subjetiva experimentado por cada individuo. Dicho de otra forma, la extraversión y el neuroticismo se relacionan directamente con el bienestar psicológico subjetivo de la persona de un modo inconsciente.

- Segundo orden son los amortiguadores internos. A diferencia del anterior, son procesos conscientes compuestos por el control percibido, la autoestima y el optimismo que influyen en la percepción de la calidad de vida subjetiva.
- Tercer orden es el medio ambiente. Lo que se aprende o percibe del medio ambiente puede influir en los procesos conscientes antes descritos.

Dicho de otro modo, la percepción de la calidad de vida se verá influenciada por las circunstancias medioambientales y las expectativas de futuro que hay en torno a las mismas, sin olvidar que jugarán un papel importante en dicha valoración la autoestima, el optimismo y el control que tenga la persona, ya que, según el rasgo predominante de la personalidad, tendrá unos niveles de satisfacción diferentes y una tolerancia mayor o menor ante decepciones, fracasos o insatisfacción de expectativas.

Modelos de calidad de vida aplicados a personas mayores: Se trata de adaptar los anteriores al grupo de edad, teniendo en cuenta el proceso de envejecimiento. Es decir, que son pocos los modelos teóricos de calidad de vida que se centran en teorizar en torno a las personas mayores. En esta línea, podemos resaltar las aportaciones más relevantes:

- En 1990 Margaret y Paul Baltes se centran en un modelo psicológico de competencia, indicando que los mecanismos de selección, optimización y compensación posibilitan que la persona tenga una vida con calidad y efectiva, pero limitada.
- Baltes, Brandstadter, Ventura y Greve indican que las personas mayores continúan percibiendo de forma positiva su desarrollo personal y manteniendo la autoestima y la sensación de control.
- Otros autores hacen referencia a que la felicidad percibida influye directamente en la persona mayor, afectando positiva o negativamente a su estado de salud y a su longevidad. La persona feliz vive más y con mejor estado de salud, todo lo contrario que la persona infeliz. Aseguran que el

estado de salud permitirá valorar el grado de felicidad o de bienestar psicológico de la persona.

En los últimos años ha crecido el interés por estudiar la calidad de vida en las personas mayores con un doble objetivo: por un lado, averiguar cuáles son los aspectos de mayor predilección para este grupo poblacional y, por otro, planificar e instaurar políticas sociales adecuadas para satisfacer las necesidades de los mayores a través de los recursos sociosanitarios existentes. A continuación, se destacarán algunas de las investigaciones llevadas a cabo en las últimas décadas, ordenándolas cronológicamente y cuyo contenido ha sido extraído, analizado e interpretado de: Yanguas (2006), Rojo-Pérez *et. al.* (2009), *INFAD Revista de Psicología* (2007), VV.AA. (Chile, 2011), Ricoy y Pino (2008).

- 1993-1997: Ribera, Ferrer y Cruz, tras realizar sus investigaciones, observan que la capacidad funcional o la necesidad de ayuda en las personas mayores que no viven en residencias se presentan en unos niveles positivos.
- 1996: Stewart, Sherbourne y Williams indican que cuando se analiza la calidad de vida entre las personas mayores hay que tener en cuenta los siguientes rasgos específicos de este colectivo: (a) no se trata de un grupo homogéneo, por lo que existen diferencias individuales que afectan a todas las dimensiones (física, mental, psicológica y socioeconómica) que orientan hacia a toma de decisiones individuales; (b) puesto que, a lo largo de la vida hay cambios de rol y de situaciones vitales, la definición de los factores que influyen en la calidad de vida va a ser diferente a la de otros grupos de edad; (c) Dado que son numerosos los casos de personas mayores que continúan sanas y con una buena capacidad funcional, es necesario definir y establecer nuevos puntos que indiquen el mantenimiento de una calidad de vida satisfactoria; (d) Entre las personas mayores son más complejos los problemas de salud a tener en cuenta en la valoración de la calidad de vida; (e) ya que las personas mayores no desarrollan una actividad laboral, en la

evaluación de la calidad de vida habrá que determinar un rol funcional o una capacidad funcional que no esté ligada al desempeño de un empleo y sustituirlo con llevar a cabo otro tipo de actividades como de ocio, deporte, voluntariado, etc. f) En la valoración de la calidad de vida de las personas mayores hay que incluir, además del estado físico, la capacidad de autocuidado y automantenimiento, para la que es necesaria conservar la capacidad mental, puesto que incluye actividades complejas; (g) Es necesario añadir aspectos positivos que aportan las personas mayores para incrementar la calidad de vida de las personas que forman parte de su entorno y que repercuten en la suya propia como, por ejemplo, actividades y tareas que elevan el bienestar familiar y social (cuidado de nietos y otros familiares, cuidado y limpieza del hogar, etc.); (h) Otro ítem a incluir en la valoración de la calidad de vida de las personas mayores es cómo repercute la ausencia o pérdida de la pareja en aspectos como la actividad sexual o las relaciones familiares; (i) Al analizar la calidad de vida de los gerontes se debe tener en cuenta que graves problemas o trastornos actuales suelen tener su origen en problemas de menor importancia que existieron cuando eran más jóvenes. Es decir, que a lo largo de la vida se pueden ir acumulando problemas y acontecimientos que repercuten y amenazan la calidad de vida al llegar a la vejez; (j) Cuando se estudia la calidad de vida de personas mayores que vivan en centros de atención residencial, se debe elevar la importancia de factores relacionados con la autonomía, control, seguridad, etc. y no tener en cuenta items relacionados con la realización de ciertas actividades (tareas domésticas, compras, desplazamientos, etc.).

- 1997: Espejo *et al.* se centraron en estudiar y evaluar el grado de competencia del funcionamiento físico en una muestra de personas de 60 años que vivían en Córdoba sin estar institucionalizados. Analizaron la relación existente entre la salud física de la persona mayor y su capacidad funcional para llevar a cabo actividades de la vida diaria.

- 1997: Fernández-Ballesteros lleva a cabo una investigación entre personas mayores que viven en sus hogares, en residencias públicas y en residencias privadas, indagando cómo la edad, el género y el contexto o entorno que rodea la persona influyen en su calidad de vida. Esta autora aporta las siguientes reflexiones y conclusiones: (a) Antes de establecer una conclusión sobre calidad de vida, ha de tenerse en cuenta su multidimensionalidad y el contexto que se analiza; (b) Los resultados sobre la calidad de vida son significativamente diferentes entre las personas mayores que viven en su domicilio y las que viven en centros de atención residencial; (c) Los resultados serían prácticamente los mismos, si no se analizase la satisfacción personal con respecto a las relaciones interpersonales; (d) Establece el siguiente perfil de persona mayor con mayor calidad de vida: Hombre, de edad avanzada (frente a los más jóvenes) y de posición social media, media-alta o alta.
- 1998-1999: Lizán y Reig llevan a cabo un estudio entre 475 personas mayores que acuden a Centros de Salud de Atención Primaria aquejados de problemas de salud. Concluyen que no existe homogeneidad a la hora de señalar y percibir la pérdida de calidad de vida con la edad. Es más, indican que las personas que viven en sus domicilios, sin estar ingresados en centros de atención residencial, tienen un estado físico bueno.
- 1999: Richart *et al.* investigaron en torno a la estabilidad y el cambio de un Índice de Calidad de Vida Ligado a la Salud en un grupo de personas mayores con y sin problemas de salud a lo largo de tres años. Tras finalizar el estudio, llegan a las siguientes tres conclusiones: (a) La satisfacción con la vida, la salud percibida y la calidad de vida relacionada con la salud son términos relacionados que comparten su varianza, pero que no son iguales entre sí; (b) Los cambios médicos, funcionales y bioquímicos no influyen en la calidad de vida de las personas mayores; (c) Descartan que el envejecimiento signifique necesariamente pérdidas o deterioro gradual, incidiendo que es

más lo que se mantiene que lo que cambia con el paso del tiempo.

- 2002: Rojo *et al.* establecen que la calidad de vida en general, y sin referirse en concreto a las personas mayores, además de ser multidimensional, es el resultado de la interacción dinámica entre las condiciones externas de la vida y las percepciones que indican las personas que las viven.
- 2003: Peterson *et al.* indicaron que las investigaciones en el ámbito del bienestar subjetivo y en relación con la calidad de vida, han demostrado que las personas más felices señalan que su felicidad se debe a una vida placentera, comprometida y con significado.
- 2005: Fernández-Mayoralas y Rojo indican, tras su investigación, que las corrientes clásicas han evaluado la calidad de vida centrándose sólo en una o en escasas dimensiones que la componen, fundamentalmente en la salud. No señalan ni concretan nada en relación a las personas mayores, si no que la analizan de forma general.
- 2007: Fernández-Mayoralas *et al.*, basándose en los estudios de O'boyle *et al.* (1993) y de Joyce *et al.* (2003), señalan que la salud, en primer lugar, y la red familiar, en segundo lugar, son las dos dimensiones de la calidad de vida mejor valoradas por parte de las personas mayores. Es más, la valoran tanto positivamente (incrementan la calidad de vida: la buena salud, la existencia de red de relaciones familiares y el apoyo familiar) como negativamente (disminuye la calidad de vida: la mala salud y el desamparo y abandono familiar). Otras tres dimensiones señaladas, destacadas y evaluadas por las personas mayores son también la situación económica, la red social, las actividades de ocio y el tiempo libre.
- 2007: Varios autores (Mayoral, Bueno, Buz y Navarro, 2007) partiendo de la base de estudios de Vega, J.L., analizándolos y comparándolos con otras investigaciones, llegan a las siguientes reflexiones y conclusiones: (a) Algunos

estudios (por ejemplo, Brandstädter y Wentura, 1994) desvelan que la existencia de una alta perspectiva temporal hacia el futuro puede ser una herramienta de protección del bienestar subjetivo y de la salud mental de la persona mayor. Los gerontes reflexionan en cuanto a su presente, pasado y futuro y la frecuencia y la positividad o negatividad con que lo hagan repercuten en su bienestar y satisfacción; (b) Existen numerosos estudios transculturales que confirman que algunos aspectos sociales son fundamentales para evaluar la calidad de vida de la persona mayor, como son las relaciones interpersonales y el apoyo social. Afirman que quizá por ello la soledad es uno de los principales temores para las personas mayores, especialmente a partir de los 75 años (Arias, Buz, Navarro, Bueno y Vega, 2003; Beyene, Becker y Mayen, 2002).

- 2008: Ricoy-Lorenzo y Pino-Juste realizan una investigación en Galicia en torno a personas mayores que utilizan recursos sociosanitarios, para conocer su percepción de la calidad de vida y el uso de dichos recursos con la finalidad de diseñar e implantar un Programa de Educación para la Salud. Se estudiaron a 407 personas que vivían en sus hogares y que acudían a consultas a Centros de Salud de Atención Primaria del Sur de Galicia. Concluyen que el perfil de persona mayor que percibe una calidad de vida más favorable en la zona sur de Galicia es el siguiente: persona mayor joven, hombre, casado, con buen nivel socioeconómico, que tiene estudios y buen estado de salud o inexistencia de enfermedades graves. Señalan que, en general, la mayoría de las personas encuestadas tienen una visión positiva de su calidad de vida, empleando los recursos sociosanitarios con diferente intensidad y continuidad, siendo menor en las zonas rurales. Además, indican que gracias a los resultados obtenidos se puede comenzar a diseñar y desarrollar un Programa de Educación para la Salud.
- 2011: Destaca la investigación llevada a cabo en Chile por la Pontificia Universidad Católica de Chile que se encargó, junto con la Caja Los Andes, de suministrar la *Encuesta Calidad de Vida en la Vejez* entre los años 2007 y 2010, con el objetivo de conocer su entorno, formas de vida, preocupaciones, factores indicativos de bienestar, satisfacción con la vida y sus percepciones en relación

a su situación económica, familiar, social y de salud. En resumen, se trataba de obtener datos sobre las condiciones de vida y una evaluación del bienestar percibido por las personas mayores chilenas. En función de los resultados obtenidos, se elaboró la *Guía Calidad de Vida en la Vejez: Herramientas para vivir más y mejor*, con la finalidad de compartir los conocimientos teóricos en Gerontología y consejos prácticos para que las personas mayores vivan más años con mejor calidad de vida y para que los profesionales continúen interesándose y estudiando en torno a la calidad de vida de los gerontes.

2.2.8. EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA. INTERVENCIÓN

2.2.8.1. EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA

Es en los años sesenta cuando se da una primera aproximación a la evaluación de la calidad de vida, aunque en relación con la salud. Se realizó haciendo uso de novedosos instrumentos genéricos de medida de la calidad de vida con respecto a la salud. Se trataba de cuestionarios que incluían expresiones obtenidas de pacientes, los cubrían los propios enfermos, analizaban un gran número de dimensiones y lograron estudiar parámetros no estudiados con anterioridad. De entre estos cuestionarios hay que destacar el *Sickness Impact Profile* (Bergner, Bobbitt, Carter y Gilson, 1981) y el *Nottingham Health Profile* (Hunt y McEwen, 1980), que posibilitaron conocer la salud percibida por los individuos de una manera estandarizada y multidimensional (Yanguas, 2006).

En la década de los ochenta se desarrollaron cuestionarios más breves que acabaron implantándose en la medicina, tales como el *Dartmouth COOP Charts* (Nelson, Wasson y Kirk, 1987), *The Duke Health Profile* (Parkerson, Broadhead y Tse, 1990), o los derivados del *Medical Outcomes study* (Steward, Hays y Ware, 1988).

Tan sólo diez años después, en la década de los noventa, se evolucionó hacia cuestionarios más específicos (Yanguas, 2006), incluso personalizados o centrados en dimensiones específicas o características de una determinada enfermedad o población

(por ejemplo, la migraña en personas mayores. Badía, 1995).

A pesar de este cuestionario específico, bien es cierto que hay que admitir que son escasas las aplicaciones de instrumentos de medida de la calidad de vida, vinculada o no a la salud, o la creación de los mismos de forma específica para personas mayores. Sin embargo, sí existen o sí se pueden emplear otros genéricos en investigaciones gerontológicas, tal y como se indica en la siguiente tabla¹³ que, además, recoge anotaciones de su calidad o adaptación científica y su posible uso o recomendación para una investigación en el campo de las personas mayores:

TABLA Nº1: INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA DE MAYOR INTERÉS EN GERONTOLOGÍA CON EXPRESIÓN DE SU CALIDAD MÉTRICA DE ADAPTACIÓN Y GRADO DE RECOMENDACIÓN EN ESPAÑA

<i>Cuestionarios/Escalas Genéricos</i>	<i>Adaptación</i>	<i>Recomendación</i>
EuroQOL 5-D	Muy buena	Alta
Perfil de las Consecuencias de la Enfermedad	Muy buena	Moderada
Perfil de salud de Nottingham	Muy buena	Alta
Cuestionario de calidad de vida	Buena	Moderada
Cuestionario de la Evaluación Funcional Multidimensional (OARS)	Muy buena	Alta
Perfil de calidad de vida en Enfermos Crónicos (Pcalidad de vidaEC)	Buena	Moderada
Láminas COOP-WONCA	Buena	Alta
Cuestionario de Salud SF-36	Muy buena	Alta
WHOQOL-100 y WHOQOL-BREF	Regular	Moderada
Cuestionario Breve de calidad de vida (CUBRECAVI)	Buena	Alta
<i>Cuestionarios/Escalas específicos de funcionamiento físico</i>	<i>Adaptación</i>	<i>Recomendación</i>
Índice de Katz	Regular	Moderada
Medida de Independencia Funcional	Regular	Moderada
Escala Plutchik de Valoración Geriátrica	Buena	Moderada
Índice de Actividad de Duke	Buena	Alta
<i>Cuestionarios/Escalas específicos a nivel psicológico</i>	<i>Adaptación</i>	<i>Recomendación</i>
Cuestionario de Salud Goldberg GHQ-12	Muy buena	Alta
Índice de Bienestar Psicológico	Buena	Alta
<i>Cuestionarios/Escalas específicas a nivel social</i>	<i>Adaptación</i>	<i>Recomendación</i>
Cuestionario de Apoyo Social Funcional Duke-Unk	Buena	Alta
Entrevista Manheim de Apoyo Social (EMAS)	Buena	Alta

Fuente: Adaptación de la tabla recogida en: REIG FERRER, A., 2000.

¹³ Es elaborada por Reig Ferrer en el año 2000, siguiendo los estudios de Fernández-Ballesteros (1998) y de Badía, Salamero y Alonso (1999). La tabla original se puede consultar en: Reig Ferrer, A. (2000).

Tomando en consideración los datos recogidos en esta tabla, Reig indica que la medición de la calidad de vida en personas mayores responde a las mismas necesidades y demandas que cualquier otro grupo de edad, precisando de iguales requerimientos metodológicos. Indica, además, que tal y como se puede observar en ella, se disponen de diferentes instrumentos de medición de la calidad de vida (cuestionarios y escalas, principalmente) que tienen dispares propósitos u objetivos de medición, concluyendo que (Reig, 2000):

- Existen varios estudios en los que se revisan los instrumentos de evaluación psicológica para aplicar a gerontes.
- Los cuestionarios o escalas breves de evaluación de la calidad de vida que miden la competencia funcional son válidos para aplicar a las personas mayores de edad avanzada.
- Destaca el gran desarrollo de instrumentos de evaluación de la calidad de vida en personas mayores que se ocupan de la capacidad o competencia funcional, dado que es una variable muy importante en la calidad de vida de los mayores. Sin embargo, señala que aunque haya más cuestionarios que se ocupan de esta competencia, ello no significa que sean más rigurosos.
- A pesar de que en otros países existen varias escalas y cuestionarios para aplicar en Gerontología, todavía no están adaptados para aplicarlos en España.

Es ineludible que hay que estudiar, analizar, adaptar y concretar más en la investigación y evaluación de la calidad de vida en personas mayores.

Por ejemplo, se hace necesario pararse en lo relacionado con el lenguaje a emplear en la evaluación, ya que, y siguiendo a Katz y Gurland (1991), el lenguaje a utilizar para describir las necesidades y los obstáculos o retos a los que las personas mayores se enfrentan aportan datos clave de la calidad de vida y muestran la información necesaria para su evaluación.

Estos investigadores resumen en el año 2000 que el lenguaje en relación con los gerontes se centra en aspectos tales como: la subsistencia, la seguridad, la preocupación por la dependencia y por el desarraigo del domicilio, las pérdidas de autoestima, el afecto, el papel en la toma de decisiones y su posición social, los problemas familiares y la manera en que el bienestar de las personas mayores afecta a su entorno, los dilemas materiales y morales implicados en decisiones trascendentes, como el traslado a residencias o el consentimiento en tratamientos de alto riesgo, etc.

En ese mismo año, Gurland y Katz proponen un lenguaje para describir la calidad de vida de las personas mayores y ordenan los términos habitualmente usados en la investigación y trabajo clínico con mayores que hacen referencia a la calidad de vida, agrupándolos en 19 ámbitos: movilidad útil, actividades básicas de la vida diaria, actividades instrumentales de la vida diaria, actividades tecnológicas de la vida diaria, capacidad de navegación, capacidades de orientación, comunicación receptiva, comunicación expresiva, preservación de la salud, síntomas y humor, relaciones sociales e interpersonales, autonomía, capacidad de administración, adaptación al entorno, obtener gratificación, percepción de la salud, imagen futura, bienestar general y coordinación efectiva.

Además, Gurland y Katz (2000) concluyen que el lenguaje de calidad de vida puede reproducir frases que muestren las perspectivas de las distintas partes implicadas en la vida de la persona mayor: familia, cuidadores, terapeutas, administradores, planificadores y políticos (Yanguas, 2006).

Por último, señalar que otro hándicap detectado en la evaluación de la calidad de vida de las personas mayores, es la falta de acuerdo o universalidad de las variables, estándares, indicadores, dimensiones, capacidades y competencias a estudiar y analizar. Por ello, existen múltiples propuestas, entre las que destacaremos las siguientes cuestiones (Rojo-Pérez *et. al.*, 2009 y VV.AA., en Chile, 2011):

- La *Sociedad Española de Geriatria y Gerontología* publica el libro “*Estándares de Calidad en Geriatria*”, tras realizar un Estudio Delphi y con el objetivo de mejorar la atención clínica y médica a las personas mayores y disminuir la amplia variedad asistencial existente.
- El *European Forum on Population Ageing Research* establece unas recomendaciones, entre las que indica que las dimensiones de recursos personales, de recursos sociales y las redes de participación y apoyo son otros componentes importantes en la calidad de vida de las personas mayores.
- Los objetivos científicos globales de investigación son avanzar en el desarrollo del marco conceptual y metodológico de la calidad de vida entre la población mayor, establecer los componentes más relevantes de su calidad de vida y evaluar su peso relativo en un modelo de calidad de vida global.
- Hay que investigar para conocer, por un lado, las dimensiones más importantes para las personas mayores, con la doble finalidad de servir para realizar seguimientos de mayores no institucionalizados en su proceso de envejecimiento, y, por otro, para valorar y ofrecer elementos analíticos para la definición e implementación de políticas sociales orientadas a este grupo de edad.
- El envejecimiento de la población en los países desarrollados y el cambio en la asignación de recursos, hace patente la necesidad de evaluar estas dimensiones y sus componentes asociados en el contexto general de calidad de vida genérica.
- En cuanto a la variable de las emociones como objeto de estudio había sido relegada de la investigación en personas mayores. Sin embargo, recientemente se ha valorado la importancia de investigar en el campo emocional de los mayores, puesto que todos los estados anímicos subjetivos predisponen también a una mejor o peor adaptación a circunstancias objetivas adversas, que se deben enfrentar permanentemente en la vejez y que afectan la calidad de vida de las personas.

2.2.8.2. INTERVENCIÓN EN LA CALIDAD DE VIDA

Para una óptima intervención en la calidad de vida desde la Gerontología, es conveniente tener claros los objetivos y logros a alcanzar (Reig, 2000). Mold (1995) propone una serie de metas y objetivos generales que unifican la intervención en Gerontología con las pretensiones de calidad de vida. Lo agrupa en seis áreas de atención:

1. Potenciar la calidad de vida presente.
2. Aumentar la expectativa de vida ajustada a calidad.
3. Potenciar el crecimiento y desarrollo personal.
4. Mejorar la calidad del proceso de morir.
5. Mantener o aumentar la capacidad de participación en la toma de decisiones.
6. Mejorar la calidad de vida familiar y de los cuidadores tanto profesionales como no profesionales.

Otros autores (Pynoos y Regnier, 1991) van más allá y proponen los objetivos de las intervenciones en calidad de vida gerontológica para ambientes residenciales, señalando los siguientes:

- El diseño de ambientes que promuevan la posibilidad de vivir de forma más independiente.
- La potenciación de la intimidad y de la regulación del contacto social.
- Un incremento de la participación en actividades sociales.
- La reducción de la dependencia.
- El aumento de la orientación.
- La potenciación del control y de la autonomía.

Además, estos escritores señalan que, para una atención de calidad con personas mayores, las intervenciones han de ser concretas para mantener o

conseguir ambientes y espacios caracterizados por los siguientes elementos:

- Privacidad
- Interacción social
- Control y/o autonomía
- Personalización
- Estética y/o apariencia
- Orientación
- Seguridad
- Accesibilidad, funcionamiento y/o funcionalidad
- Estimulación y atención sensorial
- Adaptabilidad
- Familiaridad

En definitiva y siguiendo a Reig, se debe plantear una intervención gerontológica en la calidad de vida de las personas mayores, desde conceptos y objetivos optimistas, alcanzables, longitudinales, humanos e involucrando a varias disciplinas de la Gerontología, sin olvidar que el comportamiento es el principio regulador de la calidad de vida.

CAPÍTULO 3. CENTROS DE DÍA PARA PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES

CAPÍTULO 3. CENTROS DE DÍA PARA PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES

3.1. INTRODUCCIÓN: RECURSOS SOCIO SANITARIOS Y ECONÓMICOS DESTINADOS A PERSONAS MAYORES

Teniendo en cuenta que estamos en una época de cambios sociales ubicados dentro del Estado de Bienestar, es importante conocer y promocionar los recursos existentes dirigidos a personas mayores, a personas con dependencia y a personas con discapacidad. Existen diversas clasificaciones, una de ellas puede ser agrupándolos según sus características y según las necesidades que cubren de las personas y/o sus familias. Serían:

- Recursos socio sanitarios: Son prestaciones, programas, servicios y centros.
- Recursos económicos: Son las prestaciones socioeconómicas (pensiones y prestaciones económicas) las ayudas, las subvenciones y las exenciones.
- Recursos jurídicos: Son las diferentes medidas (Incapacitación Legal y las instituciones de guarda y protección de la persona incapacitada) que dan lugar a la protección jurídica del mayor dependiente

A continuación, nos centraremos en el análisis de los recursos socio sanitarios, puesto que los centros de día para personas mayores dependientes pertenecen a los mismos. Además, se expondrán los recursos existentes en la Comunidad Autónoma de Galicia, ya que no existen los mismos recursos socio sanitarios en todas las Comunidades Autónomas ni reúnen las mismas características.

Los recursos socio sanitarios pueden ser que den tanto cobertura a una necesidad concreta como que supongan una atención residencial e integral de la persona. Teniendo en cuenta que se trata de una amplia amalgama de tipologías y que ya existen múltiples formas de clasificarlos, se ha optado por organizarlos de menor a mayor intensidad, en relación directa con las necesidades que cubren en el beneficiario de las mismas. Serían pues:

- Prestaciones sociosanitarias:
 - Prestaciones Ortoprotésicas.
 - Tarjeta Sanitaria “AA”.
- Programas Sociosanitarios:
 1. Programa de Voluntariado para personas con Alzheimer.
 2. Programa de Formación para cuidadoras/es no profesionales.
 3. Programa de Respiro Familiar para cuidadores de personas en situación de dependencia.
 4. Programa de Estancias Temporales en Servicio Residencial o de supervisión y apoyo puntual.
 5. Programa de Acogimiento Familiar para personas mayores.
 6. Otros programas destinados a personas mayores.
- Servicios y Centros Sociosanitarios y Sociocomunitarios:
 1. Servicios de Prevención de las Situaciones de Dependencia y Promoción de la Autonomía Personal.
 2. Servicio Gallego de Apoyo a la Movilidad Personal.
 3. Servicio de Geolocalización para personas en situación de dependencia.
 4. Servicio de Teleasistencia para personas en situación de dependencia.
 5. Servicio de Soluciones TIC de Apoyo Gerontológico, Actividades Preventivas y Hábitos Saludables.
 6. Servicio de “Xantar na Casa”.
 7. Servicio de Ayuda en el Hogar.
 8. Servicio de Atención de Noche para personas en situación de dependencia.
 9. Servicio de Atención Diurna para personas en situación de dependencia.
 10. Casas do maior.
 11. Servicio de Atención Residencial para personas en situación de dependencia.
 12. Centros Sociosanitarios y Sociocomunitarios para personas mayores o con discapacidad.
 13. Otros servicios destinados a personas dependientes o con discapacidad.

3.1.1. PRESTACIONES SOCIO SANITARIAS

1. PRESTACIONES ORTOPROTÉSICAS

En Galicia han sufrido una reforma con la entrada en vigor de la *Orden del 28 de mayo de 2013 por la que se regula la prestación ortoprotésica en la Comunidad Autónoma de Galicia* (DOG N°104, de 3 de junio de 2013).

Estas prestaciones consisten en la adjudicación y uso de productos sanitarios implantables o no que substituyen total o parcialmente una estructura corporal o bien modifican, corrigen o facilitan su función. Se incluyen prótesis quirúrgicas fijas, prótesis ortopédicas externas permanentes o temporales y vehículos para personas con discapacidad. Estos artículos serán proporcionados a través de ortopedias, ópticas y centros audiológicos.

Sin embargo, no son gratuitos y los usuarios deben de hacer una aportación económica según sus ingresos declarados en el IRPF, tal y como se especifica a continuación:

- 60% del precio de la prótesis si el usuario tiene una renta igual o superior 100.000€.
- 50% del precio de la prótesis si el usuario tiene una renta igual o superior a 18.000€ e inferior a 100.000€.
- 40% del precio de la prótesis si el usuario tiene una renta inferior a 18.000€.
- 10% del precio de la prótesis si el usuario tiene la condición de pensionista siempre y cuando no tenga una renta igual o superior 100.000€.

Se establece que no tendrán la obligación de realizar una aportación económica los que estén afectados por SIDA, los beneficiarios de pensiones LISMI/pensiones no contributivas/rentas de integración social, personas en desempleo sin derecho a prestación y usuarios que requieran del préstamo ortoprotésico debido a accidente

de trabajo o enfermedad profesional.

El procedimiento para acceder a las mismas se inicia con la prescripción médica del Doctor de Atención Primaria o de Especialista. Posteriormente, el usuario se dirigirá a un establecimiento con convenio con el SERGAS y abonará la cuantía de la prestación.

Una vez entregada la documentación pertinente conforme realizó el pago de la misma, la Administración Gallega competente en la materia devolverá la cuantía que procede según la capacidad económica del usuario a través de ingreso bancario y siempre teniendo en cuenta que no se abona la cantidad fijada como aportación del usuario por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

2. TARJETA SANITARIA “AA”: TARJETA SANITARIA Y PROTOCOLO DE ACOGIDA DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE TRASTORNOS GENERALIZADOS DEL DESARROLLO ESPECTRO AUTISTA/ALZHEIMER/PARÁLISIS CEREBRAL

En los años 2012 y 2013, en la Comunidad Autónoma de Galicia y a través del Servicio Gallego de Salud (SERGAS) se le dio especial impulso a una prestación sociosanitaria que con el tiempo se ha ido modificando, completando y ampliando, quedando pendiente la creación de una versión específica para familiares que son cuidadores. Esta prestación nació con la publicación de la *Instrucción 08/2011, de 22 de marzo de 2012*, que fue modificada con la *Instrucción 013/2012, de 19 de septiembre de 2012* y ambas han quedado sin efecto con la publicación y entrada en vigor de la *Instrucción 18/2012, de 27 de noviembre de 2012, sobre la tarjeta sanitaria o documento de prestación sanitaria “AA”*.

En concreto, la tarjeta sanitaria “AA” para personas que padecen trastornos generalizados del desarrollo de espectro autista, Enfermedad de Alzheimer y Parálisis Cerebral nació con el objetivo de facilitar el acceso a la Sanidad a dichos enfermos y a sus cuidadores, sea cual sea el motivo de atención (consulta, urgencia, hospitalización, etc.), reduciendo los tiempos de espera y facilitando el

acompañamiento de los pacientes permanentemente, siempre y cuando las circunstancias sanitarias así lo permitan. Para ello, se les concede una tarjeta sanitaria con el distintivo “AA” que significa *Acompañamiento y Accesibilidad*. Por otra parte, se establece un protocolo de atención específico en los Centros Sanitarios, donde es posible implantarlo.

A esta prestación sociosanitaria gratuita se accede a través de presentar la solicitud en el Centro de Salud del SERGAS, donde recibe habitualmente atención sanitaria el enfermo. Es requisito indispensable que la persona tenga diagnosticada algunas de las enfermedades antes indicadas y así lo hará constar su Doctor de Atención Primaria en la solicitud de esta tarjeta sanitaria.

Después de comprobado que se cumple el requisito para acceder a la misma, se le dará entrega de una tarjeta sanitaria que se diferencia de la estándar en que lleva en la parte superior derecha el distintivo “AA”, lo que indica que es un *“beneficiario de la accesibilidad preferente”* y activará, cada vez que necesite atención sanitaria, el protocolo de atención.

3.1.2. PROGRAMAS SOCIOSANITARIOS

1. PROGRAMA DE VOLUNTARIADO PARA PERSONAS CON ALZHEIMER

Este programa tiene lugar, por un lado, en la red de centros de día de Alzheimer de la Comunidad Autónoma de Galicia y, por otro, en los domicilios particulares de personas que padecen la Enfermedad de Alzheimer.

Si tiene lugar en los centros de día, consiste en que personas voluntarias realicen labores de acompañamiento a personas que padecen Enfermedad de Alzheimer. Todo ello con los siguientes objetivos:

- Mejorar la calidad de vida de los enfermos de Alzheimer y sus familias y cuidadores.
- Fomentar en la sociedad la solidaridad y el conocimiento de la Demencia tipo Alzheimer.
- Enriquecer, en la medida de lo posible, las relaciones sociales del enfermo de Alzheimer.
- Mejorar, en la medida de lo posible, el estado de ánimo de las personas con Alzheimer.

El voluntario, supervisado por un profesional del centro de día de Alzheimer, estimulará a los usuarios a que participen en las actividades, los apoyarán en la deambulaci3n y/o movilizaci3n y los ayudarán en la realizaci3n de las actividades b3sicas de la vida diaria.

Por otra parte, si el voluntario se desplaza al domicilio particular de la persona diagnosticada con dicha enfermedad neurodegenerativa, sus tareas se reducen a proporcionar apoyo psicosocial al enfermo y a su familiar. Los beneficiarios de esta l3nea del programa deberán de estar vinculados a alguna de las Asociaciones de familiares de Enfermos de Alzheimer que firmaron convenio con la *Xunta de Galicia* para promover el “*Programa de voluntariado para personas con Alzheimer*”.

2. PROGRAMA DE FORMACI3N PARA CUIDADORAS/ES NO PROFESIONALES

De este programa se pueden beneficiar, de forma gratuita, los cuidadores no profesionales de personas en situaci3n de dependencia de la Comunidad Aut3noma de Galicia. Es llevado a cabo por la *Xunta de Galicia* en colaboraci3n con los ayuntamientos y con la *Federaci3n de Alzheimer de Galicia (FAGAL)*.

Se compone de varias acciones formativas divididas en M3dulos que tienen lugar a lo largo del a3o, abarcando, entre otros, los siguientes contenidos:

- Conocimientos básicos de enfermedades, cuidados necesarios, etc.
- Entrenamiento en habilidades sociales.
- Desarrollo de actitudes adecuadas en el cuidado.

Una vez finalizada la actuación formativa, los cuidadores recibirán un documento acreditativo de su participación en el Módulo de formación básico al que asistió. Además, se les hará entrega de un “Manual de formación para cuidados en el entorno familiar” y una “Guía para cuidados en el entorno familiar”, tanto en formato papel como en DVD y elaborados por la *Dirección Xeral de Maiores e Persoas con Discapacidade*, perteneciente a la *Consellería de Política Social* de la *Xunta de Galicia*.

3. PROGRAMA DE RESPIRO FAMILIAR PARA CUIDADORES DE PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA

Es un programa de la *Xunta de Galicia* a través del cual usuarios y/o familias pueden optar por disfrutar de una estancia subvencionada en un centro de atención residencial privado cuya duración puede ser un fin de semana (a contar desde el viernes por la tarde y hasta el domingo por la tarde) o de 15 días.

Pueden acceder al mismo personas mayores de 16 años que tengan reconocido un grado de discapacidad o un grado II o grado III de situación de dependencia. En caso de no poder acreditar dicha situación, aportando informe médico e informe social en el que conste la necesidad de la atención de un cuidador, se puede acceder a dicho programa pero tienen preferencia los que sí cumplan el requisito relacionado con la discapacidad y la dependencia.

El coste de este programa se fija en relación directa con las rentas de la persona beneficiaria, con un importe que se establece en un intervalo de 49,60€ a 111,60€ para el fin de semana y de 316,60€ a 712,35€ para el caso de la quincena. Estos precios no han variado desde el año 2013.

4. PROGRAMA DE ESTANCIAS TEMPORALES EN SERVICIO RESIDENCIAL O DE SUPERVISIÓN Y APOYO PUNTUAL

El *Programa de Estancias Temporales* de la *Xunta de Galicia* es similar al anterior en que permite el respiro a familiares en los cuidados de personas mayores y/o con discapacidad y estar en situación de dependencia, reconocida o no por el *Sistema Gallego de Atención a la Dependencia*.

A diferencia del *Programa de Respiro Familiar*, se puede disfrutar por semanas o quincenas durante un máximo de dos meses al año. Además, otra disparidad, es que este se disfruta en centros de atención residencial para personas mayores dependientes cuya gestión es pública o, a lo sumo, son públicos pero gestionados a través de empresas adjudicatarias.

Tanto en este programa como en el caso del *Programa de Respiro Familiar*, hay que solicitarlo con un mes de antelación, a excepción de que la causa de solicitud sea una urgencia (enfermedad, accidente, hospitalización, o intervención quirúrgica del cuidador o bien por necesidad de recuperación de la persona derivada de enfermedad, accidente o intervención quirúrgica). Otra semejanza es que su coste es fijado según la capacidad económica mensual de la persona a ingresar en el Servicio de Atención Residencial.

Aunque existía con anterioridad, este programa quedó regulado y sufrió pequeñas modificaciones a raíz de la publicación de la *Orden de la Consejería de Trabajo y Bienestar, de 16 de abril de 2014, por la que se regulan las condiciones de los ingresos y traslados en servicios prestados en centros propios o concertados, en el ámbito de la atención a la dependencia y de la promoción de la autonomía personal*. Esta Orden supuso la creación del *Programa de Asignación de Recursos* para este Programa en el que se incluirán las solicitudes recibidas y a través del cual se asignarán las plazas, siguiendo los criterios fijados en el *Artículo 37*, sobre todo cuando hay más solicitudes que plazas a adjudicar.

5. PROGRAMA DE ACOGIMIENTO FAMILIAR PARA PERSONAS MAYORES

Se trata de ayudas económicas individuales de la *Xunta de Galicia*, cuyo objetivo es que la persona mayor de 65 años se mantenga en su entorno, evitando su exclusión social e ingreso en instituciones no deseadas o adecuadas. Es imprescindible que la persona mayor desee el acogimiento familiar para que la familia acogedora perciba la ayuda económica. También es requisito indispensable no tener relación de parentesco en línea recta o hasta el tercer grado por consanguinidad con ningún miembro de la unidad de acogida.

Para acceder al *Programa de Acogimiento familiar para personas mayores*, tanto el mayor, como la familia acogedora y la vivienda han de cumplir unos requisitos. De estos, conviene señalar que dentro de los requisitos del acogido, hace referencia a la posibilidad de que del mismo se beneficien personas con dependencia.

El importe de la ayuda variará según si la persona mayor se encuentra en situación de dependencia o no y si el acogimiento tiene lugar en su vivienda o no. Las ayudas serán superiores para el caso de personas mayores dependientes acogidas en el domicilio de la familia acogedora. Para el caso de personas mayores con autonomía acogidas en su vivienda, la prestación no superará los 252,60€ al mes y en el caso de personas mayores dependientes no excederá los 420€ al mes. En cambio, si el *Programa de Acogimiento Familiar* tiene lugar en el domicilio de la familia acogedora, la ayuda no superará los 700€ al mes para el caso de las personas mayores dependientes y no se elevará por encima de los 421€ al mes para los/as mayores autónomos.

Se puede solicitar a lo largo de todo el año y se ha de renovar todos los años antes del 15 de noviembre. Sin embargo, la concesión del mismo dependerá de la disponibilidad presupuestaria, por lo que cuando no existan fondos suficientes, al solicitante se le enviará una notificación con la puntuación alcanzada y la inclusión

en la lista de espera para la percepción de la ayuda.

6. OTROS PROGRAMAS DESTINADOS A PERSONAS MAYORES

A continuación, se citarán otros programas de los que se pueden beneficiar personas mayores sin necesidad de ser dependientes son:

- *“Gente 3.0 de Voluntariado Senior”*.
- *“Termalismo Social”* del IMSERSO.
- *“Turismo Social”* del IMSERSO.
- *“Benestar en Balnearios”* de la Xunta de Galicia.
- *“Reencuentros en la tierra para residentes en el exterior”* de la Xunta de Galicia.
- *“Xuntos polo Nadal”* de la Xunta de Galicia.
- *Programa “Ti tamen contas”, Programa de Saúde e Benestar, “Coñece a túa provincia”, Programa Diurno de Balnarios “Coidarte 2015”, “Depo en Marcha 2016. Envelhecimento Activo”*: Programas convocados, subvencionados y llevados a cabo por la Diputación de Pontevedra.
- *Programa de “Termalismo no Camiño”* de la Diputación Provincial de Lugo.
- *Programa de Ayudas para el fomento del termalismo saludable y la cultura termal* de la Diputación Provincial de Ourense.
- *Programa Universitario para Mayores*, llevado a cabo en la Universidad de Santiago de Compostela (*IV Ciclo Universitario*), de A Coruña (*Universidade Senior*) y de Vigo (*Aulas de Formación Abertas/Programa de Maiores*).
- *Formación permanente de Adultos*.

3.1.3. SERVICIOS Y CENTROS SOCIOSANITARIOS Y SOCIOCOMUNITARIOS

1. SERVICIOS DE PREVENCIÓN DE LAS SITUACIONES DE DEPENDENCIA Y PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA PERSONAL

Los *Servicios de Prevención de las situaciones de Dependencia y promoción de la Autonomía Personal* se incluyen dentro de la *Cartera de Servicios Comunes* y de la *Cartera de Servicios para personas dependientes con Alzheimer*. Están destinados a personas que tengan un diagnóstico que no precise de la asignación de otros servicios integrados en cualquiera de las carteras de servicios específicas.

Por otra parte, estos servicios se pueden adjudicar individualmente o como complemento de otros servicios que se integren, ya sea en la *Cartera de Servicios Comunes* o ya sea en las *Carteras de Servicios Específicos*, todo ello respetando la *Ley 39/2006*, norma superior.

Sin embargo, lo más importante de su objetivo, es que los *Servicios de Prevención de las situaciones de Dependencia y promoción de la Autonomía Personal* se dirigen, tanto a personas que tengan reconocida una situación de dependencia como a aquellas que se encuentren en situación o riesgo de padecerla.

Para acceder a los mismos, no es necesario cumplir el requisito de edad fijado para otros servicios. Se establece otra excepción con respecto a los demás servicios, en lo que se refiere a la participación del usuario en el pago del coste de estos servicios, ya que serán gratuitos para aquellas personas cuya capacidad económica no supere el Indicador Público de Renta de Efectos Múltiples (IPREM).

Los *Servicios de Prevención de las situaciones de Dependencia y promoción de la Autonomía Personal* dentro de la *Cartera de Servicios Comunes* se componen de las siguientes áreas y servicios:

- Área de Información, valoración, seguimiento y orientación.
- Área del cuidador.
- Servicio de Atención Temprana.
- Servicio de Accesibilidad Universal.
- Área de promoción, mantenimiento y recuperación de la autonomía funcional.
- Servicio de actividades y programas.
- Supervisión y apoyos puntuales en equipamientos especiales.
- Área de habilitación psicosocial.
- Área de apoyo para el desarrollo profesional y social para personas en edad laboral.
- Servicio de transporte adaptado y asistido.

Para más información, véase la *Cartera de Servicios Sociales para la promoción de la autonomía personal y la atención a las personas en situación de dependencia* (DOG N°182 de 24 de septiembre de 2013).

2. SERVICIO GALLEGO DE APOYO A LA MOVILIDAD PERSONAL

El *Servicio Gallego de Apoyo a la Movilidad Personal* es un servicio público prestado en la Comunidad Autónoma de Galicia por la *Xunta de Galicia* que tiene como objetivo los traslados de los usuarios en situación de dependencia o con discapacidad a Centros de Salud, Sociales y/o Educativos para acudir a citas médicas y/o actividades. En el caso de realizar un servicio de ida y vuelta, se considera que se realizaron dos desplazamientos. Irán acompañados de un monitor y, extraordinariamente y previa autorización, por un/a familiar o cuidador/a cuando la edad y situación de salud del usuario así lo aconseje y tras quedar constancia de la misma en un Informe.

Se trata de prestar servicios puntuales y no urgentes en el área de convivencia y relación social más cercana de la persona usuaria. En el caso de que los usuarios

necesiten un servicio de transporte regular, se registrarán por lo dispuesto en el *Decreto 149/2013, de 5 de septiembre, por el que se define la Cartera de Servicios Sociales*.

Para acceder al mismo hay que presentar una solicitud acompañada de la documentación pertinente y siempre cumpliendo como requisito indispensable el tener reconocida una situación de dependencia en cualquiera de sus grados y/o reconocido un grado de minusvalía de igual o superior al 75%, siempre y cuando se certifique la imposibilidad de la persona para utilizar cualquier transporte colectivo. En el caso de tener un grado de discapacidad inferior al 75%, pero superior al 33% y siempre y cuando se acrediten circunstancias que aconsejen su uso a través del Informe Social Unificado (ISU), se otorgará la condición de usuaria a la persona con discapacidad.

Con este servicio se tratará de cubrir los siguientes desplazamientos con el siguiente orden de prioridad:

- Acudir a citas médicas del sistema público, concertado o de las mutuas, siempre que exista una cita previa y cuando el desplazamiento del paciente no le corresponda al sistema sanitario de destino.
- Para ingresar o trasladarse, definitivamente o temporalmente, a centros residenciales del *Sistema Gallego de Servicios Sociales* que no dispongan de Servicio de Transporte Adaptado.
- Participar en programas y actividades que se impartan en centros pertenecientes a la red del *Sistema Gallego de Servicios Sociales* que sean financiados con fondos públicos y no dispongan de Servicio de Transporte Adaptado.
- Acudir a actividades educativas y formativas, siempre y cuando el traslado no sea responsabilidad del Sistema Público Educativo.
- Asistir a actividades terapéuticas y rehabilitadoras directamente relacionadas con el cuidado personal.

- En último caso y siempre y cuando están cubiertas las anteriores, se podrá utilizar este servicio para realizar gestiones administrativas y legales y para participar en actividades culturales, deportivas y/o sociales.

Puesto que se trata de universalizar al máximo este servicio, se podrá establecer un máximo de desplazamientos por persona y así priorizar y conceder traslados entre aquellos que no han disfrutado del mismo o lo han hecho un número de veces inferior al máximo. Indicar que en la actualidad se ha fijado un máximo de seis traslados mensuales y tres semanales, siendo todos ellos gratuitos.

3. SERVICIO DE GEOLOCALIZACIÓN PARA PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA

Los beneficiarios del mismo son tanto los usuarios como sus familiares, ya que permite dar una especial protección mediante el control y la localización permanente de personas con alto riesgo de caídas y desorientación por padecer Enfermedad de Alzheimer u otro tipo de Demencias.

Este servicio de localización permanente tiene una doble función. Por un lado, facilita los desplazamientos fuera del domicilio a personas que sufren algún tipo de Demencia y, por otro lado, aporta tranquilidad a sus cuidadores y familiares por que les informan de la posición de la persona enferma.

Este servicio es ofertado por la *Xunta de Galicia* como un servicio perteneciente a la *Cartera de Servicios del Sistema Gallego de Atención a la Dependencia* y es gestionado por Cruz Roja.

El funcionamiento de este servicio es sencillo. Se le entrega un teléfono móvil con tecnología GSM y un módulo de localización geográfica vía GPS al usuario con riesgo de desorientación y cuando éste salga de la “*zona segura*” establecida por sus familiares, se envía una alerta al centro de control, quién se pone en contacto con el familiar o persona de contacto y le indica la incidencia detectada,

señalándole el lugar donde se encuentra el usuario.

Sin embargo, las prestaciones de este servicio no quedan aquí, ya que el familiar puede saber donde está en todo momento con sólo llamar al centro de control, pudiendo incluso escuchar lo que sucede alrededor del lugar donde se encuentre el usuario.

Su coste es de 5€ al mes y se accede al mismo tras reconocimiento de la situación de dependencia y mediante *Resolución del Programa Individual de Atención*, por registrarse por lo dispuesto en el *Decreto 149/2013, de 5 de septiembre, por el que se define la Cartera de Servicios Sociales*.

4. SERVICIO DE TELEASISTENCIA PARA PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA

Este servicio proporciona protección ante situaciones de emergencia, inseguridad, soledad o aislamiento, mediante el uso de tecnologías de la información y de la comunicación con el objetivo de permitir el envejecimiento en el entorno habitual de la persona dependiente. Para cada caso, se analizarán las medidas de accesibilidad así como la movilización de medios personales para dar respuesta a las demandas realizadas a través del dispositivo.

Se presta una atención telefónica ininterrumpida, 365 días al año y 24 horas al día, gracias a un equipamiento de comunicaciones e informático colocado en los domicilios de los usuarios que consta de una unidad de alarma que lleva el beneficiario, un terminal telefónico y una central o centro de atención informatizado y receptor de las llamadas.

Su funcionamiento es muy sencillo. El usuario ante una situación de emergencia pulsa un botón, situado en un collar o pulsera, activando así la comunicación con el centro de atención, donde el personal especializado tratará de dar respuesta a la demanda manifestada. Como es normal, es imprescindible que el usuario disponga

de línea telefónica.

Además de servir para atender emergencias, este servicio también permite recordar citas médicas o la toma del tratamiento habitual, siempre y cuando se active dichas acciones a través del centro de atención. Por lo tanto, supone una herramienta más para prevenir el aislamiento social y el sentimiento de soledad de la persona dependiente.

Al igual que el servicio anterior, es complementario de otros y permite permanecer a la persona en su residencia habitual, conservando, en la medida de lo posible, su independencia y autonomía personal.

Este servicio es ofertado por la *Xunta de Galicia* como un servicio perteneciente a la *Cartera de Servicios del Sistema Gallego de Atención a la Dependencia* y es gestionado por Cruz Roja.

Su coste es gratuito para rentas bajas y 5€ al mes para el resto de usuarios/as. Para acceder al Servicio de Teleasistencia, ha de ser adjudicado a través de la Resolución del Programa Individual de Atención, tras ser reconocida una situación de dependencia en cualquiera de sus grados. Al igual que el anterior servicio, se rige por lo dispuesto en el *Decreto 149/2013, de 5 de septiembre, por el que se define la Cartera de Servicios Sociales*.

5. SERVICIO DE “SOLUCIONES TIC DE APOYO GERONTOLÓGICO, ACTIVIDADES PREVENTIVAS Y HÁBITOS SALUDABLES”

Se trata de un servicio recientemente actualizado y subdividido en los siguientes:

- *Telegerontología*: Es una Teleasistencia avanzada y de última generación que se desarrolla a través de los avances en las tecnologías de la información y

de las comunicaciones. Es ofertada por la empresa *Recursos y Servicios Gerontológicos S.L.* Pueden beneficiarse de las mismas, personas mayores o personas con pérdida de la capacidad funcional y/o cognitiva.

Recibe el nombre de *Telegerontología* por ser un recurso de apoyo gerontológico cuyo principal objetivo es la prevención y detección de la dependencia a través de una teleasistencia con múltiples especialidades, por lo que es un sistema o recurso tanto social como sanitario.

Se realiza una valoración gerontológica del usuario a través de su dispositivo abarcando la evaluación del estado cognitivo, de la tensión arterial, pulso y del nivel de saturación de oxígeno en sangre. Es más, el dispositivo es tan completo que permite el contacto visual entre profesionales y beneficiarios gracias a la posibilidad de establecer videoconferencia.

El dispositivo, por un lado, consta de una pantalla táctil que se coloca en el domicilio y que está conectada a Internet, medio por el cual envía todos los resultados de la valoración gerontológica al centro de control, donde los especialistas los revisan y valoran las necesidades del usuario. Por otro lado, también cuenta con un terminal gestionado por control remoto por el centro de control y con una pulsera de alarma similar al del Servicio de Teleasistencia-Telealarma.

- *Sistema de Atención al Mayor a través de la TV (SAM-TM):* Servicio desarrollado por la Universidad de Vigo que busca garantizar la seguridad, el bienestar y la calidad de vida de la persona mayor a través de un conjunto de servicios y aplicaciones de entretenimiento.

Para su uso tan sólo se requiere conexión a Internet y un televisor con un dispositivo instalado. La persona mayor puede acceder a los siguientes servicios interactivos a través de un mando adaptado: acceso a Internet, aplicaciones personalizadas (juegos de rehabilitación, videos, consejos saludables, etc.), monitorización, avisos, alertas y E-learning.

Además de estos dos servicios, existe un programa relacionado con los mismos

que se está desarrollando en la actualidad, denominado *Programa de Teleasistencia Avanzada “MiAvizor”*.

6. SERVICIO DE “XANTAR NA CASA”

El servicio de “*Xantar na Casa*” es ofertado por el *Consortio Galego de Servizos de Igualdade e Benestar*, en colaboración con la *Consellería de Política Social (Xunta de Galicia)* y con los ayuntamientos. En la actualidad, dicho servicio no se oferta en la totalidad de Galicia, ya que está implantado en 162 de los 314 ayuntamientos pertenecientes a la autonomía gallega.

Proporciona una dieta equilibrada y adaptada a las necesidades alimenticias de las personas mayores y/o dependientes en su domicilio, motivado porque no pueden realizar las actividades relacionadas con la adquisición de alimentos y la elaboración de la comida.

Se trata de un servicio complementario que combinado con otros (Transporte Adaptado, Ayuda en el Hogar, Teleasistencia, ...) permiten al beneficiario permanecer en su vivienda habitual el mayor tiempo posible con un nivel de autonomía adecuado.

Su coste es inferior a 60€ al mes y va dirigido a personas mayores de 60 años con autonomía limitada que no cuenten con ayuda para cocinar, a personas menores de 60 años en situación de exclusión social y a personas dependientes sin apoyo familiar y con dificultades para elaborar comidas.

Para acceder al mismo, hay que solicitarlo en los Servicios Sociales de los ayuntamientos, siempre y cuando la persona esté empadronada y tenga su residencia en una demarcación territorial donde esté implantado.

7. SERVICIO DE AYUDA EN EL HOGAR

Este servicio tiene un triple objetivo: cubrir las necesidades básicas de la vida diaria, incrementar y conservar la autonomía personal y posibilitar la permanencia en el domicilio que se beneficia del mismo. Teniendo en cuenta estos objetivos, el Servicio de Ayuda en el Hogar se divide en dos:

- Servicios relacionados con la atención personal en la realización de las actividades de la vida diaria.
- Servicios relacionados con la atención del hogar.

Señalar que según la normativa gallega vigente, la cobertura de los servicios relacionados con la atención del hogar sólo se prestarán si es en conjunto con los que tienen que ver con la atención personal.

El Servicio de Ayuda en el Hogar puede ser prestado por entidades públicas (principalmente se encargan los Ayuntamientos) o a través de empresas privadas (bien sea por ser empresas adjudicatarias o bien contratando los servicios directamente con las mismas).

Para acceder al Servicio de Ayuda en el Hogar subvencionado públicamente, hay que dirigirse a los Servicios Sociales Comunitarios del Ayuntamiento de residencia del posible beneficiario y solicitarlo, bien a través de la vía de libre concurrencia o a través de la resolución del Programa Individual de Atención tras reconocimiento de la situación de dependencia. Si se opta por la segunda vía, el acceso será directo.

8. SERVICIO DE ATENCIÓN DE NOCHE PARA PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA

En primer lugar y a pesar de que viene recogido en la normativa de la Comunidad Autónoma de Galicia, no hay ningún *Servicio de Atención de Noche*

funcionando en la misma, ni tan si quiera hay planificada su construcción o puesta en marcha. Quizás con el tiempo y según la demanda que se detecte, se establecerán convenios con Servicios de Atención Residencial privados para cubrir la misma.

En la legislación se recoge que con este tipo de servicio se pretenden cubrir necesidades en personas con dependencia que se dan por la noche, prestándose en un horario de 20:00h a 10:00h del día siguiente.

Se establece en la reglamentación vigente que en el Programa Individual de Atención del posible usuario dependiente se deben recoger las dificultades de movilidad y la imposibilidad de uso de medios de transporte ordinarios, con el objetivo de adjudicar y complementarlo a su vez con un servicio de transporte adaptado que será proporcionado por la entidad prestadora del Servicio de Atención de Noche si es regular o bien por el Servicio Gallego de Apoyo a la Movilidad Personal si se trata de desplazamientos ocasionales y puntuales.

9. SERVICIO DE ATENCIÓN DIURNA PARA PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA

Este servicio presta una atención integral a las personas dependientes durante el día y de lunes a viernes con la finalidad de mantener o mejorar en lo posible su autonomía personal, apoyando a su vez a sus familiares y cuidadores.

Es ofertado por la *Xunta de Galicia* como un servicio perteneciente a la *Cartera de Servicios del Sistema Gallego de Atención a la Dependencia* y existen diversas modalidades de gestión y tipologías que se describen a continuación.

Este servicio se puede disfrutar como máximo 8 horas diarias si se adjudicó una jornada intensiva en el Programa Individual de Atención y, en caso contrario, sería un horario no intensivo, tal y como se recoge en el Artículo 25 de la *Orden de 2 de enero de 2012 de desarrollo del Decreto 15/2010, de 4 de febrero* (DOG N°9, de 13

de enero de 2012). Ambas intensidades horarias, según la normativa en vigor, se establecerán teniendo en cuenta su grado de dependencia y se podrá combinar con algunos servicios y/o prestaciones económicas si así viene recogido en el Programa Individual de Atención.

Los Servicios de Atención Diurna son compatibles con otros servicios, pero con el paso del tiempo, en la Comunidad Autónoma de Galicia así como en algunas otras Comunidades Autónomas españolas, se ha ido reformando la normativa, del tal manera que las compatibilidades se han ido limitando. Un ejemplo de esto, es que en Galicia, en caso de conceder el Servicio de Atención Diurna a través del Programa Individual de Atención junto con el Servicio de Ayuda en el Hogar, supone que el Servicio de Atención Diurna sólo se pueda disfrutar a media jornada, cuando años atrás la persona usuaria y familia se podían beneficiar de dicho servicio a jornada completa.

Con la entrada en vigor del *Decreto 149/2013, de 5 de septiembre, por el que se define la Cartera de Servicios Sociales* (DOG Nº182 de 24 de septiembre de 2013) y según su *Artículo 5. Servicios incluidos en la cartera* se establecieron diferentes tipologías para el Servicio de Atención Diurna según la Cartera a la que pertenezca, siendo las siguientes:

- *Cartera de Servicios Comunes*: El Servicio de Atención Diurna, al igual que los demás servicios que pertenecen a esta Cartera, se dirigen a personas cuya situación no necesita la adjudicación de servicios que se contemplen en la *Cartera Específica*. Se pueden beneficiar los que tengan una edad igual o superior a 16 años. En esta *Cartera de Servicios Comunes* se establecen dos modalidades o tipologías para el Servicio de Atención Diurna:
 - *Básica*: Incluye prestaciones divididas en las siguientes áreas:
 - A) Área de información, valoración, seguimiento y orientación.
 - B) Área de actividades y programas.
 - C) Área de formación básica e instrumental.

- D) Área de mantenimiento y/o rehabilitación.
 - E) Área de servicios generales.
- Terapéutica: Incluye las mismas áreas que la modalidad básica, diferenciándose en que en el caso del *Área de mantenimiento y/o rehabilitación* incluye la prestación de *Atención Psicológica*, que en el caso de la básica no se contempla, abarcando la *Rehabilitación funcional*, *Terapia ocupacional* y *Estimulación cognitiva*. Dicha diferencia se mantiene tanto en la estancia completa como en la media estancia.
- Cartera de Servicios Específicos: El Servicio de Atención Diurna, al igual que los demás servicios que pertenecen a esta Cartera, se destinan a dependientes con 16 o más años que tengan diagnosticada Enfermedad de Alzheimer, discapacidad física, parálisis cerebral, daño cerebral, discapacidad intelectual, trastorno del espectro autista o enfermedad mental. Por lo tanto, la tipología del Servicio de Atención Diurna, como el resto de servicios incluidos en esta Cartera, se clasifican según el perfil de los posibles usuarios. Se recogen seis modalidades que, según el perfil de las personas dependientes, se pueden beneficiar de unas u otras. Destacar que en el perfil, incluyen a personas con discapacidad, lo que supuso la inclusión de centros ocupacionales y centros de día dirigidos a este colectivo en esta Cartera. Además, el que un Servicio de Atención Diurna se califique con una modalidad u otra supondrá la existencia o no de ciertos profesionales. Las modalidades son:
 - Básica: Se pueden beneficiar de la misma todos, excepto los afectados por una discapacidad intelectual, espectro autista y enfermedad mental.
 - Terapéutica: Accederán al mismo, excepto los calificados con enfermedad mental.
 - Ocupacional: Se le adjudicará todos, excepto a los que padezcan Enfermedad de Alzheimer.
 - Terapéutico-ocupacional: Accederán todos, menos los que sean diagnosticados de Enfermedad de Alzheimer y enfermedad mental.

- Psicosocial: Destinado sólo para los que padecen enfermedad mental.
- Psicosocial-Ocupacional: Dirigido específicamente a los afectados por enfermedad mental.

Teniendo en cuenta lo anterior y como forma de integrar los centros existentes antes de la entrada en vigor de la *Cartera de Servicios Sociales*, a continuación detallaremos tipos de centros y las entidades que gestionan este Servicio de Atención Diurna.

- Centros ocupacionales para personas con discapacidad: Tienen como finalidad proporcionar servicios de terapia ocupacional, ajuste personal y social a personas con discapacidad mayores de 16 años que no pueden acceder a un empleo ordinario o protegido de forma temporal o permanente.
- Centros de día para personas con discapacidad: Prestan servicios de apoyo preventivo y actividades rehabilitadoras a personas con discapacidad grave, mayores de 16 años, que no pueden acudir a otros centros específicos para personas con discapacidad y siempre y cuando dependan de otra persona para la realización de las actividades básicas de la vida diaria.
- Centros de día del Consorcio Galego de Servizos de Igualdade e Benestar: Antes de la entrada en vigor de la *Cartera de Servicios Sociales*, se definían como centros sociosanitarios no residenciales, que se comentarán a posteriori. También han cambiado su nomenclatura pasando de ser centros de día a denominarse servicios de atención diurna.
Se trata de una red de centros gerontológicos distribuidos por toda la geografía gallega, gestionados por el *Consorcio Galego de Servizos de Igualdade e Benestar* y definidos como socioterapéuticos para la persona dependiente y de apoyo a las familias. Según lo definido en la *Disposición transitoria primera* del Decreto en el que se regula la *Cartera de Servicios*

Sociales, esta red, mientras no se adapte, pertenece a la *Cartera de Servicios Comunes* en su modalidad básica a la hora de establecer la participación económica.

- *Centros de día y Unidades de Alzheimer:* Estos centros existían antes de la publicación de la Cartera de Servicios Sociales, por lo que está pendiente de adaptarlos y revisar la definición, destinatarios, objetivos e intervenciones a llevar a cabo que a continuación se comentan:
 - *Centros de día de Alzheimer:* Son equipamientos especializados y multidisciplinares de atención diurna y dirigidos a personas que tienen diagnosticada Demencia tipo Alzheimer y otras demencias neurodegenerativas, sea cual sea su edad y siempre que su deterioro así lo permita. Se da cobertura a necesidades básicas, terapéuticas y psicosociales de los enfermos y sus familiares y/o cuidadores. Al igual que los anteriores, se busca la promoción y/o el mantenimiento de la autonomía personal y la permanencia del dependiente en su hábitat social.

Los centros de día de Alzheimer, públicos o privados, se integran en la *Red Gallega de Centros de Día de Atención Social para personas con Alzheimer y otras demencias neurodegenerativas* de la Xunta de Galicia.
 - *Unidades de Alzheimer:* Son equipamientos compuestos por un máximo de 15 plazas, integradas en un centro de atención a personas mayores (con instalaciones diferenciadas) y que proporcionan servicios especializados para personas que padecen Alzheimer u otras demencias, sea cual sea su edad y siempre que su deterioro así lo permita. En sus instalaciones, se pueden llevar a cabo programas especializados destinados a la comunidad en general.

10. CASAS DO MAIOR

Las “casas do maior” es un proyecto piloto que se pone en marcha en la

Comunidad Autónoma de Galicia en el año 2018, aunque las aperturas están previstas a lo largo del año 2019 y posteriores. Se trata de un servicio de atención diurna que se pone en marcha a través del autoempleo en ayuntamientos donde no existan recursos sociosanitarios de atención a las personas mayores y que tengan una población inferior a 5000 habitantes. Se trata de incrementar la atención a las personas mayores, facilitando que continúen en su entorno, cubriendo sus necesidades en un ambiente familiar, proporcionando un apoyo para la familia y posibilitando la dinamización económica local.

Este proyecto-servicio se dirige a personas mayores de 60 años en situación de dependencia reconocida en grado I y II y que vivan en los ayuntamientos de menos de 5000 habitantes donde éstas se ubiquen o en limítrofes donde no existan recursos para la atención a personas mayores. En la “*casa do maior*” se cubrirán las necesidades básicas de alimentación e higiene y se realizarán actividades cognitivas y de ocio a un máximo de 5 personas mayores dependientes. Así mismo, la persona mayor acudirá un máximo de 8 horas diarias.

En la modalidad de atención diurna es gratuita (sin perjuicio de lo establecido en cuanto a la manutención) y se presta de lunes a viernes durante todo el año, excepto los festivos y el mes al año que permanecerá cerrada por vacaciones.

La persona mayor dependiente podrá recibir este servicio en dos intensidades, bien 80 horas al mes o bien 160 horas al mes, siendo compatible con el Servicio de Ayuda en el Hogar y con la “*Libranza*” para cuidados en el entorno familiar¹⁴.

Para acceder a las “*casas do maior*” deberán tener reconocido un grado I o II de dependencia y ser resuelto a través de la Resolución del Programa Individual de Atención. Para ello, no deberán de estar recibiendo ningún servicio o como mucho ser beneficiario del Servicio de Ayuda en el Hogar y de la “*Libranza*” para cuidados en el entorno familiar por ser compatibles.

¹⁴ Para más información, ver el epígrafe 3.1.4. Recursos económicos de la presente Tesis.

11. SERVICIO DE ATENCIÓN RESIDENCIAL PARA PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA

Este servicio cubre, en su globalidad, las necesidades de la persona en situación de dependencia durante 365 días al año y 24 horas al día. Al igual que el anterior, se proporciona una atención integral al residente con carácter permanente (el Servicio de Atención Residencial es su domicilio habitual) o con carácter temporal (en caso de disfrutarlos en períodos temporales a través de los ya comentados programas de Estancias Temporales y de Respiro Familiar).

Con la entrada en vigor del *Decreto 149/2013, de 5 de septiembre, por el que se define la Cartera de Servicios Sociales* (DOG N°182 de 24 de septiembre de 2013), en su *Artículo 5. Servicios incluidos en la cartera* se establecieron diferentes tipologías para este Servicio, siendo las siguientes:

- *Cartera de Servicios Comunes*: Estableciendo una modalidad *Básica y Terapéutica*.
- *Cartera de Servicios Específicos*: Según el perfil de las personas usuarias, podrán acceder o no a las siguientes modalidades: *Básica, Terapéutica, Ocupacional, Terapéutico-ocupacional, Psicosocial y Psicosocial-Ocupacional*.

Puesto que este servicio se ve afectado por la publicación y entrada en vigor de la *Cartera de Servicios Sociales*, tiene pendiente revisar su definición, destinatarios, objetivos e intervenciones a llevar a cabo y adaptarlos a las modalidades anteriormente citadas.

Aunque en la redacción de la *Cartera de Servicios Sociales*, se olvidaron de incluirlos, también son Servicios de Atención Residencial, a los que se accede tras Resolución del Reconocimiento de la Situación de Dependencia y del Programa Individual de Atención, los siguientes:

- *Hogares Residenciales*: Son equipamientos compuestos por 24 plazas

residenciales que proporcionan al mayor con dependencia leve o moderada (Grado I o Grado II), además de una atención integral, un ambiente más personalizado que una Residencia.

- **Viviendas Comunitarias:** Son instalaciones destinadas a proporcionar vivienda a un máximo de 12 personas mayores autónomas o con un Grado I de dependencia y que no tengan problemas de movilidad. Teniendo en cuenta su capacidad y tamaño, se proporciona un ambiente casi familiar a las personas beneficiarias de las mismas.

Dado que existen otros centros residenciales destinados a personas mayores y a personas con discapacidad, se analizarán y comentarán a continuación.

12. CENTROS SOCIO SANITARIOS Y SOCIOCOMUNITARIOS PARA PERSONAS MAYORES O CON DISCAPACIDAD

Antes de la entrada en vigor de la *Cartera de Servicios Sociales para la promoción de la autonomía personal y la atención a las personas en situación de dependencia*, se incluían en este tipo de centros a los servicios de atención diurna y residencial ya comentados anteriormente. Por lo tanto, a continuación, únicamente se comentarán los centros sociosanitarios y sociocomunitarios existentes en la Comunidad Autónoma de Galicia, destinados a personas mayores y/ o personas con discapacidad, que se clasifican en:

- **Centros sociosanitarios y sociocomunitarios para personas mayores no residenciales:** Los centros sociocomunitarios no residenciales se integran en la *Red Gallega de Centros Sociocomunitarios del Bienestar* de la Xunta de Galicia y se definen como un servicio con la finalidad de promover la convivencia intergeneracional, la participación y la integración social. Además, se informa, orienta y asesora a sus usuarios en lo relacionado a programas, recursos y actividades del Sistema Gallego de Bienestar. Pertenecen a esta red, los *Hogares del Mayor* y *Centros Sociales para mayores*.

- Centros sociosanitarios y sociocomunitarios para personas mayores o con discapacidad residenciales: Son los siguientes:
 - *Residencias para personas mayores autónomas*: Son centros que sirven de vivienda permanente a personas mayores, prestándoles una asistencia integral y continuada.
 - *Residencias para personas con discapacidad gravemente afectadas*: En régimen de internamiento, buscan la atención integral a personas mayores de 16 años con discapacidad grave y siempre que necesiten de la asistencia de otra persona para la realización de actividades de vida diaria y no puedan ser atendidos en su entorno familiar o en otro tipo de centros.
 - *Residencias para personas con discapacidad adultas*: Tienen por finalidad el acogimiento y convivencia, temporal o permanente, para personas con discapacidad que conservan cierto grado de autonomía, que son usuarios/as regulares de un centro ocupacional y que por razones sociales, familiares o económicas, no puedan permanecer en su vivienda habitual ni acceder a otro tipo de recursos.
 - *Viviendas Comunitarias para personas con discapacidad*: Son equipamientos de pequeño o mediano tamaño que prestan atención, con una convivencia casi familiar, a un máximo de 14 personas con discapacidad que tienen cierta autonomía personal.
 - *Apartamentos Tutelados para personas mayores*: Conjunto de apartamentos que se agrupan para que sus ocupantes reciban ciertos servicios colectivos. En cada apartamento viven de una a dos personas mayores que se caracterizan por su alto grado de autonomía.
 - *Apartamentos Tutelados para personas con discapacidad*: Se trata de pequeñas viviendas funcionales, en las que conviven normalizadamente personas con discapacidad que, por razones sociales y/o familiares, no puedan acudir regularmente al centro ocupacional del que sean usuarios/as o no tengan la posibilidad de una integración familiar normalizada.

13. OTROS SERVICIOS DESTINADOS A PERSONAS DEPENDIENTES O CON DISCAPACIDAD

- Xunta de Galicia: Citar los siguientes programas y servicios recientes y novedosos llevados a cabo por dicho organismo público:
 - *Portal de Productos de Apoyo. Axudas Técnicas*: Servicio online con el que la *Consellería de Política Social* pretende promover la cooperación entre personas que necesiten ayudas técnicas que otros ya no utilizan, además de acceder a través de la web (<http://produtosapoio.xunta.es/gl>) a servicios de información, orientación y asesoramiento.
 - *Banco online de buenas prácticas en materia de prevención de la dependencia y Envejecimiento Activo*: Se trata de un catalogo online de buenas prácticas (<https://bbpgal.xunta.es/gl/>) que difunde experiencias innovadoras en materia de prevención de la dependencia y promoción del envejecimiento activo, llevado a cabo por la *Xunta de Galicia* y cofinanciado por el *Proyecto Europeo Envejecimiento +Activo*, dentro del *Programa Operativo de Cooperación Transfronteriza España-Portugal 2007-2013*.
 - *Tarjeta acreditativa del grado de discapacidad*: La Comunidad Autónoma de Galicia ha impulsado recientemente esta tarjeta siguiendo la línea marcada por otras comunidades en las que existe desde hace años con buena acogida. Es un documento que acredita el reconocimiento del grado de discapacidad para aquellas personas que tienen un 33% o más y sirve de documento sustitutivo a la presentación de la resolución de dicho reconocimiento, teniendo validez en toda España.

- Web “Ser Cuidador”: Es una iniciativa del Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) en colaboración con Cruz Roja Española. Es un portal online diseñado como herramienta de apoyo e información y asesoramiento a: personas interesadas en el envejecimiento activo y saludable, personas mayores, con discapacidad y/o dependencia, personas cuidadoras,

profesionales y otras personas interesadas en la materia de cuidados a personas mayores, con discapacidad y/o dependencia.

- App o soluciones para dispositivos móviles: Son muchos los organismos, entidades y empresas que han trabajado en diseñar App's para los teléfonos móviles de las personas mayores, con dependencia y/o discapacidad. Destacan las siguientes:
 - *App de Dependencia del IMSERSO*: Diseñada por el Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). Incluye testimonios, vídeos, información sobre servicios y prestaciones y su tramitación. Está dirigida a las personas cuidadoras de personas mayores, con discapacidad y/o dependencia, aunque también puede ser usada por las propias personas mayores, con discapacidad y/o dependencia.
 - *Alpify*: Es una aplicación que se puede descargar gratuitamente desde el Smartphone, Android y Blackberry o a través de la web alpify.com. Funciona en toda España, por ello, el Centro de Atención de Emerxencias 112 Galicia tiene operativa esta nueva aplicación que facilita la localización de personas que se encuentren en una situación de emergencia. Su uso es sencillo y tan sólo hay que pulsar un botón rojo para que se envíe un aviso al 112 de tu zona más cercana, el cual recibe la ubicación de la persona que lo ha activado. Funciona en zonas urbanas, rurales y de montaña y, en caso de perder cobertura, la aplicación envía un mensaje de texto al 112 más próximo, indicando la zona donde se encuentra la persona en situación de emergencia con un margen de error de 3 a 10 metros.
 - *ViveLibre*: La Asociación Telefónica para Asistencia a Personas con Discapacidad (ATAM) en colaboración con la Confederación Galega de Persoas con Discapacidade (COGAMI) impulsaron esta aplicación que es una plataforma que ofrece soluciones tecnológicas a las personas mayores, con discapacidad y/o dependencia para que mejorar su calidad de vida y la de su familia. Cuenta con servicio de geolocalización,

servicios relacionados con la mejora de la salud (recordatorio de toma de medicación, de citas médicas, etc.) y, ante cualquier incidencia, salta una alerta y conecta a la persona usuaria, familiares y equipo de profesionales de apoyo de ViveLibre a través del Smartphone.

- *SafetyGPS*: En el año 2014 se firmó un convenio de colaboración entre el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, la Confederación Estatal de Personas Sordas y la empresa “Thinktank Herrero, SLU” (empresa propietaria de la aplicación “SafetyGPS”) para la Promoción de la Accesibilidad en los Servicios de emergencias de las personas con discapacidad y especialmente de las personas sordas, con discapacidad auditiva y con dificultades en el habla. Es una plataforma que aún se está implantando a nivel España en más de 40 ayuntamientos y otros 70 lo están probando. Es una aplicación gratuita, disponible para Smartphone, que permite enviar y recibir avisos de emergencias en tiempo real y ser geolocalizados, además permite a las administraciones difundir advertencias de forma masiva a la población en relación a riesgos puntuales (inundaciones, incendios forestales, cortes de carreteras, terremotos...) e, incluso, está siendo utilizada por la asociación *SOS Desaparecidos* para divulgar la desaparición de personas.

3.1.4. RECURSOS ECONÓMICOS

Cuando se habla de Recursos Económicos se hace referencia tanto a prestaciones socioeconómicas como a ayudas y exenciones.

Con respecto a las prestaciones socioeconómicas, en España proceden principalmente del Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS), del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD), de otros organismos estatales, de la Comunidad Autónoma de Galicia (Xunta de Galicia) y de empresas privadas.

Dado la temática principal que nos ocupa, en lo relacionado a las prestaciones socioeconómicas del Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) destinadas a personas mayores, indicar que son:

- Pensión de Jubilación.
- Prestaciones por muerte y supervivencia: Abarcan varias, entre ellas la Pensión de Viudedad.
- Pensiones del Seguro Obligatorio de Vejez e Invalidez (SOVI): Incluyen las destinadas a vejez, invalidez y viudedad.

De la Comunidad Autónoma de Galicia (Xunta de Galicia) y de otros organismos estatales, destacar las siguientes prestaciones y ayudas:

- Pensión No Contributiva (PNC) de Jubilación.
- Fondo de Asistencia Social-Ancianidad (FAS).
- Ayuda en forma de complemento para titulares de Pensión No Contributiva que vivan en una vivienda alquilada.
- Prestación económica para personas desplazadas en el extranjero durante la Guerra Civil.
- Ayudas sociales de carácter extraordinario en favor de pensionistas de Pensión No Contributiva (PNC), Fondo de Asistencia Social-Ancianidad (FAS) y Subsidio de Garantía de Ingresos Mínimos (SGIM).
- Ayudas individuales destinadas a la adquisición de servicios de promoción de la autonomía personal, así como a la adquisición de servicios complementarios de asistencia personal, a personas con discapacidad.

Otros recursos de menor importancia son las consecuentes exenciones, concedidas por diferentes organismos públicos y empresas privadas colaboradoras, tales como:

- Bono/Abono social eléctrico y de Telefónica.

- Deducciones en el IRPF.
- Descuentos en viajes a través de la Tarjeta Dorada de RENFE, Tarifa Senior de IBERIA y en el uso tarjetas metropolitanas de algunos transportes urbanos.
- Descuentos a la hora de adquirir entradas en espectáculos públicos.

De los Recursos Económicos existentes, se centrará el análisis principalmente en las prestaciones socioeconómicas procedentes del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) que, en el territorio gallego, son conocidas con el nombre de “*Libranzas*”.

Es importante señalar que las “*Libranzas*” sólo se conceden cuando no se puede acceder a un servicio público o concertado y recogido en el catalogo de servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD). Además, para su concesión se tienen en cuenta el grado de dependencia y la capacidad económica de la persona, teniendo mayores posibilidades de percibir las aquellas persona con mayor grado de dependencia y menor capacidad económica.

Son prestaciones periódicas que contribuyen a sufragar los gastos derivados de la atención a las personas con dependencia y siempre buscando, dentro de lo posible, la promoción de la autonomía personal.

Existen tres “*Libranzas*” diferentes, según cuál sea el gasto que se ayuda a sufragar u el objetivo al alcanzar:

- *Libranza vinculada al Servicio*: A través de la prestación económica, se ayuda en el pago de un servicio privado cuando no ha sido posible acceder a uno público y de las mismas características pero perteneciente a la Red de Servicios Sociales de atención a la Dependencia. Antes de solicitarla, el potencial adjudicatario deberá de permanecer en el Programa de Asignación de Recursos (una lista de espera de acceso a un servicio) durante al menos

tres meses, para luego gestionar un cambio de Programa Individual de Atención, a través del cual se le reconocerá el derecho o no a percibir la *Libranza vinculada al Servicio*. También se puede adjudicar la misma, cuando el posible beneficiario lo solicita y ha recibido el servicio por parte de una entidad privada.

- *Libranza para cuidados en el entorno familiar*: Es una cuantía económica periódica que se concede, con carácter excepcional, a través de la resolución del Programa Individual de Atención y para cubrir los gastos ocasionados de la atención al dependiente por parte de un cuidador no profesional para así permitir la continuidad de la persona con dependencia en su entorno sociofamiliar. La prestación socioeconómica se destinará debidamente siempre cuando se utilice la misma para cubrir gastos relacionados con la adquisición de productos y servicios que contribuirán a que la persona con dependencia tenga una mejor atención y calidad de vida.
- *Libranza de Asistencia Personal*: Al adjudicar la misma, se pretende que el beneficiario contrate, durante unas horas al día, a un *Asistente Personal* que le proporcionará apoyo personal, la posibilidad de una inclusión laboral y/o educativa y le permitirá una participación social a la que antes no tenía acceso.

3.2. DEFINICIÓN DEL RECURSO DE CENTRO DE DÍA PARA PERSONAS MAYORES

En la definición del recurso, es importante tener en cuenta su origen, su evolución histórica y la diversa terminología existente para denominar el mismo. Por ello, se aporta la siguiente información:

- *Orígenes del centro de día en la historia*: En los países desarrollados tienen su origen en los Hospitales de Día inaugurados en la década de los 50 en Inglaterra. Siguiendo esta línea marcada, comienzan a nacer y desarrollarse en varios países europeos y en Estados Unidos los centros de día, con el

objetivo de evitar la institucionalización de las personas mayores, a través de proporcionar servicios sanitarios y/o psicosociales y siempre manteniéndolos en su entorno. Dicho objetivo continúa en vigor a día de hoy (Algado, 2005).

- Primeros estudios en relación al centro de día: En 1979, Schawart ya estudiaba y reivindicaba en Estados Unidos la necesidad de los centros de día como una alternativa de modo de vida que proporcionaba dignidad a la persona usuaria desde el momento en que necesitada de cuidados y hasta su posterior institucionalización, siendo un recurso menos costoso que un Hospital, pero que posibilita el mantenimiento de la salud y mejora de la alimentación, además de proporcionar servicios de transporte y asesoramiento en cuestiones legales y financieras (Algado, 2005).
- Terminología europea relacionada con los centros de día: En Europa existen diversos términos, centros y modelos de atención destinados a alcanzar objetivos, proporcionar cuidados y cubrir necesidades que son propias de los centros de día, entendidos como tal en España. Principalmente, destacan los Hospitales de Día y los centros de día. Señalar que las diferencias entre los países implican distintas políticas e intervenciones, debidas a que cada país tiene su historia, filosofía, cultura, etc. (IMSERSO, 2008), tal y como indica Laruma (2003).
- Terminología española relacionada con los centros de día: Según la Comunidad Autónoma de la que se hable y la legislación autonómica que se trate, se encuentra para denominar el recurso de centro de día términos tales como servicio de atención diurna, Unidades de Estancia Diurna, centros sociales con Unidades de Estancia Diurna, Hospital de Día Sociosanitario y/o centros de día.
- Primeros centros de día en España: Según el *Libro Blanco del Envejecimiento Activo* (IMSERSO, 2011) del Instituto de Mayores y Servicios Sociales, los primeros centros de día en España datan de mediados de la década de los años 90. Sin embargo, el artículo “*Centros de Día: un recurso en franca progresión*” de la Revista *Zerbiztuan* (Sannino, 1997) indica que en el País

Vasco existían los primeros centros de día en dicha Comunidad Autónoma en los años 1983, 1984 y 1988. Además, según el *Registro Único de Entidades Prestadoras de Servicios Sociales* de la Xunta de Galicia, el centro de día de mayores de *As Gándaras* (Lugo) tiene como fecha de inicio de la actividad el 21 de diciembre de 1981.

A continuación, se presentarán las diferentes definiciones dadas para el recurso sociosanitario que se está estudiando. Es conveniente analizar las dadas en el pasado y en el presente frente a otras que se añaden en la actualidad, para así poder determinar semejanzas, diferencias y tratar de establecer una que sea lo más universal y adecuada posible.

1. **Definición de centro de día para personas mayores según la Ley 39/2006 de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (BOE N°299, de 15 de diciembre de 2006):**

En su *Artículo 24. Servicio de centro de día y de Noche* se define este recurso, se establece su objetivo principal y se establecen los diferentes tipos:

- “1. El servicio de Centro de Día o de Noche ofrece una atención integral durante el periodo diurno o nocturno a las personas en situación de dependencia, con el objetivo de mejorar o mantener el mejor nivel posible de autonomía personal y apoyar a las familias o cuidadores. En particular, cubre desde un enfoque biopsicosocial, las necesidades de asesoramiento, prevención, rehabilitación, orientación para la promoción de la autonomía, habilitación o atención asistencial y personal.
- 2. La tipología de centros incluirá Centros de Día para menores de 65 años, Centros de Día para mayores, Centros de Día de atención especializada por la especificidad de los cuidados que ofrecen y Centros de Noche, que se adecuarán a las peculiaridades y edades de las personas en situación de

dependencia.”

Se trata de una definición base y abierta a que, con legislación posterior, sea nacional o autonómica, se vaya modificando y adaptando, como ocurrió en la Comunidad Autónoma de Galicia que presentó la *Carta de servicios sociales para la promoción de la autonomía personal y la atención a las personas en situación de dependencia*, cuyo principal objetivo fue definir los centros de día de atención especializada por la especificidad de los cuidados que ofrecen, tal y como indica la Ley 39/2006 en su artículo 24.2.

2. **Definición de centro de día para personas mayores según la Norma UNE 158.201/2007 Servicios para la promoción de la autonomía personal. Gestión de Centros de Día y de Noche:**

La Norma UNE 158.201/2007 pertenece a la familia de las Normas UNE 158000, publicadas por AENOR en el año 2000 (AENOR ediciones, 2011) y en ella indica que el centro de día *“es un recurso que durante el día presta atención a las necesidades básicas, terapéuticas y sociales de la persona usuaria, promueve su autonomía, calidad de vida, favorece la permanencia en su entorno habitual y así mismo ofrece apoyo a su familia”*.

Se considera una definición básica, a la cual le falta especificar la característica del recurso, es decir, que se trata de un recurso sociosanitario. Sin embargo, sí recoge esta observación en la descripción del personal que conforma el Equipo Interdisciplinar del centro de día.

3. **Definición de centro de día según el IMSERSO, recogido en su informe con datos sobre la situación de los recursos sociales destinados a las personas mayores en España a 31 de diciembre de 2011:**

Con esta publicación de diciembre del 2012 que fue actualizada en junio del

2014 (IMSERSO, 2012), el Instituto de Mayores y Servicios Sociales aporta la siguiente definición para los centros de día para personas mayores dependientes: *Son Servicios de Atención Diurna que ofrecen atención psicosocial a personas mayores en situación de dependencia.*

Señalar que en este informe divide al servicio de atención diurna en Hogares para Mayores y en centros de día para personas mayores dependientes.

Definición que se considera escasa, poco descriptiva e incompleta, quizás para incluir a varias tipologías de centros de día.

4. **Definición de centro de día según la Orden de 18 de abril de 1996, por la que se desarrolla el Decreto 243/1995, de 28 de julio, en lo relativo a la regulación de las condiciones y requisitos específicos que deben cumplir los centros de atención a personas mayores (DOG N°88 de 6 de mayo de 1996):**

Teniendo en cuenta el año de publicación, esta Orden indica en su Anexo I que los centros de día son *equipamientos destinados a la atención diurna de personas mayores con pérdida de su autonomía física o psíquica que, residiendo en sus propios hogares, precisen de una serie de cuidados y atenciones de carácter personal, terapéutico o social. El centro de día deberá llevar a cabo las siguientes prestaciones: atención personal (aseo, higiene, comida, cuidados básicos), rehabilitación menor, terapia ocupacional y animación sociocultural. Así mismo sus instalaciones y equipamientos deberán posibilitar la cobertura de las necesidades específicas de sus usuarios, adecuándose a sus características.*

Para ser una definición de aquella fecha, en la que apenas existían centros de esta índole, fue bastante completa y clarificadora que, incluso, ha servido a la Xunta de Galicia para continuar con una línea definitoria similar en la *Cartera de servicios sociales para la promoción de la autonomía personal y la atención a las*

personas en situación de dependencia, tal y como se puede comprobar si se compara esta con las dadas en la Cartera.

5. **Definición de centro de día para personas mayores según el Estatuto Básico de Centros Sociales Polivalentes, Centros de Atención a las personas mayores y Centros de Atención a las personas con minusvalía:**

La conceptualización viene recogida en el Artículo 5¹⁵, siendo: “*Los centros de día son equipamientos destinados a la atención diurna de personas mayores dependientes, con pérdida de su autonomía física o psíquica, que residiendo en sus propios hogares, necesitan de una serie de cuidados y atenciones de carácter personal, terapéutico o social*”.

Es igual a la anterior, añadiendo únicamente que las personas mayores a las que se dirige son dependientes.

6. **Definiciones de centro de día según el Decreto 19/2008, del 7 de febrero, por lo que se crea la Red Gallega de Centros de Día de Atención Social para personas con Alzheimer y otras demencias neurodegenerativas (DOG N°36 de 20 de febrero de 2008):**

A lo largo de este Decreto, se recogen dos definiciones de centro de día a tener en cuenta:

- En el Artículo 1, se establece que los centros de día son *equipamientos de servicios sociales dirigidos a proporcionar una atención social especializada a las personas que padecen este tipo de demencias neurodegenerativas*.
- En el Artículo 3, se indica que los centros de día son aquellos *equipamientos que proporcionan un servicio multidisciplinar de atención diurna y de carácter especializado a las personas que tienen diagnosticado alzheimer y*

¹⁵ Se aprueba y recoge en la *Orden de 18 de agosto de 2000, por la que se aprueba el Estatuto Básico de los centros de Servicios Sociales de la Comunidad Autónoma de Galicia* (DOG N°177 de 12 de septiembre de 2000).

otras demencias neurodegenerativas. Estos centros prestarán una asistencia social integral a las personas que padecen estas demencias de acuerdo con sus necesidades básicas, terapéuticas y psicosociales, contando con la participación activa de sus familiares y promoviendo el mantenimiento de su autonomía personal y la permanencia en su entorno habitual.

Con esta norma, se trató, desde la Xunta de Galicia, definir el recurso de centro de día especializado en la atención a personas que padecen Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias. Sin embargo, tiene puntos fuertes (incluye la participación activa de las familias en los cuidados de las personas mayores, por ejemplo) y tiene puntos débiles (señala que es un servicio multidisciplinar y habla de asistencia, concretando la asistencia social, más que de apoyo, cuidado, atención, ... el término asistencia parece que da lugar más a la dependencia que a la autonomía).

7. **Definición de centro de día para personas mayores según la Orden del 25 de junio de 2008 por la que se regulan los requisitos específicos que deben cumplir los centros de día y las unidades de atención social para personas que padecen Alzheimer y otras Demencias (DOG N°138, de 17 de julio de 2008):**

La descripción de centros de día y unidades de Alzheimer se establece en su Artículo 1.2.: *“Para los efectos de la presente orden tendrán consideración de centros de día y unidades de Alzheimer aquellos establecimientos situados en la Comunidad Autónoma de Galicia que (...) proporcionan un servicio multidisciplinar de atención diurna de carácter especializado a las personas que tienen diagnosticado Alzheimer u otro tipo de Demencia neurodegenerativa”.*

Continúa con la línea marcada en el Decreto anterior, determinándolo como un servicio multidisciplinar, en lugar de que en el mismo trabajará un equipo multidisciplinar, sin establecer la tipología a la que pertenecen este tipo de

recursos: sociosanitaria.

8. **Definición de centro de día para personas mayores según el Consorcio Galego de Servizos de Igualdade e Benestar:**

Este organismo público adscrito a la Consellería de Política Social de la Xunta de Galicia y en vías de ser integrado en la misma, indica en uno de sus documentos técnicos (VV. AA., 2008) que los centros de día para personas mayores son "*Centros gerontológicos socio-terapéuticos y de apoyo a las familias que, durante el día, prestan atención terapéutica integral y plural a las personas mayores con dependencia o en grave riesgo de padecerla, promoviendo su autonomía personal, la actividad relacional y la permanencia en su entorno habitual*".

Definición que se centra en el apoyo a la familia y no en su implicación en los cuidados a las personas mayores. Por otro lado, olvida citar los cuidados y atenciones a proporcionar. Ciertamente es que, el hecho de que no lo indique, no significa que no lo lleven a cabo. De hecho, en sus publicaciones y normativa se puede ver, comprobar y valorar su línea de trabajo.

9. **Definiciones de centro de día para personas mayores según la Cartera de servicios sociales para la promoción de la autonomía personal y la atención a las personas en situación de dependencia:**

Con esta publicación y posterior regulación a través del Decreto 149/2013, la Xunta de Galicia instaura diversas definiciones¹⁶ destinadas a describir el recurso de centro de día a través del término Servicio de Atención Diurna, estableciendo diferencias según la persona usuaria a la que va destinado, indicando las prestaciones, necesidades y cuidados a cubrir, así como el perfil profesional y la

¹⁶ Se aprueba y recoge en el Decreto 149/2013, de Galicia, de 5 de septiembre, por el que se define la Cartera de servicios sociales para la promoción de la autonomía personal y la atención a las personas en situación de dependencia y se determina el sistema de participación de las personas usuarias en la financiación de su coste (DOG N°182, de 24 de septiembre de 2013). Definiciones extraídas, analizadas e interpretadas del contenido que se recoge en el libro: Xunta de Galicia (2011).

composición del equipo de trabajadores. Eso sí, tal y como se indicó con anterioridad, sigue la línea definitoria de la Orden de 18 de abril de 1996 y lo regulado en la Ley 39/2006. Por lo tanto, en la Cartera de Servicios se recoge lo siguiente en cuanto a la definición de Servicio de Atención Diurna:

- Definición de Servicio de Atención Diurna para personas dependientes en su modalidad **Básica**, sea en régimen de estancia completa o media estancia, y en el caso de Servicios de Atención Diurna para personas dependientes con **Alzheimer**, con **parálisis cerebral** o con **daño cerebral adquirido**:

*Servicios de Atención Diurna para personas dependientes (con **Alzheimer**, con **parálisis cerebral** o con **daño cerebral adquirido**) que, residiendo en sus propios hogares, precisen de una serie de cuidados y atenciones de carácter personal y social, orientadas principalmente al mantenimiento de las capacidades para la autonomía personal, y al control de la progresión del deterioro **físico, psíquico o sensorial**. Las prestaciones comprendidas en este servicio podrán ser prestadas tanto en las infraestructuras de centros específicos como en infraestructuras comunitarias, cubriendo todo el espectro de prestaciones que puede requerir el colectivo para la mejora de su calidad de vida.*

- Definición de Servicio de Atención Diurna para personas dependientes con **discapacidad física**, sea en régimen de estancia completa o media estancia:

*Servicios de Atención Diurna para personas dependientes con **discapacidad física** que, residiendo en sus propios hogares, precisen de una serie de cuidados y atenciones de carácter personal y social, orientadas principalmente al mantenimiento de las capacidades para la autonomía personal, y al control de la progresión del deterioro **físico** (...).*

- Definición de Servicio de Atención Diurna **Teapeútica**, sea en régimen de estancia completa o media estancia:

Servicio de Atención Diurna para personas que, residiendo en sus propios

hogares, precisen de una serie de cuidados y atenciones de carácter personal, social y terapéutico, orientadas principalmente a la rehabilitación de las capacidades físicas, psíquicas o sensoriales, y a la promoción de la autonomía personal de los usuarios(...)

- Definición de Servicio de Atención Diurna **Terapéutica**, sea en régimen de estancia completa o media estancia, para personas dependientes con **Alzheimer**, con **parálisis cerebral** o con **daño cerebral adquirido**:

*Servicio de Atención Diurna Terapéutica para personas dependientes (con **Alzheimer**, con **parálisis cerebral** o con **daño cerebral adquirido**) que, residiendo en sus propios hogares, precisen de una serie de cuidados y atenciones de carácter personal, social y terapéutico, orientadas principalmente a la rehabilitación de las capacidades físicas, psíquicas o sensoriales, y a la promoción de la autonomía personal de los usuarios (...).*

- Definición de Servicio de Atención Diurna **Terapéutica** para personas dependientes con **discapacidad física**, sea en régimen de estancia completa o media estancia:

*Servicio de Atención Diurna Terapéutica para personas dependientes con **discapacidad física** que, residiendo en sus propios hogares, precisen de una serie de cuidados y atenciones de carácter personal, social y terapéutico, orientadas principalmente a la rehabilitación de las capacidades físicas y a la promoción de la autonomía personal de los usuarios (...).*

- Definición de Servicio de Atención Diurna **Terapéutica** para personas dependientes con **discapacidad intelectual** o con **trastorno del espectro autista**, sea en régimen de estancia completa o media estancia:

*Servicio de Atención Diurna Terapéutica para personas dependientes (con **discapacidad intelectual** o con **trastorno del espectro autista**) que, residiendo en sus propios hogares, precisen de una serie de cuidados y atenciones de carácter personal, social y terapéutico, orientadas*

principalmente a la rehabilitación de las capacidades psíquicas y a la promoción de la autonomía personal de los usuarios (...).

- Definición de Servicio de Atención Diurna **Terapéutica-Ocupacional** para personas dependientes con **discapacidad física**:

Servicio de Atención Diurna para personas dependientes con discapacidad física que, residiendo en sus propios hogares, precisen de una serie de cuidados y atenciones de carácter personal, social, terapéutico y ocupacional, orientadas principalmente a la rehabilitación de las capacidades físicas, a la preparación e integración laboral, y a la promoción de la autonomía personal de los usuarios (...).

- Definición de Servicio de Atención Diurna **Terapéutica-Ocupacional** para personas dependientes con **parálisis cerebral** o con **daño cerebral adquirido**:

*Servicio de Atención Diurna **Terapéutica-Ocupacional** para personas dependientes (con **parálisis cerebral** o con **daño cerebral adquirido**) que, residiendo en sus propios hogares, precisen de una serie de cuidados y atenciones de carácter personal, social, terapéutico y ocupacional, orientadas principalmente a la rehabilitación de las capacidades físicas, **psíquicas** o **sensoriales**, a la preparación e integración laboral, y a la promoción de la autonomía personal de los usuarios (...).*

- Definición de Servicio de Atención Diurna **Terapéutica-Ocupacional** para personas dependientes con **discapacidad intelectual** o con **trastorno del espectro autista**:

*Servicio de Atención Diurna para personas dependientes con discapacidad intelectual que, residiendo en sus propios hogares, precisen de una serie de cuidados y atenciones de carácter personal, social, terapéutico y ocupacional, orientadas principalmente a la rehabilitación de las capacidades **psíquicas**, a la preparación e integración laboral, y a la*

promoción de la autonomía personal de los usuarios (...).

- Definición de Servicio de Atención **Ocupacional** para personas dependientes con **discapacidad física**, con **parálisis cerebral**, con **daño cerebral adquirido**, con **discapacidad intelectual**, con **trastorno del espectro autista** o con **enfermedad mental**, sea en régimen de estancia completa o media estancia:

*Servicio de Atención Diurna para personas dependientes (con **discapacidad física**, con **parálisis cerebral**, con **daño cerebral adquirido**, con **discapacidad intelectual**, con **trastorno del espectro autista** o con **enfermedad mental**) que, residiendo en sus propios hogares, precisen de una serie de cuidados y atenciones de carácter personal, social y ocupacional, orientadas principalmente a la preparación e integración laboral, y a la promoción de la autonomía personal de los usuarios (...).*

- Definición de Servicio de Atención Diurna **Psicosocial** para personas dependientes con **enfermedad mental**, sea en régimen de estancia completa o media estancia:

*Servicio de atención diurna para personas dependientes con **enfermedad mental** que, residiendo en sus propios hogares, precisen de una serie de cuidados y atenciones de carácter personal y psicosocial, orientadas principalmente a la rehabilitación de las capacidades psíquicas, y a la promoción de la autonomía personal de los usuarios(...)*

- Definición de Servicio de Atención Diurna **Psicosocial-Ocupacional** para personas dependientes con **enfermedad mental**:

*Servicio de atención diurna para personas dependientes con **enfermedad mental** que, residiendo en sus propios hogares, precisen de una serie de cuidados y atenciones de carácter personal, psicosocial y ocupacional, orientadas principalmente a la rehabilitación de las capacidades psíquicas, a la preparación e integración laboral, y a la promoción de la autonomía*

personal de los usuarios (...).

Como análisis de las definiciones recogidas en la Cartera, indicar como punto a favor que tratan de delimitar y especificar el recurso de centro de día desde el perfil de las personas usuarias y los servicios que prestan. Sin embargo, como puntos débiles, destacar la deslocalización y ubicación de los mismos (en todas las definiciones se indica que las prestaciones de cualquier Servicio de Atención Diurna pueden ser prestadas en centros específicos o en infraestructuras comunitarias) y el riesgo de que el exceso de especificación signifique pérdida de atenciones, de profesionales y de universalidad en el acceso de personas usuarias por padecer o precisar unos cuidados u otros.

10. Definiciones de centro de día según la Diputación Foral de Guipuzcoa:

En el año 2003, la Diputación Foral de Guipuzcoa presentó esta Guía (VV. AA., 2003) en la que analizaba este recurso y presentó las siguientes definiciones junto con los respectivos autores:

- *Unidades de asistencia diurna, con ubicación independiente o anexos a centros sociales o a residencias, que se presentan principalmente como recurso temporal o definitivo alternativo a la institucionalización, y cuyo objetivo es la mejora de la calidad de vida de la persona mayor, promoviendo un modelo de atención integral, físico-psíquico-social, que favorece la permanencia en el ámbito socio-familiar, y la mejora de la calidad de vida de la familia cuidadora, apoyando y complementando su labor de cuidado y de protección afectiva (Sannino, 1999).*
- *Servicio diurno multidisciplinar dirigido a usuarios que presentan un grado de problemática socio-asistencial, configurado como estructura que proporciona asistencia continuada durante tiempo indefinido cuyos objetivos y funciones principales son de carácter preventivo, rehabilitador, de supervisión-seguimiento, de soporte social y alivio frente al agotamiento*

familiar así como de resocialización, permitiendo la evaluación y atención individualizada de los sujetos y pudiéndose utilizar como Alternativa “blanda” al recurso residencial (Inza, 1999).

- *Aquellas unidades organizativas, funcionales y socioasistenciales para aquellas personas mayores con discapacidades que no requieran imprescindiblemente el ingreso en una residencia para que reciban una asistencia global en su medio habitual mediante la complementación de atenciones de carácter especializado y familiar, cuyo objetivo general es ofrecer una atención integral y de calidad a las personas mayores afectadas de determinado nivel de discapacidad física, psíquica o social, y que consecuentemente suponga depender de una tercera persona para la realización de ciertas actividades de la vida diaria (Gutiérrez, 1999).*
- *Centros dependientes de los servicios sociales comunitarios destinados a ancianos que presentan cierto grado de discapacidad funcional, psíquica o social, dificultades para que le atienda su familia y para el acceso a una adecuada vida social y comunitaria cuyo objetivo general es lograr un mayor nivel de autonomía y/o autocuidado en el anciano y unas condiciones de vida dignas y como en todo nivel gerontológico, social o sanitario se les proporcionará una atención integral: funcional, social, mental y sanitaria, de mantenimiento y de atención continuada de seguimiento (Gil, 1996; Plan Gerontológico, 1993; Conrad et. al, 1993; Hornillos, 1995; Salgado y González, 1999).*

El equipo que elaboró dicha guía, llegó a una conclusión definitiva basándose en el *Seminario de estudio sobre Centros de Día del IMSERSO*, señalando como definición idónea la siguiente: *el centro de día es un servicio sociosanitario y de apoyo familiar que ofrecen durante todo el día atención a las necesidades personales básicas, terapéuticas y socioculturales de las personas mayores con diverso grado de dependencia, promoviendo su autonomía y la permanencia en su entorno habitual.*

Se consideran muy acertadas las definiciones de Sannino (1999), del Plan Gerontológico y otros autores y la aportada por el IMSERSO. En algunas de ellas, recogen el término de calidad de vida, aspecto que hasta el momento no había sido citado, a pesar de un recurso vital que proporciona y mejora la misma entre las personas usuarias.

11. Definición de centro de día según la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología:

En el año 2009, la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología publicó esta guía e indicó, además de la existencia de numerosas definiciones de centro de día, que la definición idónea es la dada en el año 2000 por la Consejería de Servicios Sociales del Principado de Asturias que lo define al centro de día como *un centro socioterapéutico y de apoyo a la familia que durante el día presta atención a las necesidades básicas, terapéuticas y sociales de la persona mayor frágil promoviendo su autonomía y una permanencia adecuada en su entorno habitual.*

No se trata de una definición novedosa, en la que incluye el término “*persona mayor frágil*”, tan en boga en la actualidad.

- **Propuesta de definición de centro de día para personas mayores:**

A modo de conclusión y teniendo en cuenta tanto las definiciones aquí presentadas como la bibliografía consultada, así como el estudio realizado, se concluye que la definición de centro de día debe de ser genérica, pero completa, tratando de no dejar a ningún/a posible usuario/a a un lado. Se propone la siguiente, de elaboración propia, basada en las aquí aportadas:

“Recurso sociosanitario que se ubica independientemente o siendo un anexo a centros residenciales u otro tipo de recursos sociales y/o sociosanitarios, siendo un recurso alternativo a la institucionalización o de retraso de la misma, que durante

el día presta diversas atenciones y cuidados individualizados de índole personal, físico, psíquico, funcional, sanitario, sociorrelacional, sociofamiliar, sociocultural y terapéutico que permiten a la persona mayor con diferente grado de dependencia y/o de discapacidad permanecer en su domicilio y entorno habitual; cuyo objetivo es la mejora de su calidad de vida, cubriendo sus necesidades, promoviendo, mejorando y/o manteniendo su autonomía y suponiendo un apoyo para la familia y/o otros recursos sociosanitarios que recibe la persona mayor, según cada caso, dando lugar a un mayor apoyo, atención y protección de la persona mayor y de su entorno”.

3.3. LA PERSONA USUARIA

Teniendo en cuenta los datos aportados en relación al envejecimiento de la población española y gallega y en relación al porcentaje de personas con discapacidad y/o con dependencia, se entiende que en poco más de una docena de años, se haya quintuplicado el número de plazas de centros de día, dado que se pretende dar respuesta a lo siguiente con respecto a la persona usuaria:

- La persona usuaria necesita de los cuidados de una tercera persona para realizar ciertas o todas las Actividades Básicas de la Vida Diaria y el personal del centro de día se los proporciona.
- La persona usuaria que es mayor, con dependencia y/o discapacidad necesita de unos cuidados especializados que el equipo de profesionales del centro de día le suministra.
- La persona usuaria mayor, con dependencia y/o discapacidad padece o puede padecer problemas de salud que los profesionales del centro de día pueden supervisar y prevenir e, incluso, proporcionar y mantener un envejecimiento activo y saludable.
- La persona usuaria tiene o puede tener necesidades sociales, emocionales y/o cognitivas que el centro de día cubre, ya que supone un espacio de

convivencia, sociocultural, de socialización, de estimulación y de participación.

- La persona usuaria requiere o puede requerir de atenciones y cuidados individualizados integrales (a nivel personal, físico, psíquico, funcional, sanitario, sociorrelacional, sociocultural y terapéutico) y personalizados que pueden ser cubiertos a través de la intervención y la prevención en el centro de día por parte de sus profesionales.
- La persona usuaria prefiere envejecer en su domicilio y entorno habitual que el centro de día le permite y alarga en el tiempo con las diferentes intervenciones y programas dirigidos a promover, mantener y/o mejorar la autonomía.
- La persona usuaria recibe cuidados por parte de una persona cuidadora, familia y/o otros recursos sociosanitarios que pueden ser complementados, reforzados y apoyados por parte de los profesionales del centro de día.

Turnbull en el año 1994 indicaba que *“el programa de un centro de día de Alzheimer, diseñado para satisfacer las necesidades y desarrollar las potencialidades de los enfermos de Alzheimer, puede recuperar actividades que se han perdido, proporcionar papeles, incrementar la autoestima y mejorar la calidad de vida. (...) el mantenimiento de las actividades de la vida diaria y la integración social, son un poderoso instrumento terapéutico”* (Algado, 2005).

Tal afirmación se puede extrapolar a todos los centros de día que promueven, mejoran y/o mantienen la autonomía de las personas usuarias. Es más, dada la envergadura de necesidades, cuidados y prestaciones que pueden proporcionar los centros de día a una persona usuaria, se entiende que tenga grandes repercusiones en su calidad de vida, sabiendo que ese es su objetivo principal tanto para con la persona usuaria como para con la persona cuidadora y/o familia que se analiza a continuación.

3.4. LA PERSONA CUIDADORA Y/O FAMILIA

En un alto porcentaje, puede afirmarse que al lado de toda persona usuaria de un centro de día está una persona cuidadora y/o familia con unas necesidades y demandas que han de ser cubiertas, puesto que se consideran otra parte importante de la atención y beneficio del recurso, debido a que, dentro de la atención integral y personalizada a la persona usuaria, una de las áreas de las que se ocupa el centro de día es la sociofamiliar motivado por lo siguiente:

- La persona cuidadora, sea familiar o no, remunerada o no, necesita un tiempo de respiro que el centro de día le proporciona durante las horas en que la persona de la que se hace cargo acude al centro.
- La persona cuidadora, sea familiar o no, tiene dificultades en la conciliación de la vida laboral, familiar y personal que el centro de día le permite subsanar en parte o en su totalidad.
- La persona cuidadora, sea familiar o no, remunerada o no, puede tener signos de agotamiento que, sin una intervención adecuada, puede llegar a desarrollar sobrecarga o el Síndrome de Burnout que desde el centro de día se pueden abarcar con un tiempo de escucha activa, apoyo psicosocial, asesoramiento en recursos y prestaciones sociosanitarias y formación para cuidar y cuidarse mejor.

Con respecto a las personas cuidadoras, en Andalucía se crearon las Unidades de Estancias Diurnas dentro del *Plan Andaluz de Apoyo a las Familias* y tras un estudio, se concluyó, después de una valoración inicial y en el momento de ingreso de la persona usuaria en las Unidades de Estancias Diurnas, que el 54,16% de las personas cuidadoras presentan una sobrecarga intensa, el 22,2% una sobrecarga leve y el 22,2% no presenta sobrecarga. Es decir, el 76,38% de personas cuidadoras presentan síntomas de sobrecarga y son potenciales candidatas a padecer el síndrome del cuidador o también llamado síndrome del burnout.¹⁷

¹⁷ La información y los datos que se aportan fueron extraídos, analizados e interpretados del contenido que se recoge en el Capítulo 6 “*Apoyos a los familiares cuidadores*” de la siguiente publicación: VV.AA. (2006). *Vejez: autonomía o*

Por tanto, queda clara la relevancia y la necesidad existente de considerar a las personas cuidadoras y/o familias como persona usuaria y beneficiaria del centro de día, dándoles a conocer las intervenciones y objetivos para con ellas para hacer efectiva la mejora de la calidad de vida tanto de las personas usuarias como de las personas cuidadoras y/o familia.

3.5. LOS/AS PROFESIONALES

Dada la relevancia de las intervenciones a llevar a cabo, los objetivos a alcanzar y los posibles perfiles de las personas usuarias y de las personas cuidadoras y/o familiares, es imprescindible que el personal de un centro de día esté compuesto por profesionales con formación específica en gerontología, dependencia y/o discapacidad e integrado de la mayor de las disciplinas posibles para así ofrecer una atención integral y especializada.

El equipo del centro de día debe estar formado por disciplinas sanitarias, funcionales, terapéuticas y sociales para así ofrecer una atención integral y especializada. El modo de funcionar como equipo lleva a la definición de la tipología existente de la forma más sencilla y objetiva (Romero, 2013):

- Equipo interdisciplinar: El grupo de profesionales con diferentes disciplinas cooperan para la consecución de un mismo fin. Es decir, busca la integración de las diferentes disciplinas, sin importar la mezcla resultante entre las disciplinas. Tiene una estructura circular en la que las disciplinas se valoran como iguales.
- Equipo pluridisciplinar: Permite el estudio de un objetivo que se realiza a partir de varias disciplinas, las cuales pueden colaborar entre sí para obtener un resultado en conjunto, aunque, estas no deben perder sus códigos o leyes propias.

dependencia pero con calidad de vida. España: Dykinson.

- Equipo multidisciplinar: Formado por un grupo de personas, que ejercen diferentes disciplinas, las cuales aportan sus conocimientos y experiencias para alcanzar un objetivo común. Las aportaciones son herméticas y cerradas. Dicho de otra manera, es la oportunidad en la que muchas disciplinas se concentran entorno a un caso común pero, no se relacionan con las demás disciplinas, conservando así las teorías propias de cada una. Por otra parte, su estructura es piramidal y se puede observar desigualdad en la percepción o valoración de cada una de las disciplinas.
- Equipo transdisciplinar: Grupo de trabajo formado por personas con diferentes titulaciones que tratan temas y toman decisiones que trascienden o comunican, traspasando las disciplinas, para alcanzar un objetivo común. Busca la comprensión del objeto como una totalidad y no pretende concentrarse en las disciplinas, porque como la palabra “trans” lo indica va más allá de ellas, eliminando las barreras que existen entre las mismas, por lo que exige la comprensión de múltiples lenguajes. Es decir, no importa la disciplina sino el problema a resolver. Trabajar transdisciplinariamente implica poder asumir unas cuantas tareas del otro compañero de otra profesión, sin que realmente lo posicione en la otra profesión.

Puesto que los profesionales de un centro de día son personas cuidadoras, no hay que perder de vista la posibilidad de que vivan el ejercicio de su actividad laboral desde dos puntos de vista diferenciados:

- Sentimiento de satisfacción por ejercer como personas cuidadoras, sentir que se ayuda a otras personas, que se cuida y que se consiguen objetivos sanitarios, funcionales, terapéuticos, emocionales, psicológicos, sociales, etc.
- Sentimiento de agotamiento, estrés, sobrecarga, etc.

Si el profesional tiene en su mayoría sentimiento de satisfacción personal,

entonces, los cuidados, tareas, funciones y su trabajo en general lo realizará con efectividad. Sin embargo, si trabajar en un centro de día le causa estrés, entonces implica, según señala Lyman (1998), *“expectativas que son excesivas, no razonables, contradictorias o agotadoras (exigencias excesivas) que no pueden ser modificadas por el trabajador (escaso control de las condiciones de trabajo) y que no disminuyen con la ayuda de los demás (escaso respaldo social)”* (Algado, 2005).

El que el personal de un centro de día viva su día a día con satisfacción personal también dependerá de factores tales como:

- Elección del puesto de trabajo: Si el/la profesional del centro de día ha decidido trabajar en el mismo porque le gusta, por vocación o por tener habilidades y conocimientos para el mismo, trabajará mejor y con mayor satisfacción y efectividad.
- Tiempo que lleven ejerciendo: A mayor tiempo trabajando en un centro de día mayor riesgo hay de tener sentimientos de agotamiento emocional y sufrir estrés y/o sobrecarga, por tanto, hay que motivarla, implicarla, formarla, reciclarla, etc.
- Ambiente de trabajo: Si hay buen y motivador ambiente de trabajo, el/la profesional ejercerá con mejor ánimo y mayor efectividad sus funciones.
- Condiciones de trabajo: Si el/la trabajador/a está de acuerdo con sus condiciones de trabajo (horarios, ratio y organización de personal, funciones, derechos, responsabilidades, salario, etc.), al igual que el anterior, ejercerá con mejor ánimo y mayor efectividad.
- Instalaciones del centro de día: Si las instalaciones son confortables, amplias, cuidadas y renovadas y si, además, disponen de ayudas técnicas suficientes y adecuadas y hay ausencia de barreras arquitectónicas, el personal ejercerá con mejor ánimo y mayor efectividad.
- Relación con las personas usuarias y personas cuidadoras y/o familias: Si hay buena relación y comunicación entre el equipo del centro de día y las personas usuarias y personas cuidadoras y/o familias, el personal dispondrá

de más datos, más formación y sentirá mayor confianza en su día a día.

Para que la calidad de vida llegue a las personas profesionales de un centro de día es necesario valorar y mejorar estos seis puntos, puesto que hay que cuidar a la persona cuidadora, en este caso, remunerada, pero que no deja de ser una persona doblemente cuidadora, por un lado, de personas usuarias y, por otro, de personas cuidadoras y/o familias.

3.6. INTERVENCIÓN Y PROGRAMAS

Tanto la intervención como los programas y las actividades que se desarrollan en un centro de día por excelencia tienen en cuenta tanto a la persona usuaria como a sus cuidadores y/o familiares. La intervención se divide en una serie de áreas que están interrelacionadas entre sí. Las áreas de intervención con sus posibles programas y actividades son:

- Área Psicológica: Abarca elementos clave como lo cognitivo, lo conductual y lo emocional, principalmente de la persona usuaria. Forman parte de esta área, los siguientes programas:
 - Estimulación cognitiva, bien sea individual o grupal. Según el perfil de la persona usuaria y el deterioro cognitivo que presente, se centrará en mantener las capacidades cognitivas o, incluso, tratará de mejorarlas. Debe de realizarse diariamente. Existen diversas actividades con las que se puede realizar una adecuada estimulación cognitiva, siendo la elaboración de la *“caja de los recuerdos”* una de las más centradas en la persona usuaria (con cada usuario y colaborando cuidadores y/o familiares, se va llenando una caja con objetos significativos para el usuario y a través de los cuales se realiza estimulación cognitiva con la evocación de recuerdos).
 - Orientación a la realidad: Al igual que la anterior, debe de realizarse

diariamente. El objetivo es que el usuario esté orientado fundamentalmente en tiempo y espacio. Se consigue ubicando a la persona diariamente en el día, mes, año, estación y noticias, eventos y festividades. Generalmente se utiliza un panel para que la persona mayor pueda verlo en cualquier momento. Otro material complementario a utilizar son los calendarios, santorales, periódicos, etc.

- Supervisión y reconducción de las alteraciones de conducta: Esta intervención realizase cando existen personas usuarias que tienen problemas de conducta y necesidad de ser supervisados continuamente para, en el caso, de que se alteren, realizar un control de estímulos y reconducirlos.
 - Actividad/Taller de autoestima: El psicólogo realiza diferentes actividades con los usuarios y cuidadores y/o familiares, bien sea individual o grupalmente. Este tipo de actividades o talleres son muy importantes teniendo en cuenta que una elevada autoestima permite a la persona enfrentarse con mayor éxito a situaciones estresantes, tener mayor resistencia a la frustración y a la crítica, mejorar la comunicación con los demás, etc.
 - Actividad/Taller de relajación: Tal y como su propio nombre indica el objetivo de esta actividad es la relajación. Puede realizarse tanto con usuarios como con cuidadores y/o familiares. En el caso de estos últimos, además de beneficiarse de la relajación que consigan en cada sesión, la persona adquiere unos conocimientos, ejercicios y recursos que pueden utilizar en su domicilio y que le ayudarán a mejorar su salud, estado de ánimo, la conciliación del sueño, etc.
- Área Físico-funcional: Su objetivo es conseguir la mayor autonomía del geronte dependiente y/o discapacitado a través, por un lado, del ejercicio y la rehabilitación física y, por otro, de la supervisión, apoyo o ayuda en la realización de las Actividades Básicas de la Vida Diaria así como de las Actividades Instrumentales. Forman parte de esta área programas y

actividades que también podrían ser ubicados en el área sanitaria y/o terapéutica. Indicar los siguientes:

- Fisioterapia.
 - Gerontogimnasia: Es una actividad de educación física adaptada a las personas mayores, dependientes y/o discapacitadas.
 - Yoga/Tai-chi/Pilates/Chi Kung: Son actividades físicas que suponen otras terapias o formas alternativas de mantenimiento y mejora de la salud. También contribuyen a la relajación de la persona.
 - Actividades manipulativas y estimulación/entrenamiento de la psicomotricidad: Permiten trabajar con los usuarios la psicomotricidad fina y gruesa que le permiten una mejora de su estado físico y le posibilitan una mejora de su autonomía personal.
 - Programa de registro y de supervisión/apoyo/ayuda en Actividades Básicas de la Vida Diaria/Actividades Instrumentales/autonomía personal: Es un programa que abarca actividades asistenciales de forma individualizada con el objetivo de procurar la mayor autonomía personal posible, evitando crear mayor dependencia que la real de la persona usuaria.
-
- Área Sanitaria: El objetivo principal de esta área es el mantenimiento del estado de salud en el nivel más óptimo. Puesto que la salud es uno de los componentes que influyen directamente en la calidad de vida de la persona, los centros de día tienen los siguientes programas dirigidos a los mayores dependientes y/o discapacitados:
 - Programa de enfermería y supervisión de curas, control de constantes, dietas, higiene/aseo personal y seguimiento de usuarios/as.
 - Programa de prevención y promoción de la salud: De este programa forman parte actividades y talleres de educación sanitaria en los que se promocionan los hábitos de vida saludables, se forma en unas correctas medidas de aseo e higiene personal, se enseña acerca de enfermedades, síndromes geriátricos, prevención de la aparición y

tratamiento de úlceras, etc. Se pueden beneficiar tanto usuarios (adaptando los contenidos a su estado cognitivo) como a cuidadores y/o familiares.

- Programa de cuidado personal/pelequería y estética/podología/logopeda: Tiene impacto positivo en la salud de la persona, mejoran su imagen, facilita la comunicación, posibilita una mejora de la marcha (en el caso de la podología) y, por tanto, repercute en su autoestima y, por tanto, en su estado de ánimo. Principalmente está dirigido a las personas usuarias de centros de día.
- Área Terapéutica: Formada principalmente por el Programa de Terapia Ocupacional que tiene como objetivos: mejorar el ocio y tiempo libre de la persona a través de actividades significativas, promocionar la participación en la sociedad, responder a intereses culturales de los usuarios, favorecer la relajación, etc. Las actividades pueden ser: laborterapia, manualidades, jardinería, calceta, cocina/repostería y estimulación de los sentidos. Este programa también puede ser ubicado dentro del área sociocultural o del área psicológica.
- Área Social: Repercute a nivel sociorrelacional y sociofamiliar. Está constituida por los siguientes programas:
 - Programa de acogida a usuarios, cuidadores y/o familias: Se establece un protocolo de acogida que abarca un conjunto de actuaciones dirigidas a los usuarios, futuros usuarios, cuidadores y/o familiares para procurar la incorporación, adaptación e integración a la dinámica diaria del centro de día.
 - Programa de información, orientación y asesoramiento a personas usuarias, cuidadores y/o familias: Es un programa básico por suponer el primer contacto con los posibles usuarios, cuidadores y/o familiares. Su objetivo es informar, orientar y asesorar con respecto a: el sistema de acceso, las plazas disponibles, el funcionamiento del centro, las tarifas y

- servicios del centro, los requisitos de los usuarios, los derechos y obligaciones, recursos sociosanitarios, económicos y jurídicos, etc.
- Programa de intervención familiar: Trata de cubrir las necesidades y demandas que se presenten en el núcleo familiar, realizando intervenciones a nivel individual y grupal con el usuario, cuidador y/o familiares. Proporciona apoyo psicosocial y facilita la descarga emocional a los cuidadores y/o familiares, así como los dota de herramientas y conocimientos. Este programa también forma parte o puede estar ubicado en el área psicológica o en el área sanitaria.
 - Programa de integración social: Se inicia con el programa de acogida. Se trata de realizar diferentes actividades e intervenciones que posibiliten una integración social adecuada de la persona usuaria, bien sea a través de posibilitar y facilitar las relaciones sociales bien sea a través de la mejora de la participación social y comunitaria.
 - Programa de organización del tiempo “*Bancos de Tiempo*” entre cuidadores y/o familias: Su objetivo es facilitar la mejora de la organización del tiempo que le conlleve a los cuidadores y/o familiares a aliviar o prevenir la sobrecarga, mejorar su tiempo de ocio, realizar otras tareas que no pueden por no disponer de tiempo, sentirse útil, etc. Se trata de organizar diferentes actividades e intervenciones para que contacten entre ellos y ofrezcan y demanden tareas a realizar, horarios de disponibilidad o que necesitan apoyo, etc.
 - Programa y actividades formativas: Este programa puede ubicarse también en el área psicológica o en el área sanitaria. Forman parte del mismo las actividades o talleres en habilidades sociales, de comunicación y cuidado; la Escuela para Cuidadores/as y/o Familias; Formación y supervisión de Grupos de Ayuda Mutua, entre otros.
- Área Sociocultural: Formada por el Programa de Animación Sociocultural y Participación Comunitaria que está constituido por una serie de actividades que también pueden ser situadas dentro del área social, el área terapéutica

o psicológica. Señalar las siguientes:

- Actividades relacionadas con el uso de tecnologías: uso de ordenadores (informática), Nintendo Wii, pantallas táctiles, teléfonos móviles y reproductor de CD y DVD, etc.
- Actividades creativas y de expresión corporal: teatro, taller de lectura y escritura, taller de expresión oral, radio, música, canto y baile.
- Actividades relacionadas con otras terapias: musicoterapia, risoterapia, abrazoterapia, reiki y terapia asistida con animales.
- Otras actividades:
 - Actividades lúdicas, taller de juegos tradicionales, taller de juegos de mesa y taller de adivinanzas, acertijos, refranes.
 - Salidas/visitas/excursiones.
 - Actividades especiales en colaboración con otras entidades próximas al centro de día.
 - Actividades intergeneracionales con niños y jóvenes que acuden a escuelas infantiles, colegios, institutos y/o universidades cercanos al centro de día.
 - Actividades religiosas.
 - Etc.

A mayor número de programas y actividades implantados en el centro de día, mayor será el impacto en la calidad de vida de los usuarios, cuidadores y/o familias. Además, supone una gran oportunidad de desarrollo personal y profesional para las personas que trabajen en los centros. Bien es cierto que deberán de ser renovados conforme vaya evolucionando el perfil de las personas usuarias de un centro de día, puesto que las personas mayores de ayer no reúnen las mismas características, preferencias y/o intereses que las de hoy y lo mismo ocurre con las que lo serán mañana.

CAPÍTULO 4. INVESTIGACIÓN Y RESULTADOS

CAPÍTULO 4. INVESTIGACIÓN Y RESULTADOS

4.1. EL PROBLEMA INVESTIGADO

En toda investigación científica el primer paso es formular el problema que la origina y que puede considerarse como la guía a seguir durante el proceso investigador. Me ha interesado estudiar la calidad de vida que experimentan las personas mayores que asisten a centros de día. Para ello, he partido de la existencia de un importante déficit de investigaciones sobre la calidad de vida de las personas mayores usuarias de centros de día.

4.2. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

A partir de la formulación del problema, nuestro estudio ha respondido a un objetivo general: Conocer la calidad de vida de las personas mayores usuarias de centros de día. Más específicamente, conocer la relación de la salud (física y mental) y las habilidades funcionales con la calidad de vida de estas personas.

Este objetivo general se ha concretado en dos objetivos específicos:

- Explorar y describir la relación entre salud (física y mental) y calidad de vida de las personas mayores.
- Explorar y describir la relación entre habilidades funcionales (autonomía) y calidad de vida de las personas mayores.

4.3. HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

Formulados los objetivos de la investigación, es preciso ahora plantear cuáles

son las hipótesis que han de guiarla. En concreto, las hipótesis que han servido de guía del trabajo han sido las siguientes:

- Las personas mayores pueden agruparse en grupos en función de su calidad de vida.
- Los perfiles de salud caracterizados por una menor sintomatología física y mental (menor sintomatología en alteraciones conductuales y cognitivas) tendrán una mejor calidad de vida.
- Los perfiles de habilidades funcionales más elevados tendrán una mejor calidad de vida.

4.4. DISEÑO Y PROCEDIMIENTO DE INVESTIGACIÓN

Para poder confirmar las hipótesis de trabajo formuladas, se ha diseñado un plan de investigación de naturaleza no experimental y de carácter descriptivo y transversal, en el que se ha recurrido a utilizar como procedimiento de recogida de información la encuesta mediante la técnica de cuestionario. Éstos fueron aplicados, individualmente, sin límite de tiempo y en un único momento temporal, por la investigadora, con el apoyo de personal especializado que colaboró en el estudio. A los participantes se les recalcó la importancia de responder con sinceridad a todas las cuestiones planteadas. Asimismo, se les informó del carácter totalmente confidencial de dicha información.

El uso de los cuestionarios permite la obtención de una cantidad importante de información para analizar la población estudiada y así poder comprobar las interrelaciones posibles entre las distintas variables consideradas en nuestro diseño de investigación.

El estudio se llevó a cabo siguiendo un diseño prospectivo simple de corte transversal. La recogida de los datos relativos a las variables objeto de análisis se

realizó en cada uno de los centros a los que asistían los usuarios que participaron en la investigación. Por tanto, la información se recogió gracias a la colaboración de los centros y especialmente de los trabajadores sociales de los mismos.

Los cuestionarios fueron cumplimentados de forma voluntaria e individual por los usuarios de los diferentes centros de día participantes en la investigación.

En la explicación previa a los participantes se les indicó someramente el objetivo del estudio, la voluntariedad de su participación y su anonimato si así lo deseaban. Se informó de la completa confidencialidad de los datos y de la nula relación entre los resultados de los cuestionarios y su actividad diaria en el centro de día, por lo que se les pedía sinceridad en sus respuestas. La investigadora estuvo presente en todo momento para resolver las dudas planteadas por estas personas.

4.5. MUESTRA UTILIZADA

Participaron en el estudio 181 usuarios de centros de día de la provincia de A Coruña. En concreto, usuarios pertenecientes a las comarcas de Arzúa, Barbanza, Betanzos, A Coruña, Ferrol, Noia y Santiago. En total, el número de centros de día que participaron en el estudio fue de 15.

Previamente a la recogida de datos por parte de la investigadora se contactó, vía teléfono, e-mails o entrevista personal, con los trabajadores sociales de los distintos centros que aceptaron participar y con los responsables de ellos.

A continuación, se expondrán algunas características de los centros de día que han participado en el estudio.

1) Instalaciones de los centros de día: Las instalaciones presentes en mayor porcentaje son: aseos (incluye adaptados o no, con ducha, etc.); despacho

sanitario/médico/enfermería y/o de curas; sala polivalente (también llamada multiusos, de usos múltiples, de trabajo, etc.); gimnasio y sala de Fisioterapia y, para finalizar, Salón/sala de TV/descanso/visitas/espera/ocio/biblioteca.

Bien es cierto que el hecho de tener una plantilla amplia y unos servicios variados, obligan a necesitar espacios para proporcionar los mismos o a compartir los existentes. De ahí, la diversidad de términos a la hora de denominar estancias destinadas a fines similares. Por ello, no es raro ver que la Sala Polivalente se utilice tanto para realizar actividades como para usarla como comedor. Lo mismo ocurre con el gimnasio y la sala de fisioterapia.

Teniendo en cuenta la cantidad de instalaciones y estancias descritas, y para facilitar su descripción, se ha hecho un compendio de las mismas, reduciéndolas a 15 en el Gráfico N°1.

TABLA N°2: INSTALACIONES DE LOS CENTROS DE DÍA

	N°	%
Recepción	7	5,15
Aseos	13	9,56
Cocina y/o office	9	6,62
Comedor	10	7,35
Sala polivalente	12	8,82
Despacho Dirección	5	3,68
Despacho médico, sanitario, enfermería y/o de curas	12	8,82
Despachos, oficinas y/o sala de reuniones	8	5,88
Sala y/o aseo para el personal	2	1,47
Gimnasio	5	3,68
Sala de Fisioterapia	8	5,88
Sala de Psicoestimulación	7	5,15
Sala de T.V., descanso, visitas, espera y/o salón	9	6,62
Sala de informática, ocio y/o biblioteca	3	2,20
Peluquería	2	1,47
Patio y/o jardín	5	3,68
Pasillos	5	3,68
Lavandería, cuarto de limpieza, caldera y/o almacén	8	5,88
Vestuario y/o ropero	4	2,94
Instalaciones compartidas	2	1,47
TOTAL	136	100,0

Fuente: Cuestionario datos generales de centro de día. Elaboración propia. Año 2018.



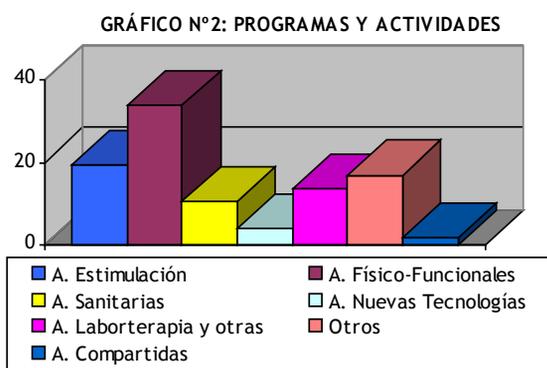
Fuente: Cuestionario datos generales de centro de día. Elaboración propia. Año 2018.

2) **Programas y actividades de los centros de día:** Los datos que se aportan fueron extraídos de la contestación a las preguntas abiertas 9 y 10 del cuestionario dirigido a Responsables/Directores/ Coordinadores de centros de día (ver Anexo I).

TABLA N°3: PROGRAMAS Y ACTIVIDADES DE LOS CENTROS DE DÍA

	N°	%
Actividades de estimulación cognitiva, lectura y conversación	24	19,35
Programas y actividades físico-funcionales, instrumentales y de Terapia Ocupacional	42	33,90
Programas y actividades sanitarias, de mantenimiento de la salud, de cuidado personal y de la autoestima	13	10,48
Actividades relacionadas con el uso de las Nuevas Tecnologías	5	4,03
Actividades de Laborterapia y otras terapias	17	13,70
Programas y actividades de Intervención Social y otras actividades extraordinarias, de ocio y tiempo libre, sin especificar y/o salidas y excursiones	21	16,93
Actividades compartidas	2	1,61
TOTAL	124	100,0

Fuente: Cuestionario datos generales de centro de día. Elaboración propia. Año 2018.



Fuente: Cuestionario datos generales de centros de día. Elaboración propia. Año 2018.

Destacan, con casi un 35%, los programas y actividades físico-funcionales, instrumentales y de Terapia Ocupacional, en las cuales se incluye lo siguiente: gerontogimnasia, gimnasia, gimnasia con psicomotricidad, psicomotricidad (fina y gruesa), rehabilitación, animación a pasear/caminar/deambulación, yoga y talleres

de actividades instrumentales/terapia ocupacional para la vida diaria/autonomía personal/actividad ocupacional/terapia ocupacional de mantenimiento.

Con prácticamente un 20% le siguen las actividades de estimulación cognitiva, a la lectura y a la conversación que abarcan las siguientes: estimulación cognitiva (individual, grupal y lúdica) taller de memoria, actividad de mejora de la memoria, orientación a la realidad, animación a la lectura (lectura de prensa y taller de literatura) y animación a la conversación (estimulación a la conversación y programa en la radio local).

En tercer lugar, y con casi un 18%, se sitúan las que denomino como novedosas y creativas, las cuales hace años era impensable que tuviesen lugar en el recurso sociosanitario a estudio. Se trata de actividades relacionadas con el uso de las Nuevas Tecnologías (wifiterapia, videoatención, informática, uso de pantallas táctiles e informática respiratoria y visual), actividades de Laborterapia¹⁸ (laborterapia, pintura, manualidades, actividades creativas, jardinería, calceta, repostería, cocina y estimulación de los sentidos) y otras terapias (musicoterapia, audiciones de música y terapia asistida con animales).

En cuarto lugar, y con poco más del 15% de la programación ofertada en los centros observados, están los Programas y actividades de Intervención Social y otras actividades extraordinarias, de ocio y tiempo libre, sin especificar y/o salidas y excursiones (en el Gráfico N°2 representadas como "Otros"), en las cuales se incluyen programas y actividades como: Programa de atención social, Programa de información y orientación, Programa de socialización y participación, Programa de intervención psicosocial, actividades en colaboración con otras entidades, actividades intergeneracionales, actividades religiosas, actividades lúdicas/ocio y

¹⁸ Según la definición recogida por el Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) en la web del Centro de Referencia Estatal de Atención a Personas con Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias (<http://www.crealzheimer.es>), la Laborterapia es "*también conocida como ergoterapia, es un método terapéutico de terapia ocupacional que pretende por medio de la actividad y la ocupación, mantener reeducar y rehabilitar los aspectos físicos cognitivos y sociales del individuo*". Indicar que esta actividad tiene componentes sensoriales (estímulos táctiles, visuales, orientación espacial, ...), neuromusculares (fuerza, resistencia, postura adecuada, ...), motores (coordinación visual y manual) y creativos (se ocupa a la persona con actividades en la que inventa, crea, diseña, ...).

tiempo libre / extraordinarias / talleres diversos / sin especificar y salidas/visitas/ excursiones.

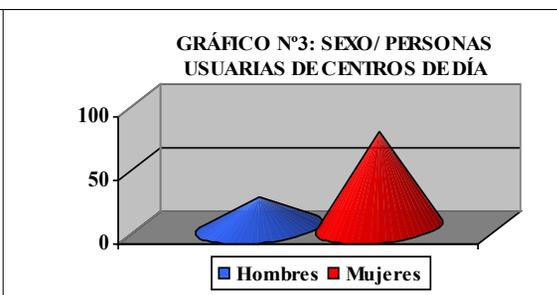
Por su repercusión en la salud y la calidad de vida de las personas usuarias de los centros de día, resaltar el 11% que representan prácticamente los Programas y actividades sanitarias, de mantenimiento de la salud (actividades asistenciales/ mantenimiento de la salud, Programa de enfermería/curas/ducha geriátrica, Programa de control de constantes, Programa de intervención individual, Programa de valoración y seguimiento de usuarios/as, Programa de prevención y promoción de la salud), de cuidado personal y de la autoestima (Programa de cuidado personal/peluquería/podología y taller de autoestima)

A modo de conclusión, señalar que la riqueza en la Programación de Actividades y su gran variedad tiene relación directa con la composición de los Equipos Profesionales, con las instalaciones y con los intereses, perfil, grados de dependencia y/o discapacidad de los/as usuarios. De hecho, así se observó entre los centros de día analizados.

Dada la relevancia para la investigación, así como al conocimiento profundo de los participantes en la investigación, a continuación se presentan datos relativos al perfil de los usuarios de los centros de día utilizados en el estudio.

TABLA N°4: SEXO/PERSONAS USUARIAS DE CENTROS DE DÍA

	Nº	%
Hombres	43	23,57
Mujeres	138	76,43
TOTAL	181	100,0

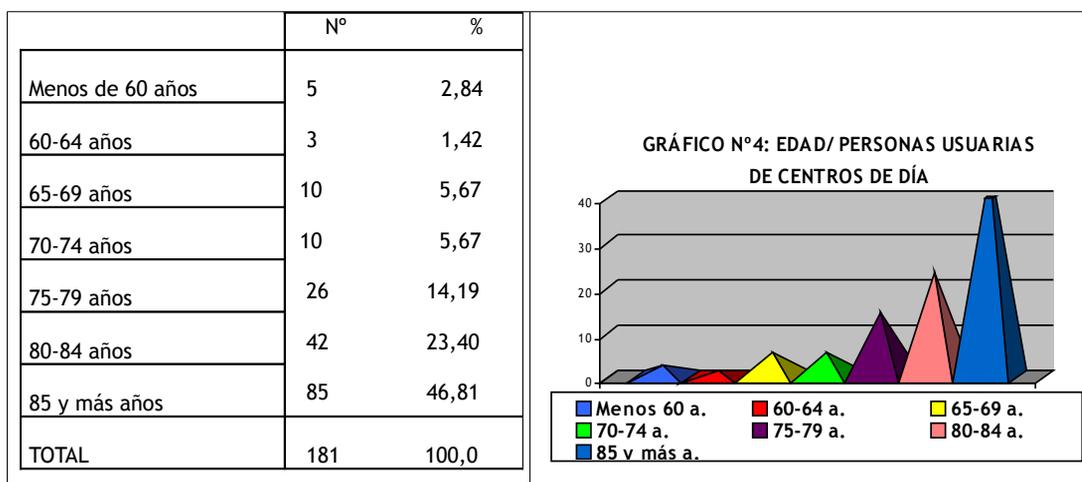


Fuente: Cuestionario CUBRECAVI. Elaboración propia. Año 2018.

Con una representación superior al 75% queda patente que el perfil de las

personas usuarias que acuden a los centros de día estudiados es eminentemente femenino, lo que coincide con uno de los factores que determinan el fenómeno del Envejecimiento en Galicia: La esperanza de vida es mayor en las mujeres.

TABLA N°5: EDAD/PERSONAS USUARIAS DE CENTROS DE DÍA



Fuente: Cuestionario CUBRECAVI. Elaboración propia. Año 2018.

El 70% de las personas usuarias de los centros de día estudiados tienen y/o superan los 80 años, situándose la media de edad en 82,53 años.

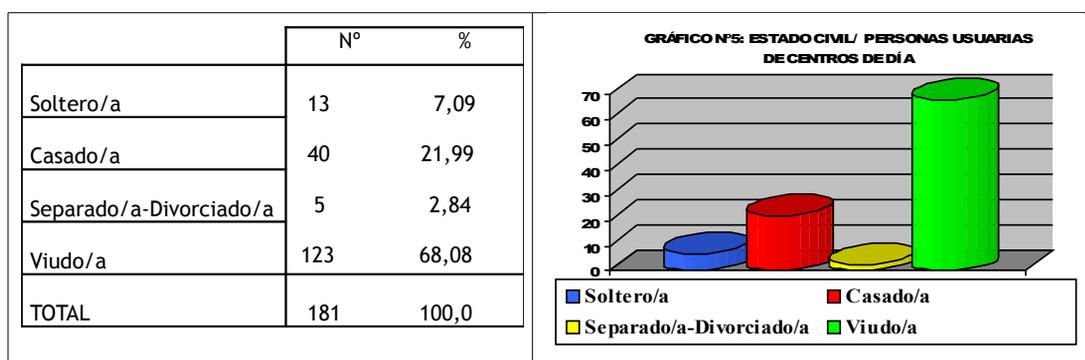
Señalar que la esperanza de vida en una mujer gallega es de alrededor de 85 años y en un hombre gallego es de aproximadamente 78 años, por lo que la edad media observada en estos centros de día se corresponde con uno de los factores determinantes del fenómeno del Envejecimiento en Galicia (el aumento de la esperanza de vida).

Por otro lado, casi el 20% tienen una edad comprendida entre 70 y 80 años. El porcentaje decrece más (siendo de un 7%) para las personas usuarias que tienen

entre 60 y 70 años. También existen alrededor de un 3% de personas usuarias menores de 60 años.

Parece, por tanto, que el recurso de centro de día está cumpliendo sus objetivos de promoción del envejecimiento activo y de mejora y/o mantenimiento de la autonomía personal de sus usuarios. Además, los centros de día constituyen una buena herramienta para abordar el fenómeno del Envejecimiento.

TABLA N°6: ESTADO CIVIL/PERSONAS USUARIAS DE CENTROS DE DÍA



Fuente: Cuestionario CUBRECAVI. Elaboración propia. Año 2018.

Prácticamente el 70% de las personas usuarias de los centros de día estudiados son viudas. Del resto, indicar que menos del 20% de las personas que acuden a los centros de día analizados están casadas y tan sólo el 5% están solteras.

Por lo tanto, teniendo en cuenta los datos aportados, es factible concluir que el perfil de la persona usuaria de los centros de día para personas mayores estudiados es el de una mujer, viuda, mayor de 80 años.

4.6. VARIABLES DE INVESTIGACIÓN

Dado el carácter descriptivo y comparativo del diseño de investigación por el que hemos optado en este estudio, no podemos hablar de variables independientes propiamente dichas, porque no se produce una manipulación directa de las mismas

durante la investigación, aunque sí podemos considerar como variables independientes asignadas las variables de salud física y mental y habilidades funcionales utilizadas para conformar agrupaciones de individuos de acuerdo con unos valores determinados de las variables y poder de esta manera observar si se producen diferencias con respecto a la variable dependiente.

En consecuencia, podemos distinguir dos tipos de variables en este trabajo: las variables independientes asignadas, a partir de las que constituiremos los grupos a comparar, y las variables dependientes, que serán aquellas sobre las que se establecerá la comparación. Como variables independientes hemos seleccionado la salud (física y mental) y las habilidades funcionales, que serán utilizadas para formar las diferentes agrupaciones o perfiles de usuarios de centros de día y estudiar si se producen diferencias entre ellas con respecto a la variable dependiente considerada: la calidad de vida.

4.7. INSTRUMENTOS DE MEDIDA

El instrumento empleado en la recogida de datos ha sido el CUBRECAVI (Cuestionario breve de Calidad de Vida). El CUBRECAVI es un instrumento de evaluación multidimensional que permite realizar una evaluación específica de la calidad de vida en personas mayores de 65 años, con el objetivo de ofrecer una medida efectiva y breve. Se ha desarrollado a partir del concepto teórico de calidad de vida formulado por Fernández-Ballesteros (1992). Integra, por tanto, aspectos tanto objetivos como subjetivos de la misma. Se apoya en los siguientes supuestos básicos:

- La calidad de vida es un concepto multidimensional que integra diferentes áreas.
- Las diferentes áreas de la calidad de vida integran aspectos objetivos y subjetivos de la misma.
- Es imprescindible considerar tanto variables personales como contextuales,

evitando las generalizaciones sobre la calidad de vida.

- Es necesario establecer previamente cuáles son las variables, condiciones o componentes que integran la calidad de vida, así como las fuentes de diferenciación.

Se trata de un cuestionario compuesto por 21 subescalas que se evalúan mediante una o varias cuestiones. Las puntuaciones que se obtienen son independientes para cada una de las siguientes 9 áreas:

- *Salud*: Explora 3 aspectos sobre la calidad de vida en relación con la Salud a través de las preguntas 1, 2 y 3 (Ver Anexo II):
 - *Subjetiva*: Analiza el nivel de satisfacción que la persona manifiesta con respecto a su estado de salud.
 - *Objetiva*: Recoge datos acerca de la frecuencia con la que la persona ha tenido dolores o molestias en las últimas dos semanas a través de un listado de 22 síntomas físicos frecuentes.
 - *Psíquica*: También recoge la frecuencia con la que la persona ha padecido recientemente alguno de los 3 problemas psicológicos más habituales en personas mayores (sentirse deprimido/a o angustiado/a, tener problemas de memoria y estar desorientado/a o perdido/a).
- *Integración Social*: Analiza a través de las preguntas que van desde la 4 a la 7 (Ver Anexo II) aspectos objetivos y subjetivos de las relaciones sociales y la red de apoyo de las personas mayores. Se estudia el tipo de convivencia, la frecuencia de las relaciones sociales y el nivel de satisfacción de la persona en ambos casos.
- *Habilidades funcionales*: Se busca estudiar el grado de independencia que mantiene la persona para desenvolverse en su vida diaria, así como las dificultades que pueda tener. Por un lado, se solicita a la persona que valore su nivel de independencia o autonomía funcional (pregunta 8. Ver Anexo II) y, por otro lado, que indique que grado de dificultad tiene para desarrollar determinadas actividades de la vida diaria (pregunta 9. Ver Anexo II).
- *Actividad y ocio*: Indaga entorno a las actividades en las que ocupa el tiempo la

persona y el grado de satisfacción que le produce realizarlas. Además, analiza el nivel y frecuencia de actividad física que realiza el/la encuestado/a (preguntas 10, 11 y 12. Ver Anexo II).

- *Calidad ambiental*: Analiza el nivel de satisfacción de la persona con respecto a una serie de aspectos relacionados con su vivienda o Residencia de Personas Mayores, así como la satisfacción en relación a los mismos a través de las preguntas 13 y 14 (Ver Anexo II).
- *Satisfacción con la vida*: La mide a través de la pregunta 15, en la que se solicita al/la encuestado/a que indique su satisfacción en términos generales con la vida (Ver Anexo II).
- *Educación*: Al igual que la anterior, se analiza a través de una única cuestión el nivel de estudios máximo alcanzado por la persona preguntada (pregunta 16. Ver Anexo II).
- *Ingresos*: Como en el caso de la educación, a través de la pregunta 17 se pretenden recoger datos sobre recursos económicos (cuantía total mensual, incluyendo los ingresos procedentes de pagas, pensiones, retribuciones, ayudas, sueldo, etc. Ver Anexo II).
- *Servicios sociales y sanitarios*: Se analizan satisfacción y frecuencia de utilización de los servicios sociales y sanitarios a través de las preguntas 18 y 19 (Ver Anexo II).

De las distintas áreas medidas por el CUBRECAVI, y dado los objetivos de nuestra investigación, hemos utilizado dos: las de salud (física y psíquica) y la de habilidades funcionales.

Este cuestionario ha sido diseñado de manera que permite que la propia persona mayor sea quién lea y responda las preguntas de forma autónoma, siempre y cuando haya finalizado, al menos, los estudios primarios y, en el caso de que no tenga ese nivel de estudios, la aplicación del mismo debería llevarse a cabo mediante una entrevista realizada por un profesional con experiencia en evaluación.

Con respecto a esto, indicar que, dado que se detectó desde los primeros

contactos que el perfil de las personas mayores que son usuarias de centros de día en la provincia de A Coruña, suponía la posible necesidad de apoyo en la lectura y cumplimentación de los cuestionarios, se optó por dar las indicaciones, formación y resolución de dudas a los profesionales que trabajan en todos y cada uno de los centros de día que aceptaron colaborar en la investigación. A posteriori y teniendo en cuenta que son los profesionales los que conocen a sus usuarios, se acuerda que sean ellos, los que valorasen y escogiesen, junto con los usuarios y/o sus cuidadores, que fuesen cubiertos individualmente o grupalmente, por el usuario de forma autónoma o con apoyo. Bien es cierto que, teniendo en cuenta mi experiencia profesional, desde el primer momento en que leí el CUBRECAVI tuve claro la posibilidad de necesidad de ayuda en la lectura y cumplimentación de los mismos; por ello, en la portada hice una pregunta manuscrita en todos los cuestionarios entregados, siendo: “¿Quién va a cubrir este cuestionario?”, dando como posibles respuestas: usuario/a, cuidador/a o usuario/a con ayuda (Ver Anexo II).

Los ítems que integran el CUBRECAVI están contruidos con un formato de escala tipo Likert con 3, 4 ó 5 opciones de respuesta que evalúan el grado de satisfacción o la frecuencia de los distintos aspectos evaluados.

4.8. ANÁLISIS DE LOS DATOS

Con el propósito de identificar los perfiles de salud (física y mental) de la muestra, así como sus habilidades funcionales hemos recurrido al análisis de conglomerados (método quick cluster analysis). Se trata de un método no jerárquico y de reasignación. Este análisis de conglomerados se considera un procedimiento idóneo para el establecimiento de patrones en una muestra amplia de individuos (Hair, Anderson, Tatham, y Black, 1999; Pastor, Barron, Miller, y Davis, 2007).

Para eliminar el efecto debido a las diferencias en la medida de estas dimensiones (el número de ítems de cada una de los factores es diferente), se ha realizado el análisis de conglomerados después de haber estandarizado las puntuaciones directas. El criterio seguido en la elección del número de conglomerados fue el de maximizar las diferencias

inter-clusters con el fin de conseguir establecer el mayor número posible de grupos con diferentes combinaciones de dimensiones de afrontamiento.

Para conocer las posibles diferencias entre los perfiles respecto a la calidad de vida, hemos utilizado el análisis de varianza. Posteriormente, y después de aplicar la prueba de homogeneidad de las varianzas de Levene, se utilizaron las pruebas de contraste post hoc, en función de la homogeneidad o no de estas varianzas. En todos los contrastes efectuados se asumió un nivel de significación de ,05.

4.9. RESULTADOS

Los resultados obtenidos ponen de manifiesto la existencia de cuatro perfiles de calidad de vida claramente diferenciados (ver figura 1). Un primer perfil, caracterizado por una baja salud y una alta autonomía (SB/AA). Un segundo perfil, caracterizado por una baja salud y una baja autonomía (SB/AB). Un tercer perfil, caracterizado por una alta salud y una alta autonomía (SA/AA). Un cuarto perfil, caracterizado por una baja salud física, una adecuada (alta) salud mental y una alta autonomía (SFB/SMA/AA).

Tres de los cuatro conglomerados (el 1, el 3 y el 4) agrupan a un número de personas mayores bastante similar (entre 30 y 47; en concreto, 31, 35 y 47, respectivamente), mientras que el segundo de los perfiles es el de mayor número, agrupando a 68 personas mayores.

El objetivo fundamental de esta investigación era establecer la relación entre los diferentes perfiles de salud y de autonomía obtenidos y la calidad de vida de las personas mayores agrupadas en cada uno de ellos. A través del estudio de las diferencias post hoc entre los distintos conglomerados, comprobamos que es siempre el grupo 3, caracterizado por una mejor salud percibida y una mayor autonomía, el que obtiene puntuaciones más altas en calidad de vida. Este grupo presenta diferencias significativas con los otros tres grupos (1, 2 y 4). Los

resultados ponen de manifiesto la existencia de diferencias significativas (al 2 por mil y al 1 por mil) en la calidad de vida.

TABLA N°7: DIFERENCIAS DE MEDIAS Y NIVELES DE SIGNIFICACIÓN DE LOS CLUSTERS.

Variable dependiente	(I) Número de caso clúster	(J) Número de caso clúster	Diferencia de medias (I-J)	Desv. Error	Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
						Límite inferior	Límite superior
L_21 CAL. VIDA	1	2	-,08586	,12375	,923	-,4351	,2634
		3	*, -,54931	,14083	,002	-,9468	-,1518
		4	,08055	,13212	,946	-,2924	,4535
	2	1	,08586	,12375	,923	-,2634	,4351
		3	*, -,46345	,11879	,002	-,7987	-,1282
		4	,16641	,10832	,503	-,1393	,4721
	3	1	*, ,54931	,14083	,002	,1518	,9468
		2	*, ,46345	,11879	,002	,1282	,7987
		4	*, ,62985	,12749	,000	,2700	,9897
	4	1	-,08055	,13212	,946	-,4535	,2924
		2	-,16641	,10832	,503	-,4721	,1393
		3	*, -,62985	,12749	,000	-,9897	-,2700
L_1 SATISF. SALUD	1	2	,31953	,17087	,324	-,1628	,8018
		3	*, -,63989	,19447	,015	-1,1888	-,0910
		4	,03135	,18243	,999	-,4836	,5463
	2	1	-,31953	,17087	,324	-,8018	,1628
		3	*, -,95941	,16403	,000	-1,4224	-,4964
		4	-,28818	,14957	,298	-,7103	,1340
	3	1	*, ,63989	,19447	,015	,0910	1,1888
		2	*, ,95941	,16403	,000	,4964	1,4224
		4	*, ,67124	,17604	,003	,1743	1,1681
	4	1	-,03135	,18243	,999	-,5463	,4836
		2	,28818	,14957	,298	-,1340	,7103
		3	*, -,67124	,17604	,003	-1,1681	-,1743

*. La diferencia de medias es significativa en el nivel 0.05.

Por tanto, puede afirmarse que los resultados obtenidos ponen de manifiesto cómo el grupo caracterizado por una mejor salud percibida y una mayor autonomía

funcional tiene una mejor calidad de vida. La combinación de ambas dimensiones en niveles elevados es la única que propicia una mejor calidad de vida. Las otras combinaciones de salud y autonomía funcional no presentan diferencias significativas entre ellas en sus niveles de calidad de vida.

Además, como era esperable, este mismo grupo (el 3) es el que manifiesta una mayor satisfacción con la salud, mostrando diferencias significativas con los otros tres grupos (con niveles de significación entre el 1% hasta el 1 por mil). También se observa cómo los otros tres grupos manifiestan una menor satisfacción con su salud, sin que aparezcan diferencias significativas entre ellos en esta dimensión.

CAPÍTULO 5. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

CAPÍTULO 5. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

A la vista de los resultados, queda patente que un mejor estado de salud física y psíquica, caracterizado por una menor sintomatología en alteraciones conductuales, cognitivas y físicas, propicia una mejor calidad de vida en la persona mayor que asiste a centros de día. Puesto que envejecer conlleva un incremento de las limitaciones de salud y capacidades funcionales y, en el peor de los casos, una mayor necesidad de atención y cuidado, los resultados permiten afirmar que la salud física y psíquica así como la autonomía funcional cobran mayor importancia entre las personas mayores. Por lo tanto, se puede afirmar que ambas son fuente y reflejo de los niveles de calidad de vida que experimenta una persona mayor.

Aunque es evidente que existe una elevada dificultad para establecer una definición de calidad de vida (Fernández-Ballesteros *et al.*, 2004) y una necesidad de caracterizarla como multidimensional (Rojo Pérez *et al.*, 2002) para poder evaluarla y concretarla, en nuestra investigación se ha podido comprobar que tanto la salud física y psíquica como la autonomía funcional repercuten directamente en la calidad de vida de las personas mayores que asisten a centros de día. Esta afirmación coincide con los tipos de factores que influyen en la calidad de vida proporcionados por Fernández-Ballesteros *et al.* (1997), quienes los agrupan en dos grandes grupos: los *factores personales* (autonomía, salud, habilidades funcionales, relaciones sociales, actividades de ocio y satisfacción) y los *factores socioambientales* (apoyo social, condiciones económicas, servicios de salud y sociales, calidad del ambiente y aspectos culturales).

En cuanto a la relación de la salud (englobando lo físico y lo mental) con la calidad de vida que aparece en nuestra investigación coincide con las definiciones establecidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y otros autores como Patrick y Erickson (1993) y Lawton (2001). En el caso de estos tres autores, además, vinculan la salud y la calidad de vida con la autonomía funcional, con lo que

coinciden con la conclusión principal de nuestra investigación. Es más, existen muchos autores e investigadores que realizaron diversas clasificaciones y/o categorizaciones en un intento de establecer las dimensiones o componentes que conforman el término de calidad de vida, en las que incluían la salud física, la salud psíquica y la autonomía funcional, entre ellos citar a Lawton (1991 y 2001), Schalock (1996 y 2000), Schalock y Verdugo (2003), Castellón y Romero (2004), Fernández-Ballesteros (2004) y Real (2008). No hay que olvidar que el término salud, al igual que el de calidad de vida, también es multidimensional en sí mismo y se empezaron a relacionar ambos términos a raíz de la definición de salud dada por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Ahora bien, los resultados también ponen de manifiesto que una buena salud no es sinónimo de tener una elevada calidad de vida. Esta afirmación es apoyada por la investigación de Richart *et al.* (1999), los cuales indican que la satisfacción con la vida, la salud percibida y la calidad de vida relacionada con la salud son términos relacionados que comparten su varianza, pero que no son iguales entre sí.

Bien es cierto que se ha investigado mucho en relación a la calidad de vida y a la salud. Sin embargo, y tal y como señalan Fernández-Mayoralas y Rojo (2005) las corrientes clásicas han evaluado la calidad de vida centrándose sólo en una o en escasas dimensiones que la componen, precisamente y fundamentalmente en la salud.

Los resultados de nuestra investigación señalan que en la valoración de la calidad de vida de las personas mayores influye directamente cómo perciben su estado de salud, coincidiendo con Moyano y Ramos (2007), quienes indican que en el bienestar psicológico de la persona es más determinante la percepción que tiene la persona de su salud que la valoración objetiva de la misma (salud auto-percibida), aunque el estado de salud y bienestar no tienen una relación directa, sino que está moderada por factores como la adaptación del individuo a la enfermedad, el tipo de comparación social que realiza o la importancia atribuida a

su estado de salud. También Olivari y Urra (2007) señalan que la autoeficacia es la que mantiene una relación positiva entre salud y bienestar psicológico. Incluso una elevada autoeficacia tiene consecuencias beneficiosas para el funcionamiento de la persona y su bienestar en general, puesto que favorecen que lleven a cabo conductas saludables, presenten una mejor salud autopercebida y se recuperen más rápidamente de las enfermedades que las personas con baja autoeficacia (Grembowski *et al.*, 1993).

En cuanto a la relación entre salud (física y psíquica) y autonomía funcional, Yanguas (2006) confirma lo detectado en nuestra investigación, ya que indica que la salud constituye uno de los factores clave para tener una vida larga y satisfactoria, señalando que en esta etapa vital la salud es sinónimo de autonomía. Añade que los hábitos y conductas saludables influyen en la mejora del funcionamiento físico y psicológico de la persona, así como en su bienestar. Este autor indica que lo que más impacto emocional produce es la limitación de la capacidad funcional para realizar Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD's) que provocan muchas enfermedades crónicas, lo que genera una pérdida de autonomía y una situación de dependencia, las cuales disminuyen la autoestima, la percepción de autoeficacia y el bienestar subjetivo. Por lo tanto, viene a confirmar la afirmación de que una mejor salud percibida y una mayor autonomía funcional generan una mejor calidad de vida en las personas mayores que asisten a centros de día. De hecho, Rojas *et al.* (2006) afirman algo similar, indicando que las personas mayores valoran que tener una buena salud equivale a estar capacitados para llevar con normalidad la vida cotidiana y asocian tener mala salud con la pérdida de energías y la limitación para mantener la independencia. Además, realizar las actividades por sí mismo es esencial para el bienestar y la capacidad de adaptación de la persona mayor a su entorno (Montorio y Losada, 2004). En esta línea, Zavala *et al.* (2006) señalan que la calidad de vida de las personas mayores viene determinada, en gran medida, por su capacidad funcional para mantener su participación activa en su propio autocuidado, en la vida familiar y social.

Por lo tanto, queda patente la relevancia de la autoaceptación como factor determinante en el bienestar psicológico de la persona y en la estrecha relación existente entre la autoeficacia percibida y las conductas saludables. De hecho, la investigación llevada a cabo por Grembowski *et al.* (1993) confirmó que las personas mayores con altas expectativas de autoeficacia con respecto a la prevención o solución de sus propios problemas de salud presentan una mayor tendencia a iniciar y mantener conductas saludables, así como a conservar un mejor funcionamiento adaptativo, estado de salud mental y salud autopercibida. De ahí, la importancia de realizar intervenciones en el campo de la Gerontología dirigidas a promocionar recursos sociosanitarios y a enseñar a las personas mayores a autorregularse, a mantener hábitos de vida saludables, a incrementar la autoeficacia percibida para así mejorar su autoestima, bienestar, motivación y estado de salud (Grenbowski *et al.*, 1993; Forthofer *et al.*, 2001; Hadlow y Baldock, 2002). Apuntar que también hay personas mayores que son conscientes de que necesitan ayuda, pero, a pesar de ello, no la solicitan (conducta de evitación de búsqueda de ayuda), ya que supondría una amenaza a su competencia, valía personal o a su deseo de autonomía (Rodríguez *et al.*, 2002).

En relación a la autonomía funcional, los resultados de nuestra investigación permiten confirmar la hipótesis de que las personas mayores con perfiles de habilidades funcionales más elevados tienen una mejor calidad de vida. Hecho que coincide con la afirmación de Azpiazu *et al.* (2002), que indican que la autonomía de las personas mayores constituye un componente importante de su calidad de vida. Continúan esta línea, Zavala *et al.* (2006) que señalan que la calidad de vida de las personas mayores viene determinada, en gran medida, por su capacidad funcional para mantener su participación activa en su propio autocuidado, en la vida familiar y social.

Si se vincula la autonomía funcional con la salud, Rojas *et al.* (2006) señalan que las personas mayores valoran que tener una buena salud equivale a estar capacitados para llevar con normalidad la vida cotidiana y, por el contrario, asocian

tener mala salud con la pérdida de energías y la limitación para mantener la independencia.

Es un error vincular mayor edad con menor autonomía funcional, tal y como señalan Cabanach *et al.* (2008), que afirman que la edad constituye un referente escasamente fiable y preciso para juzgar las capacidades de las personas mayores, ya que el envejecimiento varía considerablemente de unas personas a otras, siendo muy heterogéneo. Por ello, estos autores realizan una clasificación de las personas mayores en dos grupos. Por un lado, las *personas mayores competentes* que se caracterizan por mantener un óptimo estado de salud, tienen una participación comunitaria activa, conservan unos niveles de calidad similares a los que presentaban antes de ser mayores por edad y, por lo tanto, en su día a día preservan su competencia y su autonomía personal. Por otro lado, están las *personas mayores frágiles o dependientes*, las cuales experimentan importantes pérdidas físicas, mentales o sociales que minan su capacidad funcional, necesitando la intervención de los servicios sociosanitarios con el fin de recibir los apoyos necesarios para mantener, en la medida de lo posible, su autonomía, funcionalidad e independencia. Teniendo en cuenta esta clasificación, para ambos grupos el centro de día es el recurso idóneo para conservar en niveles óptimos la salud y la autonomía funcional y, por tanto, elevada su calidad de vida.

En los últimos años ha crecido el interés por estudiar la calidad de vida en las personas mayores, aunque ya señalé con anterioridad el déficit de investigaciones sobre la calidad de vida de las personas mayores usuarias de centros de día. Es más, Fernández-Ballesteros *et al.* (1997) hacen hincapié en que se establezcan unos criterios de evaluación de la calidad de vida específicos para personas mayores.

De las investigaciones existentes en el campo de la Gerontología, Schalock y Verdugo (2003) coinciden con los resultados de nuestra investigación en lo que respecta a la salud (física y mental), autonomía funcional y calidad de vida, ya que

señalan que el bienestar psicológico (o emocional, como ellos mismos indican) es el componente que más determina la calidad de vida de la persona mayor, pero a su vez depende del bienestar físico y mental.

Ribera, Ferrer y Cruz, tras realizar sus investigaciones desde el año 1993 hasta 1997, observan que la capacidad funcional o la necesidad de ayuda en las personas mayores que no viven en residencias se presentan en unos niveles positivos. En el año 1997 Espejo *et al.* investigaron en torno al grado de competencia del funcionamiento físico en una muestra de personas de 60 años que vivían en Córdoba sin estar institucionalizados, analizando la relación existente entre la salud física de la persona mayor y su capacidad funcional. Los resultados indicaron que las personas mayores no institucionalizadas que fueron investigadas presentaban en su mayoría una elevada autonomía personal e independencia funcional (Reig, 2000). Por otra parte, Fernández-Ballesteros (1997), tras su investigación entre personas mayores institucionalizadas (en Residencias públicas y privadas) y no institucionalizadas (que viven en sus domicilios), concluye que antes de establecer una conclusión sobre calidad de vida, ha de tenerse en cuenta su multidimensionalidad y el contexto que se analiza. Además, los resultados de su investigación sobre la calidad de vida son significativamente diferentes entre las personas mayores que viven en su domicilio y las que viven en centros de atención residencial. Por último, Lizán y Reig (1998-1999) concluyen que no existe homogeneidad a la hora de señalar y percibir la pérdida de calidad de vida con la edad e indican que las personas que viven en sus domicilios, sin estar ingresados en centros de atención residencial, tienen un mejor estado físico. Por lo tanto, estas investigaciones y nuestros resultados van en la línea de afirmar que la capacidad funcional elevada en personas mayores no institucionalizadas que acuden a un centro de día da lugar a una mejor calidad de vida.

Otra investigación a destacar en el campo de la Gerontología es la de Fernández-Mayoralas *et al.* (2007), cuyos resultados van en la línea de los encontrados en esta investigación. Basándose en los estudios de O'boyle *et al.*

(1993) y de Joyce *et al.* (2003), señalan que la salud, en primer lugar, y la red familiar, en segundo lugar, son las dos dimensiones de la calidad de vida mejor valoradas por parte de las personas mayores, repercutiendo positiva y negativamente en sus niveles de calidad de vida. Además, estos investigadores indican otras tres dimensiones señaladas, destacadas y evaluadas por las personas mayores, siendo la situación económica, la red social, las actividades de ocio y el tiempo libre.

Hecho que confirman diversos estudios e investigaciones que constatan la relación positiva existente entre las relaciones sociales (relaciones sociocomunitarias, participación social y relaciones sociofamiliares) satisfactorias y la calidad de vida (mejora de autoestima y del bienestar subjetivo, favorecen el desarrollo psicológico y social, adopción de hábitos de vida saludables, mayor satisfacción con la vida, mayor capacidad funcional, menor estrés, factor de protección contra la depresión y contra el riesgo de mortalidad, etc.) (Harlow y Cantor, 1996; Kasser y Ryan, 1999; Glass *et al.*, 1999; Litwin, 2001; Clemente, 2003; Marín y García, 2004; Vera *et al.*, 2005; Herrero y Gracia, 2005; Victor *et al.*, 2005; Glass *et al.*, 2006 y Klumb y Maier, 2007). Por lo tanto, existe una conexión positiva entre apoyo social y calidad de vida y entre salud física, ajuste social y psicológico del sujeto (Herrero y Gracia, 2005; Marín y García, 2004).

Algunos de los datos aportados por esta investigación refuerzan la afirmación de que los centros de día son un recurso idóneo para mantener un alto grado de participación social; conservar las relaciones sociales, familiares y comunitarias; preservar la salud física y mental; mantener la autonomía funcional y, por lo tanto, proporcionar calidad de vida a las personas mayores. Esta afirmación se constata en la investigación de Jang *et al.* (2004) que detectaron que las personas mayores que padecían enfermedades o discapacidades participaban socialmente, presentaban unos niveles de satisfacción vital más elevados que aquéllas que únicamente padecían enfermedades. Por otra parte, Gibson (1986) y Pinquart *et al.* (2000) señalan que las personas mayores que viven en la comunidad se encuentran

más satisfechas que las que lo hacen en una residencia. Una forma de participación social es a través del ocio, el cual constituye un pilar esencial para el bienestar y la calidad de vida y, en relación a las personas mayores, desempeña una doble función de prevención y rehabilitación que produce beneficios psicológicos, educativos, sociales, fisiológicos, relajantes y estéticos (Limón, 1993). Otros autores (Martínez y Amayra, 2006; Nilsson *et al.*, 2006) indican las propiedades terapéuticas del ocio en las personas, pudiendo funcionar como recurso frente a situaciones estresantes, actuando como factor de protección frente a la depresión, a la aparición de una demencia o bien disminuyendo el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares e, incluso, reduciendo el riesgo de mortalidad. Son muchos los estudios que han puesto de manifiesto los beneficios producidos por las actividades de ocio sobre el humor, la felicidad, la salud mental, la salud física y el autoconcepto (San Martín, 1997), así como sobre el bienestar (Diener *et al.*, 1999). Silverstein y Parker (2002), concluyen que la implicación de los mayores en actividades de ocio significativas para ellos supone un pilar fundamental para un envejecimiento exitoso, en vista de que actúa como una estrategia adaptativa de compensación frente a las posibles pérdidas físicas y sociales sufridas durante última etapa del ciclo vital. En conclusión, es correcta nuestra afirmación en lo que respecta a los centros de día y es evidente la importancia de la participación social en el bienestar de las personas mayores (padezcan o no enfermedades) así como que la calidad de las relaciones sociales es determinante en la percepción del bienestar en las personas mayores.

Indirectamente esta investigación apoya la afirmación de que los centros de día son un recurso idóneo para, entre otras, preservar la salud física y mental, mantener la autonomía funcional y, por lo tanto, proporcionar calidad de vida, especialmente cuando estos centros tienen instalaciones, programas y actividades que favorecen esta calidad de vida. Asimismo, existen evidencias empíricas que sugieren que se reduce el riesgo de pérdida de la capacidad funcional (Avlund *et al.*, 2004) y de mortalidad (Avlund *et al.*, 1998) en la persona mayor cuando está totalmente integrada en una red social sólida, hecho que se consigue con el centro

de día, recurso sociosanitario que le permite a la persona mayor continuar en su entorno y, por tanto, integrado en su red social.

La base de la red social de una persona mayor es la familia, sabiendo que diversos estudios empíricos han demostrado que la familia es el principal recurso de apoyo para las personas mayores, lo cual tiene especial relevancia, sobre todo, para afrontar con satisfacción las crisis vitales y enfermedades crónicas propias de la tercera edad (Arechavala y Miranda, 2002; Yanguas, 2006) y contribuye a la adaptación de la persona mayor a los cambios vitales (Meléndez, 1998b), lo que supone que el apoyo familiar sea un proveedor imprescindible de bienestar físico y psicológico (Chen, 2000; Gómez *et al.*, 2005), puesto que, además de proporcionarle protección, la familia aporta seguridad y estabilidad emocional a la persona mayor (Triadó, 2001). Todo ello, repercute en la autoestima y mejora personal de las personas mayores (Meléndez, 1998a). Los centros de día son el recurso sociosanitario que, además de intervenir con la persona mayor, también lo hace con la familia, si es el caso. Por lo tanto, se confirma que los centros de día son un recurso idóneo para, entre otras, conservar las relaciones sociales, familiares y comunitarias; preservar la salud física y mental, mantener la autonomía funcional y, por lo tanto, proporcionar calidad de vida a las personas mayores.

En suma, señalar que, coincidiendo con Espinosa y Libreros (1995), los resultados obtenidos en esta investigación confirman que el centro de día es el recurso sociosanitario por excelencia para aportar calidad de vida a la persona mayor, sabiendo que presta diversas atenciones y cuidados individualizados de índole personal, físico, psíquico, funcional, sanitario, sociorrelacional, sociofamiliar, sociocultural y terapéutico que permiten a la persona mayor con diferente grado de dependencia y/o de discapacidad permanecer en su domicilio y entorno habitual; cuyo objetivo es la mejora de su calidad de vida, cubriendo sus necesidades, promoviendo, mejorando y/o manteniendo su autonomía y suponiendo un apoyo para la familia y/o otros recursos sociosanitarios que recibe la

persona mayor, según cada caso, dando lugar a un mayor apoyo, atención y protección de la persona mayor y de su entorno.

No sería lícito finalizar la Tesis Doctoral sin reconocer las limitaciones inherentes a cualquier estudio o investigación, las cuales, como su propio nombre indica, coartan o restringen la generalización de resultados. Sin embargo, el hecho de señalar y evidenciar su existencia puede dar pie a futuras investigaciones que puedan generar un mayor conocimiento de este recurso y el descubrimiento de nuevos aspectos en torno a las personas mayores y a su calidad de vida.

Como primera limitación señalar el contenido teórico. Bien es cierto que existe numerosa bibliografía gerontológica, pero escasa relacionada con los centros de día y con la calidad de vida. Además, la existente no llega a acuerdos definitivos en lo que respecta a la delimitación conceptual del término calidad de vida, reconociendo su carácter multifactorial y multidimensional. Sin embargo, tras la investigación queda patente que tanto la salud física y psíquica como la autonomía funcional repercuten directamente en la calidad de vida de las personas mayores que asisten a centros de día. Por lo tanto, nuestra investigación ha contribuido en señalar y poner de relevancia que la salud y la autonomía son factores y dimensiones inherentes a la calidad de vida de las personas mayores.

Una segunda restricción de nuestra investigación ha sido la muestra, puesto que participaron únicamente personas usuarias de centros de día de la provincia de A Coruña. Es más, siendo imposible que abarcase todas las comarcas existentes en dicho territorio, aunque se estudiaron 10 de las 17 comarcas coruñesas. Los motivos de que no se pudiesen abarcar todas las comarcas fueron diversos, bien por no existir centros de día con un tiempo suficiente de apertura para ser estudiados o bien por negativa a participar en la investigación, ya que estaban incursos en otros proyectos o no lo creían conveniente.

La limitación que más ha afectado a nuestra investigación ha sido el perfil de

las personas usuarias de centros de día de personas mayores dependientes que, por ende, ya contábamos con ello, así como con sus necesidad de apoyo en la lectura y cumplimentación de los cuestionarios. Posiblemente esta sea la principal restricción por la que no ha habido más estudios e investigaciones relacionados con el llevado a cabo por nosotros. Bien es cierto, que la misma se ha subsanado con formación y resolución de dudas a los profesionales que trabajan en todos y cada uno de los centros de día estudiados y con una valoración previa a la cumplimentación de los cuestionarios para determinar, en cada caso, si se realizaría individualmente o grupalmente así como la necesidad o no de apoyo a cada el usuario.

Por último y en relación con la anterior, señalar que el principal instrumento utilizado para la recogida de datos, el CUBRECAVI (Cuestionario breve de Calidad de Vida), ha supuesto otro de los obstáculos en nuestra investigación. Aunque se trata de un instrumento de evaluación multidimensional que permite realizar una evaluación específica de la calidad de vida en personas mayores de 65 años, no existe una versión adaptada para personas mayores con dependencia y/o discapacidad. Bien es cierto, que no se han encontrado otros cuestionarios dirigidos a este perfil de población y mucho menos que permitan estudiar de forma holística la calidad de vida en una persona mayor.

Por lo tanto, se insta a que se continúe investigando y estudiando en torno a la Gerontología, la calidad de vida, la dependencia y la discapacidad, abarcando más contenido teórico, territorio, muestra y cualquier otro aspecto que contribuya a generar un mayor conocimiento de este u otros recursos y el hallazgo de nuevos aspectos en torno a las personas mayores y a su calidad de vida.

BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFÍA

- Abellán García, A. y Esparza Catalán, C. (2011). *Un perfil de las personas mayores en España, 2011. Indicadores estadísticos básicos*. Informes Portal Mayores, nº 127. Madrid.
- AENOR ediciones (2011). *Gestión de centros para personas en situación de dependencia: Normas UNE y legislación [CD-ROM]*. Madrid.
- Aguiar, F., Pérez Yruela, M. y SERRANO, R. (1995). *Indicadores Sociales de Calidad de Vida y Tercera Edad*. Serie: Documento de Trabajo, nº5. Madrid: C.S.I.C. e I.E.S.A.
- Aldwin, C. M., Sutton, K. J., Chiara, G. y Spiro, A. (1996). *Age differences in stress, coping and appraisal: findings from the Normative Aging Study*. *Journals of Gerontology: Psychological Sciences and Social Sciences*, Volumen 51B, nº4, pp. 179-188.
- Algado Ferrer, M. T. (2005). *Los Centros de Día de Alzheimer y la Calidad de Vida de los pacientes y sus familiares*. Valencia: Centro Francisco Tomás y Valiente (UNED Alzira-Valencia) y Consellería de Bienestar Social. Generalitat Valenciana.
- Álvarez de Arcaya, V. M. (2007). *Calidad asistencial en centros gerontológicos*. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, Volumen 42, suplemento 1, pp. 75-85.
- Amorós Martí, P., Bartolomé Pina, M., Sabariego Puig, M. y de Santos, J. (2006). *Construyendo el futuro. Las personas mayores: Una fuerza emergente*. Madrid: Alianza Editorial.
- Andres Senra, J. (2009). *Apoyo psicosocial, atención relacional y comunicativa en instituciones. Promoción del bienestar personal y social de las personas dependientes*. Vigo: Ideas Propias.
- Antelo Martelo, M. (2003). *La Calidad de vida percibida por las personas mayores de un programa de formación Universitario Gerontológico*. (Tesis Doctoral). Escuela Universitaria de Enfermería, Santiago de Compostela (A Coruña).

- Arechavala, M. C. y Miranda, C. (2002). *Validación de una escala de apoyo social percibido en un grupo de adultos mayores adscritos a un programa de hipertensión de la región metropolitana*. Ciencia y Enfermería, Volumen 8, nº1, pp. 49-55.
- Arias, M., Buz, J., Navarro, A. B., Bueno, B. y Vega, J. (2003). *Loneliness amongst very old people (75+)*. Revista Española de Geriatría y Gerontología, nº38, suplemento 1, pp. 204-205.
- Arnold, S. B. (1991). *Measurement of quality of life in the frail elderly*. En Birren, J. E., Lubben, J. E., Rowe, J. C. y Deutchman, D. E. (eds.): *The concept and measurement of quality of life in the frail elderly*. San Diego, CA, Academic Press, pp. 50-73.
- Avlund, K., Damsgaard, M. y Holstein, B. (1998). *Social relations and mortality. An eleven year follow-up study of 70-year-old men and women in Denmark*. Social Science and Medicine, nº47, pp. 635-643.
- Avlund, K., Lund, R., Holstein, B. E. y Due, P. (2004). *Social relations as determinant of onset of disability in aging*. Archives of Gerontology and Geriatrics, Volumen 38, nº1, pp. 85-99.
- Azpiazu Garrido, M., Cruz Jentoft, A. J., Villagrana Ferrer, J. R., Abánades Herranz, J. C., García Marín, N. y Alvear Valero de Bernabé (2002). *Factores asociados al mal estado de salud percibido o mala calidad de vida en personas mayores de 65 años*. Revista de Salud Pública, Volumen 76, nº6, pp. 683-700.
- Badía, X. (1995). *La medida de la calidad de vida relacionada con la salud en los ensayos clínicos*. En Sacristán, J., Badía, J. y Rovira, J. (eds.): *Farmacoeconomía*. Madrid: Editores Médicos.
- Badía, X., Salamero, M. y Alonso, J. (1999). *La medida de la salud. Guía de escalas de medición en español*. Barcelona: Edimac.
- Baltes, P. B. y Baltes, M. M. (1990). *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences*. Reino Unido: Cambridge University Press.
- Baltes, P. B., Staudinger, U. M. y Linderberger, U. (1999). *Lifespan Psychology: theory and application to intellectual functioning*. Annual

- Review of Pshychology, nº50, pp. 471-507.
- Bammel, G. y Burrus-Bammel, L.L. (1996). *Leisure and Human Behavior*. Chicago: Brown y Benchmark Publishers.
 - Bandura, A. (1977). *Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change*. Psychological. Revisión en 1984, pp. 291-215.
 - Bandura, A. (1989). *Human agency in social cognitive theory*. American Psychologist, Volumen 44, nº9, pp. 1175-1184.
 - Bandura, A. (1994). *Social cognitive theory and exercise of control over HIV infection*. En DiClemente, R. J. y Peterson, J. L. (eds.): *Preventing AIDS: Theories and methods of behavioral interventions*. New York: Plenum, pp. 25-59.
 - Baura Ortega, J. C., Rubio Herrera, R., Rodríguez Rodríguez, P., Sáez Narro, N. y Muñoz Tortosa, J. (1995). *Las personas mayores dependientes y el apoyo informal*. Baeza: Universidad Internacional de Andalucía.
 - Bazo, M. T. (1996). *Aportaciones de las personas mayores a la sociedad: análisis sociológico*. Revista Española de Investigaciones Sociológicas nº73, pp. 209-222.
 - Bazo, M. T. (2002). *La institución social de la jubilación y las personas jubiladas*. Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, nº extra 1, pp. 241-258.
 - Bechetti, L., Castriota, S. y Londoño, D. A. (2007). *Climate, Happiness and the Kyoto protocol: someone does not like it hot anymore*.
 - Belsky, J. K. (2001). *Psicología del Envejecimiento*. Madrid: Ediciones Paraninfo.
 - Bermejo L. y Maños Q. (2009). *Bases y reflexiones para las buenas prácticas en los centros de atención a las personas en situación de dependencia*. Oviedo: Consejería de Bienestar Social y Vivienda del Principado de Asturias.
 - Bergner, M., Bobbit, R. A., Carter, W. B. y Gilson, B. S. (1981). *The Sickness Impact Profile: development and final revision of a health status measure*. Medical Care, nº 8, pp. 787-805.
 - Beyene, Y., Becker, G., y Mayen, N. (2002). *Perception of aging and sense of*

- well-being among Latino elderly*. Journal of Cross Cultural Gerontology, Volumen 17, nº2, pp. 155-172.
- Birren, J. E. y Dieckmann, L. (1991). *Concepts and content of quality of life in the later years: an overview*. En Birren, J. E., Lubben, J. E., Rowe, J. C. y Deutchman, D. E. (eds.): *The concept and measurement of quality of life in the frail elderly*. San Diego, CA, Academic Press, pp. 344-360.
 - Blanco, A. y Díaz, D. (2005). *El bienestar social: su concepto y medición*. Psicothema, Volumen 17 nº4. Asturias, pp. 582-589.
 - Brandtstädter, J. y Wentura, D. (1994). *Veränderungen der Zeit- und Zukunftsperspektive im Übergang zum höheren Erwachsenenalter: entwicklungspsychologische und differentielle Aspekte. / Changes in time perspectives and attitudes toward the future during the transition to later adulthood: Developmental psychology and differential aspects*. Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie, Volumen 26, nº1, pp. 2-21.
 - Cabañero, M. J., Richart, M., Cabrero, J., Orts, M. I., Reig, A. y Tosal, B. (2004). *Fiabilidad y validez de una escala de satisfacción con la vida de Diener en una muestra de mujeres embarazadas y puérparas*. Psicothema, Volumen 16, nº3. Asturias, pp. 448-455.
 - Camino Garrido, V. (2003). *La Incapacitación Legal de las personas mayores*. Informes Portal Mayores, nº 8. Madrid.
 - Canto, H. G. y Castro, E. K. (2004). *Depresión, autoestima y ansiedad en la tercera edad: un estudio comparativo*. Enseñanza e investigación en psicología, Volumen 9, nº2, pp. 257-270.
 - Carbajo Vélez, M. C. (2008). *La Historia de la Vejez*. Revista de la Facultad de Educación de Albacete, nº23. Albacete, pp. 237-254.
 - Carstensen, L. L. (1993). *Motivation for social contact across the life span: A theory of socioemotional selectivity*. En J. Jacobs (ed.): *Nebraska symposium on motivation: Developmental perspectives on motivation*. Lincoln: University of Nebraska Press, Volumen 40, pp. 209-254.
 - Castellón, A. y Romero, V. (2004). *Autopercepción de la calidad de vida*.

- Revista Multidisciplinar de Gerontología, Volumen 14, nº3, pp. 131-137.
- Chawla, T. (1998). *The Participation of the Elderly in Development*. United Nations, CSDHA, International Seminar Expert Group.
 - Chen, X. (2000). *Intergenerational social support and the psychological wellbeing of older parents in China*. Research on Aging, Volumen 22, nº1, pp. 43-65.
 - Chico, E. L. (2002). *Optimismo disposicional como predictor de estrategias de afrontamiento*. Psicothema, Volumen 14, nº3. Asturias, pp. 544-550.
 - Clemente, M. A. (2003). *Redes sociales de apoyo en relación al proceso de envejecimiento humano. Revisión bibliográfica*. Interdisciplinaria, Volumen 20, nº1, pp. 31-60.
 - Coleman, P. G., Ivani-Chalian, C. y Robinson, M. (1999). *Self and identity in advanced old age: validation of theory through longitudinal case analysis*. Journal of Personality, nº69, pp. 819-848.
 - Conrad, K. J., Hughes, S. L., Hanrahan, P. y Wang S. (1993). *Classification of adult day care: A cluster analysis of services and activities*. Journal of Gerontology, Volumen 48, nº3, pp. 112-122.
 - Consorcio Galego de Servizos de Igualdade e Benestar (2008). *Os Centros de Día en Galicia, un apoio ás persoas maiores con Dependencia. Documento Técnico*. Galicia: Consorcio Galego de Servizos de Igualdade e Benestar. Recuperado de <https://www.igualdadebenestar.org/publicacions/publicacion.php?lg=gal>
 - Consorcio Galego de Servizos de Igualdade e Benestar (2008). *Normativa básica do Consorcio Galego de Servizos de Igualdade e Benestar*. Galicia: Consorcio Galego de Servizos de Igualdade e Benestar. Recuperado de <https://www.igualdadebenestar.org/publicacions/publicacion.php?lg=gal>
 - Cordingley, I. y Webb, C. (1997). *Independence and aging*. Reviews in Clinical Gerontology, nº7, pp. 137-146.
 - Cummins, R. A. (1997). *Comprehensive Quality of Life Scale - Adult: Manual*. Burwood, Melbourne, School of Psychology, Deakin University.
 - Cummins, R. A. (1999). *A Psychometric evaluation of the Comprehensive*

Quality of Life Scale - Fifth Edition. En Yuan, L.L., Yuen, B. y Low, C. (eds.): *Urban Quality of Life: Critical Issues and Options*. Singapore: University of Singapore Press.

- Cummings, E. M., Greene, A. L. y Karraker (1991). *Life-span developmental psychology: Perspectives on stress and coping*. Hillsdale, NJ, US: Lawrence Erlbaum Associates, Inc., pp. 151-174.
- De Zayas, I. (1994), *El voluntariado de las personas mayores*. Madrid: Fundación Caja Madrid.
- De Zayas, I. (1995). *Jornadas por una vejez activa: grupos de ayuda mutua, familia [sic] y vejez, mitos y realidades, cultura, tradiciones y arte, voluntariado*. Madrid. Fundación Caja de Madrid.
- Del Llano Señaría, J., Pérez Camarero, S., Fernández-Bolaños Valentín, A., Calderón Millán, M. J. e Hidalgo Vega, A. (2004). *El impacto de la jubilación sobre la salud y la calidad de vida de las personas mayores*. Ponencia presentada en las XXV Jornadas de Economía de la Salud, Barcelona, España.
- 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*, Volumen 18, nº3. Asturias, pp. 575-577.
- Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E. y Smith, H. L. (1999). *Subjective well-being: Three decades of progress*. *Psychological Bulletin*, Volumen 125, nº 2. Estados Unidos, pp. 276-302.
- Dulcey Ruiz, E. y Uribe Valdivieso, C. (2002). *Psicología del ciclo vital: hacia una visión comprehensiva de la vida humana*. *Revista Latinoamericana de Psicología*, Volumen 34, nº1-2. Fundación Universitaria Konrad Lorenz. Colombia, pp. 17-27.
- Dunér, A. y Nördstrom, M. (2005). *Intentions and strategies among elderly people: Coping in everyday life*. *Journal of Aging Studies*, nº19, pp. 437-451.
- Elorza del Río, A. (2004). *Guía Práctica sobre la incapacitación judicial y otras actuaciones en beneficio de las personas discapacitadas*. La Rioja: Fundación Tutelar de La Rioja.

- Espejo, J., Martínez, J., Aranda, J. M., Rubio, V., Enciso, M. V., Zunzunegui, M. V., Perula, L. y Fonseca, F. J. (1997). *Capacidad funcional en mayores de 60 años y factores sociosanitarios asociados (proyecto ANCO)*. Atención Primaria, nº20, pp. 3-11.
- Espinosa, E. y Libreros, M. (1995). *Modelo básico para el mejoramiento de la calidad de vida del viejo recluso durante su permanencia en la cárcel del distrito judicial de Cali*. (Tesis de grado). Universidad de San Buenaventura, Santiago de Cali (Colombia).
- Fernández-Ballesteros, R. (1992). *Introducción a la evaluación psicológica II*. Madrid: Pirámide.
- Fernández-Ballesteros, R. (1997). *Calidad de vida en la vejez: Condiciones diferenciales*. Anuario de Psicología, nº73, pp. 89-104.
- Fernández-Ballesteros, R. (1998). *Quality of life: the differential conditions*. Psychology in Spain, Volumen 2, nº1, pp. 57-65.
- Fernández-Ballesteros, R. (1998). *Vejez con éxito o vejez competente: un reto para todos*. En ponencias de las IV Jornadas de la AMG “Envejecimiento y prevención”, Barcelona, España.
- Fernández-Ballesteros, R. (2004). *Calidad de vida, ¿es un concepto psicológico?*. Revista Española de Geriatria y Gerontología, nº 39, suplemento 3, pp. 18-22.
- Fernández-Ballesteros, R. y Macía, A. (1996). *Informes de allegados sobre 10s mayores y de éstos sobre si mismos*. Revista de Gerontologia, nº6, pp. 20-30.
- Fernández-Ballesteros, R., Zamarrón, M. D. y Macía, A. (1996). *Calidad de vida en distintos contextos en la vejez*. Madrid: Instituto Nacional de Servicios Sociales (INSERSO).
- Fernández-Ballesteros R., Zamarrón, M. y Macía, A. (1997). *Calidad de Vida en la Vejez en los distintos contextos*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales e Instituto Nacional de Servicios Sociales (INSERSO).
- Fernández-Ballesteros, R. y Zamarrón, M. D. (2007). *CUBRECAVI. Cuestionario Breve de Calidad de Vida. Manual*. Madrid: TEA Ediciones.

- Fernández del Valle, J. y García, A. (1994). *Redes de apoyo social en usuarios del servicio de ayuda a domicilio de la tercera edad*. *Psicothema*, Volumen 6, nº1. Asturias, pp. 39-47.
- Fernández Fernández, M. (noviembre, 2012). *Envejecimiento y servicios sociales: transformemos el reto en una oportunidad*. Comunicación presentada en Congreso Internacional sobre Envejecimiento Activo: “Preparando nuestro futuro”, A Coruña, España.
- Fernández-Mayoralas, G., Rojo Pérez, F. y Rojo Abuín, J. M. (2004). *Components of the residential environment and sociodemographic characteristics of the elderly*. *Journal of Housing for the Elderly*, Volumen 18, nº1, pp. 25-49.
- Folkman, S., Lazarus, R. S., Pimley, S. y Novacek, J. (1987). *Age differences in stress and coping processes*. *Psychology and Aging*, Volumen 2, nº2, pp. 171-184.
- Forthofer, M. S., Janz N. K., Dodge, J. A. y Clark, N. M. (2001). *Gender differences in the associations self esteem, stress and social support with functional health status among older adults with heart disease*. *Journal of Women & Aging*, Volumen 13, nº1, pp. 19-36.
- Francescato, G., Weidemann, S. y Anderson, J. R. (1987). *Residential satisfaction: its uses and limitations in housing research*. En Van Vliet, W.; Choldin, H., Michelson, W. y Popeone, D. (eds.): *Housing and neighborhoods. Theoretical and empirical contributions*. New York, Greenwood Press, pp. 43-57.
- Freund, A. M. y Baltes, P. B. (1999). *Selection, optimization and compensation as strategies of life management: Correlations with subjective indicators of succesful aging*. *Psychological Aging*, Volumen 14, nº4, pp. 700-702.
- Fundación General CSIC (2010). *Informe I+D+i sobre Envejecimiento*. Madrid: Fundación General CSIC.
- García-Viniegras, C. R. y González-Benítez, I. (2000). *La categoría bienestar psicológico: Su relación con otras categorías sociales*. *Revista Cubana de*

Medicina General Integral, Volumen 16, nº6. La Habana, pp. 259-270.
Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252000000600010

- Garland, J. (1993). *Environment and behaviour: a health psychology perspective*. En Bond, J., Coleman, P. y Peace, S. (eds.): *Ageing in society. An introduction to social gerontology*. London, pp. 133-150. (2a ed.).
- Gentile, K. M. (1991). *A review of the literature on interventions and quality of life in the frail elderly*. En Birren, J. E., Lubben, J. E., Rowe, J. C. y Deutchman, D. E. (eds.): *The concept and measurement of quality of life in the frail elderly*. San Diego, CA, Academic Press, pp. 74-88.
- George, J. (2000). *Emotions and Leadership: The Role of Emotional Intelligence*. Human Relations, Volumen 53, nº8, pp. 1027-1055.
- George, L. K. y Bearon, L. B. (1980). *Quality of Life in Older Persons. Meaning and Measurement*. New York: Human Sciences Press.
- Gibson, B. (1986). *Critical Theory and Education*. Londres: Falmer Press.
- Gil, M. (coord.) (1996). *Centros de día para personas mayores dependientes: guía práctica*. Madrid: Ministerio de Educación, Política Social y Deporte e Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO).
- Glass, T. A., Mendes de Leon, C., Marottoli, R. A. y Berkman, L. F. (1999). *Population based study of social and productive activities as predictors of survival among elderly Americans*. BMJ Publishing Group, Volumen 319, nº 7208, pp. 478-483.
- Glass, T. A., Mendes de Leon, C., Bassuk, S. S. y Berkman, L. F. (2006). *Social engagement and depressive symptoms in late life. Longitudinal findings*. Journal of Aging and Health, Volumen 18, nº 4, pp. 604-628.
- Golant, S. M. (1984). *The effects of residential and activity behaviors on old people's environmental experiences*. En Altman, I., Lawton, M. P. y Wohlwill, J. F. (eds.): *Elderly people and the environment*. Serie: Human Behavior and Environment. Advances in Theory and Research. Volumen 7. New York, Plenum Press, pp. 239-278.
- Gómez Juanola, M., López Zamora, A., Moya Rodríguez, M. y Hernández

- Jiménez, O. (2005). *Influencia de algunas variables en las relaciones familiares del adulto mayor*. Revista Cubana de Medicina General Integral, Volumen 21, nº1-2, pp. 1-12.
- Gómez Lavín, C. (1996). *Psicología Evolutiva: Características psicológicas de las distintas etapas de la vida*. Logroño: Edita Carmen Gómez Lavín.
 - Gómez Vela, M. y Sabeh, E. (2000). *Calidad de Vida. Evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica*. Revista Integra de la Universidad de Salamanca. Boletín de noticias del Instituto de Integración en la Comunidad (INICIO), Volumen 3, nº9. Salamanca, pp. 1-4.
 - González Cabanach, R., Fernández-Cervantes, R., González-Doniz, L. y Millán, P. (2007). *La atención psicológica al cuidador. Estrés del cuidador*. A Coruña: Psicoeduca.
 - González, M. C. y Tourón, J. (1992). *Autoconcepto y rendimiento escolar. Sus implicaciones en la motivación y en la autorregulación del aprendizaje*. Pamplona: EUNSA.
 - González-Pienda, J. A., Cabanach, R., Núñez, J. C. y Valle, A. (coords.) (2002). *Manual de Psicología de la Educación*. Madrid: Pirámide.
 - González-Pumariega, S., Núñez, J. C., Cabanach, R., Rodríguez, S. y Valle, A. (2002). *La motivación académica*. En González-Pienda, J. A., Cabanach, R., Núñez, J. C. y Valle, A. (coords.): *Manual de Psicología de la Educación*. Madrid: Pirámide, pp. 117-144.
 - González Cabanach, R., Valle, A., Rodríguez, S. y Piñeiro, I. (2002). *Autorregulación del aprendizaje y estrategias de estudio*. En Pineda, J., Núñez, J. Álvarez, L. y Soler, E. (eds.): *Estrategias de Aprendizaje. Concepto, evaluación e intervención*. Madrid: Ediciones Pirámide, pp. 17-38.
 - González Cabanach, R., Seoane, E. y García, A. (2003). *El funcionamiento psicológico de las personas mayores. Orientaciones para la intervención*. A Coruña: Asociación Gallega de Psicopedagogía.
 - González Cabanach, R., García Candame, A. y González-Millán, P. (2008). *Auxiliar de ayuda a domicilio. Planificación, desarrollo y seguimiento de*

casos asistenciales. Psicoeduca S. L.

- González-Pienda, J. A., Roces, C., Núñez, J. C., Álvarez, L., González-Pumariega, S., González, P., Muñiz, R. y Bernardo, A. (2002). *Inducción parental a la autorregulación, autoconcepto y rendimiento académico*. Psicothema, Volumen 14, nº4. Asturias, pp. 853-860.
- Grembowski, D., Patrick, D., Durham, D., Beresford, S., Kay, E. y Hecht, J. (1993). *Self-efficacy and health behavior among older adults*. Journal of Health and Social Behavior, Volumen 34, nº 2, pp. 89-104.
- Gross, J. J., Carstensen, L. L., Pasupathi, M., Tsai, J., Hsu, A. y Gøtestam-Skorpen, C. (1997). *Emotion and aging: Experience, expression and control*. Psychology and Aging, nº12, pp. 590-599.
- Grow Kasser, V. 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, Volumen 29, nº5, pp. 935-954.
- Gurland, B. y Katz, S. (2000): *Calidad de vida y trastornos mentales de los ancianos*. En Katschnig, H. (Dir.): *Calidad de vida en los trastornos mentales*. Barcelona: Ed. Masson.
- Gutiérrez, B. (1999). *Gerontología psicosocial*. En *Manual básico para gerocultores y auxiliares geriátricos*. Centro de Humanización de la salud. Madrid: Cáritas Española.
- Guzmán, J. M., Huenchuan, S. y Montes de Oca, V. (julio, 2003). *Redes de apoyo social de personas mayores: marco teórico conceptual*. Ponencia presentada en el “Simposio Viejos y Viejas. Participación, Ciudadanía e Inclusión Social” del 51 Congreso Internacional de Americanistas, Santiago de Chile, Chile.
- Hadlow, J. y Baldock, J. (2002). *Self-talk versus needs-talk: An exploration of the priorities of housebound older people*. En *Quality in ageing: policy, practice and research*, Volumen 3, nº1, pp. 42-48.
- Hair, J. E., Anderson, R. E., Tatham, R. L. y Black, W. C. (1999). *Multivariate data analysis* (6ª ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice-Hall.

- Harlow, R. E., y Cantor, N. (1996). *Still participating after all these years: A study of life task participation in later life*. Journal of Personality and Social Psychology, Volumen 71, nº6, pp. 1235-1249.
- Heckhausen, J. (2005). *Competence and motivation in adulthood and old age: Making the Most of Changing Capacities and Resources*. Handbook of competence and motivation, New York, NY, US: Guilford Publications, pp. 240-256.
- Hernández Borge, J. (2006). *Vejez y territorio en Galicia*. Revista SEMATA, Ciencias Sociales y Humanidades-Universidad de Santiago de Compostela, Volumen 18. Santiago de Compostela, pp. 143-166.
- Hernández, R., Fernández, C., Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill.
- Herrera, J. M., Barranco, C., Melián, C., Herrera, R. M., Rodríguez, M. I. y Mesa, M. N. (2003). *La autoestima como predictor de la calidad de vida en los mayores*. Portularia, nº4, pp. 171-178.
- Herrero, J. y Gracia, E. (2005). *Redes sociales de apoyo y ajuste biopsicosocial en la vejez: un análisis comparativo en los contextos comunitario y residencial*. Intervención Psicosocial: Revista sobre Igualdad y Calidad de Vida, Volumen 14, nº1, pp. 41-50.
- Hornillos Calvo, M. M. (1995). *Hospitales de día geriátricos en España. Un estudio descriptivo de su estructura y funcionamiento*. (Tesis Doctoral). Universidad Complutense, Madrid (Madrid).
- Hunt, S. M. y McEwen, J. (1980). *The development of a subjective health indicator*. Soc Health, nº2, pp. 231-246.
- IMSERSO (2003). *Plan de Acción para las personas mayores 2003-2007*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Secretaría General de Asuntos Sociales e Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO).
- IMSERSO (2007). *Calidad y dependencia: Grados de dependencia y necesidades de servicios. Estudio de Consultoría y Asistencia*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad e Instituto de Mayores y Servicios Sociales

- (IMSERSO).
- IMSERSO (2008). *Modelo de Centro de Día para la atención a personas con Enfermedad de Alzheimer*. Madrid: Ministerio de Educación, Política Social y Deporte e Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO).
 - IMSERSO (2008-2016). *Información estadística del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad e Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). Recuperado de:
http://www.dependencia.imserso.gob.es/dependencia_01/documentacion/eestadisticas/perfil/index.htm
 - IMSERSO (2011). *Envejecimiento Activo. Libro Blanco*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad e Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO).
 - IMSERSO (2012). *Servicios Sociales dirigidos a personas mayores en España*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad e Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO).
 - IMSERSO (2015). *Informe 2014: Las Personas Mayores en España. Datos estadísticos Estatales y por Comunidades Autónomas*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad e Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO).
 - Inza, B. y Arriola, E. (1999). *El centro de día psicogeriátrico*. En Arriola, E. *Elementos de Geriatria en Atención Primaria*. Edita Jansen Cilag, pp. 113-123.
 - Inza, B. y Arriola, E. (coord.) (1999). *El Centro de Día psicogeriátrico*. En Arriola, E: *Elementos de geriatría en atención primaria*. Edita Jansen Cilag, pp. 113-123.
 - Izquierdo, A. (2005). *Psicología del desarrollo de la edad adulta: Teorías y contextos*. Revista Complutense de Educación, Volumen 16, nº2, pp. 601-619.
 - Jang, Y., Mortimer, J. A., Haley, W. E. y Borenstein, A. R. (2004). *The role of social engagement in life satisfaction: Its significance among older*

- individuals with disease and disability*. The Journal of Applied Gerontology, Volumen 23, n°3, pp. 266-278.
- Joyce, C. R. B., Hickey, A., McGee, H. M. y O'Boyle, C. A. (2003). *A theory-based method for the evaluation of individual quality of life: The SEIQoL*. Quality of Life Research, Vol. 12, n°3, p. 275-280.
 - Karoly, P. (1993). *Mechanisms of self-regulation: a systems view*. Annual Review Psychology, n°44, 23-52.
 - Katz, S. y Gurland, B. J. (1991). *Science of quality of life of elders: challenges and opportunities*. En J. Birren, J. C. Lubben, J. C. Rowe y D. E. Deutch (eds.): *The concept and measurement of quality of life in the frail elderly*. Los Angeles: Academic Press.
 - Kerlinger, F. y Lee, H. (2002). *Investigación del comportamiento. Métodos de investigación en ciencias sociales*. México: Editorial McGraw-Hill.
 - Keyes, C.L., Shmotkin, D. y Ryff, C. D. (2002). *Optimizing well-being: the empirical encounter of two traditions*. Journal of Personality and Social Psychology, n°82, pp. 1007-1022.
 - Kim, J. E. y Nesselroade, J. R. (2003). *Relationships among social support, self-concept and well-being of older adults: A study of process using dynamic factor models*. International Journal of Behavioral Development, Volumen 27, n°1, pp. 49-65.
 - Klumb, P. L. y Maier, H. (2007). *Daily activities and survival at older ages*. Journal Aging Health, Volumen 19, n°4, pp. 594-611.
 - Krause, N. (1987). *Life stress, social support and self-esteem in and elderly population*. Psychology and Aging, Volumen 2, n°4, pp. 349-356.
 - Krzemien, D., Urquijo, S. y Monchiatti, A. (2004). *Aprendizaje social y estrategias de afrontamiento a los sucesos críticos del envejecimiento femenino*. Psicothema, Volumen 16, n°3. Asturias, pp. 350-356.
 - Krzemien, D., Urquijo, S. y Monchiatti, A. (2005). *Afrontamiento activo y adaptación al envejecimiento en mujeres de la ciudad de Mar del Plata*. Interdisciplinaria, Volumen 22, n°2, pp. 183-210.
 - Lang, F. R. (2001). *Regulation of social relationships in later adulthood*.

- Journal of Gerontology, Volumen 56, nº6, pp. 321-326.
- Larrañaga, I. (1995). *La red de soporte en la población anciana*. Inguruak, nº13. País Vasco, pp. 209-233.
 - Laruma, L. (2003). *Supporting carers of older people in Europe: a comparative report on six European countries*. Health and Social Services: Partners for a Social Europe. 11th European Social Services Conference-Venice, 2nd-4th, 2003.
 - Lawton, M. P. (1991). *A multidimensional view of quality of life in frail elders*. En Birren, J. E., Lubben, J. E., Rowe, J. C., y Deutchman, D. E. (eds.): *The concept and measurement of quality of life in the frail elderly*. San Diego, CA, US: Academic Press, pp. 3-27.
 - Lawton, M. P. (2001). *Quality of life and the end of life*. En Birren, J. E. y Schaie, K. W. (eds.): *Handbook of the psychology of aging (5th ed)*. San Diego, CA: Academic Press.
 - Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
 - Lehr, U. (1980). *Psicología de la senectud*. Barcelona: Herder.
 - Liberalesso Neri, A. (2002). *Bienestar subjetivo en la vida adulta y en la vejez: hacia una psicología positiva*. Revista Latinoamericana de Psicología, Volumen 34, nº1-2. Colombia, pp. 55-74.
 - Limón, M. R. (1993). *La preparación a la jubilación: nueva ocupación del tiempo*. Revista Complutense de Educación, Volumen 4, nº1, pp. 53-67.
 - Lin, N. y Ensel, W. M. (1989). *Life stress and health. Stressors and resources*. American Sociological Review, nº54, pp. 382-399.
 - Litwin, H. (2001). *Social network type and morale in old age*. The Gerontologist, nº41, pp. 516-524.
 - Lizán, L. y Reig, A. (1998). *Perspectiva del paciente en la evaluación de resultados en atención primaria: la medida de la calidad de vida relacionada con la salud*. Cuadernos de gestión, nº4, pp. 119-131.
 - López Doblas, J. (2005). *Personas mayores viviendo solas. La autonomía como valor en alza*. Madrid: IMSERSO.

- Losada Rodríguez, B. y Freire Castro, C. (2008). *Guía de ventajas e medidas de apoyo para personas con discapacidad*. Galicia: Edita Xunta de Galicia.
- Lyman, K. A. (1998). *Día a día con la enfermedad de Alzheimer*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad e Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO).
- Lyubomirsky, S., Tkach, C. y Dimatteo, M. R. (2006). *What are the Differences between Happiness and Self-Esteem*. An International and Interdisciplinary Journal for Quality-of-Life Measurement, Volumen 78, nº3, pp. 363-404.
- Marín, M. y García, A. J. (2004). *Calidad de vida en la tercera edad desde la salud y el estado de bienestar psicosocial*. MAPFRE Medicina, Volumen 15, nº3, pp. 177-185.
- Martín García, M. (ed.). (2003). *Trabajo Social en Gerontología*. Madrid: Síntesis.
- Martínez, J. (2004). *Concepción de aprendizaje, metacognición y cambio conceptual en estudiantes universitarios de psicología*. (Tesis Doctoral). Universitat de Barcelona, Barcelona (Barcelona).
- Martínez-Correa, A., Reyes del Paso, G. A., García-León, A. y González-Jareño, M. I. (2006). *Optimismo/pesimismo disposicional y estrategias de afrontamiento del estrés*. Psicothema, Volumen 18, nº1. Asturias, pp. 66-72.
- Martínez-Fernández, J. R. (2004). *Concepción de aprendizaje, metacognición y cambio conceptual en estudiantes universitarios de psicología*. (Tesis Doctoral inédita). Departamento de Psicología Básica. Universidad de Barcelona, Barcelona (Cataluña).
- Martínez Martín, P. (ed.). (2006). *Calidad de vida en neurología*. Barcelona: Ars Medica.
- Martínez Rodríguez, T. (2010). *Las buenas prácticas en la atención a las personas adultas en situación de dependencia*. Informes Portal Mayores, nº 98. Madrid. Recuperado de:
<http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/martinez-practicas-01.pdf>

- Martínez Rodríguez, T. (2011). *La atención gerontológica centrada en la persona. Guía para profesionales de centros y servicios de atención a personas mayores en situación de fragilidad o dependencia*. Vitoria-Gasteiz: Departamento de Empleo y Asuntos Sociales del Gobierno Vasco.
- Martínez Rodríguez, T. (2013). *La atención centrada en la persona. Algunas claves para avanzar en los servicios gerontológicos*. Revista Actas de la Dependencia nº8. Madrid, pp. 25-47.
- Martínez, S. y Amayra, I. (2006). *Beneficios del ocio en la vejez: pautas para el desarrollo de programas de ocio terapéuticos*. Ponencia presentada en el VII Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría, Psicología y Salud Mental, Interpsiquis.
- Martos, A. J. (2005). *VARIABLES MEDIADORAS EN LA RELACIÓN ENTRE EL DETERIORO COGNITIVO Y LA CAPACIDAD FUNCIONAL EN PERSONAS MAYORES*. (Tesis Doctoral no publicada). Universidad de Granada, Granada.
- Mayoral, P., Bueno, B., Buz, J. y Navarro, A. B. (2007). *El envejecimiento y la calidad de vida*. INFAD Revista de Psicología, Nº 2, pp: 87-100.
- Meléndez, J. C. (1998). *Apoyo familiar y tercera edad*. Geriátrika, Volumen 14, nº2, pp. 98-102.
- Meléndez, J. C. (1998). *Apoyo social, tercera edad y autopercepción*. Gerokomos, Volumen IX, nº2, pp. 60-66.
- Meléndez, J. C. (1999). *Percepción de relaciones sociales en la tercera edad*. Geriátrika, Volumen 15, nº1, pp. 18-22.
- Meléndez, J. C., Navarro, E., Oliver, A. y Tomás, J. M. (2009). *La satisfacción vital de los mayores: Factores sociodemográficos*. Boletín de Psicología, nº 95. Valencia, pp. 29-42.
- Meléndez, J. C., Tomás, J. M. y Navarro, E. (2007). *Análisis de las redes sociales en la vejez a través de la entrevista Manhein de apoyo social*. Salud Pública de México, Volumen 49, pp. 408-416.
- Mella, R., González, L., D'Appolonio, J., Maldonado, I., Fuenzalida, A. y Díaz, A. (2004). *Factores asociados al Bienestar Subjetivo en el adulto mayor*. PSYKHE, Volumen 13, nº1, pp. 79-89.

- Millward, C. (1998). *Family Relationships and Intergenerational Exchange in Later Life*. Melbourne: Australian Institute of Family Studies.
- Mold, J. W. (1995). *An alternative conceptualisation of health and health care: its implication for geriatrics and gerontology*. *Educ. Gerontol.*, nº21, pp: 85-101.
- Molina, C. y Meléndez, J. C. (2006). *Bienestar psicológico en envejecientes de la República Dominicana*. *Geriatría*, Volumen 22, nº3. Buenos Aires, pp. 97-105.
- Montorio, I., Izal, M., Colodrón, M. S. y Losada, A. (2002). *Dependencia y autonomía funcional en la vejez. La profecía que se autocumple*. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, Volumen 12, nº2, pp. 61-71.
- Montorio, I. y Losada, A. (2004). *Una visión psicosocial de la dependencia. Desafiando la perspectiva tradicional*. Madrid: IMSERSO.
- Moragas Moragas, R. (2004). *Gerontología Social: Envejecimiento y Calidad de Vida*. Barcelona: Herder.
- Moraitou, D., Kolovou, C., Papasozomenou, C. y Paschoula, C. (2006). *Hope and adaptation to old age: Their relationship with individual-demographic factors*. *Social Indicators Research*, nº76, pp. 71-93.
- Moyano, E. y Ramos, N. (2007). *Bienestar subjetivo: midiendo la satisfacción vital, felicidad y salud en población chilena de la Región Maule*. *Revista Universum (Universidad de Talca)*, Volumen 22, nº2. Chile, pp. 177-193.
- Nelson, R. C.; Wasson, J. H., y Kirk, J. W. (1987). *Assessment of function in routine clinical practice: description of the COOP chart method and preliminary findings*. *J. Chronic Dis.*, nº40, suplemento 1, pp. 55-60.
- Neugarten, B. L. (1974). *Age groups in American society and the rise of the young-old*. *Annals of the American Academy of Politic and Social Sciences*, nº 415, pp. 187-198.
- Newman, M. A. (1994). *Theory for nursing practice*. *Nursing Science Quarterly*, nº7, pp. 153-157.
- Nilsson, I., Löfgren, B., Fisher, A. G. y Bernspang, B. (2006). *Focus on leisure*

- repertoire in the oldest old: The Umea 85+ Study*. The Journal of Applied Gerontology, Volumen 25, nº5, pp. 391-405.
- Noll, H. H. (2002). *Towards a European System of Social Indicators: Theoretical Framework and System Architecture*. En Hagerty, M. R., Vogel, J. y Møller, V. (eds.): *Assessing Quality of Life and Living Conditions to Guide National Policy*. Dordrecht, Kluwer.
 - Noriega, J. A. V., Guedea, M. T. D., Álvarez, J. F. L., Albuquerque, F. J. B. y Seabra, M. (2007). *Autoconcepto, locus de control y orientación de éxito: sus relaciones predictivas en adultos mayores del norte brasileño*. Psicología USP, Volumen 18, nº1, pp. 137-151.
 - O'Boyle, C. A., McGee, H., Hickey, A., Joyce, C. R. B., Browne, J., O'Malley, K. y Hiltbrunner, B. (1993). *The Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life (SEIQOL): Administration Manual*. Dublin, Royal College of Surgeons in Ireland.
 - Olivari, C., y Urra, E. (2007). *Autoeficacia y conductas de salud*. Ciencia y Enfermería, Volumen 13, nº1, pp. 9-15.
 - Oñate, M. P. (1995). *Autoconcepto*. En J. Beltrán y J. A. Bueno (eds.): *Psicología de la Educación*. Barcelona: Editorial Boixareu Universitaria, pp. 212-226.
 - Oramas, A., Santana, S. y Vergara, A. (2006). *El bienestar psicológico, un indicador positivo de la salud mental*. Revista Cubana de Salud y Trabajo, Volumen 7, nº1-2, pp. 34-39.
 - Ouwehand, C., De Ridder, D. T. y Bensing, J. M. (2007). *A review of successful aging models: proposing proactive coping as an important additional strategy*. Clinical Psychol Review, Volumen 27, nº8, pp. 873-884.
 - Pajares, F. (2002). *The Development of Academic Self-Efficacy*. Educational Psychology. pp. 15-31.
 - Palacios, A. (2008). *El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. Madrid: CINCA.
 - Parkerson, G. R., Broadhear, W. E. y TSE, C. J. (1990). *The Duke health*

- profile. A 17-item measure of health and dysfunction. Medical Care, n°28, pp. 1056-1069.*
- Pastor, D. A., Barron, K. E., Miller, B. J. y Davis, S. L. (2007). *A latent profile analysis of college student's achievement goal orientation. Contemporary Educational Psychology, Volumen 32, n°1, pp. 8-47.* Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cedpsych.2006.10.003>.
 - Patrick, D. y Erickson P. (1993). *Health Policy, Quality of Life: Health Care Evaluation and Resource Allocation.* Oxford University Press. New York.
 - Pérez Ortiz, L. (2006). *Jubilación, género y envejecimiento.* En Giró Miranda, J. (coord.): *Envejecimiento activo, envejecimiento en positivo.* La Rioja: Universidad de la Rioja. Servicio de publicaciones, pp.89-112.
 - Pérez Serrano, G. (coord.). (2006). *Calidad de Vida en personas mayores.* España: Dykinson.
 - Peterson, C. y Seligman, M. E. P. (2003). *Positive clinical psychology.* En L. G. Aspinwall y U. M. Staudinger (eds.): *A psychology of human strengths: Fundamental questions and future directions for a positive psychology.* American Psychological Association, Washington DC, pp 305-317.
 - Peterson, C. y Seligman, M. E. P. (2003). *The Values in Action (VIA) classification of strengths.* American Psychological Association, Washington DC.
 - Pinquart, M. y Sörensen, S. (2000). *Influences of socioeconomic status, social network and competence on subjective well-being in later life: A meta-analysis.* Psychology and Aging, Volumen 15, n°2, pp. 187-224.
 - Power, M., Bullinger, M., Harper, A. y The World Health Organization Quality of Life Group. (1999). *The World Health Organization WHOQOL-100: Tests of the universality of quality of life in 15 different cultural groups worldwide.* Health Psychology, Volumen 18, n°5, pp. 495-505.
 - Prieto Ramos, O. (1999). *Gerontología y Geriatría. Breve resumen histórico.* Revistas Médicas Cubanas-Biblioteca virtual en salud, Volumen 12, n°2. Cuba, pp. 51-54.
 - Pynoos, J. y Reginier, V. (1991). *Improving residential environments for frail*

- elderly: bridging the gap between theory and application*. En Birren, J. E., Luben, J. E. y Rowe, J. C. (eds.): *The concept and measurement of quality of life in the frail elderly*. San Diego: Academic Press.
- Real, T. (2008). *Dependencia funcional, depresión y calidad de vida en ancianos institucionalizados*. *Informaciones Psiquiátricas*, nº192 (segundo trimestre 2008). Barcelona, pp. 163-178. Recuperado de: http://www.informacionespsiquiatricas.com/anteriores/info_2008/02_192_1_1.htm
 - Rehdanz, K. y Maddison, D. (2003). *Climate and Happ.iness*. *Ecological Economics*, Volumen 52, nº 1, pp. 111-125.
 - Reig Ferrer, A. (2000). *La Calidad de Vida en Gerontología como constructo psicológico*. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, nº35, suplemento 2. Madrid, pp. 5-16.
 - Ribera, J. M. y CRUZ, A. J. (1997): *Geriatría en atención primaria*. Barcelona: J. Urianch y Cia.
 - Richart, M., Reig, A. y Cabrero, J. (1999). *La calidad de vida en la vejez*. Alicante: Editorial Club Universitario.
 - Ricoy Lorenzo, M. C. y Pino Juste, M. R. (2008). *Percepción de la calidad de vida y utilización de los recursos sociosanitarios por personas mayores no institucionalizadas*. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, Volumen 43, nº6. Madrid, pp. 362-365.
 - Rodríguez Gómez, G., Gil Flores, J. y García Jiménez, G. (1999). *Metodología de la investigación cualitativa*. Málaga: Aljibe.
 - Rodríguez, S., Cabanach, R. y Piñeiro, I. (2002). *Gestión de recursos y estrategias motivacionales*. En González-Pienda, J.A., Cabanach, R., Núñez, J.C. y Valle, A. (coord.): *Manual de Psicología de la Educación*, Madrid:Pirámide, pp. 145-164.
 - Rodríguez Rodríguez, P. (2013). *La Atención Integral y Centrada en la persona*. Madrid: Fundación Pilares para la Autonomía Personal.
 - Rojas Ocana, M. J., Toronjo Gómez, A., Rodríguez Ponce, C. y Rodríguez Rodríguez, J. B. (2006). *Autonomía y estado de salud percibidos en ancianos*

- hospitalizados*. Gerokomos, Volumen 17, nº1, pp. 08-23.
- Rojo Pérez, F., Fernández-Mayoralas, G., Pozo Rivera, E. y Rojo Abuín, J. M. (2001). *Ageing in place: predictors of residential satisfaction of elderly*. Social Indicators Research, Volumen 54, nº2, pp. 173-208.
 - Rojo Pérez, F., Fernández-Mayoralas, G., Pozo Rivera, E. y Rojo Abuín, J. M. (2002). *Envejecer en casa: la satisfacción residencial de los mayores en Madrid como indicador de su calidad de vida*. Madrid, Consejo Superior de Investigaciones Científicas, Colección Monografías, nº23.
 - Rojo Pérez, F., Fernández-Mayoralas, G., Rodríguez-Rodríguez, V. y Rojo-Abuín, J. M. (2007). *The Environments of Ageing in the Context of the Global Quality of Life among Older People Living in Family Housing*. En Mollenkopf, H. y Walker, A. (eds.): *Quality of Life in Old Age. International and Multidisciplinary Perspectives*. Springer, Social Indicators Research Series, Volume 31, pp. 123-150.
 - Rojo Pérez, F., Fernández-Mayoralas, G., Forjaz, M. J., Delgado-Sanz, M. C., Ahmed-Mohamed, K., Martínez-Martín, P., Prieto-Flores, M. E. y Rojo-Abuín, J. M. (2009). *Población Mayor, Calidad de Vida y redes de apoyo: demanda y prestación de cuidados en el seno familiar*. Madrid: Escuela Nacional de Salud, Instituto de Salud Carlos III y Ministerio de Ciencia e Innovación.
 - Romero, L. (2013). *El enfoque multi o pluri, inter y transdisciplinario en la Animación Sociocultural. Entrevista a los expertos*. Revista semestral para animadores/as socioculturales y educadores/as sociales. nº17. ISSN: 1698-4404. Recuperado de <http://quadernsanimacio.net>
 - Ryan, R. M. y Deci, E. L. (2000). *Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development and well-being*. American Psychologist, Volumen 55, nº1, pp. 68-78.
 - Ryan, R. M. y Deci, E. I. (2001). *On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being*. Annual Review of Psychology, Volumen 52, nº1. Estados Unidos, pp. 141-166.
 - Ryff, C. D. (1989a). *Beyond Ponce de Leon and life satisfaction: New directions in quest of successful aging*. International Journal of Behavioral

- Development, nº12, pp. 35-55.
- Ryff, C. D. (1989b). *Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being*. Journal of Personality and Social Psychology, nº57, pp. 1069-1081.
 - Sáez, N., Aleixandre, M., De Vicente, P., Meléndez, J. C. y Villanueva, I. (1993). *Cambio y socialización en la tercera edad*. Investigaciones Psicológicas, nº12, pp. 129-152.
 - Sáez, N., Aleixandre, M. y Meléndez, J. C. (1994). *Actividad y tiempo libre en tercera edad*. Revista de Psicología de la Educación, nº14, pp. 5-24.
 - Salgado Alba, A. y Gonzalez Montalvo, J. L. (1999). *Centros de día para personas mayores. Un esquema práctico sobre su funcionamiento*. Revista Española de Geriatria y Gerontología, Volumen 34, nº5, pp. 298-305.
 - Sancho, M.T. y Vega, J.L. (2004). *Calidad de vida y satisfacción en la vejez. Una perspectiva psicológica*. Revista Española de Geriatria y Gerontología, Volumen 39, suplemento 3, nº1.
 - San Martín, C. (1997). *Espiritualidad en la tercera edad*. Psicodebate, nº8, pp. 111-127.
 - San Miguel Osaba, E. (2011). *Gestión de la calidad y marketing en los centros residenciales para personas mayores*. (Tesis Doctoral). Universidad del País Vasco, San Sebastián (País Vasco).
 - Sannino, C. (1997). *Centros de Día: un recurso en franca progresión*. Zerbiztuan Revista de Servicios Sociales, nº32. País Vasco, pp. 46-49.
 - Schallock, R. L. y Verdugo, M. A. (2003). *Calidad de vida. Manual para profesionales de la educación, salud y servicios sociales*. Madrid: Alianza Editorial.
 - Scheier, M. y Carver, C. (1985). *Optimism, coping and health: Assessment and implications of generalized outcome expectancies*. Health Psychology, nº4, pp. 219-247.
 - Schneller, D. P. y Vandsburger, E. (2008). *Self-efficacious behaviors for reducing stress in older adulthood*. Ageing International, Volumen 32, nº1, pp. 78-91.

- Schunk, D. H., y Zimmerman, B. J . (1994). *Self-regulation in education: retrospect and prospect*. En D. H. Schunk y B. J . Zimmerman (eds.): *Self-regulation of learning and performance. Issues and educational applications*. Hillsdale, New Jersey: Erlbaum.
- Schunk, D. H. (2001). *Social cognitive theory and self-regulated learning*. En Zimmerman, B. J. y Schunk, D. H. (eds.): *Self-regulated learning and academic achievement: Theoretical perspectives*. Mahwah, New Jersey: Erlbaum. Segunda edición, pp. 125-151.
- Setien Santamaría, M. L. (1993). *Indicadores sociales de calidad de vida. Un sistema de medición aplicado al País Vasco*. Madrid: C.I.S. y Siglo XXI editores.
- Shanas, E. (1979). *The family as a social support system in old age*. The Gerontologist, Volumen 19, nº 2, pp. 169-174.
- Sierra Bravo, R. (2001). *Técnicas de investigación social: teoría y ejercicios*. Madrid: Paraninfo.
- Silverstein, M., Chen, X. y Heller, K. (1996). *Too much of a good thing? Intergenerational support and the psychological well-being of older parents*. National Council on Family Relations, nº58, pp. 970-982.
- Silverstein, M. y Parker, M. G. (2002). *Leisure activities and quality of life among the oldest old in Sweden*. Research on Aging, Volumen 24, nº5, pp. 528-547.
- Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (2007). *Estándares de Calidad en Geriatria*. Madrid: Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (SEGG).
- Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (2009). *100 recomendaciones básicas de calidad y mejora continua para los servicios de centros de día de atención a personas mayores*. Madrid: Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (SEGG).
- Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (2012). *Manual Práctico: Las 101 dudas más frecuentes sobre la Ley de Dependencia*. Madrid: Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (SEGG).
- Stefani, D. (2004). *Estrés y mecanismos de afrontamiento de la vejez: un*

- análisis a partir del género*. Geriátrika: Revista Iberoamericana de Geriátría y Gerontología, Volumen 20, nº3, pp. 124-132.
- Stefani, D. y Feldberg, C. (2006). *Estrés y estilos de afrontamiento en la vejez: Un estudio comparativo en senescentes argentinos institucionalizados y no institucionalizados*. Anales de Psicología, Volumen 22, nº2. Universidad de Murcia, Murcia, pp. 267-272.
 - Steward, A. L., Hays, R. D., y Ware, J. E. (1988). *The MOS short-form general health survey: reliability and validity in a patient population*. Med. Care, nº26, pp. 724-735.
 - Stewart, A. L. y Sherbourne, C. D. (1996). *Measuring health-related quality of life in older and demented populations*. En Spilker, B. (ed.): *Quality of life and pharmacoeconomics in clinical trials*. Philadelphia, Lippincot-Raven Publishers, pp. 819-830.
 - Talón Prieto, M. T. (2002). *Criterios de satisfacción personal y calidad asistencial en residencias de personas mayores: una propuesta de intervención*. (Tesis Doctoral). Facultad de Psicología, Valencia.
 - Triadó, C. (2001). *Cambio evolutivo, contextos e intervención psicoeducativa en la vejez*. Contextos educativos, nº4, pp. 119-133.
 - Urrutia Castellón, J. M. (2006). *Modelo de valoración de la dependencia unificado para Euskadi*. Revista Osasunaz. Cuadernos de Ciencias de la Salud, Número 7. Donostia, pp. 19-36.
 - Van Hoorn, A. (abril, 2007). *A short introduction to subjective well-being: Its measurement, correlates and policy uses*. Trabajo presentado en la International Conference: "Is happy measurable and what do those measures mean for policy?", Roma, Italia.
 - Vera Noriega, J. A., Quiñones Sotelo, T. I. y Domínguez Guedea, M. T. (2005). *Bienestar subjetivo, enfrentamiento y redes de apoyo social en adultos mayores*. Revista Intercontinental de Psicología y Educación, Volumen 7, nº2, pp. 57-78.
 - Victor, C. R., Scambler, S. J., Bowling, A. y Bond, J. (2005). *The prevalence of, and risks factors for, loneliness in later life: A survey of older people in*

Great Britain. Aging and Society, nº25, pp. 357-375.

- Verdugo, M. A. (1997). *Programa de Habilidades Sociales (PHS). Programas Conductuales Alternativos*. Salamanca: Amarú.
- Villar, F. (1997). *Estrategias para afrontar el envejecimiento y diferencias asociadas a la edad: una aproximación a través del análisis de contenido*. *Armario de Psicología*, nº73, pp. 57-69.
- Villar Posada, F. (2009). *Discapacidad, dependencia y autonomía en la vejez*. España: Aresta SC.
- VV.AA. (2001). *CIDDM-2: Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud*. Ginebra (Suiza): Organización Mundial de la Salud (OMS).
- VV.AA. (2003). *Centros de Día: Atención e intervención integral para personas mayores dependientes y con deterioro cognitivo*. Guipuzcoa: Edita Diputación Foral de Guipuzcoa.
- VV.AA. (2003). *La protección legal del enfermo de Alzheimer. Una guía para enfermos, familiares y asociaciones que trabajan a favor de las personas afectadas*. Barcelona: La Caixa.
- VV.AA. (2006). *Centros de Día. Guías de actividade empresarial*. Santiago de Compostela: BIC Galicia e Instituto Galego de Promoción Económica (IGAPE). Recuperado de:
https://www.bicgalicia.es/bicc/guiasadaptadas/descargas/18_CENDIA_adaptazona1.pdf
- VV.AA. (2006). *Guía Práctica sobre la incapacitación judicial y otras actuaciones en beneficio de las personas discapacitadas*. Jaén: Fundación Jienense de Tutela.
- VV.AA. (2006). *La Atención Integral a la Dependencia en Galicia*. Pontevedra: Asociación Gallega contra las enfermedades neuromusculares (ASEM Galicia).
- VV.AA. (2006). *Vejez: autonomía o dependencia pero con calidad de vida*. España: Dykinson.
- VV.AA. (2007). *El envejecimiento y el reto de la Calidad de Vida*. INFAD *Revista de Psicología*, nº 2. ISSN: 0214-9877. España, pp. 87-100.

- VV.AA. (2008). *Calidad y acreditación para las entidades prestadoras de servicios de atención a las personas mayores en situación de dependencia*. Madrid: Fundación Edad&Vida.
- VV.AA. (2009). *La incapacitación: garantía de protección de los derechos de las personas mayores*. Guipúzcoa: Diputación Foral de Guipúzcoa. Departamento de Política Social.
- VV.AA. (2010). *Procedementos e documentos técnicos do Sistema para a Autonomía e Atención á Dependencia no ámbito dos Servizos Sociais Comunitarios e de Saúde de Galicia*. Galicia: Colexio Oficial de Traballo Social de Galicia y Xunta de Galicia.
- VV.AA. (2011). *Calidad de Vida y Envejecimiento: La visión de los mayores sobre sus condiciones de vida*. Bilbao: Fundación BBVA.
- VV.AA. (2011). *Guía Calidad de Vida en la Vejez: Herramientas para vivir más y mejor*. Santiago de Chile: Pontificia Universidad Católica de Chile.
- VV.AA. (2013). *Estudio de la adopción y el abandono de modelos de gestión de la calidad en centros gerontológicos de la Comunidad Autónoma del País Vasco*. Zerbiztuan Revista de Servicios Sociales, nº54. País Vasco, pp. 85-96.
- VV.AA. (2013). *Trabajo Social: Intervención Profesional en Autonomía Personal y Dependencia*. Almería: Colegio Oficial de Trabajo Social de Almería.
- VV.AA. (2015). *Modelo de atención centrada en la persona. Presentación de los Cuadernos Prácticos*. Informes Envejecimiento en Red, nº12. Madrid. Recuperado de:
<http://envejecimiento.csic.es/documentacion/estudiosyresultados/informes/enred-index.html>
- Weidemann, S. y Anderson, J. R. (1985). *A conceptual framework for residential satisfaction*. Springer Editors.
- WHOQOL Group (1998). *Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF Quality of Life Assessment*. Psychological Medicine, nº28, pp. 551-558.
- Williams, T. F. (1996). *Geriatrics: perspective and quality of life and care of*

- older people*. En Spilker, B. (ed.): *Quality of life and pharmacoeconomics in clinical trials*. Philadelphia, Lippincot-Raven Publishers, pp. 302-307.
- Wrosch, C., Scheier, M., Miller, G. E., Schulz, R. y Carver, C. S. (2003). *Adaptive self-regulation of unattainable goals: Goals disengagement, goal reengagement and subjective well-being*. *Personality and Social Psychology Bulletin*, Volumen 29, nº12, pp. 1494-1508.
 - Xunta de Galicia (2010). *Plan Galego das persoas maiores. Plan de Actuación Social Galicia 2010-2013. Horizonte 2015*. Galicia: Xunta de Galicia.
 - Xunta de Galicia (2011). *Guía de actuación coordinada contra o maltrato de persoas maiores ou adultas con discapacidade*. Galicia: Xunta de Galicia.
 - Xunta de Galicia (2011). *Cartera de Servicios Sociais para persoas dependentes, prevención de la dependencia y promoción de la autonomía personal*. Galicia: Consellería de Traballo e Benestar de la Xunta de Galicia.
 - Xunta de Galicia (2013). *Estratexia para a prevención e detección precoz da Dependencia en Galicia. Horizonte 2020*. Galicia: Consellería de Traballo e Benestar de la Xunta de Galicia.
 - Xunta de Galicia (2013). *Guía para a asignación de Servizos Sociais a persoas en situación de dependencia*. Galicia: Xunta de Galicia. Consellería de Traballo e Benestar.
 - Yanguas Lezaun, J. J. (2006). *Análisis de la calidad de vida relacionada con la salud en la vejez desde una perspectiva multidimensional*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad e Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO).
 - Zavala, M., Vidal, G., Castro, M., Quiroga, P. y Klassen, G. (2006). *Funcionamiento social del adulto mayor*. *Cienc Enferm*, Volumen 12, nº2, pp. 53-62.
 - Zimmerman, B. J. (2000). *Attaining self-regulation: A social cognitive perspective*. En M. Boekaerts, P.R. Pintrich y M. Zeidner (eds.). *Hand-book of self-regulation*. San Diego: Academic Press, pp.13-41.

ANEXOS

ANEXO I: CUESTIONARIO DATOS GENERALES DE CENTRO DE DÍA

CUESTIONARIO DATOS GENERALES DE CENTRO DE DÍA

El presente cuestionario se diseñó con la intención de recabar datos generales sobre el Centro de Día y sería recomendable que fuese cubierto por el/la Director/a, Coordinador/a o Responsable. Toda la información que usted aporte será tratada con rigor y no será difundida, respetando siempre a Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

1. Complete los espacios vacíos con los datos que faltan en relación al Centro que usted dirige/coordina o del que es responsable:

El Centro de Día de _____ (indicar nombre completo) fue abierto a día _____ y tiene capacidad para un máximo de ___ plazas. El horario de apertura es el siguiente: _____

2. En relación a su titularidad es la siguiente:

Pública Pública-Concertada Privada Iniciativa Social/ Sin ánimo de lucro

- En caso de que haya contestado que la titularidad es pública-concertada, indique la empresa privada que se encarga de su gestión y desde que fecha: _____
- En caso de que haya contestado que la titularidad es privada, ¿dispone de plazas concertadas?
 Sí ¿Cuántas? _____ No

3. En cuanto a su titularidad ¿ha sufrido algún cambio desde su apertura?:

Sí No

En caso de que haya contestado afirmativamente, indique brevemente cuales: _____

4. ¿Es un Centro Especializado en la Enfermedad de Alzheimer? Sí No

En caso de que haya contestado que no, ¿dispone de plazas especializadas o destinadas a dicha enfermedad? Sí No

5. En cuanto a la ocupación, ¿cuántas plazas tiene ocupadas? _____ a día _____.

6. A continuación, marque los profesionales que conforman la plantilla del Centro:

Doctor/a Enfermero/a Psicólogo/a Trabajador/a Social
 Educador/a Social Fisioterapeuta Terapeuta Ocupacional
 Animador/a Sociocultural Auxiliares de Enfermería
 Personal de limpieza Administrativo/a Otros: _____

7. El Centro dispone de los siguientes servicios:

Comedor Transporte Peluquería Podología Otros: _____

8. Describa brevemente de las instalaciones de las que dispone el Centro:

9. Nombre y/o describa brevemente las actividades que realizan diariamente en el Centro:

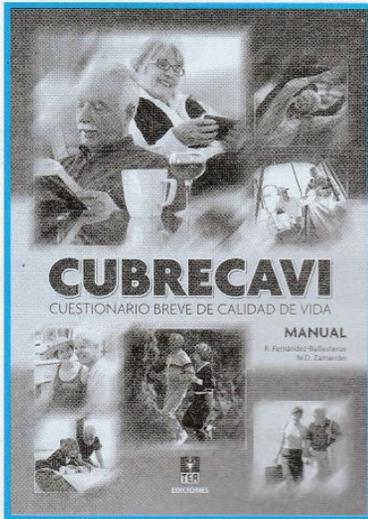
10. Indique cualquier otra información de interés acerca de la que no se le haya preguntado a lo largo del presente cuestionario:

11. ¿Desea que su Centro sea citado en la Tesis Doctoral que estoy elaborando? Sí No

12. ¿Consiente que la información general referida al año de apertura, titularidad y número de plazas del Centro sea recogida en la Tesis Doctoral? Sí No

-Muchas gracias por su colaboración y su tiempo -

ANEXO II: CUBRECAVI. CUESTIONARIO BREVE DE CALIDAD DE VIDA



CUBRECAVI

NOMBRE Y APELLIDOS

FECHA DE NACIMIENTO

EDAD

SEXO:

Mujer

Varón

ESTADO CIVIL:

Soltero

Casado

Separado/divorciado

Viudo

LUGAR DE RESIDENCIA:

En la comunidad

En una residencia

TELÉFONOS

DOMICILIO

CIUDAD / PROVINCIA

*¿QUEEN VA A WRITER ESTE CUESTIONARIO?
 USUARIO CUIDADOR/A USUARIO EN ASISTENCIA

INSTRUCCIONES

- A continuación encontrará algunas preguntas relacionadas con distintos aspectos de la calidad de vida.
- Para contestar, sólo debe marcar con un aspa o cruz (X) la opción que más se ajuste a sus preferencias.
- Responda **TODAS** las preguntas, son breves y sencillas.
- Si necesita alguna aclaración no dude en preguntar al aplicador.



Autores: R. Fernández-Ballesteros y M. D. Zamarrón.

Copyright © 2007 by TEA Ediciones, S.A., Madrid, España.

Todos los derechos reservados. Prohibida la reproducción total o parcial.

Impreso en España. Printed in Spain.

SALUD

1. ¿Se siente Vd. satisfecho con su actual estado de salud?

- Mucho Bastante Algo Nada

2. En las últimas dos semanas, ¿ha tenido Vd. alguno de los siguientes dolores o síntomas?

2.1. Dolor de huesos, de columna o de las articulaciones.

- Nunca Algunas veces Bastantes veces Muchas veces

2.2. Mareos o vahídos.

- Nunca Algunas veces Bastantes veces Muchas veces

2.3. Tos, catarro o gripe.

- Nunca Algunas veces Bastantes veces Muchas veces

2.4. Tobillos hinchados.

- Nunca Algunas veces Bastantes veces Muchas veces

2.5. Cansancio sin razón aparente.

- Nunca Algunas veces Bastantes veces Muchas veces

2.6. Dificultad para dormir.

- Nunca Algunas veces Bastantes veces Muchas veces

2.7. Flojedad de piernas.

- Nunca Algunas veces Bastantes veces Muchas veces

2.8. Dificultad para respirar o sensación de falta de aire.

- Nunca Algunas veces Bastantes veces Muchas veces

2.9. Palpitaciones.

- Nunca Algunas veces Bastantes veces Muchas veces

2.10. Dolor u opresión en el pecho.

- Nunca Algunas veces Bastantes veces Muchas veces

2.11. Manos o pies fríos.

- Nunca Algunas veces Bastantes veces Muchas veces

2.12. Estar adormilado durante el día.

- Nunca Algunas veces Bastantes veces Muchas veces

2.13. Boca seca.

Nunca Algunas veces Bastantes veces Muchas veces

2.14. Sensación de náusea o ganas de vomitar.

Nunca Algunas veces Bastantes veces Muchas veces

2.15. Gases.

Nunca Algunas veces Bastantes veces Muchas veces

2.16. Levantarse u orinar por las noches.

Nunca Algunas veces Bastantes veces Muchas veces

2.17. Escapársele la orina.

Nunca Algunas veces Bastantes veces Muchas veces

2.18. Zumbido de oídos.

Nunca Algunas veces Bastantes veces Muchas veces

2.19. Hormigueos en los brazos o en las piernas.

Nunca Algunas veces Bastantes veces Muchas veces

2.20. Picores en el cuerpo.

Nunca Algunas veces Bastantes veces Muchas veces

2.21. Sofocos.

Nunca Algunas veces Bastantes veces Muchas veces

2.22. Llorar con facilidad.

Nunca Algunas veces Bastantes veces Muchas veces

3. Por favor, indique con qué frecuencia le ocurren las cosas que se preguntan a continuación.

3.1. ¿Se siente deprimido, triste, indefenso, desesperado, nervioso o angustiado?

Nunca Casi nunca A veces Frecuentemente

3.2. ¿Tiene problemas de memoria, como olvidar el día de la semana, lo que ha estado haciendo o dónde ha puesto sus objetos personales?

Nunca Casi nunca A veces Frecuentemente

3.3. ¿Se desorienta o pierde en algún lugar?

Nunca Casi nunca A veces Frecuentemente

INTEGRACIÓN SOCIAL

4. ¿Dónde vive Vd.?

En mi propio domicilio (o en el de un familiar).

En una residencia de ancianos.

¿Vive Vd. solo o acompañado?

Solo

Acompañado

¿Comparte su habitación de la residencia con alguien?

No

Sí

5. ¿En qué medida está Vd. satisfecho con la relación que mantiene con la persona con quien vive o comparte su habitación (en el caso de residentes)?

Satisfecho

Indiferente

Insatisfecho

6. ¿Con qué frecuencia suele Vd. verse (para hablar o tomar algo) con las siguientes personas?

6.1. Hijos que no viven con Vd. en la misma casa.

Todos o casi todos los días

Al menos 1 vez a la semana

Al menos 1 vez al mes

Nunca o casi nunca

No tengo

6.2. Nietos que no viven con Vd. en la misma casa.

Todos o casi todos los días

Al menos 1 vez a la semana

Al menos 1 vez al mes

Nunca o casi nunca

No tengo

6.3. Familiares que no viven con Vd. en la misma casa.

Todos o casi todos los días

Al menos 1 vez a la semana

Al menos 1 vez al mes

Nunca o casi nunca

No tengo

6.4. Vecinos o personas de la residencia.

Todos o casi todos los días

Al menos 1 vez a la semana

Al menos 1 vez al mes

Nunca o casi nunca

No tengo

6.5. Amigos.

Todos o casi todos los días

Al menos 1 vez a la semana

Al menos 1 vez al mes

Nunca o casi nunca

No tengo

7. ¿En qué medida está Vd. satisfecho con la relación que mantiene con las siguientes personas?

7.1. Su cónyuge.

Satisfecho Indiferente Insatisfecho No tengo

7.2. Sus hijos.

Satisfecho Indiferente Insatisfecho No tengo

7.3. Sus nietos.

Satisfecho Indiferente Insatisfecho No tengo

7.4. Otros familiares.

Satisfecho Indiferente Insatisfecho No tengo

7.5. Vecinos o personas de la residencia.

Satisfecho Indiferente Insatisfecho No tengo

7.6. Amigos.

Satisfecho Indiferente Insatisfecho No tengo

HABILIDADES FUNCIONALES

8. ¿Cómo considera Vd. que puede valerse por sí mismo?

- Muy bien Bien Regular Mal

9. ¿En qué medida tiene Vd. dificultades para realizar las siguientes actividades?

9.1. Cuidar de su aspecto físico (peinarse, lavarse, vestirse, ducharse...).

- Ninguna Alguna Bastante Mucha

9.2. Realizar tareas domésticas.

- Ninguna Alguna Bastante Mucha

9.3. Caminar.

- Ninguna Alguna Bastante Mucha

9.4. Realizar tareas fuera de casa.

- Ninguna Alguna Bastante Mucha

ACTIVIDAD Y OCIO

10. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones describe mejor su nivel de actividad diaria?

Marque sólo una de las opciones.

- Paso el día casi completamente inactivo (leo, veo la televisión, etc.).
- Realizo algunas actividades cotidianas normales (hago algunas gestiones, voy a la compra o al cine).
- Realizo alguna actividad física o deportiva ocasional (caminar, pasear en bicicleta, jardinería, gimnasia suave, actividades que requieren un ligero esfuerzo, etc.).
- Realizo actividades físicas regularmente varias veces al mes (jugar al tenis, correr, natación, ciclismo, juegos de equipo, etc.).
- Realizo entrenamiento físico varias veces a la semana.

11. ¿Con qué frecuencia realiza Vd. las siguientes actividades?

11.1. Leer un libro o un periódico.

Frecuentemente

Ocasionalmente

Nunca

11.2. Visitar a parientes o amigos.

Frecuentemente

Ocasionalmente

Nunca

11.3. Ver la televisión.

Frecuentemente

Ocasionalmente

Nunca

11.4. Escuchar la radio.

Frecuentemente

Ocasionalmente

Nunca

11.5. Caminar.

Frecuentemente

Ocasionalmente

Nunca

11.6. Jugar con otras personas a juegos recreativos.

Frecuentemente

Ocasionalmente

Nunca

11.7. Cuidar niños.

Frecuentemente

Ocasionalmente

Nunca

11.8. Hacer manualidades (coser, ganchillo, punto).

Frecuentemente

Ocasionalmente

Nunca

11.9. Hacer recados o gestiones.

Frecuentemente

Ocasionalmente

Nunca

11.10. Ir de compras.

Frecuentemente

Ocasionalmente

Nunca

11.11. Viajar.

Frecuentemente

Ocasionalmente

Nunca

12. ¿Qué grado de satisfacción, en términos generales, tiene Vd. con la forma con que ocupa el tiempo?

Satisfecho

Indiferente

Insatisfecho

CALIDAD AMBIENTAL

13. ¿Qué grado de satisfacción tiene Vd. con los siguientes aspectos de la casa o de la residencia donde vive?

13.1. El ruido / silencio.

Satisfecho

Indiferente

Insatisfecho

13.2. La temperatura.

Satisfecho

Indiferente

Insatisfecho

13.3. La iluminación.

Satisfecho

Indiferente

Insatisfecho

13.4. El orden y la limpieza.

Satisfecho

Indiferente

Insatisfecho

13.5. El mobiliario.

Satisfecho

Indiferente

Insatisfecho

13.6. Las comodidades (electrodomésticos, etc.).

Satisfecho

Indiferente

Insatisfecho

14. ¿Qué grado de satisfacción tiene Vd. con su vivienda / residencia en general?

Satisfecho

Indiferente

Insatisfecho

SATISFACCIÓN CON LA VIDA

15. ¿En qué medida está Vd. satisfecho, en términos generales, con la vida?

Mucho

Bastante

Algo

Nada

EDUCACIÓN

16. ¿Podría decirme el nivel máximo de estudios terminados que ha alcanzado Vd.?

Marque sólo una de las opciones.

- Menos de estudios primarios (No sabe leer).
- Menos de estudios primarios (Sabe leer).
- Estudios primarios completos.
- Formación profesional de 1^{er} grado.
- Formación profesional de 2^{do} grado.
- Bachiller elemental o E.G.B.
- Bachiller superior, B.U.P. o C.O.U.
- Estudios de grado medio.
- Estudios universitarios o superiores.

INGRESOS

17. ¿Podría decirme los ingresos mensuales que, por todos los conceptos, entran en su hogar?

Marque sólo una de las opciones.

- Hasta 300 €.
- De 301 € a 450 €.
- De 451 € a 600 €.
- De 601 € a 900 €.
- De 901 € a 1.200 €.
- De 1.201 € a 1.600 €.
- De 1.601 € a 2.100 €.
- De 2.101 € a 2.700 €.
- Más de 2.700 €.

SERVICIOS SOCIALES Y SANITARIOS

18. ¿Con qué frecuencia utiliza Vd. los servicios sociales y sanitarios que le ofrece la comunidad o la residencia?

- Frecuentemente Ocasionalmente Nunca

19. ¿En qué medida está Vd. satisfecho con los servicios sociales y sanitarios que utiliza?

- Muy satisfecho Bastante satisfecho Algo satisfecho Nada satisfecho

IMPORTANCIA DE LOS COMPONENTES DE LA CALIDAD DE VIDA

20. Como Vd. sabe, mejorar la calidad de vida de cada persona es un objetivo importante. ¿A cuál de los siguientes aspectos concede Vd. más importancia y es más determinante en su calidad de vida? Indique cuál es el primero, el segundo y el tercero más importante para Vd.

Anote en el recuadro de la izquierda el orden de importancia que le concede a cada aspecto (p.ej., 1º, 2º, etc.)

- 20.1. Tener buena salud.
- 20.2. Mantener buenas relaciones familiares y sociales.
- 20.3. Poder valerme por mí mismo.
- 20.4. Mantenerme activo.
- 20.5. Tener una vivienda buena y cómoda.
- 20.6. Sentirme satisfecho con la vida.
- 20.7. Tener oportunidades de aprender y conocer nuevas cosas.
- 20.8. Tener una buena pensión o renta.
- 20.9. Tener buenos servicios sociales y sanitarios.
- 20.10. Otras. ¿Cuáles? _____
- 20.11. Ninguna.

21. ¿Cómo valora Vd. su propia calidad de vida?

- Alta Media Baja

YA HA TERMINADO, MUCHAS GRACIAS.



Madrid
Barcelona
Bilbao
Sevilla
Zaragoza

www.teamediciones.com

